

**DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD:
LA EXPERIENCIA DOMINICANA**

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD: LA EXPERIENCIA DOMINICANA

Compilado por:
Rosa María Borrell
y
Wilfredo Lozano



FLACSO

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Programa República Dominicana



Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá (PASCAP)

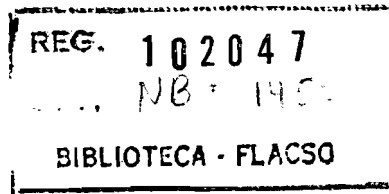
FLACSO/Programa República Dominicana
Apartado Postal 332-9
Santo Domingo, República Dominicana
Teléfono/Fax: (809) 541-11-62

OPS/OMS/PASCAP/Oficinas en Santo Domingo
República Dominicana:
Avenida San Martín No. 253
Edificio Santanita Apartamento 403
Teléfono: (809) 562-1519

Desarrollo de recursos humanos en
salud: la experiencia dominica-
na / Compilado por Rosa María
Borrel y Wilfredo Lozano. --
Santo Domingo : FLACSO, 1995.
215p.

1. Recursos humanos en salud
2. Desarrollo de personal - Re-
cursos humanos I. Borrel, Rosa
María, comp. II. Lozano, Wil-
fredo, comp.

○ 331.11961069



© 1995
Programa FLACSO-República Dominicana
ISBN 84-600-9251-8

Edición: Wilfredo Lozano

Composición, diagramación y portada: Josie Antigua

Impreso en: Editora Taller

Depósito Legal

Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización escrita.

Impreso en República Dominicana

Presentación

Para la Representación de la ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD en la República, OPS/OMS, es motivo de profunda satisfacción patrocinar la publicación de la presente obra que es el producto del esfuerzo conjunto de FLACSO y de la OPS/OMS con la participación y colaboración de profesionales altamente calificados, que con su contribución han hecho posible que podamos ahora disponer de un nuevo aporte nacional al conocimiento y tratamiento de la problemática del área de Recursos Humanos para la salud en el país.

Al hacer esta presentación queremos dejar constancia, de nuestro firme y constante compromiso de contribuir a fortalecer las acciones que las instituciones del país desarrollan para mejorar la calidad de los programas nacionales de desarrollo de los recursos humanos.

Agradecemos a todos por la oportunidad de contribuir al desarrollo nacional.

Dr. Merlin Fernández
Presentante OPS/OMS

Prólogo

El año 1990 marcó un nuevo período para el desarrollo de los recursos humanos en salud en la República Dominicana. Nuestra incorporación al esfuerzo centroamericano para el desarrollo de este campo, a través de la cooperación técnica del Centro de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá (PASCAP), programa descentralizado de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, y de la Agencia Danesa para el Desarrollo (DANIDA), permitieron el diseño de proyectos para redimensionar los distintos problemas de los recursos humanos.

El campo de los recursos humanos en salud es muy complejo debido a la gran fragmentación entre las distintas áreas y la división en las decisiones de los distintos actores que lo componen -servicios de salud, universidades, agrupaciones gremiales, colegios de profesionales, configurándolo como un ámbito de baja gobernabilidad.

El abordaje conceptual y técnico tradicional de este campo se ha realizado tomando en cuenta los recursos humanos como insumo de los servicios de salud y no como parte del desarrollo social y la construcción de una nueva visión del proceso de salud.

La crisis del sector, y en particular, la dinámica cambiante en las tendencias y comportamientos del mercado laboral en salud, plantean la necesidad de buscar nuevas

estrategias de intervención que redimensionen los problemas y permitan avanzar sobre puntos de consenso a nivel nacional.

Estos argumentos sirvieron de base para que el Programa de Recursos Humanos de la OPS/OMS, apoyara el desarrollo de un espacio de concertación de actores sociales que permitiera el análisis de los significados sustantivos, no siempre evidentes, de las opciones que son sugeridas y desarrolladas desde posiciones sustentadas por diversas ópticas político-técnicas y a partir de diferentes situaciones de poder.

El Foro Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud surgió como una estrategia que coordinaría la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) como institución no ubicada dentro de las instituciones tradicionales que conforman el ámbito de salud, de manera tal que garantizara un espacio discusión y producción diferente y objetivo.

La OPS/OMS agradece a FLACSO el interés de incursionar en el campo de la salud y los recursos humanos, felicita su esfuerzo en esta coordinación y agradece a todos los autores que han generado la información que aquí se presenta ya que la misma facilitará, sin lugar a dudas, la toma de decisiones en las diferentes líneas de conocimiento del campo en cuestión.

Rosa María Borrell

Consultora Nacional

Programa de Recursos Humanos OPS/OMS

Introducción

Este libro reúne los principales trabajos presentados en los Foros Sobre Recursos Humanos en Salud y Desarrollo organizados por el Programa FLACSO-República Dominicana, con el auspicio del Programa PASCAP de la OPS/OMS en Santo Domingo.

Contiene 21 trabajos originales sobre los principales tópicos relativos a la problemática de los recursos humanos en salud de cara al desarrollo. Estos trabajos fueron elaborados como contribuciones originales a los Foros, por reconocidos especialistas, tanto dominicanos como extranjeros, vinculados a la problemática de la salud y el desarrollo.

En este libro se reúne el resultado de cinco años de trabajo sistemático sobre la problemática de los recursos humanos en salud en la perspectiva de las demandas del desarrollo, pero también -y principalmente- se concentra una importante experiencia de debate enriquecedor. Este simple hecho al menos prueba que en el país es posible una discusión racional entre actores diversos, y en perspectivas intelectuales diferentes, pero unidos por el común propósito de encontrar respuestas viables a los grandes problemas nacionales; en este caso a la problemática de la salud y el desarrollo.

Experiencia rica en su contenido y políticamente útil en sus resultados, demostrativa de que los actores del sector salud poseen potencialidades intelectuales y capacidades políticas para dinamizar estrategias y acciones modernizadoras del sector, de cara a los retos que los albores del nuevo milenio plantean a los países en desarrollo, en particular a la República Dominicana.

En el libro los resultados de los Foros han sido agrupados en siete grandes partes, que cubren los aspectos específicos debatidos en

cada sesión de trabajo, a saber: 1) los problemas generales de la definición de políticas de formación de recursos humanos en salud, en la perspectiva del proceso de desarrollo, 2) la función de la universidad en la formación de recursos humanos en salud, 3) las cuestiones relativas al mercado de trabajo en salud, específicamente los relativos a la oferta de fuerza de trabajo, 4) la problemática de las políticas de saneamiento ambiental y la formación de recursos humanos en salud, 5) el debate sobre la salud comunitaria y las políticas de recursos humanos en el sector salud, 6) los problemas relativos a la vigilancia epidemiológica y la demanda de recursos humanos en salud, y 7) el mundo campesino, el medio ambiente y los recursos humanos en salud.

Lamentablemente, por razones de espacio en la presente publicación hemos tenido que prescindir de la presentación de los debates que acompañaron a las exposiciones de cada uno de los trabajos presentados en los Foros, pese a su riqueza de contenido. El lector interesado puede consultar las actas de cada Foro, las que se encuentran a disposición del público interesado en el Centro de Documentación de la FLACSO-República Dominicana.

En lo posible, se ha respetado el orden y la secuencia de presentación de los temas en cada uno de los Foros, así como la secuencia de exposiciones; la que se expresa en el libro en la secuencia de las partes y el ordenamiento de los capítulos. Hemos tenido que introducir ligeras modificaciones estilísticas y de formato, sin alterar las ideas y la forma de presentación de las mismas por parte de los autores; esto así, a fin de homogenizar la presentación de los textos, principalmente en lo relativo a la metodología de referencias bibliográficas.

No exageramos al afirmar que este texto representa uno de los esfuerzos más completos

realizados hasta ahora en el país para poner a disposición del público interesado en estos problemas, pero sobre todo a las instituciones del sector público y privado responsables de la elaboración de políticas de formación de recursos humanos en salud, de un instrumento de reflexión que contribuya a un mejor diseño de las estrategias de política, especialmente en lo relativo a la formación de recursos humanos, así como a un mejor y más completo conocimiento sobre la problemática de la salud de cara a los retos del desarrollo.

La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Programa República Dominicana, desea aprovechar esta ocasión para manifestar su agradecimiento a las autoridades de la OPS/OMS en el país, en particular a su consultora nacional encargada del Programa PASCAP en el país, Licda. Rosa María Borrell, por su apoyo, estímulo y permanente entusiasmo. Sin exageración alguna, el éxito de los Foros en gran medida se debe a la confianza de las autoridades de la OPS/OMS y a su siempre presente apoyo institucional. Deseamos expresar también nuestro agradecimiento a la Licda. Marisela Duval y a la Dra. Josefina Zaiter. Ambas, de manera sucesiva,

asumieron la responsabilidad de conducir los Foros. A ellas se debe de alguna forma su feliz ejecución.

Asimismo, deseamos aprovechar la ocasión para agradecer a los autores de este libro su desinteresado y entusiasta apoyo con sus contribuciones a los Foros, contribuciones hoy convertidas en capítulos del presente volumen. Particular reconocimiento merecen las diversas instituciones que a lo largo de varios años han brindado su apoyo a los Foros de Recursos Humanos en Salud, entre otros: la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, las universidades dominicanas (Universidad Autónoma de Santo Domingo, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Instituto Tecnológico de Santo Domingo, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, etc.), las organizaciones profesionales como la Asociación Médica Dominicana, la Asociación de Enfermeras Graduadas, los grupos y organizaciones populares que trabajan con comunidades de base, etc. Durante años ellos han sido los verdaderos protagonistas y constructores de la experiencia de los Foros de Recursos Humanos en Salud.

Wilfredo Lozano

Director

Programa FLACSO-República Dominicana

PRIMERA PARTE

POLITICAS DE SALUD Y RECURSOS HUMANOS

Desarrollo de Políticas de Recursos Humanos en Salud*

*Dra. María Isabel Rodríguez***

Empiezo por agradecer a los organizadores de este foro y muy particularmente a la Lic. Marisela Duval Pérez, coordinadora del evento, al Dr. Wilfredo Lozano, Director del Programa Flacso en República Dominicana, así como a la Lic. Rosa María Borrell, consultora nacional de la OPS, por su invitación a participar en este importante evento.

Se trata del tercer Foro Nacional de Recursos Humanos en Salud. En ocasión anterior ustedes han caracterizado la dinámica del foro como "un espacio de ejercicio democrático y participación que además ha de servir de ámbito de discusión de experiencias de trabajo". Es un honor colaborar con ustedes en esta ocasión, ya que tratándose de un foro nacional este espacio de debate, de reflexión y análisis en voz alta, está reservado a representantes de instituciones vinculadas al saber y a la práctica de recursos humanos en República Dominicana. Aún cuando pese a mis fuertes e indestructibles lazos con este país que me vuelven casi dominicana, por no haber convivido con ustedes los últimos 8 años de profundos cambios en el sector salud, apenas puedo pretender traerles a su atención algunos elementos relacionados con el tema que se me ha asignado, referentes a determinados aspectos de las políticas de formación y utilización de recursos humanos en salud,

basadas en las observaciones y experiencias de nuestro quehacer en otros países de la región.

Se trata de un campo profundamente complejo, íntimamente vinculado al desarrollo del hombre, a su quehacer e inserción en el trabajo, íntimamente vinculado a las políticas laborales y educativas, así como al desarrollo científico y tecnológico de los países y no sólo a la situación y desarrollo del sector salud y de sus políticas y enfoques que caracterizan los marcos de referencias de los incipientes procesos de formulación de políticas de salud de las pasadas décadas.

Quiero partir de la consideración de que esta actividad tiene por antecedentes dos reuniones que con el mismo carácter de foros nacionales se desarrollaron en el país en agosto y noviembre de este mismo año, cubriendo respectivamente los temas de la Universidad y la Salud de la Población en República Dominicana¹ y la Situación de Ofertas y Demanda de la Fuerza de Trabajo en Salud.²

Más aún, en el país, sus diferentes instituciones han venido reconociendo la necesidad de la definición de políticas de Recursos Humanos de SESPAS con la colaboración de varias universidades del país, el Instituto Dominicano de Seguridad Social y la cooperación técnica de OPS/OMS, se tradujo en un Primer Seminario Taller para propuestas

* Presentado al Foro Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Santo Domingo, República Dominicana; 25 a 29 de noviembre de 1992.

** Consultora del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.

1. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Política Nacional de Salud 1992-1995.

de Políticas sobre Recursos Humanos en Salud realizado en Santo Domingo en 1983, a algunas de cuyas recomendaciones que no tuvieron seguimiento nos referiremos en el curso de esta exposición, sobre todo porque se debe enfatizar en la búsqueda de estrategias que impidan que el esfuerzo de estos foros sufra el mismo curso temporal de declinación y muerte de otras actividades tendientes a generar un impacto en la adopción de políticas de recursos humanos en salud, aún más en su operacionalización en lo concreto.

La formulación de políticas de recursos humanos exige un abordaje integral, ya que como lo han reconocido finalmente los estudiosos de la planificación estratégica, el área de recursos humanos abarca una problemática que hace referencia a una multiplicidad de instituciones e instancias con intereses y líneas de acción muchas veces diferentes.

Los ministerios de salud, las instituciones de seguridad social, el sector privado, las diversas agrupaciones gremiales, las universidades y sus diferentes organismos y unidades, todos ellos cofiguran un espacio de decisión-acción donde se entrecruzan y enfrentan diversas estructuras de acción y estrategias, a través de las cuales cada institución trata de garantizar en la mejor forma el desarrollo de sus propios intereses. La fragmentación existente en este campo lo convierte en un espacio donde la capacidad de decisión y acción está dividida entre sus actores configurándose en un ámbito de baja gobernabilidad y permanente conflicto.⁴

El desconocimiento o reconocimiento, consciente o inconsciente, de la complejidad del campo y del rol de sus diferentes actores fue uno de los factores fundamentales para el fracaso de los intentos de planificación normativa a partir de la década de los 60⁵, y aún de su consolidación en los 70, en el Plan Decenal de Salud de las Américas.⁶

Las Políticas de Recursos Humanos en Salud en la Región de las Américas

La formulación de políticas de recursos humanos y en particular las de formación y utilización deben partir del reconocimiento de

que el campo de recursos humanos se construye a partir de por lo menos cuatro vertientes fundamentales: educación, salud, trabajo y el desarrollo científico y tecnológico. Cuando hablamos de políticas de recursos humanos en salud en la región con frecuencia nos referimos a las políticas contenidas en los planes de salud regionales aprobados por los Ministros de Salud de la región y que se supone han sido responsables de orientar en mayor o menor grado los planes, programas y proyectos nacionales. En su mayoría esas políticas han sido formuladas en el contexto de las grandes crisis políticas, económicas y sociales regionales y muchos de sus contenidos pueden haberse quedado a nivel de propuestas.

Se pueden identificar, además, otras políticas que han impactado el desarrollo de los recursos humanos en salud en la región o a grupos de países, a partir de propuestas y desarrollos originados a nivel nacional e internacional en grupos de poder de los grandes actores participantes en la construcción del campo. Es así como es posible reconocer para un momento dado el papel trascendente de una corriente o reforma educativa generando una política de desarrollo de recursos humanos. En otro momento el papel dominante del sector salud hace su aparición. El sector trabajo a través de sus políticas laborales ha generado modulaciones importantes en las políticas de recursos humanos en salud, particularmente en los últimos años, incidiendo no sólo en las políticas de utilización sino también en las de formación. En el momento actual es evidente el papel en que a las políticas actuales habría que dedicarle especial atención al estudio de políticas económicas nacionales y regionales que, el campo económico en detrimento del sector social, han impactado la situación de los recursos humanos en salud de la mayoría de los países de la región.

Una mirada retrospectiva a las políticas de recursos humanos identificables en la región a partir de los cambios trascendentales que se dan en el juego de las relaciones internacionales en las Américas a partir de la segunda guerra mundial, nos permiten identificar en primer término políticas de formación profesional

sobre todo de recursos médicos profundamente influenciada por las corrientes educativas generadas particularmente en las escuelas norteamericanas. Esas políticas resultan fácilmente identificadas a partir del análisis de los procesos de planeación universitaria de los años 50, orientando las reformas tanto académicas como administrativas que incidieron generando políticas restrictivas de admisión, concepciones curriculares y aún de los perfiles profesionales.

Nuevos flujos de información e intercambio profesional, formación en el exterior, el papel de las asociaciones profesionales latinoamericanas y regionales, de asociaciones de escuelas y facultades del sector, el rol de fundaciones y organizaciones filantrópicas y de organismos intergubernamentales como OPS y OMS constituyen algunos de los factores a considerar en el determinismo de las políticas de recursos humanos profesionales en el sector salud a partir de la década de los 50.

Las políticas de recursos humanos de los años 60

En el contexto regional, las políticas de recursos humanos de esta época están enmarcadas en el intento de responder con la programación del desarrollo económico y social de las Américas, en el contexto del primer decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo, a los profundos desajustes económico sociales y a un nuevo escenario político en la región. En ese contexto, la Carta de Punta del Este⁵ reconoce a la salud como fundamento del bienestar y enfatiza la relación entre economía y salud, concediendo importancia fundamental a la formación de los profesionales de la salud.

La consideración del papel de los recursos humanos para alcanzar las metas del Plan Decenal de Punta del Este se traduce en numerosas recomendaciones y acciones que pueden resumirse en lineamientos de políticas fundamentales: a) la necesidad de estudios sobre recursos humanos en salud y las acciones necesarias para llevarlos a cabo, seguidas del planeamiento de necesidades a corto y largo

plazo; b) el reconocimiento de la necesidad de una estrecha relación entre ministerios de salud, universidades, instituciones de seguridad social y asociaciones profesionales, en otras palabras de necesidad de una estrecha relación entre salud y educación para el desarrollo de recursos humanos en salud; c) otras políticas específicas como formación de personal de salud pública, así como el énfasis en la calidad del proceso formativo y la búsqueda de requisitos internacionalmente admisibles para la enseñanza médica.

En el análisis de políticas de recursos humanos en salud, particularmente médicos no pueden estar ausentes las grandes crisis universitarias resultado de las políticas de establecimiento de cupos por lo general justificados por criterios de excelencia por encima de las necesidades de formación de personal y hacia finales de la década la búsqueda de mecanismos de descentralización de la educación universitaria a consecuencia de los grandes movimientos estudiantiles, constituyen terreno fértil para la búsqueda de cambios o transformaciones en los procesos formativos y la operacionalización de las políticas de integración docente asistencial.

La década de los 70 y el Plan Decenal de Salud⁶

Esta década que para muchos puede ser considerada como la década de oro en cuanto al desarrollo del pensamiento latinoamericano en el campo de la salud profundizó en la relación entre educación médica y la estructura social, centrándose en el papel dominante de la estructura de la atención médica sobre el proceso de desarrollo de recursos humanos, reconociéndose ya para entonces el papel de la estructura del mercado de trabajo y de las condiciones que circunscriben la práctica médica. Esta visión se da en el contexto del desarrollo de una corriente de pensamiento en el campo de las ciencias sociales aplicadas a la salud que empieza a ofrecer la teoría explicativa sobre todo en el campo de la formación de personal.

Pero el decenio está marcado por otro proceso surgido en el contexto de un nuevo

esfuerzo regional por incorporar salud en el proceso global de desarrollo económico y social, el cual concede a los recursos humanos en salud una alta prioridad.

El Plan Decenal de Salud recomendó desarrollar en cada país un proceso de planificación de recursos humanos integrado a la planificación de salud. Ese plan incluye recomendaciones para el desarrollo en cada país de la capacidad de formación de personal a todo nivel. En la mayoría de los casos el plan establece metas cuantitativas globales sin que fueran acompañadas por criterios de utilización, políticas de empleo o previsiones sobre la capacidad de absorción del sector.

El objetivo central del plan de extender la cobertura de salud a la población desprotegida y en particular al área rural, llevó consigo recomendaciones específicas para la distribución geográfica del personal y su orientación hacia la salud de la comunidad.

Las políticas de expansión en la formación de personal, el crecimiento de las matrículas y de las instituciones formadoras permite a los planificadores del 70 reconocer “los progresos sustanciales en la formación profesional”. Simultáneamente el análisis del crecimiento de la estructura de personal generó la voz de alarma en cuanto a la escasez de personal técnico médico, lo cual lleva a promover una política de desarrollo de personal técnico medio en toda la región, coincidiendo con la expansión de la educación media en la mayoría de países.

La bonanza económica de la época permite a partir de la segunda mitad de la década de los 60, el crecimiento del personal de salud de un buen número de países de la región. Los seguros sociales se expanden y la capacidad del sector para la absorción de personal profesional crece hasta mediados de la década de los 70.

La meta de Salud para todos las Políticas de Recursos Humanos en los 80 y la Situación a iniciarse en los 90

Las orientaciones sobre políticas de recursos humanos para América Latina en la

década de los 80 se inscriben en un período de avance de la recesión económica iniciada en la segunda década de los 70 que impactó severamente a los países de la región y en el campo internacional de la salud tienen como marco la adopción como meta social de los gobiernos de la meta de salud para todos en el año 2000, como estrategia mundial para alcanzar dicha meta.⁷ El séptimo programa general de trabajo de la OMS⁸ en un afán de lograr que el desarrollo de recursos humanos tenga más relevancia en los planes para alcanzar salud para todos a través de la Atención Primaria propone alcanzar como meta que todos los países establezcan políticas de recursos humanos como parte de la política nacional y que la mayoría de los países desarrollen planes de recursos humanos basados en estas políticas y en los pasos para implementarlos y monitorearlos.

La Organización Panamericana de la Salud en las metas y objetivos regionales de su plan de acción adoptado en 1981⁹ se pronuncia por la definición e instrumentación de políticas de desarrollo de recursos humanos en salud en coordinación con los planes nacionales de salud y basados en las necesidades de los servicios. Este plan de acción marca un definitivo cambio entre el énfasis de la planificación normativa de recursos humanos con indicadores cuantitativos de pasadas décadas hacia indicadores representados por la adopción e implementación de políticas de recursos humanos y su articulación intra e intersectorial. Un énfasis especial es otorgado a la utilización de los recursos humanos y a la necesidad de un análisis de su distribución geográfica y por núcleos de atención, de los perfiles ocupacionales y educacionales, entre otros.

Es indudable que en la mayoría de los países del mundo ocurrió un importante crecimiento en el número de médicos, producto de las rupturas en las políticas de contención de matrícula y que esa expansión no fue coincidente con su absorción para extender la cobertura de salud a grandes grupos desprovistos de atención a la salud. Su problemática es compleja y debe ser analizada desde varias vertientes, sin embargo, un análisis

simplista lo ha considerado como un desenlace de médicos,¹⁰ calificándolo como una nueva enfermedad cuyo tratamiento requeriría la concentración de esfuerzos para limitar el número de profesionales a formar. La respuesta por parte de otros grupos latinoamericanos ha sido el desarrollo de abordajes a través del estudio del empleo y trabajo en salud en el contexto de una perspectiva histórica e integral.¹¹

Tal como se reconoce en el último informe sobre la formación de personal a nivel superior en Condiciones de Salud de las Américas la acentuada expansión de la educación superior que tuvo lugar entre 1965 y 1975 es un fenómeno que al parecer no se volverá a repetir, por el contrario con excepción de países como Cuba, en todos los demás se observa una tendencia a una disminución en el ritmo de crecimiento de los profesionales de salud, resultado en varios países de factores restrictivos como reducción en la matrícula o en el número de escuelas o instituciones formadoras.

Asimismo, el crecimiento del sector salud de finales de los 60 y de la primera década de los 70 generador de empleo y hasta de carreras funcionarias, que en muchos países de América Latina aumentó la cobertura de servicios a la población, dio paso a su declinación en los años 80.

La profunda crisis económica y política de los 80, a la que se han referido en estos foros siguiendo a CEPAL, como “la década perdida” se agudiza en la década que iniciamos con la incorporación y adopción de las políticas de ajuste neoliberales que golpean seriamente el sector social y entre ellas educación y salud.

En el contexto de la recesión en un buen número de países, las políticas de ajuste han llevado a restricciones en las inversiones y gastos que afectan fuertemente los sectores sociales. La disminución en la inversión en salud ha producido una disminución de la tasa de crecimiento, y en consecuencia, de la demanda por diversos trabajadores de salud. Paralelamente se han incrementado los problemas de subempleo y desempleo. El desempleo de carácter coyuntural ha servido y sigue sirviendo de pretexto para que los

gobiernos apliquen políticas de restricción de personal calificado.

El debilitamiento del papel del Estado cediendo a cada vez más terreno al sector privado en lo que a prestación de servicios de salud se refiere, sigue configurando y reforzando la inaccesibilidad de grandes grupos de la población e incrementando el contingente de desempleo y subempleo.

Por otra parte, la demanda por la atención de las grandes mayorías de la población, unida al efecto de las políticas de ajuste está generando un nuevo énfasis en el desarrollo del personal auxiliar y empírico para la población con incapacidad para remunerar niveles de mayor complejidad. Ante esa situación cabe preguntarse si en función de los nuevos ajustes se está tratando de reservar el nivel profesional para incorporarse al sector rentable del servicio privado.

La importancia de la crisis en su impacto directo con la crisis de empleo y desarrollo, al mismo tiempo que la inequidad en el acceso a la atención a la salud, volcó el interés de los estudiosos del área de recursos humanos hacia los estudios de mercado de trabajo restando interés a los estudios orientados al análisis del desarrollo de políticas de formación de recursos humanos en salud, pese a que ellos han sido responsables directos tanto de la cantidad como la calidad de la fuerza de trabajo al servicio del sector y han sido víctimas directas del impacto de la crisis.

El proceso de formación de recursos humanos, teóricamente producto del esfuerzo directo del aparato formador, llámense Universidad, Instituto o Centro de Educación superior, educación media o unidad formadora de diversas instituciones de salud, no es autónomo y se inscribe a su vez en un campo de múltiples actores, donde resulta elemento protagónico la Universidad a la cual ustedes ya se han referido ampliamente en estos foros. Por las razones anteriores no podemos analizar las políticas de formación de recursos humanos sin considerar la multiplicidad de los actores, de las relaciones y determinaciones que actúan sobre la fuerza de trabajo en salud y así como resulta fundamental considerar las relaciones directas entre aparato formador y prestador de

servicios, entre aparato formador y desarrollo científico y tecnológico, es fundamental considerar como es evidente en este momento el papel de las grandes políticas de carácter económico que desde los ámbitos tanto nacional como internacional están afectando el sector social y por ende el desarrollo de personal en toda su extensión. De allí que el reto para la producción de conocimientos sobre el campo visto en una forma integral es fundamental y la Universidad debe enfrentarlo.

En una de las recomendaciones del documento sobre Políticas de Recursos Humanos de República Dominicana del 80 al que hacíamos referencia, se recomienda que es responsabilidad del Estado investigar y planificar hacia donde se dirige el mercado de trabajo. Más aún se señala que es el Estado quien debe proporcionar los datos sobre el personal que necesita y emplear el producto formado. De esta manera las universidades podrían adaptar sus programas a las necesidades y demandas de SESPAS y a la comunidad en general. A nuestro juicio la universidad debe cumplir con su responsabilidad, generando, contribuyendo, orientando, participando y aún realizando, con la participación de diferentes sectores en particular de su propia Secretaria de Salud generar las investigaciones necesarias para conocer en forma permanente la dinámica de la fuerza de trabajo en donde se van a incorporar los profesionales y técnicos que produce.

La universidad no puede desconocer y aún más sus docentes y educandos no deben ignorar hacia donde se están dirigiendo sus profesionales. No puede cerrar los ojos a sabiendas que muchos de sus egresados se enfrentarán al subempleo, a la fuga al exterior en búsqueda de ese mercado de trabajo que ya no es atractivo, a engrosar la legión de frustrados o a la búsqueda de incorporación a un sector privado que a su vez es cada vez más hostil con las personas procedentes de algunos estratos poco favorecidos. No queremos con esto decir que los estudios se conviertan en instrumentos para restringir ingresos u orientar capacidades hacia campos que no responden a las necesidades de la población sino que debe

producirse un trabajo de conocimiento generador de propuestas, de intervenciones para la regulación de un mercado en beneficio de la población.

Las políticas de formación de recursos humanos que privilegiaron la expansión de la matrícula en los años 70 y que acompañaron a su vez procesos transformadores en cuanto a cambios en el objeto de estudio, en la estructura del conocimiento, en la misma posición de las ciencias sociales y como respuesta a las propuestas de políticas de salud fueron acompañadas en muchas universidades por la expansión de un cuerpo docente que se enfrentó a nuevas demandas.

Pero la crisis ha golpeado también severamente a las universidades y sigue manifestándose en diferentes aspectos de la vida académica forzándola en muchas ocasiones a las tareas rutinarias. La subsistencia de la universidad como tal, exige a nuestro juicio enfrentar el reto frente a nuevas y grandes responsabilidades y formas que cada vez se sofistican más y la acorralan. Para el caso, Rollin Kent Serna¹² al analizar recientemente el proceso de evaluación de la educación superior mexicana trae a cuentas las interpretaciones de que han sido objeto el proceso. Para algunos se trata de la ejecución por otros medios de la (ya vieja) política de restricción financiera que predominó en la década pasada; para otros es una nueva forma de limitar la autonomía universitaria y poner la educación superior al servicio de la política económica estatal; otros más sugieren que es una política largamente esperada y siempre aplazada tendiente a elevar la calidad de la educación superior.

También trae a cuentas otro de los problemas centrales en el debate planteado por Olac Fuentes¹³ quien propone determinar si se trata de una evaluación punitiva o bien de una evaluación reconstructiva orientada a conocer los problemas para superarlos. Pasando a analizar el sistema educativo mexicano en el mismo artículo Kent señala que se ha construido a través de un acelerado movimiento de demanda de estudios superiores así como por procesos agudos de sobre expansión individual, burocratización y politización interna en la que

han jugado papel fundamental actores no académicos como las burocracias institucionales y sindicales. Esto ha dado pie a una expansión acelerada que no fue acompañada de actualizaciones de fondo de la estructura académica y de las prácticas pedagógicas; la expansión sin reforma fue la técnica dominante. La mayoría de académicos después de una licenciatura son académicos "por vocación". El dice que son esas vocaciones formadas al calor de la improvisada expansión del sistema lo que debe constituir una preocupación actual de la política educativa.

El análisis de Kent indudablemente enriquece el punto de vista de la complejidad del campo de recursos humanos evidenciando para uno de los actores, la Universidad, que una política de recursos humanos no debe orientarse únicamente hacia el problema específico del "individuo en formación" considerando en sí solamente al estudiante, sino a su potencial fundamental, la planta académica de profesores e investigadores, sin la cual el proceso formativo carece de capacidad para la producción de conocimiento para el desarrollo de nuevo personal y para su contribución a la formulación de propuestas orientadas a la elevación del nivel de salud de la población.

Al constituirse el campo de recursos humanos a partir de varias vertientes, se esperaría que en todas ellas hubiese la participación activa y comprometida de los actores involucrados en el problema. Pocos estudios se han dado en que los grupos universitarios, centros de investigación, ONGs incorporen a los protagonistas del proceso, el trabajador mismo y sus agrupaciones, sindicatos. En los últimos años algunos estudios se han producido como los relacionados con la sociología de las profesiones y entre ellos

Bloch¹⁴ puede considerarse uno de sus pioneros. En general no es frecuente que el análisis de las políticas laborales acompañen los estudios de fuerza de trabajo y la regulación de los mercados laborales es bastante incipiente en el sector salud. De allí resulta que en el sector salud específicamente tampoco se promueve y genera la responsabilidad del trabajador que, como señala Rodríguez¹⁶ al analizar los Recursos Humanos y la política laboral, señalando la impunidad como factor fundamental de improductividad. A nuestro juicio, la corrupción y el caos administrativo están acompañando y favoreciendo el deterioro de los sistemas de salud de América Latina, generando la falsa apreciación de que lo público es ineficiente y de que hay que privatizar.

El análisis de cómo se construye y se operacionaliza una política de recursos humanos y en particular la situación de las políticas de formación y utilización de recursos humanos en salud no ha sido cubierto en esta exposición, en donde apenas hemos ofrecido a ustedes solamente algunos elementos de reflexión, algunos hechos que inducen al diagnóstico de las tendencias en las políticas que se han tratado de formular en la región. Las diferentes caracterizaciones nos señalan que se han hecho esfuerzos por explicitar políticas productos en su mayoría de situaciones coyunturales, durante las cuales los Estados rara vez han formulado políticas de recursos humanos que respondan a propósitos claros y bien definidos, compartidos o al menos surgidos de la reflexión conjunta conducente a la generación de intervenciones coherentes frente al reto que para nuestras poblaciones representa el desarrollo de los recursos humanos para la atención integral de la salud.

Referencias

1. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Programa República Dominicana y Programa de Adiestramiento en Salud de Centro América y Panamá (PASCAP), OPS/OMS, 1991. Foro Nacional de Recursos Humanos en Salud, Foro No. 1: *La universidad y la Salud de la Población en República Dominicana*.
2. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Programa República Dominicana y Programa de Adiestramiento en Salud de Centro América y Panamá (PASCAP), OPS/OMS, 1991. Foro Nacional de Recursos Humanos en Salud, Foro No. 2: *Situación Oferta y Demanda de la Fuerza de Trabajo en Salud*. Santo Domingo, República Dominicana.
3. SESPAS, 1983. Dirección de Recursos Humanos. Primer Seminario Taller para propuestas de Políticas sobre Recursos Humanos en Salud. Santo Domingo. Mimeo, 10 págs.
4. Rovere, M., 1990. *Documentos introductorios al grupo de trabajo sobre Planificación Estratégica de Recursos Humanos (PERHUS)*, Río de Janeiro.
5. Organización de los Estados Americanos. Ideario y Planificación de la Alianza para el Progreso, 1961. Carta de Punta del Este. VII Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores, Uruguay.
6. Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud de las Américas, 1972. (Santiago de Chile) , Washington, D.C. Documento Oficial 118.
7. OMS/UNICEF, 1978. Atención Primaria de Salud. Alma Atta, URSS, septiembre de 1978, OMS, Ginebra.
8. OMS, 1982. Séptimo Programa General de Trabajo 1984-1989. Serie Salud para Todos No. 8. Ginebra,.
9. OPS/OMS, 1982. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regional Salud para todos en el año 2000. Washington, D.C.
10. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), 1986. Health Manpower Out of Balance. Acapulco, México.
11. Passos Nogueira, R. y Brito, P., 1986. "Recursos Humanos en Salud de las Américas. Washington", *D.C. Educación Médica y Salud*. 20(3):295-320.
12. Kent Serna, R., 1991. *Política Estatal para los Académicos. Universidad Futura*. 2(6-7):22-29.
13. Fuentes Molinar, O.; Gogo, A.; Ortega, S., 1991. "El sentido de la evaluación instrumental". Un debate. *Universidad Futura* 2(6-7):4-14.
14. Belmartina, S.; Bloch, C.; Persello, A.V. y Camino, M.I., 1988. *Corporación Médica y Poder en Salud. Argentina 1920-1945*. OPS/OMS, Argentina.
15. Rodríguez, J., 1990. *Recursos Humanos y Política Laboral. Salud Popular*, Instituto de Salud Pública, Lima, Perú.

SEGUNDA PARTE

LA UNIVERSIDAD Y LA SALUD DE LA POBLACION

Función de la Universidad en la Formación de Recursos Humanos

*Lic. Rubén Silié**

*Lic. José Agustín de Miguel***

1. El proceso de modernización

Los últimos treinta años fueron vividos por América Latina, como de las grandes esperanzas en todos los órdenes sociales y políticos: fuertes expectativas de cambios políticos y superación del subdesarrollo. Para ambas metas, la educación fue considerada un factor fundamental; por lo que en la lucha para su consecución nunca se dejó de lado la ampliación de la cobertura educativa; así como el logro de la equidad dentro de la misma.

Cuando a finales de los años sesenta se realizaban evaluaciones sobre la eficiencia interna y externa del sistema educativo, empezaron a surgir las dudas e interrogantes sobre el rol de la educación para el desarrollo global de los países, al comprender que para alcanzar el desarrollo no basta con haber aumentado la cobertura, sino una mejor relación entre ese aumento y la inserción en la estructura productiva.

De repente se empezó a hablar que esta importante reivindicación social contribuía a una agudización de fenómenos de sobrecalificación y subempleo (...) si se tiene en cuenta que, en todo caso, el profesional universitario cada vez queda más cesante, ya que la sobrecalificación implica que los más educados desplazan de ocupaciones de menor exigencia a personas de inferior nivel educativo... (BID, 1978 pág. 414).

Si bien a partir de ésta y otras constataciones se veía la necesidad de replantearse

las funciones para el ascenso social, el aumento de los ingresos personales, así como de incremento de la productividad y el progreso tecnológico.

Se podría afirmar que el crecimiento de las economías latinoamericanas de años anteriores, que generaba una demanda de trabajo calificado, justificaba todas las ideas acerca del rol de la educación en nuestras sociedades.

Esto iba en consonancia con las entonces nuevas concepciones sobre el desarrollo, entendido no sólo como progreso material o puro crecimiento económico, sino como un proceso de cambio estructural global, cuyo sistema económico permitiera satisfacer los principales objetivos y aspiraciones de la sociedad. (Sunkel y Paz, 1973).

Bajo estas nuevas ideas se esperaba que a estas alturas de finalización del milenio, América Latina habría entrado en una fase de superación plena de la dependencia y el sub-desarrollo, con una mayor capacidad autónoma para impulsar el crecimiento y la estructura del sistema económico.

Lo que en realidad ha sucedido junto a otros aspectos, es que las metas del desarrollo industrial y la autonomía de los países, no se han conseguido, llegando más bien a expandir el crecimiento de los servicios urbanos, restringiendo los mercados de empleos y quedando la formación profesional como parte de la inercia del sistema, cuya validez sólo se justifica como demanda social de los sectores medios urbanos (Brunner, 1979).

* Profesor - Programa FLACSO - República Dominicana.

** Funcionario y Académico del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC).

No obstante, la región aún tiene como "tarea primordial y común a todos los países: la transformación de las estructuras productivas de la región en un marco de progresiva equidad social. Mediante esta transformación, se pretende crear nuevas fuentes de dinamismo que permitan cumplir algunos de los objetivos propios de una concepción actualizada del desarrollo: crecer, mejorar la distribución del ingreso, consolidar los procesos democratizadores, adquirir mayor autonomía, crear condiciones que detengan el deterioro ambiental y mejorar la calidad de vida de toda la población" (CEPAL 1990, p. 10).

Lo anterior quiere decir que si bien no estamos en el mismo punto de los años sesenta, el desarrollo sigue como "asignatura pendiente", y con él, la educación superior y su rol como factor contribuyente.

En lo que a República Dominicana concierne, podemos decir que como plantea la CEPAL, las estructuras productivas han cambiado, pero sin alcanzar el desarrollo, por eso entre otras consecuencias tenemos una aguda situación de desempleo que afecta fuertemente a los egresados unversitarios. Es una situación nueva que cuestiona este sector de la educación, y que entre otras causas se debe a que la economía dominicana se ha orientado definitivamente hacia la esfera de los servicios y las zonas francas.

La crisis se ha tornado tan dramática en el mercado de empleos que la acreditación universitaria ha pasado a ser competitiva hasta para optar a la opción migratoria, ya la mayoría de los jóvenes graduados, como los que han desertado de las universidades, no confían en la educación como un recurso de movilidad social.

Asumiendo el lenguaje de la teoría del capital humano, podemos decir que el rendimiento individual de la educación ha disminuido, pues invertir en su capacitación no les garantiza un nivel apreciable de beneficios, esto así, tanto por el incremento de los costos de la educación, como por las dificultades para acceder posteriormente al mercado de trabajo.

Las características de ese mercado han cambiado, pues durante aquellos años en que

se efectuaba la masificación de la enseñanza, el sector gubernamental se presentaba como una importante fuente de empleos a profesionales, pues en cierta medida éste también se expandía, así como el modelo de sustitución de importaciones.

La realidad de hoy es totalmente distinta respecto al Estado, el que ha entrado en una fase de reestructuración, la industria sustitutiva está en plena crisis; siendo el sector informal una fuente ocupacional más amplia y dinámica que los otros dos sectores; así como las zonas francas.

Dada la fuerte expansión alcanzada por los dos últimos sectores, las limitaciones de la demanda de educación individual no sólo tiene que ver con lo difuso que se perciben los futuros ingresos del egresado, sino con la escasa demanda de personal profesional por parte del sector industrial.

En este sentido, el problema de la equidad adquiere una nueva dimensión, pues lo dicho anteriormente nos plantea que la competencia por los puestos de nivel profesional benefician a los de mejor posición económica y origen familiar más elevado; ya que estos dos factores pasan a jugar un rol decisivo en la estructura del mercado ocupacional; y puesto que el acceso a los puestos de trabajo mejor remunerados tendrá que ver con las relaciones familiares.

No es extraño que los jóvenes de mayores ingresos se encuentren sobre representados, en las universidades de mayor prestigio y costo; ya que para ellos la inversión resulta rentable, dadas las grandes expectativas de insertarse en los niveles más altos de la estructura ocupacional; mientras los de origen familiar con bajos ingresos tienen menos expectativas, guardando más esperanzas en la emigración que en la oferta de empleos del país, pues si bien en el país receptor se colocan también en los niveles bajos de dicha estructura, al menos las posibilidades de progreso son materialmente mayores.

Esto nos indica que los tiempos han cambiado y que en consecuencia la universidad tiene planteados nuevos puntos en su agenda; ya no se trata de abrirla a los sectores que no tenían acceso a ella, ni de mantener contenidos

educativos asentados en un progresismo retórico hoy superado, tampoco se trata de volver a discutir la noción de privado y pública, etc., hoy está planteado con mucha fuerza, la necesidad de aumentar la eficiencia y productividad, que permitan una mejor inserción de la universidad en la estructura productiva, así como generar capacidades intelectuales capaces de ofrecer alternativas posibles para avanzar hacia el desarrollo.

2. Los nuevos cambios y metas

Desde la terminación de la Segunda Guerra Mundial, la universidad latinoamericana ha sido objeto de múltiples cambios respecto a la universidad tradicional o colonial, y sobre todo, ha crecido en el número de instituciones y en la diversidad de las mismas.

Esos cambios operados han obedecido a factores internos y externos a la universidad, envuelta como ha estado en el proceso general de transformación de la sociedad llamado modernización.

De tal forma que la universidad "lentamente se convirtió en una organización compleja, sus estructuras internas y las concepciones organizacionales se modificaron plenamente. Incluso, los vínculos con la sociedad, las relaciones con el Estado y los nexos con el aparato productivo también fueron producto de una transformación no siempre conflictiva". (Miguel Casillas. 1987: 124).

Las instituciones a su interior, y en relación unas con las otras, como componentes de los sistemas nacionales de educación superior, van sufriendo modificaciones importantes. No sólo se polarizan en públicas frente a privadas, también encontramos metropolitanas frente a regionales, o comprensivas frente a especializadas. A esa diferenciación por sus atributos externos, se puede añadir la que surge en relación a la calidad y nivel dentro de la misma educación post secundaria. De esa diversificación inter-institucional brota una heterogeneidad que podría ser la nota distintiva de la educación superior latinoamericana de la segunda mitad del siglo.

Es importante tener en cuenta que la presencia activa o ausencia del Estado en la

dirección de la educación terciaria ha jugado un papel decisivo en la diversidad de los componentes de los sistemas educativos del tercer nivel. En los países donde las regulaciones dispuestas por el Estado para la creación y funcionamiento de las instituciones fueron más abiertas y de menos exigencias, el mercado fue el factor principal como productor de las diferencias entre las instituciones.

En esa situación la "transmisión fue un proceso "irracional" desde el punto de vista planificador, como resultado de diversas intencionalidades e intereses encontrados, los cuales se articularon de múltiples maneras a los ideales de la modernización como resultado de la obra de distintos sujetos, de su confrontación y conciliación, fue una síntesis contradictoria interpretada de muy diverso modo por sus protagonistas". (Miguel Casillas, p. 124).

La crisis por la que atraviesa actualmente América Latina, es fruto de factores de diversa índole y existe cierto consenso sobre su carácter estructural. Por lo mismo, es un retroceso después de una etapa de cierto crecimiento y sus raíces se extienden a lo largo de las décadas pasadas.

La Década Perdida, como se denomina a la peor de las consecuencias de la crisis, no sólo es aplicable al sector económico. El retroceso también se ha producido en otros sectores como el educativo.

Las metas de la educación superior eran entre otras: la democratización del acceso y ampliación de la matrícula, de tal manera que la adquisición de una formación universitaria fuera un instrumento de movilidad social, la creación y distribución de los conocimientos que eran necesarios para el desarrollo, sobre todo para el aparato productivo; la formación de los recursos humanos que respondieran y se hicieran cargo de aportar las soluciones a los problemas del desarrollo.

La interrupción o retroceso que supone la Década Perdida en el logro de tales metas educativas, trae como consecuencia una crisis de identidad a la universidad. Cuando ésta había llegado a ser una institución social, en el sentido de que la universidad era una realidad accesible para una gran parte de la población. Por lo

mismo, comenzó a ser cuestionada su rentabilidad social y privada.

Posiblemente la universidad como institución haya evolucionado hasta llegar a ser como dice Perkin “una institución social que resume aspiraciones sociales y colectivas gestadas en la red de relaciones económicas, políticas y culturales que conforman y sostienen la vida social. En este sentido, la universidad no es una misma de una vez y para siempre, ella es expresión y resultado de las transformaciones más amplias de la sociedad a lo largo de su historia. Simultáneamente conforma un universo analítico particular en la que se desarrollan valores, tradiciones, prácticas de trabajo y formas organizativas reconocibles en su diversidad a lo largo del tiempo. La existencia misma de la universidad es expresión de un incesante proceso de transformación en el que mucho cambia porque mucho permanece”. (Editado en Lilia Pérez Franco et. al... 1991, p. 329).

3. Nuevo Desarrollo y Universidad

Poco a poco van surgiendo propuestas que intentan recoger la experiencia de las décadas pasadas e intentan articular esquemas de acción para un nuevo modelo de desarrollo. El documento *Transformación Productiva con Equidad de la CEPAL* es sin duda una de las más valiosas.

En líneas muy generales la CEPAL propone: la vinculación más vigorosa de las economías con el mercado externo; articulación productiva y la concertación estratégica de los agentes económicos públicos y privados. Las políticas fundamentales a seguir serían: una competitividad auténtica; la articulación de todos los sectores productivos, el sistema financiero y los servicios e infraestructura; y la organización de los agentes, renovando el rol del sector público.

Las transformaciones científicas y tecnológicas, llevadas a cabo en los países desarrollados, han modificado el proceso productivo hasta el punto de inaugurar una nueva revolución industrial. Los progresos en la electrónica, los nuevos materiales, por citar

algunas realizaciones impactantes, “crean las condiciones de una modificación radical de los principales lugares de la vida económica y social. En el campo industrial, la nueva planta tiende a ser un taller flexible relativamente pequeño pero altamente automatizado y en el cual labora un número reducido de operarios. Entre los principales atributos de la nueva planta industrial se encuentran su capacidad de diversificar las líneas de producción y de producir en forma rentable series pequeñas, reduciendo los tradicionales problemas de escala. A lo anterior se agrega la utilización más intensiva de los insumos que intervienen en el proceso productivo. La posibilidad de sustraerse a las exigencias de la producción en masa sienta así las bases para la superación de la gran planta industrial típica de la organización fordista del trabajo”. (Carlos Ominami, 1988: p. 53).

Frente a esos avances tecnológicos y de organización, los sistemas productivos de la región tienen que rediseñar sus procesos para ponerlos de alguna forma en una nueva competencia en el comercio internacional. La experiencia de la Década Perdida hace patente la imperiosa necesidad de superar el modelo de industrialización anterior, donde el valor técnico agregado a los recursos materiales era sumamente insuficiente al ser imitado de las formas realizadas en otras latitudes, importadas sin pasarlas por algún proceso que permitiera comprender sus bases científicas y tecnológicas y llevarlas hasta la adaptación adecuada para que se fuera generando, en ambos casos, una asimilación del progreso técnico.

En América Latina, como en otros países, la microempresa, la pequeña y la mediana empresa están llamadas a jugar un rol estelar en el crecimiento de las economías y desarrollo de las sociedades de la región. Las ventajas de estas organizaciones de producción se concentran en el empleo considerable de mano de obra, en su capacidad de sufrir modificaciones rápidas, la relativa economía de energía y la posibilidad de utilización de materiales autóctonos.

En el plano social, esas formas de organización productiva contribuyen mejor que cualquier otra estructura a la distribución

equitativa del ingreso, al ahorro y a la inversión. A la vez que reducen la distancia entre las grandes empresas y los espacios artesanales de la economía informal. Area esta última que también debe recibir suma atención.

Frente a esa dirección del desarrollo futuro, la universidad por su indisoluble relación con la ciencia y la tecnología está llamada a fortalecer institucionalmente sus relaciones con el sector productivo, aportando el propio desarrollo logrado en el campo científico y tecnológico al que es necesario en el mundo de la producción para instaurar un proceso sostenido de superación en el orden económico-social.

Por lo mismo, en ese orden de ideas, es necesario un cambio en las orientaciones de la universidad, modificando las formas predominantes durante las décadas pasadas ya que "desde un punto de vista teórico general, y a pesar de la diversidad de situaciones nacionales es posible sostener que en América Latina el desarrollo educativo estuvo vinculado más al sistema político e ideológico que al sistema productivo". (Juan Carlos Tedesco, 1988, p. 59).

Los modelos de industrialización incorporados en estas últimas décadas en Latinoamérica, se basaban principalmente en la importación masiva de tecnologías externas realizadas sin análisis previos, en medio de una supina carencia de disposiciones y fórmulas idóneas para apropiarse y adaptar esas tecnologías a las circunstancias locales de producción. Los determinantes de esa situación fueron, por un lado, los empresarios, que no dieron importancia al propio proceso de asimilación tecnológica, dada las ventajas de producción obtenidas por otros mecanismos y sintiéndose así eximidos de tales preocupaciones, y también, los responsables públicos como incumbentes de la formulación de las políticas científico-tecnológicas. En ese ambiente, es comprensible que las universidades no se ocuparan de producir cambios tecnológicos y transferirlos a las empresas o sencillamente relacionarse con el sector productivo. Pero, las condiciones de la universidad, ahora necesaria, exigen un cambio de intereses en la universidad.

Con frecuencia se piensa que los cambios tecnológicos son autónomos y aceptados por su peso específico, pues la imagen de poder que acompaña a la tecnología implica una fuerza que inclina y lleva misteriosamente al cambio. Sin embargo, la realidad no es esa. Los cambios en las formas y medios de producción surgidos de los avances y aplicaciones tecnológicas no son independientes de los sectores sociales. La cultura, las percepciones sociales, los valores están implicados a la hora de viabilizar la aceptación de los cambios tecnológicos. Y en este caso, de la misma forma que las universidades trabajaron, durante la década de los sesenta, para modificar los valores de la "sociedad tradicional" y hacer el espacio a la modernización, ahora la universidad tiene el reto de crear las facilidades para que los cambios tecnológicos sean aceptados en los ambientes sociales y productivos.

Sin duda, se trata de colaborar en una creación cultural para entender el cambio tecnológico desde otra perspectiva. "El cambio tecnológico puede ser definido como un producto social, que presenta una compleja relación de causa a efecto con las transformaciones culturales. Si, por una parte, el desarrollo tecnológico sigue su propia racionalidad, ella no obedece a una tendencia predeterminada. Las opciones constituyen, en último análisis, expresión de necesidades, intereses y relaciones de fuerzas entre clases y categorías que participan en el proceso productivo. Los cambios tecnológicos influyen en las estructuras, mentalidades y valores de la sociedad, los cuales, por su parte, también condicionan las innovaciones tecnológicas. Mientras la sociedad no esté preparada para aceptar los impactos y efectos de los cambios tecnológicos, estos no lograrán imponerse y producir los efectos deseados. Por otro lado, la asimilación e integración de los cambios tecnológicos y culturales genera tensiones y conflictos, debido a las resistencias, intereses y valores de los diversos agentes sociales comprometidos en el proceso". (Rattner, 1990, p. 14).

Las universidades hasta ahora han sido las que han seleccionado los conocimientos que

constituyen los elementos de formación profesional de los egresados universitarios. Esos conocimientos, producto de la actividad intelectual de la comunidad científica internacional, académica y no académica, son cada día más extensivos e intensivos, más especializados. Cuando la universidad no participa en la creación o adaptación de conocimientos, aquellos que utiliza como materiales de formación, son los organizados, empacados en manuales inmortales, en la mayoría de los casos obsoletos y sin relación con las necesidades presentes.

La reacción concreta y necesaria de la universidad frente al crecimiento de la ciencia y la tecnología es la de incorporarlo adecuada y rápidamente al currículo, tomando esa tarea como una de sus mayores responsabilidades, ya que la calidad de los futuros profesionales está directamente relacionada con la calidad del currículo y de su gestión. El desarrollo tecnológico tiene un impacto extraordinario en la actividad productiva y por lo mismo se debe reflejar en el perfil formativo de los ingenieros y científicos. El currículo universitario en América Latina no puede estar basado tanto en los perfiles ocupacionales, que a la larga son irreales por estar sometidos a las percepciones de la moda de prestigios; por el contrario, deben entroncarse los sistemas de organización y de tecnología de las empresas, y mucho más, en los sistemas de ciencia nacionales e internacionales.

Cuando las universidades no están atentas y trabajan en la renovación continua de las currículas, los egresados son profesionales para el mantenimiento como explica un autor comentando el caso venezolano: “nuestros ingenieros eléctricos o electrónicos no saben cómo se fabrican los dispositivos estudiados; los ingenieros mecánicos se gradúan sin conocer o haber estudiado una pieza de fundición y menos, una matriz de inyección de plástico o un troquel de corte, por no mencionar las técnicas modernas de manufactura flexible o automática. Sin embargo, son expertos en los principios teóricos que rigen todas las máquinas y dispositivos que importamos. Muchos de ellos serán excelentes ingenieros de mantenimiento

de los mismos, o representantes de ventas de esos productos. El ingeniero no está siendo formado para crear sino para mantener”. (Marcos Rodríguez, 1990, p. 120).

Esa problemática de la renovación curricular está íntimamente relacionada con la calidad de las instituciones de educación superior. La preocupación por la calidad comenzó a nacer en el momento en que las expectativas puestas por los diferentes grupos en la educación superior ya no eran satisfechas de acuerdo a sus parámetros. Los criterios de calidad guardaban anteriormente una relación directa con esas expectativas, como el grado de democratización, la politización de los estudiantes y profesores, el prestigio social de los estudiantes al terminar sus estudios. En esa tesitura se hacía la evaluación determinante del grado de calidad. Actualmente, los estudiantes que egresan de la universidad se dan cuenta de que los títulos universitarios no proporcionan los empleos de la misma forma que hace algunos años. Así, los diplomas han sido desvalorizados y la evaluación institucional se entiende ahora de acuerdo al grado de significación social que tienen los conocimientos proporcionados y la formación ofrecida.

La significación social de los conocimientos tiene una fuerte relación con la vigencia y actualización de los mismos, y con la capacidad que proporcionan para asimilar el cambio tecnológico que llega a través de la innovación en el campo de la producción, ya que esos cambios implican el surgimiento de nuevas profesiones o nuevas tareas en los empleos al demandar el dominio y posesión de nuevas habilidades y destrezas no contempladas en las currículas tradicionales.

Una conclusión, que se desprende de la problemática de la calidad y de su evaluación, es la relación de la universidad con el sector productivo. Tradicionalmente, en la universidad la producción y distribución de conocimientos ha sido vista como una actividad propia y característica de la misma, pero podía ser entendida desde dos ángulos diferentes. La labor investigativa de la universidad para unos tiene que cumplir casi exclusivamente los requisitos del método científico ya que su

finalidad última es la de llegar a la verdad sin importar la utilidad o aplicabilidad del conocimiento desprendido de la investigación.

Para otros, no es suficiente el aliciente y finalidad de llegar a la comprensión de la realidad, es necesario mediar o ponderar de alguna forma los resultados concretos y su inserción dentro del contexto de las condiciones sociales y económicas.

Esta última tendencia es más reciente y considera la necesidad de una estrecha vinculación de la universidad con el sector productivo, donde realmente se concrete la evaluación de los resultados de la acción investigativa universitaria, tanto por los conocimientos y propuestas tecnológicas aportadas como por la formación en habilidades más cónsonas con el progreso de la ciencia en los egresados que se incorporan a los puestos de trabajo.

La relación de la universidad con el sector productivo no puede ser una meta ni tarea emprendida por la universidad, el sector productivo o el Estado por separado, o de acuerdo a intereses unilaterales. Es responsabilidad de todos aquellos que de alguna forma intervienen en ella. En medio de la crisis de financiamiento, por la que atraviesa actualmente la universidad, sería muy fácil para ésta mirar al sector productivo para que le tienda la mano en socorro, financiándola en sus programas y proyectos. La finalidad de la empresa en ese contacto podría ser sonsacar el personal mejor formado, y cuando las relaciones no entren dentro de ese esquema, su vinculación con la universidad sería casual, tangencial, de imagen, y por lo mismo, sin resultados importantes, puramente transitorios, sin mucha posibilidad de convertirse en algo permanente y duradero, que aune ambas instituciones en el desarrollo común del país.

Por otra parte, la exhortación de la autoridad pública a que ambas entidades trabajen en colaboración tendría muy poco efecto dada la autonomía universitaria, y más bien, sería interpretada como una acción tendiente a obtener algún tipo de beneficio político o facilidad de maniobra.

Ordinariamente la colaboración de la universidad con las empresas se inscribe dentro de la investigación y el ofrecimiento de consultoría. En América Latina, no existe tradición de investigación en las empresas como en otras regiones, situación llamada a ser modificada ya que “en países industrializados, entre el 40 y el 60% del esfuerzo nacional de investigación se da en las empresas, y el diálogo ocurre entre los investigadores de la universidad y de las empresas. En América Latina este porcentaje fluctúa entre el 5 y 15%, y el diálogo mucho más difícil, se da entre los investigadores de la universidad y los gerentes de empresas. Esto obligará a las universidades, por un largo tiempo, a absorber una cuota mayor de esfuerzo, participación en proyectos de desarrollo final y estructuración del paquete tecnológico que normalmente sería hecho al interior de la industria”. (Mario Waissbluth, 1990: 154).

Esa vinculación de la universidad con la industria podría ser uno de los cambios más asequibles para lograr alcanzar condiciones mejores para enfrentar y entrar en la competencia internacional.

En este sentido, es en el exterior de la universidad desde donde se están poniendo mayores esperanzas y se perciben mejores posibilidades. Indiscutiblemente esta relación más íntima supone que la universidad cambie en algo sus formas de trabajo tradicionales, como por ejemplo, su preferencia por la investigación básica y siga garantizando la confianza frente a las empresas sobre los resultados obtenidos por su medio.

Por último, el postgrado sería la otra forma de colaboración entre ambas instituciones. En los programas de postgrado, la universidad alcanzaría el desarrollo propio al trabajar en la docencia e investigación, y la empresa obtendría recursos humanos con formación más actualizada, más amplia y con las habilidades propias de ese nivel académico.

Para terminar, una conclusión que se desprende de todo lo anterior. Por una parte, el desarrollo para ser tal debe ser sostenido, como, hoy por hoy, lo es el avance de la ciencia y de la tecnología. Por otra parte, la educación de hoy y más la de mañana, nunca será

definitiva, siempre tendrá que ser permanente. Quizás, en ese punto de conjunción del avance de la ciencia y la tecnología y en el carácter

permanente de la educación, se deben encontrar la universidad y el desarrollo de los países de América Latina.

Bibliografía

Banco Interamericano de Desarrollo (1978). *El programa del Financiamiento de la Educación en América Latina*. Washington.

José Joaquín Brunner (1979). *El Diseño Autoritario de la Educación en Chile. Universidad, Cultura y Clases Sociales*. FLACSO, Santiago de Chile.

Miguel Casillas (1987). "Notas sobre el proceso de transición de la universidad tradicional a la moderna. Los casos de la expansión institucional y la masificación". En *Sociología* 2(5), 124.

Centro de investigaciones económicas (1991). "La privatización y Exclusión de la Educación Dominicana". Periódico *El Siglo*. 22-6. Pág. 8-D.

Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (1990). *Transformación Productiva con Equidad*. Santiago de Chile.

Carlos Ominami (1988). "Doce proposiciones acerca de América Latina en una Era de Profundo cambio tecnológico". En *Pensamiento Iberoamericano*. 13/53.

Lilia Pérez Franco et al. (1991). "Los académicos de las universidades mexicanas. Contexto, discusión conceptual y dimensiones relevantes para la investigación". En *Sociológica*. 5(15), 329.

Henrique Rattner (1990) "Revolución Científica Tecnológica". En *Conceptos Generales de Gestión*. Santiago de Chile.

III

Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población

*Dr. Fernando Sánchez Martínez**

1. La Crisis Latinoamericana

Desde la independencia política en el siglo pasado, los países latinoamericanos han vivido un proceso de lucha constante en la búsqueda de su bienestar. Hoy, en los albores del siglo XXI, esta lucha continúa honrando los ideales bolivarianos de la identidad latinoamericana.

En el momento actual, los países del Tercer Mundo en general, los países latinoamericanos en particular, enfrentan una grave crisis, resultado del endeudamiento externo y de la aplicación por parte del Fondo Monetario Internacional (FMI) de una serie de ajustes económicos que ha deteriorado las condiciones de vida de la inmensa mayoría de la población, de por sí tradicionalmente deplorables.

La magnitud de la crisis es tal, que pese a los pagos efectuados, la misma sigue creciendo cada año. Esta situación ha suscitado gran preocupación en los pueblos y gobiernos latinoamericanos; así, varios presidentes y dirigentes políticos han expresado que la deuda es impagable. A la vez, crece con mayor intensidad la búsqueda de la integración latinoamericana, capaz de crear las condiciones para el fortalecimiento regional que garantice el desarrollo económico, la identidad cultural y el respeto a la autodeterminación.

La crisis se refleja en todos los órdenes de la sociedad, sobre todo en los derechos económicos sociales consagrados en la

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), la cual proclama el derecho a la alimentación, la salud, el trabajo, la vivienda, la educación y la seguridad social.

