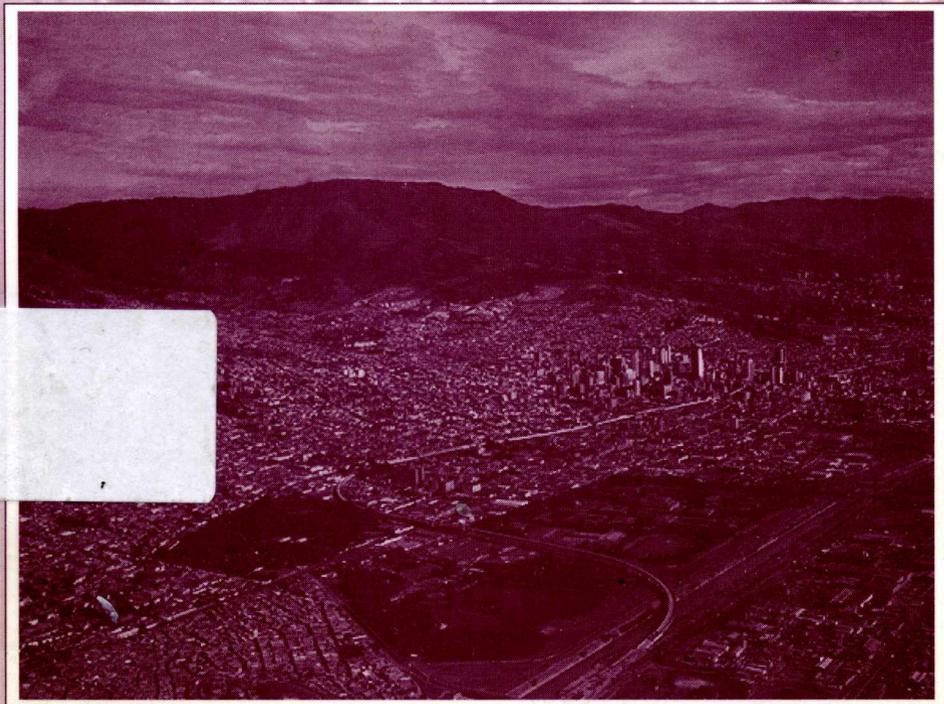
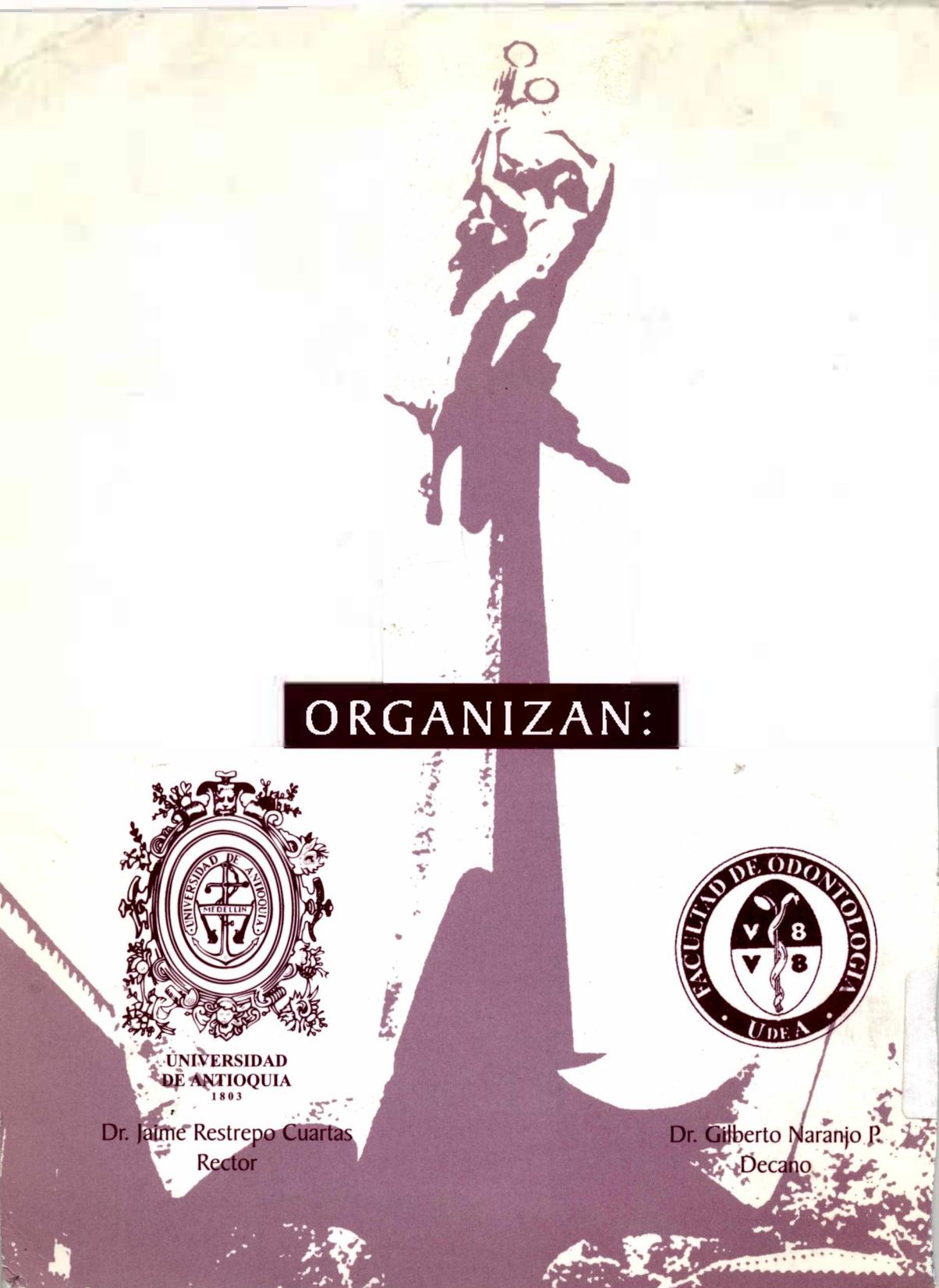