Aunque la crisis social y económica ha agravado las condiciones de vida de la población en todos los aspectos, para fines del presente trabajo sólo nos referimos a la repercusión de la crisis en el sector salud.

2. La crisis y la salud

En la edición de 1990 sobre "Las condiciones de salud en Las Américas"², se enumeran las principales consecuencias de la crisis en el sector salud:

- a) Los recursos disponibles para el sector salud pública disminuyeron en la misma proporción que el gasto público general.
- b) Los servicios de seguridad social sufrieron los mismos efectos que los de salud pública.
- c) Las reducciones presupuestarias se hicieron sentir con más fuerza en la inversión.
- d) Se han reducido los programas, actividades y organismos del sector público, salvo la cobertura de inmunización que se ha mantenido o se ha ampliado.

* Ex Rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo

- e) Al igual que los demás trabajadores, los trabajadores del sector salud están pagando una parte sustancial del costo del ajuste a la crisis, sobre todo en la reducción de sus salarios reales.
- f) Los ajustes económicos han significado una merma en la calidad de la atención.
- g) Se ha producido un incremento en la morbilidad infantil provocada por diarrea, al igual que en la mortalidad infantil.
- h) Los trastornos económicos de la crisis provocaron un aumento en el número de suicidios; al igual que el número de homicidios.

Al elevar el impacto de la crisis en la salud de la población, debemos tener presente que el nivel de recursos en cada país tiene una distribución desigual, y que, en consecuencia, “Pequeñas pérdidas económicas pueden tener consecuencias significativas para los pobres, en tanto, que pérdidas mayores acusan poca trascendencia si son distribuidas equitativamente o afectan principalmente a los grupos más pudientes”.³

La recesión económica puede originar más enfermedades, de manera que se requiera atención médica; de igual modo, puede hacer más difícil conseguir los servicios necesarios. Esta segunda situación va en correspondencia con la construcción general en la inversión pública, lo cual se refleja en el sector salud por el deterioro de los servicios en los ministerios de salud y en la seguridad social. Esta situación se agrava por el hecho de que pacientes que anteriormente podían pagar médicos particulares, ahora acuden a los servicios de salud pública.

Junto a esta situación, debemos considerar que el proceso inflacionario y el estancamiento económico aumentan los precios de los equipos, medicamentos y otros insumos, a la vez que se torna cada vez más difícil la posibilidad de adquirirlos.

Los efectos directos de la crisis, se manifiestan en la desnutrición, las enferme-

dades intestinales y respiratorias y el aumento de la mortalidad infantil, efectos de por sí altos antes de que empezara la crisis actual. También se observa la pérdida de empleos y de ingresos, junto a la emigración, la inmigración rural a las ciudades, la falta de recreación adecuada, el incremento en el uso de alcohol y drogas. Todos estos factores conjugados contribuyen a la aparición de trastornos mentales que culminan a veces en asaltos, homicidios y suicidios.

De todos modos, es lógico suponer que el impacto de la crisis en la salud de la población, varía conforme a las medidas adoptadas en cada país, o sea, que la crisis afecta a la salud del pueblo de acuerdo a la forma en que el gobierno responde y trata de proteger la salud. Lamentablemente los informes más recientes son desalentadores y plantean graves preocupaciones.⁴

3. Universidad y Crisis

La crisis que desde los años sesenta viene afectando de manera global a nuestros países, y que de manera particular acabamos de ver en el sector salud, también ha producido una profunda conmoción en las universidades latinoamericanas, “expresándose en el desarrollo científico-tecnológico, en la actualización del personal, en la adquisición de materiales y equipos, en el incentivo de la investigación, y en general, en las necesidades de sintonizar adecuadamente con las necesidades e intereses sociales”.⁵

De todos modos, no se trata tan sólo de los efectos directos de la crisis y de la propia capacidad universitaria, sino que debemos tener siempre presente la política norteamericana, planificada desde el gobierno de Reagan y continuada por Bush, contenida en el “Documento de Santa Fe”. En este documento los estrategas de la política norteamericana trazan entre sus objetivos el privatizar la educación superior y escindir la relación universidad-sectores populares y la posible influencia de la universidad sobre estos.

Debemos reconocer los evidentes logros obtenidos por la política norteamericana en perjuicio de nuestras instituciones de educación

superior; este reconocimiento nos obliga a la reflexión y a fijar nuestra posición en relación al papel de la universidad ante la crisis económica actual y ante las perspectivas del nuevo milenio.

4. El papel de la Universidad en la Elevación del nivel de salud de la población

Hoy día la convicción generalizada de que la Universidad debe “ajustar sus actividades al desarrollo nacional” y que a partir de Alma Ata la Universidad tiene un importante papel a jugar con el objetivo de contribuir a lograr para los ciudadanos del mundo en el año 2,000 un grado de salud que les permita llevar auspiciosas perspectivas, debemos tomar en cuenta las dos premisas fundamentales a que hemos hecho referencia: la situación de la universidad latinoamericana actual y el impacto de la crisis en el sector salud.

Consideramos como tarea vital para plantearnos objetivos que puedan alcanzar a que la universidad juegue un papel importante en la elevación del nivel de salud de la población, en que haya una claridad meridiana en el sentido de que no se trata de elaborar nuevos documentos y manifiestos; sino de cumplir objetivos específicos a corto, mediano y largo plazo, de parte de una institución que desde su fundación colonial anda en la búsqueda de su verdadera función en la sociedad en que se desenvuelve.

La universidad latinoamericana, como hemos dicho, no sólo está gravemente afectada por la crisis económica; otros males, incluso más graves, le envuelven en una telaraña de la que es preciso liberarse.

Haremos algunas reflexiones en torno a la situación que planteamos:

1. Para la universidad participar en la vida social activa y contribuir a la elevación de la salud de la población, no sólo tiene que tener bien definido su papel, lo cual es obvio, sino que todo el personal docente, estudiantil, administrativo tiene que estar preparado para estos fines. No es temerario afirmar que

muchos de los docentes no conocen, y otros no están identificados con el programa de Atención Primaria en Salud; además de que sólo conocen la enseñanza hospitalaria y de aulas y están involucrados con el ejercicio clínico individual, biólogo y especializado. A nuestro juicio, si hay obstáculos importantes para que la universidad cumpla su misión de elevar el nivel de salud de la población, son los de crear conciencia en los universitarios acerca de esta estrategia.

2. La transformación del plan de estudios de las profesiones del sector de salud, es el paso siguiente. Un plan de estudio acorde con la estrategia de lograr salud para todos en el año 2,000, o sea, la aplicación del Programa de Atención Primaria en Salud (APS). En este sentido, hay numerosos factores que deben tomarse en cuenta, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- Generalmente los docentes universitarios se distinguen por un alto nivel en la especialidad médica; fuera de ese ámbito no muestran interés o incluso pueden constituirse en obstáculos sea ideológico o administrativo.
- Dados los intereses involucrados en la transformación de un plan de estudios, a veces es necesario comenzar por determinadas áreas, sobre todo relacionadas a la salud pública. Esto puede beneficiar en dos aspectos: no hay que esperar los prolongados períodos que se toma la transformación curricular y, además, el trabajo comunitario que se realiza puede ir sirviendo de estímulo y paradigma para las áreas más refractarias al cambio.
- Debe tenerse en cuenta que las actividades comunitarias por las que aquí abogamos, no se refieren a las labores que desde hace años vienen realizándose en nuestras universidades: extracurriculares, sin coordinación con el ministerio de salud, con escasa o ninguna participación de la comunidad; en general, suelen degenerar en un “turismo académico” cuyos resultados suelen ser negativos.

3. Las investigaciones en muchas universidades latinoamericanas no están respaldadas económicamente y en los casos en que tal respaldo exista, las investigaciones no están ligadas a las necesidades más perentorias de la población. En este sentido, cada Facultad de Ciencias de la Salud, debe elaborar su programa de Atención Primaria, apoyado con financiamiento institucional, en la medida de las posibilidades, y con financiamiento internacional.
 4. Es necesario establecer una mayor relación entre los docentes y estudiantes de las diferentes áreas de salud; abogamos por un ciclo común a todos los que ingresan a la Facultad, estableciendo desde el principio de la carrera la especialidad de cada área profesional, a la vez que se va fomentando el trabajo en equipo, el respeto mutuo y la responsabilidad general.
 5. La enseñanza al nuevo personal de salud, deberá superar el tradicional enfoque biologista, para incorporar con un mayor peso la epidemiología, las ciencias económicas y sociales, del comportamiento y la administración. Lo que deberá cuidarse en este aspecto, es que no se trata de incorporar nuevas asignaturas para "enriquecer" el plan de estudios; de lo que se trata es de formar el nuevo profesional con una visión biopsico-social, que aprenda a distinguir en el proceso salud-enfermedad la interacción de estos componentes indisolubles.
 6. La coordinación e interacción con las demás facultades es una necesidad, sobre todo en la educación de los profesionales de otras áreas para que asimilen la salud dentro del campo de sus respectivos ejercicios profesionales. Tales son los casos de ingeniería, educación, agronomía, veterinaria, arquitectura y otras.
 7. La universidad puede lograr aportes notables en la elevación del nivel de salud de la población, coordinando a los ministerios de salud y educación para la ejecución de un proyecto común. Es indispensable que desde la educación primaria los niños adquieran conciencia de que la salud es un derecho y de que cada ciudadano es responsable de hacerlo realidad, tanto a nivel individual como comunitario, regional y nacional.
 8. La elaboración y ejecución de una política nacional de salud basada en el Programa de Atención Primaria, tienen que ser el resultado de una necesidad sentida por la población, en consecuencia debe contar con la participación de todas las instituciones oficiales y privadas del sector salud y con la participación de los sectores sociales organizados.
 9. Es importante resaltar el uso de la tecnología como instrumento de poder; su generación, utilización y expansión ha contribuido a profundizar las diferencias entre grupos, clases y países. Las grandes transacciones mantienen una campaña permanente, a veces subliminal que ha logrado envolver a la gran mayoría de la población, en el sentido de que la "buena" medicina está basada en la alta tecnología y equipos sofisticados.
 10. Finalmente, a nuestro juicio el papel fundamental de las universidades en relación a la salud, es destacar la esencia de la vida como eje del saber y del hacer salud; para ello, debemos ir superando el territorio exclusivo de la salud y de la enfermedad, para adentrarnos en el proceso de la realidad social y en la identidad del sujeto social como ser humano.
- Al término de estas reflexiones, habrán quedado numerosas ideas por formular; pero también muchas otras para la continuación del debate y para "el inicio de un proceso de contenido transformador y desde una perspectiva estratégica para el desarrollo de los recursos humanos en salud que el país necesita y requiere".

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud (1986). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. 100, No. 6. Págs. 648-659.
2. Organización Panamericana de la Salud (1990). *Las Condiciones de Salud en Las Américas*. Washington, Vo. 1.
3. Ibidem.
4. Organización Panamericana de la Salud, Op. Cit.
5. Organización Panamericana de la Salud, Unión de Universidades de América Latina (1989). *La Universidad Latinoamericana y de la Salud de la Población*. Quito.
6. Organización Panamericana de la Salud (1985). *Función de las universidades en las estrategias de salud para todos*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 67. Washington.

IV

Respuesta de la Universidad a las Necesidades de Recursos Humanos en Salud

*Dr. Mariano Defilló Ricart**

La salud, derecho constitucional, es uno de los valores fundamentales del individuo y de la colectividad, además constituye uno de los factores al igual que la educación, más necesario para el desarrollo integral de los pueblos.

La salud es un concepto complejo, que resulta de la interacción de influencias ambientales y del estilo de vida de los grupos humanos, necesitándose para influir en los niveles de estos últimos, no sólo de la acción médica sino de otros relacionados con la alimentación, la vivienda y el empleo, entre otros, pero fundamentalmente de la educación.

Por supuesto, es aquí donde las universidades tienen un rol de primer orden, en la formación de los recursos humanos para la salud, los cuales según la acepción más estricta y operacional, se definirían como aquel conjunto de personas que dentro de la sociedad han recibido una responsabilidad específica para la prestación de servicios, usualmente en las instituciones de salud.

El proceso de formación de recursos humanos en la América Latina, ha sido uno caracterizado por continuos conflictos o enfrentamientos entre lo soñado, lo deseado y lo ideal con la lacerante realidad existente, enmarcados en una época en la que impera una muy alta velocidad de generación de conocimientos para una sociedad con bajo nivel de escolaridad y con grandes limitaciones en sus medios de comunicación.

Nuestras universidades, en sociedades en desarrollo, necesitan cambios, necesitan transformarse continuamente y deben erigirse en el cerebro pensante y crítico de estas sociedades, y como tal deben ser generadoras y promotoras de los instrumentos para los cambios necesarios. Y aunque la historia, ha mostrado que ha sido en las universidades donde han nacido o germinado, muchas de las ideas innovadoras que podrían haberse convertido o constituido en propuestas de transformación de estas sociedades, la realidad ha sido otra.

Lamentablemente, las universidades no han escapado al proceso social, mayormente político de nuestras sociedades, el cual se ha distinguido por ser inerte y resistente al cambio, por tanto engendrando como etiqueta propia del mismo la conservación de lo tradicional.

Además, la universidad como reflejo de contradicciones sociales ha tenido un papel fundamental de mantenimiento, ha permanecido como una entidad conservadora internamente y ha servido grandemente a la consolidación del Status Quo de sociedades que no cambian con la rapidez que se espera.

Esto se percibe con facilidad, en algunas de las dimensiones que tienen que ver con el rol de sus tres funciones básicas: la producción de conocimientos, la aplicabilidad de los mismos y el cumplimiento de sus actividades.

Si analizamos críticamente estas tres funciones básicas, tendremos que admitir que

Decano Facultad Ciencias de la Salud. Universidad nacional Pedro Henríquez Ureña.

en vez de producir el conocimiento para el cambio, la universidad ha sido un instrumento de reproducción de conocimiento, generado en sociedades estabilizadas o en vías de ello, y por supuesto, no son los más adecuados para sustentar el proceso de cambio que necesitamos.

La aplicabilidad de estos conocimientos también ha fallado pues ha sido expresada en conceptos y medios de acción inadecuados, al proceso de transformación social de nuestras sociedades.

Además, y hay que decirlo con pena, la universidad ha tendido hacia el enquistamiento y aislamiento aún cuando se dice y se propone capaz de influir e integrarse a la vida de la sociedad.

No obstante, la universidad moderna, se ha convertido en una especie de sistema ampliado, cuyas funciones definidas de nuevo, apenas parecen haber variado en relación con las tradicionales: desarrollo de las posibilidades y la personalidad del ser humano, la creación y protección de un intelecto independiente, así como la adquisición y difusión sistemática de nuevos conocimientos.

Sin embargo, hay que admitir que las universidades han ciertamente adquirido una mayor conciencia social, debido al incremento de las demandas de las clases en pos de igualitarismo, exigiendo nuevos enfoques y formas en su gestión educadora.

Estas nuevas direcciones “del cambio” crearán nuevas interrogantes y preocupaciones, pero estarán básicamente orientadas a definir el lugar de la universidad de la sociedad, al concepto de servicio de ella como institución formadora y prestadora de servicios, a las estructuras universitarias en relación con las necesidades de la comunidad y a las libertades tradicionales universitarias.

Procedería que ahora, enjuiciáramos estas nuevas orientaciones o direcciones “preocupantes”.

¿Cuál es el lugar de la universidad en la sociedad? La universidad se crea por la sociedad, con miras a que se ocupe de todo lo concerniente a los conocimientos pero para poder cumplir esta función la universidad debe

mantenerse ajena, fuera del alcance de toda influencia o presión inapropiada, debe en cierto sentido aislarse, pues de no ser así, no podría ocuparse o encargarse libre y objetivamente de los problemas del conocimiento.

Sin embargo, la universidad no puede ni debe aislarse de la sociedad de la que forma parte, ya que en ella una gran proporción de los conocimientos tienen sus raíces y encuentra su significado.

Este es un dilema que emerge cada vez que la universidad aborda y cuestiona los temas de su verdadero significado social.

En otras palabras “la función de la universidad en la sociedad entraña un conflicto irreductible: el sistema social espera de la universidad que mantenga su independencia respecto de ella y sin embargo, le exige que responda ante ella. La sociedad acusa a la universidad de ser una torre de marfil, pero eso es exactamente lo que espera que sea”.

Todas las universidades tienen conceptos e ideas muy diferentes en lo que concierne al servicio, incluyendo la forma en que este debe desenvolverse en relación a la enseñanza e investigación. No importa la manera cómo se implemente o se haga operante, lo importante es que se implante, puesto que si partimos de la premisa de que los conocimientos no aplicados son conocimientos privados de su significado, el concepto de servicio es vital y fundamental cuando se considera la conveniencia de ampliar las relaciones entre la Universidad y la Sociedad. Hace más de 15 años surgió un movimiento de integración docente asistencial, está aun vigente y cada día ha cobrado más fuerzas. Su surgimiento obedeció a un esfuerzo para recuperar la articulación y la integración de las actividades de enseñanza, de investigación y las propias de las instituciones de enseñanza con las actividades de las instituciones prestadoras de servicios y ha significado un comportamiento de la universidad como si fuese una estructura externa, la práctica social de salud. Además ha servido para constatar que al final esta práctica de salud prevalece y ha determinado la conciencia hoy casi universal de que, las condiciones de esta práctica tienen que convertirse en el núcleo conductor del proceso de transformación tan deseado por todos.

La universidad moderna puede prestar servicios de cinco diferentes maneras: 1) Comunicación e intercambio, 2) Servicio de consultas, 3) Investigación sobre las necesidades de la sociedad, 4) presentación de posibles soluciones a problemas de comunidad y 5) Participación en la ejecución de la solución adoptada para la comunidad.

La universidad únicamente tiene que poner su equipo, su infraestructura y sus recursos humanos a disposición de la comunidad, sin que esto conlleve en lo más mínimo atribuir nuevas funciones a la institución.

De la misma manera, la universidad debe responder a las solicitudes o peticiones concretas que le formula la comunidad en materia de educación, investigación, actividades culturales, entre otras, a sabiendas de que ésta exige de ella que sea competente, eficaz y que esté disponible, sin afectar en nada su apego a sus funciones tradicionales.

La participación de la universidad en el análisis de las necesidades de la comunidad requiere un enfoque, concepción diferente de sus funciones, ya que presupone de parte de la comunidad, una aceptación a la capacidad de la universidad para efectuar investigaciones y de parte de la universidad que la considera capaz de proponer soluciones con absoluta independencia, de toda opción previa de la comunidad.

Por supuesto, esta acción necesariamente repercute en los cimientos de la universidad, la cual al participar en el análisis de los problemas y en la definición de la demanda, presupone que esté preparada para reajustar sus propias estructuras, sus planes de estudios y sus métodos de enseñanza, entre otros.

Cuando la universidad participa aportando propuestas de soluciones posibles, debe prestar el servicio de calidad que de ella se espera, siendo imprescindible la autonomía y la integridad intelectual.

Además de definir las necesidades y recomendar las correspondientes soluciones, la universidad puede participar en la ejecución o aplicación determinada mientras no colinde con sus otras funciones.

Un ejemplo en este sentido, que merece ser destacado es la prestación de atención primaria en el seno de un servicio universitario.

Para que las universidades puedan establecer una relación eficaz con un medio ambiente es preciso y necesario que encuentre los mecanismos adecuados que le permitan poner en juego sus diversos y variados medios y recursos, lamentablemente ellas están más orientadas hacia las disciplinas que a las misiones, no obstante no deben limitarse a aceptar la idea de que "las comunidades tienen problemas y las universidades tienen departamentos".

Es imprescindible que la rigidez de los departamentos sobre todos los monodisciplinarios, entiendan que las disciplinas no son simplemente realidades científicas, sino instituciones sociales que definen una participación en los conocimientos, por tanto es mandatorio que se haga valer en toda la extensión posible, la multidisciplinariedad, la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad.

La tarea de convertir la universidad de una servidora pasiva de los diversos elementos de la sociedad en una participante institucional activa en la planificación de la sociedad, supone profundas modificaciones en cuanto a finalidad, concepción y comportamiento institucional.

Cada vez que la universidad profundiza en su compromiso con las comunidades que le rodean, surgen con frecuencia interrogantes en relación con el riesgo que ese compromiso conlleva para la libertad y la autonomía académica, y esto cobra singular importancia cuando la universidad trata de definir en colaboración con otras partes interesadas, los problemas de los que deberá ocuparse, y de elaborar soluciones en los que ella pueda participar.

Sin embargo, las interacciones con la comunidad refuerzan la autonomía y permiten que la universidad, que debe en gran parte su existencia al deseo de la comunidad de tener a su disposición un sistema objetivo y "absoluto" de referencia, independiente de tendencias a influencias transitorias, pueda pasar de una situación de libertad sin poder, a una participación directa en la modificación o transformación social.

Hasta aquí, hemos analizado y enjuiciado con sentido crítico las funciones de la universidad y su relación con la sociedad, los problemas y conflictos emanados de la misma, haciendo énfasis en la imperiosa necesidad de la universidad de involucrarse y jugar un papel determinante en los cambios sociales que esta demanda.

Pasaremos ahora a revisar con el mismo sentido, la formación de los Recursos Humanos.

Indudablemente los recursos humanos que debemos formar tienen que estar orientados a satisfacer las necesidades reales de salud de la población como un todo, pero esto hasta hoy día ha sido una utopía.

Pero en la práctica real, las necesidades de salud de la población no se reflejan en sus demandas. Los servicios de salud, a lo largo del proceso histórico, a través del cual han sido conformados, se han orientado primordialmente a la satisfacción de las necesidades de los grupos de dentro de la sociedad y han podido por una participación en la distribución del poder, sustentar sus demandas en la distribución de los escasos recursos disponibles para la sociedad.

Por tanto, poseemos servicios de salud no orientados necesariamente para satisfacer a cabalidad, las necesidades de salud de la población como un todo, pero sí básicamente orientados a la satisfacción de las necesidades de los grupos que dentro de la sociedad han tenido mayores privilegios y más aún dirigidos a satisfacer los intereses de los productos de salud o de los insumos y factores utilizados en el proceso productivo de salud.

Esta realidad política concreta hace que la adecuación de los recursos humanos a las necesidades de salud de la población no sea más que una quimera anhelada.

Esta ha llevado, y lleva, a que los métodos de planificación utilizados para la formación de los recursos humanos hayan confrontado serias limitaciones ya que únicamente si se planifican de acuerdo con las necesidades estaríamos hablando de un paso de avance realista, de otra manera estamos propiciando, y ese es el caso, el Status Quo, puesto que la planificación de los recursos humanos, se hace de acuerdo a la

oferta de los servicios según los recursos disponibles y/o con demandas expresadas, política y socialmente apoyados en el equilibrio de la distribución de poder.

¿Qué ha hecho la universidad en estas dimensiones?

Es un hecho incontestable que la universidad no ha respondido a las necesidades de salud de la población, pero si a las demandas que la sociedad impone, sin haber podido desarrollar la función de transformación de ellas, debido a que las prácticas han permanecido inmodificadas.

A pesar de los múltiples movimientos e iniciativas en el proceso de formación del personal de salud, aun seguimos con el culto a la enfermedad y no a la salud, el culto a la tecnología y atención que se expresa en culto del Hospital, con la suposición quimérica de que el hospital sería centro y núcleo de la actividad científica de salud.

¿Qué debe hacer la universidad?

Nadie duda que se debe formar un personal de salud con suficiente preparación para laborar en los aspectos curativos pero es innegable que se tienen que hacer grandes esfuerzos para formar médicos y otros profesiones cuyo interés primordial sea el de eliminar las condiciones que propician la enfermedad, teniendo una orientación y programática básica y fundamentalmente biopsicosocial, tendiente a proporcionar una mejor calidad de vida a los miembros de la comunidad y enfatizando siempre en el proceso vital humano.

Si se trata de profesionales médicos, el que formemos debe ser un médico familiar o de comunidad con conocimientos teóricos y prácticos de la vital y necesaria atención primaria, capaz además de mantener una adecuada vigilancia epidemiológica.

Debe trabajar en equipo, requiriendo un personal de apoyo, por lo que debe estar apto para preparar el conjunto de personas que le brinden este apoyo, todo con miras a propiciar el mejoramiento del entorno, particularmente la nutrición y la educación.

Por lo tanto, es necesario crear un conjunto multidisciplinario de técnicos y profesionales,

en donde el médico comunitario es un factor importante, pero no el único.

Implícitamente también, se está describiendo a un profesional que no espera ilusoriamente que un empleo le aguarda al término de sus estudios. Por el contrario, se esboza ya, el modelo de un egresado que va a propiciar la creación de su propio empleo trabajando en el beneficio de la comunidad, a que se le asocia. Este modelo muy claro para el médico comunitario, también lo podría ser para otro buen número de profesionales.

Hay que recalcar que la solidaridad social siempre existe en el ser humano pero la educación universitaria no siempre la fomenta ni la incrementa.

No cabe la menor duda, habremos de encontrar nuevos esquemas pedagógicos y modificaciones curriculares para poder lograr esto que eventualmte tendrá que ser una tangible realidad.

Para lograr esto, es preciso que la educación universitaria establezca mecanismos continuos de enlace con la comunidad para crear la comunicación social, que debe ser una tarea importante para todos los universitarios. Es por tanto, necesario, encontrar las vías, para discutir y dialogar, las ideas y solicitudes de la comunidad y aún más urge la formación de conocedores o expertos en materia de comunicación universitaria, ya que pocos de nuestros egresados poseen una preparación adecuada al respecto.

Cuando se pueda contar con ellos y cuando se hayan investigado las mejores vías de vinculación con las necesidades de la comunidad, definitivamente se hará más efectiva la tarea del médico comunitario y los profesionales o técnicos de apoyo para la promoción de salud, y para otras actividades colectivas en donde intervengan otras carreras.

Es vital que la universidad impulse la formación del personal de apoyo; que se oriente hacia el servicio comunitario ya que se requiere del sostén de otras disciplinas, que complementen todas las acciones necesarias para propiciar la salud pública. El estudiante universitario necesita imperiosa y mandatoriamente, conocer los problemas sociales de su entorno. Por esta válida razón habrá que

incrementar las actividades extramuros, en el seno de la comunidad. Curricularmente, es posible fomentar esta acción siempre que se acrediten en los planes de estudio las acciones prácticas de entrenamiento en el trabajo. Este esquema podría ser una modalidad de los sistemas de educación abierta, que tendrían que modificarse para estar acordes con las necesidades de una buena parte de la sociedad donde vivimos. El impacto de esto en la salud de las comunidades es enorme pues traspasa por mucho los linderos del servicio social actual.

La acreditación de la experiencia en el trabajo, constituye una reforma sustancial y significativa, y puede representar una clara tendencia para orientar a la universidad a las necesidades de la gran mayoría, ampliando el acceso de los sectores populares a los beneficios que pueden derivarse de la educación superior.

Necesitamos generar reformas modificadoras de las técnicas de enseñanza destinadas a inducir cambios apreciables en ella. Las posibilidades son muchas, pero una de las mejores está representada por los nuevos profesores que es imprescindible formar.

La formación de profesores, está íntimamente relacionada con el programa prioritario de las instituciones de educación superior, y el que debe ser su móvil primordial: elevar la calidad académica.

La universidad puede establecer los mecanismos de formación de estos nuevos profesores. Puede lograr una reorientación del sistema educativo, siendo pedagógicamente su núcleo básico los profesores, ya que ellos sí serían expertos en comunicación universitaria.

Esta, como materia o similar, podría ser impartida en muchas carreras, sin que esto implique abrir una opción específica en una carrera nueva.

Concluiremos diciendo que estamos conscientes que la formación de recursos humanos tienen que ser continua en su método y en su práctica, continua en los procesos de enseñanza, investigación y prestación de servicios y aunque sabemos que no es una misión fácil de cumplir, debemos aceptar el reto que se nos impone con un optimismo invariable, que no desmaye, hasta encontrar la solución deseada.

V

Transformación curricular en el área de la salud; una visión de la formación de recursos humanos en salud

*Víctor Hugo De Lancer, Ph.D.**

1. Contextualización histórica del problema

La década de los años 60 conformó un conjunto de condiciones sociopolíticas que hicieron de la Universidad Latinoamericana un área privilegiada en la confrontación entre sociedad política y sociedad civil.

En esta tensión epocal, la sociedad política asumió la hegemonía del poder y la sociedad civil quedó reducida a la subsistencia, subsumida en una relación cada vez más adversa a la institucionalidad civil y a la promoción de nuevos sujetos sociales constructores todos de una brecha democrática.

Ante esta economía del poder, obstruyente de cualquier espacio democrático, la Universidad latinoamericana asumió una arriesgada función prometeica que tuvo sin lugar a dudas una justificación histórica, una explicación coyuntural y una aceptación civil de singular legitimidad.

La presencia de la Universidad en las luchas sociales no sólo contó con la aceptación de una nación específica, sino de la región en su generalidad.

París de 1968, México de 1968 y 69, Colombia de Camilo, las luchas panameñas y chilenas, etc., renovaron en toda su extensión el Cordobazo Universitario, convirtiendo el quehacer Universitario en uno de los fenómenos sociales y políticos más contestatarios y relevantes de la época.

En el caso dominicano, varios fenómenos sociales reforzaron esta vocación de la academia en los años 60 y parte de los años 80, destacándose entre otros las siguientes:

- Proceso migratorio hacia la ciudad
- Desarrollo de las ciudades intermedias
- Proceso de industrialización acelerado
- Desequilibrio progresivo de los estándares ambientales.
- Aumento del analfabetismo
- Crecimiento de la Cobertura Media y superior de la Educación
- Priorización de los credenciales académicas
- Sensible tendencia de Privatización de Servicios de Salud y Educación
- Bloqueo sostenido a las expresiones democráticas
- Demanda social sostenida, en el orden de la salud, educación y otros servicios básicos para la calidad de la vida.

En este marco de tendencias estructurales y reclamos, la Universidad asumió un papel protagónico, llegando muchas veces a sustituir el rol de los partidos políticos de los sindicatos y demás sujetos sociales propios de una sociedad civil democrática.

En este contexto, se entiende que a las funciones de docencia, investigación y extensión, la universidad asumiera el rol de promotora y a veces organizadora de la acción política.

* Docente y funcionario de la Oficina de Planificación Universitaria. Universidad Autónoma de Santo Domingo.

A partir del ámbito antes descrito, los estamentos filosóficos de las Universidades públicas del área, siendo la UASD un ejemplo descollante, asumieron el principio de la criticidad como vía de posibilitar el advenimiento de una promesa transformadora.

Esta criticidad, no siempre explícita, sirvió como soporte ideológico, más que praxológico, de tal manera, que en la mayoría de las veces, opacó la necesaria complementariedad con las funciones de docencia; investigación y extensión de la universidad.

En esta dirección, la academia se abrió a la manifestación y a una intervención social y comunitaria, para lo cual no estaba suficientemente organizada ni estratégicamente diseñada.

Esta dinámica convulsionada y un medio político cada vez más adverso forzó a la Academia a un enfrentamiento permanente sin tregua, que dificultó la necesaria reflexión a lo interno, en dirección de concebir y explicar una estrategia de acoplamiento entre la coyuntura y lo permanente de la Universidad en una sociedad en crisis.

De esta manera se entiende que la permanencia política de la Universidad, tuvo sus virtudes y sus fracasos, virtudes, porque la acción política fue una respuesta histórica necesaria y fracasó porque la Academia no pudo adelantarse a su tiempo, tampoco pudo comprender los cambios que se efectuaban en la Sociedad Dominicana.

La sociedad cambió drásticamente su perfil económico, cambió la composición de poder, cuestionó el moderno de una cultura de partidos políticos tradicionales, aparecieron nuevos sujetos sociales, en fin, Prometeo devolvió el fuego, quedando la Universidad incapacitada para interpretar la nueva semántica social, a pesar de ser ella y los propios partidos políticos tradicionales de derecha y de izquierda, sujetos interventores creadores de hecho de una manera u otra del presente espacio democrático.

El contexto antes descrito evidencia que la universidad en su conjunto está obligada a redefinir sus vínculos con la sociedad, cuya dinámica la separa cada vez más del claustro académico.

Ante este cuadro desafiante, la universidad dominicana deberá trabajar con estrategias claras, mucha inteligencia y decididos principios, toda vez que el presente y parte de nuestro futuro próximo estará significado por las consecuencias sociales, económicas, culturales y políticas que implican la adopción de la preceptiva económica del Fondo Monetario Internacional.

Estamos convenidos de que esta variable redimensiona el comportamiento de nuestro aparato productivo, reorienta el sistema financiero, dirige los mecanismos fiscales, determina la composición del gasto público y desplaza las responsabilidades del Estado frente a servicios como educación y salud, hacia un nuevo espacio de la canasta familiar.

Los efectos de lo antes dicho, no admite dudas, estamos ya palpando como nación un ahondamiento en los niveles tradicionales de pobreza, y una movilidad social regresiva, a nivel de capas medias, aún no estudiada, conocida por sus efectos con el nombre de "nuevos Pobres".

Es en este contexto en el que hay que redefinir la respuesta curricular de la universidad. Queda claro que la producción del saber crítico, su transmisión y su aplicación social, requiere del análisis riguroso de las condiciones sociales de esta producción.

Se entiende en consecuencia, que las estrategias de enseñanza y de aplicación social del conocimiento, deben ser en su conjunto, una respuesta global, asertiva y coherente de la institución, frente a una sociedad, cuya problemática haya sido cuidadosamente estudiada.

En este sentido, la universidad es lo que es, no por sus enunciados estatutarios, sino por su posición frente a los siguientes elementos: modo de producción del conocimiento, modo de transmisión del conocimiento, y modo de prestación de servicios comunitarios.

Está suficientemente claro en esta contextualización de la relación Universidad-Curriculum-Sociedad supone una lectura permanente de los signos epocales, que en nada conlleva un abandono de la criticidad como dimensión de las funciones universitarias.

Afirmamos esto, porque a nuestro juicio la criticidad, no es un discurso, es de hecho una dimensión del conocimiento, una estrategia de la enseñanza y una estrategia de la acción Universitaria frente a la comunidad.

La lógica formal de este discurso nos lleva a la convicción de que la universidad dominicana, a nuestro juicio desfasada de su nueva realidad, sólo puede recuperar su pertinencia social en la medida en que adopte con responsabilidad y sensatez la decisión del gran Marcel Proust, cuando nos dejó su bella y útil sentencia "a la recherche du temps perdu" (En búsqueda del tiempo perdido).

Para nosotros el reencuentro con su realidad y la conquista de un nuevo liderazgo comunitario y social sólo lo alcanza la academia a través de un cambio curricular copernicano, que convierta a la academia en una reserva de la conciencia nacional y en un santuario de la fe pública.

2. Curriculum o la pertinencia social de la universidad

De las consideraciones anteriores se deduce que las funciones de la Universidad en su contexto social, implican un conflicto a lo interno de ella misma y un conflicto no menos agudo con el medio social en el que esta opera cotidianamente.

Nadie duda de que esta tensión traduce los niveles de distribución del poder en la Universidad, poder este que toma cuerpo en los grupos políticos organizados que operan generalmente en la Academia y en los núcleos profesionales identificados con sectores profesionales hegemónicos a nivel de la sociedad.

En esta dirección están habitualmente las facultades de Derecho, Ciencias de la Salud, y las Ingenierías.

Desde el ángulo de la sociedad, el poder se aferra al saber y a la práctica hegemónica de ese saber, destacándose ente otros el sector Jurídico y de una manera más militante el sector salud.

A nuestro juicio, el área de la salud, es por su naturaleza y tradición el área que presenta a

la universidad, por el momento, el mayor y más arriesgado desafío.

Esta desafío ante una reforma inminente, manifiesta dos niveles claramente definidos, con diferentes grados de conflictividad que a su vez exigen estrategias curriculares definidas.

Por una parte, las facultades que otrora eran medicina, han cambiado su composición curricular y son en su generalidad, facultades de Ciencias de la Salud, ello implica en muchos casos la oferta de otras ramas de la Salud como Farmacia, Bioanálisis, Odontología y Enfermería, entre otras.

A lo interno de la Academia, a pesar de notables avances, aún persiste la hegemonía del médico, y la división técnica del trabajo en Salud, que fragmenta las diferentes intervenciones del saber en Salud, fragmenta de igual modo los oficios y con ello los grupos profesionales.

Todo lo anterior, implica que a pesar de notables avances, aún prevalece en las universidades la visión de atención al enfermo, lo que conlleva un sobredimensionamiento de lo físico en la Salud y un espacio de intervención fragmentada reducido al hospital o la clínica, si es el caso.

Esta aseveración es válida para América Latina en su conjunto y para nuestro país es especial, literatura sobre el caso hay en suficiencia y calidad, descollando a nivel regional, Franco, Granda, Castellanos, Bloch, Arango, etc., y en lo nacional, Quezada, Borrell, Robles, Zapata, del Riego, Padilla, Mella y Sánchez Martínez, ente otros.

La literatura enunciada nos indican las tendencias curriculares más transformadores en el campo de la Salud en América Latina.

La mayor contribución en estos trabajos en el campo de las posibles materias curriculares pueden concretizarse en líneas gruesas en los siguientes elementos:

- Considerar la relación Salud, Enfermedad, como un proceso bio-psico-social irreductible, que obliga a percibir los problemas de salud a lo interno de un contexto social específico.
- Procurar una intervención sanitaria que parta como estrategia de la presencia multi-

disciplinaria que abordan la complejidad del proceso Salud-Enfermedad.

- Propiciar una intervención en Salud participante, no solo a nivel profesional, sino también de los diferentes estamentos sociales implicados.

En el marco de estos referentes a todas luces innovadores, todos estos autores, de una forma u otra, al referirse a la relación Universidad-Curriculum-Sociedad, aconsejan pertinente la adopción de una pedagogía universitaria problematizadora que parte de los problemas específicos de Salud, que asuma compromisos en el trazado de la políticas de salud, que busque propiciar mejores condiciones de vida para las mayorías.

3. Recursos humanos en salud: predicados para una estrategia

El fomento de la Salud, tendencia hacia la prevención de las enfermedades y la creciente preocupación por la educación sanitaria a nivel de la ciudadanía, se convierte cada vez más en metas deseables a nivel del discurso oficial de salud.

Estos lineamientos, sin dejar aún de ser parte del discurso sanitario de los políticos, pertenecen al marco estratégico de Alma-Ata hacia la meta Salud para todos en el 2000.

Lo cierto es que estos lineamientos han matizado positivamente la orientación del país, convirtiéndose tal vez en un marco de referencia para la formación de recursos humanos en salud, en dirección de su concepto, perfil profesional y las estrategias pedagógicas para alcanzarlo.

Cuando pensamos en necesidad de una mayor cobertura, en el fomento de la salud, en las estrategias preventivas y en la participación de la comunidad en los problemas conjuntos de salud, estamos de hecho presentando los predicamentos básicos para la revisión y la reforma curricular pertinente.

Esta nueva dimensión de la salud y esta redimensión del rol de la Universidad en los momentos actuales, obligan también a redimensionar la investigación en salud y por último obligan con mucho vigor a buscar

rumbos distintos en lo concerniente a la prestación de servicios de salud.

No cabe dudas de que el mayor desafío curricular en salud está en la conjugación e integración de estas funciones.

La integración de la docencia, la investigación y la prestación de servicios comunitarios en salud, permite construir alternativas curriculares que operan de hecho como respuestas sociales de la academia.

Esta concepción de integración de funciones hacia la formación de un nuevo profesional de la salud, tiene el peligro de convertirse en un discurso, o en una simple exquisitez curricular, si no se tiene en cuenta que el proceso de formación en salud debe estar fundamentado en un medio comunitario debidamente seleccionado.

En ese tenor, tendrá que tomarse en cuenta que dicho proceso de formación tiene como matriz la propia experiencia comunitaria partiendo de una estrategia orientada de lo simple y múltiple a lo complejo, manteniendo pertinencia en la gradualidad del conocimiento.

La experiencia referida implica: La adopción de criterios epidemiológicos encaminados a la adecuada selección de una población objetiva o varias a la vez, que reúnan las condiciones epidemiológicas deseadas.

- Implica también asumir la comunidad en una dimensión de espacios de concertación en el que actúan con equidad y prudencia todos los actores sociales de la comunidad.
- Implica además que la academia involucre toda su dotación de servicios, incluyendo aquellos dirigidos por facultades, escuelas o departamentos que no son del área de salud: Economía, Sociología, Psicología, Antropología, Pedagogía, Extensión Artística y Cultural, etc.

Quizás la mayor implicación esté en el cambio de poder y de cultura que debe propiciar la propia academia a lo interno de sí misma.

Se entiende que en el seno de las comunidades operan una significativa gama de actores participantes todos en una determinada distribución del poder.

Es importante en ese sentido que la Universidad, o su locus de acción institucional, que en este caso es la Facultad de Ciencias de la Salud, tenga presente la cultura, la idiosincrasia y la división de poder que opera en las comunidades.

Sólo con estas atenciones al perfil de poder y de cultura de la comunidad, se podrá asegurar un proceso educativo dialógico, que incorpore al currículum y al proceso mismo los conocimientos y la práctica social en salud necesarias, con la debida eficacia, eficiencia y participación social.

En último predicamento a tener en cuenta por las autoridades universitarias, básicamente de sus instancias académicas es la necesidad de disponer de profesores y personal auxiliar que superen:

- La hegemonía de la práctica hospitalaria tradicional.
- La hegemonía del médico a lo interno de las demás carreras de la salud.
- Las barreras que sesgan la posibilidad de vínculos ente la Facultad de Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales.

- Las dificultades de involucrar más al Departamento de Salud Pública a los demás departamentos docentes de las Facultades de Ciencias de la Salud.

A estos esfuerzos por resolver inconvenientes destruyentes, añadimos dos recomendaciones básicas finales:

Primero: Que se tenga presente que una pedagogía problematizadora tiene que asumirla la dinámica estudio-trabajo, como alternativa de aprendizaje y servicio integrada.

Segundo: Esa situación supone una estrategia de formación y entrenamiento docente de carácter estructural y permanente que haga real y efectiva la presencia de una masa crítica de profesores para hacer frente al desafío de la Reforma Curricular.

Dado el límite del tiempo disponible en este evento, hemos querido lanzar estas ideas a fin de contribuir con un debate que de mayor nivel de profundidad al tema y a sus propósitos.

TERCERA PARTE

SITUACION DE LA OFERTA Y LA DEMANDA DE FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

VI

Mercado de trabajo, y mercado de trabajo en salud: hipótesis para el estudio del caso dominicano

*Wilfredo Lozano**

En el presente documento nos proponemos presentar algunas ideas básicas que ayuden a comprender la importancia que tiene la cuestión del mercado de trabajo para el análisis del papel que cumple la fuerza de trabajo en el proceso de desarrollo, particularmente en lo relativo al sector salud. En la primera parte nos preocupa situar la problemática del mercado de trabajo en tanto esfera de relaciones sociales y económicas entre agentes y actores sociales específicos: empresarios, trabajadores, Estado. A partir de este punto, procedemos a presentar algunos de los puntos en torno a los cuales se concentra el debate latinoamericano sobre la fuerza de trabajo y el proceso de desarrollo. En este marco, en una última parte, procedemos a debatir la cuestión del mercado de trabajo en el sector salud, situándonos en la perspectiva de los mercados de trabajo duales, tal como lo enfoca la escuela institucionalista, sobre todo Michael Piore.

1. El mercado de trabajo como esfera de relaciones sociales

El mercado de trabajo constituye un espacio de relaciones sociales ente agentes económicos específicos: los empresarios y la fuerza de trabajo. Esto implica que la fuerza de trabajo es asumida como una mercancía cualquiera por sus contratadores, la cual tiende a ser comparada por su valor, es decir, por el valor de los medios de subsistencia y bienes

socio-culturales que son necesarios para su reproducción.

Teóricamente la fuerza de trabajo se presenta en el mercado a ser vendida a su valor. De aquí que el regulador del equilibrio entre la oferta y la demanda de la mercancía trabajo lo defina el salario. sin embargo, a diferencia de otras mercancías, la fuerza de trabajo tiene peculiaridad de ser capaz de producir -al emplearse productivamente- más valor del requerido para su reproducción.

En la cuestión del mercado de trabajo debemos distinguir por lo menos tres esferas de relaciones sociales, de las cuales sólo una es la propiamente mercantil, aun cuando las otras dos les son imprescindibles:

1. La esfera propiamente mercantil o de mercado: es aquí donde se establecen los términos de la oferta y demanda de mano de obra, o mercado laboral propiamente dicho. Según los clásicos (Marx), esta esfera se encuentra regulada por la presencia de un excedente de mano de obra que presiona a los salarios medios a la baja, en condiciones de escases de oferta de mano de obra, pero también asegura, en condiciones de auge económico, una oferta de mano de obra estable. Como veremos luego, en las modernas economías esta función reguladora se complejiza. En términos de relaciones sociales, el ámbito del contrato salarial es el que establece o formaliza el vínculo entre el capital y el salario a este nivel.

* Director del Programa FLACSO-República Dominicana.

2. La esfera productiva: es en esta esfera donde propiamente se define el uso productivo de la fuerza de trabajo. En este ámbito hay que distinguir en la organización del trabajo tres niveles: uno técnico, otro social y otro propiamente económico. En función del proceso productivo, en sus diversos niveles o expresiones, los contratadores de fuerza de trabajo definen estrategias salariales que organizan su acercamiento al mercado laboral a la búsqueda de mano de obra, no solo barata sino dotada de determinadas características y condiciones (entrenamiento, docilidad, cercanía, etc.). Esta esfera se encuentra regulada, desde el punto de vista económico, por la consecución de beneficios empresariales, propósito al cual se someten la organización técnica y social del proceso productivo.
3. La esfera reproductiva: es el ámbito donde el trabajador repone sus fuerzas físicas e intelectuales y se reproduce social y biológicamente. El espacio regulador de esta esfera es la relación familiar de la unidad doméstica.

Las tres esferas se encuentran relacionadas: la esfera doméstica define estrategias reproductivas según las cuales se regula la inserción del trabajador al mercado laboral. En este último espacio de relaciones sociales y económicas, el trabajador se encuentra con la estrategia empresarial, siendo la conjunción de ambas realidades (la empresarial y la doméstica-reproductiva) en torno a la cual se articula y define el salario. Sin embargo, en tanto desde el punto de vista obrero el salario se define en función de una estrategia colectiva de reproducción (de él y su familia), desde el punto de vista empresarial el salario constituye una realidad económica eminentemente individual, siendo la contratación de la mano de obra un acto formalmente individual. Por otro lado, mientras el salario obtenido por el obrero es empleado para la simple tarea reproductiva sin propósitos empresariales de acumulación, el uso de la fuerza de trabajo en la actividad productiva se encamina a la producción de

bienes mercantiles. Así, pues, entre la familia trabajadora, el mercado de trabajo y la fábrica o lugar de trabajo, se presenta una estrecha articulación, pero tras la cual el momento propiamente reproductivo-laboral se subordina al momento laboral-económico.

2. La problemática del mercado de trabajo en América Latina

En América Latina dos enfoques analíticos han predominado en lo relativo a la cuestión de los mercados laborales y el proceso de desarrollo.¹ El primero podría definirse como demográfico, en el que los problemas de la absorción productiva de fuerza de trabajo por los sectores dinámicos de la economía (industria y actividades urbanas), así como los referentes a los elevados niveles de desempleo, que en las últimas tres décadas han sido característicos del proceso de desarrollo latinoamericano, se explican por el acelerado crecimiento de la población. En tal enfoque, el crecimiento de la población, unido a un significativo éxodo rural a las ciudades, en condiciones de una débil capacidad de absorción productiva de mano de obra de la economía urbana, ha generado una “sobreoferta” de mano de obra, que potencia un enorme volumen de mano de obra desempleada y la “inflación” ocupacional del llamado sector terciario, con un alto predominio de actividades de baja productividad, bajos salarios e inestable situación ocupacional, a las que se reconoce como “subempleo”.

Este enfoque adolece de debilidades evidentes. En primer lugar su excesivo énfasis en los factores demográficos, como determinantes de la subutilización de la fuerza de trabajo, dificulta, cuando no impide, apreciar las conexiones causales que se establecerían entre el ritmo de crecimiento de la población y los patrones de desarrollo, siendo estos últimos uno de los componentes más importantes para explicar los primeros. En esta óptica, por el contrario, el factor poblacional aparece como una variable “causal” que resulta incapaz de articularse a explicaciones históricas, tras las cuales podamos apreciar cómo, en contextos sociales y económicos más o menos semejantes

la intervención de las mismas variables demográficas adquieren especificidades diferenciales, según los modelos de desarrollo por los que ha atravesado la región, a partir de su inserción al sistema mundial como economía periférica.²

Un segundo enfoque, alternativo al primero, enfatiza las condiciones sociopolíticas y económicas como los ejes explicativos del problema del empleo, orientado sus análisis en torno a los modelos de acumulación y desarrollo. En este enfoque reconocemos posiciones diversas y hasta encontradas, desde la perspectiva cepalina hasta los actuales enfoques del llamado sector informal, pasando por las posiciones de la marginalidad, y los análisis de la “escuela brasileña”.³ Podemos distinguir, pues, varias posiciones teóricas en este segundo enfoque.

Por lo pronto el enfoque desarrollista cepalino⁴ sostiene que el problema del empleo en la región es una función del desencuentro entre modernización con alta capitalización y tecnología y sobreoferta de mano de obra, mientras la posición de la escuela de la marginalidad sostiene que este desajuste es el resultado de la posición periférica y dependiente en América Latina, en un contexto de dominio del capital monopolista. De este modo, el sector monopolista produciría una masa marginal, que sin embargo continúa ejerciendo funciones de reserva para el sector competitivo. Este último enfoque coloca la discusión en términos de modelos y etapas de acumulación, siendo el presentado por la llamada teoría de la marginalidad.⁵

La perspectiva ecléctica de Singer sostiene que una teoría del empleo aplicada a los países en desarrollo debe concentrar su interés en el estudio de la absorción de fuerza de trabajo en el proceso de producción social del excedente económico. En función de ello Singer distingue cuatro sectores básicos en los que se ubicaría la fuerza de trabajo: 1) las actividades gubernamentales (AG); un sector “autónomo” (SA); 3) un sector de subsistencia (SS); 4) un sector de mercado o capitalista (SM). Para Singer las actividades gubernamentales (AG) constituyen una función derivada de la

demanda de servicios y de recursos que todo proceso de acumulación capitalista plantea, pero no generan beneficios. En tal sentido dichas actividades crecen como una consecuencia del incremento de la participación estatal en la economía. El financiamiento de las AG proviene del resto de la economía, como también del sector de subsistencia. Por ello, en última instancia, sostiene Singer, el incremento de los gastos estatales en las AG limita el crecimiento de las actividades de mercado y de subsistencia. De aquí que las AG deban ser constreñidas dentro de límites que no pongan en peligro el ritmo de la acumulación y -en el largo plazo- la expansión misma del sector capitalista.

El segundo sector distinguido por Singer es el autónomo (SA). El mismo está compuesto por iniciativas individuales no empresariales, pero su producto se destina al mercado (campesinos, comercio a menudeo, artesanos, etc.). En el enfoque de Singer, el SA sobrevive porque sus miembros sub-remuneran su trabajo, lo cual permite compensar sus costos más elevados en relación al sector de mercado. En estricto sentido, el trabajo autónomo es el producto del “desencuentro” del proceso de generación de una oferta de trabajo más allá de la demanda de la misma por los sectores de mercado y gubernamental.

El último sector distinguido por Singer es el de subsistencia (SS). Para dicho autor se trata de unidades que producen predominantemente para el autoconsumo, localizadas en la esfera agrícola. Según Singer lo que distinguiría en este sentido a las unidades del SS, es que, pese a su vínculo con el mercado, pueden prescindir de los productos que parcialmente adquieren en el mismo sin afectar su nivel básico de subsistencia.

Souza introduce la noción de “mercado de trabajo de base”, la que a nuestro entender representa una enriquecedora contribución al estudio de los mercados de trabajo en la región. Al respecto señala que dicho mercado representa la influencia de la población activa “no calificada” sobre la dinámica general del mercado de trabajo. Con la introducción de este concepto Souza intenta contribuir a la

dilucidación de los dos problemas cruciales en el estudio de la relación del proceso de acumulación-mercado de trabajo: 1) la determinación de la tasa de salarios, y 2) la existencia de un excedente de mano de obra y su influencia en el dinamismo de la tasa salarial y de la oferta de mano de obra.

Es posible admitir el establecimiento de un nivel salarial variable, relativamente independiente del ritmo positivo de la acumulación. Este nivel salarial se establecería en torno al valor de la fuerza de trabajo y el incremento de la productividad. Pero para que ello ocurra es preciso que el patrón de acumulación, la estructura productiva y el patrón salarial encuentren un significativo grado de correspondencia.

Es en este contexto que modernamente, según Souza, puede introducirse la noción de "sector informal urbano" (SIU). En esencia, el concepto define un conjunto de actividades productivas que se caracterizan por su fácil acceso, la pequeñez de la escala de inversión requerida en comparación con la empresa formal capitalista, el hecho de que dichas empresas y actividades (informales) se desenvuelvan en mercados competitivos o en la "base" de mercados monopolistas y finalmente, que la fuerza de trabajo que nutre al sector es creada por el excedente de fuerza de trabajo del sector formal.

A esta conceptualización Souza le señala una serie de puntos débiles. En primer lugar, sostiene que en términos teóricos este enfoque supone que el sector informal sería el inferior de la economía, en su vinculación al sector capitalista. En consecuencia, dicho sector lo que produciría serían bienes y servicios para los pobres, a diferencia del formal que haría exactamente lo inverso. Pero resulta evidente que el mercado de trabajo y la economía representan una sola estructura, lo cual obliga a reconocer que la expansión del sector formal no se puede verificar sin afectar al sector informal. De aquí que la "autonomía" y "eficacia" del sector informal de hecho representa una ingenuidad teórica del enfoque.

Por ello, sostiene Souza, las llamadas actividades informales en los hechos se verifican en espacios "intersticiales" de las

formas de producción capitalistas; actúan en esferas específicas de la economía, por se encuentran determinadas, y subordinadas a las formas productivas capitalistas. De aquí que estas últimas recreen, destruyan o conserven a las primeras, en función de las necesidades del proceso más general de acumulación.

Es aquí donde se inserta el argumento crítico de Oliveira respecto a las tesis dualista. Sostiene que la extrema desigualdad observada entre los segmentos de población trabajadora del sector terciario y la ocupada en los polos dinámicos del proceso de acumulación, no supone una relación "dual", en el sentido de representar "lógicas" económicas y reproductivas distintas. Por el contrario, el planteo de Oliveira sostiene que existe una relación de integración entre ambos niveles, apoyada en la necesidad del proceso de acumulación de suplirse de servicios baratos, como también sostenida en la extrema desigualdad en la distribución de la renta.

3. Intervención estatal y mercado de trabajo

La intervención estatal constituye una mediación ordenadora y reguladora de la producción y la reproducción de la fuerza de trabajo, sin la cual la dinámica misma del proceso de acumulación encontraría obstáculos más o menos insalvables. Dicha regulación se expresa en dos niveles específicos: 1) el de la disciplinización de la fuerza de trabajo en torno a los requerimientos técnicos y sociales del sistema productivo, y 2) en torno a la regulación del mercado de trabajo, particularmente en torno al control de la inseguridad del empleo del trabajador en períodos inactivos.⁶

La primera función es el resultado necesario de la existencia de una fuerza de trabajo "libre", que depende para su reproducción de su inserción en el sistema productivo controlado por el capital. La segunda es fruto de la función que el ejército de reserva cumpla en la dinámica del mercado laboral.

En este último sentido, se ha de reconocer que para aquellos trabajadores que no

constituyen parte del "ejército activo", sino del de "reserva", la intervención estatal constituye una mediación determinante para su reproducción. Esto demanda de instituciones específicas que aseguren la reproducción del trabajo en condiciones de "desempleo" o inactividad, tales como la beneficencia y leyes de pobres en los albores del capitalismo industrial y la seguridad social moderna. Es pertinente reconocer, sin embargo, que estas instituciones reguladoras no deben, en modo alguno, violentar la disciplina de fábrica y el grado de "inseguridad" esencial que el capital requiere del trabajo para lograr un control efectivo del dinamismo del mercado laboral, como también asegurar un adecuado nivel salarial que no dificulte el ritmo de la acumulación.

Sin embargo, también en este nivel hemos de considerar al hogar del trabajador, en la medida en que la estrategia de inserción al mercado de trabajo del productor directo pasa por el lugar que éste ocupa en la unidad doméstica. Esto, sin embargo, encuentra obstáculos, ya que para el capitalista la inserción del trabajador al mercado laboral es esencialmente un fenómeno individual, lo cual entra en contradicción con la necesidad de reproducción y sobrevivencia de la familia trabajadora, considerada como unidad. La intervención reguladora del Estado puede resolver, o mejor aún, regular, dentro de ciertos límites, esta contradicción. En todo caso, la gestión estatal de la fuerza de trabajo se plantea siempre como "externa" al vínculo concreto del trabajador con el capitalista en la esfera productiva, o en el mercado de trabajo.

Según de Brunnhoff, la función estatal se hace cargo de una parte de los costos reproductivos de la fuerza de trabajo, "costos" que no son retribuidos directamente por los capitalistas individuales. De aquí, pues que las instituciones estatales organizadas para tal función (legislación laboral, asistencia social, seguridad social, salubridad pública, etc.) constituyan, a su vez, el lugar donde se producen los enfrentamientos y compromisos clasistas que regulan el dinamismo del proceso de acumulación. Sin embargo, estas instituciones reguladoras dependen del dinamismo

del mercado de trabajo, pero en sus efectos concretos apoyan un significativo grado de estratificación de la clase trabajadora.

4. Mercados de trabajo institucionalizados: el caso del sector salud

En primer lugar debemos dejar establecido que el sector salud, como mercado de trabajo altamente institucionalizado, reviste algunas particularidades que deben destacarse:

Se trata de un sector que precisamente tiene por objetivo regular una dimensión determinante de la reproducción de la fuerza de trabajo en su globalidad: mantener al trabajador en condiciones laborables, desde el punto de vista del nivel mínimo de salud que requiere su inserción en la actividad productiva, lo cual es extensible a la familia del trabajador. Por otro lado, el sector salud es aquel que de alguna manera se encarga de asegurar las condiciones biosociales mínimamente necesarias para asegurar la reproducción del trabajador.

En segundo lugar, se trata de un sector altamente institucionalizado, desde el punto de vista de su organización formal, y el nivel determinante de personal técnico. Y, finalmente, se trata de un sector con un elevado nivel de intervencionismo estatal, desde el punto de vista de la regulación del vínculo capital-trabajo y desde el punto de vista del proceso mismo de regulación del proceso reproductivo de la fuerza laboral en su conjunto.

En este momento es pertinente que retomemos algunas de las ideas de Piore⁷ y la escuela institucional norteamericana relativas a los procesos de institucionalización de los mercados de trabajo, pues las mismas pueden ayudar a comprender el funcionamiento de mercados laborales con las especificidades que hemos señalado posee el mercado de trabajo en salud.

Piore asume que existe un mercado dual de trabajo. La hipótesis es que el mercado de trabajo se encuentra dividido en dos segmentos: el primario y el secundario. El primero favorece puestos con salarios altos, buenas condiciones laborales y estabilidad en el empleo. El segundo

no. En esa perspectiva, la variable crítica parece ser la estabilidad relativa en el empleo.

Dentro del sector primario, sostiene Piore, hay que distinguir un sector superior y un inferior. El primero está formado por profesionales y directivos. Se distinguen del inferior por: 1) sueldo y status más elevados, 2) posibilidad de movilidad ascendente en la empresa. 3) pautas reguladas de movilidad y rotación laboral.

Piore introduce la tesis secundaria de que en la dinámica del mercado dual de trabajo intervienen patrones culturales propios de la subcultura de la clase trabajadora que pueden condicionar y peor aún contravenir, la posibilidad de movilidad en la cadena de rotación y puestos a los elementos vinculados al estrato inferior del sector primario. En esta perspectiva las llamadas cadenas de movilidad laboral desempeñan un papel estratégico. La hipótesis subyacente sostiene que la dinámica social y económica no es aleatoria. Por el contrario, está sujeta a la existencia de canales preestablecidos que definen las posibilidades de los sujetos ocupar posiciones sociales específicas. En tal sentido la gente obtiene empleos en un orden secuencial y probabilístico determinado. A dicho orden se le puede definir como cadena de movilidad.

Las cadenas no sólo definen las posibilidades de movilidad, sino también quiénes tienen acceso a los puestos de trabajo, en un esquema probabilístico. En tal sentido, las cadenas de movilidad serán más efectivas en los estratos superiores del sector primario del mercado de trabajo que en el segmento inferior, y serán más difusas y competitivas -por lo tanto menos eficaces- en el sector secundario.

¿Qué utilidad tiene esta perspectiva “institucionalista” para el análisis del sector salud, en un país como República Dominicana? Veamos.

En primer lugar, ayuda a analizar el dinamismo interno del sector salud, no sólo desde el punto de vista del conjunto de recursos humanos que moviliza, sino también desde la perspectiva de los mecanismos sociales que permiten el acceso a él por parte de la fuerza de trabajo, en sus niveles tanto superiores con alta especialización, como secundarios con baja especialización.

Por otro lado, el argumento de Piore puede contribuir a definir una eficaz metodología de análisis en función de la cual la intervención estatal se aprecie no sólo como mecanismo regulador del sector, desde el punto de vista de su unidad institucional, sino como el elemento determinante de la cadena de movilidad, dada la fuerza del clientelismo político, y el poder de asignación de recursos que controla.

Asimismo, las tesis de Piore pueden contribuir a analizar las diferencias de organización interna de los segmentos privados y públicos del sector salud, en función de las diversas modalidades de la cadena de movilidad en cada caso: para el Estado, por ejemplo, puede ser clave el poder del clientelismo, mientras que para el sector privado quizás lo sea la fuerza de grupos de intereses monopolistas, o de grupos de poder profesional altamente especializados que asignan no sólo los puestos, sino que regulan los criterios de status y prestigio que regulan el dinamismo de la cadena de movilidad.

Finalmente, el enfoque de Piore resulta ser una útil perspectiva para el estudio de las relaciones que establece el segmento de menor calificación y especialización del sector salud, con el llamado mercado de trabajo secundario que resulta ajeno al sector salud. Ello permitiría reconocer cómo el dinamismo global del mercado laboral en general puede presionar, desde abajo, al sector salud, incluso en sus niveles de mayor especialización y capacidad de “inmovilidad laboral”, ayudando así a comprender la intervención del Estado y de la organización corporativa de los diversos segmentos del mercado laboral en el sector salud (asociaciones profesionales, sindicatos de trabajadores, etc.), en su capacidad de definir cadenas de movilidad laboral que mejoren su situación, pero también aumenten sus capacidades técnicas y científicas, o sencillamente las bloqueen.

Como se aprecia, pues, este enfoque puede proporcionar instrumentos analíticos que permitan ir más allá de la simple estimación de los requerimientos y disponibilidades que en materia de recursos humanos dinamiza el sector salud. Se avanzaría así es la

construcción de metodologías de investigación que permitan reconstruir el dinamismo interno del mercado laboral en salud, destacando variables no estimadas por las estadísticas tradicionales: mecanismos de reclutamiento de los recursos humanos, movilidad interna de la fuerza de trabajo, grado de calificación y acceso a puestos en función de los vínculos

con las cadenas de movilidad laboral, etc. Con ello pasaríamos de un enfoque eminentemente descriptivo y estático del mercado laboral en salud, a producir un análisis dinámico del mismo, en estrecha conexión con los mecanismos sociales y políticos que deciden el funcionamiento del sector salud en países como la República Dominicana.

Bibliografía Consultada

1. Muñoz, Humberto y Orlandina de Oliveira: "Algunas controversias sobre la fuerza de trabajo en América Latina". En: Katzman, Rubén y J. L. Reyna (comp.) (1979): *Fuerza de Trabajo y Movimientos Laborales en América Latina*. México: el Colegio de México.
2. Amin, Samír: *La Acumulación a Escala Mundial*. México (1969): Siglo XXI, 1970. Véase, además, a: Cardoso, F. H. y Enzo Faletto: *Dependencia y Desarrollo en América Latina*. México: Siglo XXI.
3. Singer, Paul: *Economía Política del Trabajo*. México: siglo XXI, 1980; además ver a: Francisco de Oliveira (1973): "La economía brasileña: crítica de la razón dualista". en: *El Trimestre Económico*, Vol. XL (2), No. 20; Souza, Paulo Renato: *Emprego, Salario e Pobreza (1980)*. Sao Paulo: Editora Hacitec-Fundacao de Desenvolvimento da Unicamp.
4. Para un análisis de las tesis cepalinas a propósito del problema del empleo ver a: Faría, Vilmar: "Desarrollo económico y marginalidad urbana: los cambios de perspectivas en la CEPAL". en: *Revista Mexicana de Sociología* (1978). Año XL, Vol. XL, No. 1.
5. Las tesis clásicas se encuentran en Nun, José: "Sobrepoblación relativa, ejército industrial de reserva y masa marginal" (1969). En: *Revista Latinoamericana de Sociología*, No. 2; y en Quijano, Anibal: "Redefinición de la dependencia y proceso de marginalización en América Latina", en: Quijano, A. y F. Weffort (1970): *Populismo, Marginalización y Dependencia*. San José, Costa Rica: EDUCA..
6. De Brunnhoff, Susan (1978): *Estado y Capital*. Madrid: Editorial Vallalar.
7. El análisis que a seguridad se propone se apoya en: Piore, Michael J.: "Notes for a Theory of Labor Market Stratification". En: Richards C. Edwards y Michael Reich y David M. Gordon, eds. (1975): *Labor Market Segmentation*, Lexington, Mass.: Lexington Books. Ver también del mismo autor: "El dualismo como respuesta al cambio y a la incertidumbre" y "Los fundamentos tecnológicos del dualismo y de la discontinuidad", ambos en: Toharia, Luis, editor (1983): *El Mercado de trabajo: Teorías y Aplicaciones*. Madrid: Alianza Universidad.

VII

Situación, oferta y demanda de la fuerza de trabajo en salud en la República Dominicana

Clara Báez*

1. La conceptualización de la fuerza de trabajo en salud

1.1. Los conceptos

Fuerza de trabajo o recursos humanos en salud, dos términos que se refieren a una misma realidad, la población que labora -activa o potencialmente- en el sector de salud, pero que en función del énfasis que se hace sobre determinadas variables conexas, nos conducen hacia la Economía o hacia la Administración.

Hablar de planteamiento, formación, capacitación, selección, elaboración de perfiles profesionales, nivel de salario profesional adecuado, etc., son tópicos propios de la administración, la producción, el perfeccionamiento de los recursos humanos en salud, cuyas características y gestión están íntimamente relacionada con la naturaleza de las políticas de salud vigentes y su influencia en el mercado de trabajo de dicho sector.

Nos referimos a la fuerza de trabajo al relevar las variables volumen del empleo, desempleo, tipo de ocupación, categoría ocupacional, sector de empleo o informal, salarios, etc., las cuales nos remitan a las características sociales, económicas y demográficas de la fuerza de trabajo.

Ambos conceptos, con sus variables analíticas propias, son útiles y complementarios para poder hacer un balance comprensivo de la situación de este contingente

de trabajadores del sector salud. Sin embargo, su manejo adecuado requiere, a nuestro juicio, de una multidisciplinaridad que los contextualice a nivel socio-histórico y antropológico, para así poder tener una visión globalizante de la situación del sector donde se incluyan aspectos tales como el tipo de ejercicio profesional, la dinámica organizacional de estos trabajadores, el papel social y político de las asociaciones de los profesionales de la salud, las mentalidades e ideologías de esta fuerza de trabajo, el tipo de relación médico-paciente, las técnicas de curación, etc.

Por otra parte, ambos conceptos presentan dificultad para cuantificar el segmento de los trabajadores de salud que trabajan en el sector informal, sean estas actividades lícitas como ilícitas. Tales pueden ser los servicios de salud ofrecidos por personal religioso o comunitario, sin que medie un intercambio monetario, los servicios curativos tradicionales, o el caso paradigmático del aborto clandestino, sobre el cual se desconoce quiénes lo hacen, cual es el volumen de la mano de obra implicada, cual es la calificación de esta mano de obra que lo realiza, cuanto es el monto de renta generado por esta "especialidad" de la "economía de la medicina".

Para referirnos a la medición cuantitativa desde el punto de vista de la oferta de mano de obra para el sector salud, utilizaremos el concepto de fuerza de trabajo, ya que el mismo ha desarrollado un aparato conceptual y

* Demógrafa. Consultora del Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD).

analítico de uso corriente en las ciencias económicas y sociales. Su diferencia en relación a la demanda, es que no sólo incluye a la población ocupada en los establecimientos de salud, sino que también comprende a los desocupados que quieren ingresar al sector: en otras palabras constituye la fuerza de trabajo activa o potencialmente activa en el sector salud. en este sentido comprende tres tipologías de individuos, a saber:

- a) Individuos ocupados en actividades del sector (con o sin preparación técnica específica).
- b) Individuos ocupados en otros sectores, pero con formación o preparación específicas y socialmente legitimados para el ejercicio de actividades en salud.
- c) Individuos desocupados, con o sin formación o preparación específica en salud, que buscan activamente, mediante acciones objetivas, ocuparse en actividades del sector.

1.2. Las fuentes de datos

En nuestro país no existe un sistema de información estadístico integrado sobre la oferta y la demanda de la fuerza de trabajo en salud. Las fuentes de datos están dispersas y varían en función de si se trata de la población ofertante de fuerza de trabajo para el sector salud o de las instituciones o sectores del sector salud demandantes de fuerza de trabajo.

1.2.1. La oferta

La oferta de fuerza de trabajo en salud está compuesta por todas las personas que están trabajando o buscando trabajo en el sector salud.

La cuantificación de la oferta de trabajo en salud puede hacerse por varios medios:

- 1) Los censos de población.
- 2) Las encuestas de fuerza de trabajo.
- 3) Las estadísticas de los centros formadores de personal calificado en salud.

Los censos y las encuestas no siempre están actualizados y/o disponibles para los planificadores y requieren de tratamiento

informático específico para sacar las informaciones relativas al sector salud, pues en general los datos publicados se refieren a la fuerza de trabajo global sin detalles sobre la fuerza de trabajo global.

La cuantificación de la oferta de trabajo en salud a través de censos y encuestas se hace mediante la selección de las personas con ocupaciones propias del sector (médicos, enfermeras, bioanalistas, etc.) y a través de las ramas de actividad propias de establecimientos de salud, donde se localizan a las personas sin calificación en salud, pero que trabajan en actividades diversas dentro de los establecimientos de salud.

Las estadísticas de los centros formadores, es decir, las facultades y escuelas de ciencias de la salud, a pesar de que disponen de mucha información, no siempre están procesadas o disponibles, o a veces sólo están disponibles de manera parcial. Es notable la escasez de procesamiento de informaciones de carácter "más cualitativo", a pesar de que la misma es recolectada a través de los formularios de matriculación.

1.2.2. La Demanda

La demanda de fuerza de trabajo en salud se refiere a todos los puestos ocupados o vacantes, proporcionados por empresas o instituciones del sector salud.

La cuantificación de la demanda de trabajo en salud puede hacerse mediante la recolección de estadísticas de las siguientes instituciones y/o sectores:

1. SESPAS
2. IDSS.
3. ISSFAPOL.
4. Los centros formadores (facultades y escuelas de ciencias de la salud) de personal calificado en salud.
5. Las industrias farmacéuticas.
6. Casas distribuidoras de productos farmacéuticos.
7. Las farmacias.
8. El sector privado lucrativo.
9. El sector privado no lucrativo.
10. El sector informal.

Disponer de informaciones sobre la demanda presenta aún más dificultades que con relación a la oferta, en razón de la diversidad de instituciones y sectores que demandan mano de obra para trabajar en salud. Por otra parte, las instituciones o sectores ofertantes de puestos de trabajo no siempre disponen de un sistema estadístico de recolección y sistematización de informaciones o, en el mejor de los casos, estos sistemas no están completos y/o no son actualizados de manera periódica.

2. La planificación de la oferta y demanda de fuerza de trabajo en salud en el sector público privado

Los numerosos esfuerzos realizados en el país para llevar a programas de planificación, formación y capacitación de recursos humanos en salud está aún en espera de sus mejores frutos.

Una de las dificultades fundamentales ha sido la falta de integración de una política de planificación de los recursos humanos en salud, en el contexto general de la planificación de los servicios de salud.

Por otra parte, ha sido muy difícil establecer la asociación entre la planificación de la salud y la formación de los recursos humanos, dificultad que ha sido responsabilidad no sólo del Estado, sino también de las instituciones privadas.

En este sentido, las dificultades de planificación y de disponibilidad de información estadística para la toma de decisiones, no sólo compete a las instituciones del Estado, como suele creerse. Tanto las instituciones formadoras de recursos humanos, en su mayoría del sector privado, como las instituciones demandantes de fuerza de trabajo, públicas y privadas, adolecen de serias dificultades para el procesamiento sistemático, completo y periódico de las informaciones de oferta y demanda de fuerza de trabajo.

3. Algunas hipótesis de investigación sobre fuerza de trabajo en salud

La revisión de algunas de las investigaciones realizadas en República Dominicana

sobre la fuerza de trabajo en salud de la autoría de Díaz Solís (1985), Borrel (1985), Zapata (1988), Guerrero y Jiménez (1990) y Díaz Solís y Guerrero (1991) muestran destacados aportes desde perspectivas parciales. Las tendencias en el comportamiento de la oferta y la demanda de la fuerza de trabajo en salud, así como la formación y capacitación de la misma aparecen como las preocupaciones más atendidas. Sin embargo, es todavía mucho lo que falta para acceder a un conocimiento de la dinámica y caracterización de la fuerza de trabajo en salud desde una perspectiva global, que incluya aspectos socio-históricos, demográficos y antropológicos.

Entretanto se realizan esas investigaciones, hemos seleccionado una serie de tesis e hipótesis a la luz de los documentos revisados tanto a nivel nacional como regional. Tales tesis nos parece que podrían servir de guía a la formulación de problemas de investigación para contrastarlas con las evidencias empíricas a relevar en nuestro país.

Comprenden tres órdenes de problemas en relación a las políticas estatales y su incidencia sobre la fuerza de trabajo en el sector salud, la organización y distribución del poder entre los componentes de los equipos de salud y concentración espacial de los recursos. Es evidente que en las tesis enunciadas más adelante no se comprenden aspectos socio-culturales que es necesario evaluar para obtener una imagen completa de esta fuerza de trabajo, precisamente debido a que en ellos es donde aparecen mayores peculiaridades de cada contexto o país.

Comprenden tres ordenes de problemas en relación a las políticas estatales y su incidencia sobre la fuerza de trabajo en el sector salud, la organización y distribución del poder entre los componenes de los equipos de salud y concentración espacial de los recursos. Es evidente que en las tesis enunciadas más adelante no se comprenden aspectos socio-culturales que es necesario evaluar para obtener una imagen completa de esta fuerza de trabajo, precisamente debido a que en ellos es donde aparecen mayores peculiaridades de cada contexto o país.

1. El crecimiento del empleo en salud se ha mantenido constante después de la Segunda Guerra Mundial, a pesar de las crisis coyunturales por las que ha atravesado el sistema capitalista.
2. Una de las razones que explican el fenómeno del crecimiento sostenido está dado por el importante rol jugado por el Estado mediante la demanda inducida, directa o indirecta, a través de diversos mecanismos crediticios y fiscales.
3. Algunos de los mecanismos utilizados por el Estado en República Dominicana han sido:
 - a) De manera indirecta:
 - La compra de medicamentos, equipos y materiales desechables a empresas productoras y/o distribuidoras.
 - Préstamos blandos a grupos médicos privados para la construcción y remodelación de clínicas.
 - Exoneraciones de impuestos a importaciones de equipos quirúrgicos, de diagnóstico, así como mobiliario, etc.
 - La asignación de seguros de igualas médicas que las empresa estatales contratan para sus empleados.
 - b) De manera directa:
 - Principal empleador de fuerza de trabajo.
 - El programa de construcción de clínicas y dispensarios rurales.
4. Las disparidades sociales y regionales que caracteriza el perfil de distribución de los servicios de salud y de la fuerza de trabajo del sector, son la contrapartida inevitable de un modelo de desarrollo desigual y extremadamente concentrador del ingreso. Este fenómeno se caracteriza por la concentración de la fuerza de trabajo en las regiones más ricas y desarrolladas del país y en las ciudades más importantes.
5. La confluencia de crisis de acumulación y crisis fiscal por la que atraviesan los Estados de la región, han incidido en la reestructuración de las prioridades económicas de los mismos, privilegiando aquellos renglones vinculados a los nuevos patrones de acumulación adoptados y al servicio de la deuda externa.
6. Las políticas sociales que caracterizan el Estado benefactor de la época populista, fueron drásticamente reducidas debido a los cortes en los programas públicos de asistencia médica. Como consecuencia, esto ha producido por primera vez una reducción del crecimiento del empleo en el sector salud en los años ochenta.
7. La contracción de la demanda en el sector salud provocado por la disminución del gasto social, supuso la creación de una relativa sobreoferta de recursos humanos, que ha traído como consecuencia práctica la disminución del valor del trabajo de estos profesionales y el aumento del desempleo, el subempleo y el pluriempleo.
8. Al mismo tiempo, se observa la tendencia a la salarización del sector de los médicos. Las dificultades para instalarse por cuenta propia, es un indicio de la disminución de su capacidad económica, considerada por muchos como una "degradación de la profesión", normalmente lucrativa.
9. Paralelamente se ha ido desarrollando una oferta de servicios de salud de carácter informal, tanto por las características de los establecimientos donde se ofertan dichos servicios, como por el tipo de relación contractual que se da entre los dueños de dichos establecimientos y la fuerza de trabajo que allí labora.
10. La hegemonía de la función médica en los equipos de salud, refleja patrones de utilización de la fuerza de trabajo que prioriza los aspectos médicos-asistenciales y curativos hospitalarios contenidos en las políticas de salud.
11. Los médicos y auxiliares de enfermería, componentes fundamentales de los equipos

de salud, presentan una marcada polarización a nivel de calificación y salarios.

12. La tendencia a la feminización de la fuerza de trabajo del sector salud, contrasta con los niveles salariales, el acceso a puestos de dirección y el tipo de carrera que ejercen las mujeres dentro del mismo sector y está relacionada con el proceso de “degradación de la profesión”.

4. Conclusiones

Es necesario la realización de investigaciones y estudios sobre fuerza de trabajo que integren las dimensiones sociales, históricas, económicas, demográficas y antropológicas de los procesos de formación y uso de la fuerza de trabajo en salud. De esta manera se asegura una fuente de información cualitativa y cuantitativa que proporcione los insumos para la toma de decisiones en el proceso planificador y la gestión.

Urge la conformación de un sistema de estadísticas sobre oferta y demanda de fuerza de trabajo en el sector salud que integre los diferentes ámbitos concurrentes. Con ello se

garantiza un acceso rápido y fluido a las informaciones.

Sobre esta base se podrá articular un programa de planificación, formación y capacitación de la fuerza de trabajo en salud, de manera que pueda delinearse un mejor aprovechamiento y distribución de tales recursos.

Desde luego, el éxito en estas iniciativas dependerá de la buena correspondencia entre los sectores público y privado que tienen responsabilidades en la gestión de la fuerza de trabajo en el sector salud.

Finalmente, queremos dejar planteadas dos interrogantes sobre la evolución de la fuerza de trabajo en salud, que nos parecen importantes para discutir en este foro:

1. Entre las tendencias hacia la salarización de los profesionales de la medicina y hacia la informalización de la oferta de servicios y, por consiguiente, de la fuerza de trabajo en salud, ¿cual de estas tendencias va a predominar en el mediano plazo?
2. ¿Cuál es el rol que deberían jugar las asociaciones de profesionales de la salud en este proceso?

VIII

Oferta de Recursos Humanos en Salud

*Fátima Guerrero**

1. Introducción

La Dirección Técnica de Recursos de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), con el apoyo del Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá (PASCAP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), ha venido impulsando desde 1990 una línea de trabajo denominada "Fuerza de Trabajo en Salud". Las acciones iniciales han estado dirigidas al desarrollo de un sistema de información en salud computarizado, que sirva de base para la comprensión de la dinámica de la fuerza de trabajo en salud y para impulsar procesos de planificación de los recursos humanos en salud.

La primera fase de este trabajo contempla la puesta en marcha del subsistema de información de instituciones formadoras de recursos humanos en salud. Hasta el momento se han desarrollado dos estudios: a) un diagnóstico de los sistemas de información de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud¹, y b) un estudio sobre población estudiantil y docente de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud durante el período 1984-90. En el mismo se abordan las características y comportamiento de la oferta potencial calificada de fuerza de trabajo en salud a nivel auxiliar, técnico, universitario y postgrado.²

En este Foro se presenta una parte de los resultados del segundo estudio que corres-

ponde al nivel profesional para las carreras de Medicina, Odontología, Enfermería y Bioanálisis, incluyéndose datos del período 1973-83 publicados en estudios anteriores.³ Con este propósito, se expone la evolución de los indicadores de formación de personal profesional en salud y la identificación de algunas características de la población estudiantil en el período 1984-90.

Para los fines del estudio se consideró el ingreso a la totalidad de individuos que formalizan el proceso de inscripción universitaria por primera vez en una carrera específica, esto es, en el primer ciclo, durante un año. Matrícula incorpora a los inscritos en un ciclo correspondiente de la carrera en ese período de tiempo, es decir, todos los estudiantes que cursan un ciclo de una carrera en un período de tiempo determinado sin discriminar si son nuevos o viejos. Como egresos anuales están los que completan todos los créditos exigidos para la carrera en ese período de tiempo, aunque no se hayan investido.

Se prefirió analizar los datos de población estudiantil por carreras, considerando que de esta manera se facilita la presentación.

Posteriormente se intenta una aproximación a la comprensión del comportamiento que han experimentado estos indicadores, ubicándolos dentro del contexto social y económico en que se produjeron y finalmente se concluye introduciéndose algunas consideraciones para el debate.

* Médica. Docente Maestría de Salud de Salud Pública de la UASD.

2. Oferta de carreras de ciencias de la salud

En el momento actual existen en el país veinticinco universidades, quince de las cuales imparten carreras en el área de Ciencias de la Salud, ofertando algunas de las carreras tradicionales tales como: Medicina, Odontología, Enfermería, Bioanálisis y Farmacia.

A nivel técnico se ofertan: Tecnología Dental, Técnico Odontológico, Terapia Ocupacional, Educación en Salud, Técnico en Administración, Técnico Radiólogo, Técnico en Enfermería, Terapia Física y de Rehabilitación, Nutricionista, Mecánica Dental y otra.

En el nivel de postgrado se ofrecen once cursos de postgrado y maestrías en nueve universidades, además de los avales para

programas de especializaciones médicas realizadas mediante la modalidad de residencias.⁴

Paralelamente, en otras instituciones, como los institutos privados, los centros de adiestramiento de auxiliares de enfermería o se forman bachilleres técnicos en enfermería.⁵

3. Evolución del ingreso, la matrícula y el egreso estudiantil

3.1. Ingreso

En el período 1984-90 se observa una ligera disminución en el ingreso para las carreras de Ciencias de la Salud en conjunto. Al interior de las mismas, la de Medicina presenta un descenso paulatino que se incrementa cada

Tabla No. 1

Ingresos en Carreras de Ciencias de la Salud en Universidades Dominicanas, 1984-1990

CARRERAS					
Año	Medicina	Odontología	Enfermería	Bioanálisis	Total
1984	1,343	200	11	17	1,571
1985	1,172	382	37	29	1,620
1986	1.016	608	19	57	1,700
1987	864	594	47	75	1,580
1988	751	762	7	35	1,555
1989	580	729	36	27	1,372
1990	738	545	60	21	1,364
Total	6,464	3,820	217	261	10,762

Fuente: Guerrero, Fátima; Díaz, María. *Población estudiantil y docente de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud*. Santo Domingo, Rep. Dom. SESPAS/PASCAP-OPS/OMS. Mayo, 1991. (mimeo).

año, con excepción de 1990. El descenso ha sido más marcado en la carrera de Medicina que en las demás. La Odontología, sin embargo, ha venido aumentando en el septenio, iniciando su disminución en 1990. (Ver Tabla y Gráfico No. 1).

Aunque el ingreso es el mejor indicador para medir tempranamente las variaciones en la tendencia de la población estudiantil, la carencia de datos sobre el mismo que abarcaran un período largo, además de la escasa información sobre ingreso que proporcionaron las universidades para el período 1984-90, indujo a utilizar la matrícula estudiantil en el análisis de la evolución de estas carreras.

La información de la evolución de la matrícula y el egreso estudiantil que se presenta, no incluye a todas las universidades que ofertan carreras de Ciencias de la Salud para el conjunto de los años incluidos. No obstante, su análisis permite una aproximación a la comprensión de la tendencia que presentan estas carreras al mismo tiempo que plantea interrogantes acerca de su posible dirección en los próximos años.

La información sobre egreso incluye a un mayor número de universidades debido a que, en general, las instituciones formadoras registran los datos de profesionales investidos en las distintas carreras.

Tabla No. 2

Evolución de la Matrícula de Ciencias de la Salud en Universidades Dominicanas. Rep. Dom. 1973-1990

UNIVERSIDAD					
Año	Medicina	Odontología	Enfermería	Bioanálisis	Total
1973	4245	305	82	713	5345
1974	4881	321	30	679	5884
1975	5913	439	68	770	7190
1976	6912	604	61	697	8274
1977	7232	731	372	1032	9307
1978	6595	1973	579	1325	9572
1979	8387	1267	877	1873	12404
1980	9271	1333	787	2088	13479
1981	10055	1549	1107	2662	15373
1982	9953	2198	1214	3490	16855
1983	5419	1468	1303	3996	12180
1984	5463	1297	1339	2994	11093
1985	4833	1416	1286	2285	9820
1986	5861	2198	1148	2101	11308
1987	5237	2166	1058	1898	10384
1988	5332	2438	983	1494	10247
1989	4509	2240	719	1134	8602
1990	3848	2048	641	966	7503
Total	113946	25091	13654	32197	184820

Fuente:1. Datos 1973-83: Díaz, María. *Recursos Humanos en Salud: Estudio sobre la relación oferta-demanda en la República Dominicana. 1970-1983*. SESPAS/OPS/OMS. Sto. Dgo., Rep. Dom.

2. Datos 1984-90: Guerrero, Fátima; Díaz, María. *Población estudiantil y docente de las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos en Salud*. Santo Domingo, Rep. Dom. SESPAS/PASCAP-OPS/OMS. Mayo, 1991. (mimeo).

3.2. Matrícula

En la Tabla No. 2 y los gráficos Nos. 2, 3, 4, 5 y 6 se muestra la matrícula estudiantil para todas las carreras de Ciencias de la Salud. Se observa que mientras en el decenio 1973-83 se experimentó un aumento sostenido, a partir de 1984 la curva comienza a caer, presentando un ligero repunte en 1986, para luego continuar el descenso. Las matrículas de Medicina y Bioanálisis presentan el mismo comportamiento que la curva general. La carrera de Bioanálisis presentan el mismo comportamiento que la curva general. La carrera de Bioanálisis es, después de Medicina, la que tuvo un crecimiento más marcado en la década de los setenta.

La matrícula de Enfermería, comienza a aumentar en 1976 e inicia su descenso de igual manera que las anteriores, manteniéndose el mismo permanente. La Enfermería, a nivel de Licenciatura, era ofrecida sólo por la PUCMM hasta 1976, cuando la UASD abre esta carrera.

La variaciones son mayores para la carrera de Odontología, que aumenta hasta el 1982 y empieza a descender hasta 1985, para reiniciar el ascenso hasta 1988 y disminuir a partir de 1989.

En conclusión, aunque la tendencia de la matrícula para todas las carreras estudiadas es descendente, se observan pequeñas variaciones entre las mismas. Esta tendencia descendente, se venía presentando en otros países de Latinoamérica desde inicios de la década de los ochenta.⁶

Tabla No. 3

Egresos de Ciencias de la Salud en Universidades Dominicanas. Rep. Dom. 1973-89

EGRESOS CARRERAS					
Año	Medicina	Odontología	Enfermería	Bioanálisis	Total
1973	65	12	18	16	111
1974	65	23	1	127	216
1975	394	21	10	111	536
1976	328	37	13	122	500
1977	343	61	3	116	523
1978	468	70	28	188	754
1979	672	88	44	162	966
1980	1173	95	71	158	1497
1981	1244	175	149	102	1670
1982	1057	176	164	119	1516
1983	2363	184	137	309	2993
1984	735	254	131	265	1385
1985	1349	238	247	289	2123
1986	1166	240	134	351	1891
1987	1124	291	208	341	1964
1988	1154	321	231	352	2058
1989	1067	320	154	320	1861
Total	14767	2606	1743	3448	22564

Fuente:1. DATOS 1973-83: Díaz, María. *Recursos Humanos en Salud: Estudio Sobre la relación Oferta-Demanda en la República Dominicana*. 1970-1983. SESPAS/OPS/OMS. Sto. Dgo. Rep. Dom. 1983.

2. Datos 1984-90: Oficinas de Registro universidades.

3.3. Egreso

Desde 1973 hasta 1983, el egresado de las carreras de Ciencias de la Salud tuvo un comportamiento ascendente. En 1984 se produjo una caída del mismo para luego aumentar ligeramente y mantenerse sin variaciones, presentando una ligera disminución en 1989 (ver Tabla No. 3 y gráficos Nos. 7, 8, 9, 10 y 11). La curva de egreso de Medicina es parecida a la del total de las carreras, presentando sólo ligeras variaciones en el período 1986-89

El egreso de Odontología ha venido aumentando desde el año 1974.

El egrero de la Enfermería comenzó a ascender en 1978, coincidiendo con la primera promoción de egresados de la UASD en esta carrera, manteniéndose constante hasta 1988. Igualmente el egreso de Bioanálisis se mantiene en ascenso en el período estudiado.

En general, con excepción de Medicina, la tendencia del egreso se mantiene ascendente para todas las carreras estudiadas. Ese comportamiento era predecible debido a que el egreso es el indicador que pesenta variaciones más tardíamente.

Tabla No. 4

**Distribución Porcentual de la Matrícula de Medicina,
Odontología, Enfermería y Bioanálisis.
Rep. Dom. 1984-90**

CARRERAS				
Año	Medicina	Odontología	Enfermería	Bioanálisis
1984	49.2	11.7	12.1	27.0
1985	49.2	14.4	13.1	23.3
1986	51.8	19.4	10.2	18.6
1987	50.6	20.9	10.2	18.3
1988	52.0	23.8	9.6	14.6
1989	52.4	26.0	8.4	13.2
1990	51.3	27.3	8.5	12.9

Fuente: Guerrero, Fátima; Díaz, María. *Población Estudiantil y Docente de las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos en Salud*. SEPAS/PASCAP-OPS/OMS. Santo Domingo, Rep. Dom. Mayo, 1991. (mimeo).

3.4. Variación de la matrícula

En la tabla No. 4 se muestra la distribución porcentual de la matrícula en las carreras estudiadas.

Se evidencia que la carrera de Medicina contribuye con una mayor proporción al

total de matriculados, manteniendo porcentajes similares de un año a otro, esto es, sin variaciones importantes en el tiempo. En décadas pasadas, la contribución de esta carrera era mayor del 70%, llegando a menos del 50% en 1983.⁷ Llama la atención el aumento anual sostenido, de la parti-

cipación proporcional de Odontología con respecto a las demás carreras en la serie estudiada.

4. Características de la población estudiantil

4.1. Distribución por sexo

La población estudiantil de Ciencias de la Salud está compuesta principalmente por mujeres. Esta característica es más acentuada en carreras que como la Enfermería y Bioanálisis son consideradas tradicionalmente “femeninas”. En la tabla No. 5 se presentan los porcentajes

de mujeres matriculadas en carreras de Ciencias de la Salud, en el período 1984-90. Se observa que en las carreras de Medicina y Odontología, los porcentajes de mujeres matriculadas han aumentado en los últimos años (ver gráficos Nos. 12 y 13)

El ingreso femenino a la carrera de Medicina presenta un aumento creciente que se corresponde con la mayor incorporación de las mujeres a la educación primaria, secundaria y universitarias, que se produce a raíz de los cambios ocurridos en el país luego de la muerte de Trujillo. Estudios realizados en el país resaltan la llamada “femenización de la universidad a partir de la década de los sesenta. Así, se determina que en la universidad estatal

Tabla No. 5

**Porcentaje de Mujeres Matriculadas en Carreras de Ciencias de la Salud.
Rep. Dom. 1984-90**

Año	CARRERAS			
	Medicina	Odontología	Enfermería	Bioanálisis
1984	50.2	69.2	94.6	100.0
1985	42.4	62.0	100.0	89.9
1986	50.0	59.0	100.0	95.5
1987	45.6	59.7	98.0	95.6
1988	41.0	62.3	96.7	95.0
1989	57.8	63.2	95.1	94.2
1990	62.6	63.4	97.5	92.5
Total	50.6	62.1	97.3	94.6

Fuente: Guerrero, Fátima; Díaz, María. *Población Estudiantil y Docente de las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos en Salud*. SEPAS/PASCAP-OPS/OMS. Santo Domingo, Rep. Dom. Mayo, 1991. (mimeo).

el 25% de los matriculados en todas las carreras durante el año 1960 eran mujeres. En 1982-83 la proporción de mujeres alcanzó la mitad de los matriculados en esta carrera.⁸

No obstante, la incorporación de las mujeres se ha orientado tradicionalmente hacia carreras consideradas “femeninas” o propias de la mujer, correspondiendo al patrón de

socialización a que está sometida. En ese sentido, de las carreras de Ciencias de la Salud, es en la de Medicina donde los porcentajes de mujeres son menores.

Como se muestra en la tabla No. 5 la distribución por sexo de los matriculados en Enfermería presenta un alto porcentaje de mujeres en relación a los hombres (que se mantiene en todos los años), siendo de 2.7% la proporción global de hombres matriculados para el período de estudio.

Estos porcentajes se corresponden con los observados en otros estudios.^{9,10}

En la UASD se reporta un 62% de mujeres matriculadas en Odontología,¹¹ correspondiendo esta cifra a la reportada por las universidades para el conjunto de los años estudiados.

4.2. Nacionalidad

En la década de los setenta, los estudiantes extranjeros representan una proporción importante de la matrícula estudiantil. En los ochenta su participación ha disminuído sensiblemente en algunas carreras y ha aumentado en otras.

En la Tabla No. 6 y Gráfico No. 14 se observa que la proporción de extranjeros matriculados en la carrera de Medicina ha variado de 29.7% en 1984 a 17.7% en 1990.

La matrícula de extranjeros en la carrera de Medicina en las universidades dominicanas ha venido descendiendo en relación a los años setenta. En la Tabla No. 6 puede ser que mientras en los primeros años de la década del ochenta la proporción de extranjeros oscilaba

Tabla No. 6

Porcentaje de Matriculados Extranjeros en Ciencias de la Salud Rep. Dom. 1984-90

Año	CARRERAS		
	Medicina	Odontología	Bioanálisis
1984	29.7	3.2	—
1985	30.3	19.6	0.92
1986	29.9	16.4	0.21
1987	21.9	11.1	1.47
1988	21.9	19.3	2.51
1989	19.3	25.6	1.95
1990	17.7	17.3	0.69
Total	23.2	19.5	1.37

— : No disponible

Fuente: Guerrero, Fátima; Díaz, María. *Población Estudiantil y Docente de las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos en Salud*. SEPAS/PASCAP-OPS/OMS. Santo Domingo, Rep. Dom. Mayo, 1991. (mimeo).

entre 29 y 30% del total, a finales de la misma pasa a 19.3% en 1989 y 17.6% en 1990, a pesar de que en estos últimos años se incluye información de mayor número de universidades (Ver además Gráfico No. 15).

La proporción de extranjeros matriculados en Odontología comienza a aumentar a partir de 1985, manteniéndose relativamente estable. (Cerca del 20%).

En Bioanálisis, los extranjeros representan una ínfima parte del total de matriculados. En la carrera de Enfermería esta proporción es aún menor, representando menos de un 1% para el total de los años estudiados.

5. El contexto

Los cambios que se produjeron en la educación formal en salud ocurrieron dentro de un proceso más amplio de expansión de toda la educación dominicana y articulados en un contexto socio-político en el que la democratización de la enseñanza constituyó un aspecto importante.

La década de los sesenta fue un período de inestabilidad política y económica tanto interna como proveniente del exterior. En este período el ritmo de crecimiento económico se reduce a una tasa media anual de 3.2% y el PIB per cápita decrece ligeramente.¹²

A la muerte de Trujillo en 1961, se produjeron una serie de cambios que significaron una apertura política que permitió el ascenso social y diversas formas de participación política de grupos que anteriormente fueron excluidos. Por otro lado, el proceso de migración rural-urbano que se había intensificado durante la década de los cincuenta, se mantiene.¹³

La principal repercusión a nivel educativo consistió en la democratización de la enseñanza en la Universidad Estatal y la apertura de centros privados de enseñanza superior. En esta época la Universidad de Santo Domingo contaba con una matrícula de cuatro mil estudiantes.¹⁴ Ya en 1965 el país disponía de dos universidades, una privada, la Católica Madre y Maestra (UCMM) y la estatal Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

Luego del levantamiento de abril de 1965 y de la segunda intervención militar norteamericana, surgió en la Universidad Autónoma de Santo Domingo el llamado Movimiento Renovador Universitario. Producto de este movimiento se inició el proceso de democratización de la enseñanza superior estatal que se tradujo en la disminución de las restricciones al ingreso, la participación de estudiantes, empleados y profesores en los organismos de decisión universitaria, la apertura de nuevas carreras y reforma del sistema de evaluación estudiantil, entre otras. A partir de esta fecha comenzó la masificación de la población estudiantil, elevándose la matrícula universitaria a 6,953 estudiantes.¹⁵ La mayoría de las carreras que se ofrecían en ese momento, eran las tradicionales como son las de medicina, Odontología, Farmacia y Tecnología Médica.

Estos acontecimientos se produjeron en momentos en que el país se caracterizaba en el orden político, por la represión a los sectores populares y en el orden económico por la introducción de cambios en la estructura económica que se manifestaron en un aumento de la inversión extranjera, favoreciendo la incursión de la burguesía al sector industrial.¹⁶

Los recursos generados a partir del aumento de los ingresos fiscales, la ayuda externa, que incluyó donaciones y préstamos para proyectos de desarrollo y de modernización y la participación masiva de República Dominicana en el sistema de cuotas azucareras preferenciales de los Estados Unidos de América, facilitaron al Estado la creación de fondos de apoyo a la inversión privada, entre otros, mediante instituciones como el Fondo Fide, del Banco Central.¹⁷

En el período 1967-1976 se duplicaron los establecimientos de la SESPAS, particularmente a expensas de la construcción de subcentros y clínicas rurales.

Paralelamente se aprobaron préstamos al subsector privado de salud por un valor total de RD\$11,502,209.05 (tasa vigente: RD\$1.20 = US\$1.00), además de la obtención de divisas a la par, exenciones de impuestos para la adquisición de equipos quirúrgicos, de diagnóstico, así como mobiliarios, etc.¹⁸

El crecimiento económico que se experimentó en el período condujo a un aumento de la oferta de centros de salud públicos y privados con el consiguiente

aumento de la demanda de personal calificado. Los centros médicos de diagnóstico y de consulta comenzaron a proliferar en las principales ciudades del país. En este período

Tabla No. 7

Establecimientos Públicos y Privados en el Sector Salud en la República Dominicana. 1963 y 1976

Dependencia	1976		1963	
	Establec.	Camas	Establec.	Camas
TOTAL	267	11,148	350	12,322
SESPAS	45	6,400	90	7,129
IDSS	17	2,400	32	1,129
CLÍN. PRIV.	204	2,200	220	3,051

Fuente: 1. SESPAS. *Memoria* 1963. Santo Domingo, R. D.
2. ONAPLAN. PLANDES 37.

se desarrollan los servicios de iguales médicas como producto de la necesidad de las clínicas grandes, que comienzan a administrar con criterio empresarial, de mantener una tasa de ocupación que les permita cubrir sus gastos de operaciones.

El crecimiento de la infraestructura de salud con camas se observa mejor en la siguiente tabla:

También se crea la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP), con sede en la ciudad de Santo Domingo (1971) y que agrupa principalmente a las grandes clínicas.

En este contexto se produce el aumento de los centros privados de enseñanza superior y técnica, especialmente en la década de los setenta, conllevando a un crecimiento acelerado de la matrícula universitaria: en los años 1976-77, la matrícula alcanzó la cifra de 58,907 estudiantes.¹⁹

La conformación de una clase media amplia, con facilidades de acceso a la educación, favoreció el crecimiento de los centros

privados de enseñanza tanto técnicos como universitarios. Otro factor que influyó en el aumento de la matrícula universitaria para esta fecha fueron los estudiantes extranjeros que vinieron al país con el propósito de cursar la carrera de Medicina y en menor proporción la de Odontología. Estos estudiantes identificaron a la República Dominicana como un lugar en el cual se podía estudiar la carrera a un costo relativamente bajo y sin limitaciones al ingreso.²⁰ La proporción de estudiantes extranjeros era tan alta a finales de los setenta, que en algunas universidades representaban el 80% del total de matriculados. Algunas universidades abrieron cátedras en el idioma inglés, con el propósito de captar estudiantes.

El ascenso al poder en 1978 del Partido Revolucionario Dominicano, de tendencia socialdemócrata, se tradujo en un aumento de las libertades públicas que se concretizó en la legalización de los partidos de izquierda y la libertad de los presos políticos. En el orden económico este período se caracterizó por la implementación del modelo de demanda

inducida, aumentando el gasto público, mediante el endeudamiento interno y externo.²¹ En este período (1978-82), se aumentaron los salarios a los empleados del sector público y se ampliaron los niveles de empleo.

Para esta fecha se adoptó la estrategia de atención primaria con la participación comunitaria para extender la cobertura de salud y en consecuencia, se privilegió el desarrollo de los programas a nivel rural.

Dentro de las principales medidas ejecutadas en este período se encuentran la reglamentación de las residencias médicas y la pasantía rural. Estas medidas contribuyeron a la ampliación del empleo del personal de salud, especialmente médicos y enfermeras.

En el cuatrienio 1982-86, se adoptó el modelo de depresión inducida: las políticas de ajuste se tradujeron en un descenso del gasto social y en salud; no obstante, los recursos externos en salud se incrementaron considerablemente.²²

En este período continuó la apertura de centros privados de enseñanza expandiéndose la oferta de fuerza de trabajo calificada en salud: en 1983 existían en el país doce escuelas de Medicina siendo el año en que se ha registrado una más alta matriculación.²³ En este mismo año se produce el cierre de las universidades CETEC y UCIFAS, como respuesta a una acusación de venta de títulos a estudiantes extranjeros que se originó en el exterior. Esta acusación, que fue divulgada en periódicos foráneos, provocó una disminución del ingreso de extranjeros a la carrera de Medicina en años posteriores.

Los estudiantes de las universidades mencionadas tuvieron que transferirse a otras universidades, particularmente privadas. En consecuencia, el ingreso en muchos de estos centros se mantuvo en aumento en años siguientes a expensas de ciudadanos extranjeros, llegando en algunos casos a representar casi un 90% del ingreso total anual.

Sin embargo, la participación proporcional de estudiantes extranjeros en Medicina ha venido disminuyendo progresivamente, aunque en Odontología ha ocurrido lo contrario.²⁴

La disminución del ingreso y la matrícula estudiantil se inició en 1984-85 en la mayoría

de las carreras estudiadas. Varios acontecimientos importantes pueden señalarse como determinantes de esta situación:

- a) La firma del primer acuerdo con el Fondo Monetario Internacional en 1984, iniciándose un programa de ajuste estructural que se tradujo en una recesión económica, afectando la capacidad de consumo de amplios grupos de población y entre éstos la clase media.
- b) La disminución del ingreso de extranjeros a la carrera de Medicina, producto del escándalo de la venta de títulos.
- c) La disminución relativa de la demanda de personal de Ciencias de la Salud de parte del sector estatal. Esta situación ha estado ligada a los bajos salarios percibidos en este sector por los trabajadores de la salud.
- d) Otro fenómeno importante que ha ocurrido es el aumento en la participación proporcional y la concentración del capital privado en Salud, que ha traído como consecuencia el crecimiento del sector informal y el desarrollo de los sistemas de seguros privados e iguales médicas, convirtiendo a muchos médicos en asalariados y haciendo poco atractiva esta carrera.²⁵
- e) Debido a los cambios económicos que se han producido en el país en el período comprendido entre 1950 a 1980, que han tenido su expresión en la transformación de la estructura productiva pasando de una estructura de producción que fundamentalmente descansaba en los sectores agrícolas y en la generación de servicios, a una en la que adquirieron importancia otros sectores productivos: industria, comercio y servicios,²⁶ se han modificado las demandas de profesionales en el mercado.
- g) La importancia que han adquirido en los últimos años el turismo y las zonas francas ha traído consigo el aumento de la demanda

de profesionales del área de Mercadeo, Administración de Empresa, Turismo, Publicidad, Ingeniería de Sistemas, Ingeniería Electrónica y otras afines. Frecuentemente a través de la prensa escrita se solicita personal calificado en estas áreas y se ofrecen salarios muy atractivos y beneficios marginales de los que carecen los profesionales e la salud.

Por otra parte, con excepción de la carrera de Odontología de la UASD, en la que se han establecido regulaciones al ingreso, las carreras de Ciencias de la Salud están sujetas a las regulaciones del mercado y en consecuencia, el “exceso relativo” de profesionales frente a una oferta estática, que se produce cada determinado tiempo condiciona, en cierta medida, el ingreso a las mismas.

6. Algunas consideraciones para el debate

Las proyecciones de matrícula y egreso que se realizaron a principios de la década de los ochenta, indicaban que el aumento que se observó en las dos décadas pasadas en ambos indicadores, se mantendría sin cambios importantes.²⁷ No obstante, la realidad ha sido diferente y hoy nos enfrentamos a una caída del ingreso y matrícula prácticamente en todas las carreras de Ciencias de la Salud del nivel profesional.

Las grandes tendencias con respecto a la oferta de personal profesional de salud se orientan hacia: 1) una disminución progresiva de todos los indicadores de formación de personal profesional de salud. 2) Incremento de la proporción de mujeres en las demás carreras de Ciencias de la Salud. 3) Disminución del número de matriculados extranjeros a la carrera de Medicina, y 4) Aumento de la participación proporcional de la matrícula de Odontología en relación a Medicina, Enfermería y Bioanálisis.

La dinámica del mercado de trabajo en salud ha estado determinada, en las últimas décadas, por la creciente demanda inducida, directa o indirectamente, por el sector público.²⁸ La política de extensión de cobertura, vigente

en décadas pasadas, se reflejó en un aumento de los niveles de empleo para el personal de salud a nivel estatal. Los incentivos fiscales, subsidios y exoneraciones que desde la década de los sesenta, se otorgaron al sector privado, estimularon el crecimiento del empleo fuera del ámbito estatal.²⁹

La adopción de políticas neoliberales por los gobiernos y los programas del ajuste estructural en la década de los ochenta, han privilegiado una menor intervención del sector público en la economía y la restricción del gasto público en los sectores sociales.

En la República Dominicana de los inicios de la década de los noventa se presencia el siguiente escenario:

- Disminución del gasto público destinado a los sectores sociales.
- Desvalorización de las carreras de Ciencias de la Salud.
- Crecimiento del “sector informal” en salud.
- Fortalecimiento del sector privado lucrativo y no lucrativo.
- Aumento de los niveles de subempleo en el sector.

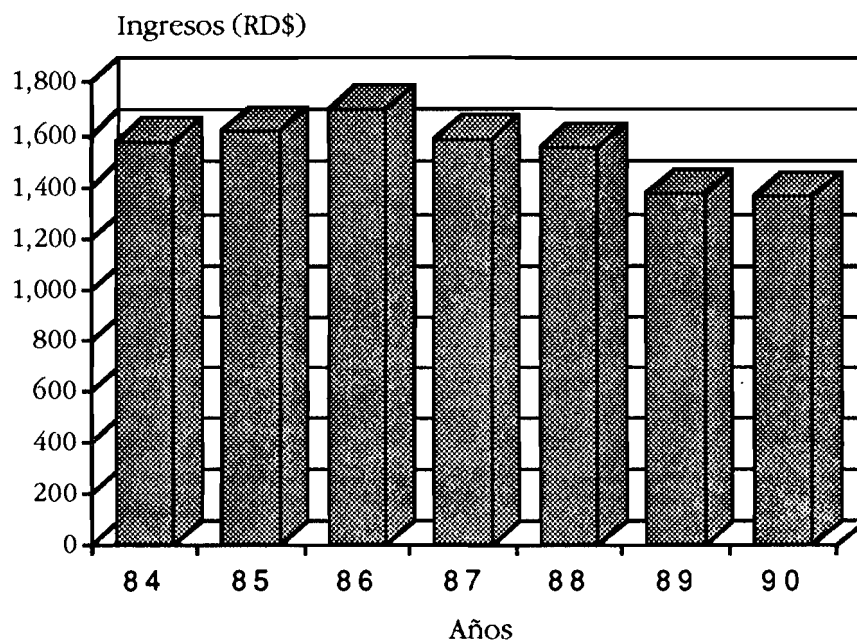
Actualmente la economía dominicana se orienta hacia la terciarización, en consecuencia se asiste a un reordenamiento de las relaciones de capital-trabajo. Las perspectivas futuras de la oferta calificada de personal profesional de salud, estarán supeditadas a las políticas que asuma el Estado en el orden económico y social y a los cambios que se produzcan a nivel de la sociedad.


Las proyecciones de la tendencia de la oferta de personal profesional de salud basada en modelos probabilísticos posiblemente no sea la más adecuada frente a la incertidumbre de la década. Sería conveniente la exploración de nuevas formas de aproximación al estudio del comportamiento de los indicadores de formación de este personal. El desarrollo de procesos de planificación basado en el estudio del comportamiento de la fuerza de trabajo en salud, a partir de la construcción de probables escenarios futuros pareciera ser una mejor opción.

GRAFICOS

Gráfico No. 1

Ingreso Ciencias de la Salud Universidades 1984-90

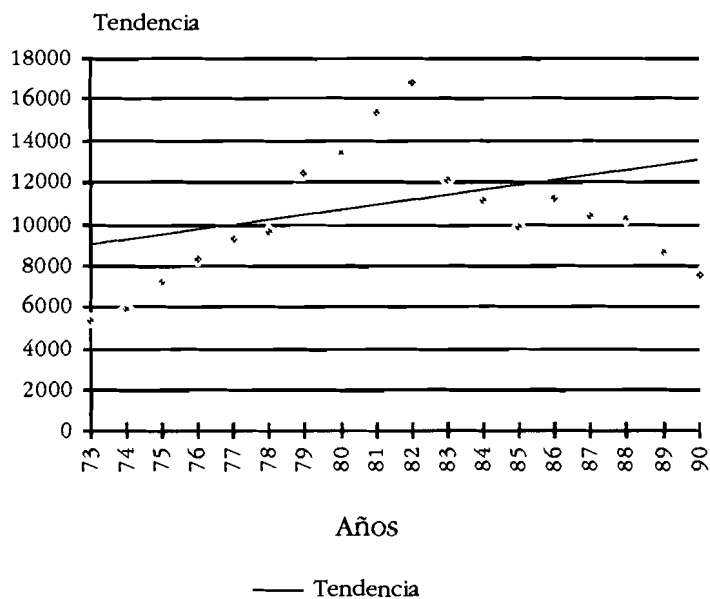
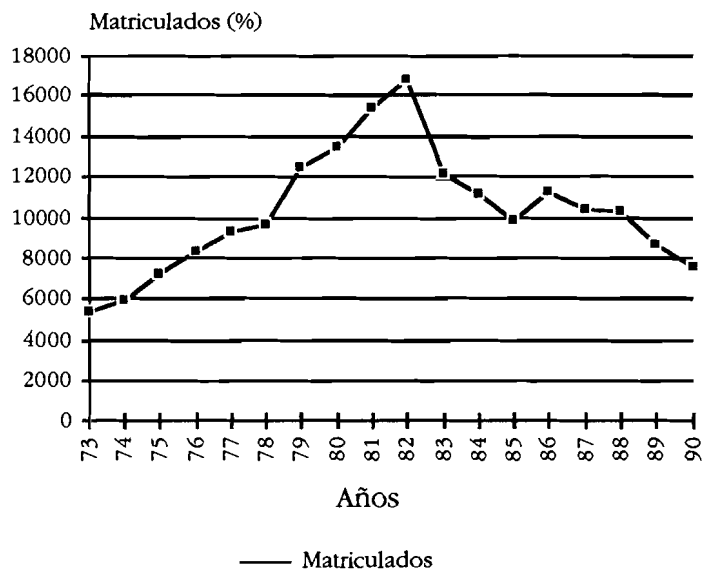


 Ingresos (RD\$)

Fuente: Tabla No. 1

Gráfico No. 2

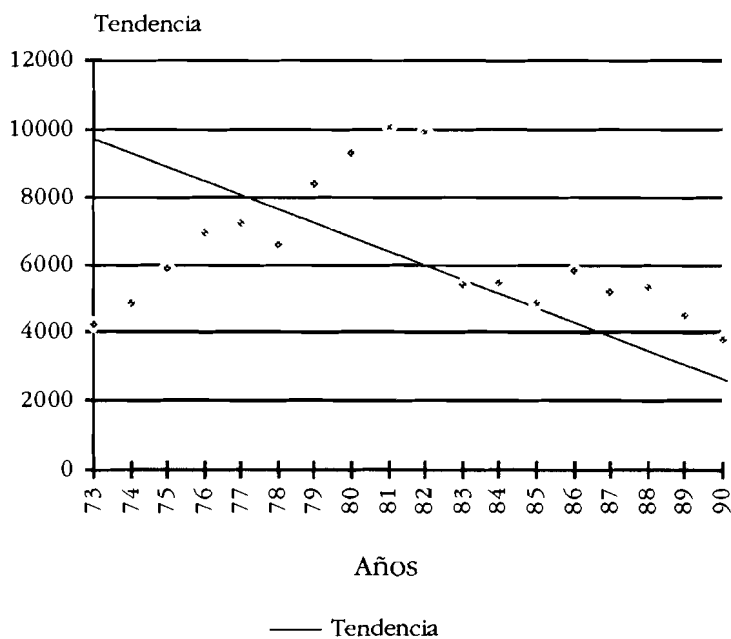
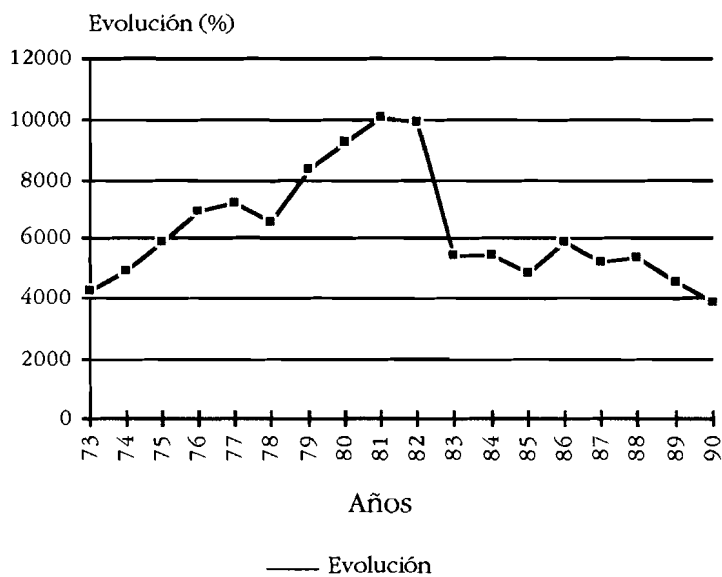
Matrícula Ciencias de la Salud. 1973-90



Fuente: Tabla No. 2

Gráfico No. 3

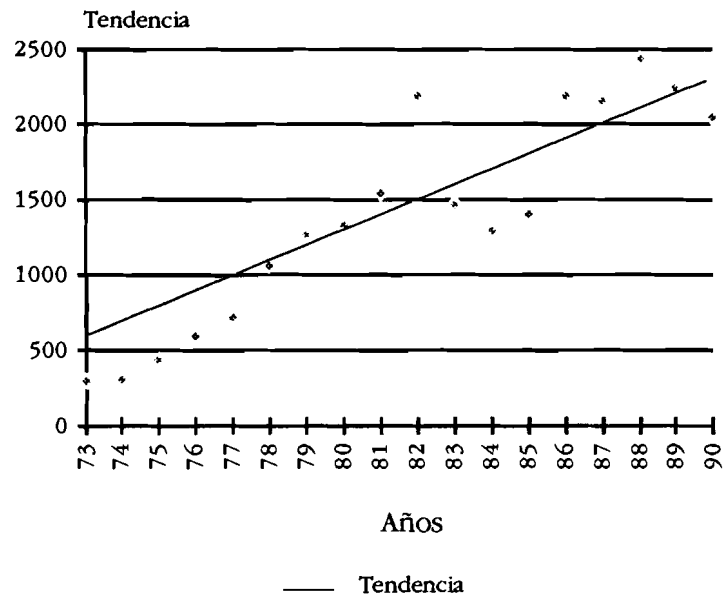
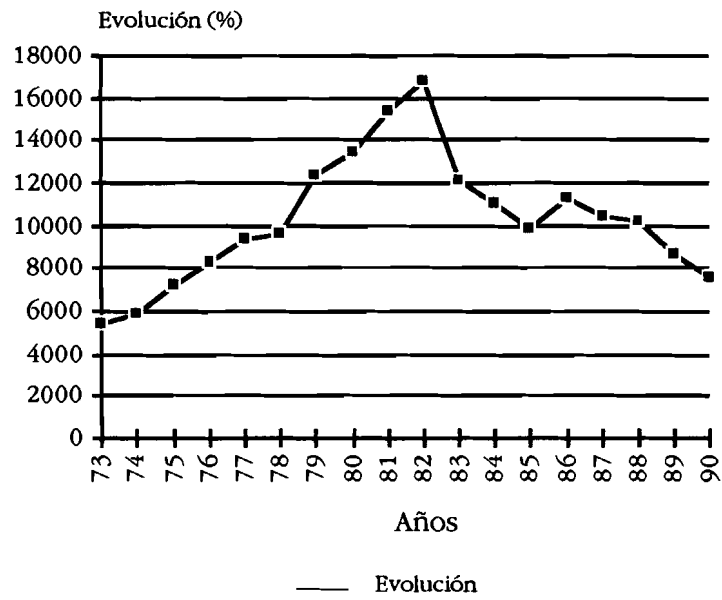
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90



Fuente: Tabla No. 2

Gráfico No. 4

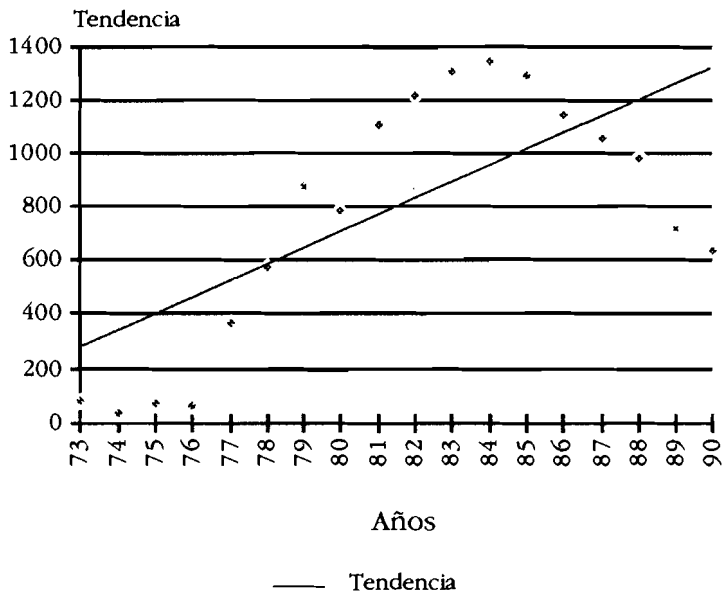
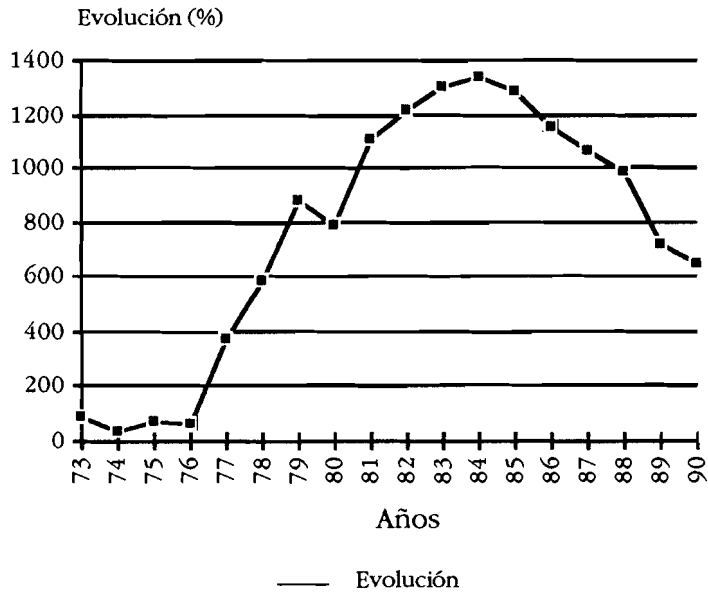
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90



Fuente: Tabla No. 2

Gráfico No. 5

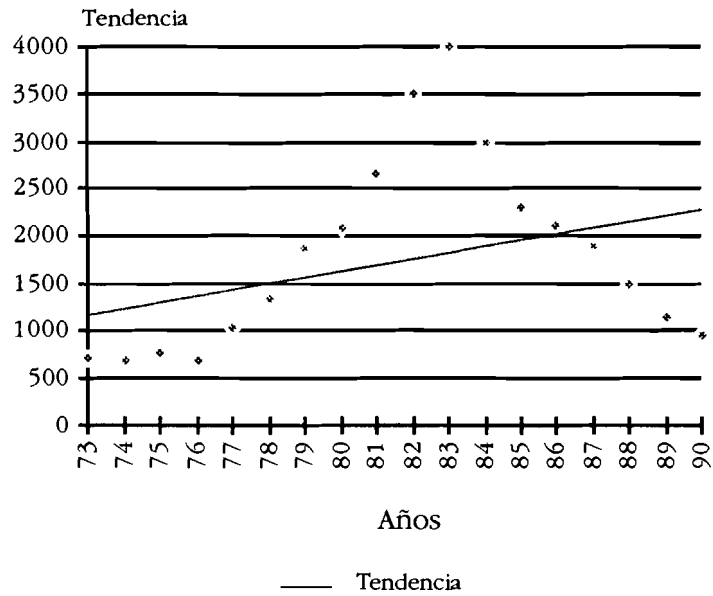
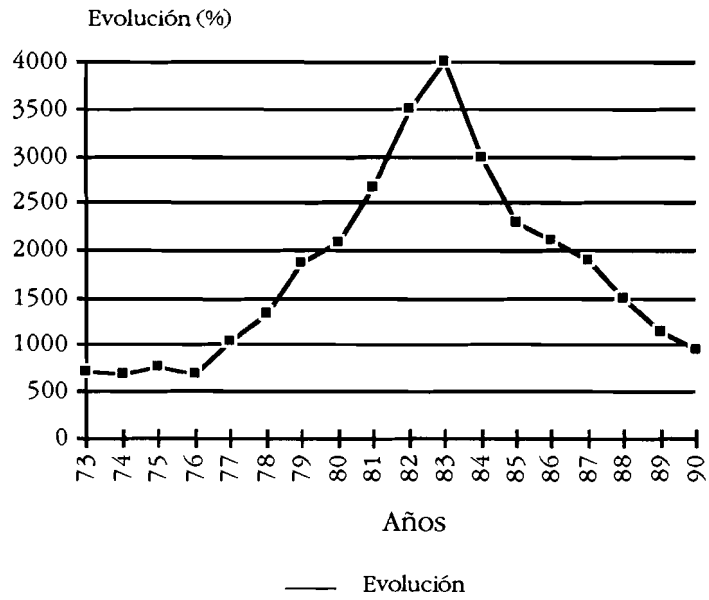
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90