MEMORIAS

IX CONFERENCIA OFEDO UDUAL

Septiembre 4 y 5 de 1997





ORGANIZAN:



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

Dr. Jaime Restrepo Cuartas
Rector



Dr. Gilberto Naranjo P.
Decano

OFEDO - U.D.U.A.L.
ORGANIZACIÓN DE FACULTADES, ESCUELAS
Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGÍA
UNIÓN DE UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA 1995-1997



JUNTA DIRECTIVA 1995 - 1997

PRESIDENTE Dr. Fernando Sáenz Forero Costa Rica Decano, Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica	SECRETARIO EJEC. Dr. Mario Rodríguez C., Profesor de Programas Comunitarios Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica
VICEPRESIDENTE	Dr. Luis Anibal Restrepo Soto Colombia Decano, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia
VICEPRESIDENTE	Dr. Juan Antonio Pezza Argentina Decano, Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires
VOCAL	Dr. Anastasio Carrillo México Decano, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
VOCAL	Dr. Nelson Novarro Cerrud Panamá Decano, Facultad de Odontología, Universidad de Panamá
VOCAL	Dra. Melba Díaz de León Venezuela Decana, Facultad de Odontología, Universidad de los Ángeles, Mérida
VOCAL	Dr. Telmo Meroni Brasil Decano, Facultad de Odontología, Universidad de Rio de Janeiro