Fuente: Tabla No. 2

Gráfico No. 6

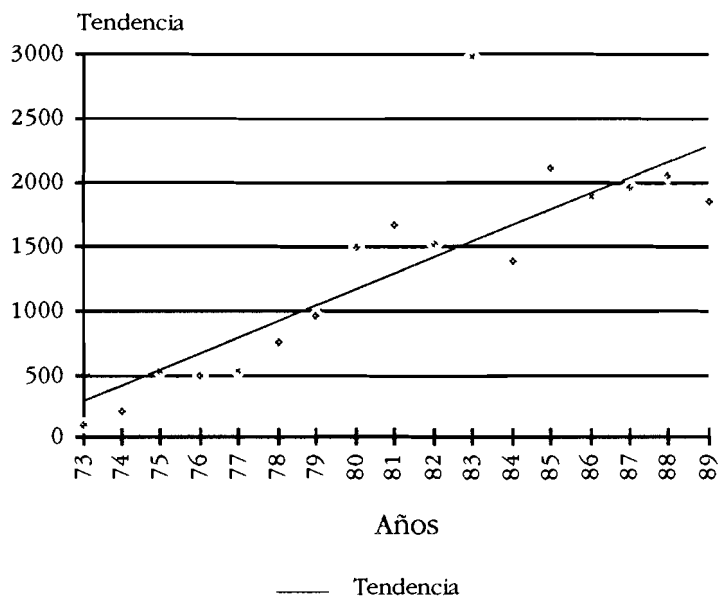
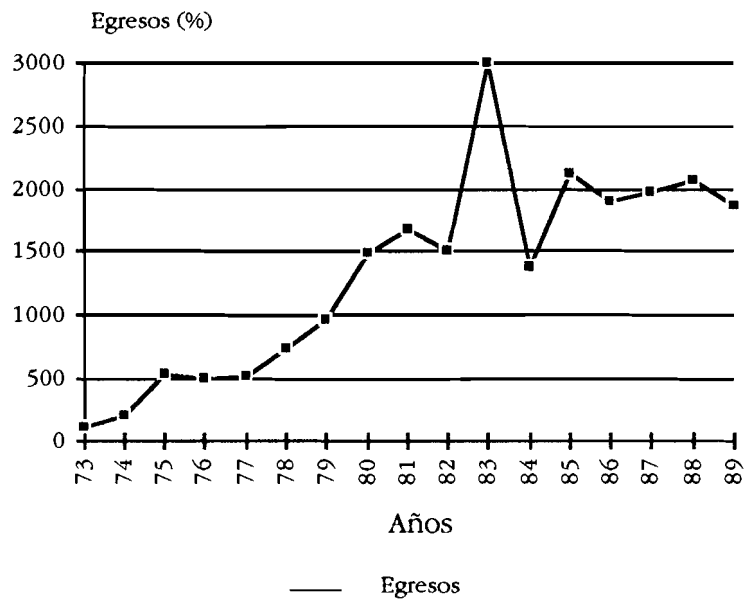
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90



Fuente: Tabla No. 2

Gráfico No. 7

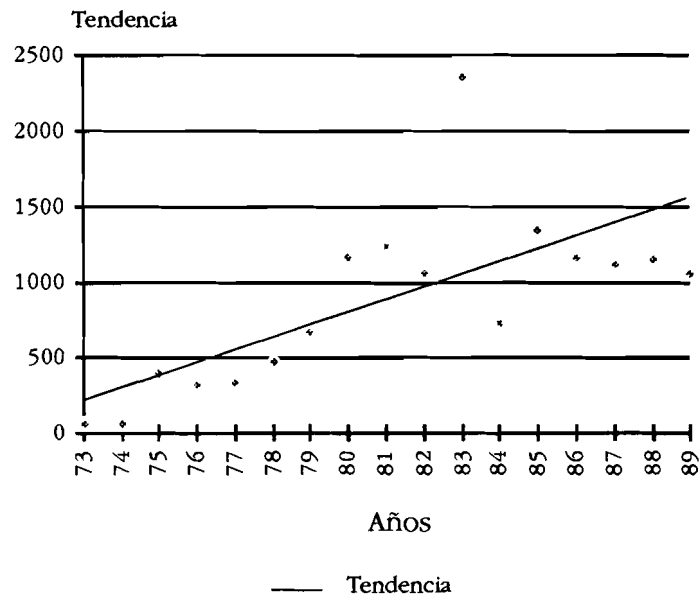
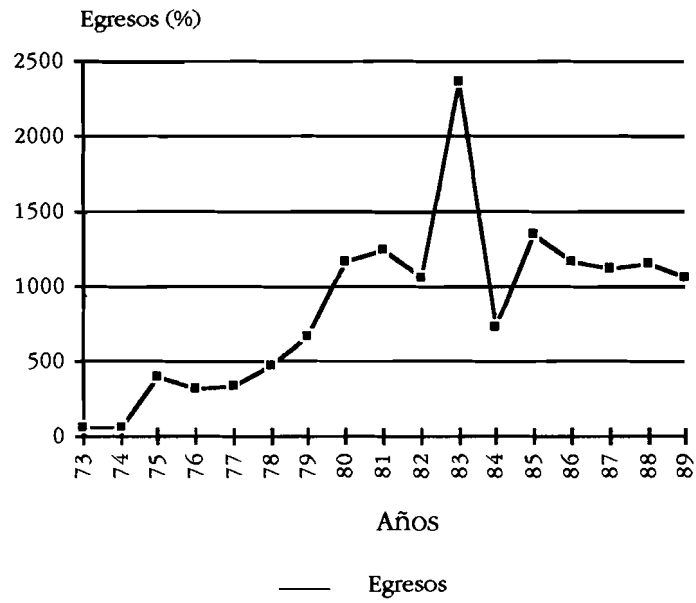
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90



Fuente: Tabla No. 3

Gráfico No. 8

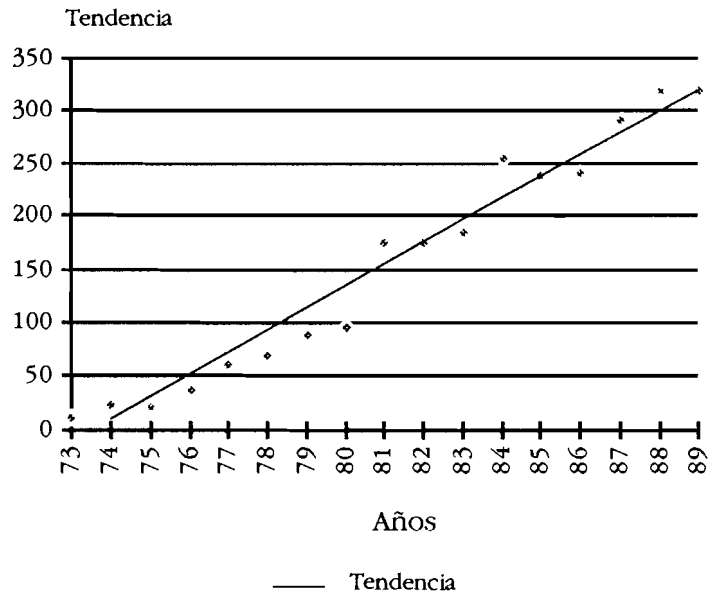
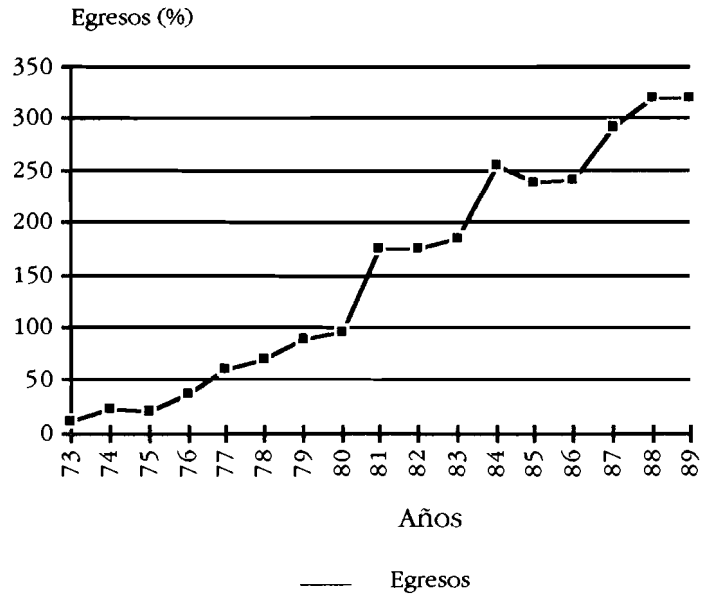
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90



Fuente: Tabla No. 3

Gráfico No. 9

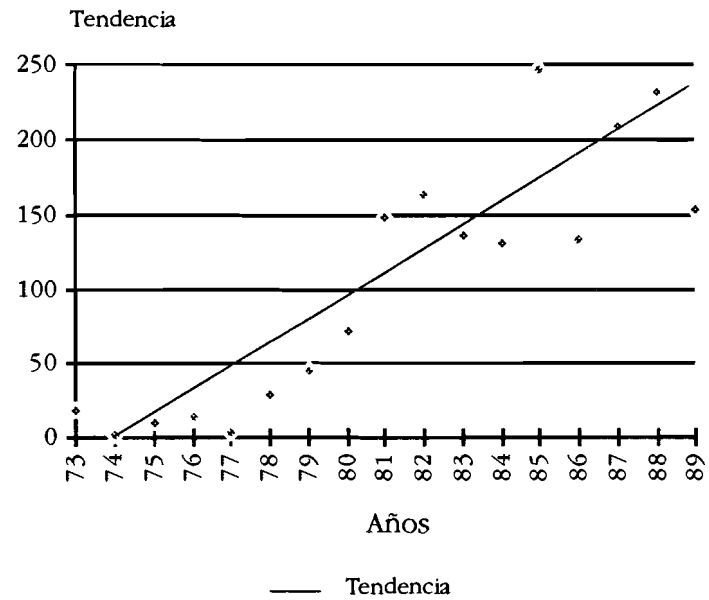
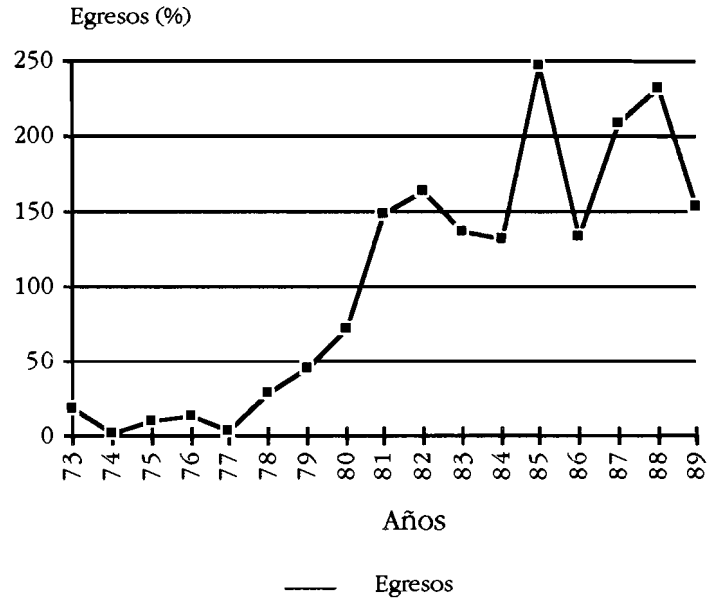
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90



Fuente: Tabla No. 3

Gráfico No. 10

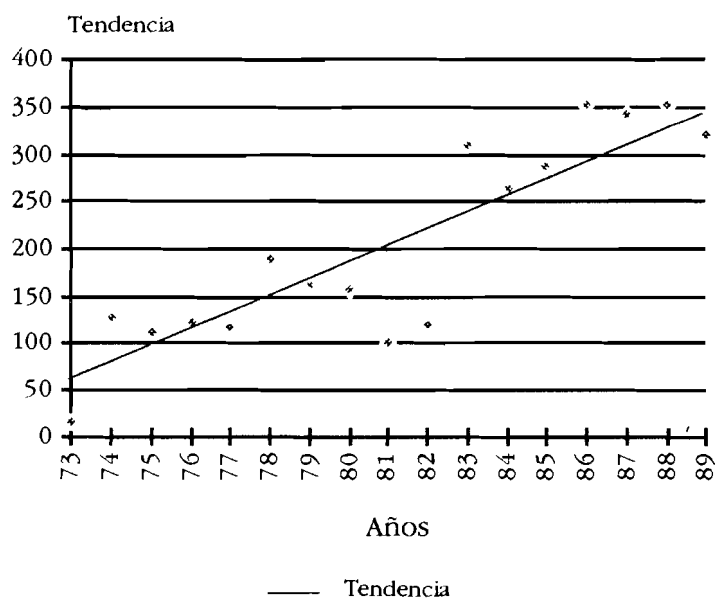
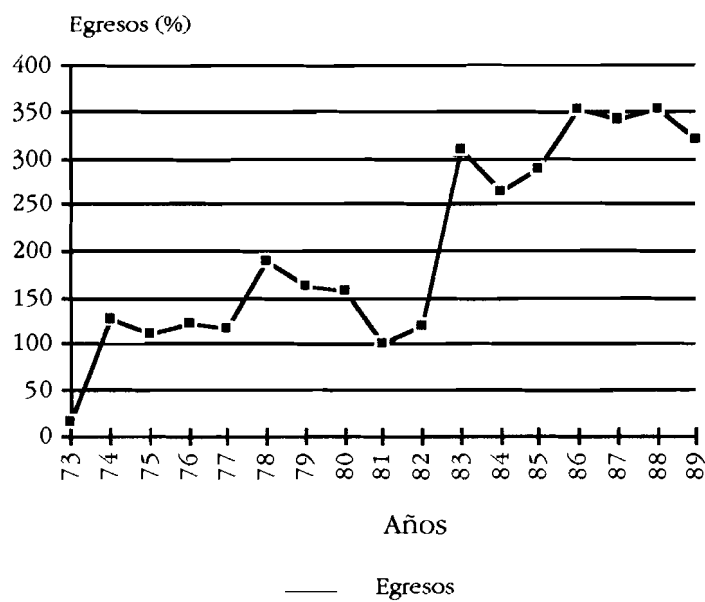
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90



Fuente: Tabla No. 3

Gráfico No. 11

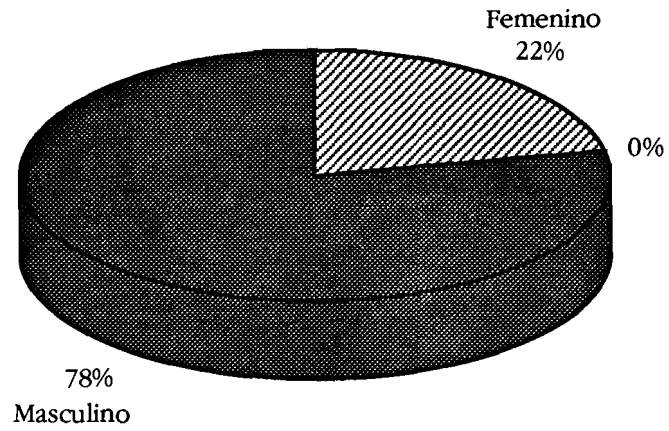
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90



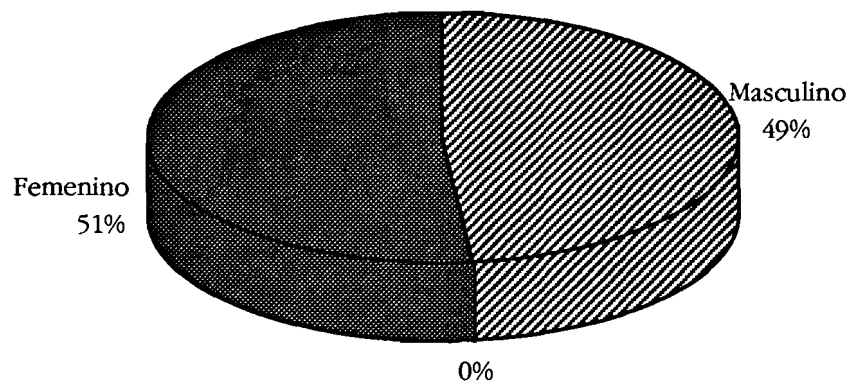
Fuente: Tabla No. 3

Gráfico No. 12

Ingreso Medicina
Según sexo 1984 y 90



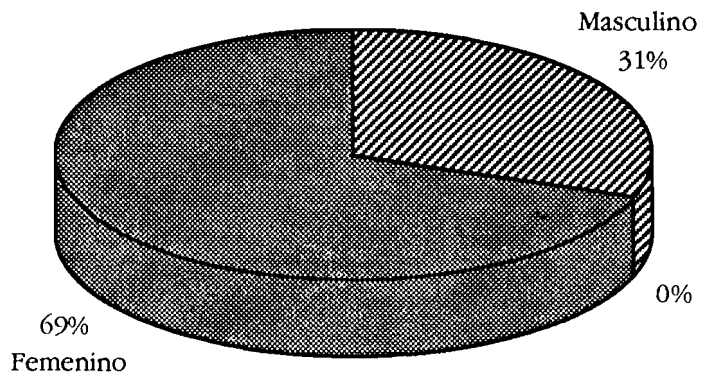
1990



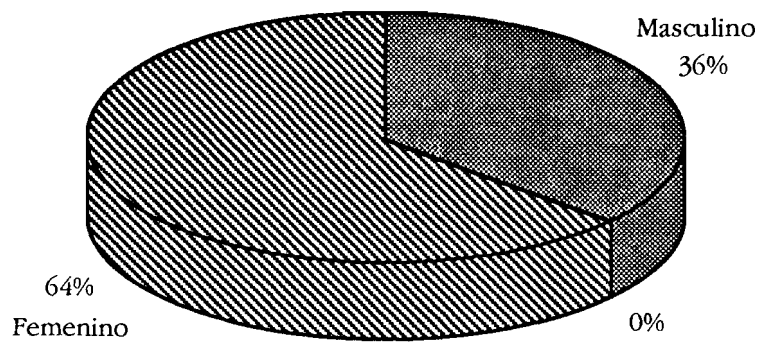
Fuente: Tabla No. 5

Gráfico No. 13

Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90



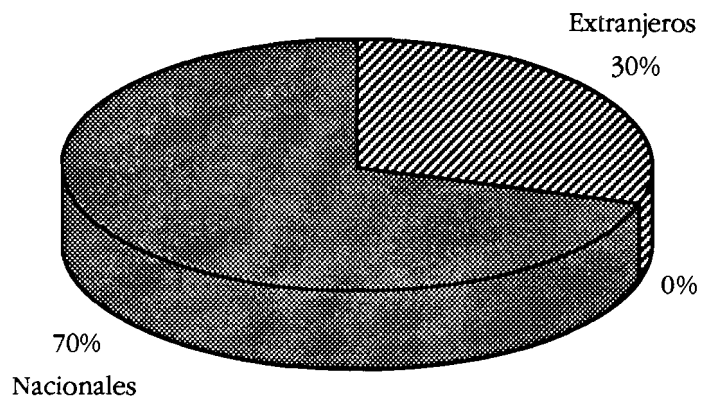
1990



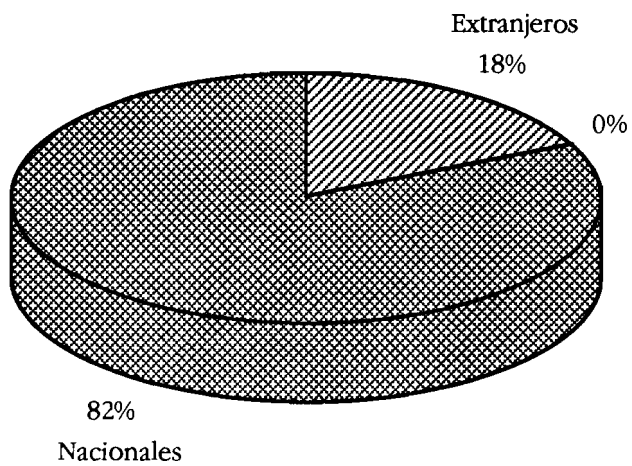
Fuente: Tabla No. 5

Gráfico No. 14

Ingreso Medicina
Según sexo 1984 y 90



1990



Fuente: Tabla No. 6

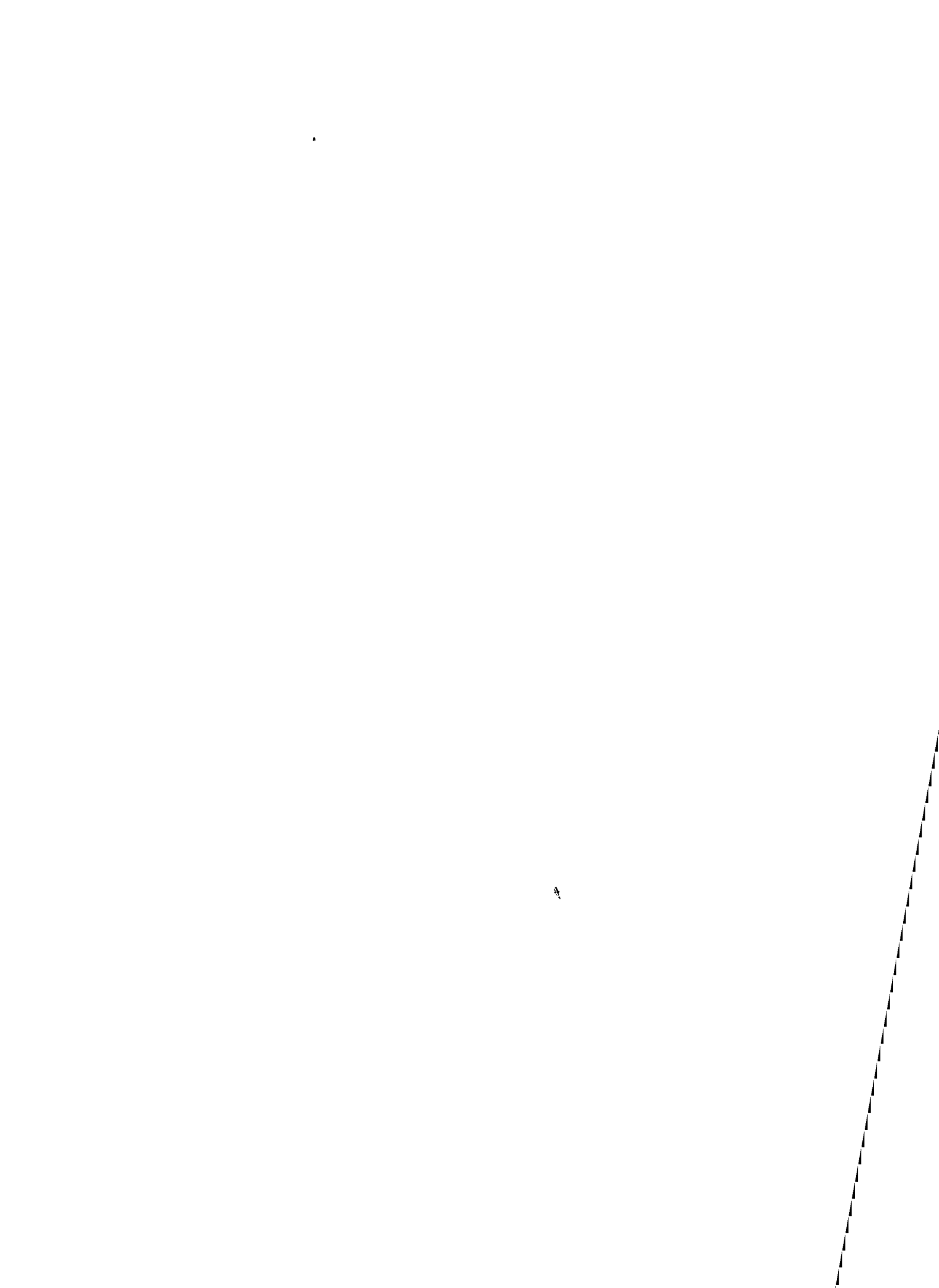
Referencias

1. Díaz, María; Guerrero, Fátima (1991). *Fuerza de Trabajo en Salud: sistema de información de recursos humanos en salud*. PASCAP-OPS/OMS. Santo Domingo, Rep. Dom. Enero, (mimeo).
2. Guerrero, Fátima; Díaz, María (1991). *Población estudiantil y docente de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud*. PASCAP-OPS/OMS. Santo Domingo, Rep. Dom. Mayo, (mimeo).
3. Díaz, María (1985). *Recursos Humanos en Salud: Estudio sobre la Relación Oferta-demanda en la República Dominicana 1970-1989*. SESPAS/OPS/OMS. Santo Domingo, Rep. Dom., pp. 69-98.
4. Díaz, María; Guerrero, Fátima. Op. Cit.
5. Ibid...
6. Ver: Passos Nogueira, Roberto (1987). *Tendencias generales del mercado de trabajo médico en Las Américas*. XIV Conferencia de facultades y escuelas de medicina de América Latina. Quito, Ecuador. Ver también: Zapata, Selma. Formación de recursos humanos en salud en universidades afiliadas a la UDUAL. En: *Informe final de formación en salud internacional*. OPS.OMS. Washington, D.C. 1988.
7. Díaz, María. Op. Cit.
8. Duarte, Isis. et al. (1989). *Población y condición de la mujer en República Dominicana*. Estudio No. 6. IEPD. Santo Domingo, Rep. Dom., p.p. 63-101.
9. Ver: Duarte, Isis. Op. Cit.
10. Báez, Clara (1987). *Informe sobre la situación social de la mujer en el contexto histórico de las transformaciones económica, demo-gráficas y culturales de la República Dominicana a partir de la década de 1960*. DGPM/UNICEFF. Santo Domingo, Rep. Dom. (mimeo)
11. Departamento de Odontología, UASD. *Comisión de Diseño y Evaluación Curricular*. Op. Cit.
12. Ramírez, Nelson et al. (1988.) *República Dominicana. Población y Desarrollo*. 1950-1985. IEPD/CELADE. San José, Costa Rica.
13. Ibid...
14. Díaz Santana, Miriam; Ramírez, Nelson; Tactuk, Pablo (1990). *Población y educación en la República Dominicana*. Estudio No. 7. IEPD. Santo Domingo, Rep. Dom., pp/ 36-37.
15. Ibid...16. Cassá, Roberto (1984). *Modos de producción, clases sociales y luchas políticas (República Dominicana Siglo XX)* ed. Punto y Aparte. Santo Domingo, Rep. Dom., pp. 93-116.
17. Ibid...
18. Banco Central de la República Dominicana. *Boletines Fondo Fide*.
19. Díaz Santana et al. Op. cit.

20. Díaz Santana et al. Op. cit.
21. Organización Panamericana de la Salud (1990). *Las condiciones de salud en Las Américas. Washington, D.C.* Estados Unidos de América.
22. Ibid...
23. Díaz Santana. Op. Cit
24. Ver: Universidad Iberoamericana (1990). *Auto-estudio*. UNIBE. Santo Domingo, Rep. Dom.
25. Ver: Guerrero Fátima; Jiménez, Ramón Orlando (1990). *Diagnóstico estratégico del sector salud: Subsector privado lucrativo*. OPS/OMS. Santo Domingo, Rep. Dom.
26. Ramírez, Nelson et al... Op. Cit.
27. Díaz Santana. Op. Cit.
28. Médice, André César et al. (1991). El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. En: *Educación Médica en Salud*. 25 (1), pp. 1-14.
29. Guerrero, Fátima; Jiménez, Ramón Orlando. Op. Cit.

CUARTA PARTE

SANEAMIENTO AMBIENTAL Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD



IX

La situación Sanitaria y Ambiental en la República Dominicana y el Desarrollo de los Recursos Humanos Requeridos

*Lic. Rosa María Borrell Bentz**

1. Los problemas más relevantes

Algunos trabajos importantes sobre la situación sanitaria y ambiental existentes sobre el país y los aportes cada vez más satisfactorios que realiza la prensa dominicana muestran la dramática situación que la población padece en lo relativo a:

- El abastecimiento del agua potable.
- La recolección y disposición de las aguas residuales.
- La recolección y disposición de los desechos sólidos.
- La contaminación ambiental.
- Riesgos del medio laboral.

A modo de síntesis, diferentes trabajos publicados (1, 2 y 3) por el área de la salud ambiental coinciden en identificar los siguientes problemas:

Sobre el Agua

- El 45% de la población dominicana carece de servicios intradomiciliarios de agua.
- El 70% de las aguas provienen de fuentes superficiales y el 30% es de origen freático.
- La continuidad del servicio es precaria ya que en períodos de lluvias intensas las aguas superficiales se enturbian y se interrumpe el servicio por la baja calidad del agua.
- Las interrupciones del suministro energético sacan de servicios las bombas que impulsan las aguas sub-superficiales.

- Del 100% de los acueductos del país, sólo el 40% poseen plantas de tratamiento.
- Existen problemas importantes de contaminación en aguas superficiales, aguas subterráneas y playas cercanas a las ciudades costeras.
- No existen políticas claras ni programas definidos para enfrentar los problemas señalados.
- No hay legislación ni coordinación adecuada y los recursos destinados para su control son muy escasos, pese a que se han invertido varios miles de millones de pesos en acueductos.

Sobre la recolección y disposición de aguas residuales

- El 70% de la población carece de alcantarillado sanitario.
- Las respuestas a esta situación origina soluciones individuales como la fosa séptica y filtrantes y letrinas que provocan la contaminación de los acuíferos.

Sobre la recolección y disposición de desechos sólidos

- Los ayuntamientos tienen una cobertura del 40% al 50% aproximadamente de la recolección de desechos sólidos de la población en general.
- Algunos ríos (Ozama y Yaque del Norte) han sido declarados en emergencia por su nivel

* Educadora, especialista en Medicina Social y Recursos Humanos. Consultora Nacional OPS/OMS/PASCAP en Santo Domingo.

de cauce y el grado de contaminación debido al arrojamiento de desechos sólidos.

- La disposición de desechos sólidos de las zonas marginadas de las grandes ciudades se realiza en la vía pública, en terrenos baldíos y en cañadas provocando molestias peligrosas para la salud, por la proliferación de vectores y la contaminación de alimentos y de los recursos hídricos.

Sobre la contaminación ambiental

- Los tres elementos básicos que permiten la vida (agua, aire y suelo) están seriamente afectados por la contaminación.
- El crecimiento demográfico en los cascos urbanos así como las descargas industriales sin tratamiento previo están provocando la contaminación de ríos y acuíferos.
- Las emisiones de polvos de las industrias mineras están generando nieblas que provocan patologías relativas a las vías respiratorias y el cáncer.
- La crisis energética ha provocado la proliferación de gran cantidad de plantas eléctricas domésticas e industriales que generan emisiones de gases y nubes del plomo que dañan la salud.

Riesgos del medio laboral

- La utilización de grandes cantidades de plaguicidas para las tareas agrícolas, algunos de los cuales están clasificados como tóxicos constituye un problema serio en algunas zonas del país.
- Las intoxicaciones por plomo son cada vez más frecuentes por la utilización de éste producto en industrias de baterías, en pinturas, cerámicas y talleres de desabolladura de vehículos.

2. Análisis situacional de los recursos humanos con que cuenta el país para enfrentar los problemas señalados

2.1. El sector formador

Dos estudios sobre uno de los componentes de la Fuerza de Trabajo en Salud

publicados en 1985 y 1992 (4,5) en los que se examina la evolución que han tenido los principales indicadores de formación de personal de salud en las universidades e institutos de formación técnica y auxiliar en los períodos 1970-1983 y 1984-1990, muestran lo siguiente:

- Actualmente existen en el país 25 universidades, 15 de las cuales imparten carreras en el área de Ciencias de la Salud.

- En el momento actual, 15 centros de enseñanza superior ofertan a nivel profesional algunas de las carreras consideradas tradicionales, tales como Medicina, Odontología, Enfermería, Bioanálisis y Farmacia.

- A nivel técnico se ofertan Tecnología Dental, Técnico Odontológico, Mecánica Dental, Terapia Ocupacional, Educación en Salud, Técnico en Administración, Técnico Radiólogo, Técnico en Enfermería, Terapia Física y de Rehabilitación, Nutricionista.

- Durante la década pasada y la actual se han impartido programas de postgrados en 9 universidades en las siguientes áreas:

- Salud Pública con 165 titulados hasta 1993 (6).

- Salud Ocupacional (una sola promoción con 16 matriculados; no disponemos del número de graduados).

- Terapia sexual y marital con 77 egresados hasta 1987.

- Educación sexual con 56 egresados hasta 1987.

- Sexualidad humana*

- Educación ambiental**

- Ingeniería sanitaria y ambiental **

Exceptuando los dos últimos programas a nivel de postgrados, iniciados en la presente década, el país ha carecido de programas académicos diseñados para el abordaje adecuado de los problemas señalados tanto en el nivel profesional como en el técnico. Algunos

de los componentes científicos teóricos y prácticos requeridos han sido incluidos por muchos años en asignaturas específicas dentro de los programas de pregrado de Biología, Química e Ingeniería Civil.

Algunos estudiosos de la materia señalan que los programas de Ingeniería Civil de las Universidades dominicanas abordan temas relativos al:

- Análisis de redes de agua potable y descarga de aguas negras en el interior de edificaciones.

- Procesos de clarificación del agua.

- Degradación biológica de las aguas residuales.

Coinciden en observar el escaso contenido temático abordado y el escaso tiempo dedicado a su estudio en la mayoría de los programas académicos del área de las Ingenierías y Ciencias de la Salud.

En los estudios citados se encontró que en la muestra de 1983-87 se otorgaron al país 213 becas de las cuales 32 (15%) fueron para el área de Saneamiento Ambiental, siendo éste el porcentaje más elevado de acuerdo a "campo

Cuadro 1

Profesión de Becario - Período 1983-87

Profesión	No. Becarios	Porcentaje
Ingeniero Civil	10	4.7%
Químico	3	1.4%
Ingeniero Industrial	2	0.9%
Ingeniero Hidráulico	1	0.4%
Ingeniero Sanitario	1	0.4%
Ingeniero Químico	1	0.4%
No identificados	14	6.5%
Total becarios área sanea. amb.	32	15%

En relación a los "campos de estudio", en el siguiente cuadro se muestran las áreas de estudio para las cuales se ofrecieron las becas.

Cuadro 2

Campos de Estudio - Período 1983-87

Profesión	No. Becas	Porcentaje
Sistema de Agua Potable	12	5.6%
Plantas de Tratamiento de Agua	10	4.7%
Higiene Ocupacional	7	3.3%
Acueductos Rurales	2	0.9%
Sistema de Alcantarillado	1	0.4%
Total becas sanea. amb.	32	15%

de estudio". Esta misma muestra ofreció el dato siguiente sobre la profesión del individuo becado:

Los recursos humanos que dispone el servicio

El país con aproximadamente 57,531 puestos de trabajo en el sector de la Salud (10), de los cuales 40,265 (70%) personas laboran en la SESPAS, 12,633 (22%) en el IDSS, 2,413 (4%)

en las FFAA, correspondiendo 2,220 (4%) al Servicio Privado.

Los técnicos que trabajaron el tema de Recursos Humanos en el Proyecto de Modernización del Sector Salud consideraron que "con los datos disponibles no es posible discriminar realmente la cantidad de personal por categoría profesional que labora en el sector, debido a que se desconoce el pluriempleo, por lo cual un empleado puede ser censado en una o varias instituciones de salud".¹¹

Cuadro No. 3

Distribución de los Recursos Humanos en Salud Según Tipo e Institución, 1993

TIPO	INSTITUCION				
	SESPAS	IDSS	FFAA	S. PRIV.	TOTAL
Médicos	7,108	2,304	1,234	1,303	11,949
Enfermeras	8,103	2,367	415	772	11,657
Odontólogos	110	195	96	-	401
Bioanalistas	425	406	98	145	1,074
Farmacéuticos	198	83	3	-	275
Trab. Social	206	145	-	-	351
Promotores	6,335	-	-	-	6,335
Otros	17,789	7,133	567	-	25,489
Total	40,265	12,633	2,413	2,220	57,531

Fuente: 1. Centro Cómputos y Dptos. Normas y Auditorías - SESPAS.

2. División Recursos Humanos, IDSS.

3. Fuerzas Armadas y Policía Nacional.

4. Los datos del Sector Privado corresponden a 1990.

Con esta aclaración, se presenta en el siguiente cuadro la distribución de "PUESTOS DE TRABAJO", según categoría profesional.

La información suministrada en este cuadro no permite un análisis detallado sobre la situación del personal que trabaja en el área de Saneamiento Ambiental.

Rastreando las Memorias de Salud de SESPAS encontramos alguna información importante sobre el tipo de personal que figura mayoritariamente a través de la categoría

"puesto de trabajo". Los Supervisores Oficiales de Saneamiento aparecen como el personal más utilizado, siendo esta categoría la única identificada por el área de Saneamiento en las Memorias de la SESPAS. El número de puestos - Supervisores Oficiales de Saneamiento de algunos años de la década pasada se observan en el cuadro siguiente.

Los datos segregados por regiones muestran también que alrededor del 90% de los supervisores estaban ubicados en el Distrito Nacional.

Cuadro No. 4

Número de Supervisores Oficiales de Saneamiento en SESPAS Durante los años 1980-1990*

Año 1991	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
431	-	439	441	385	-	-	-	-	-	266

* No se encontró el dato para todos los años.

La mayoría de los Supervisores que aparecen en el cuadro #4 tienen un perfil educativo correspondiente al auxiliar, ya que en el país no existe la carrera de Técnico de Saneamiento. La mayoría de ellos es formado

por la propia institución a través de los cursos antes señalados.

Con información actualizada al 1992, la Dirección de Saneamiento Ambiental de la SESPAS ofrece la siguiente información

Cuadro No. 5

Oficiales y Supervisores de Saneamiento a Nivel Regional

Región	Oficial de Saneamiento	Supervisor
0	78	9
1	15	2
2	8	1
3	38	1
4	14	5
5	12	1
6	18	3
7	16	1
Ubicados en mataderos	16	-
Total	215	23

Si bien el número total de supervisores de saneamiento aparece disminuido en relación a años anteriores, el número por regiones ofrece un panorama diferente en tanto muestra una preocupación por la colocación de recursos humanos en las regiones de salud.

La lista del personal de la Dirección muestra 4 cargos de profesionales de la áreas

de Ingeniería Civil y Sanitaria y 9 Médicos Veterinarios. el área de Saneamiento Ambiental también considera que los 5,388 Promotores de Salud y los 866 Supervisores de Salud forman parte de los recursos humanos de apoyo a los programas de Saneamiento, aún cuando los mismos están bajo la Dirección de Atención Primaria de Salud.

La OPS/OMS recomienda a sus países la necesidad de contar con un ingeniero especializado y tres técnicos por cada 100,000 habitantes.

De acuerdo a esta recomendación, el cálculo realizado por un grupo nacional¹² acerca

de la demanda de Ingenieros Sanitarios y Ambientales y Técnicos de Saneamiento muestra lo requerido para el futuro próximo:

Sin dejar de reconocer la importancia de otros datos del resto de las instituciones del servicio público y privado, la información

Cuadro No. 6

Requerimientos de Recursos Humanos en el Area de Saneamiento Ambiental en la Rep. Dom. Período 1992-2010

	Requerimiento	
	Especialistas	Técnicos
1992	70	210
2000	112	336
2010	224	672

disponible pone en evidencia el desfase existente en la actualidad entre lo que el país forma y capacita, entre lo que requiere por sus problemas en el área y lo empleado por el subdirector mayoritario de la salud.

3. Orientaciones de la OPS/OMS

En los países de la región existe una preocupación creciente con relación al medio surgida a consecuencia de ciertos estilos de desarrollo adoptados en el pasado, de las características de algunos procesos de industrialización, del fenómeno de urbanización acelerada y del agotamiento de recursos asociados al cambio tecnológico. pero la preocupación no es sólo de carácter ecológico general, sino que se refiere también a los problemas de salud de la población ocasionados por los daños causados al ambiente.¹³

En este sentido, las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas establecidas para el cuatrienio 1991-94 están enmarcadas en las siguientes orientaciones:

- Impulsar el desarrollo de sistemas de información sobre salud ambiental que permitan expandir el conocimiento sobre factores ambientales potencialmente peligrosos y sobre sus consecuencias en la salud de la población.
- Mejorar la capacidad de vigilancia de esos problemas para avanzar en el desarrollo de técnicas de evaluación simplificada del impacto del ambiente en la salud y para alentar la investigación epidemiológica sobre salud ambiental.
- Aumentar la vinculación entre la formulación de políticas y planificación de programas de intervención en salud ambiental.
- Mejorar el desarrollo institucional para el escrutinio permanente de los peligros ambientales para la salud y para la ejecución de intervenciones.
- Redoblar esfuerzos en materia de formación de recursos humanos en las diferentes disciplinas que constituyen la salud ambiental.

- Expandir las oportunidades de trabajo que garanticen la futura inserción en los servicios de los profesionales con nuevos perfiles que se formen en este campo.
- Proseguir en la búsqueda de fórmulas concretas de acción intersectorial que ensanchen las posibilidades de intervención para proteger el ambiente.
- Estimular el diálogo sobre las posibilidades, las responsabilidades y las tareas que competen al sector público y al privado para arribar a fórmulas de concertación que permitan trabajar objetivos comunes de preservación del ambiente y reducción de los efectos nocivos.
- La necesidad de contar con personal capacitado en el área, a nivel de grado y en el nivel técnico.
- La necesidad de correlacionar los problemas del área en permanente actualización y los nuevos programas educativos que requiere el país para enfrentarlos.
- La necesidad de incorporar más conocimientos del área de salud ambiental al resto de las carreras de ciencias de la salud y las ingenierías.
- La urgencia de revalorizar los contenidos temáticos del área educativa y laboral que permitan otros conocimientos adicionales sobre aspectos relativos a la ecología, foresta, fauna y flora acuática, etc.

4. Reflexiones Sugeridas

El análisis sobre el desarrollo de los recursos humanos de un área determinada sugiere una serie de conclusiones importantes para tomar decisiones que enfrenten el 'corto plazo'. Otras preguntas que no resultaron claras, así como otros cuestionamientos que surjan de estas conclusiones preliminares deberán colocarse como agenda de trabajo para seguir pensando, investigando, debatiendo y de esta manera planificar el 'mediano y largo plazo'.

Algunas conclusiones importantes para enfrentar de manera estratégica la situación de los recursos humanos para el ambiente se refieren a:

- La necesidad del sector salud de disponer de un número mayor de personal con conocimientos especializados y con un nivel de compromiso y liderazgo en el área.
- La urgencia de desarrollar campañas masivas de educación sobre la salud del ambiente a través de los diferentes medios de comunicación.
- La necesidad de encontrar formas de intercambio y debate permanente que garanticen el consenso acerca del 'que hacer' y faciliten la toma de decisiones a las instituciones.

* No se dispone de dato.

** Postgrados recientes.

Bibliografía Consultada

1. OPS/OMS (1994). Condiciones de Salud de las Américas. Informe de país República Dominicana. Santo Domingo. Versión incompleta, sin publicar.
2. República Dominicana; Universidad Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) (1992). Facultad de Ingeniería y Tecnología. Anteproyecto Postgrado en Ingeniería Sanitaria y Ambiental.
3. OPS/OMS. Leal, Luis (1993). Saneamiento y Salud en la Rep. Dom., ponencia presentada en el Seminario Sobre Modernización y Lucha Contra la Pobreza. Santo Domingo.
4. Día Solís, María A. (1985). Recursos Humanos en Salud: Estudio sobre la Relación Oferta Demanda en la Rep. Dom. 1970-1983. SESPAS/OPS/OMS. Santo Domingo.
5. Guerrero, Fátima (1991). Fuerza de Trabajo en Salud: Población Estudiantil y Personal Docente Formadoras de Recursos Humanos en Salud. PASCAP-OPS/OMS. Santo Domingo.
6. Guerrero, Fátima (1993). Enseñanza y Práctica de la Investigación Programas de Postgrado en Salud Pública en Rep. Dom. OPS/OMS. Santo Domingo.
7. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (1990). Santo Domingo.
8. OPS/OMS. Borrell, R.M. y Rodríguez, M. I. (1988). Estudio de Becas Otorgadas a 22 Países de las Américas en el Período 1971-1986. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington D.C.
9. OPS/OMS. Borrell, R.M (s/f). Análisis de Becas Otorgadas por OPS/OMS a la República Dominicana, período 1971-1990.
10. P.N.U.D. (1993). Proyecto de Modernización del Sistema de Salud de la Rep. Dominicana. Propuesta a la Situación de los Recursos Humanos en Salud. Santo Domingo.
11. Ibid, pág. 3.
12. UNPHU. op. cit.
13. OPS/OMS. (1991). Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas 1991-1994. Washington D.C.

X

Impacto de las políticas ambientales sobre la salud de la población dominicana

Un abordaje metodológico para una posterior exposición

*Dr. Víctor Hugo de Lánzer**

Un tema para desarrollar

Ante el impacto de las políticas ambientales sobre la población dominicana, se pueden asumir dos perspectivas de abordaje.

Por una parte está aquella perspectiva de carácter descriptivo que permite asociar las políticas ambientales a sus posibles efectos sobre la salud en la población.

En otra dirección, holística y a toda claridad dialécticamente orientada, está aquella perspectiva que asocia las políticas ambientales y la salud, a todo un conjunto macroeconómico, en la que la salud y el medio ambiente son dos elementos sustantivos de las políticas sociales y económicas de un país.

Asumir la primera perspectiva nos conduciría a una fenomenología social que obstruye la posibilidad de comprender tres elementos metodológicos importantes:

- Que tanto las políticas ambientales, como los perfiles de salud- enfermedad de una comunidad, están subordinados en términos macropolíticos a una dimensión más amplia del fenómeno-ambiente salud-enfermedad.
- Es preciso entender que las políticas ambientales, las políticas sanitarias y el propio perfil epidemiológico de una comunidad, tienen una relación multicausal

con las políticas económicas que en última instancia traducen los modelos económicos, impuestos, transferidos o adoptados.

- Que esos modelos transferidos como el caso que nos ocupa desde la lógica compulsiva del pago de la deuda y de los esquemas de intercambio de un nuevo orden, tienen adheridos unos efectos sobre el ambiente y la salud.
- Que en términos salubristas, es pertinente entender que el medio ambiente, desde las perspectivas bio-económicas y psicosocial, forma un polo de integración con el proceso salud-enfermedad y en consecuencia ambos fenómenos deberán ser integrados, en tanto conforman una sola lógica de interpretación epidemiológica.

De esta primera aproximación metodológica podemos derivar una matriz de causalidad de alto significado político.

Nos referimos a concebir la sostenibilidad ambiental y la salud de la población dentro de un marco de causalidad que sólo encuentra lógica material en el contexto de los modelos económicos y sus correlatos operacionales expresados en las políticas económicas y sociales.

Así entendido es comprensible determinar la relación entre:

* Doctor en Sociología (Ph.D.). Catedrático de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

- Políticas Urbanas, Ambiente y Salud.
- Políticas Agroexportadoras, Ambiente y Salud.
- Políticas Científicas y Tecnológicas, Ambiente y Salud.
- Políticas Alimentarias, Control de Calidad y Salud.
- Políticas de Fomento de Turismo, Zona Franca y Agroindustria, Ambiente y Salud.
- Políticas Energéticas. Tecnologías y Salud.^{1*}

Una conclusión para pensar

De toda esta reflexión sobre el abordaje de la problemática Medio Ambiente-Salud-Enfermedad en el marco de un Modelo

Macroeconómico y en la dinámica de políticas socio-económicas específicas, podemos sacar una gran conclusión que deberá ser trabajada en términos de hipótesis.

Nos referimos a la necesidad de concebir la relación políticas Ambientales y Salud, sólo en la reconceptualización de los Modelos Macroeconómicos y en las direcciones de políticas que trabajan un modelo Económico a Escala humana que obviamente contradice el contexto que históricamente nos compete, agrava aún más la vulnerabilidad del Medio Ambiente y hace aún más crítico el perfil epidemiológico de la población dominicana.

1*. Estas políticas no son excluyentes, y en consecuencia contemplan la inclusión de restos de políticas de desarrollo enmarcadas en la lógica de un modelo que sólo traduce el ordenamiento de una economía local a los efectos del pago de una deuda que tiene precisamente en la salud y en la calidad del ambiente dos puntos críticos.

XI

Situación ambiental en la República Dominicana y respuesta de las Universidades Nacionales

Ing. José del Carmen Bautista Perdomo*

1. Introducción

La República Dominicana está situada en el mismo trayecto del sol, como diría nuestro poeta nacional Pedro Mir, localizada entre las latitudes 17 y 20 grados, ocupando más de dos tercios de la parte oriental de la isla de Santo Domingo compartida con el hermano país de Haití. Siendo nuestra población superior a los 7 millones de habitantes en una extensión territorial de 48,442.

A fin de analizar la situación ambiental existente en nuestro país, vamos a: (1) definir globalmente los diferentes sectores que componen el medio ambiente y luego (2) analizaremos la situación existente en cada sector.

El medio ambiente está compuesto por (1) MEDIO BIO-FÍSICO, (2) MEDIO SOCIO-ECONÓMICO y (3) MEDIO PSÍQUICO; los cuales interactúan entre sí teniendo como resultado el perfil de salud del pueblo, y por ende su calidad. (Ver transparencia).

2. Desarrollo

Situación Ambiental en el país

2.1. Medio Físico-Biológico

Agua. Los recursos hídricos son de vital importancia para el desarrollo del país, ya que

están íntimamente ligados a la agricultura, la energía y la salud pública.

El país está dividido en 14 cuencas hidrogeográficas que producen 20 billones m³/año, generando una recarga subsuperficial de 1.5 billones de m³/año.

Suelo. La República Dominicana tiene una gran diversidad de suelos. Estos varían de arenosos a arcillosos, de ácidos a alcalinos, de fértiles a infértiles, de no salinos a salinos e incluyen suelos desarrollados, así como también suelos bastantes jóvenes.

De conformidad con estudios nacionales e internacionales nuestro suelo se utiliza de la siguiente manera: el 25% para el pasto, el 53% para el bosque y el 2% para la vida silvestre.

Fauna. Nuestro país posee la más variada especie de la fauna caribeña, tanto así que aún no se conoce totalmente. Por ejemplo se conocen más de 140 especies de pájaros de los cuales más de 30 son endémicos.

Es importante señalar que a pesar de las diversidades de especies una parte importante de ella se encuentran amenazadas o en peligro de extinción.

Flora. Existen más de 5,600 especies en el país de las cuales un 36% se considera endémica. No obstante se han detectado más de 100 especies en extinción.

* Director del Postgrado en Ingeniería Sanitaria y Ambiental UNPHU.

Contaminación al Medio Físico-Biológico.

La contaminación al medio físico-biológico es provocada de manera predominante por las industrias en las ciudades y por los agrotóxicos en el campo.

2.2. Medio Socio-económico

Abastecimiento de Agua Potable. El 45% de la población carece de servicios intradomiciliario de agua. De las cuales sólo el 40% posee planta de tratamiento. Teniendo en cuenta que el 70% son fuentes superficiales y el 30% de origen freático: la continuidad del servicio es precaria ya que en un período de lluvias intensas, las aguas superficiales se enturbian siendo necesario interrumpir el abastecimiento por la baja calidad de agua y por otro lado las interrupciones del suministro energético saca de servicio las bombas que impulsan las aguas subsuperficiales.

Recolección y Disposición de las Aguas Residuales. La cobertura de los ayuntamientos en la recolección de los residuos sólidos es de alrededor de un 40% de la población. Siendo el área más crítica la ciudad de Santo Domingo, donde se encuentra más del 30% de la población.

2.3 Medio Psíquico

De conformidad con nuestro prestigioso psiquiatra Antonio Zaglul, el dominicano es predominantemente paranoico, ya que no se concibe tanta alegría con tanta pobreza.

3. Instituciones relacionadas al área

Existen más de 30 instituciones y organizaciones cuyas responsabilidades, de conformidad con su ley orgánica, están relacionadas con asuntos ambientales. De los cuales el 75% corresponden al sector público.

Entre los principales problemas de estas instituciones se encuentran:

1. Falta de integración y/o coordinación. Una parte importante de dichas instituciones

poseen departamentos y/o unidades creadas con los mismos fines generando duplicidad de funciones, gastos de recursos innecesarios y servicio inadecuado, y

2. Falta de recursos humanos calificados en el área ambiental y sin planes de capacitación definido.

4. Respuesta de la universidades

Nuestro país cuenta con 25 universidades y 6 institutos de estudios superiores que están desarrollando programas a nivel de pre-grado, maestría y doctorado en las diferentes disciplinas del saber. Sin embargo, no contamos con Programas de Estudios Ambientales en el tercer nivel, esto es, licenciatura, ingeniería, etc. Siendo algunos aspectos de ésta área abordados en asignaturas incluidas dentro de los programas de pregrado de Licenciaturas de Biología y Química e Ingeniería.

En el cuarto nivel (postgrado) existen tres universidades que están desarrollando programas de postgrado en los niveles de especialidad: INTEC, UASD y UNPHU.

Si bien es cierto que se ha producido un avance en la educación ambiental de cuarto nivel, también es cierto que no se puede decir lo mismo del tercer nivel. Requiriendo para ello un esfuerzo mancomunado a fin de dar al traste con dicha situación.

La universidad debe crear y vender las tecnologías apropiadas para el desarrollo del país. Integrándose de manera conjunta y armoniosa con los sectores que de manera oficial inciden en el medio ambiente.

5. Conclusiones y recomendaciones

a) Fomentar a través de las asociaciones y organismos internacionales relacionadas al área para que los organismos de cooperación técnica internacional patrocinen los proyectos de investigación prioritarios para la nación que sean presentados por universidades a las instituciones nacionales al área.

b) Crear centros de información especializados en el área en coordinación con las instituciones nacionales relacionadas.

c) Instar a que los organismos internacionales de cooperación técnica financiera apoyen, ya sea a través de préstamos no reembolsables, donaciones, el desarrollo de

laboratorios de investigación en colaboración con las instituciones nacionales relacionadas.

d) Incentivar la realización de acuerdos entre las universidades que permitan el desarrollo de aquellos que están en pañales, y de esta manera fortalecer la Educación Ambiental en nuestro país, así como la calidad de vida de nuestro pueblo.

XII

Situación de las aguas y de los desechos sólidos

Por Ing. Roberto Castillo Tío*

1. Introducción

En este trabajo se pretende diagnosticar la situación sanitaria en los componentes aguas potables y residuales.

El deterioro a nivel global en los servicios de aguas potables, alcantarillados, disposición de excretas, residuos sólidos, es la consecuencia de un modelo de desarrollo dirigido hacia el crecimiento económico, olvidando las variables ambientales como esenciales para un desarrollo sostenible.

Para erradicar la pobreza es indispensable dar servicio de cobertura total en cuanto al agua potable, alcantarillado, solución del problema de basuras y efluentes industriales, completándose con una estrategia para resolver el problema de la vivienda sobre la base un modelo de ordenamiento territorial y participación comunitaria.

En la R. D. las aguas están siendo contaminadas principalmente por los agroquímicos, efluentes domésticos e industriales, residuos sólidos.

Sólo con la participación organizada de las autoridades del sector con la sociedad civil y la

transparencia de una legislación, y el cambio de política de inversión se podrá reducir en el corto plazo a límites tolerables, la contaminación de los cuerpos de aguas.

2. Situación del agua potable en la República Dominicana

El subsector agua potable de la Republica Dominicana forma parte del sector salud pero está representado por tres instituciones en el aspecto de diseño y de operación y mantenimiento: el INAPA, la CAASD y CORAASAN.

La primera da servicio a todo el país, excluyendo la ciudad de Santo Domingo, que es suministrada por la CAASD y la ciudad de Santiago por CORAASAN.

La cobertura del servicio de agua potable parte del concepto de tener acceso al agua hasta una distancia de 100 metros.

En ese sentido la población urbana, bajo responsabilidad del INAPA, tiene acceso al agua, independiente de la calidad de presión, el 80% y 40% de la población rural.

Institución	Ley	Fecha	% Población	Sistemas	
				Urbano	Rural
INAPA	4471	1962	62	467	
CAASD	498		31	1	
CORAASAN	582		7	1	

* Presidente de Ingeniería Civil y del Medio Ambiente.

El 20% restante se encuentra sin servicio y el 60% de la población rural no tiene agua potable.

En cuanto a la CAASD se refiere, los reportes oficiales indican que un 93.3% de la población en el Distrito Nacional tiene acceso al agua, un 6.7% está sin servicio y un 33.6% de la población rural carece de agua, en el sentido ya explicado.

CORAASAN da servicio directo e indirecto al 78% de la población de Santiago y un 20% carece del servicio.

Estrictamente reciben servicio intradomiciliario de agua potable sólo el 20.4% de todas

las residencias en R. D., correspondiendo el 28.4% a la zona urbana y un 7.6% a la zona rural (ENDESA 91, cuadro 2.6).

Fuera de la vivienda y hasta una distancia de 100 metros, la población que recibe el agua por tuberías es de 46.2% (urbana 52%, rural 36.7%).

Es importante indicar que el 44% de toda la población en la R. D. busca su agua en pozos, manantiales, arroyos, agua de lluvia, agua embotellada, etc.

El manipuleo, la ausencia del tratamiento mínimo, cloración, es quizás una de las princi-

Enfermedades	No. de casos	%	Tasa/10,000 Habitantes
Diarreicas agudas	133,932	89.43	180.86
Fiebre tifoidea	11,714	7.82	15.82
Hepatitis	2,364	1.58	3.19
Fiebre paratifoidea	1,758	1.17	2.37
	149,758	100	

Otras enfermedades relacionadas con la calidad del agua como dermatosis, son de gran incidencia en la República Dominicana.

Fuente ONU, Boletín de la salud 1980-1992.

pales causas del alto índice de enfermedades de origen hídrico.

El gobierno dominicano ha invertido 309.8 millones/año en el período 1987-1991, básicamente en líneas de conducción, tanques de almacenamientos y redes de distribución, pero la inversión en plantas de tratamiento ha sido pobre, así como la inversión en recursos humanos, en operación y mantenimiento.

Dicho en otras palabras, lo que representa institucionalidad es pobre.

Lo referente a la calidad del agua es extremadamente peligroso, el INAPA sólo da control sanitario al 25% del agua que abastece a la ciudadanía (Leal 1991).

La cuantiosa inversión en acueductos ha sido desproporcionada en cuanto a ver los

abastecimientos como sistemas ligados al manejo de los recursos naturales y de las cuencas, así como de las políticas ambientales que integran la acción hasta ahora disjuntas de las instituciones del sector.

Para garantizar el suministro de agua potable al 100% de la población estimamos una inversión de 2,500 millones de pesos (sin considerar el D. N), que en 4 años representa una inversión sostenida de 625 millones de pesos, sin factor de escalonamiento.

A pesar de las inversiones cuantiosas, los problemas de los acueductos en R. D. siguen siendo los siguientes:

1. Todos los acueductos del país, han cumplido su período de diseño; presentándose déficit en la cantidad.

Evolución de la inversión

Año	RD\$ a precios de 1977	INAPA	\$ / Hab.
1977	28,260,469	28,260,469	5.68
1978	21,730,571	23,275,615	4.53
1979	20,607,324	23,927,164	4.53
1980	20,038,257	27,358,232	5.04
1981	11,680,518	17,148,169	3.09
1982	5,616,780	8,875,636	1.55
1983	10,784,737	18,222,962	3.10
1984	7,026,261	14,774,119	2.41
1985	6,453,517	18,662,280	2.91
1986	8,591,778	27,266,007	4.15
1987	29,239,599	107,546,170	16.01
1988	47,050,579	249,965,609	36.40
1989	40,556,857	313,305,777	44.64
1990	29,850,959	367,962,836	51.29
1991	41,813,803	792,459,381	108.21

Año	Acometidas país	Acometidas	Inversión millones
1993	1,864,214	749,685	1,983
1994	1,937,754	73,540	195
2000	2,359,449	421,697	1,122

Esta situación tiene varias causas:

- a. Bajas dotaciones para disminuir la inversión inicial.
 - b. Empleo del agua potable, en uso de riego agrícola.
 - c. Baja educación en el uso del agua potable, incrementando así los desperdicios, pudiendo llegar a ser del orden del 50%.
2. Baja cobertura e inestabilidad, que provoca un manipuleo del agua en recipientes pequeños que la contaminan.

Esto induce a un mayor consumo de energía, en virtud de que es hervida para su ingestión. El 80% de la población hace uso de la leña y carbón como fuente de energía, presionando así a los bosques.

3. En la Rep. Dom. existen más de 100,000 cisternas, algunas mal construidas, que sirven de almacenamiento y punto de contaminación. Esto obliga a la cloración familiar.
4. La calidad del agua, al ser mala, ha ocasionado la instalación de 13 plantas industriales

de aguas embotelladas para el consumo humano. También se han incrementado las enfermedades de la piel y gran parte de las enfermedades vaginales está relacionada con la calidad del agua. Existe una dispersión en los niveles de inversión en cuanto a la calidad de agua se refiere.

El índice de la mortandad infantil relacionadas con la calidad del agua es 80 por cada mil nacidos vivos. (AMD, 1991).

5. El grado de desperdicio, el cual se estima del orden del 57% en las instalaciones domiciliarias, está relacionado con la limitada educación sanitaria de la población y con las bajas presiones e inestabilidad del sistema, afectando así el costo del servicio, y facilitando las conexiones cruzadas.
6. Los problemas de carácter técnicos como lo de catastro de redes y de usuarios, así como la ausencia de buena gerencia comercial, baja tarifa, hacen que los sistemas de acueductos sean subsidiados.
7. Falta de un sistema de operación y mantenimiento preventivo.

Esto se agrava con el acelerado crecimiento urbano, sin un plan director para infraestructura sanitaria que demanda dotaciones cada vez mayor.

La ausencia de personal calificado en los diferentes estamentos de decisión en el sector agua potable, aunado con la pobre participación de recursos calificados y experimentados del sector privado en el componente técnico gerencial, están obstaculizando el desarrollo del sector.

El fenómeno de rotación técnica y oportunidades económicas, provocan deficiencias de gran importancia en los proyectos, tanto en la fase de ingeniería, ejecución de obras, promoción social y comercialización.

El grado de la vulnerabilidad de las obras de tomas, a efectos de los huracanes es muy alto.

Agua potable en la Ciudad de Santo Domingo

Los problemas del agua en la ciudad se han agravado en los últimos 20 años a consecuencia de la limitada oferta en la cobertura, integrada por 7 sistemas de bombeos y uno de gravedad y con serios problemas de la calidad del agua.

- b. Serios problemas de desperdicios del orden del 30% del agua suministrada, por fugas en las redes de conexiones domiciliarias aspectos educacionales. (CAASD, 1989).
- c. Limitada red de distribución, altos costos operacionales, así como una gran debilidad institucional.

Estos y los problemas planteados en el caso del INAPA son también aplicados a la CAASD.

Es importante indicar, que la única Planta de Tratamiento de agua potable, es la que corresponde al agua que procede del Río Isabela, esto se explica, porque aguas arriba de la Obra de Toma, existen grandes asentamientos humanos, como el de los Alcarrizos, la Descarga de Aguas Negras y de Aguas Lluvias ue proceden de los hospitales Psiquiátricos y de Tuberculosis, así como cerca de 15 granjas avícolas, cerca de 15 vertederos de residuos sólidos. En estos ríos, se lavan algunos camiones de basura.

El agua de las fuentes superficiales, sólo recibe cloración en algunos de los casos.

Todas las obras de toma de fuentes superficiales, son altamente vulnerable, razón por la cual cuando hay lluvia se cierran las compuertas para que el agua turbia no penetre en el sistema de conducción.

El acueducto valdesia en fase de teminación, está diseñado para suministrar 6 m³/sg. y completar la oferta de agua de 8.59 m³/sg. para época de estiaje extremo, con lo que demanda de agua de 8.84 m³/sg. queda deficitaria en 0.05 m³/sg. (Ref. Almonte, 1990, Foro Urbano).

Pará el año 2020 la demanda de agua potable será de 14.76 m³/sg. con lo que se demuestra que el período de diseño del

Acueducto Valdesia ya se cumplió antes de entrar en operación.

La evaluación oficial condera que la demanda es de 8.1 m3/sg. para el 1996 y de 13.32 m3/sg. para el año 2000 considerando la oferta como la sumatoria de captaciones en época de lluvia conjuntamente con el suministro 6.3 m3/seg. de Valdesia.

Estimamos que se presentará conflicto de uso en cuanto al aprovechamiento eléctrico, riego y agua potable. El principal problema del embalse de Valdesia, es que tiene volumen de sedimento de 29.4 x 166 m3, a causa de la deforestación para la siembra de cultivos intensivos en pendientes hasta 40% en las márgenes del embalse.

Los datos puntuales de nitrógeno, CN03-0.26; 0.16mg/litro y fosfato (Ptotal=0.22; 0.22 mg/litro medidos en enero y junio 1987, son insuficientes para determinar las limitaciones de nutrientes. La apariencia del lago, indica que es mesotrópico.

Problemas existentes y tendencias

Es necesario completar la red de distribución en diámetros menores con una longitud de 400 kms. y una inversión estimada 600 millones de pesos, pues de lo contrario las zonas de más bajo ingreso de la ciudad continuarán con problemas de agua tanto en

cantidad como en calidad por el manejo en la captación domiciliaria.

La contaminación de la cuenca de la Isabela pone en peligro o aumenta el costo del tratamiento del sistema la Isabela.

La entrada en operación del acueducto Valdesia ha mejorado la calidad de vida, disminuido el consumo de agua embotellada y ahorro correspondiente, así como también ha disminuido el sistema de bombeo en las cisternas.

Sólo el 52% de la población del Distrito Nacional al 1981 contada con acometidas domiciliarias en buenas condiciones sanitarias.

3. Alcantarillados sanitarios y excretas

Hasta 1991 la población con acceso a los 16 sistemas de alcantarillados, bajo la responsabilidad del INAPA, representa de un 27% de los cuales sólo la mitad está conectada a la red de alcantarillas. Todos los sistemas cuentan con plantas de tratamientos, del tipo lagunas, facultativas, aireadas y sólo la planta del Seybo es de los dos activados.

De los 26 alcantarillados 9 están ubicados en el Cibao, 4 en Sur-Oestre y 3 en la Región Este.

El 74% de la población restante, o sea, 4.5 millones de habitantes dispone las excretas en letrinas (61%), un 1.4% práctica el fecalismo o hace uso de letrinas prestadas o alquiladas.

Tipo Servicio Sanitario INAPA. 1990

Inodora privado	17.3	28.1	4.6
Inodoro comp.	7.2	12.3	1.1
Letrina privada	39.3	26.1	5.5
Letrina comp.	22.1	28.4	14.5
Sin servicio	14.1	5.1	24.8

Las entidades del sector han abandonado el espacio de gobernabilidad, para prevenir y controlar la contaminación por aguas residuales industriales, problema que se viene agudizando en las ciudades.

Las descargas de origen domésticos e industriales y arrastres agrícolas son las principales causas de la contaminación biológica. En los Ríos Yauque del Norte, Río Yuna-Isabela-Ozama. Esta situación es causa de la gran

contaminación de las aguas subterráneas u acuíferos y del gran índice de enfermedades de origen hídrico.

Las consecuencias económicas de la precaria salud ambiental, se traduce en pérdida de rendimiento en el trabajo, aumento en los costos de la medicina, ausentismo laboral disminución a 200 millones de dólares.

La gran cantidad de letrinas, es fuente de incubación de insectos vectores de gran importancia, en la transmisión de enfermedades.

Esta gran proliferación de letrinas, y de cerca de 11% de fosas sépticas y/o pozos negros sin campo de oxidación, descargando mediante pozos perforados directamente a la capa freática son las causas principales de la contaminación de aguas subterráneas con problemas:

- a. Limitan el uso de las aguas, para fines domésticos, industriales.
- b. Fuente de enfermedades, digestivas y de la piel.
- c. Aumento del índice de morbilidad, en especial las relacionadas con la contaminación de suelos.

Esto explica que la mortandad infantil por enfermedades de origen hídrico alcance los 80 por cada 1000 niños vivos. La causa principal es la diarrea aguda producida por colibacilos, salmonelas y shiguelas que se encuentran en

las aguas contaminadas por heces fecales, aguas residuales de centros hospitalarios, industriales y hogares. Esta contaminación se extiende a los alimentos que son cocidos o lavados con estas aguas.

Alcantarillados en la ciudad de Santo Domingo

Según los resultados del censo de 1981, sólo el 30% de la población del D. N. tenía acceso al sistema de alcantarillados y la población conectada a las redes sólo era de 51.1% de los que tenían esa posibilidad. (R. D. en cifras 1985).

Hasta 1988, la red estaba constituida por más de 614,48 kms. en diámetros desde 8" hasta 36", predominando el mayado reticular. El 63% descarga sus excretas en letrinas y el 6% restante recurre al fecalismo o hace uso de las instalaciones existentes en calidad de alquiler o préstamo. Esta situación, se hace más notoria en las zonas rurales, donde el 33.6% no tiene letrinas. (R. D. en cifras 1985).

La red de alcantarillados de la ciudad, descarga en 15 puntos; teniendo como cuerpos receptores los Ríos Isabela, Ozama y el Mar Caribe.

Los principales colectores son:

1. Colector la Zurza, que además de las aguas negras de parte de la ciudad, recibe las descargas de 55 industrias.

Aguas Servidas en la R. D.

Tipo de Servicio	1988			1984			1981		
	Total País %	Urbano %	Rural %	Total %	País %	Urbano %	Total %	País %	Urbano %
C/ Inodoro	25.0	40.0	6.0	37.4	68.6	4.4	26.0	45.0	5.0
C/Letrina	61.0	55.0	69.0	55.1	28.8	83.0	56.0	47.0	86.0
S/Servicio	14.0	5.0	25.0	7.5	2.0	12.6	18.0	8.0	29.0

Fuente: Informe varios INAPA, 1989.

2. Colector María Auxiliadora.
3. Colector del Barrio Ozama, otras 10 descargas domésticas e industriales, que tienen como cuerpo receptor el Río Ozama.
4. Colector malecón, que descarga al mar, mediante un emisor submarino de 200 mts. de longitud.

Otras diez descargas de origen doméstico son vertidas directamente al mar.

Existen 4 plantas de tratamiento de aguas negras, que reciben las aguas residuales de urbanizaciones y áreas, para una población equivalente de 104,000 habitantes. (Castillo Tió, 1988).

Los principales impactos que estas descargas, han venido produciendo a lo largo de los últimos 30 años han sido:

- a. Destrucción de los manglares en las márgenes de los Ríos Isabela-Ozama.
- b. Fuentes principales de la contaminación de los Ríos Isabela-Ozama.

La descarga de la Zurza, ha presentado DBO, del orden de los 600 PPM y DQO = 11,000 PPM, produciendo abatimiento de cero oxígeno disuelto en el Río Isabela, que aunque presenta una rápida recuperación, se vuelve a abatir por efectos de otras descargas disminuyendo el uso del río como parque de diversión. (Isma, s. a., 1983).

Los sólidos sedimentables, conjuntamente con los arrastrados en las cuenca alta del Isabela, alteran el fondo del río, presentándose un acelerado azolvamiento, que en ocasiones ha demandado del dragado.

La presencia de signos anaerobiosis y de condiciones sépticas son notorias a lo largo de los 10 kms. del Río Ozama, antes de descargar al mar Caribe. Esta es la razón de los olores desagradables que afectan a todos los asentamientos humanos que se encuentran en las márgenes del Río Ozama, incluyendo las Zonas Colonial y del Malecón de la ciudad de Santo Domingo; así como las

alteraciones en los sistemas coralinos de la Costa Sur.

- c. Contaminación del Acuífero de la ciudad de Santo Domingo, por efectos de las descargas de los sépticos con filtrantes sumideros y las letrinas.
- d. Cada letrina, cuando no es sanitaria, se convierte en una fuente de reproducción de mosquitos, moscas y otros vectores agravándose, por el grado de hacinamiento en que vive 2/3 de la población de la ciudad.
- e. Pérdida de la vida silvestre en el río.

Las zonas que tienen alcantarillados sanitarios, o con acceso al mismo, corresponden a los niveles demayores ingresos, que ocupan el 60% de la superficie de la ciudad, repitiéndose los esquemas de propiedad piramidal que caracterizan la propiedad rural en la tenencia y uso del territorio urbano.

Alcantarillado Pluvial en la ciudad de Santo Domingo

La ciudad tiene un sistema de Alcantarillado Pluvial, de carácter convencional, que abarca cerca de un 25 a 30% de la superficie de la ciudad.

Dominan el sistema de pozos filtrantes y se estima que hay cerca de 18,000 a 20,000 pozos, que se ven azolvados, por efectos de los arrastres de las lluvias, a consecuencia de la no limpieza de calles, desperdicios de construcción, condiciones de precariedad de la pavimentación de las calles. (ADN, 1983).

En cada período de lluvia, las principales avenidas, se ven inundadas por la falta de drenaje pluvial, entorpeciendo las actividades del transporte, daños de las vías de comunicaciones.

4. Contaminación por efluentes industriales

Los acuíferos reciben la descarga final de las actividades agrícolas, industriales, mineras y urbanas.

El principal Río del país Yaque del Norte, se contamina más por efecto de las descargas industriales y de origen agrícola limitando aún el uso para consumo humano y en consecuencia aumentando las costas de los acueductos, aguas abajo de la ciudad de Santo Domingo, pues las fuentes tienen que ubicarse en las partes altas de las cuencas para minimizar las costas de los sistemas de tratamiento agravándose cuando estas áreas están desforestadas y por lo que hay que recurrir a las áreas subterráneas, con el peligro que presenta por no haber alcantarillado sanitario en la mayoría de los asentamientos humanos.

En la zona del Valle del Cibao es frecuente el uso de aguas negras con fines de riego.

La República Dominicana tiene 4 grandes ríos:

1. Río Isabela-Ozama:

Se encuentra en la Cuenca del Ozama y es la Cuenca donde se encuentra la ciudad de Santo Domingo la cual tiene una superficie de 2,962.5 km², el Río Ozama tiene una longitud de 95.0 kms. y confluye con el Ozama 2.0 kms antes de descargar al Mar Caribe. Los problemas de la contaminación se inician con el arrastre de las aguas residuales de granjas, desechos agrícolas, con cantidad de abonos efluentes procedentes de diferentes asentamientos humanos, zonas de cubierta de cama.

Problemas:

- a. Malos olores.
- b. Gran sedimentación en la zona de la confluencia hasta la desembocadura al Caribe.
- c. Disminución de vida de peces.
- d. Gran cantidad de material flotante, incluyendo basura de los asentamientos humanos en las márgenes.
- e. Disminución uso transporte y turístico del Río.
- f. Contaminación de las playas, indicada por la presencia de bacterias coliformes.
- g. Limita su aprovechamiento como recreación.

En ambas márgenes hay disposición de residuos sólidos que en ocasiones son arrastrados hasta el mar.

En las descargas La Zurza, se concentra los efluentes de más de 54 industrias, sin recibir ningún pretratamiento.

La legislación local establece criterios y guías para corregir la situación. La gestión del saneamiento ha emitido las exigencias en el proceso de aprobación de los estudios y proyectos.

En el 1991, se está exigiendo la instalación de sistemas de tratamiento.

La ausencia del personal técnico y gerencial provocarán situaciones que retrasaran el desarrollo de la infraestructura sanitaria.

La solución económica es la definición de un distrito de control de contaminación cuya inversión y mantenimiento sea amortizada en función de la carga contaminante de cada usuario, bajo la gestión de personal calificado y dirección de todos los usuarios del distrito.

En este aspecto es digno de reconocer que bajo la acción del decreto 226-90, el sector industrial tienen invertido 113,810,898.00 en plantas de tratamiento por temor al cierre. De aceptarse el planteamiento del Distrito de control de contaminación se aprovecha el principio de la economía de escala y abaratar así los costos del tratamiento y de la operación.

El aumento de la turbidez, que ocasiona la gran mancha en la zona de plaza de la Costa Sur en dirección Este Oeste, es causada por la erosión en la cuenca alta del Ozama, pérdida así 1.3 cm. de suelo.

Los Ríos Yaque del Norte, Haina, Higuamo, reciben mayormente contaminación más por residuos sólidos, arrastre de productos agrícolas, y carga de sólidos a consecuencia de la erosión, pues tal descarga doméstica no existe porque no hay alcantarilla.

En términos generales las acciones para el control para la descarga ha sido más de carácter político y publicitario que un programa de prevención y protección.

Entre los acuíferos que se usan como fuentes de agua potable, cabe citar el campo de pozos Los Marenos. En Santo Domingo, que se encuentran aguas abajo de plantaciones cañeras-piñas, en el que se han encontrado presencia de plaguicidas y fertilizantes. Todos los acuíferos en Santo Domingo están amena-

zados por la siembra cañera y por el crecimiento humano.

Al respecto, no existen acciones para la determinación de zonas de protección sanitarias y monitoreos que controlan la localización de vertederos y pozos filtrantes.

Contaminación de Ríos y Playas

Las condiciones de vida del entorno inmediato deteriora la calidad del ambiente, a causa de la pobreza y hacinamiento. El manejo incorrecto de los residuos sólidos en cuanto al almacenamiento y recolección diaria. la ausencia de alcantarillado provoca una contaminación de las aguas subterráneas como es el caso de Boca Chica.

Las Costas y playas que se encuentran en la cercanía de las desembocaduras de ríos,

llenan las playas de sólidos flotantes: Lila, basura y las aguas se muestran muy turbadas, fluyentes de malos olores.

La poca longitud del emisor del Río Ozama ha sido el principal obstáculo de una playa artificial para la ciudad y explotación de la infraestructura vial, servicios de hoteles y promoción de otros.

En la actividad costera de playa intervinieron instituciones como Turismo, Ayuntamiento, Inapa, Caasd, Parques Nacionales, Foresta, esto es un obstáculo para el adecuado manejo y desarrollo de las costas que aunque existe un plan de ordenamiento todas las instituciones intervienen.

La claridad en las regulaciones y en los mecanismos de aplicación estimularía la participación privada en la explotación de los recursos del paisaje.

Plantas de Tratamiento Industriales Bajo la Acción del decreto 226-90

Industria	Inversión
1. Sociedad Industrial Dominicana	10,000,000.00
2. Industrias Lavador	10,000,000.00
3. Cervecería Bohemia	16,000,000.00
4. Barceló & Co.	8,930,800.00
5. César Iglesias	11,000,000.00
6. Bon Agroindustrial	800,000.00
7. Industria de Papel Sido	200,000.00
8. Ganadería del Sur	50,000.00
9. Matadero El Corral	444,000.00
10. Matadero de Pollos Almibar	1,735,377.00
11. Matadero Los Tres Brazos	386,977.00
12. Matadero Los Hermanos Mañón	56,000.00
13. Matadero Los Mina	193,498.00
14. Agropecuaria La unión (El Torito)	1,000,000.00
15. Industrias Nacionales, C. por A.	19,052.92
16. Matadero de Carnes Popular	200,000.00
17. Matadero Tavárez	800,000.00
18. Pacino Industrial	333,633.98
19. Proteínas Nacionales (Pollo Cibao)	1,754,080.00
20. Colgate Palmolive	1,200,000.00
21. Matadero Galaxia	200,000.00
Subtotal	65,303,805.00

Santiago	Inversión
22. Hoyo de Lima Industrial	300,000.00
23. Destilería del Yaque	3,000,000.00
24. Ferretería Ochoa	400,000.00
25. Tenería Juan Bojos	10,000,000.00
26. Tenería Bermúdez	3,500,000.00
27. Núñez Industrial	3,500,000.00
Subtotal	20,700,000.00

San Cristóbal	Inversión
28. Sodocal	4,451,462.32
29. K. y Q. Dominicana de Papel	200,000.00
30. Productos del Trópico	225,000.00
31. Interquímica	2,000,000.00
32. Granja Carolina	600,000.00
Subtotal	7,477,093.00

San Pedro de Macorís	Inversión
33. La Industria Macorisana	1,300,000.00
34. Cemento Cibao	-----
Subtotal	1,300,000.00

Azua	Inversión
35. Barceló Industrial	1,500,000.00
36. La Famosa	1,200,000.00
Subtotal	2,700,000.00

Bonao	Inversión
37. Granja Porcina Sonador	100,000.00
38. Parador Los Mangos	50,000.00
39. Procesadora y Quesos Peña	50,000.00
40. Plaza Jacaranda	80,000.00
41. Vetagros Industrial	100,000.00
42. La Plaza Turística Inchipca	800,000.00
Subtotal	7,477,093.00

Higüey	Inversión
43. Ibero Star	2,500,000.00
Subtotal	2,500,000.00

Jarabacoa	Inversión
44. Hotel Pinar Dorado	50,000.00
45. Induveca	6,000,000.00
46. Cervecería Vegana	2,500,000.00
Subtotal	2,500,000.00

Moca	Inversión
47. Granja Avícola María Rosa	800,000.00
Subtotal	800,000.00

Puerto Plata	Inversión
48. Destilería Brugal	1,300,000.00
49. Matadero y Granja de Cerdos	-----
50. Productos Sosúa	2,000,000.00
Total General	113,810,898.00

Consecuencia económica de contaminación río y playa

- a. Problema para la obra de toma y planta de tratamiento.
- b. Aumento costos operación y mantenimiento proyecto terminación en caso de las plantas Itabo.
- c. Aumento de la salinidad y suelo y por consiguiente disminución de la productividad y peligro de desaparición de zona agrícola.
- d. Disminución del uso de la playa, por turistas y nacionales debido a la contaminación de residuos sólidos no agua potable y falta de alcantarillado.
- e. Destrucción habitat marino.

4. Residuos Sólidos

El servicio del aseo urbano en todo el país es altamente deficiente. Se considera que el nivel de cobertura es del orden de 40 a 50%.

Toda la disposición final, es mediante vertedero a cielo abierto.

No se vislumbra la solución a corto plazo, pues la asignación de recursos no se corresponde con las prioridades esto ha inducido a caracterizar al subsector de los residuos sólidos por lo siguiente:

1. Falta de planificación.
2. Falta de organización y de personal humano calificado. Inacción total, para superar estas limitantes.

3. Insuficientes equipos para garantizar una recolección sanitaria, que rompa el ciclo reproductivo de la mosca. El método de recolección que domina es el de acera
4. Un manejo y almacenamiento completamente inadecuado, convirtiendo cada casa en una fuente de alimentación de roedores, a consecuencia de los recipientes inapropiados.
5. Poca capacidad gerencial y tecnológica para en forma racional y económica, hacer autosuficiente el servicio de aseo, con la participación de la comunidad y aprovechando las disponibilidades del sector privado y la cooperación multilateral..
6. Bajos salarios; no hay ninguna seguridad social para los obreros a pesar de ser uno de las áreas de mayor intervención política.

Los residuos sólidos en la ciudad de Santo Domingo

La ciudad de Santo Domingo, desde 1930 siempre ha tenido el problema de los residuos sólidos, en la fase de la recolección, transporte y disposición final.

Producción de residuos

La generación medida ha sido de 0.6 kg/hab/día (valor medio) y de 0.7 - 0.5 para niveles bajos ingresos y de 0.9 a 1.2 para niveles de altos ingresos.

Para zonas comerciales se han determinado que la generación es de 1 a 2.0 kg/hab/día y densidad 0.3 ton/m³ y unidad del orden 60.70% se considera.

Cuadro 11.16

Producción de Basura en la Ciudad de Santo Domingo

Año	1990	1995	2000
Ton/Día	1485	1890	1960

Cuadro 11.17

Producción de Basura en la Ciudad de Santo Domingo

Descripción	DN	Zona Urbana	Zona
Servicio Municipal	188,123	185,853	4,777
Servicio no Municipal	4,058	2,507	1,551
Sin Servicio Recolec.	131,121	86,173	44,919
Total	323,302	272,026	51,276

Al final de 1991, la eficiencia del servicio de recolección es del orden de 40-50%.

Situación de la disposición final

Las basuras domiciliarias, son almacenadas en recipientes de tamaños, forma y

materiales diferentes, que impiden una sistematización en la recolección, facilitan el acceso a roedores, moscas y al mismo tiempo carecen de tapas, lo que permite que las lluvias aumenten su contenido de humedad, a la estética y arquitectura del paisaje ciudadano.

Los centros comerciales y basuras especiales de manejan, sin ninguna seguridad sanitaria.

Limpieza de aceras y calles

No hay limpieza de calles. El recogido manual, se realiza únicamente en el centro histórico conjuntamente con una recolección manual.

La municipalidad dispone de planos de rutas, atendiendo a la producción de basura por calles y sectores de la ciudad; pero a causa de las limitaciones en equipos, esto no se ha podido cumplir de manera estable.

La municipalidad carece de la organización, apoyo técnico-económico y gerencial, que le permita adquirir los recursos para instalar un sistema, que contemple la autosuficiencia.

La ciudad de Santo Domingo, demanda de 200 unidades de diferentes clases y tipos para dar un servicio a una población de 2.0 millones de habitantes, en una superficie de más de 200 km² y 2,000 kms de calles. Normalmente este servicio es ofrecido por 50-80 unidades recolectoras con más de 10 años de uso, adquiridos de segunda mano.

El mantenimiento de las unidades resulta deficiente, por problemas de carácter financiero. Los talleres carecen de la organización herramientas y pago adecuado al personal.

No hay manejo especial para residuos de hospitales y otros resídos tóxicos, los residuos hospitalarios y procedentes de clínicas son manejados conjuntamente con los domiciliarios, con el grave problema que esto representa, por la presencia de microorganismos patógenos.

El servicio de aseo es realizado por la Administración Municipal.

Recientemente se hizo intento por la gestión bajo contrato con el sector pivado, pero fracasó. Existen grupos que a manera individual ofrecen el servicio de recolección a empresas e industrias, supermercados, pues el servicio es completamente inestable.

El costo del servicio consume más del 50% del presupuesto, que es de 87 millones de pesos. La población sólo ha venido aportando cerca de 2.18\$/hab/año.

Disposición final

La disposición final es a cielo abierto, y cada 10 años se cambia de lugar sin ningún criterio sanitario. Este procedimiento se ha venido usando desde 1930, y consecuentemente, el nuevo destino de la basura ya no es Guaricano, sino el de Yaco, a 27 km del centro de la ciudad, en las proximidades dela carretera Duarte.

Existen diseños ejecutivos con horizontes a 15 a 20 años, de rellenos sanitarios, con recuperación de gas, y con definición de uso futuro.

Es necesario el establecimiento de la acción coordinada de las instituciones públicas, privadas, ONGs que intervienen en el subsector aseo urbano.

- Definición de instrumentos de coordinación.
- Integración de leyes-reglamentos.
- Control y seguimiento continuo.
- Investigación aplicada: con la incorporación de centros académicos.
- Formación de recursos humanos.

Estructuración de organismos que defina el marco global en el que se encuadre una política en el Distrito Nacional, que contemple aspectos como:

- La planificación situacional.
- Coherencia de las políticas ambientes del subsector aseo urbano.
- Delimitar las metas para el sector urbano y rural así como lo posible en los asentamientos humanos irregulares.
- Usos de suelo como instrumento de ordenamiento urbano.

Fortalecimiento institucional y definiciones de acciones educacionales para la integración de políticos, actores sociales, comunicando transparencia en los costos, información administrativa y técnica con el propósito de concentrar esfuerzos y lograr la autosuficiencia en base a los niveles de responsabilidad y regulaciones.

Formulación de financiamientos, tomando como criterio que la solución oportuna de la

problemática de los residuos sólidos, disminuye la pobreza y más si reusan y reciclan subproductos.

Definición operacional relativas al manejo domiciliario-comercial industrial, residuos especiales, que contemple criterios de aseo, recolección, transporte y disposición final.

5. Perspectivas

A manera de conclusión hay que definir en la R. D. una instancia que coordine los esfuerzos en el subsector salud visto con un enfoque integral. La tarea fundamental sería definir las cuestiones prioritarias y las respuestas de las autoridades para enfrentar problemas tradicionales no resueltos, tales como , abastecimiento agua, saneamiento y los residuos sólidos.

Problemas de basura cada día más acuciantes requieren de una mayor atención que permitan asignar recursos en función de la magnitud e importancia para establecer una estrategia para comunidades de menos de 10,000 habitantes, de 50,000 y más de 100,000 habitantes.

Es necesario organizar el cuerpo de leyes ambientales para incorporar el concepto de sostenibilidad en el crecimiento y desarrollo del país. En este punto la necesidad de enfrentar adecuadamente los asentamientos humanos, su rescate y reordenamiento, propiciando una política de financiamiento a una baja tasa y ampliación de los horizontes de inversión para resolver el problema de la vivienda en la R. D.

Es evidente que lo anterior por sí sólo no resuelve el problema de los servicios básicos si no está acompañado de un aumento en el poder adquisitivo de la población, reducción de la tasa de desempleo y una mejor distribución de las riquezas.

Finalmente el respeto a la institucionalidad es la base para la continuidad de los planes y programas acompañados de un cambio, de un nuevo enfoque en la acción de gobernar.

Es necesario aumentar los niveles de responsabilidad de los profesionales del país, no como buscadores de datos, sino como aportadores de soluciones. En este sentido reconocemos la excelente labor que ha venido desarrollando la OPS, que merece el respeto de la comunidad académica y profesional de la R. D.

Es indispensable incorporar en los análisis del bienestar, los niveles de cobertura, la cantidad de acometidas, la cantidad de letrinas, el grado de tratamiento de las aguas, el cloro residual en las redes de distribución, además de los indicadores de estabilidad macroeconómica, que sólo sirven para decirles a los que tienen concentrado el ingreso el momento para seguir aumentando el bienestar. Yo no entiendo cómo se puede estar mejor si la pobreza ha venido aumentando en los últimos años.

Los servicios básicos de salud tienen que ser autosuficientes; pero el modelo económico tiene que garantizar trabajo, aumento del poder adquisitivo para que entonces si, el mercado pueda ser considerado como un instrumento de salud.

XIII

El saneamiento del ambiente y la salud de la población

Plan regional de inversiones en ambiente y salud

*Ing. Luis Alberto Leal**

Introducción

Las consecuencias sociales de la crisis de la década de los ochentas han significado, en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe, un agravamiento de la desigualdad y un crecimiento demográfico. Frente a ellos la disminución del gasto en los sectores sociales durante los últimos años ha acrecentado las carencias en materia de infraestructura básica y de servicios públicos, perpetuándose con ellos la insuficiente respuesta a las necesidades esenciales de grandes sectores de la población.

El estancamiento económico que se produjo en la década de los 80 significó para América Latina y el Caribe, la imposibilidad de crecer. La Región ha experimentado, asimismo, una regresión de los niveles de ingreso promedio por habitante: A ello se ha sumado la contradicción del gasto en los sectores sociales. Mientras en las décadas de los 60 y 70 el gasto público y privado, en materia de servicios sociales había crecido a una tasa anual promedio de 5%, durante los 80 permaneció estacionario.

En varios países se observó una reducción del gasto en salud, primero en las inversiones, en la infraestructura y luego en los rubros de operación, como los salarios y suministros. Entretanto, la población seguía aumentando a un ritmo de 2.2% por año.

En la práctica, el resultado fue una compactación en términos reales de los

servicios sociales, ante una tendencia decreciente del poder adquisitivo de las grandes mayorías.

La inversión interna bruta, pública y privada, sufrió severas contradicciones durante la década de los 80, ya que pasó de tasas de contradicciones anual de 7.4% en las dos décadas pasadas, a una tasa negativa que representó una disminución de 3.2% anual en promedio.

Como parte de las medidas de estabilización y ajuste estructural durante la década de los 80, en los países de América Latina y el Caribe, los gastos totales del sector público tuvieron una tendencia a la disminución en relación al PBI, ya de por sí reducido.

Más marcada aún fue la contradicción, durante ese período de la inversión pública, que tendió a disminuir como proporción de los gastos totales del sector público, particularmente en los renglones sociales. Ello ha significado una reducción efectiva de la inversión en capital humano en la Región, durante la última década, que ha limitado la capacidad de respuesta en materia de salud y saneamiento ambiental.

Esto se ha manifestado en las limitaciones en inversiones destinadas al agua potable, al saneamiento básico y al reemplazo, mantenimiento y conversión de equipo y planta física de los servicios de salud. Asimismo, se ha traducido en la incapacidad de mantener un nivel adecuado de gastos corrientes, lo cual ha

* Consultor Internacional de la OPS/OMS en Santo Domingo.

impedido el funcionamiento normal de programas para la atención de problemas prevalentes y ha restringido el desarrollo administrativo y la capacitación de personal del sector lo que es más grave. Los recursos para la salud y la infraestructura de agua potable y saneamiento ambiental tienden a concentrarse en las grandes áreas urbanas y están disponibles para quienes tienen capacidad de pago o acceso seleccionado. Ello deja a grandes proporciones de la población rural y urbana marginal, sin cobertura.

Los recientes indicios de recuperación de la economía de la región indican que, posiblemente, la peor fase de la crisis ha pasado. Sin embargo, es poco probable que la nueva etapa de crecimiento económico sea capaz, por sí sola, de compensar el cuadro de desigualdades y carencias que la crisis acentuó.

Cuando hablamos de rezago acumulado, nos estamos refiriendo a más de 30 millones de habitantes que no tienen acceso a una agua segura en la América Latina y el Caribe; 145 millones que no disponen de sistemas sanitarios de eliminación excretas; 300 millones que contaminan los cursos de agua al arrojar sus desagües sin tratamiento previo; 100 millones que no pueden acceder a un sistema de recolección de basura; 240 millones que disponen sus basuras en condiciones de riesgo para su salud, contaminando el ambiente y, 160 millones que no tienen acceso a servicios permanentes para el cuidado directo de su salud.

Por otro lado, los sistemas y servicios de saneamiento y de salud atraviesan por una situación muy crítica. Sus infraestructuras físicas se han deteriorado por falta de mantenimiento y reposición.

Sus presupuestos de operación han sido recortados de tal manera que se han acentuado, aún más, las ineficiencias en el manejo de los escasos recursos disponibles. Predominan todavía formas de cuidado de la salud donde los preparativos absorben la casi totalidad de las asignaciones públicas y privadas. Consecuentemente los productos son de baja calidad y no siempre responden a las prioridades de los problemas. No es de extrañar, entonces, que

epidemias de cólera se hayan presentado en el continente y que aún permanezca la amenaza inminente de que se extiendan y el cólera se haga endémico.

Si los países de América Latina no atacan a tiempo y conjuntamente, los factores estructurales que condicionan estos rezagos, continuarán las altas tasas de morbilidad y mortalidad, principalmente en los niños y en los pobres; y continuarán enfermando y muriendo millones de personas por riesgos y enfermedades evitables.

El creciente deterioro de las condiciones socio-económicas y los rezagos y reducciones en materia de inversión social y de infraestructura básica, que han resultado en un aumento de las condiciones de marginación de la población y un incremento de los niveles de pobreza, han creado condiciones de alto riesgo conducentes al brote violento de epidemias como la del cólera, cuya magnitud puso en situación de emergencia a varios países.

Entre enero de 1991 y octubre de 1992, se han producido 695,000 casos de cólera, virtualmente en todos los países de América Latina, y se atribuye a esta enfermedad cerca de 5,929 defunciones en los países afectados. Debido a las mismas condiciones, a fines de la década de los 80 otras enfermedades diarreicas eran responsables por cerca de 130,000 muertes anuales de menores de 5 años en la Región.

Se ha considerado fundamental en este contexto, reafirmar la necesidad que tiene América Latina de desarrollar una estrategia que incluya intervenciones a corto y largo plazo.

En el corto plazo se requieren acciones de atención médica, información pública, vigilancia epidemiológica, reforzamiento de los laboratorios de diagnóstico y referencia, protección de alimentos, desinfección de los abastecimientos de agua potable, tratamiento de aguas servidas y eliminación apropiada de excretas.

En relación a la respuesta de largo plazo, la Organización Panamericana de la Salud ha formulado un Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, con el propósito de superar gradualmente el enorme déficit existente en materia de infraestructura en servicios de salud,

abastecimiento de agua potable, garantía de calidad del agua suministradas y saneamiento básico. Este plan se ha elaborado en consulta estrecha con los países de la Región, y el mismo identifica las inversiones que durante los próximos 12 años necesitan efectuarse en América Latina para superar el rezago acumulado por décadas, en este campo, inversiones para ser bien ejecutadas requieren de recursos humanos debidamente preparados.

Antecedentes

Como antecedentes, además de los mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS, podemos mencionar que los Mandatarios Iberoamericanos reunidos en Guadalajara, México en julio de 1991, pusieron de manifiesto la necesidad de otorgar atención creciente a la salud de la población y de desplegar mayores esfuerzos para reducir el enorme costo que representan la muerte y las enfermedades evitables en nuestros países, particularmente de los sectores más vulnerables como lo es la población infantil. En esa declaración de Guadalajara subrayaron su conciencia de los atrasos existentes en materia sanitaria y social que han determinado la existencia de alto riesgo, cuya expresión queda evidenciada en la presencia de brotes epidémicos de enfermedades diarreicas como los de cólera y fiebre tifoidea.

Los jefes de Estado, dieron su pleno respaldo en esa oportunidad a la elaboración de un Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, orientado a reducir las carencias en abastecimiento de Agua Potable, tratamiento del agua usada y saneamiento básico, como expresión concreta de su voluntad decidida de otorgar atención a los problemas de salud y preferentemente al relacionado con las enfermedades diarreicas que figuran entre las primeras causas de morbilidad y de mortalidad de la Región de las Américas. Como un dato de referencia para la subregión de Centroamérica, Panamá y República Dominicana, se tiene que cada 20 minutos muere un niño por causa de enfermedades diarreicas y es oportuno señalar la indiscutible

relación directa que existe entre la falta de servicios adecuados de agua potable y saneamiento y la mortalidad por enfermedades.

La propuesta de OPS fue bien acogida por la Segunda Conferencia Iberoamericana de jefes de Estado, llevada a cabo en 1972 en Madrid, España y varios de los mandatarios en esta Tercera Conferencia que se acaba de realizar en Bahía, Brasil explicitaron ese compromiso, especialmente de ellos con su pueblo.

En respuesta a esa preocupación de los jefes de Estado, la OPS colaboró con la formulación del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, el que se debe tomar como un marco de referencia para la definición de las inversiones que es necesario realizar durante los próximos doce años, tanto para recuperar los atrasos existentes en materia de Ambiente y Salud, como para atender las necesidades crecientes en éstos campos de una población en expansión. Para ello se hizo contactos y consultas con el BID, con el BIRF, Agencias Especializadas de Naciones Unidas y Gobiernos Nacionales.

En dicho Plan, se han cuantificado las necesidades básicas de extensión de cobertura; de rehabilitación y de readecuación de los servicios tanto de atención a las personas como de atención al ambiente. Asimismo, se ha efectuado un análisis de factibilidad técnica y financiera de las inversiones necesarias.

La propuesta estriba, fundamentalmente, en la canalización de un 70% de recursos nacionales y un 30% de fondos externos que completen un monto regional de cerca de 216 mil millones de dólares para todo el período de doce años. Ello supone una canalización a través de políticas apropiadas de recursos nacionales del 0.7% del producto interno bruto hacia las inversiones en los campos de medio ambiente y salud, así como un flujo de recursos externos de cerca de 5 mil millones de dólares por año.

Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud

Propósito: Superar el déficit existente en materia de infraestructura de servicios de

salud, abastecimiento de agua potable, garantía de calidad del agua suministrada y saneamiento básico: recuperar deterioros acumulados y mejorar condiciones de infraestructura.

Naturaleza: Estrategia Regional que sirve como instrumento de reforma sectorial.

* Marco de referencia para formulación de Planes Nacionales de Inversión y para la cooperación externa.

Es un proceso; no un programa/ presupuesto de doce años.

Intencionalidad del plan:

1. Mejorar la capacidad de los países para efectuar análisis sectoriales en Ambiente y Salud.
2. Replanteamiento de necesidades cuantitativas y cualitativas de inversiones en Ambiente y Salud.
3. Mejoramiento de la capacidad nacional de generar proyectos de inversión en ambiente y salud. Incremento cuantitativo de inversiones y transformación cualitativa de los sectores en ambiente y salud.

Las estrategias del Plan General de Inversiones en Ambiente y Salud busca producir en los próximos 12 años un cambio significativo en la realidad de ambiente y salud de América Latina y del Caribe.

Estas estrategias son:

- a) Reorientar el gasto de capital en materia de servicios de salud, agua potable y saneamiento, para los próximos 12 años (1993-2004).
- b) Definir en cada país procesos de reorganización sectorial para garantizar acceso universal a los servicios, y mejorar las condiciones de vida de la población.

Lo anterior presupone que la Región vuelva a presentar, como ya lo anticipan algunas

proyecciones, tasas positivas de crecimiento económico, que permitan viabilizar las inversiones y los respectivos gastos recurrentes.

El plan ha considerado siete intervenciones

1. Utilización de las inversiones como acciones estratégicas para las reformas sectoriales, al mismo tiempo que buscan recuperarse los rezagos existentes;
2. Rehabilitación de la infraestructura existente;
3. extensión complementaria con obras nuevas;
4. Priorización de grupos de mayor riesgo (población urbano marginal, asentamientos de pobreza extrema; población rural);
5. Fortalecimiento de la capacidad de gestión;
6. Incremento de la eficiencia operativa y
7. Reforzamiento de recursos humanos.

La propuesta se basa, fundamentalmente en la canalización de un monto de 216,700 millones de dólares para el período de 12 años en la totalidad de la Región.

Esto podría ser financiado en un 70% con recursos nacionales y un 30% con aportes de fuentes externas. Ello supondría la aplicación anual de recursos nacionales, públicos y privados equivalentes al 0.8% del producto interno bruto de la Región, hacia las inversiones de los campos de medio ambiente y salud. Nos estamos refiriendo a un nivel de inversión que ya estuvo presente en la década de los 70 pero que disminuyó considerablemente en los 80.

Asimismo, representa la canalización de recursos externos concesionales y no concesionales, por un monto alrededor de 5.000 millones de dólares al año equivalente al 0.3% del PIB regional. Esto último requiere que cuando menos el 20% de los recursos de financiamiento externo que se aplican anualmente en la Región se extiendan a inversiones en salud, agua potable, saneamiento básico y otras acciones ambientales. Estas inversiones propuestas resultan impostergables en la medida en que los rezagos sobre los cuales nos referimos anteriormente permanezcan afectando las condiciones de bienestar y calidad de vida de la población.

Con la propuesta no se trata de reproducir los sistemas vigentes, sino, lo que se intenta es

introducir en ellos los cambios cualitativos y cuantitativos que posibiliten el acceso universal a los servicios de salud y ambiente.

Estrategias de implementación

La premisa fundamental para poner en marcha el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud se basa en el compromiso y la participación de diferentes actores de los sectores salud y ambiente, así como de otros sectores, tanto en la esfera pública como en la privada a nivel nacional e internacional.

Los ámbitos de aplicación de aplicación de las estrategias antes anunciadas, serán los países de la Región de las Américas, las agencias de cooperación multilateral y los organismos bilaterales de cooperación, y la propia OPS/OMS como agencia del Sistema de Naciones Unidas que la Promueve.

Primeramente, se tratará de explicitar en cada país las directrices políticas que orienten los procesos de reformas e inversión en ambiente y salud que el plan busca apoyar. Tales directrices deberán ser coherentes con las políticas y planes nacionales de desarrollo, además de los compromisos asumidos por el país en los foros internacionales pertinentes. En algunos casos es posible que tales directrices que se hayan formulado explícitamente. En estas circunstancias, se sugerirá revisarlas para introducir los ajustes que eventualmente se requieran en el contexto de la participación del país en el Plan. En el caso de que tales directrices no existan será necesaria la concertación entre las instituciones más relevantes para las inversiones en ambiente y salud, con el propósito de establecer un conjunto de políticas que orienten la implementación del Plan de Inversiones en el país. Asimismo, será necesario que en su formulación se tomen en cuenta las expectativas de la sociedad, y su participación en la medida que se considere esencial.

Se apoyará la realización de análisis sectorial en todos los países en los primeros años de aplicación del Plan, con actualizaciones periódicas en los años siguientes. En la medida de lo posible, se aprovecharán estudios

sectoriales previamente ejecutados por los países y/o agencias especializadas externas. El análisis se deberá realizar por equipos nacionales, de preferencia multiinstitucionales, con el apoyo de los Organismos Internacionales participantes en el Plan.

A partir de las actividades anteriores será posible compilar planes nacionales pluri-anales, definiendo los problemas prioritarios en ambiente y salud, así como indicando las intervenciones que se proponen para enfocar los mismos. En el caso de que la política nacional de desarrollo no contemple la posibilidad de un plan como el que se describe, será necesario un diálogo especial con las más altas autoridades nacionales, tratando de buscar otras alternativas que permitan al país beneficiarse de la ejecución del Plan de inversiones.

El plan nacional deberá indicar los proyectos prioritarios de inversión para tratar los problemas detectados en el análisis sectorial. La cartera de proyectos que se elabore deberá manejarse de forma que garantice el acceso de las diferentes instituciones públicas y privadas interesadas en las inversiones en ambiente y salud.

La formulación de los proyectos y su negociación con fuentes nacionales y externas será otra etapa clave en la implementación del Plan en cada país. Estamos sugiriendo proyectos de dos tipos: de reorientación y desarrollo y de aumento y/o recuperación de la infraestructura física.'

Se apoyará a los países en el desarrollo metodológico y capacitación de equipos nacionales para la realización de las actividades de pre-inversión en general, particularmente los análisis sectoriales y la formulación de proyectos.

Se propone que los gobiernos de cada país participante creen una comisión para la coordinación nacional del Plan, conformada por las principales instituciones públicas y privadas que se involucran con las cuestiones de ambiente y salud; asimismo, se propone a los países la constitución de un Secretariado Técnico Administrativo de origen multi-institucional, que se encargue, sin perjuicio de las responsabilidades de las instituciones integrantes.

A nivel internacional, las estrategias propuestas plantean la creación de un fondo multilateral para el desarrollo de actividades de pre-inversión y la articulación con la cooperación técnica y financiera bilateral y multilateral.

El fondo Multilateral para el desarrollo de actividades de preinversión ya inició su proceso de constitución, con aportaciones voluntarias de los países y las instuciones multilaterales y bilaterales de cooperación técnica y financiera. Su objetivo general es el de desarrollar capacidades institucionales, técnicas y humanas para ejecutar aquellas actividades regionales y nacionales necesarias para generar los instrumentos y datos que darán soporte a los procesos de negociación de recursos de inversión. Serán beneficiados del Fondo todos los gobiernos nacionales y a través de ellos las instituciones públicas y privadas que a criterio de los gobiernos contribuyan al alcance de los objetivos del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud.

De acuerdo con las conversaciones iniciales sobre la constitución del Fondo se considera posible el siguiente esquema de contribuciones para el primer año 1993 (en US\$).

OPS	1,000.000
Brasil	700.000
España	700.000
México	700.000
Otros países latinoamericanos	900.000
Organismos financieros	
Multilaterales	2,000.000
Otros donantes	1,000.000

En el primer año se estima la siguiente distribución de recursos:

- Desarrollo
 - Institucional específico US\$ 500.000
 - Preparación de Proyectos 2,500.000
 - Estudios Sectoriales 2,000.000
 - Disseminación de información 1,000.000

Por último, quisiera señalar que esta propuesta del Plan Regional de Inversión en Ambiente y Salud y Fondo Multilateral fue aprobada en la II Cumbre Iberoamericana, celebrada en Madrid, España, en julio de 1992 y ha sido ratificada en la reciente Cumbre de Presidentes celebrada en Bahía, Brasil.

En lo que se refiere a República Dominicana, la inversión necesaria para alcanzar la meta de agua potable y saneamiento para todos en el año 2004, es de 100 millones de dólares por año y el país ha demostrado que ello es posible, ya que en los dos últimos años ha invertido en el sector más de 300 millones de dólares.

También, es pertinente informar que el Gobierno Dominicano es signatario de los Acuerdos de la Cumbre en favor de la Infancia y que ha expresado y demostrado su voluntad política de hacerlo. Que gracias a ello, el sector de Agua Potable y Saneamiento ya tiene metas establecidas y que las instituciones responsables de los Servicios de Agua y Saneamiento también cuentan con sus respectivos planes preliminares para el quinquenio y para el decenio. Pero se tiene que asegurar lo más importante: El Recurso Humano Necesario.

QUINTA PARTE

COMUNIDAD Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD

XIV

Formación Profesional y Salud Comunitaria

*Dr. Miguel Suazo**

Introducción

Quiero agradecer esta oportunidad de poder conceptualizar en voz alta el trabajo que durante largos años ha venido haciendo mucha gente. Que cargadas de buenas intenciones han trillado un camino y han reivindicado un derecho en el área de salud: la de mejorar las condiciones de vida de la población.

La comunidad fue anterior a lo que hoy entendemos como formación de recursos humanos en salud. Ha existido como ente en desarrollo que busca salidas a su realidad.

Ha sido un espacio constante que ha presionado en la sociedad civil para ser reconocida en sus diferentes estratos y situaciones y ha retado a las instancias formales, como la salud pública, la educación. Los partidos políticos, la iglesia, entre otros, para que redefinan sus prácticas y las reconozcan como marco referencial.

1.1. La Comunidad

En los años 70 se discutió bastante sobre lo ficticio de referirnos a la comunidad como un todo homogéneo, ya que en dicha definición se obviaba diferencias sociales, fundamentalmente de clases y las necesidades que de cada una de ellas se generaban. Así entonces, se refirió toda la atención en materia de participación a los sectores populares que eran los que vivían en las peores condiciones materiales de existencia.

Hablar de comunidad fue sinónimo de barrio marginado o rural y el proceso para comprenderla como hoy entendemos. Pasó desde ser el escenario pasivo que recibía programas de donaciones, alfabetización, beneficencia en general, hasta entender que debía participar de manera puntual “ayudando” a los actores principales, médicos, educadores, salud pública, universidades, en campañas de apoyo, vacunación, etc. El sujeto histórico eran quienes tenían, en última instancia, el poder que otorga el conocimiento y que en el fondo despreciaba a la comunidad por no ser generadora de un conocimiento científico, era una colaboración utilitarista la que se gestaba.

Este fenómeno no ocurría al azar, coincidía con el momento seguido a la democratización y masificación de la enseñanza universitaria que abrió puertas a que muchos jóvenes de esas comunidades visualizaran como un medio de ascenso el estudio universitario y se distanciaron de su núcleo de origen. El conocimiento y el lenguaje fueron los muros para separarlos de su propio ambiente, sin que ello los elevaran de clase como falsamente pensaron.

En este momento la comunidad vivía como expectativa el que sus hijos se hicieran profesionales para salir de la pobreza y ascender socialmente. Ya que este era el espejo de lo que anteriormente significaba ser profesional, pero que en realidad la distinción social no lo daba el título académico, sino la extracción social de los grupos élites que

* Médico. Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud Instituto Tecnológico de Santo Domingo.

durante la época de Trujillo llegaban a ser profesionales. De manera que se heredaron las formas mas no el poder económico.

El elemento comunicación y el enfrentamiento conocimiento científico vs. conocimiento popular, definían la relación del mundo académico y la comunidad como antagónicos, enfrentamiento este que se verificaba de manera primordial en el espacio de la consulta del ámbito hospitalario, donde el poder del médico despreciaba los aportes y sugerencias del paciente y establecían la distancia exigida, cosa que no pasaba en la consulta privada, dicho sea de paso.

Las políticas de salud pública en ese contexto visualizaban a la comunidad como un elemento al que había que ayudar y recibir su aporte en aspectos puntuales.

En las décadas de los 60 y 70, la Universidad con sus prácticas extramurales también ratifica la visión de que este era un escenario experimental, donde se aprendía a hacer levantamientos cartográficos, encuestas, campañas de vacunación, pero no la identificaba como el sujeto histórico del proceso salud-enfermedad. Y así debía ser, ya que el contexto histórico de esos años, como todos recordarán, situaba en la universidad las expectativas sociales del cambio revolucionario convirtiendo al movimiento estudiantil en un acontecimiento mesiánico por donde pasaba la coyuntura para ser transformada.

1.2. La organización de la Comunidad

Es importante hacer notar que mientras este proceso se verificaba, la propia comunidad se articulaba de manera espontánea alrededor de grupos religiosos, culturales y en sus propias creaciones y manifestaciones, quizás como respuesta autónoma a su imposibilidad real de ser partícipes del proceso que la universidad, los partidos políticos y otros grupos, estructuraban en nombre de ellos, pero al margen de ellos. Ahí tenemos que mencionar las comunidades eclesiales de base y su correlativo en la Teología de la Liberación, una nueva forma de entender la fe con una exigencia práctica de compromiso y opción por los

pobres desde nuevas alternativas y espacios de participación social. De igual modo, el movimiento clubístico, el rescate de las expresiones culturales, los maestros y las propuestas alternativas de educación, entre otros, empezaron a delinear una nueva definición de comunidad que se basaba en la autogestión, primero negándose a concertar con las estructuras gubernamentales y luego asociándoles para exigirles el cumplimiento de su papel.

En esta etapa llegaron a construir los primeros ejemplos de concertación entre clubes, iglesias, núcleos de amas de casa, padres de la escuela, maestros, en la formación de los comités de salud surgidos del seno mismo de la comunidad.

Aquí se inicia un fenómeno extraordinario en vía contraria, la comunidad va a la universidad a pedir su vinculación y el apoyo al proyecto popular, lo cual al conseguirse, legitimó a la comunidad como protagonista de su proceso de búsqueda. Ello abrió las puertas para que los partidos políticos también se tuvieran que adecuar a una nueva forma de hacer política en el ámbito formal, donde no tenían ya ni credibilidad ni vigencia.

1.3. Promoción de Recursos Humanos

Para mí, aquí nace una nueva etapa en la formación de recursos humanos en salud, en la presión de este movimiento por tener profesionales del área de la salud y no sólo médicos. Ello ya implicó:

- 1ro. Que se iniciara de una forma novedosa la idea del equipo de salud.
- 2do. Que a lo interno del curriculum se tuviera que reorientar el concepto de "práctica" por el de modificación de las condiciones de salud.
- 3ro. Que la comunidad fuera de cabeza de la dirección del proceso comunitario de salud, integrando a los profesionales y no lo contrario como hasta entonces había sido.

4to. Que la comunidad exigiera al mundo profesional la formación y utilización de sus recursos empíricos, que eran los que finalmente se vinculaban en alma y cuerpo al proyecto por ser los verdaderos dolientes de su drama.

Una cosa curiosa es que todavía no había ocurrido la reunión del Alma Ata, donde se declararía en principios la necesidad de ampliar la cobertura, promover la autogestión en la participación de la comunidad.

Simultáneamente ya la universidad entraba en su proceso de revisión en su misión y propósitos y surgían nuevas modalidades de gestión universitaria en el ámbito público y privado. Formado por personas bien intencionadas que viabilizaban la existencia de formulaciones curriculares más ágiles y más acordes con el contexto, permitiendo así que se cumpliera aquello de que la formación de los recursos humanos deben estar acordes con las circunstancias históricas del momento.

Los ajustes estructurales de la década de los 80, la recomposición de la geopolítica de los 90, dio más valor al proceso que se había generado y hemos descrito, ya porque la matrícula universitaria en el área de salud disminuyó considerablemente, por no ser ésta una opción atractiva económicamente, por las altas tasas de desempleo o el mal pago, pero por su parte, la comunidad estaba ahí, en su mismo lugar, con espacios reivindicados en la sociedad civil, con voz y reconocimiento, ejemplos sobran (Copadeba, Ciudad Alternativa, etc.) y esperando definir su rearticulación con la universidad.

1.4. La Universidad

El endiosamiento al médico tan bien descrito en la historia de la medicina, al vincular su arte con el de salvar y dar vida, fue transmitido por la universidad y vendido falsamente a quienes llegamos a las facultades deslumbrados por el poder del conocimiento más que por el conocimiento mismo.

El médico no era concebido como parte del equipo de salud, sino como su cabeza y punto de referencia, el resto era despectivamente denominado como paramédico, auxiliares o equipo de apoyo.

El concepto subyacente en la formación de los recursos humanos de salud estaban en consonancia con los principios filosóficos de la universidad y no con las necesidades de modificar las condiciones de vida de la población. De ahí que el hospital pasara a ser el representante de la comunidad en cuanto beneficiarios del servicio, volumen para el adiestramiento, escenario de práctica para la academia y el escenario privado, el verdadero lugar del ejercicio profesional.

La subyacente teórica de este modelo respondió a la monopolizada visión del carácter biologicista imperante. La construcción del concepto salud apenas llegaba a entender el ambiente, el saneamiento, la prevención como un todo discursivo que bañaba de un toque social a la comprensión de la insalubridad. Ello explica que la formación de recursos humanos, analizándolo desde el curriculum se centraba en un bloque de asignaturas epidemiológico. Preventivos o en ciclos del internado, que se denominaron "sociales", pero donde lo que se hacía era reproducir el esquema tradicional de servicios y que lo único que ahora cambiaba era el escenario del hospital a la comunidad pobre, urbana o rural y a veces ni eso, porque esos ciclos sociales se realizaban en el hospital mismo.

La misma década de los 70 parió otras posibilidades curriculares que quería desarrollar una conciencia crítica y de mayor compromiso en el producto de las facultades de salud. En 1973 Intec, Universidad recién nacida incluía en su curriculum una pasantía rural a mitad de carrera donde los estudiantes tenían que vivir en el área rural, desarrollando acciones en el área de la salud comunitaria. Con objetivos precisos que denominaron "pertinencia social" y que no era más que "un deseo institucional el que los estudiantes se integren a la realidad nacional y desarrollen la capacidad de aplicar creativamente sus conocimientos a la solución de los problemas dominicanos".¹ "El objetivo general de una

experiencia curricular como la pasantía en el instituto es el propiciar en el estudiante una mejor comprensión de los problemas nacionales y en última instancia, contribuir a un compromiso solidario de este con su pueblo".²

Ya la identificación de la necesidad de vincular al estudiante con la realidad desde una perspectiva de retribución social estaba abriendo una nueva orientación inserta en el curriculum mismo y no como un anexo. Lo que marcaba un determinado tipo de formación, de seguro cargado de errores, pero señalando una nueva senda en lo que era la formación de recursos humanos en salud, ya que los dirigía hacia la promoción de la comunidad y hacia la autogestión y transformación de lo que entendían eran sus problemas de salud, mientras la propia universidad estatal rescataba su internado en el contexto comunitario, dejándose permear por las agrupaciones populares denominados Comité de Salud, que empezaban a articular modelos alternativos en comunión con la gente del pueblo y sus estructuras, tal era el caso como el de los módulos de prevención en alcohol y droga en Gualey y luego los primeros pasos allí mismo, formando promotores comunitarios, juntas-universidad, ministerio de salud y comunidad.

1.5. Formación profesional y salud comunitaria

La universidad define en sus propósitos y su filosofía sus lineamientos y deseos, pero no por ello se puede lograr todo lo que los textos recogen. Por ejemplo, para referirse a la formación de recursos humanos en salud hay que tomar en cuenta variables que intervienen en dicho proceso.

Veamos:

1ro. Los docentes, los cuales tienen su propio sesgo desde el dominio específico de su área de competencia, su carga ideológica

y toda la autonomía para filtrar su cosmovisión a los estudiantes desde su cátedra, independientemente de los lineamientos institucionales.

2do. Los estudiantes, los cuales llegan con legítimas expectativas individuales y familiares de formación y ascenso a los cuales la universidad ni debe ni puede pedir que renuncie.

3ro. El propio sistema de salud que no ha contemplado en ningún momento la unificación de políticas de formación de recursos humanos en salud desde el mundo académico, un país como el nuestro tiene más de 20 universidades, más de 10 escuelas de medicina, varias de odontología, bioanálisis, repetidas maestrías y residencias médicas, lo cual es reflejo del ejercicio democrático de la libre empresa, pero a su vez de la pobreza conceptual en la comprensión de la necesidad de formar recursos para modificar las condiciones de salud de la población.

No nos sobran recursos de salud, más bien se encuentran concentrados en zonas y lugares específicos, donde se puedan autogenerar mejores condiciones de ejercicio y supervivencia, obligando así a que se fortalezca un diseño "privado" de formación de recursos y que el sector público, que es el grueso de la población, tenga que hacer uso del mismo, en desmedro de lo que podría ser el fortalecimiento.

A la par de este fenómeno debemos también reconocer la fragilidad de este proceso. Aún el recurso humano formado en las instancias formales es un ave de paso en medios sociales tan inestables como el nuestro. El personal en servicio, sea o no profesional, se ve presionado a cambiar de ocupación tan rápidamente como lo demande su situación socioeconómica, no importa la inversión hecha en su formación podrían pasar de la noche a la

2. Reglamento Académico. Pág. 44.

mañana de superespecialistas a vendedor de productos cosméticos o a ambas cosas a la vez.

Aquí es donde la comunidad juega un papel importante, dada su permanencia como ente colectivo y sujeto protagónico de la realidad. No son extraños a ellas, no necesitan de ese contexto para las superaciones individuales: no son actores transitorios, son los dolientes y propietarios de aspiraciones de modificación de sus condiciones materiales de existencia. Este es el punto clave para que universidad y el sector oficial de la salud redimensionen su papel sin querer atribuirse el control absoluto de la formación de recursos, sino más bien, partiendo de lo importante y valioso que ellos son, pero reconociendo y aceptándolos como efímeros artífices que tienen que estar llamados a renovarse y a concertar con el conocimiento popular para establecer vasos comunicantes entre este y el conocimiento científico.

Estos planteos implican lucha de poder, implican reconocer y aceptar la validez del conocimiento popular y ello es difícil, porque desde el ámbito académico, este se contrapone, se invalida, se desconoce como conocimiento, además es obvio que se descalifica también a su portador.

La comunidad tiene un mundo de significaciones y representaciones acorde con su forma de conocer el mundo, un lenguaje particular para expresar lo conocido y una

acción consecuente con ello. Aquí radica un serio problema para lograr la necesaria concertación que debe haber entre lo académico, lo oficial y lo popular.

1.6. Conclusiones

Para incidir en la modificación de la salud de la población hace falta la voluntad política más que ninguna otra cosa. Hay que sentar en la misma mesa a todos los formadores de recursos humanos en salud para legitimar sus respectivas áreas de dominio científico, impidiendo la ya señaladas duplicidades. Lo segundo es reconocer a estos recursos como piezas de un proceso, no como los protagonistas en sí, dada sus legítimas expectativas personales. Es rescatar de sus conocimientos su cuota de retribución social, y tercero, abrir el espacio a la participación comunitaria, no como sujeto pasivo, sino como el elemento articulador. Ello implica, en cierto modo, hacer un puente entre el conocimiento popular y el científico, sin desmeritarlo; todo lo contrario, interpretando desde esa forma de conocer la realidad que requiere ser transformada.

Esta manera de interpretar la dinámica de formación de recursos en salud implica una manera diferente de articular el curriculum, de concebir el perfil del egresado y de redefinir el papel de las instancias formadoras ante la salud de la comunidad.

Bibliografía

1. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) (1994). Reglamentos académicos. Santo Domingo.
2. Foro Nacional de Recursos Humanos en Salud (1991). Foro No. 1 "La Universidad y la Salud de la Población en República Dominicana". Doc. No. 2. Santo Domingo.
3. Instituto de Medicina Dominicana (1993). Medicina Tradicional 500 Años Después. Historia y Consecuencias Actuales.
4. Dra. Adelaida Oreste (1993). Proyecto de capacitación para promoción de agentes multiplicadores de promotores en la estrategia de A.P.S. Santo Domingo.
5. Dra. Isabel Rodríguez (1991). Desarrollo de políticas de recursos humanos en salud. Foro Nacional de recursos humanos en salud. Flacso-Pascap-OPS-OMS.
6. Daniel Purcallas (1992). Transformación estratégica en recursos humanos en salud. Publicación especial. San José, Costa Rica. Pascap.