CONTENIDO

1. Palabras inaugurales (Fernando Saenz Forero)	5
2. Palabras inaugurales (Gilberto Naranjo Pizano)	7
3. La reforma de la salud y la educación (Jaime Restrepo Cuartas)	9
4. La formación de los profesionales de la salud ante los procesos de reforma del Estado (Francisco Gómez - Pireneau)	14
5. Reflexión sobre la vigilancia epidemiológica en la fluoruración de la sal (Hernando Milina Saldarriaga - Gustavo López y Mercedes Ramírez)	30
6. La investigación odontológica en Colombia (Iván Darío Jiménez Vargas)	59
7. El cáncer oral (Madeleine Howard Mora)	63
8. Relatoría (Blanca Cecilia Nieva R.)	68
9. Sistema de prepagos en odontología - Visión Argentina (Ariel Oswaldo Gómez)	71
10. Los procesos de reforma sectorial en la región (Patricio Yepes)	83
11. Situación actual y tendencia de la reforma (Patricio Yepes)	101
12. Los retos de la universidad sector salud en la reforma del Estado en América Latina (Guido Miranda G.)	104
13. Acreditación en Colombia (Ramses Hakim Murad)	116
14. La odontología alternativa una propuesta (Gilberto Naranjo Pizano)	130
15. Prevención oral en el paciente adulto mayor (Fernando Saenz Forero)	140
16. Universidad y salud (Raul Mejía Villa)	154
17. Atención odontológica en Colombia - Relatoria (Jaime Posada Arango)	162
18. Organización de Facultades, Escuelas, Departamentos (Enrique Conti Bautista)	166

PRESENTACIÓN

La Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología, de la Unión de Universidades de América Latina, inició la celebración de sus conferencias, a partir del mes de octubre de 1980, con una orientación referida a «HACIA UNA NUEVA ODONTOLOGÍA» para la subregión.

Ha correspondido la celebración de la IX Conferencia, a Colombia, en la sede de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, en Medellín del 4 al 6 de septiembre de 1997.

El temario se ha desarrollado manteniendo una línea conceptual y doctrinaria acorde con los postulados, expresados desde el inicio, pertinentes al desarrollo de una odontología alternativa de una práctica odontológica que, de una manera contextualizada, vaya dando respuesta acorde con nuestra realidad.

Esta vez se recopilan los documentos producto del trabajo ejecutado, según la programación que se adjunta. De esta manera, el seguimiento del desarrollo del OFEDO, se hace posible, con este testimonio escrito, del evento celebrado.



PALABRAS DEL PRESIDENTE DE OFEDO-UDUAL
DOCTOR FERNANDO SAENZ FORERO
EN EL ACTO INAUGURAL DE LA IX CONFERENCIA

Es motivo de gran satisfacción poder inaugurar esta IX Conferencia de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina (OFEDO-UDUAL), en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, en esta pujante ciudad de Medellín, Colombia.

La Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia es un excelente ambiente para la realización de este evento, ya que a través de su historia ha ejercido un gran liderazgo en el campo de la innovación curricular en odontología.

Desde los años 50, con el Plan Burket, la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, fue desarrollando ese liderazgo, que se consolidó en los agitados años 60, cuando se cuestionó la odontología tradicional, en los tres seminarios latinoamericanos sobre la enseñanza de la odontología, auspiciado por la OPS y OMS, periodo donde algunos consideran la época dorada de esta facultad, a la que se llamó el "Faro de América Latina".

En la década de los 70, esta facultad presentó propuestas como la creación de un departamento de Odontología Social, la formación de Personal Auxiliar y la de Clínicas Integrales.

En los años 80 se plantea el objetivo curricular de producir un profesional integral capacitado para abordar problemas diferentes a los estructuralmente biotécnicos.

Es además Medellín, la pionera en fluoruración de acueductos en Latinoamérica en 1961, y en la investigación de la sal como medio masivo para fluorurar (1973) en las comunidades de Armenia, Don Matías, Montebello y San Pedro; iniciativas en las que participaron distinguidos docentes de esta facultad como los doctores Arango Botero y Mejía Villa.

Esta conferencia reunirá a decanos, conferencistas, docentes e investigadores del área latinoamericana; vemos en la programación el desarrollo de temas de gran actualidad como: los procesos de reforma del estado y su relación con los profesionales en salud; los retos de la universidad y el sector salud, acreditación, odontología alternativa, etc.

Se han abierto en esta oportunidad para hacer mas atractivo el evento, conferencias

sobre temas de gran importancia epidemiológica, como cáncer oral; o de importancia en el futuro inmediato, como la Odontología Geriátrica, entre otros.