XV

El IDDI, el Desarrollo y la Salud Comunitaria

*Por David Luther**

Introducción

Es claro que estamos viviendo en una época de transformaciones radicales en casi todos los sentidos. Sin darnos cuenta, una nueva civilización está emergiendo. Se evidencia el surgimiento de una verdadera conciencia colectiva mundial que está rompiendo las barreras religiosas, raciales, sexuales, sociales, políticas y económicas. Hay más participación real a todos los niveles, un sentido creciente de responsabilidad no solamente hacia nuestras acciones personales, sino también hacia el prójimo y hacia la protección de nuestros recursos naturales y de las demás formas de vida que comparten este planeta con nosotros.

Aquí en la República Dominicana también se notan cambios que aunque todavía no se han manifestado de manera sostenida ni muy articulada, si se pueden palpar y es claro que su contenido definirá el curso que nuestra sociedad correrá al entrar en el nuevo siglo que se aproxima. Muchos de nosotros que trabajamos en el campo del desarrollo, y en especial en las instituciones sin fines de lucro, estamos muy preocupados por lo que está sucediendo además de ser muy conscientes de que tenemos una responsabilidad moral y social de ayudar a crear un mundo más sano, justo y equilibrado para nuestros hijos.

El Instituto Dominicano de Desarrollo Integral (IDDI) tiene casi diez años desde que

inició sus actividades a favor del desarrollo de la población de bajos ingresos, mayormente en los asentamientos marginados de Santo Domingo. Estas comunidades sufren de toda una serie de condiciones que han creado una calidad de vida muy deficiente. Entre estas están una situación de desempleo y sub-empleo, hacinamiento y viviendas infra-humanas, escasez de agua potable y contaminación del medio ambiente, agravado por la falta de atención médica adecuada y otros.

Hasta ahora se han estado enfrentando estos problemas a través de la utilización de modelos sociales, económicos, religiosos y políticos desgastados y mal orientados que a la larga causarán más problemas de los que resuelven. Las alternativas de soluciones que hoy día se están proponiendo no son capaces de resolver los dilemas que nuestra civilización compleja presenta, sin tomar en consideración los que avecinan.

De hecho, las acciones de las ONGs (tales como el IDDI) significan solamente una gota de agua en un tremendo mar de problemas si se considera la escala de la situación que enfrentamos. Sin embargo, el modelo de desarrollo que aplicamos tiene muchas posibilidades de ser replicado masivamente, no solamente en muchas multiplicidades a pequeña escala sino también en el sentido que los principios en que este se basa puede ser utilizado a nivel macro.

Nadie niega (mucho menos nosotros mismos) que hemos experimentado altos bajos

* Director Ejecutivo del Instituto Dominicano de Desarrollo Integral (IDDI).

y que podemos aprender mucho todavía, pero sí podemos participar en el diálogo nacional aportando algunos puntos que hemos extraído de nuestras experiencias en proyectos de desarrollo comunitario. Los más sobresalientes son los siguientes:

Punto 1: Es necesario fundamentar las políticas y acciones de desarrollo en principios claros, coherentes y justos.

Todo esfuerzo, por más mínimo que sea, tiene que ser fundamentado en principios que sirvan de guía para las políticas y acciones que se tomarán. Estas se pueden llamar éticas de desarrollo y son las dos siguientes:

La Etica del Desarrollo Integral considera que el ser humano como individuo, y como miembro de una comunidad, es un ser completo y debe ser tratado como tal. Nuestras necesidades en la vida son multidimensionales e indivisibles. Entre éstas están una vida prolongada y saludable, la educación y formación humana, acceso a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente, la libertad política, la garantía de los derechos humanos, el respeto a sí mismo y una oportunidad de autorrealizar nuestro potencial como seres espirituales.

Un ejemplo concreto de la integridad inherente en la vida tiene que ver con la condición de salud de un niño. Este se puede expresar de la siguiente manera:

- La salud del niño depende de su estado nutricional.
- Que depende de los alimentos que la mamá/papá le provee.
- Que depende de la capacidad económica de la familia de comprar esa comida.

Pero a la vez, la salud de un niño depende de:

- La higiene en el hogar y su comunidad.
- Que depende de que si hay los servicios de recolección de basura, de que drenaje sanitario, agua potable, etc.
- De si hay una educación con la familia de estos factores.

- Y así sucesivamente.

Tomando este concepto en cuenta, el IDDI concentra sus esfuerzos de manera intensiva en comunidades definidas implementando actividades multi-sectoriales con el apoyo de un equipo multi-disciplinario.

El segundo principio es la Etica de Autorrealización que implica que la meta de toda experiencia humana es la autorrealización individual y el desarrollo evolucionario de la conciencia de la raza humana. Tal como nosotros mismos deseamos nuestra propia autorrealización debemos permitir que todo ser viviente se autorrealice también. Esta ética enfatiza la transformación del ser humano como su propósito central ya que entendemos que la para crear una mejor sociedad, las conciencias de sus ciudadanos que la componen tienen primero que evolucionar.

Punto 2: Promover la unificación de los sectores que componen la sociedad dominicana

La sociedad dominicana está compuesta por una serie de sectores tales como el público, empresarial, sin fines de lucro, comunitario, etc. con un rol específico que jugar y cumplir. Es necesario que cada uno conozca la parte que le toca y que dentro de la globalidad de lo que es el desarrollo de nuestro país sepan que en estos momentos de crisis no tenemos el lujo de competir ni duplicar los esfuerzos que cada uno realiza sino complementar uno al otro.

La actual situación de cambios, reflejada en crisis por la lentitud y/u oposición de algunos en dar respuestas a nuevos modelos de desarrollo, requiere y urge de una superación de los modelos hasta ahora experimentados. Las respuestas son múltiples pero deberían estar orientadas bajo una estrategia común, donde la propia estrategia que se defina incluya las diferencias de interés, métodos y prioridades.

Como parte de esta estrategia común es importante enfatizar la concertación entre los sectores que nos permite unificar acciones

dentro de la diversidad de intereses, métodos y/o prioridades. Es necesario superar el sectarismo que nos induce a creer tener respuestas por nosotros mismos, eliminar el prejuicio de lo que fue y sigue siendo la lucha de intereses y disponer de mayor voluntad para adecuarnos a la exigencia de los tiempos.

Punto 3: El rol de las ONGs en el desarrollo nacional

Es evidente que el aporte de las ONGs ha sido importante en contribuir a resolver muchos de los problemas que nos afectan y al mismo tiempo nuestras acciones son creadoras de una cultura más acorde a los cambios que se requieren en nuestra sociedad, donde la participación y responsabilidad como seres humanos son parte de la realización de las personas. Esto porque en muchos sentidos las ONGs tienen mucha estabilidad en su personal, son menos desinteresados en su filosofía y principios de acción, desperdician menos recursos, dan más seguimiento a sus actividades, conocen mejor la realidad de ese sector (y por tanto pueden responder en una forma más apropiada), poseen mucha más credibilidad que el gobierno, etc.

En sí, se pudiera considerar nuestro reto traspasar y compartir con la población participante todos los recursos técnicos, materiales, financieros y humanos, para así apoyar su real auto-desarrollo individual y colectivo. En este sentido, el IDDI fomenta la creación de mecanismos para organizar, educar y financiar a esos sectores de menos recursos de la población nacional para que se fortalezcan y asuman un rol constructivo dentro de la democracia dominicana.

Punto 4: Es necesario atender las causas de nuestros problemas y no solamente los síntomas

Siempre existen necesidades que tienen que ser resueltas de manera inmediata tales como la supervivencia-infantil. Obviamente, si un niño no sobrevive no tiene futuro. También, existen comunidades que requieren de los

servicios de infraestructura (tales como agua potable, recolección de basura y drenaje sanitario), viviendas, crédito para sus actividades de generación de empleo, etc. En estos casos es imprescindible desarrollar estrategias que enfrentan estas necesidades puntuales.

Entre las ventajas de trabajar en medidas puntuales está el hecho de que además de resolver problemas de carácter casi de emergencia, los participantes tienen algo muy específico y común alrededor del cual pueden organizarse, ganar experiencia y confianza de trabajos colectivos que luego pueden aplicar en otras actividades futuras de mayor envergadura y alcance. En este sentido las actividades puntuales pueden servir catalizadores para la concientización, movilización y organización comunitaria que luego puede ser aplicado en enfrentar objetivos a largo plazo.

Las actividades de apoyo al desarrollo de una comunidad en particular no pueden abordar solamente los síntomas de un problema sin enfrentar las causas de porqué existen esas necesidades. Por ejemplo, se construyen redes de agua potable en los barrios pero acostumbramos no cuestionar el porqué existen esos asentamientos marginados y cómo a la larga estos se pueden eliminar y/o convertir en espacios humanamente habitables.

Las causas de nuestros problemas son múltiples pero tienen su raíz básicamente en dos hechos: uno es la falta de una conciencia individual y colectiva de que somos todos parte de una gran familia que se llama la raza humana y que es nuestro deber ayudar uno al otro. La segunda causa se deriva de la primera y es que no existen los mecanismos efectivos estables y permanentes que permiten al ser humano poner en marcha las acciones necesarias para transformar nuestra sociedad.

En este sentido, es necesario balancear las acciones dirigidas a enfrentar las necesidades a corto plazo con esas que tienen como propósito la transformación de la sociedad dominicana. Uno no excluye al otro sino que se complementan. En otras palabras, es necesario enfrentar las causas de un problema y no solamente sus síntomas.

Punto 5: La salud comunitaria como catalizador de cambios

Es de conocimiento común de que las desigualdades en materia de salud provocan millones de muertes inútiles cada año. Por ejemplo, la mitad de la población mundial no ha visto nunca a un trabajador de salud capacitado, un tercio de la población no cuenta con agua potable, un cuarto de la población mundial infantil está malnutrida. Sin embargo, los dirigentes del mundo gastan 50 mil millones de dólares cada tres semanas en instrumentos de guerra, un monto que podría proveer asistencia sanitaria para todos los habitantes del mundo durante un año entero.

Actualmente, los más grandes obstáculos para el logro de la “salud para todos” no son de orden técnico, sino más bien de orden social y político. El hambre generalizada y la precariedad de la salud no se derivan de una escasez total de recursos o de una superpoblación: son más bien la consecuencia de una distribución injusta de la tierra, de los recursos, del saber y del poder; demasiadas cosas en manos de unos cuantos.

La atención primaria de la salud (descrita en la Declaración de Alma Ata en 1978) es un proceso global mediante el cual las personas trabajan de manera conjunta con el fin de mejorar integralmente la situación de sus comunidades y hacer frente a las causas fundamentales de la mala salud. Reconoce plenamente que son necesarios “Cambios básicos de la situación social y económica de la mayoría pobre” y que “esos cambios están relacionados con cuestiones de justicia social, un acceso equitativo a los recursos disponibles y una remuneración justa por el trabajo que hacen las personas”.

La atención primaria de salud va mucho más allá de las medidas preventivas o curativas. Implica superar las causas de la pobreza. Esto, a su vez, requiere una acción organizada por parte de la mayoría pobre, acción encaminada a conseguir una distribución más justa de los recursos, de las oportunidades y del poder.

Esto significa que, si se quiere que la atención primaria de salud sea eficaz, hay que

estimular a la gente para que emprenda una acción positiva en pro de su bienestar. Puede iniciarse de manera limitada, pero necesariamente evolucionará y se expandirá para englobar cada vez más factores básicos que influyan en la vida de los pueblos.

Los programas de salud que ejecutan las ONGs pueden ser catalizadores de cambios en los asentamientos marginados. La población se organiza primero alrededor de un problema específico común, gana confianza en esas labores para luego emprender acciones más amplias, sostenidas y contundentes convirtiéndose en agentes de cambio interno, no sólo para la atención de la salud, sino para despertar en la gente su potencial humano y, por último, la conciencia de los derechos humanos.

Es de consenso de que siempre que sea posible, hay que salvar la vida de los niños. Pero no basta con sobrevivir. Es imprescindible mejorar la calidad de la vida iniciando un proceso continuo en la que garantiza a la población de escasos recursos una vida sana en todos los sentidos, más llena de oportunidades donde se pueden realizar como seres humanos y así cumplir la meta por la cual estamos vivos.

Punto 6: Conclusión

En sentido general, se puede resumir este documento en los siguientes puntos:

1. La salud de un pueblo no puede verse divorciado del contexto en que vive esa población.
2. Los programas de salud primaria tienen que ser realizadas con una visión integral para tomar en cuenta no solamente los aspectos complementarios que inciden en la problemática sino también sus causas.
3. Los programas de salud primaria tienen que realizarse a partir de las necesidades y realidad de la población meta. Entre éstas están el derecho a una vida prolongada y saludable, la educación y formación humana, acceso a los recursos necesarios para tener

- un nivel de vida decente, la libertad política, la garantía de los derechos humanos, el respeto a sí mismo y una oportunidad de autorealizar nuestro potencial como seres espirituales.
4. La salud primaria puede ser un catalizador de cambios en las actitudes y acciones de la población participante provocando la concientización, movilización y organización comunitaria que luego puede ser aplicado en enfrentar objetivos a largo plazo.
 5. La salud primaria es la responsabilidad de todos, no solamente de los trabajadores en salud. En ese sentido, todos tenemos que aportar nuestro granito de arena ayudando a crear una conciencia de que en momentos de crisis, como la actual, no tenemos el lujo de competir ni duplicar los esfuerzos que cada uno realiza sino complementar uno al otro.
 6. Las ONGs tienen un rol importante que jugar en el desarrollo nacional. En la salud primaria se están haciendo aportes contundentes no solamente en cuanto a la conceptualización de lo que es la salud primaria sino también en relación a su ejecución y sostenibilidad.
 7. El IDDI entiende que vivimos en una sociedad en transición y que es el deber de todo ser humano hacer aportes constructivos y desinteresados si es que queremos dejar un mundo sano y justo a nuestros hijos y nietos. Es claro ya que los modelos de desarrollo actuales no han sido capaces de resolver los problemas que hoy nos inundan. Eventualmente, una redefinición de nuestras prioridades nos favorecerá a todos entendiendo que no es que el fin justifica los medios, sino que los dos son uno mismo.

XVI

Salud y participación comunitaria

*Dr. Onofre Rojas**

1. El sistema dominicano de salud y la participación comunitaria

1.1. Me parece que la primera cuestión a definir es el propio concepto de participación comunitaria. Cuando hablamos de participación de la comunidad nos referimos a la acción de colaboración que prestan los moradores de un barrio, de una sección o de un paraje para la construcción de una determinada obra.

Estamos pensando en la mano de obra "comunitaria" gratis para la construcción de un pequeño acueducto, en la integración de voluntarios para una jornada de vacunación, en la limpieza, canalización y encanche de una zanja teniendo como estímulo los alimentos del PMS; o además de lo ya señalado estamos pensando en otras cosas.

Cuando hablo de participación comunitaria estoy pensando en un concepto mucho más integral que implica no sólo la participación en la fase de ejecución de obras comunitarias, sino que también los diferentes actores comunitarios tienen que tomar parte en la generación de las decisiones, en la planificación de las acciones, pero también en la evaluación y el control.

Pero esta dinámica de la participación comunitaria no puede ser limitada a los sectores que habitan los barrios marginales de las grandes ciudades, o los parajes

rurales más apartados y dispersos. Esa es la concepción de la participación comunitaria que se corresponde con el manejo tradicional de la estrategia de Atención Primaria en Salud, que tradicionalmente ha sido vista como atención en el primer nivel de atención y en las zonas rurales dispersas; es lo que Mario Testa ha definido como Atención Primitiva, antes que atención primaria.

La participación comunitaria debe ser vista más en el sentido de la activa participación de los diferentes sectores sociales. Y en ese sentido se debe pensar más en la idea de la participación social.

De tal suerte que no piense en que participación comunitaria simplemente la integración de los sectores más empobrecidos de una determinada unidad geográfica y poblacional como fuerza de trabajo voluntaria, sino que se entiende la participación de los diferentes actores y representantes sociales en el proceso de toma de decisiones y de construcción de alternativas a los problemas más acuciantes de la propia comunidad.

1.2. Un punto que me parece fundamental al momento de discutir toda la cuestión de la participación comunitaria es la dinámica descentralización versus centralización. En medio de la realidad organizacional del sistema de salud dominicano es muy difícil, por no decir imposible, abordar la cuestión

* Médico Salubrista. Catedrático de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) e Investigador del Centro de Investigación y Promoción Social (CIPROS).

de la participación comunitaria, sin fijar claramente las transformaciones necesarias en la organización del Estado dominicano a fin de que la participación pueda concretarse en una verdadera y significativa realidad y no en un mito que solamente aparece en las grandes declaraciones y en los manuales de los organismos de cooperación técnica internacional y en el discurso de las ONGs.

En muchos países, pero en el nuestro de manera especial, se ha pretendido entrar en la moda de la descentralización delegando responsabilidades y atribuciones en mecanismos jerárquicos menores, pero sin que estos cuenten con los recursos necesarios para cumplir con las nuevas funciones.

La descentralización no debe ser vista como un mecanismo de repartición de la crisis, sino como una estrategia que permite potencializar los recursos, obtener mejores resultados y ampliar el horizonte de la democracia en la República Dominicana.

Este planteo conduce a un escenario nacional, que aparentemente es de gran aceptación: me refiero a toda la cuestión de las reformas, y especialmente las que tienen que ver con el orden político. De tal manera que las organizaciones sociales y la sociedad civil en su conjunto puedan tener canales adecuados de expresión real e institucional.

Al respecto deben plantearse todo un conjunto de cuestionamientos alrededor del actual sistema de representación en el orden congresional y municipal, así como en los relativo a las gobernaciones provinciales.

No pretendemos, en lo absoluto, adentrarnos en consideraciones particulares, pero lo que es definitivamente cierto es que se requiere de una transformación profunda de las formas de representación, las cuales deben expresarse de manera muy concreta en el sector salud, y más específicamente a través de los planteamientos que se han venido realizando

alrededor de los llamados sistemas provinciales de salud (SPSO o sistemas áreas de salud (SAS) como llaman otros.

La realidad es que se requiere de canales de expresión que permitan que la participación social en salud deje de ser un mero discurso y se convierta en una realidad necesaria a la transformación del sistema de salud actual, el cual no responde a las necesidades, a los problemas y las expectativas de salud de una población que requiere de mayor atención.

1.3. La participación y el sistema de salud

La problemática y los obstáculos que se encuentran en la participación comunitaria en relación al sistema de salud, es una problemática más amplia que puede ser referida a la cuestión de la organización del estado dominicano.

Tal y como señalamos anteriormente en relación a la descentralización en salud, en que es muy difícil verla al margen de la descentralización política en un sentido más amplio. Los obstáculos que encontramos en el sector salud son parte de los obstáculos que plantea al desarrollo de la participación un sistema que se ha caracterizado por ser más paternal que autogestionario, de ser más centralizado que descentralizado, de ser más individual que colectivo.

Es por ello que en el sector salud nos encontramos con los dos obstáculos, que a mi juicio son las murallas de contención más poderosas que se erigen en contra de la democracia y la participación.

Me refiero al **autoritarismo** ancestral que ha caracterizado nuestra historia y la **corrupción** que hoy prevalece, pero que también proviene de bastante tiempo atrás.

Es por esta razón que reformas fundamentales que se requieren en el sector no pueden ser hechas al margen de reformas más generales en la sociedad y en su sistema político.

1.4. Otro obstáculo importante a la participación es la desarticulación del sistema de salud,

lo que hace que incluso no exista un sistema como tal, sino un sector parcelado en subsectores que actúan autónomamente; no en una lógica de descentralización y de búsqueda de mayor eficacia y eficiencia, sino como un mecanismo anárquico que cada día más nuestra obsolescencia e incapacidad para responder a las necesidades de salud de la población.

La desarticulación del sistema y la incorporación intrasectorial se constituyen en un importante obstáculo a la participación comunitaria. No existen poblaciones de referencia claramente establecidas y por tanto aparecen importantes acciones duplicadas sin una clara responsabilidad del subsector y por tanto eso se constituye en confusión para los roles de diferentes actores.

Si no existe una coordinación y una articulación intrasectorial, la situación se presenta difícil en el ámbito intersectorial. Es en la coordinación y conjugación de esfuerzos entre los sectores en donde cobra mayor fuerza y eficacia la acción de la participación comunitaria.

1.5. El esquema de organización del SECTOR SALUD en República Dominicana es esencialmente biomédico, lo que se traduce en que las prácticas en salud son principalmente de tipo curativas, y por tanto su campo de acción esencial es el paciente, visto como individuo, y no la acción comunitaria.

Por tanto ese es un obstáculo fundamental para la participación, puesto que es en el terreno de las prácticas curativas en donde menos capacidad de participación tienen las colectividades, en la medida en que los sistemas biomedializados fundamentan su quehacer en el ejercicio y el poder individual del médico sobre el paciente.

Aunque de manera creciente cobran vigencia las acciones en el campo de la prevención y la promoción de la salud las labores de atención médica siguen constituyendo las de mayor importancia en

la República Dominicana. En donde este planteamiento cobra su pleno valor es cuando nos adentramos en la financiación de la salud y la inversión destinada a los diferentes renglones. La SESPAS y el IDSS asignan la mayor parte de su presupuesto a las actividades de atención médica directa.

Aunque la participación de la comunidad en las acciones de atención médica son menos importantes, pero esto no quiere decir que no sea posible y que sean carentes de valor. En muchos modelos se han experimentado formas de participación sumamente interesantes, a través de comités hospitalarios, patronatos, etc. En el caso de la República Dominicana la experiencia más importante son los comités de salud de las clínicas rurales.

Estas entidades pueden coadyuvar enormemente a que la propia atención médica responda más adecuadamente a las necesidades de atención de las propias comunidades y no a los intereses particulares del equipo de salud.

1.6. Cuando señalamos que la experiencia de la participación en el sistema de atención médica de la República Dominicana está circunscrita a las clínicas rurales, esto se debe a que la atención primaria en el país ha sido conceptualizada y puesta en práctica con el sinónimo de salud rural.

De tal manera que en la realidad ha existido una confusión que identifica la atención primaria en salud, como la atención en el primer nivel, pero limitada aún más al medio rural. El eje esencial de toda la estrategia de atención primaria en salud es el que se refiere a la participación de la comunidad en la resolución de los principales problemas de salud que afectan a los diferentes grupos poblacionales.

Al ser limitada la estrategia a un primer nivel de atención y en las zonas rurales, esto ha traído como consecuencia que la APS sea vista como atención rudimentaria, primitiva y carente por tanto de "cientificidad".

Y es que debemos puntualizar que en general no ha existido una verdadera voluntad política y un compromiso de los sucesivos gobiernos de asumir a plenitud la estrategia de APS que desde finales de la década de los 70 fue aprobada como la fórmula más adecuada para alcanzar las metas de salud para todos en el año 2000. Esas metas y esa estrategia es mucho más amplia y compleja que la tensión de las clínicas rurales y que la instalación de un sistema de promotores de salud. Las metas de acceso universal a los servicios de salud, inmunización para un 100% de los menores de 5 años y de las embarazadas, atención y cuidado al 100% de las embarazadas, agua potable para el 100% de la población constituyen metas sociales que requieren de acciones de mayor envergadura y de una clara orientación.

La estrategia de atención primaria implica descentralización implica intersectorialidad y por tanto concertación de recursos, implica participación real. La atención primaria no es simplemente la atención que se brinda en una clínica rural. Ese es un simple eslabón dentro de una cadena mucho más larga, que no se limita a la atención en el medio rural, sino que la atención primaria también es urbana. Es una estrategia que no se limita al primer nivel de atención, sino que también puede ubicarse en otros niveles del sistema de servicios de salud.

Al mismo tiempo que la APS es una estrategia fundamentada esencialmente en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. Por tanto, tiene un alcance mucho más amplio que el que se desprende de las acciones de atención médica y en donde es crucial la acción consciente de la comunidad en la búsqueda de alternativas reales y viables a los problemas de salud de la colectividad.

- 1.7. En el país se están abordando todo un conjunto de propuestas relativas al sector salud, las cuales merecen ser comentadas, aún sea de manera muy rápida, para

observar que cada una de ellas plantea la cuestión de la participación.

La primera de esas propuestas es la que elaboró la Comisión Nacional de Salud creada por decreto presidencial en agosto de 1991 con la finalidad de hacer una propuesta a la presidencia de la República sobre las reformas necesarias en el Sistema Público de Servicios de Salud. Dicha comisión concluyó su informe en octubre del mismo año y puede ser considerado este como uno de los documentos más importantes y valiosos de la historia de la salud pública de la República Dominicana. En dicho informe uno de los planteamientos centrales es la crítica a la pobre utilización de la estrategia de atención primaria en salud y su recuperación negativa en los resultados nacionales con respecto a indicadores fundamentales en los que el país pudiese tener una mejoría más significativa.

Como consecuencia de lo anterior es que se hace el planteo de recuperar la APS como estrategia válida y que permitiría obtener avances significativos en el bienestar colectivo. Como parte de dicha propuesta ya se contempla la necesidad de impulsar los llamados sistemas provinciales de salud como una alternativa a probar para el desarrollo de la salud pública en la República Dominicana.

De igual modo la Comisión Nacional de Salud hace un conjunto de propuestas que buscan una estrecha coordinación intra e intersectorial, así como propuestas muy claras que se orientan hacia la descentralización del poder en el sector. De manera que como propuesta de una comisión oficial, en la que además del ministro de salud, el director del IDSS, el director de los servicios de salud de las F.F.A.A. y el sector privado; también participaron los sectores de las principales universidades del país, la Asociación Médica Dominicana y una comisión de técnicos nacionales e internacionales. Es importante que en un documento de esa naturaleza se hayan plasmado elementos que contribuyen al

proceso de descentralización y de participación.

La otra gran propuesta es la conocida como el PROYECTO DE MODERNIZACION DEL SECTOR SALUD, la cual se elaboró a instancia de la SESPAS y con el apoyo del PNUD con la finalidad de seguir los lineamientos ya trazados por la comisión nacional de salud y hacer una propuesta mucho más operativa en relación a los cambios que se requieren en el sector salud en República Dominicana.

En los acápite de ORGANIZACION DEL SECTOR y en el de ATENCION A LAS PERSONAS es que en el PROYECTO DE MODERNIZACION DEL SECTOR SALUD se hacen referencias más claras a la descentralización y participación comunitaria. Estas propuestas llegan a un nivel de concreción al que no podían llegar las de la comisión nacional de salud, ya que no era ese su objeto de trabajo.

Pienso que también es un paso de avance, que por lo menos en el plano de las propuestas, se recojan los puntos de vista relativos a la necesidad de la participación comunitaria y la descentralización como aspectos importantes para las necesarias e impostergables reformas que requiere el sector salud en la República Dominicana. Otra propuesta que está sobre el tapete, y aunque desconozco su contenido, son las propuestas de reformas a la seguridad social. Sería necesario conocer de sus alcances, así como las propuestas específicas que se realizan para lo que sería la participación de los trabajadores en un marco de propuestas como las señaladas.

Finalmente, quisiera destacar que se encuentra en marcha la elaboración de una propuesta para lo que sería un plan nacional de alimentación y nutrición, en la que de alguna manera, ya se aborda la necesidad de participación de diferentes actores, tanto en la elaboración, como la puesta en marcha de medidas tendentes a considerar la seguridad alimentaria a nivel local. Esta es una propuesta que está en construcción y que sería necesario esperar

los resultados finales del grupo de trabajo, así como las propuestas de los diferentes actores vinculados a la problemática alimentaria y nutricional.

2. Formación profesional y salud comunitaria

2.1. Lo primero sería partir de un hecho cierto, y es que la formación de los profesionales en salud responde a las necesidades del sistema en que se forman los recursos humanos en salud (RHS). De tal manera que contrario a los que muchos piensan el sistema de salud ejerce una acción de determinación sobre los recursos humanos, y estos a su vez ejercen una acción de condicionamiento sobre dicho sistema. Esa relación se expresaría como se ve en el siguiente diagrama.



2.2. Como ya hemos señalado el sistema de salud del país responde a un modelo biomédico y por tanto la formación de profesionales del sector responde, en su esencia a ese modelo. De ahí que se presente una contradicción permanente entre el discurso de avanzada de la universidad y su realidad práctica en materia de formación de recursos humanos.

2.3. En general comparto los criterios de Miguel Suazo con relación al concepto de comunidad. De acuerdo también en que la masificación de la enseñanza y la esperanza de adquirir un título para el cambio de status social era un simple espejo, ya que era la extracción social de la élites lo que daba el status y no precisamente el título. Sin embargo, es necesario apuntar que el incremento de las matrículas universitarias produjo un incremento en la oferta de profesionales, lo que a su vez se traduce en una desvalorización de la fuerza de trabajo en salud.

2.4. Me parece muy acertada la crítica al modelo universitario que consideró las llamadas actividades extramurales como mecanismos de promoción de la participación comunitaria. Estas acciones de “extensión” o “extramurales” evidencian el reconocimiento de la propia Universidad de que ella está dividida de la comunidad por un muro o que necesita extenderse hacia los sectores populares.

2.5. Me parece muy importante el planteamiento relacionado con que las comunidades han buscado sus propias formas de organización y como parte de ese juicio destaca la participación de las comunidades eclesiales de base en la forjación de esas formas organizativas. Sin embargo, es preciso agregar que se han producido múltiples distorsiones por parte de partidos, de ONGs e incluso de las propias iglesias con respecto al desarrollo autónomo de organizaciones comunitarias. En algunos casos esto se ha manifestado por el interés de controlar la dirección de un determinado movimiento o mediante la pérdida de identidad por parte de líderes comunitarios, los cuales muchas veces pasan de formar parte del cuerpo de las ONGs y en vez que líderes

comunitarios son asalariados de estas organizaciones.

2.6. No me siento tan convencido en relación a los cambios que Miguel Suazo considera que expresan “una nueva etapa en la formación de recursos humanos” y que se expresaría en:

Forma novedosa del equipo de salud.

- Que la comunidad sería la cabeza del proceso.

- Reorientación curricular. 2.7.

- Formación y utilización de recursos humanos empíricos.

2.7. Formación profesional y salud comunitaria. La situación del propio personal docente es una de las problemáticas y obstáculos más importantes. La calidad profesional se deteriora de manera creciente, debido entre otras cosas a la incapacidad de las universidades para competir con otros sectores que proporcionan mejores oportunidades al personal calificado.

Me detengo en estos comentarios y paso a exponer algunos criterios que hemos definido para la acción de los recursos humanos en salud en el marco de un sistema provincial de salud.

SEXTA PARTE

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD

XVII

Principales problemas y retos para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica en el país, la perspectiva de los niveles locales

*Dr. Fernando Rojas**

Tanto el Dr. Mateo como el Dr. Rodríguez, comenzaron a hacer diagnósticos sobre los principales problemas para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica. Lo único que haremos nosotros es continuar esos apuntes que ellos correctamente emitieron en esta presentación.

Recuerdo en estos dos años, algunas experiencias locales como fue la epidemia de fiebre tifoidea y otra de dengue hemorrágico. Recuerdo en una de las tareas, con la de fiebre tifoidea que me juntaba con un periodista en la noche de uno de los días de mucho boom publicitario y le preguntaba: ¿qué es lo que va a salir mañana en el periódico? y él muy jocosamente contestó “el muerto número diez (10). Digo; “Déjame correr rápido porque todavía no le he podido yo detectar”. Y realmente la prensa en muchas de estas cosas, ha tenido mucho resorte y muchas formas de como recoger y manejar la información.

Sin embargo, cuando uno mira las cosas con un proceso mucho más amplio, a lo largo del tiempo, siente satisfacción con algunos roles y papeles que ha ido tomando la epidemiología. Yo diría que toda esta preocupación sobre fiebre tifoidea y salmonelosis, que fue un objeto donde nosotros estuvimos trabajando con interés, lo que sí permitió descubrir era el problema de la calidad de agua que recibía la población dominicana y hoy podríamos decir que el gobierno dominicano está invirtiendo 300 millones de dólares en los últimos dos (2) años,

para mejorar el abastecimiento de agua potable de la República Dominicana y ahí ha contribuido la epidemiología, la prensa, etc.

Quizá con la nueva tarea que uno está observando, la ve en los barrios marginales como la zurza y todos estos barrios donde comienza a observarse el problema del hacinamiento, los grandes deterioros de calidad de vida que está teniendo esta población, la preocupación sobre estas condiciones de vida está permeando toda la población dominicana y creo que todos los que estamos trabajando en salud pública y en epidemiología, estamos dando aportes importantes en ese sentido.

Para aquella reunión de noviembre de '91, se identificaron una serie de elementos: un aspecto era la pobreza organizacional del sistema de vigilancia actual, el formulario de notificación de enfermedades específicas, el EPI-1, es el único instrumento con el cual se hacía la vigilancia en la mayoría de los niveles locales. Este formulario, la mayoría de las veces está tardíamente elaborado y en base a registros de morbilidad, que en muchas de las ocasiones no tiene adecuada sustentación diagnóstica. No se establecen redes locales y en las actuales condiciones para la vigilancia de enfermedades específicas, la dificultad de captar información de instituciones de salud que no son dependientes de SESPAS, limita la capacidad de conocer oportunamente qué ocurre en el comportamiento de una enfermedad determinada. Muchas veces, y vuelvo a rescatar

* Médico, epidemiólogo. Director Comisión Técnica Reforma de Salud.

mis experiencias de trabajo en estos últimos dos (2) años, sólo a través de las notificaciones que teníamos, y de los EPI-1 de la SESPAS, no podíamos ir conociendo el comportamiento de las enfermedades problema en un momento determinado.

Otro aspecto que se citó era la no identificación de los principales componentes de un sistema de vigilancia. No se han establecido en los niveles locales, los componentes mínimos para un sistema de vigilancia. Aunque se conoce cuáles pueden ser los componentes importantes, no se pone énfasis en que éstos se desarrollen adecuadamente en los servicios. Concretamente los aspectos de estadística de la mortalidad y otras estadísticas vitales, no son objeto de atención en este momento en los niveles locales.

También se relataba como un tercer elemento identificado, la no integración de los laboratorios a los programas de vigilancia de enfermedades específicas. Muy típico todo este aspecto de los antígenos febriles como diagnóstico para tifoidea, la ausencia de los laboratorios de bacteriología, lo que ha hecho generar una demanda cada vez más fuerte de que los laboratorios de bacteriología se desarrollen en la mayoría de los servicios de salud o por menos que existan adecuados niveles de referencia.

Un cuarto elemento planteado, era la no integración de otros sectores a la vigilancia, comenzando con otros sub-sectores como el IDSS, el privado, las ONGs, también hay que resaltar el interés creciente de la Asociación Médica Dominicana de participar en la construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica nacional. En aquella sesión de trabajo hace años y medio, se resaltaba que la formación del recurso humano, limitaba el desarrollo del sistema nacional de vigilancia. La organización de la atención médica de salud, así como también la propia formación del recurso humano, actuaban como limitantes importantes, en el desarrollo del sistema nacional de vigilancia. En otras palabras, el médico no estaba preparado para apoyar estos sistemas.

En esta apretada síntesis diagnóstica se planteaba también la desvinculación del

epidemiólogo del hospital de otros espacios de acción. La tradición de un hospital que no sale de sus muros, también se transmite al epidemiólogo del hospital que no mira y observa sobre la necesidad de incorporar otros componentes a los sistemas de vigilancia que pudiera desarrollarse en la institución.

Se resaltaba, que los programas verticales poseen una vigilancia de mayor calidad, mientras que la unidad central de vigilancia de la SESPAS, permanecía sin un adecuado nivel de desarrollo, aunque el Dr. Mateo ha planteado algunos avances importantes, uno sigue observando que por ejemplo, los elementos de retroalimentación como son los boletines epidemiológicos, no suelen ser presentados con adecuada oportunidad y hasta cierto punto están reflejando la pobreza de un sistema de vigilancia. La prensa a veces actúa con criterios más ágiles, lo que debe ser propio al departamento de epidemiología.

Se resaltaba en aquella ocasión, el cambio permanente de las autoridades centrales debilitando el apoyo de la vigilancia. En países como el nuestro donde existe gran debilidad institucional, los sistemas de vigilancia no se desarrollan de manera adecuada. En los últimos 25 años, el promedio de duración de un Ministro de Salud es de un (1) año, salvo contadas excepciones. Estas situaciones antes mencionadas, producen que se vaya siempre detrás de los problemas, muy excepcionalmente se actúa con sentido de oportunidad y el epidemiólogo llega después que el problema existe. No evita el fuego sino que trata de apagarlo.

Los epidemiólogos, se planteaba, tienen baja motivación para su trabajo y se dedican casi exclusivamente a administrar programas de control y no realizan vigilancia. Realmente, hay que considerar que en la mayoría de las provincias lo que tenemos son administradores de salud, que están muy inmersos en la gerencia de programas y escasamente motivados para desarrollar adecuados sistemas de vigilancia.

No se cuenta, también se decía, con voluntad política para el desarrollo de una vigilancia de carácter nacional, por tanto no se asigna recursos para ello.

En un sistema de salud donde la preponderancia de los clínicos es determinante, se

quiere pensar distintamente cómo desarrollaremos el liderazgo de la epidemiología como ciencia que pueda contribuir decididamente a mejorar el sistema de salud.

Hay necesidad de integrar la vigilancia al sistema local de salud. Un sistema de vigilancia epidemiológica debe responder a necesidades locales, de ninguna manera responder a necesidades de un nivel central como la SESPAS, o en el caso que ahora plantea la AMD, responder a un nivel central de La Asociación Médica sino básicamente responder a lo que está requiriendo ese propio nivel local. En ese momento, también se planteaba que debía responder, o sea, debía estar integrado un sistema de vigilancia, a un sistema local de salud. Se consideró necesario también, ir eliminando las dificultades que confronta el epidemiólogo del hospital, induciendo los criterios de evaluación de desempeño que los superiores poseen de su trabajo; ya que sólo se considera trabajo del epidemiólogo a su verdadera tarea. Esto quizás haciendo referencia a la tarea de un epidemiólogo concreto, o sea, que muchas veces terminaba manejando programas de tuberculosis, programas de control de tuberculosis o de cualquier otra enfermedad específica.

Por último se resaltaba, que el Laboratorio Nacional, que está encargado de apoyar a este

sistema de vigilancia de enfermedades específicas, carecía de recursos económicos para brindar un servicio eficiente.

Cuando nosotros revisamos esto, pensamos si realmente la mayoría de estos problemas discutidos hace año y medio, quizás no sean problemas de año y medio, sino problemas de mucho tiempo atrás, quizás los desafíos, los retos que tiene la epidemiología, de poder desarrollar un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica. Yo los centraría básicamente en el planteamiento de desarrollar ese liderazgo de la salud pública, ese liderazgo de la epidemiología dentro de los sistemas de salud, de forma tal que se reconozca la contribución importante que ellos puedan hacer al desarrollo del sistema de salud. Pienso que ese podría ser el elemento vital y en definitiva, la necesidad de adecuar la formación de nuestro recurso humano en salud y en epidemiología, para que pueda cumplir y asumir ese reto.

Esa sería mi contribución inicial, y dejaría más que nada a que podamos retomar entre todos lo que han sido esos problemas de la vigilancia epidemiológica que fueron discutidos quizás con muchos de los que están aquí, y que se retomen para seguir identificando los nuevos desafíos y retos de la epidemiología dominicana para el futuro.

XVIII

Avances y limitaciones del desarrollo de la capacidad de análisis de la situación de salud y condiciones de vida para la planificación y toma de decisiones de las intervenciones del sector salud

*Dra. Fátima Guerrero**

Se me ha solicitado que aborde en este foro los avances y limitaciones para el desarrollo de la capacidad de análisis de la situación de salud como una base de apoyo a la planificación y toma de decisiones de las intervenciones en el sector salud. Pienso que este es un reto, y a la vez una oportunidad de contribuir a generar un conjunto de interrogantes que nos muevan a la reflexión sobre la problemática del quehacer epidemiológico en nuestro país y que contribuyan a la búsqueda de más alternativas a su orientación.

Es difícil hablar de las perspectivas de desarrollo de un área de la Epidemiología sin tocar, aunque de manera tangencial, la historia de la práctica epidemiológica y el papel que los propios salubristas han venido jugando en su conformación. Intentaré por tanto iniciar esta ponencia haciendo un breve recuerdo histórico (aunque incompleto por ahora), de la conformación de las unidades de la Epidemiología en el país y su desarrollo; posteriormente intentaré resumir algunas de las diferentes propuestas metodológicas para el estudio de la situación de salud de la población y por último me referiré a los avances y limitaciones para el análisis de la situación de salud como apoyo a los procesos de planificación de salud.

El desarrollo histórico de la Epidemiología en la República Dominicana es en cierta medida semejante, salvo algunos pequeños desfases

temporales, al de América Latina y otras islas del Caribe. En todos estos países, la influencia de las potencias centrales, especialmente, de los Estados Unidos de América, fue decisiva en la orientación de una práctica, así como en la conformación de los servicios de Salud Pública y Epidemiología.

La Unidad de Epidemiología de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), describe brevemente en uno de los documentos del "Seminario Usos y Perspectivas de la Epidemiología", algunos rasgos definitorios de la práctica epidemiológica en América Latina en el siglo XX. Veamos: ... "En los inicios de este siglo, la práctica epidemiológica en América Latina y el Caribe se orientó fundamentalmente a reforzar las actividades de cuarentena de ciertas enfermedades, con la meta de organizar su notificación internacional y tener así un mayor control y limpieza de los puertos por donde se exportaban materias primas y llegaban mercancías. En esta época, la Epidemiología y la salud pública centraban sus actividades en la cuarentena, la implantación del reglamento sanitario internacional y la vigilancia, y que coincide con la radicación de capitales en los países para el desarrollo de los cultivos de caña de azúcar, café, algodón, banano y otros.

Durante la primera parte del siglo XX, los servicios de salud de América Latina, concentraron su práctica epidemiológica en la

* Médico, epidemiólogo.

organización de luchas y campañas aisladas unas de otras, más o menos bien organizadas, como de la viruela, malaria, fiebre amarilla, peste, tuberculosis, y otras enfermedades, generalmente tropicales, emergentes. República Dominicana no siguió a ese modelo.

Después de la Segunda Guerra Mundial, muchos países de la región fueron planteando tímidamente una nueva práctica epidemiológica que se inició esencialmente como un movimiento universitario, en frecuente y estrecha relación con la Medicina Clínica. En esta época surgieron en el continente los departamentos de Medicina Preventiva y Social de las Facultades de Medicina, donde la práctica de la Epidemiología adquiere una dimensión desconocida hasta entonces, y en los que se intenta dar una explicación del fenómeno salud-enfermedad basándose en la distribución de las enfermedades. En la República Dominicana, sin embargo, los departamentos de Medicina Preventiva surgen posteriormente, en la década de lo sesenta. En la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), específicamente del Departamento de Medicina Preventiva fue producto de los cambios organizacionales que acompañaron la transformación curricular que ejecutó el Movimiento Renovador de la revuelta de Abril de 1965.

A pesar de que desde 1955 los Centros de Control de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, impulsaron un sistema de vigilancia epidemiológica basado en la recolección sistemática de datos relacionados con la presencia de una enfermedad específica, el análisis e interpretación de la misma y la distribución de la información procesada y resumida a las personas que tenían como función actuar, no es sino a partir de la década de los 60's que en América Latina se comienza a hablar con insistencia de los sistemas de vigilancia epidemiológica, impartiendo dinamismo a la tradicional notificación de enfermedades transmisibles.

El seminario sobre Vigilancia Epidemiológica celebrado en Brasil en la década de los 60's, contribuyen a propiciar el desarrollo de estos sistemas en algunos países, los cuales para esa época eran altamente centralizados.

Sin embargo, estos sistemas de vigilancia, que se centraron en los niveles centrales de los ministerios, se limitaron al desarrollo de la capacidad de detección de brotes epidémicos, y al monitoreo de los programas de control en el mejor de los casos, en República Dominicana.

Aunque la División de Epidemiología fue creada en nuestro país alrededor de la década de los 50's, la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, se llega a formar en 1981 con bastante rezago en relación a otros países de América Latina, y a diferencia de algunos de ellos con ausencia de una infraestructura de apoyo que permitía mínimamente el desarrollo de la vigilancia de enfermedades. De esta manera, la carencia de apoyo oficial al desarrollo de la vigilancia epidemiológica se reflejó en la incapacidad de los servicios de dar respuestas rápidas a los problemas puntuales que ocurrían en el territorio nacional.

Ya para esa época, finales de los 70's, cuando estaban en boga esos sistemas de vigilancia que detectaba muy tempranamente brotes, retroalimentaban, etc., etc., en Venezuela ya tenían unidades de computador, tenían un cierto desarrollo de lo que era vigilancia epidemiológica, incluso daban cursos en esa área, y muchos otros países, aún cuando siempre se cuestionaba que en ninguno de los países de América Latina la vigilancia epidemiológica como tal funcionó muy adecuadamente, comparada con República Dominicana, podíamos decir que aquí no había una voluntad política de intentar desarrollar ni siquiera la vigilancia a nivel central.

Lo que quiero aclarar y puntualizar, es que el momento en que ya se crea una unidad de vigilancia epidemiológica en República Dominicana, ya otras ideas mucho más avanzadas estaban surgiendo en algunos países de Latinoamérica como vamos a ver más adelante; y precisamente ya en 1982, se hace un taller de vigilancia epidemiológica, aquí en el país recuerdo que fue en abril de 1982 en el cual, participaron del Dr. Breilh que está aquí presente, el Dr. Pedro Castellanos, el Dr. Arturo Romero, y donde los grupos de trabajo insistieron en la vigilancia de grupos, estamos hablando de 1982, estamos en el 1993, y en ese

tiempo se reportó en la relatoría del taller la necesidad de comenzar a hacer vigilancia de grupos más que de enfermedades. Aquí no se llegó a desarrollar la vigilancia de enfermedades, diría que una de las razones fue que no había un apoyo en los años 70's.

Además lo que es la visión vertical de lo que es el sistema de salud, pues, también la propia tecnología a veces fuerza a que se desarrollen diversos tipos de modalidades, entonces, la tecnología en ese tiempo la que más abundaba era la tecnología del "Mainframe" y casi nadie podía tener acceso a un computador, entonces lo que se veía era la visión de computadoras que se concentraba a niveles centrales. En esos países habían equipos, no era una persona sino varias personas encargadas del área de vigilancia, existía una infraestructura, existían recursos, existían teléfonos directos, y eso en la división de epidemiología hasta hace pocos años ni siquiera existía, es decir, y es importante que esto quede claro porque realmente no desarrollamos ni siquiera lo que fue la vigilancia de enfermedades, son los momentos en los cuales en otros países se hizo el intento, insisto, en la parte de vigilancia, porque realmente, la práctica en el área epidemiológica, además que ha estado concentrado en enfermedades, ha estado concentrado más que todo, en lo que es el uso de la epidemiología como disciplina diagnóstica de la Salud Pública, más que aprovechar toda la riqueza de la epidemiología para contribuir a mejorar la situación de salud, la calidad de vida de la población. La mayoría de los salubristas entendemos que hacemos epidemiología porque estamos dirigiendo programas y lo que estamos haciendo es gerencia de programas más que nada y eso es un problema que pienso que debemos debatir, porque estamos deformando un poco. No estamos diciendo que no sea importante la gerencia de programas, yo pienso que es sumamente importante, pero es importante que estemos claros también, qué tipo de práctica es la que estamos desarrollando, si la práctica que estamos realizando es práctica epidemiológica o si es una práctica para desarrollar elementos de gestión, que son muy importantes para la optimización de los servicios de salud.

Hay una serie de propuestas de análisis de situación de salud, o de estudio de la situación de salud desde otra perspectiva, me van a permitir que yo les lea algo:

Los avances en el conocimiento epidemiológico, así como los aportes de las distintas escuelas del pensamiento en salud, que se produjeron en la década pasada en América Latina, han servido de base para el cuestionamiento de una práctica que a lo largo de los años ha estado centrada en las enfermedades.

El cuestionamiento a la utilización de la morbilidad y la mortalidad como punto de partida al estudio de la problemática de salud de la población, se hizo más evidente en la década de los 70's. Surge entonces, el enfoque de la salud-enfermedad como proceso y propuestas de abordaje al estudio de este proceso que parte del análisis de clase o de grupos sociales. Cabe destacar los aportes que sobre el abordaje al estudio del proceso salud-enfermedad y sus determinaciones han hecho Laurell, Franco y Breilh, entre otros; este último, con la introducción de la noción de perfil epidemiológico y su explicación del proceso de reproducción social como categoría de análisis, permite sistematizar el estudio de los condicionantes directos de la calidad de vida de la colectividad, de sus clases sociales o de sus grupos.

La necesidad de desarrollar nuevas estrategias y nuevos abordajes para el estudio de la situación de salud de los diferentes grupos, se han concretizado en varias líneas, dentro de las cuales caben destacar:

1. La propuesta del programa de análisis de la situación de salud y sus tendencias de la OPS, que parte de un proceso de estatificación de la población, con base en unidades especiales pequeñas, coincidentes con las unidades de registro y del censo, las cuales puedan ser reagrupadas en estratos en función de variables. Se considera que en la medida en que dichas variables expresan condiciones de vida, los estratos se corresponderán con poblaciones cuya homogeneidad interna relativa será mayor que la existente entre estratos.

2. El CEAS, de Ecuador, ha estado ensayando una metodología en la cual se estratifica al país en zonas homogéneas, partiendo de las diferencias climáticas, de las formas predominantes de desarrollo de la estructura económica y según la concentración urbana. Así se elabora una matriz que combina los tres criterios de regionalización del país. Reconoce también la necesidad de incorporar la categoría reproducción social, modalidades de trabajo-consumo, reproducción de las formas de organización social, y de las relaciones sociales predominantes, y las ideas de prácticas distintivas de los grupos sociales.
3. Otras propuestas, como la vigilancia de sitios centinelas, se han estado ensayando en Centroamérica y México. Esta metodología, según los autores, permite efectuar la medición de los problemas de salud más frecuentes y, al mismo tiempo, apoyar el proceso descentralizado de planificación. Plantea, en este sentido, ciclos breves de recopilación de tres categorías de datos de impacto, cobertura, costos, sobre algunos problemas prioritarios de salud.

Las distintas líneas de abordaje citadas, además de otras que se están trabajando en estos momentos, intentan apoyar los procesos de planificación de las intervenciones en salud desde diferentes perspectivas. Las más avanzadas intentan estudiar la generación de salud con visión totalizadora, las condiciones de vida de la población y en consecuencia, sus patrones de salud-enfermedad.

Es decir, que yo traté más o menos de resumir, quizás de una manera un poco reduccionista, algunos de los principales trabajos que se han estado haciendo en relación al abordaje del estudio de la situación de salud, partiendo de la perspectiva de los grupos de estudio, de grupos sociales o de clases sociales y si partiendo de las condiciones de vida, identificando las variaciones que se van dando en la población en función de eso.

Entonces, los aportes conceptuales y metodológicos que desde la Salud Pública y

básicamente desde Epidemiología, se han producido en América Latina en las últimas décadas, representan un avance en diferentes grupos, que conforman nuestras sociedades. Sin embargo, la adopción de cualquiera de estas metodologías representa un desafío para los servicios de salud y para los epidemiólogos, especialmente en nuestro país.

En un intento de propiciar la discusión del grupo aquí reunido intentaré destacar, sin ser exhaustiva, algunas experiencias que en nuestro país se han limitado en el mejor de los casos a dar respuestas parciales frente a los problemas puntuales, que se han presentado en las poblaciones, como por ej., medidas de control frente a brotes. Se debería continuar la búsqueda conceptual sobre nuevas formas de pensar la salud, y sobre todo la Salud Pública. Es decir, algo de lo que planteaba anteriormente de que había problemas de tipo conceptual y metodológico, yo pienso que nosotros tendríamos que hacernos un cuestionamiento, una crítica, buscar los condicionantes a este tipo de respuestas que estamos dando los epidemiólogos. Pienso también, que en la medida que tomemos conciencia y cuestionemos una práctica que nosotros hemos estado desarrollando iremos avanzando.

Es perentoria la reorientación del Sistema de Información en Salud, de manera que deje de ser un fin en sí mismo y se oriente a satisfacer las necesidades de información de cada nivel de la estructura de servicios, es decir, que se produzca la información, pertinente para la toma de decisiones, no es límite a la resolución de los problemas de salud de las poblaciones, entendidos en sentido amplio.

Se debe rescatar y desarrollar la capacidad de análisis de los equipos de salud locales y yo sugiero mediante programas de educación permanente y de capacitación en servicio. Pienso que se debe trabajar hacia la cohesión de grupos de trabajo, equipos de trabajo, alrededor de lo que será el estudio de la situación de salud de pequeños grupos a nivel de sus áreas de responsabilidad, es una forma también de ir creciendo en Epidemiología, de ir actualizándonos y de ir realmente comenzando a desarrollar una práctica íntima.

Otro punto, es el desarrollo a nivel central, nosotros planteamos que la visión de Vigilancia Epidemiológica, debería trascender hacia lo que sería la vigilancia de la salud, es decir, que ya sería un concepto mucho más amplio y que realmente las nuevas concepciones sobre lo que es la Salud Pública, sobre lo que es la salud, van en esa dirección. El hecho de que comience ya a nivel central lo que es vigilancia de la salud, y que pueda asumir lo que es el estudio de la situación de salud de grupos de servicios, no quiere decir tampoco que se decide lo que es la vigilancia de enfermedades pero que no nos limitemos sólo a hacer una mala vigilancia de enfermedades.

Igualmente lo que es la evaluación del impacto de las intervenciones de salud que realmente nunca lo analizamos y que esa área también tuviera que facilitar a lo que es el apoyo en los niveles locales, es decir, hay una propuesta que anda en camino, un proyecto que ha sido atacado por algunos grupos, pero que yo pienso que es bueno para sacar a discusión una serie de cosas donde precisamente el planteamiento es ese, porque la primera pregunta que nos tendríamos que hacer es si estamos haciendo Epidemiología, o si hemos hecho Epidemiología, si nuestra práctica se corresponde con lo que es la Epidemiología? y a partir de ahí entonces pensar si se corresponde, si es muy limitada o no, y si no se corresponde, entonces plantearnos cómo comenzar a desarrollar una práctica epidemiológica. Como aquí no hay un desarrollo de todo lo que son las nuevas corrientes de pensamiento en el área de salud, indiscutiblemente vamos a tener limitaciones pero si no comenzamos a trabajar no nos vamos a desarrollar, si no trabajamos en Epidemiología no nos vamos a desarrollar en Epidemiología, es decir, nos vamos a desarrollar en otras áreas y haciendo trabajos importantes pero no en el área de Epidemiología.

Y por último, planteamos que se deben establecer mecanismos para la promoción y el apoyo desde el nivel central en la ejecución de investigaciones que permitan aproximarse al estudio de salud de los diferentes grupos así como el desarrollo de nuevas metodologías para el abordaje de los problemas de salud.

Yo he tratado de no ser muy exhaustiva, proque pienso que lo más importante es que se genere la discusión en el foro, pero quisiera destacar los puntos centrales que yo planteo para fines de debate o de que me "tiren piedras" o lo que sea. Si, yo planteo que tendríamos que partir de lo que es el cuestionamiento a nuestra práctica, si nos fuéramos a analizar en qué momento nos quedamos en lo que es el desarrollo histórico de la Epidemiología, yo pienso que nos quedamos bastante atrás. En este sentido lo que expuse anteriormente con relación a la vigilancia de enfermedades, me permite concluir que estamos sumamente rezagados, entonces el reto sería dedicar todas nuestras energías a comenzar a desarrollar la vigilancia de enfermedades únicamente, o partimos de comenzar y una visión sobre lo que es la vigilancia de la salud y comenzar a enfocar desde una perspectiva distinta, esta debería ser nuestra meta.

Otros cuestionamientos tendrán que ver con las posibilidades de desarrollo del análisis de situación de salud de los niveles locales, todas las propuestas que sirven y se plantean como táctica operacional para "salud para todos del año 2,000". Que entiendan todos cual es el apoyo para los procesos de desconcentración y descentralización; lo que es la participación social; todo lo que es la incorporación del salubrista a estos cambios, ¿En qué medida estamos nosotros siendo capaces de organizar un trabajo con organizaciones populares y apoyar esas organizaciones?

Tanto para la vigilancia, como para el estudio de una serie de fenómenos que ocurren en una comunidad, estos serían los puntos sobre los cuales debemos reflexionar. Por otro lado lo que tendría que ver con el cambio de las funciones del Departamento de Epidemiología. Yo planteaba, estando en epidemiología que no estábamos haciendo epidemiología y cuestionaba con relación a las organizaciones, que mientras nosotros tuviéramos a nuestro cargo el dirigir un programa de control, estos nos iban a ahogar. Siempre se me dijo que no, que eso no era así, yo planteaba que deberían trabajarse y desarrollarse áreas dentro de lo que son las

líneas fundamentales de la epidemiología en el departamento, siempre se consideró que no, pero yo veo a cuatro años de haber salido de la SESPAS, que nada ha cambiado. Entonces realmente yo considero que la propia unidad epidemiológica necesita reorganizarse y reestructurarse para que no se dirija a simplemente a todo lo que es la dirección de

programas de control, sino que se orienten hacia lo que es evaluación de impacto de epidemiología, estudio de análisis de situación de salud, que se oriente a lo que realmente son los aportes que podemos dar desde la perspectiva de la epidemiología hacia todas las otras disciplinas.

SEPTIMA PARTE

**ECONOMIA CAMPESINA, MEDIO AMBIENTE
Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

XIX

El campesino dominicano: cultura, ambiente y salud

Pedro Juan del Rosario*
Américo Badillo**

Introducción

El presente documento es una recopilación de algunos planteamientos aparecidos en diferentes trabajos realizados en el CEUR/PUCMM (algunos publicados en distintos medios), junto con nuevas reflexiones acerca del espacio rural dominicano. De hecho, el conjunto de ideas que aquí aparecen es el resultado de la experiencia interdisciplinaria de varios años del equipo de profesionales que laboran dentro del Programa de Estudios Rurales del CEUR. A todos ellos también se debe la autoría de este documento.

La complejidad de los fenómenos rurales, en tanto queremos aprehender la relación entre la dinámica natural y la dinámica social, nos ha conducido a un proceso de investigación-acción en distintas comunidades rurales cercanas a la ciudad de Santiago. Este trabajo nos ha permitido confrontar, reevaluar, repensar muchas de las ideas que han surgido en la experiencia mencionada. Nuestro objetivo fundamental ha sido valorar, junto con las comu-

nidades, las limitaciones y potencialidades para lograr un proceso de transformación de dichas comunidades.

En este sentido, las ideas presentes en este documento continúan abiertas a la reflexión. Ellas tienen el propósito de suscitar nuevas ideas que permitan construir una nueva racionalidad, a través de la concreción de estrategias alternativas, para el desarrollo sustentable de las comunidades rurales dominicanas.

“La construcción de una racionalidad ambiental, su realización, es la concreción de una utopía. Sin embargo, ésta no es la materialización de principios abstractos, sino que emerge como un proyecto social de respuesta a otra racionalidad que ha tenido su período histórico de construcción, de tecnologización, de legitimación” (Leff, 1993).

1. Crítica a algunos enfoques

En general, una gran parte de los enfoques que tratan sobre la cuestión del medio ambiente¹ cae en el error de considerar la

* Economista. Director del Centro de Estudios Urbanos y Rurales (CEUR) de la Pontificia Universidad Católica y Maestra (PUCMM), Santiago.

** Educador. Profesor de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

1. Con relación al concepto de “medio ambiente” podemos encontrar varias definiciones que aunque guardan estrechas conexiones tienen diferentes niveles de especificación. Por ejemplo, el Diccionario Rioduero de Ecología, dentro de una postura ecologista, dice que “el medio ambiente constituye el marco, animado o inanimado, en el que se desarrolla la vida de un organismo. Esta conforma el medio en que vive y, a su vez, es conformado por él”. La Conferencia de Estocolmo asume un concepto de mayor especificación: “el conjunto de elementos físicos, químicos, biológicos y de factores sociales capaces de causar efectos directos o indirectos, a corto o largo plazo, sobre los seres vivos y las actividades humanas”. Tratando de rebasar la postura ecologista y proponiendo como centro de análisis de los problemas ambientales las formas de organización social, Sánchez y Guiza (1989), en su Glosario de Términos sobre Medio Ambiente, plantean que el ambiente es “el conjunto de condiciones externas (físicas, biológicas y sociales) que influyen sobre el hombre y que emanan fundamentalmente de las relaciones sociales”. Como se notará, nuestro concepto de medio ambiente reflejará esta última definición.

dinámica de la naturaleza sin ninguna relación con la dinámica social. Aún aceptando las legalidades propias de cada una de estas dinámicas, la omisión de lo social en el análisis tiende a crear una visión puramente tecnocrática y física o simplemente preciosista de los procesos relacionados con el medio ambiente tal y como se concretizan en un territorio determinado (Blaikie, 1985).

La visión predominante sobre los problemas ambientales se asemeja a esa concepción de la historia considerada “como la enconada lucha entre barbarie y civilización... Los bárbaros siempre eran los otros, por supuesto. Desprovistos de esquemas racionales de interpretación y comportamiento, producían atraso, violencia y destrucción. La civilización, ligada a la racionalidad del saber científico y al comportamiento adecuado, representa la paz y el progreso de los pueblos” (Cela, 1994). Este tipo de la maniqueísmo moderno aparece también en la visión dicotomizada de lo urbano y lo rural; una visión de una sociedad dual cuya racionalización de lo moderno y lo tradicional les asocia características que impide la comprensión y la acción adecuada en la realidad rural:

Sociedad Dual

Moderno	Tradicional
Urbano	Rural
Industria	Agricultura
Dinámico	Atrasado
Ciencia	Ignorancia
Democrático	Autoritario
Progreso	Pobreza
Futuro	Pasado

Este mismo enfoque expresa por tanto una concepción de la sociedad en la cual el campesino aparece como obstáculo cuya desaparición es conveniente para alcanzar la “modernización” y, como resultado, el desarrollo rural. Al campesino se le atribuye la culpabilidad de la degradación ambiental en las áreas rurales como consecuencia de su “falta de conciencia y de educación”. Lo mismo ocurre con los pobres de la ciudad: ellos son

los que contaminan la ciudad. Como dice Cela (ibid.). “Son los pobres los nuevos bárbaros... Estos nuevos bárbaros terminan como los chivos expiatorios que cargan con los pecados ecológicos del mundo. Y se propone detener su acción mediante leyes y acciones represivas: expulsarlos de las zonas reforestables, de las orillas de los ríos y océanos y de todo lugar valorizable”.