Durante estos 18 años de realizar sistemáticamente cada bienio estas conferencias de OFEDO, nuestra organización se ha convertido en la conciencia crítica de la enseñanza odontológica.

Desde estos foros se ha cuestionado la práctica profesional dominante y la enseñanza tradicional, logrando desarrollar con el tiempo todo un marco conceptual que ha establecido claros paradigmas que han propuesto la concatenación entre la enseñanza odontológica, la práctica profesional y la realidad socio-política del entorno latinoamericano, produciendo un concepto de odontología alternativa, que ha logrado ir desarrollando a través de estos años estrategias que permitieron modificar el modelo de atención odontológica prevalente, eminentemente tecnicista, por uno que integrara otros conceptos, y cuya definición conceptual se estableció por última vez en la reunión de Santo Domingo, República Dominicana en 1989; la cual planteaba que frente a las grandes necesidades relacionadas con el componente bucal de la salud de la población latinoamericana; era necesario una respuesta científico técnica de la odontología para la década del 90, con la participación de la sociedad civil en la búsqueda de soluciones concretas para cada uno de nuestros países.

En resumen, OFEDO plantea el compromiso de trabajar las academias junto con los servicios y el sector civil, con base en la atención primaria de la salud que incluye la participación popular organizada, la descentralización, la tecnología apropiada, incluyendo en este trabajo no sólo el equipo odontológico, sino el equipo interdisciplinario, multiprofesional e intersectorial; tomando como modelo la integración de la docencia con el servicio y la investigación.

Este compromiso será concretizado en el nivel local y tendrá como objetivo fundamental la transformación del perfil epidemiológico de la salud oral de las grandes mayorías y la práctica odontológica vigente en Latinoamérica.

Deseamos felicitar al Doctor Gilberto Naranjo Pizano, Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia y a la Doctora Ana María López P, Coordinadora de Educación Continua, por los esfuerzos realizados para la consecución de este magno evento y agradecer al Doctor Jaime Restrepo Cuartas, Rector de la Universidad de Antioquia y al Doctor Luis Carlos Muñoz, Director del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, y demás entes estatales y privados que apoyaron este encomiable esfuerzo académico.

Muchas gracias.

PALABRAS INAUGURALES DE LA
IX CONFERENCIA DE OFEDO/UDUAL
SEPTIEMBRE 4, 5 Y 6 DE 1997

Dr. Gilberto Naranjo



Es motivo de nuestra más profunda complacencia poder hoy ser sede para la realización de la IX conferencia de OFEDO/UDUAL; ser los anfitriones de un evento cumbre para analizar y formular propuestas orientadas a la supervivencia y competitividad de América Latina de cara al futuro, de cara al milenio por llegar, particularmente en lo relacionado con las reformas del Estado, la salud y la educación superior.

Al analizar la agenda propuesta, se destaca como esta cita tiene, sin duda, un gran sabor de alma latina. Se percibe en el ambiente un sentimiento emancipador, como el que inspirara a nuestros inmortales próceres en su gesta libertadora. Hoy podemos sentir y revivir sus sueños por alcanzar la unidad de América Latina, como un gran pueblo sin fronteras, dispuesto a luchar solidariamente, compartiendo intereses y responsabilidades, de tal forma que sea posible para todos, superar las inmensas dificultades de diverso orden y las grandes amenazas que se ciernen sobre nosotros, en un mundo como el actual, caracterizado por esquemas neoliberales, marcado por la apertura de fronteras y el encogimiento planetario, fruto de las telecomunicaciones, y por un nuevo orden mundial determinado por los avances científicos y tecnológicos los cuales constituirán la nota dominante hacia el futuro. Así las cosas, el quehacer universitario será fundamental para generar nuevos conocimientos, ampliar los existentes y transmitirlos para la construcción de la sociedad del futuro. Si aceptamos como premisa de partida que la educación es conocimiento (generado, ampliado o transmitido), y que la competitividad, actual y futura, dependerá en buena parte del acceso a ese conocimiento, como recurso clave, en este orden de ideas, la competitividad permanente será la única garantía de supervivencia, por lo cual se hace imperativo integrar las bases conceptuales para apropiarnos el conocimiento universal y lograr con él un aprendizaje significativo para el desarrollo.

Para ello, es absolutamente necesaria, imperativa, una actitud nueva en nuestras gentes, asumiendo el cambio como consustancial a nuestro ser y quehacer, con una enorme disposición a la renovación constante de las estructuras y métodos de trabajo, y teniendo la flexibilidad como norma, en lugar de la rigidez y el apego a tradiciones inmutables.

Sólo fortaleciendo nuestros lazos de unidad, y con un decidido espíritu de cooperación permanente podremos mirar el futuro con esperanza. Más, si por el contrario, perpetua-

mos la marcha aislada e independiente de nuestras diferentes regiones, seremos tan débiles que nuestros días estarán contados e inexorablemente sucumbiremos.

Celebro esta cita de la IX Conferencia, con la esperanza de que el fruto de sus reflexiones sea la formulación de las mejores respuestas a las necesidades concretas de la comunidad de América Latina.

Bienvenidos todos, y ojalá, que en un futuro próximo, podamos aseverar a viva voz, con gran firmeza, que ciertamente tuvo sentido el habernos reunido para construir la esperanza de nuestros pueblos.

Medellín, 4 de septiembre de 1997

GILBERTO NARANJO PIZANO
Decano

LA REFORMA DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN

Dr. Jaime Restrepo Cuartas

Una posición para la discusión
IX Conferencia Ofedo/Udual.
La reforma de la salud y la educación

Factores que afectan la educación superior.

- Ley 100 de 1993
- Obsolescencia de los modelos pedagógicos

La reforma de la salud y la educación

- Modelo anterior: Escuela francesa
- Modelo Actual: Norteamericano (Flexner)

La reforma de la salud y la educación

Características del modelo Francés

- Es un modelo racionalista, basado en la investigación empírica
- Primó en las universidades colombianas en la primera mitad del siglo XX

La reforma de la salud y la educación

Inconvenientes del modelo francés

- Eminentemente individualista
- Educación tutorial
- Prevalencia del ensayo - error

La reforma de la salud y la educación

Características del modelo norteamericano (Flexner)

- Le da inicio a la investigación científica, impone los laboratorios y le da comienzo a la experimentación.
- Crea los Departamentos y las especialidades.

La Reforma en Salud y la educación

Inconvenientes del modelo de Flexner

- Perpetúa el individualismo
- La enseñanza es por compartimentos
- La investigación es individual
- No hay interdisciplina

La reforma en salud y la educación

¿Se requiere un nuevo modelo de educación en salud?

La Reforma en Salud y la educación

- ¿Qué requiere la actual educación en salud?
Formación integral
Interdisciplinariedad
Trabajo colectivo

La reforma en salud y la educación

- El individualismo es hoy un obstáculo para el progreso.
- Los conocimientos son cada vez mayores
y es posible su apropiación por un sólo individuo

La Reforma en Salud y la educación

- Nuestros modelos no pueden ser impuestos. Tienen que obedecer a nuestras necesidades.
- Nuestro rediseño curricular debe ser autóctono.

La Reforma en Salud y la educación

- La universidad debe ser autónoma en su rediseño curricular, pero tiene que tener en cuenta las condiciones del país.
- Colombia es un país de regiones, con grave desigualdad social, con pocos valores académicos compartidos.

La Reforma en Salud y la educación

Características del nuevo modelo

- No debe limitarse a un sólo aspecto del saber general
- Debe basarse en una sólida formación integral
- Debe ser interdisciplinario

La Reforma en Salud y la educación

Propuestas que conducen a un nuevo modelo educativo en salud.

1. Incrementar las prácticas y fomentar la investigación.
2. Reforma académico-administrativa - modelos interdisciplinarios
 - Institutos y escuelas
 - Corporaciones académicas.
3. Flexibilizar el plan de estudios
4. Docencia, investigación y asistencia por medio de grupos interdisciplinarios de trabajo.
5. Cambiar el modelo pedagógico
6. Introducir las nuevas tecnologías

La Reforma en Salud y la educación

¿Qué debe buscar el nuevo modelo de salud?