Así, la ideología dirigente continúa fabricando sus mitos de que el “campesino es enemigo del árbol”, sobreexagerando así el denominado “gran poder devastador” de la agricultura conuquera. En realidad, el campesino ha sido víctima que ha tenido que utilizar las tierras “que le han dejado” o “a las que lo han expulsado”, antes de decidirse a emigrar definitivamente del campo. Es inadecuado buscar culpables sin analizar las verdaderas causas sociales que generan y mantienen la degradación ambiental (Yunén, 1986).

Una vertiente importante de esta visión errada es el denominando “enfoque tecnográfico” (Blaikie [1985] hace una análisis crítico a este enfoque) que sitúa los problemas del medio ambiente rural como el resultado del conflicto entre el crecimiento de la población y la producción de alimentos, como si ambos fenómenos estuvieran determinados por mecanismos separados. A partir de ahí, surge la tecnología como un “Deux ex machina” que soluciona tanto la pobreza del campo como insuficiencia en la producción alimentaria y la degradación del medio ambiente.

Siguiendo a Murdoch (1983), creemos que el rápido crecimiento demográfico y la oferta inadecuada de alimentos tienen un origen común y participan de una misma explicación: la “pobreza estructural” de la población rural. Esta pobreza es el resultado de un proceso de “desarrollo” mal dirigido, de la distribución desigual del poder político y económico, de la estructura de la tenencia de la tierra, de los términos de intercambio desfavorables tanto entre países como dentro de los mismos; en fin, de un uso de la tierra que crea y recrea las condiciones para el mantenimiento de la “pobreza estructural en el aspecto rural.

Pero también hay enfoques que se sitúan en el polo opuesto a la visión planteada anteriormente, donde los pobres aparecen en un tipo de relación paradisíaca, idílica, con la naturaleza. Aquí, la tecnología la “civilización”, el afán de lucro, y el derroche de consumo son los culpables de la degradación ambiental. “Se trata de defender la Naturaleza del avance de la tecnología y de volver a las prácticas tradicionales de relación con el medio ambiente. Esta vuelta a la “sabiduría ancestral”, aparece como la varita mágica de toda relación con el ambiente” (Cela, 1994).

Si bien la tecnología y la vida moderna están detrás de muchos fenómenos relacionados con la degradación ambiental, y por tanto con la pérdida de calidad de vida humana, no menos cierto es que también éstas han sido componentes fundamentales en la mejoría del ambiente y la calidad de vida.

En consecuencia, una verdadera gestión ambiental, es decir, crear y recrear un proceso de mejoría de la calidad de vida de los hombres y mujeres del campo, no puede ser resultado de una concepción que pone a estos grupos en función del ambiente; pero tampoco puede ser el resultado de una visión que pretende alcanzar el desarrollo soslayando la búsqueda de un ambiente sano y una mayor armonía con él. Esto nos conduce a la búsqueda de una comprensión de la vida rural, y particularmente de lo que llamamos “la vida campesina”. El reconocimiento de los hombres y mujeres del campo como sujetos de la gestión de su ambiente

supone también adentrarse en las prácticas de esa colectividad; es decir, en la cultura campesina.

2. La cultura campesina

El modo de aproximarnos a lo cultural en nuestras experiencias de trabajo en el campo era de corte metodológico deductivo.² Concebía la cultura como resultado, como estructura derivada o refleja. En ese sentido, partía de lo campesino como lo ya constituido.³ Dicho esquema remitía, por necesidad, a un pasado, a un período de constitución y emergencia de dicha cultura que perduraba como estructura de valores, normas, costumbres y tradiciones en el presente, y que era transmitida, permanecía intacta o fragmentada, con mayor o menor vigor, y capacidad de reproducción, según el grado de autonomía y las posibilidades y potencialidad de sustentabilidad de los sistemas campesinos de producción. A fin de cuentas, quedaba implícita la certidumbre de que la cultura campesina tenía un pasado y la sospecha de que carecía de perspectivas y horizontes de futuro.⁴

La alternativa, en ese esquema, es conservar, preservar lo campesino, o ser transformado, descampesinarse. Aparentemente algo que existió en el pasado dejó o que está dejando de existir: entonces se trata de buscar y recuperar las raíces o resignarse a la pérdida de “identidad”, que, por otro lado, el prejuicio populista o folklorista es renuente a reconocer

2. “Llamamos deductivistas a quienes definen a las culturas populares desde lo general a lo particular, según los rasgos que les habrían sido impuestos: por el modo de producción, el imperialismo, la clase dominantes, los aparatos ideológicos o los medios masivos” Néstor García Canclini. 1988. “Cultura y poder: ¿dónde está la investigación?”. SIGNOS no. 36, julio dic., Cuba, p. 77). En nuestro caso el énfasis estaba en la correspondencia entre cultura y régimen de producción: aquella era manifestación o reflejo de ésta sin reparar en la imbricación y en los condicionamientos mutuos.

3. El análisis suponía, en el fondo, que existía o debía existir una diversidad de expresiones culturales, desde prácticas productivas hasta visiones de mundo, “puras” en el mejor de los casos, que de algún modo estaban expuestas a ser contagiadas, adulteradas, etc. por los efectos de la relación con lo urbano.

4. Esto así, en la medida en que el régimen de producción campesino había sido ‘subsumido’ por las relaciones capitalistas, la cultura contagiada por la urbana o derrotado el campesinado, de manera decisiva como clase social. ¿Lo ‘cultural’ es, en esta perspectiva, expresión, producción y transmisión que tiene lugar al interior de una colectividad entendida como unidad discreta.

en lo "urbano". Algunos, en su intento, por otra parte valioso, de preservar, rescatar, pues la intención se expresa en esos términos, se esmeran por recoger, acumular, coleccionar objetos, tales como muelles, instrumentos de trabajo, utensilios, canciones, cantos, oraciones, décimas, poesías, bailes o recuerdos. Parecería que lo que queda son remanentes de una cultura. Más importante aún, suelen confundir la cultura con los productos culturales.

Según Jorge Cela (1984), al hablar de cultura nos referimos a estructuras prácticas de interpretación y representación. "Son modelos de comportamiento, guías de orientación para la acción del hombre y la mujer sobre su mundo, modelos de interpretación de la relación con su medio. Los objetos y los comportamientos son el resultado de la acción humana guiada por esos modelos: son sus objetivaciones". Cela añade: "Son estructuras prácticas de un sujeto colectivo cuya dinámica interna y modalidad de articulación con otros sujetos las mantiene en constante transformación como forma de relación con el mundo. Una cultura oprimida nace de las condiciones objetivas de dominación de un sujeto colectivo. Su comprensión supone el estudio de estas condiciones. Pero al mismo tiempo revela la respuesta de este sujeto, no puramente mecánica, sino creativa (subjetiva), expresión y afirmación de su identidad frente al miedo que lo niega. Será expresión de su condición de objeto en cuanto dominado, pero también de su libertad en cuanto sujeto irrenunciable de su historia" (Ibid). Lo campesino expresa también la trama de sus experiencias como clase oprimida, de sus modos de percepción y sentido de sus luchas contra la opresión.

Resaltamos los elementos de lo reseñado. Llamamos cultura a prácticas sociales, a maneras de comportarnos, de orientar el actuar, de entender, interpretar el modo de relacionarnos con los otros hombres y mujeres y con la naturaleza así como al sentido, al significado, a la valoración de dichas relaciones y comportamientos. Incluye tanto las prácticas como el modo de interpretar dichas prácticas. En ese sentido es cultura el modo como se

organiza y desarrolla el proceso de producción, pues en esa actividad está expresada y presente, un modelo de relación entre los hombres y mujeres que participan en ese proceso y modelo de relación con la naturaleza. El proceso de trabajo campesino, como expresión cultural, es distinto del modelo cultural "trabajo" que predomina en la agro-empresa capitalista. Estos modelos culturales están presentes y operan tanto en el modo como se define y organiza la propiedad como en la manera como responden y se sitúan existencial y valorativamente ante la muerte: la Vela y la Junta son parte de un mismo tramado cultural campesino.

Es importante distinguir entre cultura y producto cultural. Uno es la expresión objetiva de la otra. Un macuto es producto cultural: si es campesino o no depende del modo como fue hecho, tanto de los componentes materiales que fueron empleados en la actividad, cuanto de los conocimientos, destrezas y finalidad de la producción y del producto, de la manera de ordenar la producción y la relación entre productores así como de la relación que guarda dicho objeto con otras prácticas productivas y simbólicas de dicho colectivo. Un macuto puede o no ser un producto cultural campesino dependiendo de las redes de relaciones y de las orientaciones de las que es resultado. Por otro lado, un "colín", producido en EU o en Alemania, es parte de la producción y la cultura campesina. Como señala García Canclini (1989): "Lo popular no puede designar para nosotros un conjunto de objetos (artesanías, bailes folklóricos) sino una posición y una acción.(...) Ningún objeto tiene garantizado eternamente su carácter popular porque haya sido producido por el pueblo; el sentido y el valor populares se van conquistando en las relaciones sociales. Es el uso y no el origen, la posición y la capacidad de suscitar actos o representaciones populares, lo que confiere esta identidad". En este sentido, es posible hablar de modos y procesos de producción (y de apropiación) cultural.

El análisis de la cultura privilegia el análisis del trabajo como relación fundante a partir de la cual nace la estructura cultural (Cela, 1984). En la cultura campesina esa relación se articula

en torno al vínculo familia-tierra:⁵ a. fuerza de trabajo familiar; b. producción orientada hacia el bienestar de la familia, no hacia la acumulación; c. producción diversa, que cumple con múltiples finalidades -alimentos para el consumo propio, productos para el mercado, plantas medicinales y/o de uso religioso, producción para la fiesta y la celebración; d. propiedad es bien de uso y colectivo familiar; e. familia es unidad social y productiva principal;⁶ f. independencia ('no trabajo alquilado', etc.), reciprocidad y solidaridad como valores centrales de la convivencia.

Por último, el análisis de lo cultural resalta la importancia: de entender la realidad del sujeto, desde el colectivo social, a partir de la realidad de éstos, es decir "desde abajo", según el "color de clase con que se mira" (Cela, 1984); destruir su lógica y racionalidad, el modo como se relacionan con otras clases, sus estrategias de sobrevivencia, resistencia y afirmación; advertir el sentido social de la "diferencia", insistir en que lo crucial es el modo como la clase participa en la toma de decisión, en los procesos de producción, creación y control cultural.

Algunos comentarios acerca de las relaciones de propiedad permiten ilustrar de algún modo la complejidad e importancia del análisis cultural. Al hablar de propiedad debemos considerarla en todas sus dimensiones

de la cual su expresión jurídica es una y, en lo inmediato y coyuntural, no siempre la más importante, si bien a mediano y largo plazo sea determinante (es decir, condicionante de primer orden). La propiedad es una relación. Es uno de los modos como entendemos (percibimos, ordenamos, interpretamos) la relación entre los seres humanos y el entorno y los resultados de la actividad creadora y transformadora de la humanidad con el resto de la naturaleza. El capitalismo propone y supone una forma de propiedad; más aún convierte a la propiedad en un modo privilegiado, en una categoría fundamental del ordenamiento de la realidad. Dicho de otro modo, la noción de propiedad es uno de los ejes, de las coordenadas centrales, del modelo cultural capitalista. Ese modelo, base cultural del poder, ha sido codificado y es hegemónico tanto a nivel ideológico cuanto en su expresión en la correlación de fuerzas sociales en la zona.

"En la loma" existen distintas percepciones-orientaciones respecto a la propiedad y a sus usos. La experiencia histórica campesina entiende la propiedad como propiedad familiar (sobre la que manda y dispone el jefe de familia), como relación definida principalmente por el uso, es decir, por la posesión efectiva, y por la pluralidad de funciones y de propósitos que se desarrollan y coexisten en ella.⁷ Esto contrasta con la versión capitalista que define

5. La fortaleza de la familia, en períodos de relativa abundancia de disponibilidad de tierras, encontró expresión espacial en la dispersión del asentamiento, y social en las redes de poca intensidad de interacción comunitaria. La abundancia de tierras disponibles, hasta la segunda década del presente siglo, permitió la expansión-reproducción tanto de familias campesinas, en la zona de montañas, como la presencia de familias "señoriales", ligadas a las clases terratenientes y comerciantes (cosas exportadoras) (Sharpe, 1977).

6. Varios informes del trabajo de campo en la cordillera septentrional mencionan casos de hombres que formaron por lo menos dos familias de manera secuencial: después de algunos años de matrimonio el hombre 'muda' a otra mujer, usualmente más joven con la que forma familia. El hombre puede 'mantener' ambas familias a un mismo tiempo; habría que examinar a fondo la manera como se definen la relación con las 'esposas', y lo que esto implica para la comprensión de la dinámica(s) familiar(es). Cada una de ellas ocupa parcelas, tierras, separadas y ahora 'protegidas'. La casa es de la mujer y de los hijos de esa unión, la tierra usualmente pertenece al hombre. Aquella 'manda' sobre la casa (¿y sus alrededores?) y este sobre la tierra, aún cuando ésta sea propiedad de ella. ¿Sugiere esto la existencia de un patrón del ciclo familiar similar al descrito por Edith Clarke (*My mother who Fathered me*) en Jamaica, en el que la familia pasa de patrilocal a matrilocal según 'madura la mujer y 'envejece' la familia?

7. Ver al respecto, Casimir, Jean. 1991. *La Caraibe: une et divisible*. Editions Henri Deschamps. Port-au-Prince. Para un análisis coincidente sobre el modelo cultural en las relaciones de propiedad y familia en Haití y Dominica. También Barthelemy, Gerard. 1989. *Le Pays en Dehors: essai sur l'univers rural haitien*. CIDCA. Quebec.

la tierra como bien inmobiliario sujeta a la apropiación individual, en la que basta el reconocimiento de la propiedad formal (tierras para especulación, baldías, etc.) orientados hacia el uso especializado, no-diversificado.

Para el campesino ser propietario de la tierra es un ideal, una meta, pues, en alguna medida, la posesión de la tierra garantiza y ordena su existencia. Pero la experiencia histórica del campesino ha sido otra. Reconoce que la correlación de fuerzas le ha sido adversa, que los “fuertes” tienen medios para arrebatarle las tierras, que muchas de sus tierras fueron “comunes” y “adquiridas” mediante usufructo, por el uso y la costumbre y que más tarde pasaron a manos del Estado y/o de particulares.⁸ Reconocen que, dado el balance de fuerzas, para sus estrategias de sobrevivencia, garantizar el acceso a la tierra, a su uso, tiene más probabilidades de éxito, que luchar por convertirse en propietario. Ante las fuerzas adversas que han acaparado las tierras, el campesino desarrolla comportamientos, transacciones y estrategias de acomodo dirigidas a evitar, a contrarrestar la posibilidad de que se le separe de la tierra.

Su concepción sobre la propiedad, la manera como fraguó estos comportamientos durante siglos en los que existió una frontera agrícola, cuando la disponibilidad de tierras y la existencia de tierras comuneras frenaba la tendencia a la parcelación de la tierra y su apropiación definitiva permite aceptar la aparcería como modalidad. De ese modo el modelo cultural se conjuga, se moldea ante la correlación de fuerzas tendientes a la expropiación. Dicha interacción es elemento

clave para entender el repertorio de respuestas del campesinado. El modelo cultural, modificado, le permite al campesino resistir y coexistir. Así persisten al interior de lo que a primera vista parecería un sistema agrario de producción capitalista, formas y estrategias campesinas de producción, de uso y ordenamiento del espacio: éste se puede “leer” en clave campesina.

En este sentido, es importante entender la cultura campesina actual como procesos de producción cultural, como creación, como prácticas de grupos y clases subalternas determinadas (¿condicionadas?) por relaciones desiguales de poder respecto a la producción, apropiación y reproducción de bienes materiales y culturales. Esa cultura o subcultura campesina tiene un pasado, una historia que es menester reconstruir por lo que puede aportar a posibles y diversos proyectos sociales. Esta historia, signada por el conflicto, deberá tomar en cuenta las bases culturales de los proyectos campesinos emergentes, su periodización en términos de la correlación de fuerzas existente en cada uno de éstos, sus balances, y el modo como el Estado y la Iglesia Católica⁹ fueron conformando en esa zona, desde el punto de vista cultural, entre coincidencias y divergencias, relaciones hegemónicas tendientes a “incorporar al campesinado.

3. Cultura y gestión ambiental

El ser humano es esencialmente un ser bidimensionado: un ser en el espacio y en el tiempo que se aprehende a sí mismo y lo que

8. El artículo de Machín, Jorge. “Orígenes del campesinado dominicano durante la Ocupación Haitiana” (Eme Eme, Vol. 1, no. 4) es sugerente al respecto pues subraya, de un lado, la coerción ejercida por terratenientes latifundistas y por la burocracia colonial contra la población rural, pobre y esclava, la inseguridad e incertidumbre en que vivían estas familias y, de otro lado, las políticas y circunstancias que fueron conformando una economía campesina de pequeñas propiedades en el Cibao. El juego entre incertidumbre y acceso a tierras ya reclamadas (dominadas) formalmente, entre la necesidad de establecer asentamientos (conucos) y evadir la coerción estatal puede que sean elementos claves de la “tipología” familiar campesina del Cibao, y del Caribe.

9. Ver al respecto Sharpe, Kenneth. 1977. *Peasant Politics: Struggle in a Dominican Village*. John Hopkins Press. Baltimore. Para un análisis somero de uno de los proyectos ‘modernizantes’ impulsados por sectores de la Iglesia Católica. La historia de estos proyectos e iniciativas, sobre todo vista ‘desde abajo’, es un capítulo importante e imprescindible en la reconstrucción de la historia moderna del campesinado dominicano.

le rodea en esa "naturalidad" espacio-temporal. Lo que llamamos "Identidad cultural" es precisamente proceso dinámico en el que el "yo colectivo se reconoce a sí mismo dentro de ciertos signos o características y reconoce el ambiente natural y humano que sirve de medio para situarse en un hic en relación con un alter" (Bansart, 1992). Como afirma Cela (1994), "el grupo humano es siempre un conjunto 'situado'... Esta ubicación tiene el dinamismo de lo procesal; está en un continuo cambio. Este cambio surge de la relación del grupo con su ambiente. El grupo es transformado por su ambiente en el mismo proceso de transformarlo". Esto es la esencia del proceso de construcción social del espacio y por tanto de la relación dinámica entre la sociedad y la naturaleza.

Bansart (1992) esquematiza lo que considera los "fundamentos de la identidad cultural" como aparece en la Figura No. 1.

Pero el hombre también es naturaleza. El forma parte de la biosfera.¹⁰ Lo que le diferencia del resto de la naturaleza es su conciencia, que le permite "situarse" frente a ella, pensarla y transformarla en una dinámica espacio-temporal (Bansart, 1992). No obstante, el hombre muchas veces ha concebido la relación consigo mismo y con la naturaleza como una relación de dominación o de explotación provocando el rompimiento de la armonía al interior del grupo humano y de su relación con la naturaleza, en nombre del "desarrollo".

En este sentido Cela (1994) plantea: "El desarrollo tecnológico no pocas veces se ha presentado como el proceso por el cual el grupo humano fue 'dominando' su ambiente... La tecnología es el arma de su triunfo, que no pocas veces ha mostrado su doble filo. Una especie de 'selección natural' decide la sobrevivencia de los más fuertes, o los más inteligentes o los mejor dotados, que en el mundo modificado por el hombre son muchas

veces los que tienen los recursos para sobrevivir... Este es el argumento para justificar que los países 'desarrollados' decidan por los otros, que las élites decidan por las mayorías y que se excluya a los pobres de la participación política".

El desarrollo no puede ser sino autodesarrollo, un proceso organizado mediante el cual el grupo humano se articula armónicamente a su ambiente (natural y humano) para aumentar la calidad de vida. No hay tal "dimensión ambiental" del desarrollo, como si se tratase de una "vestimenta" adicional en el proceso de desarrollo. El desarrollo es ambiental en sí mismo porque él se define en el ser más y mejor y estar del grupo humano, lo cual supone un equilibrio dinámico entre la sociedad y su ambiente.

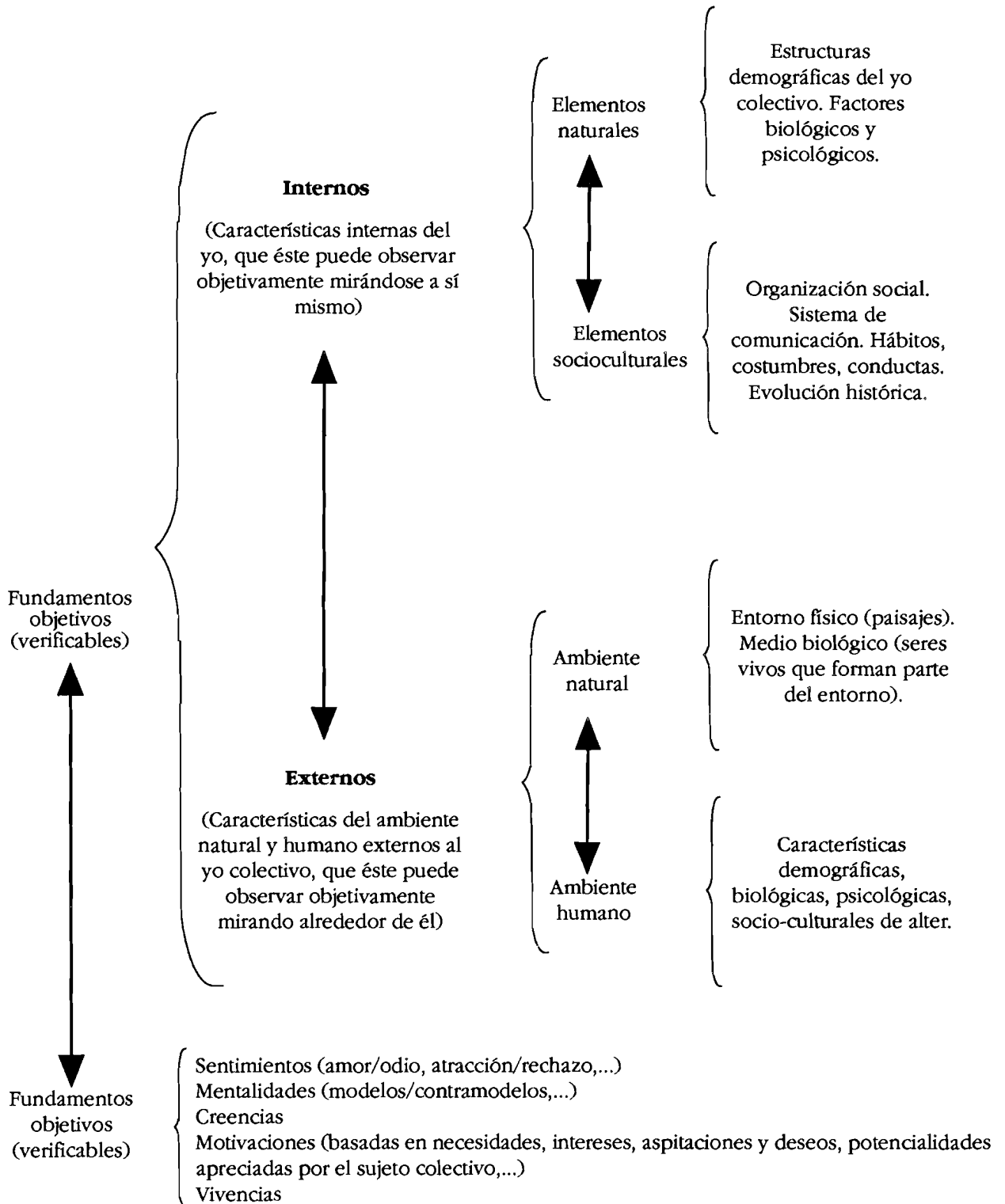
Y es precisamente la definición clara de su identidad cultural lo que permite al grupo humano la conciencia, la movilización y la creatividad para sumir ese proceso de transformación que es tanto material como espiritual (estar mejor y ser más). La cultura tampoco es otra dimensión del desarrollo. En relación con el desarrollo y el ambiente, la cultura permite generar el accionar para la solución de los problemas.

Así pues, toda relación de dominación supone aniquilar la identidad del dominado porque lo hace más débil y sumiso frente al dominador: "Si el dominador -afirma Bansart- se autocalifica 'desarrollado', el dominado se considerará 'subdesarrollado' o 'en vía de desarrollo' e imitará al otro para intentar llegar a ser igual a él, lo que será imposible. Mientras más intente imitar al otro, más grande será su alienación y menos posibilidades tendrá de lograr un desarrollo autocentrado y armonioso". El pseudodesarrollo basado en la explotación y dominación de la naturaleza y otros seres humanos no puede sino engendrar violencia de la naturaleza y de los mismos seres humanos.

10. "La biosfera es el espacio vertical en relación a la superficie del planeta donde la vida es posible; es una zona estrecha, de pocos kilómetros alrededor de la tierra. Únicamente es esta capa, las temperaturas permiten los procesos químicos vitales y la presión atmosférica respeta las estructuras frágiles en las cuales se genera el desarrollo de la vida". (Bansart, 1992).

Figura No. 1

Fundamentos de la Identidad Cultural



¿Cuáles son las implicaciones para la implementación de un sistema de salud eficaz y sustentable? Si el ambiente se considera el factor principal en la determinación de las condiciones de salud de una comunidad, y particularmente en el caso de comunidades rurales, entonces desconocimiento de la cultura de esa comunidad conllevaría la ausencia de respuestas para modificar las condiciones ambientales adversas y crear las condiciones necesarias para mejorar la calidad de vida. El ambiente sólo puede ser transformado por un determinado grupo humano en la medida que lo aprehende como propio en tanto que conforma la base de su mejor estar. Como afirma Bracho (1988), "Teniendo presente el tan determinante factor ambiental para considerar el bienestar del ser humano, el pertinaz soslayamiento de dicho factor por el establecimiento médico moderno en la prevención y el tratamiento de las enfermedades desafía toda consideración nacional".

No puede haber transformación del ambiente sin un reconocimiento de los actores sociales inmersos en él, y de la manera como ellos perciben, y por tanto, valoran los posibles cambios en su situación para el logro de una mejor calidad de vida. Las comunidades campesinas crean y recrean su cultura en un proceso de transformación directamente ligado a la naturaleza. El bienestar es de por sí una valoración cultural que será diferente entre distintos grupos humanos. Asimismo el bienestar de los campesinos es concebido dentro de la reconfiguración de la relación familia-tierra. El desarrollo concebido bajo estas condiciones es el producto de un proceso de autodeterminación y, en consecuencia, se trata de un proceso de autocreación permanente fundamentado en la identidad cultural del grupo humano, su ambiente y sus propios recursos. Se trata pues, de un desarrollo endógeno, "un desarrollo pensado e implementado por y para el yo colectivo según sus aspiraciones y sus posibilidades" (Bensart, 1992).

Sólo hasta años recientes se comienza a considerar la participación de los pobres, sus

comunidades y sus organizaciones en la toma de decisiones relacionadas con su salud y la de su familia. El logro de un sistema de salud equitativo era sólo un reto para el futuro de los formuladores de la política y los sistemas de salud. La oferta de un servicio de salud basado en costos asequibles acorde con las posibilidades del pueblo, luce todavía alejadas en el futuro. El énfasis de las investigaciones se ha centrado en la mejora y en la creación de nuevas tecnologías, que sin duda han impactado y tendrán un impacto en el aumento de la calidad y duración de la vida. ¿Pero para qué parte de la población?

Desafortunadamente, la medicina como el economicismo moderno, es parte de un paradigma mecanicista-materialista-consumista que pretende tener el monopolio del bienestar humano a través de la segmentación super-especializada de la producción del conocimiento y del control de su práctica. "La gente llega a pensar -afirma Llich (citado en Bracho, 1988)- que en el cuidado de la salud, así como en otros campos del quehacer, la tecnología puede ser usada para cambiar la condición humana de acuerdo a cualquier diseño".

De igual manera, Joseph Califano (Ibid.), ex-ministro de Salud de los Estados Unidos señalaba el mismo problema en el caso de su país: "El sistema de salud norteamericano ha sido voraz en su búsqueda de más y más dinero; con frecuencia divorciada de una mejor atención médica... Los doctores han adquirido un innecesariamente amplio monopolio de la práctica de la medicina (según ellos la definen), y hemos establecido un sistema de pagos que los ha alentado a tratarnos cuando nos enfermamos en vez de enseñarnos a cuidar de nosotros mismos... La salud se ha vuelto uno de los más grandes negocios de Estados Unidos".

La base social del sistema de salud no es evidente en sí misma. Esto supone tomar una decisión respecto a las prioridades sociales en salud y a la atención médica. Estas consideraciones nos llevan a plantear que si se quiere desarrollar sistemas eficaces y sustentables de salud comunitaria y mejor nivel de vida, entonces la comunidad debe ser el sujeto

transformador de ese sistema basado en la identidad cultural y en las posibilidades de la misma. El esquema de la Figura No. 2 sintetiza estos componentes:

De manera particular, las implicaciones para una estrategia de investigación en salud orientada a los grupos pobres de la población tiene connotaciones específicas, como plantea el profesor Eusebe Alihonou¹¹ (citado en Adiakou Badou, 1994):

1. La investigación operacional o aplicada debe estar orientada hacia la solución de problemas de desarrollo o la satisfacción de las necesidades de la población.
2. La comunidad debe participar en todas las fases de investigación: identificación del problema, en la puesta en práctica de soluciones y en la evaluación de los resultados.
3. La investigación deberá ser llevada a cabo por equipos multidisciplinarios y los resultados deberán difundirse entre las comunidades, los funcionarios ejecutivos y los investigadores.
4. Las estructuras de la investigación deberán ser descentralizadas: una estructura nacional, estructuras departamentales y estructuras locales, constituyendo el conjunto un sistema.
5. Hasta donde se pueda, la investigación deberá hacerse a un costo razonable, movilizandolos recursos locales y externos; de ser posible, la investigación deberá ser generadora de recursos que la alimenten en términos de resultados explotables.

Algunas personas se preguntarán inmediatamente qué saben los campesinos sobre la investigación. La respuesta es, mucho

más de lo que estamos dispuestos a reconocerles. Pero el problema puede ser más completo. Foucault, el crítico filósofo francés de la cultura moderna, decía que “lo que los intelectuales han descubierto después de la avalancha reciente, es que las masas, no tienen necesidad de ellos para saber; saben claramente, perfectamente, mucho mejor que ellos; y lo afirman extremadamente bien. Pero existe un sistema de poder que obstaculiza, que prohíbe, que invalida ese discurso y ese saber. Poder que no está solamente en las instancias superiores de la censura, sino que se hunde más profundamente, más sutilmente en toda la malla de la sociedad (citado en Valoy, 1994).

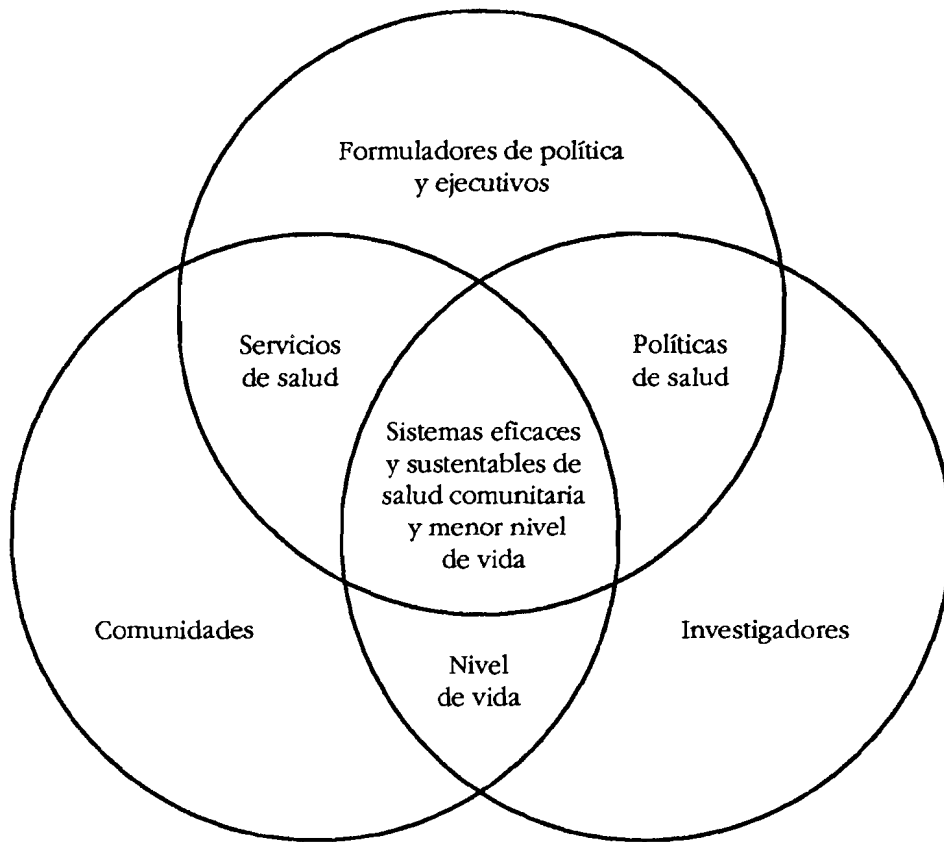
Todavía seguimos descartando el fundamento humano y sociocultural del conocimiento de las comunidades pobres; finalmente tendremos que reconocer que este conocimiento es un componente esencial en la base del desarrollo sustentable. Pero el conocimiento tradicional a menudo es tratado como una colección de hechos y “prácticas congeladas en el pasado”, visto como expresión de “curiosas” tradiciones y prácticas de los pueblos desligadas de la sociedad moderna. De este modo se deshumanizan las prácticas comunitarias y el conocimiento pierde su dimensión histórica y su capacidad transformadora. “El conocimiento tradicional bajo tales circunstancias de su medio cultural” (Morales-Gómez, 1993).

De hecho, la investigación no es patrimonio de los intelectuales, de los instruidos en las escuelas urbanas. Los campesinos han mostrado una gran capacidad de investigación relacionada con los problemas que les afectan directamente. En todo el mundo hay un sin número de experiencias científicas narradas en la literatura que trata sobre los campesinos. Quisiera presentar sólo una experiencia como ejemplo de la capacidad de investigación para la acción de los campesinos.

Negrilo es un agricultor de la comunidad de El Pley, en Jacagua Adentro. Es miembro de

11. Director del Centro Regional para el Desarrollo y la Salud (CREDESA) y decano de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Benin.

Figura No. 2



la Asociación de agricultores. Fogoso, inteligente, persistente y con poder de disuación; él es el promotor campesino por excelencia; cuando está convencido de algo bueno lo transmite a los demás. Son varios los agricultores que Negrito ha logrado convencer no sólo con las palabras sino también con las prácticas que él mismo ha desarrollado en las parcelas que atiende. Negro, Adriano, Vale y otros, reconocen y agradecen estas iniciativas de Negrito. "Tuve que abardearle¹² parte de la parcela a Vale, y cuando él vio los resultados

positivos él continuó la construcción de otros... hoy muestra su parcela totalmente diferente, ahora produce más que antes".

El cansancio del terreno impedía a Negrito obtener buenas cosechas. La tozuda realidad y la curiosidad de Negrito hicieron cambiar sus prácticas: "Hace doce años -cuenta- que comencé a trabajar esta parcela. Antes la cultivaba un señor y como ya no le producía la cercó y la dedicó a la crianza de chivos. Después yo tomé esas tierras y me di cuenta que estaba trabajando en terreno muy baldío y ví muchas

12. Los bardos son barreras de diversos materiales que se utilizan para la conservación de los terrenos con pendiente pronunciada.

peñas a flor de tierra. Después me di cuenta que cada vez que tiraba el machete para desyerbar, la tierra se levantaba y se iba jarda abajo hasta llegar al fondo de la cañada. En ese momento me despertó la curiosidad y me paré para cortar varios tallos de maíz seco que quedaban parados de la cosecha anterior y lo atravesé debajo del corte y continué mi trabajo. Varios meses después miré atrás y vi que los tallos que están a flor de tierra estaban quedando sepultados. Fue en ese preciso momento que pensé en las ideas locas de Severino,¹³ y un poco inventando también me surgió la idea de hacer los bardos con las yerbas mismas que cortaba y los residuos de cosecha en vez de botarlos. Hice varios y observé que en la parte de arriba del bardo donde se acumula la tierra arrastraba las plantas crecían muchísimo y producían mucho más.¹⁴

Y Negrito: “para esta labor hay que ser dedicado y persistente, porque para mi es ya una costumbre la construcción de bardos en mi parcela... Yo abandoné una parcelita pequeña de tres tareas que se había cansado, y comencé a recuperarla, con jícara de cacao y basura de las parcelas de los vecinos. Yo le pedía permiso al vecino y la traía en los momentos de descanso. Esto lo hice varias veces y muchas personas decían que si estaba loco por cargar basura a mi conuco, y yo le decía que cargaba abono. Luego preparé la parcelita y la sembré de maíz y habichuela. Ahora la misma gente que me decía loco vienen sorprendido a ver el desarrollo de los frutos... La tierra es como una alcancía que hay que entrarle primero y luego sacarle después, y si sólo se le saca rápidamente se agotará”.

Ejemplo como el anterior podemos tener en cantidad significativa.

En fin, la conceptualización presentada es esquematizada por Bansar (1993) de manera magistral en la Figura No. 3.

“La investigación-acción- dice Bansart (1993)- propone no sólo una investigación al servicio del cambio social (en una óptica del desarrollo sustentable, integrado y endógeno) y una reconciliación entre el discurso sobre la sociedad y la acción social, sino que propone también, con esta finalidad de transformación social, una nueva alianza de las diversas ciencias sociales (sociología, psicología, historia, economía...) con las ciencias de la naturaleza (química, biología física...) y con las ciencias aplicadas, porque los grupos sociales están insertados en un ambiente cuya modificación está directamente relacionada con la evolución o la revolución del hombre”.

Este conjunto de elementos conceptuales sobre la relación entre la cultura y el ambiente nos ayuda a visualizar de una mejor manera el ser, el estar y el hacer del campesino dominicano con el propósito de una transformación adecuada para mejorar sus condiciones de vida.

4. Crisis de los sistemas campesinos

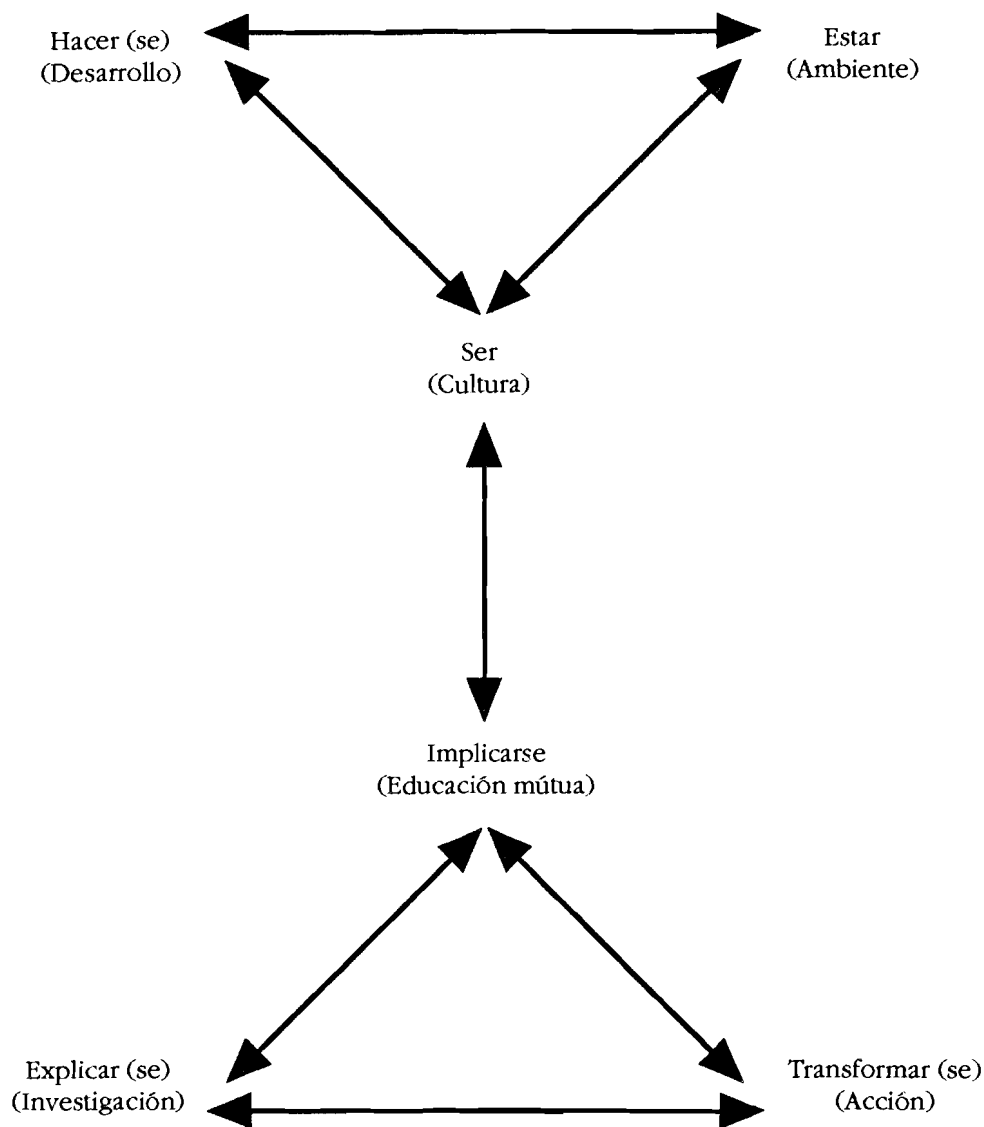
Por causa de factores intenos y externos, los sistemas agrarios “involucionan”. La “involución” se define como un proceso en el que los ingresos agrícolas disminuyen tendencialmente debido al estacamiento o disminución de la producción creados por las presiones de las políticas gubernamentales, las relaciones desiguales con otros sistemas agrarios, las presiones del mercado y por la incapacidad de los sistemas agrarios existentes para adaptarse a los cambios de las condiciones demográficas, ecológicas y socio-económicas (Geilfus, 1994).

Los sistemas agrarios campesinos en la República Dominicana parecen estar sujetos a un fuerte proceso de involución. El crecimiento

13. Severino era un agricultor innovador cuyas prácticas fuera de lo común hacían que lo llamaran “loco”. En el terreno inclinado aprovechaba la movilización del suelo causada por las lluvias para acaparar la tierra en hoyos donde colocaba también desechos de la cosecha. Allí sembraba sus cultivos. Severino tuvo gran éxito produciendo cebolla, ajo y otros productos que no son productos tradicionales en la zona.

14. ¿Acaso no es esta experiencia una verdadera experiencia científica? La ciencia agrícola campesina se hace en la lucha diaria, en la parcela.

Figura No. 3



de la población rural, en el contexto de una desigual distribución de las tierras agrícolas,¹⁵ el agotamiento de la frontera agrícola, la reducción del tamaño de las explotaciones, las políticas de “sanguijuelas” de los gobiernos, el deterioro de los términos de intercambio entre

el campo y la ciudad, la degradación de los suelos, son algunos de los indicadores de la existencia de un proceso de involución.

Por razones de la involución los campesinos tienen que utilizar las tierras disponibles, expandiendo (si hay acceso a nuevas tierras) o

15. El hecho de tener que explotar predios relativamente pequeños determina en gran medida el uso que el productor campesino hará de su tierra, que en muchos casos implicará forzar la capacidad de uso de la misma.

intensificando. Cuando hay intensificación, el uso del suelo de los sistemas agrarios campesinos se refleja en cambios desde agricultura migratoria y no permanente (en bosques o matorrales) pasando por cultivos semi-permanentes, hasta finalmente agricultura permanente. El tiempo de descanso de la tierra se reduce, en medio de un “estancamiento tecnológico” (agricultura permanente no adaptada a las condiciones); la degradación del suelo se acelera, provocando también un efecto de “feedback” sobre la productividad.¹⁶ La competencia (en la parcela) entre los productos para el mercado y los productos para el consumo de la familia (incluyendo aquellos que son utilizados para el tratamiento de la salud de la comunidad) aumenta, ya que tanto la cantidad como la calidad de los productos son menores. Así, se deteriora la capacidad productiva del sistema, y con ello la calidad de vida de la familia; y el ciclo se repite en una especie de espiral descendente: más intensificación, menor producción, menores ingresos, menor calidad de vida, aumento de las presiones sobre la familia.

Este proceso de involución es frenado por la familia campesina a través de estrategias de adaptación, o de sobrevivencia, o de diversificación, tanto agrícolas (riego, fertilizantes, herbicidas, cambio de uso de suelo, sistemas agroforestales, quema de carbón...) como no-agrícolas (emigración, “chiripeo”, motoconcho, rifa, zonas francas...) Si no se supera el proceso de involución, entonces la disminución del rendimiento del trabajo puede ser tal que se propicien estrategias de desenvolvimiento; es decir, abandono total o temporal de la agricultura. El proceso es más agudo en zonas marginales pero puede suceder en las mejores tierras de riego.

5. Racionalidad Campesina

Detrás del conjunto de decisiones que adopta el campesino hay una racionalidad que

le es propia. No se trata de una racionalidad determinada, que corresponde a un concepto idealizado de campesino, sino de un conjunto de actitudes, de prácticas, de comportamientos que responden a distintos estímulos externos y requerimientos internos. Se trata de una racionalidad social constituída como sistemas complejos que no pueden ser reducidos a una lógica unificadora (Leff, 1993). Distintos aspectos de esta racionalidad son destacados por diversos autores (ver Ellis, 1988). Los principales aspectos son (ver CEUR-CARTEL, 1993).

1. El agricultor busca optimizar la asignación de los recursos disponibles (principalmente tierra y mano de obra) para satisfacer sus objetivos de producción.
2. El agricultor funciona en un ambiente de precariedad, tanto al nivel ecológico como socio-económico, que vuelve imperativo el objetivo de minimizar los riesgos, frente a los cuales no dispone de reservas suficientes; este objetivo lo obliga en general a utilizar sus recursos por debajo del óptimo económico y lo vuelve extremadamente cauteloso frente a cambios e innovaciones.
3. La familia campesina no es solamente una unidad de producción, sino también de consumo, y la satisfacción de las necesidades de consumo orienta no solamente la producción agrícola sino también la relación con el mercado. La relación entre producción de autoconsumo y comercialización, trabajo dentro y fuera de la parcela, están estrechamente asociadas con las condiciones y redes de articulación del (los) mercado (s). La estructura y dinámica de los diferentes mercados y el modo como los campesinos se vinculan a ellos, genera tanto oportunidades como presiones de tal modo que a los campesinos se les presenta una continua tensión conflictiva entre las ventajas riesgosas

16. El proceso de intensificación de la agricultura en zonas frágiles y sin técnicas de conservación está asociado a la reducción de la capacidad productiva de la tierra.

que ofrece el mercado y la preservación de la base para la sobrevivencia de la familia.

4. La familia campesina además de ser unidad de producción y consumo de fuerza de trabajo, bienes y alimentos, es, sobre todo, una unidad de socialización y reproducción cultural. En este sentido, la producción campesina está orientada a satisfacer las necesidades culturales de enculturación, de reproducción de la convivencia y, por tanto, de celebración, solidaridad y ceremonia. Como señala Wolf (1975): "Las relaciones sociales nunca son enteramente utilitarias e instrumentales. Cada una de ellas aparece siempre rodeada de elementos simbólicos que sirven para aclarar, justificar y regular tales actos". La familia campesina intentará mantener su modo de vida aún cuando sus bases productivas tradicionales de sustento están en crisis, sea intensificando la labor en las parcelas y reduciendo el consumo, sea generando fondos, ingresos, fuera de la parcela, suficientes como para garantizar la continuidad y aparente reproducción de la forma de vida campesina, subsidiando incluso directa o indirectamente la deficitaria producción de subsistencia.

Son estos aspectos que prefiguran la relación familia-tierra fundamental que envuelve la vida campesina. Es esta relación familia-tierra, que se articula al interior de los sistemas agrarios campesinos y en su relación con el exterior, la que constituye el eje central en torno al cual giran las decisiones de producción y organización social de las familias campesinas.¹⁷

Esta relación familia-tierra no implica necesariamente la existencia de una propiedad titulada legalmente. El concepto de propiedad se relativiza frente a las distintas modalidades de acceso a la tierra que tiene la familia campesina. Así, el deterioro del sistema se reflejará necesariamente en el deterioro de esa relación familia-tierra fundamental y, por tanto, en la desarticulación de la organización social campesina.

De ahí la importancia de la reconstrucción de los sistemas agrarios campesinos. Ellos no solamente son espacios de producción de bienes, sino más bien, espacios de reproducción de la vida campesina. El sistema agrario campesino es una expresión de las prácticas culturales campesinas en relación con el ambiente, y es este espacio de producción-consumo-socialización-reproducción el que constituye el elemento de mayor cohesión de la familia y la sociedad campesinas.¹⁸

6. El desarrollo sustentable en las sociedades locales rurales

Asumir estas características distintivas del campesinado como grupo social o económico no significa de ningún modo que éste sea un grupo homogéneo. Las sociedades (comunidades) locales campesinas se articulan internamente dentro de la "diferenciación" (mintz, 1994), lo cual significa que las diferencias sociales como otros aspectos de los campesinos, no son elementos estáticos ahistóricos. "la estructura social cambia con el tiempo de acuerdo a la naturaleza de las fuerzas que actúan sobre la sociedad campesina y a la adaptación de cada familia a estas fuerzas" (Ellis,

17. Según Bartra (citado en Aguilar, 1993), "es en la unidad campesina donde podemos encontrar los elementos de un nuevo paradigma de la agricultura: la cultura que han desarrollado en torno a la relación seres humanos-naturales, su conocimiento del medio, sus estrategias económicas diversificadas, la combinación de producción para autoconsumo y para el mercado, el manejo integrado y múltiple de los recursos tierra, ganado, agua, bosque, etc. Los campesinos pueden ser principales actores en la construcción de una agricultura sustentable".

18. Esto significa que, aun cuando la actividad agrícola no sea la fuente principal de ingreso, el proceso de reproducción cultural de la familia campesina se mantiene a través del sistema complejo de relaciones que se genera al interior del sistema agrario. Esto parece ser un componente importante para explicar la resistencia de la familia campesina en cuanto a deshacerse de la tierra familiar, que incluso impide que la repartición por herencia desarticule el predio familiar (CEUR-CARTEL, 1993).

1988). Entonces, las relaciones de explotación o de subordinación no sólo se perciben entre otros grupos sociales y los campesinos, sino también entre familias de status social diferente dentro de una misma comunidad campesina.

Las sociedades locales rurales se sustentan en una base material que se va transformando según la dinámica de sus sistemas productores. La pérdida de autonomía relativa de estas sociedades está directamente relacionada con la pérdida de control sobre la base material. Esta base material se ajusta (o se desajusta) por causa de las fuerzas internas y externas que impactan sobre ella. Así, en torno a la dinámica específica de los sistemas productores se desarrolla un tramado de relaciones sociales complejas de acuerdo a las estructuras agrarias dominantes en la región o microrregión que conforma el territorio de las sociedades locales. Pero también, esta sociedad local está definida por “una cultura propia expresada en valores y normas interiorizadas por sus miembros”, tal como aparecen en las diversas prácticas de la vida cotidiana de las mujeres y hombres del campo, en sus expresiones institucionales, y en la manera como ellos perciben estos fenómenos. Los procesos de reproducción social de las familias y la sociedades locales asumen múltiples formas y adaptaciones que se expresan en una realidad cultural dinámica. Ella transforma en el tiempo, creando y recreando nuevas formas articuladas a la base material. En consecuencia, sólo en esta triple dimensión (territorial, cultural y socio-económica), ligada al tiempo, cobra sentido el concepto de “sociedad local” (Arocena, 1988).

Lo “local” en este tipo de análisis no se toma entonces al margen de lo “global”, como dice Arocena., “En el análisis de lo ‘local’ se encuentran aspectos que le son específicos y que no son el simple efecto de la reproducción, a todas las escalas, de las determinaciones globales. (Ahora bien), lo “local” no es todo el análisis de la realidad, ni lo ‘global’ es la simple adición de “locales”, sino una dimensión específica de lo ‘social’... Tal vez sea necesario afirmar que lo “local” y lo “global” son, en último término, dos dimensiones de lo “social”.

Habría entonces que concebir “una estrategia de descentralización que se apoye en

el poder local para conseguir más poder popular. De lo que se trata es de crear un nuevo poder social y para ello habría que afectar las estructuras de poder en su conjunto. Mientras tanto, desde lo local se puede avanzar para: la obtención de una mayor participación, la apertura de nuevos espacios para el proceso político, la práctica de la democracia directa, el control político, la apertura de canales de información y foros de discusión sobre la problemática social de las bases y sobre los grandes problemas nacionales” (Ibid.) Esto supone la existencia de un sujeto social-político cuya expresión en lo local será diferenciada.

La medicina, como la economía, deben moverse hacia un nuevo paradigma que supere el mecanismo empeñado en tratar al ser humano como una máquina manejada por los super-especialistas, dominada y explotada en función de una carrera por el progreso material limitado que promueve la competencia individualista alienante, en contraposición a “un mundo que requiere cada vez más de la solidaridad y la cooperación para enfrentar graves problemas comunes que amenazan su supervivencia misma” (Bracho, 1988).

La gestión ambiental (y particularmente la gestión de la salud) debe ser una función del Estado y de la sociedad civil en el nivel global y en el local, en un proceso de participación efectiva. “Esta forma de participación de la sociedad civil en las gestiones que hasta ahora han sido consideradas incumbencia exclusiva del estado no es equiparable a lo que se ha llamado el proceso de privatización de la gestión estatal. No es transferir al mercado de servicios las funciones estatales para que sean asumidas, según las leyes del mercado, por la empresa privada. Se trata de una gestión del sector público, pero concebido ampliamente como ciudadanía. De forma que el Estado, como representante de la ciudadanía debe dar cada vez mayores cuotas de poder en su gestión a los sujetos sociales. No se trata simplemente de pedirles su colaboración para facilitar y abaratar la gestión estatal. Se trata de una co-gestión o gestión coordinada que permita la participación de las poblaciones locales” (Cela, 1994).

Así pues, la transformación de las sociedades rurales implica abocarse a “la construcción en una racionalidad productiva alternativa” frente a la racionalidad capitalista, fundada en “la articulación de niveles de productividad ecológica, cultural y tecnológica” que soportan los valores que “orientan la reconstrucción de la realidad y de los estilos de desarrollo sustentable” (Leff, 1993).¹⁹

En este sentido, el desarrollo sustentable no puede ser sólo un problema de crecimiento económico eficiente acompañado de un esfuerzo para la reducción de la pobreza y mejor de la calidad de vida (esfuerzo que se le atribuye al Estado) y de un ordenamiento de los recursos naturales (atribuible a una Secretaría de Medio Ambiente). Más bien, el desarrollo sustentable debe lograr el crecimiento económico eficiente con equidad, a través de la descentralización económica y una gestión participativa y democrática de los recursos (Leff, 1993), pero al mismo tiempo debe lograr integridad de los ecosistemas, mejorar su capacidad de sustento y promover la diversidad biológica; pero sobre todo, en el plano social, debe lograr facultades, autogestión, participación, movilidad social, cohesión social, identidad cultural y desarrollo institucional de las comunidades (Serageldin, 1993).

“Estos principios y valores, dice Leff (1993), deben ser sistematizados y operacionalizados, a través de conceptos y teorías que los articulen con sus bases materiales (movilización de procesos naturales, tecnológicos y sociales), con la organización de políticas científicas, de movimientos sociales, de estrategias políticas, de instrumentos técnicos y de normas jurídicas, para construir nuevas relaciones de producción y fuerzas productivas para la gestión ambiental del desarrollo”.

Las sociedades locales rurales dominicanas no están actualmente enroladas en un proceso de desarrollo sustentable; ellas están profundamente sumergidas en un proceso de sobrevivencia y resistencia. Han estado sujetas a cambios rápidos y profundos en las últimas décadas. Una gran parte de los sistemas agrarios campesinos se encuentran en zonas de montañas; zonas frágiles que han sido escenario de fuertes procesos degradatorios a través de actividades madereras, ganadería extensiva y procesos de “tumba y quema” para la agricultura. Decisiones extraterritoriales, políticas gubernamentales nacionales, problemas de los mercados, junto a la limitada capacidad de gestión técnica y política de los campesinos para controlar la base material, han provocado fuertes choques en la base de sustentación de sus sistemas productores y transformando las sociedades locales rurales.

Esta situación ha dado paso a procesos complejos que se expresan en empobrecimiento, migraciones, diversificación de las fuentes de ingresos, intensificación del uso del suelo, pérdida de la capacidad productiva de los suelos, deterioro de las organizaciones campesinas, nuevas articulaciones con la ciudad y transformación de la relación familia-tierra con los cambios culturales profundos que ello supone. Pero además, estos procesos parecen tener implicaciones políticas importantes con relación a las formas del poder local.

Los planteamientos anteriores sobre la situación del campo sugieren -como afirma Aguilar (1993): “La comprensión de que la situación del agro y del campesinado no concierne únicamente a los campesinos sino que afecta a toda la sociedad es de fundamental importancia para el fortalecimiento de alianzas entre organizaciones urbanas y rurales”.

19. “En el desarrollo de la racionalidad capitalista, la irracionalidad se convierte en razón: razón como desarrollo frenético de la productividad, como conquista de la naturaleza, como incremento de la riqueza de bienes; pero irracional, porque la alta producción, el dominio de la naturaleza y la riqueza social se convierten en fuerzas destructivas” (Marcuse, citado en Leff, 1993).

Bibliografía

- Adiakou Badou, Jerome (1994). *"Una nación de investigadores de salud"*. El CIID Informa. Vol. 22. No. 1.
- Aguilar, Jasmine (1993). *"Políticas hacia una agricultura campesina sustentable"*. Pasos. Prácticas de Desarrollo Rural. Año V, No. 5.
- Arocena, José (1988). *"Discutiendo la Dimensión de lo Local. Las Coordinadas del Debate"*. En Cuadernos del CLAEH, No. 45-46. 2da. Serie, Año 13, 1-2.
- Bansart, Andrés (1992). *Cultura - Ambiente - Desarrollo (El caso del Caribe Insular)*. Universidd Simón Bolívar, Instituto de Altos Estudios de América Latina.
- Bansart, Andrés (1993). *Autores de su propio desarrollo*. Ediciones Fundambiente, Venezuela.
- Barthelemy, Gerard (1989). *Le Pays en Dehors: essai sur l'univers rural haïtien*. CIDCA. Quebec
- Blaikie, Piers (1985). *The Political Economy of Soil Erosion in Developing Countries*. Longman Studies, London.
- Bracho, Frank (1988). *"Salud/Economía/Ambiente. Hacia un nuevo paradigma del desarrollo"*. Nueva Sociedad. Nol. 98.
- Casimir, Jean (1991). *Le Caratbe: une et divisible*. Editions Henri Deschamps. Port-au-Prince.
- Cela, Jorge (1984). *"Tengo un dolor en la cultura: análisis cultural"*. Estudios sociales. No. 56, Santo Domingo.
- Cela, Jorge (1994). *"La gestión ambiental, un problema cultural"*. Ponencia presentada en el Foro Ambiental Paradigmas Sobre Medio Ambiente: Conceptos, Formas de Intervención y Resultados. CEUR/PUCMM, ENDA-CARIBE, EQUIS/INTEC, HABITAT. Santo Domingo.
- CEUR-CARTEL (1993). *Uso del suelo y producción de alimentos en la República Dominicana*. CEUR/PUCMM. Santiago.
- Ellis, Frank (1988). *Peasant Economics*. Cambridge University Press. New York.
- García Canclini, Nestor (1988). *"Cultura y poder: ¿dónde está la investigación?"*. SIGNOS, No. 36, julio-dic. Cuba.
- García Canclini, Nestor (1989). *Las culturas populares en el capitalismo*. Nueva Imagen. México.
- Geilfus, Frans (1994). *Agricultural Involution in the Dominican Republic*. Dissertation présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences. Université Catholique de Louvain.
- Leff, Enrique (1993). *"Sobre el Concepto de Racionalidad Ambiental"*. En PNUMA, Formación Ambiental, Vol. 4, No. 7, mayo-agosto.
- Machín, Jorge (1975). *"Orígenes del campesinado dominicano durante la Ocupación Haitiana"*. Eme Eme, Vol. 1, No. 4.
- Mintz, Sidney (1974). *"A note on the definition of pesantries"*. Journal of Pesian Studies. Vol. 1, No. 3.

Morales-Gómez, Daniel (1993). *“El conocimiento, el cambio y la preservación del progreso”*. El CIID Informa. Vol. 21, No. 1.

Murdoch, William (1983). *The Poverty of Nations*. The Johns Hopkins University Press.

Serageldin, Ismail (1993). *“Cómo lograr un desarrollo sostenible”*. Finanzas y desarrollo. Vol. 30, No. 4.

Sharpe, Kenneth (1977). *Peasant Politics*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Valoy, Elvis (1994). *“Foucault a los diez años de su muerte”*. Última Hora.

Wilf, E. R (1975). *Los campesinos*. Editorial Labor, Barcelona.

Yunén, Rafael E (1986). *“Notas para una explicación social de la degradación ambiental”*. CEUR-PUCMM, Santiago.

Yunén, R. E (1993). *“Requisitos e implicaciones fundamentales de la descentralización territorial”*. Seminario-Taller sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS). OPS/PUCMM, Santiago.

XX

Ambiente y Salud

*Dr. Rafael Fernández Lazala**

Este primer Foro “descentralizado” para Santiago, que organiza la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) con el apoyo de la OPS/OMS, sirve de continuidad a las acciones, que con la orientación de lograr la mayor integración posible de todos los sectores de la sociedad en el manejo del problema salud, desarrolla nuestra Facultad de Ciencias de la Salud para obtener unos recursos humanos acorde con la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)

Nuestro comentario tendrá tres componentes generales. Primero indicaremos algunos aspectos históricos de significación, trataremos de ubicar la problemática ambiental como un factor causal de la alteración del proceso salud/enfermedad, y comentaremos algunas sencillas experiencias y sugerencias obtenidas en el marco del desarrollo de nuestros programas de salud.

1. Aspectos Históricos de Ambiente y Salud

El punto de partida debe ser la historia griega, pero sobre todo Hipócrates. Fue él, que en uno de sus tantos estudios y obras., presentó hace más de 2400 años, uno de los enfoques más acabados sobre el nexo entre el ambiente y la salud.

Así fue destacado por investigadores convocados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que en 1988, seleccionaron aquellos estudios que por su valor perdurable,

tuvieran vigencia y oportunidad en nuestros días.¹

El sabio griego en un estudio titulado *Atres, Agua y Lugares* hizo un análisis memorable en donde vinculaba la salud y el ambiente como dos categorías fundamentales para el conocimiento médico de su época. Por su vigencia nos detendremos en los siguientes párrafos:

“... Quien desee estudiar correctamente las ciencias de la medicina deberá proceder de la siguiente manera. Primero, deberá considerar qué efectos puede producir cada estación del año... El siguiente punto se refiere a los vientos cálidos y a los fríos, especialmente a los universales, pero también a aquellos que le son peculiares a cada región en particular. Deberá también considerar las propiedades de las aguas, pues tal como éstas difieren en sabor y peso, también las propiedades de cada una difieren grandemente de las de cualquier otra. Deberá también considerar dónde tienen que ir los nativos a buscar el agua, y si usan aguas pantanosas, suaves o, que son duras y vienen de lugares altos y rocosos, o son salobres y ásperas. También el suelo si es llano y seco o boscoso y de aguas abundantes. Asimismo, el modo de vida que les place a sus habitantes, si son grandes bebedores y comen en exceso y se mantienen inactivos, o si son atléticos industriosos y se alimentan bien, bebiendo poco...”

Hipócrates, derivó de sus valoraciones, aguda y profundas estimaciones sobre la

* Médico. Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Maestra (PUCMM), Santiago.

probabilidad de morir y enfermar de sus conciudadanos; las cuales variaban en dependencia del tipo de ambiente o forma particular en que el aire, el agua y el lugar se combinaron en una geografía determinada.

Otro hecho histórico más reciente, que deseamos destacar son los estudios de Thomas Mckeown² en Inglaterra y Gales, sobre la evolución de la mortalidad causada por enfermedades infecciosas. Específicamente la drástica disminución de las muertes por Tuberculosos, desde 1938 hasta 1970.

Mckeown, al comparar la disminución de la mortalidad con el gran descubrimiento del bacilo hecho por Robert Koch, la invención de los Antibióticos y la cristalización de la Vacuna BCG; observó que el descenso de la mortalidad por TB había acontecido más de 40 años antes que el descubrimiento del bacilo, 107 años antes que los antibióticos y 117 años antes que la síntesis de la vacuna. Atribuyó el fenómeno, con mucha razón, a lo que llamó "mejorías del medio", tales como: la dieta más adecuada y elevación de los niveles de vida de la población Inglaterra y de Gales.

Similares conclusiones se derivaron de los estudios de Smillie³ para los Estados Unidos, que demostró que en el período de 1800 a 1875, clasificado como el de las grandes epidemias acontecidas en este país, más del 60% de todas

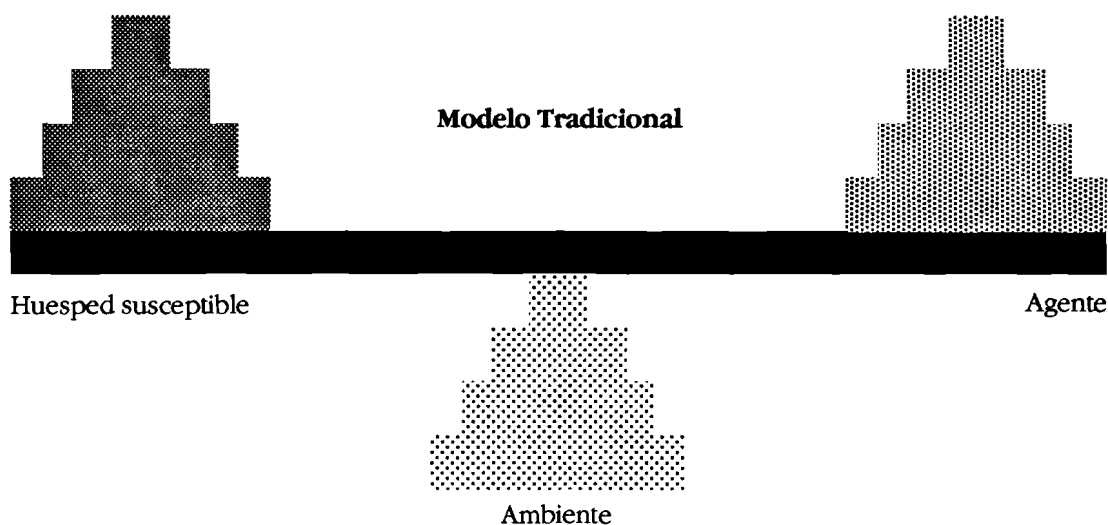
las muertes ocurrieron por lo que él llamó "factores ambientales desfavorables", tales como suministro de agua contaminada, sistema de desechos en mal estado, hacinamiento, leche y alimentos de mala calidad, millones de insectos, mala alimentación y profunda ignorancia de la población. Cuando la situación ambiental mejoró en los Estados Unidos, entonces comenzaron a disminuir muchas enfermedades infecciosas como: la tuberculosis, el cólera, la disentería, fiebre amarilla, fiebre tifoidea y malaria entre otras.

Tanto Hipócrates, Mckeown como Smillie, entre otros, nos aportan la suficiente información para afirmar que sin un ambiente sano, no puede existir un nivel adecuado de salud.

2. El Ambiente como Factor Precipitante de Salud/Enfermedad

Dos son los enfoques más utilizados que asocian el Ambiente, como un factor precipitante de salud o enfermedad de las poblaciones: el Tradicional o Tríada Ecológica y el Modelo Campo de Salud desarrollado en Cánada y Estados Unidos, en la década de los 80.

El modelo tradicional está formado por tres componentes: el Ambiente como espacio ecológico donde se desarrolla la relación de los



otros dos componentes, los Huespedes o humanos susceptibles y los Agentes que causan enfermedades.

La enfermedad o la salud vienen determinadas, según el modelo, por el desequilibrio que sucede entre los Agentes causales o principiantes de enfermedad y la existencia de seres humanos en condiciones sociales, psicológicas o biológicas con las cuales se nace, o se adquieren y se desarrollan.

El ambiente es como un mediador entre los huéspedes y los agentes, que puede facilitar o contener las enfermedades, en dependencia del equilibrio entre lo síquico, biológico y lo social.

Este modelo fue desarrollado en el período de alta incidencia de las enfermedades infecciosas, cuando los agentes de tipo biológicos tales como las bacterias, virus, los hongos, protozoarios y rickettsias, ocupan la mayor frecuencia en la causalidad de las enfermedades.

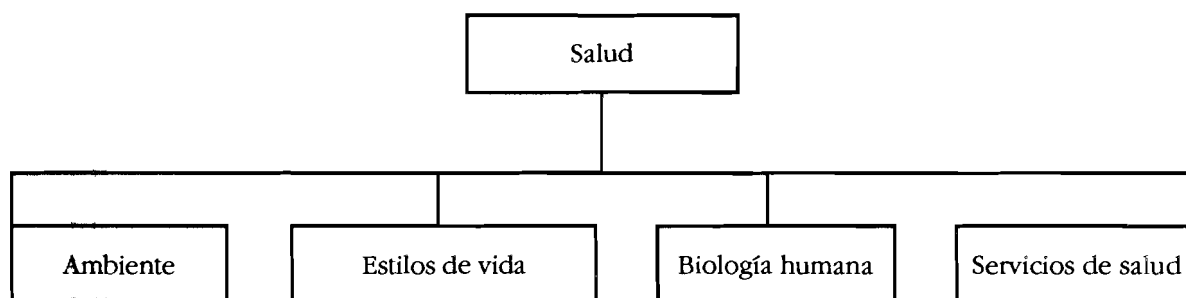
En la medida que aumentaron las enfermedades crónicas como la Diabetes, la Hiper-

tensión y otras cardiovasculares, y descendieron las infecciosas, este modelo resultó reducido e insuficiente.

Además conceptualmente ubicaba el papel de los procesos sociales, en el mantenimiento de la salud o contención de las enfermedades, como una parte más del ambiente, y no como lo que es, el punto de partida para entender los cambios ambientales, biológicos y genéticos que pueden culminar en enfermedad y muerte o mantenimiento de la salud.

Este modelo ha sido también presentado, en una visión más compleja, como determinado por la Organización Económica y Social de un país y los avances científicos y técnicos incorporados a los servicios de salud en particular y a la sociedad en general.

El modelo permite agrupar mejor las probables causalidades de los problemas de salud y tener una aproximación más acabada en la definición de políticas, programas y planes, donde el Ambiente es uno de los componentes esenciales de la estrategia de prevención de los problemas de salud. Los



Fuente: "A new perspective on the health of Canadians, de Marc Nãñpmde". En: Dever A., A. *Epidemiología Na Administração dos Serviços de Saúde*. Ed. PROAHSA. Sao Paulo, Brasil, 1988. p. 4.

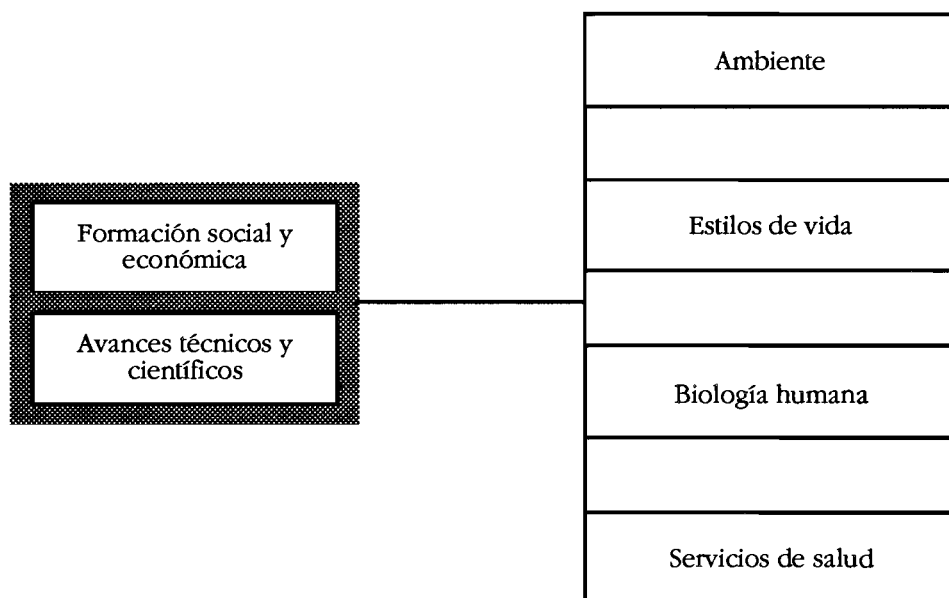
siguientes resultados evidencian nuestras afirmaciones y a la vez muestran el sentido invertido de la Mortalidad Prematura y los Gastos de Salud.

Este cuadro destaca cómo el Estilo de Vida riesgoso y el Ambiente deteriorado producen casi 75 de cada 100 fallecimientos y apenas reciben un 2% de los gastos de salud. Observándose la gran concentración de recursos que se concentran en los servicios de salud, que apenas tienen capacidad de evitar 8 de cada 100 muertes.

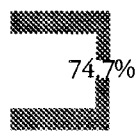
3. Algunas experiencias en programas conjuntos de ambiente y salud

Nuestras experiencias van en orden de las acciones de salud comunitaria que desarrollan los recursos humanos que se forman en la Facultad de Ciencias de la Salud.

Como resultado de los programas de Prevención y Lucha contra la Diarrea y el Dengue que se efectúan en conjunto con la Regional de Salud Pública en los barrios de la Zona Sur de Santiago, el componente Ambiental es uno



Fuente: Alderegúa H. J. y Ramos D. B.; *Higiene Social y la Organización de la Salud Pública*, Ed. Pueblo y Educación, MINSAP. La Habana, Cuba. 1987. p. 73-105.

Componentes campo de salud	Distribución porcentaje de mortalidad prematura	Gastos de salud US\$
Estilos de vida	53.0% 	1.0%
Ambiente	21.7%	1.5%
Biología humana	17.0%	6.9%
Servicios de salud	83.0%	90.6%
Total	100.0%	100.0%

Fuente: Dever, A. G. E. *A Epidemiologia Na Administracao dos Servicos Saude*. Sao Paulo, Brasil. Ed. PROAHSA. 1988. P. 4-45.

de los ejes principales de las acciones. Partiendo de la orientación de que la mejor forma de garantizar un ambiente sano es elevando la participación comunitaria, la autogestión en salud y el autocuidado personal.

En ese sentido podemos afirmar que en coordinación con la Dirección Regional II de Salud y la comunidad de la zona sur y en Santiago, se han efectuado las siguientes acciones:

1. Formación de 30 Promotores de Salud, los cuales fueron electos democráticamente en cada uno de los barrios. Se han capacitado en manejo y prevención de diarrea, lucha contra el Dengue, inmunización y otros problemas de salud.
2. Organización de un Consejo de Salud en los barrios de la Zona sur, integrado por los líderes más destacados a nivel de la Educación, ONGs, Comité de Lucha, Organismos Populares, grupos religiosos y de la mujer.
3. Establecimiento en proceso de 25 puestos móviles y 10 de vacunación, los cuales funcionan en las campañas de vacunación.
4. Inicio de la construcción de un Centro de Atención Primaria de Salud financiado por SESPAS y LOME IV. Esta obra estará terminada para inicios de 1995. En su diseño y ejecución se ha integrado la comunidad.
5. En coordinación con el Ayuntamiento de Santiago, líderes de la zona sur y la Dirección Regional de Salud Pública se hizo una acción concentrada de recolección de basura de riesgo para el Dengue o Descacharización.
6. Realización de un Programa de Ambiente Saludable con participación comunitaria, en coordinación con el programa del Centro de Investigación de Vectores de la PCMM, para prevención del Dengue y otras enfermedades de transmisión vectorial.
7. Realización el próximo 3 de diciembre de 1994, del II Seminario de Higiene de los Alimentos esta vez dirigido a chefs, cocineros, manipuladores, ayudantes y todo vendedor ambulante de alimentos.
8. Inicio de un Programa de Salud Rural para el apoyo a las acciones ambientales que SOECI, el CEUR, y otras entidades de protección ecológica realizan en la Montaña del Diego de Ocampo, específicamente en Piché.
9. Actividades permanentes de Educación en Salud realizada por los Departamentos de

Enfermería, Estomatología y Medicina. Estas actividades se efectúan en las comunidades donde se desarrollan los servicios de salud comunitaria en barrios populares de Santiago.

10. Labores permanentes de control de la calidad del agua en los barrios de la zona sur, realizadas por estudiantes y promotores de salud. Mediante el uso de Medidores de Cloro se valora el agua de aquellas casas donde acontecen casos de enfermedad diarreica aguda.

Estas y otras acciones que se están realizando no tendrán la continuidad requerida, si la comunidad no se adueña de las acciones y programas, si en un proceso de Educación Permanente, como ha destacado el profesor Pedro Juan del Rosario, la comunidad no va elevando su participación, niveles de educación y su capacidad resolutoria de los problemas de salud,

Además, la SESPAS debiera poner en marcha el Plan de Modernización que ya está diseñado. Entendemos que el actual Secretario de Salud, está muy interesado en este punto. Pero sobre todo, lo que más puede contribuir en este proceso es la descentralización y desconcentración del sistema de salud, de forma que se le devuelva el poder a la localidad y se aumente la capacidad resolutoria de las áreas de salud.

Por último, no podemos concluir sin reafirmar nuestra misión en el proceso, la universidad como ente formador de recursos humanos, deberá realizar los ajustes y transformaciones necesarias en sus programas, de forma que la estrategia de atención primaria, los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y la protección del Ambiente se incorporen como contenidos educativos tanto clínicos como sociales.

Es pertinente que nuestra entidad se mantenga como mediador y catalizador de este proceso, predicando con el ejemplo, consolidando nuestros programas de salud comunitaria como forma de mantenernos como espacio abierto al diálogo y la negociación de todos los sectores locales y nacionales.

Debemos ser un puente de Diálogo entre los Servicios de Salud y la Comunidad. Un espacio para la reflexión, donde todos los sectores puedan converger en el estudio y valoración de propuestas de desarrollo y fortalecimiento de los programas de salud.

Sobre todo, nuestra entidad, seguirá siendo un FORO abierto donde le DIALOGO, la CONCERTACION y el COMPROMISO se asuman como vía para alcanzar los objetivos solidarios y equitativos de una salud para todos.

Bibliografía

1. Buck, CF., Llopis, A., Najera, E., Terris, M. (1988). *El Desafío de la Epidemiología*. Publicación Científica No. 505. OPS/OMS, Washington DC. P. 3-19.
2. Mckeown, T. y Iowe, C.R. (1981): *Introducción a la Medicina Social*, *Evaluación de las Medidas de Salud*; Siglo XXI, Ed., 1era. ed. Español, p. 17-35.
3. Smillie, W. G. (1952). *"The period of great epidemics in the United States (1800-1875)"*, En: *The History of American epidemiology*. St. Louis, C.B. Mosby Co.

Medio Ambiente y la Salud en la República Dominicana

*Hugo R. Mendoza**

Aunque se destacan evidentes progresos en la salud de la población mundial, particularmente en los países más desarrollados, el panorama se ensombrece particularmente en los llamados países subdesarrollados con el hecho tildado como de "transición epidemiológica" y donde la población se ve afectada no sólo por determinadas enfermedades transmisibles, viejas y nuevas, si no que se hacen evidentes los efectos de otras enfermedades que hasta hace algún tiempo eran consideradas como propias del mundo desarrollado. Y todo ello dentro del marco del aumento de la pobreza y los efectos evidentes de ambientes inadecuados.

En su más reciente informe sobre la Situación Sanitaria Mundial¹ la OMS precisa.

1. La mejoría en las expectativas de vida que ha llegado a promediar 65 años; con 70 años para los países desarrollados y 50 para los países más pobres.
2. La mortalidad infantil y materna aunque con tendencia decreciente en el mundo, se mantiene aún alta, sobre todo la materna, en los países en vías de desarrollo.
3. Las enfermedades infecciosas y parasitarias causan la mitad de todas las muertes de los países pobres; siendo las parasitarias tales como la ascaridiasis (1000 millones de casos), la biliarziasis (900 millones de casos) y la tricolcefalosis (500 millones de casos) las más frecuentes, debiendo señalarse la extensión y potencial incremento de la infestación por giardias.
4. El paludismo y la tuberculosis que se batían en retirada han vuelto a ensombrecer el panorama mundial; no debiéndose dejar de señalar los progresos en combatir determinadas parasitosis regionales tales como la dracunculosis en Africa.
5. Las enfermedades diarreicas continúan siendo importante causa de morbimortalidad, particularmente en la población infantil. La pandemia de Cólera, iniciada hace 30 años se ha expandido a 68 países, habiendo llegado a las Américas, con potencialidades de hacerse endémica.
6. Las infecciones respiratorias agudas apuntan a constituirse en la primera causa de muertes infantiles en los países en desarrollo.
7. Las enfermedades de transmisión sexual siguen siendo parte de los procesos infecciosos más frecuentes, apunyalados por el incremento de las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
8. El cáncer, cuyo reconocimiento precoz, potencializa la posibilidad de prolongar la vida y evitar sus efectos letales, los casos son más numerosos en los países pobres, como

* Médico Pediatra e Investigador. Director del Centro Nacional de Investigación en Salud Materno Infantil (CENISMI).

consecuencia de factores relacionados con hábitos de vida y al medio ambiente.

Esta rápida revisión de los problemas de salud no deben ocultar, no obstante, los progresos en la reducción de determinadas enfermedades infantiles, donde destacan el polio y sarampión, gracias a las acciones de inmunización, así como el descenso de las enfermedades cardiovasculares en los países en desarrollo.

Alteraciones del medio ambiente y sus potenciales y reales efectos en la salud

Los problemas del medio ambiente y sus efectos sobre la salud del hombre han sido clasificados por algunos² en globales, regionales y locales. Los primeros que pueden afectar al mundo en su totalidad, relacionados con las llamadas lluvias ácidas, el deterioro de la capa de ozono que rodea el planeta y el efecto de invernadero por el aumento en la atmósfera de gas “de invernadero” tales como el dióxido de carbono, metano y fluometano que podría conducir al calentamiento del planeta.

Los segundos, o problemas regionales (o nacionales) están relacionados con el control de residuos tóxicos y radioactivos, los desechos médicos, los accidentes del transporte, los aspectos sanitarios de la urbanización y del tráfico, la seguridad e higiene del trabajo y la contaminación del aire y del agua.

Dentro de este grupo cabe destacarse a la deforestación como factor ambiental que directa o indirectamente ejerce efectos deletereos sobre la población, a través de sus efectos potencializadores de la pobreza, nutrición y calidad de la vida.

Los problemas locales, por su parte, relacionados con la insuficiencia del suministro de agua y de las instalaciones de saneamiento, la calidad del agua, la limpieza del aire, el tratamiento de los residuos sólidos, la calidad de la vivienda y el desequilibrio entre los incentivos económicos del desarrollo y una vida decente, es decir la pobreza.

Estos problemas señalados se peculiarizan en los países en desarrollo, donde persisten

situaciones de salud pública resueltos ya en los países ricos, conjuntamente con los nuevos problemas emergentes relacionados con los procesos de industrialización, la urbanización y el desarrollo económico, unido a la plétora demográfica con sus consecuencias de violencia y migraciones masivas.

Muchos de estos factores ambientales, particularmente los de nivel local y regionales, han sido identificados claramente como deletereos a la salud, algunos con características de problemas de salud general, otros más reducidos a poblaciones de riesgo.

Los problemas ambientales del primer grupo, es decir los globales que potencialmente afectan o afectarán al mundo en general, no están aún precisados en cuanto a sus efectos directos a la salud; sin embargo, el aumento de la temperatura del planeta podrían influir en las características epidemiológicas de las enfermedades tropicales.³ El aumento de la pluviosidad y temperatura podría favorecer por ejemplo, la propagación del mosquito anófeles hacia los polos y el paludismo extenderse a regiones donde nunca ha existido. Asimismo, favorecería la propagación de la filariasis al facilitar la reproducción del Aedes.

Por otra parte, el desecamiento y la deforestación podrían influir de forma indirecta en el aumento y propagación de otras enfermedades, al favorecer la pobreza y las migraciones. Asimismo, los efectos de los rayos actínicos y ultravioleta podrían favorecer el desarrollo de cáncer, particularmente de la piel.

Y recientemente, un informe periodístico señala sus posibles efectos en la producción de super-ciclones, con efectos catastróficos sobre las poblaciones, y que ya ha conmovido a las compañías de seguros, hecho que indirectamente afectaría por anticipado, a las mismas poblaciones desde el punto de vista económico.

La situación ambiental y la salud en la República Dominicana

La carencia de información o la información inadecuada definen la realidad del conocimiento de la situación de las potenciales consecuencias del “efecto invernadero” en

nuestro país, particularmente en lo que respecta a la salud.

En ese mismo orden de ideas los problemas ambientales del segundo grupo, todos, han sido identificados en el país como potenciales agresores a la salud, algunos de ellos, preocupantes ya como problema de salud, tales como el tránsito urbano y los accidentes del transporte en carreteras y grandes ciudades.

Sólo por accidentes particularmente de motocicletas se estiman unas dos mil muertes al año y los lesionados con incapacidad temporal o permanente pasan de diez mil, con toda la secuela socio-económica que ello implica, ya que los afectados son en su mayoría adultos jóvenes.⁴

La deforestación constituye, al parecer, el elemento más dramático del deterioro ambiental nacional poniendo en peligro la base de los recursos naturales que sustentan la economía nacional.⁵ Dicho proceso luce ser responsable de problemas tales como la disminución del caudal y desaparición de ríos y arroyos, desabastecimiento o escasez de energía doméstica, erosión de los suelos, particularmente en las laderas de las montañas, déficit en el suministro de agua, perturbación en el patrón de las lluvias, desaparición de plantas y animales con alteraciones de los ecosistemas, aunque, y a pesar de ello se siguen sacrificando anualmente millones de árboles para la producción de carbón y leña así como para las siembras de "conucos", alcanzando el proceso de deforestación un ritmo anual de 0.6%.⁶

Sin embargo, el país conserva aún un 13% de su superficie cubierta por áreas boscosas y nuestra pluviometría media anual es mucho mayor que la media mundial (1500 mm vs. 970 mm).⁷ Asimismo, el escurrimiento anual medio, es decir el agua disponible en corrientes de superficie es de 13 mil millones de metros cúbicos (20000 millones en 1950) que aunque mayor que la media mundial es menor de la media de las Américas, y el potencial subterráneo ha sido estimado en 1500 millones de metros cúbicos con una disponibilidad anual por habitantes de 2000 metros cúbicos, conside-

rando las Naciones Unidas que 1000 metros cúbicos por habitante por año cubrirían las necesidades mínimas disponibles de agua para mantener un equilibrio y desarrollo sostenido.

No existen estudios acabados sobre la contaminación ambiental, pero se sabe que el país está siendo afectado seriamente por la contaminación atmosférica, de sus mares adyacentes y aguas interiores (lagos, lagunas, ríos); la contaminación por desechos sólidos (basuras y desperdicios industriales); por productos prohibidos en las labores agropecuarias y la contaminación sónica. Siendo las compañías mineras, los ingenios azucareros, las refinerías de petróleo, las termoeléctricas, las procesadoras de metales, fábricas de cemento, industrias químicas, mataderos y carnicerías los potencialmente principales contaminantes industriales.⁸

Sin embargo, debe señalarse que su participación directa en la afectación a la salud y la cuantificación de sus efectos no son realmente conocidos.

Sin dudas, que la inadecuada disposición de las escretas, de los desechos sólidos o basura doméstica, unido a la baja disponibilidad de agua potable y la pobre calidad de la misma, el alto uso del carbón y de la leña como energía doméstica y la pobre calidad de las viviendas, constituyen los elementos de ambiente mejores conocidos como incidentes en la morbilidad de la población.

La contaminación por monóxido de carbono en las grandes ciudades, así como la contaminación por plomo, están pendientes aún de estudios categorizantes, aunque su realidad es evidente, particularmente en lo referente al plomo, con estudios que señalan sus efectos en grupos de riesgos y situaciones laborales particulares con el manejo inadecuado del plomo.

Se llega incluso a promover públicamente la venta de productos como tintes para el cabello cuyo ingrediente principal es el acetato de plomo y que exhiben su registro sanitario ante la indolente indiferencia no sólo de las autoridades sanitarias sino de las universidades y Asociaciones de Profesionales⁹

La contaminación sónica que parece ir en aumento en las grandes ciudades y su reper-

cusión en la salud como problema sanitario no ha sido realmente establecido.

La disponibilidad de agua potable por tubería alcanza, según algunos estudios,¹⁰⁻¹¹ del 60 a 70% de la población, aunque un reciente estudio realizado en nuestro Centro¹² y que consistió en el encuestamiento de 10 mil familias, se encontró que solo el 50% tenía acceso agua potable, no obstante el 51% tenía en suministro por tubería domiciliaria. La plena utilización del acueducto del Cibao Central, según informes periodísticos del gobierno elevarían la disponibilidad del agua potable al 70% de las familias dominicanas

El estudio señalado mostró además la alta proporción de familias con disposición de excretas aceptables (inodoros o letrinas) equivalente a un 90%, sin embargo, si nos referimos a la disposición por inodoros o letrinas exclusivos para cada familia, solo el 63% las tenía.

El saneamiento ambiental por otra parte, medido por los procedimientos de disposición de la basura, mostró que solo un 23% de las familias son favorecidas por el medio adecuado de recolección, mediante un sistema público ordenado por el gobierno municipal, siendo la quema de basura (44%) el método más común.

Es de interés puntualizar la ausencia de procedimientos adecuados para el tratamiento de la basura en aquellos municipios donde existe un mecanismo de recolección público.

Importante es señalar la inadecuación en la disposición de aguas negras y residuales. La disponibilidad de un sistema de cloacas es infimamente bajo aun en la ciudad más importante del país, y la contaminación de las aguas subterráneas es una patente situación.

Es de interés señalar que el 40% de la población dominicana consume agua de los acuíferos subterráneos. Cifras de la Corporación de Acueductos y Alcantarillados de Santo Domingo (CAASD), revelan que el 45% de la población de la capital del país consume agua que procede del subsuelo.¹³

El mismo estudio¹⁴ señalado mostró además que el 55% de los hogares utilizaban carbón o leña como combustible; y que el 88% vivía en condiciones habitacionales regulares

(43%) o malas (44%). Debiendo notarse que el 36% de la población duermen en condiciones de hacinamiento.¹⁵

Es de interés señalar que los procesos de clorificación del agua de los acueductos han sido definidos como "intermitentes", sin control y "aprogramáticos".

Estos elementos citados que definen nítidamente el entorno ambiental de la mayoría de las familias dominicanas constituyen sin dudas los más conocidos de íntima relación con la morbilidad, particularmente enfermedades infecciosas, en especial diarrea, infecciones respiratorias y parasitismo intestinal.

La incidencia y prevalencia de diarrea en niños menores de 5 años en la Rep. Dom. es de 7% y 17% respectivamente, constituyendo la causa directa de muertes infantiles más definitiva, siendo responsable de una sexta parte de las muertes de niños menores de un año.^{15,16}

La incidencia de IRA¹⁷ en menores de 5 años, según algunos estudios es de 30% y su prevalencia¹⁵ de 21%, siendo de interés destacar los resultados de uno de los pocos estudios realizados donde se analizan los efectos de la contaminación del hogar con humo de carbón, estudiando los niveles de partículas respirables en el aire como indicador de concentración de humo, y que demostró un riesgo aumentado para padecer infecciones agudas respiratorias bajas en los niños expuestos al humo de carbón.¹⁸

Alrededor del 60% de la población y 80% de los escolares se encontraban parasitados según algunos estudios realizados.¹⁹

De los apuntes anteriores destacan primordialmente la carencia de estudios sistemáticos sobre los problemas del medio ambiente y la salud, particularmente dirigidos a precisar los resultados de causa - efecto, con sus elementos de riesgos y acciones específicas a identificar. El apoyo en tal sentido es una carencia particularmente en nuestro país, resaltando, en consecuencia la deficiencia en recursos humanos debidamente capacitados en el proceso de desarrollo de la investigación, y más aún en el de la programación y ejecución de las acciones.

La orientación profundamente "medicalizada" de la educación médica resalta en todos los programas de enseñanza universitaria haciendo difícil y arduo el proceso de comprensión de los problemas planteados.

Kreisel²⁰ destaca seis puntos fundamentales en el enfoque racional para enfrentar el problema del medio ambiente y la salud.

Primero, mejorar la capacidad de determinar los riesgos para la salud del medio ambiente y de intervenir eficazmente, admitiendo que la evaluación del impacto en la salud del medio, está muy retrasado con relación a las evaluaciones del propio medio ambiente. Es decir, la investigación es prioritaria.

Un segundo punto que enfatiza es la despolitización del problema así como evitar su tratamiento como defecto de organización o de déficit financiero. El problema es uno científico y así debe tratarse y sus soluciones son evidentemente técnicas. La higiene del medio, apunta el autor, debe redefinirse.

El tercer acápite lo refiere a la disponibilidad de recursos adecuados para la atención a la propia higiene del medio, dando énfasis a la formación de recursos humanos y apoyo a la información. Esto es perentorio para los países subdesarrollados que en general carecen de la capacidad aún para medir sus necesidades. La realidad nacional así lo demuestra.

El mejorar los recursos para la salud y la comunidad es la cuarta recomendación del autor, dando énfasis a lo que respecta a la planificación urbana y regional, vivienda, transporte, industrialización, conservación de la foresta, nutrición y organización comunitaria.

La coordinación gubernamental dentro del mismo gobierno y con la comunidad representada por sus grupos organizados constituyen en sí las dos últimas recomendaciones.

Numerosas acciones han sido emprendidas con fines de copar con los diversos problemas ambientales influyentes en la calidad de vida del dominicano, y foros diversos²¹ han sido dedicados y múltiples leyes promulgadas²² en relación al asunto. Sin embargo, poca y dispersa información existe sobre las altera-

ciones ambientales detectadas y sus efectos en la salud y bienestar de la población. Asimismo, los esfuerzos hechos por algunas universidades en el fomento y establecimiento de educación ambiental ha sido notorio, conjuntamente con los diversos programas sociales del gobierno, particularmente de agua y vivienda; sin embargo, un proyecto integral nacional que defina una política ambiental específica con potencialización de la investigación, enseñanza y solución de problemas no ha sido definida. No obstante, la realidad del problema y el procesos de concientización sobre el mismo, mantiene en las perspectivas adecuadas lo que debe y ha de realizarse.^{24, 25}

La revisión de estas observaciones y recomendaciones no nos dejan alternativas si no para el inicio y desarrollo de un proceso que conlleve a un mejor conocimiento de la realidad en la relación del ambiente y la salud, con la cinetización del proceso, por decirlo así, conjuntamente con la mejoría y organización comunitaria con una mejor organización e interrelación de las partes gubernamentales entre sí y la comunidad.

Cuadro 1

Alteraciones del medio ambiente con potenciales y reales efectos sobre la salud.
Globales
Lluvia ácida.
Calentamiento de la tierra.
(Efecto de invernadero).
Deterioro de la capa de ozono de la atmósfera.
Aumento del dióxido de carbono, metano y fluometano.

Cuadro 2

Alteraciones del medio ambiente con potenciales y reales efectos sobre la salud.
Focales o regionales.
Disposición de productos tóxicos y radioactivos.
Disposición de los desechos médicos.
La sanidad urbana y del tráfico.

Los accidentes del transporte.
La seguridad e higiene del trabajo.
La contaminación del aire y de las aguas.
La deforestación.
La pletera demográfica.
Violencia.
Migraciones.

Cuadro 3

Alteraciones del medio ambiente con
potenciales y reales efectos sobre la salud.
Locales

Disponibilidad de agua.
Suministro de agua.
Suministro de agua potable.
Calidad del agua.
Disposición de excretas y residuos sólidos.
La limpieza del aire.
Contaminación ambiental.
Humo del carbón.
Humo del tabajo.
La calidad de la vivienda.
El hacinamiento.
La pobreza.

Bibliografía

1. OMS (1993): Situación Sanitaria Mundial Octavo Informe, 1985-1990.
2. Kreisel W (1990): *La higiene del medio en los años noventa*. Salud Mundial, OMS.
3. Bucher, EH (1990): *Una respuesta mundial al cambio climático*. Salud Mundial, OMS.
4. Armenteros A. (1994): Fundación Progressio.
5. CENISMI (1992): *Situación Alimentaria y Nutricional en la Rep. Dom.*
6. UNDP (1993): *Human Development Report*.
7. INDRHI-OEA (1994): *Plan Nacional de Ordenamiento de Recursos Hidráulicos*. (En preparación).
8. CENISMI: op cit.
9. Armenteros A: op cit.
10. UNICEF (1994): *Estado Mundial de la Infancia*.
11. Medida, V (s/f): *El gasto público en agua potable y alcantarillado en la Rep. Dom.*, Serie Ensayos de Economía No. 6, CIECA, UNICEF.
12. CENISMI (1993): *Primer Censo Nacional de Talla en Escolares del primer año de la primaria*.
13. INDRHI-OEA: op cit.
14. CENISMI: op cit.
15. PRO-FAMILIA (1992): ENDESA 91.
16. Mendoza, HR (1992): *La situación de Salud en la Rep. Dom.* INSALUD, Rep. Dom.
17. Fortuna M y Espinal M (1993): *Morbilidad de la Consulta Externa del Hospital de Niños Robert Reid Cabral*, 1992. Bol. CENISMI; 3:20.
18. Bautista L: *Charcoal (1993): smoke and risk of acute respiratory infections*. Thesis for Doctor of Public Health, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, realizado con la colaboración del CENISMI.
19. CENISMI (1988): *Enfermedades Tropicales en la Rep. Dom. y su repercusión en la salud materno infantil*. Serie de Reuniones Técnicas I.
20. Kreisel W (1990): *La higiene del medio en los años noventa*, Salud Mundial, OMS.
21. Heredia-Lorenzo y VH Delancer (s/f): *Ecología y ambiente en la Rep. Dom.* Discursos y Conferencias de la semana del ambiente celebrado del 3-9 de junio de 1984 y 1985, Ed. Universitaria, Sto. Dgo., Rep. Dom.
22. Pellerano LR y PO Gamundy (1992): *Legislación y política ambiental en la Rep. Dom. Primer panel sobre legislación ambiental en la Rep. Dom.* INTEC Feb., 1992. *Ciencias y Sociedad*; 7: 159-212.
23. IDRHI-OEA: op cit.
24. Comisión Nacional del medio ambiente: (s/f) *Anteproyecto de Ley de Protección y Calidad Ambiental*. (En proceso de estudio por el Poder Legislativo).

Mapa I

Disponibilidad del Agua Potable en la República Dominicana, 1993



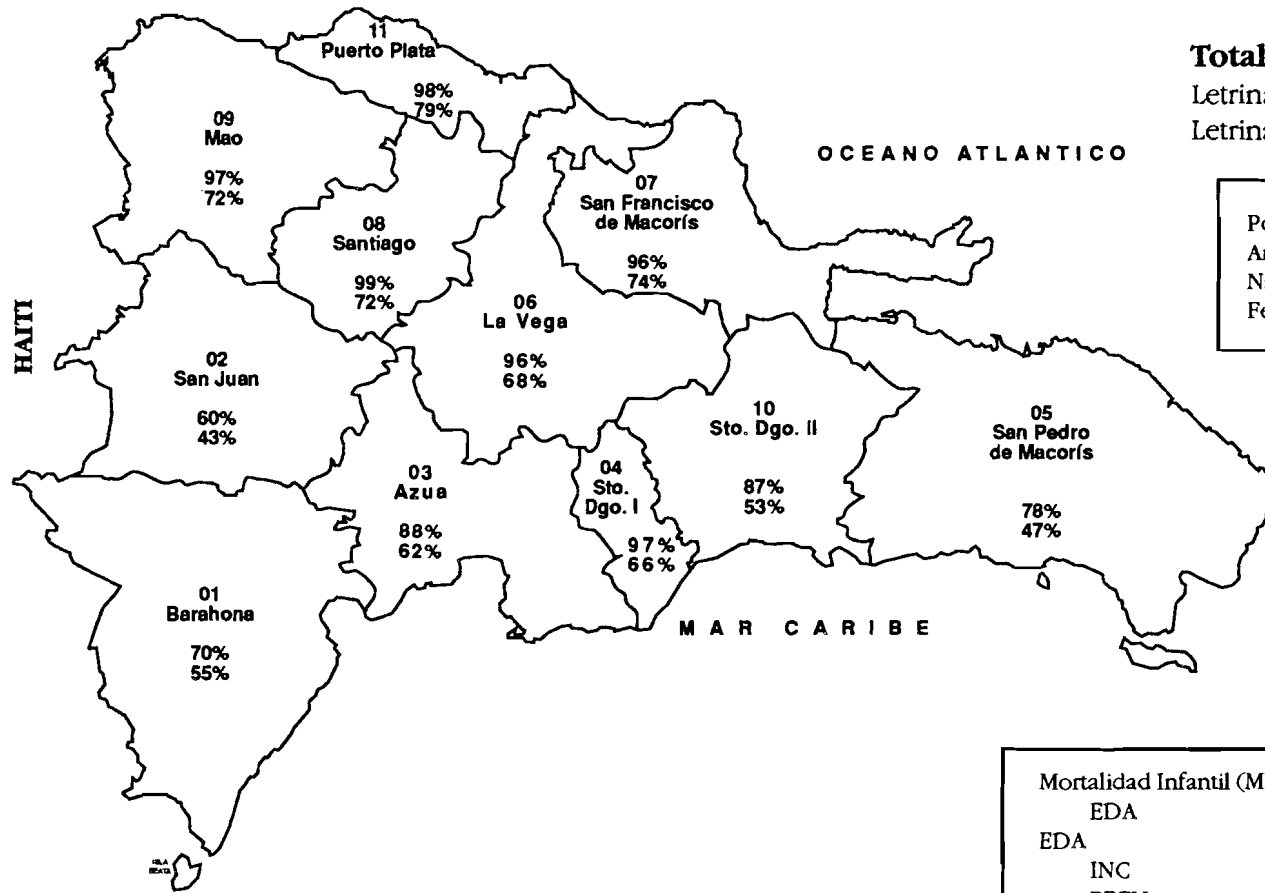
Total Nacional 58%

Población	7,4 Millones
Area	49,000 Km2
Natalidad	28%
Fecundidad	3.1/Madre

Mortalidad Infantil (MI)	43% (1991)
EDA	17%
EDA	
INC	7%
PREV	17%
Bajo peso al Nacer	14% (1990)
Retardo de Crecimiento Intrauterino	28%
Déficit	
peso/edad < 2 DE	10% (1991)
talla/edad < 2 DE	20% (1991)
talla/edad Escolares < 2 DE	19% (1193)

Mapa II

Disposición de Excretas Adecuada (Inodoros o Letrinas) en la República Dominicana, Según Regiones de la SEEBAC, 1993



Total

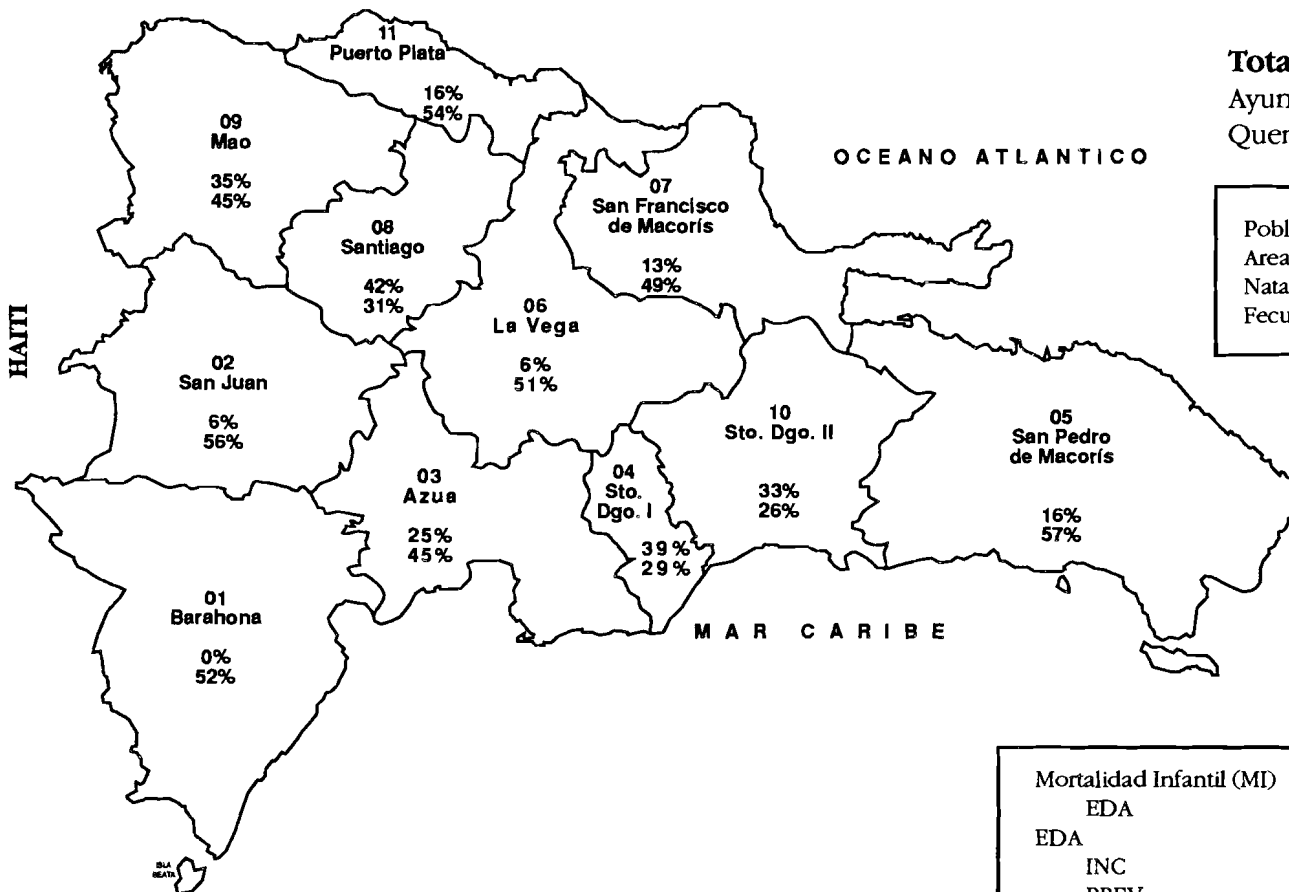
Letrina/Inodoro Púb/Priv	90%
Letrina/Inodoro Privado	63%

Población	7,4 Millones
Area	49,000 Km ²
Natalidad	28%
Fecundidad	3.1/Madre

Mortalidad Infantil (MI)	43% (1991)
EDA	17%
INC	7%
PREV	17%
Bajo peso al Nacer	14% (1990)
Retardo de Crecimiento Intrauterino	28%
Déficit	
peso/edad < 2 DE	10% (1991)
talla/edad < 2 DE	20% (1991)
talla/edad Escolares < 2 DE	19% (1993)

Mapa III

Disposición de la Basura en la República Dominicana, según Regiones de la SEEBAC, 1993



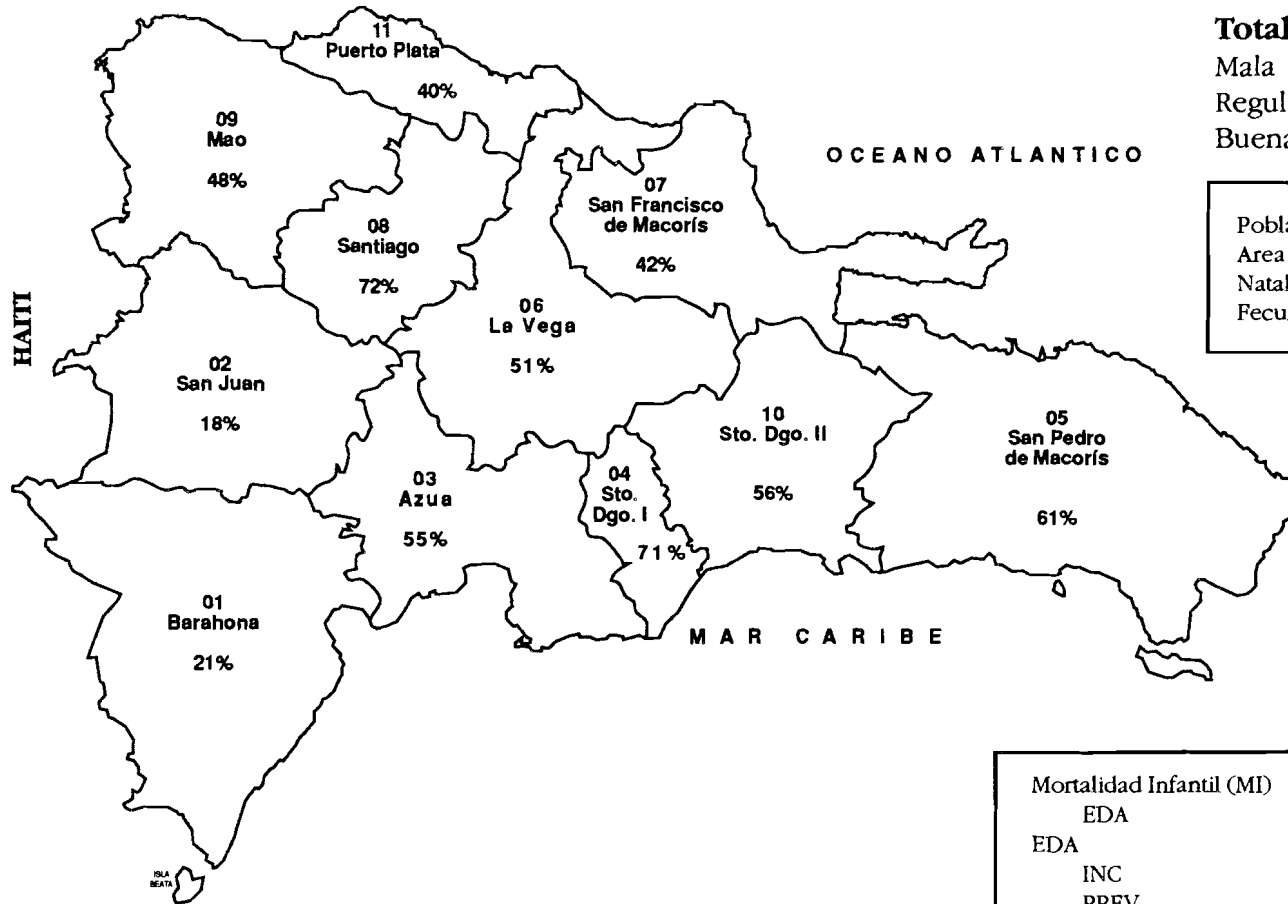
Total	53%
Ayuntamientos	22%
Quema	44%

Población	7,4 Millones
Area	49,000 Km2
Natalidad	28%
Fecundidad	3.1/Madre

Mortalidad Infantil (MI)	43% (1991)
EDA	17%
EDA	
INC	7%
PREV	17%
Bajo peso al Nacer	14% (1990)
Retardo de Crecimiento Intrauterino	28%
Déficit	
peso/edad < 2 DE	10% (1991)
talla/edad < 2 DE	20% (1991)
talla/edad Escolares < 2 DE	19% (1993)

Mapa IV

La Buena o Regular Calidad de la Vivienda en la República Dominicana Según Regiones de la SEEBAC



Total	53%
Mala	44%
Regular	643%
Buena	103%

Población	7,4 Millones
Area	49,000 Km ²
Natalidad	28%
Fecundidad	3.1/Madre

Mortalidad Infantil (MI)	43% (1991)
EDA	17%
INC	7%
PREV	17%
Bajo peso al Nacer	14% (1990)
Retardo de Crecimiento Intrauterino	28%
Déficit	
peso/edad < 2 DE	10% (1991)
talla/edad < 2 DE	20% (1991)
talla/edad Escolares < 2 DE	19% (1193)

Cenismi, 1993

Mapa V

Consumo de Carbón y Leña Como Fuente de Combustible en la República Dominicana Según Regiones de la SEEBAC



Total Nacional 54%

Población	7,4 Millones
Area	49,000 Km2
Natalidad	28%
Fecundidad	3.1/Madre

Mortalidad Infantil (MI)	43% (1991)
EDA	17%
EDC	
INC	7%
PREV	17%
Bajo peso al Nacer	14% (1990)
Retardo de Crecimiento Intrauterino	28%
Déficit	
peso/edad < 2 DE	10% (1991)
talla/edad < 2 DE	20% (1991)
talla/edad Escolares < 2 DE	19% (1993)

Índice

Presentación	5
Prólogo	7
Introducción	9
Primera Parte	
Políticas de Salud y Recursos Humanos	11
I. Desarrollo de Políticas de Recursos Humanos en Salud	13
Las Políticas de Recursos Humanos en Salud en la Región de las Américas	14
Las políticas de recursos humanos de los años 60	15
La década de los 70 y el Plan Decenal de Salud	15
La meta de Salud para todos las Políticas de Recursos Humanos en los 80 y la Situación a iniciarse en los 90	17
Referencias	20
 <i>Dra. María Isabel Rodríguez</i>	
Segunda Parte	
La Universidad y la salud de la población.....	21
II. Función de la Universidad en la Formación de Recursos Humanos	23
1. El proceso de modernización	23
2. Los nuevos cambios y metas	25
3. Nuevo Desarrollo y Universidad	26
Bibliografía	31
 <i>Lic. Rubén Silié</i> <i>Lic. José Agustín de Miguel</i>	
III. Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población	33
1. La Crisis Latinoamericana	33
2. La crisis y la salud	33
3. Universidad y Crisis	34
4. El papel de la Universidad en la Elevación del nivel de salud de la población	35
Bibliografía	37

Dr. Fernando Sánchez Martínez

IV. Respuesta de la Universidad a las Necesidades de Recursos Humanos en Salud	39
--	----

Dr. Mariano Defilló Ricar

V. Transformación curricular en el área de la salud; una visión de la formación de recursos humanos en salud	45
1. Contextualización histórica del problema	45
2. Curriculum o la pertinencia social de la universidad	47
3. Recursos humanos en salud: predicados para una estrategia	48

Víctor Hugo De Lancer, Ph.D.

Tercera Parte

Situación de la oferta y la demanda de fuerza de trabajo en salud	51
--	-----------

VI. Mercado de trabajo, y mercado de trabajo en salud:	
hipótesis para el estudio del caso dominicano	53
1. El mercado de trabajo como esfera de relaciones sociales	53
2. La problemática del mercado de trabajo en América Latina	54
3. Intervención estatal y mercado de trabajo	56
4. Mercados de trabajo institucionalizados: el caso del sector salud	57
Bibliografía	60

Wilfredo Lozano

VI. Situación, oferta y demanda de la fuerza de trabajo en salud en la República Dominicana	61
1. La conceptualización de la fuerza de trabajo en salud	61
1.1. Los conceptos	61
1.2. Las fuentes de datos	62
1.2.1. La oferta	62
1.2.2. La Demanda	62
2. La planificación de la oferta y demanda de fuerza de trabajo en salud en el sector público privado	63
3. Algunas hipótesis de investigación sobre fuerza de trabajo en salud	63
4. Conclusiones	65

Clara Báez

VIII. Oferta de Recursos Humanos en Salud	67
1. Introducción	67
2. Oferta de carreras de ciencias de la salud	68
3. Evolución del ingreso, la matrícula y el egreso estudiantil	68
3.1. Ingreso	69
3.2. Matrícula	70
3.3. Egreso	71
4. Características de la población estudiantil	72
4.1. Distribución por sexo	72
4.2. Nacionalidad	73
5. El contexto	74

6. Algunas consideraciones para el debate	77
Referencias	95

Fátima Guerrero

Cuarta Parte

Saneamiento ambiental y recursos humanos en salud	97
--	-----------

IX. La situación Sanitaria y Ambiental en la República Dominicana y el Desarrollo de los Recursos Humanos Requeridos	99
1. Los problemas más relevantes	99
Sobre el Agua	99
Sobre la recolección y disposición de aguas residuales	99
Sobre la recolección y disposición de desechos sólidos	99
Sobre la contaminación ambiental	100
Riesgos del medio laboral	100
2. Análisis situacional de los recursos humanos con que cuenta el país para enfrentar los problemas señalados	100
2.1. El sector formador	100
Los recursos humanos que dispone el servicio	102
3. Orientaciones de la OPS/OMS	104
4. Reflexiones Sugeridas	105
Bibliografía Consultada	106

Lic. Rosa María Borrell Bentz

X. Impacto de las políticas ambientales sobre la salud de la población dominicana	167
Un abordaje metodológico para una posterior exposición	107
Un tema para desarrollar	107
Una conclusión para pensar	108

Pedro Juan del Rosario

Américo Badillo

XI. Situación ambiental en la República Dominicana y respuesta de las Universidades Nacionales	109
1. Introducción	109
2. Desarrollo	109
2.1. Medio Físico-Biológico	109
2.2. Medio Socio-económico	110
2.3 Medio Psíquico	110
3. Instituciones relacionadas al área	110
4. Respuesta de la universidades	110
5. Conclusiones y recomendaciones	110

Ing. José del Carmen Bautista Perdomo

XII. Situación de las aguas y de los desechos sólidos	113
1. Introducción	113

2. Situación del agua potable en la República Dominicana	113
Agua potable en la Ciudad de Santo Domingo	116
3. Alcantarillados sanitarios y excretas	117
Alcantarillado Pluvial en la ciudad de Santo Domingo	119
4. Residuos Sólidos	123
5. Perspectivas	126

Por Ing. Roberto Castillo Tió

XIII. El saneamiento del ambiente y la salud de la población	
Plan regional de inversiones en ambiente y salud	127
Introducción	127
Antecedentes	129
Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud	129
Estrategias de implementación	131

Ing. Luis Alberto Leal

Quinta Parte

Comunidad y recursos humanos en salud 133

XIV. Formación Profesional y Salud Comunitaria	135
Introducción	135
1.1. La Comunidad	135
1.2. La organización de la Comunidad	136
1.3. Promoción de Recursos Humanos	136
1.4. La Universidad	137
1.5. Formación profesional y salud comunitaria	138
1.6. Conclusiones	139
Bibliografía	140

Dr. Miguel Suazo

XV. El IDDI, el Desarrollo y la Salud Comunitaria	141
Introducción	141
Punto 1: Es necesario fundamentar las políticas y acciones de desarrollo en principios claros, coherentes y justos	142
Punto 2: Promover la unificación de los sectores que componen la sociedad dominicana	142
Punto 3: El rol de las ONGs en el desarrollo nacional	143
Punto 4: Es necesario atender las causas de nuestros problemas y no solamente los síntomas	143
Punto 5: La salud comunitaria como catalizador de cambios	144
Punto 6: Conclusión	144

David Luther

XVI. Salud y participación comunitaria	147
1. El sistema dominicano de salud y la participación comunitaria	147

Dr. Onofre Rojas

Sexta Parte

Vigilancia epidemiológica y recursos humanos en salud..... 153

XVII. Principales problemas y retos para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica en el país, la perspectiva de los niveles locales	155
--	-----

Dr. Fernando Rojas

XVIII. Avances y limitaciones del desarrollo de la capacidad de análisis de la situación de salud y condiciones de vida para la planificación y toma de decisiones de las intervenciones del sector salud	159
---	-----

Dra. Fátima Guerrero

Septima Parte

Economía campesina, medio ambiente y recursos humanos en salud..... 165

XIX. El campesino dominicano: cultura, ambiente y salud	167
Introducción.....	167
1. Crítica a algunos enfoques	167
2. La cultura campesina	169
3. Cultura y gestión ambiental	172
4. Crisis de los sistemas campesinos	179
5. Racionalidad Campesina	180
6. El desarrollo sustentable en las sociedades locales rurales	181
Bibliografía	184

Pedro Juan del Rosario

Américo Badillo

XX. Ambiente y Salud	187
1. Aspectos Históricos de Ambiente y Salud.....	187
2. El Ambiente como Factor Precipitante de Salud/Enfermedad	188
3. Algunas experiencias en programas conjuntos de ambiente y salud	189
Bibliografía	193

Dr. Rafael Fernández Lazala

XXI. Medio Ambiente y la Salud en la República Dominicana.....	195
Alteraciones del medio ambiente y sus potenciales y reales efectos en la salud	196
La situación ambiental y la salud en la República Dominicana	196
Bibliografía	201

Hugo R. Mendoza

Indice Cuadros y Gráficos

Tabla No. 1 Ingresos en Carreras de Ciencias de la Salud en Universidades Dominicanas, 1984-1990	68
Tabla No. 2 Evolución de la Matrícula de Ciencias de la Salud en Universidades Dominicanas. Rep. Dom. 1973-1990	69
Tabla No. 3 Egresos de Ciencias de la Salud en Universidades Dominicanas. Rep. Dom. 1973-89	70
Tabla No. 4 Distribución Porcentual de la Matrícula de Medicina, Odontología, Enfermería y Bioanálisis. Rep. Dom. 1984-90	71
Tabla No. 5 Porcentaje de Mujeres Matriculadas en Carreras de Ciencias de la Salud. Rep. Dom. 1984-90	73
Tabla No. 6 Porcentaje de Matriculados Extranjeros en Ciencias de la Salud Rep. Dom. 1984-90	72
Tabla No. 7 Establecimientos Públicos y Privados en el Sector Salud en la República Dominicana. 1963 y 1976	75
Gráfico No. 1 Ingreso Ciencias de la Salud Universidades 1984-90	81
Gráfico No. 2 Matrícula Ciencias de la Salud. 1973-90.....	82
Gráfico No. 3 Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90Gráfico No. 2.....	83
Gráfico No. 4 Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90	84

Gráfico No. 5	
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90	85
Gráfico No. 6	
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90	86
Gráfico No. 7	
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90	87
Gráfico No. 8	
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90	88
Gráfico No. 9	
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90	89
Gráfico No. 10	
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90	90
Gráfico No. 11	
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90	91
Gráfico No. 12	
Ingreso Medicina Según sexo 1984 y 90	92
Gráfico No. 13	
Evolución Matrícula Medicina Universidades. 1973-90	93
Gráfico No. 14	
Ingreso Medicina Según sexo 1984 y 90	94
Cuadro 1	
Profesión de Becario - Período 1983-87	101
Cuadro 2	
Campos de Estudio - Período 1983-87	101
Cuadro No. 3	
Distribución de los Recursos Humanos en Salud Según Tipo e Institución, 1993	102
Cuadro No. 4	
Número de Supervisores Oficiales de Saneamiento en SESPAS	103
Durante los años 1980-1990	
Cuadro No. 5	
Oficiales y Supervisores de Saneamiento a Nivel Regional	103
Cuadro No. 6	
Requerimientos de Recursos Humanos en el Area de Saneamiento	
Ambiental en la Rep. Dom. Período 1992-2010	104

Cuadro 11.16	
Producción de Basura en la Ciudad de Santo Domingo	124
Cuadro 11.17	
Producción de Basura en la Ciudad de Santo Domingo	124
Figura 1	174
Figura 2	177
Figura 3	179
Mapa I	
Disponibilidad del Agua Potable en la República Dominicana, 1993	202
Mapa II	
Disposición de Excretas Adecuada (Inodoros o Letrinas) en la República Dominicana, Según Regiones de la SEEBAC, 1993	203
Mapa III	
Disposición de la Basura en la República Dominicana, según Regiones de la SEEBAC, 1993	204
Mapa IV	
La Buena o Regular Calidad de la Vivienda en la República Dominicana Según Regiones de la SEEBAC	205
Mapa V	
Consumo de Carbón y Leña Como Fuente de Combustible en la República Dominicana Según Regiones de la SEEBAC	206

Impreso en Editora Taller en febrero de 1996.
En una tirada de un mil (1,000) ejemplares