La Reforma en Salud y la educación

1. Calidad
2. Equidad
3. Universalidad
4. Eficiencia
5. Eficacia

La Reforma en Salud y la educación

1. La calidad

La Universidad puede jugar un papel:

- Mejorando la calidad del profesorado
- Incrementando las prácticas y trabajando con base en la solución de problemas
- Incorporando los estudiantes a la investigación
- Cambiando el modelo pasivo por uno activo
- incorporando las nuevas tecnologías

La Reforma en Salud y la educación

2. La Equidad

Depende fundamentalmente de los recursos y de su adecuada distribución, papel que le corresponde principalmente al Gobierno

La Reforma en Salud y la educación

3. La Universalidad

- La cobertura en salud debe garantizarla el Estado, pero la Universidad debe formar el personal necesario
- La calidad debe preservarse en la ampliación de la cobertura.

La Reforma en Salud y la educación

4. La Eficiencia

- Depende de la adecuada utilización de los recursos Estado
- Establecimiento de indicadores (Estado, Universidad, Comunidad)

5. La Eficacia

- La determinan los resultados que se tengan en la comunidad

La Reforma en Salud y la educación

Los nuevos modelos en salud deberían consultar la opinión del Gobierno, las Universidades y la Comunidad

La Reforma en Salud y la educación

El Gobierno

- Tiene a su cargo la responsabilidad de mejorar el nivel de vida
- Debe hacer una adecuada redistribución del ingreso
- Debe establecer la prioridad en salud
- Debe mejorar la infraestructura sanitaria

La Reforma en Salud y la educación

La Universidad

- Debe investigar los modelos más adecuados en salud
- Debe formar el personal en todas las áreas del saber, con calidad y con la suficiente formación integral.

La Reforma en Salud y la educación

La comunidad

- Debe participar en el modelo
- Debe contribuir a su evaluación
- Debe retroalimentarlo
- Debe colaborar a la fijación de prioridades

La Reforma en Salud y la educación

- Estas propuestas buscan incentivar el debate, y propiciar que juguemos un papel en el modelo de salud y en la educación en salud que el país necesita

La Reforma en Salud y la educación

Agradecimiento a la IX Conferencia OFEDO/UDUAL y a la Facultad de Odontología

LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE LOS PROCESOS DE REFORMA DEL ESTADO

Dr. Francisco GÓMEZ-PERINEAU*

PRELIMINARES

Quiero agradecer a la Facultad de Odontología, Facultad hermana, y a la organización OFEDO/UDUAL, por la invitación a participar en ésta conferencia internacional. Agradecer a la Dra. Ana María López por su labor eficaz. Doy testimonio de su capacidad de organización y de su tolerancia con mi indisciplina. Agradecer, también, al Dr. Raúl Mejía, relator de esta ponencia, por su capacidad para escuchar y su benevolencia para leer este texto. Tengo muy buenos amigos en la facultad de Odontología: grandes amigos. Sospecho que ellos tuvieron algo o mucho que ver con el hecho de que yo esté hoy aquí, frente a Ustedes. Eso me confirma, una vez más, que el afecto y la sensatez son dos cosas completamente antagónicas. De todas maneras, gracias también, a Alberto y Alejandro.

1. INTRODUCCIÓN

¿Qué hace un cirujano cardiovascular, se preguntarán Ustedes, en medio de una reunión de odontólogos, hablando sobre la reforma del Estado y la enseñanza de las llamadas profesiones de la salud? La verdad, es que yo me hecho la misma pregunta, a lo largo de estos meses, desde cuando se definió mi participación. Todavía, en este momento, me la sigo haciendo.

No soy un experto en políticas de Estado, ni en Salud Pública. Conozco los principios y las leyes de la reforma más por mi carácter de prestador de los servicios o de usuario potencial, que por ser un estudioso de las mismas. La única carta posible que tengo para presentarme ante ustedes es la de haber sido y de ser, por casi veinte años ya, un profesor universitario, constantemente preocupado, eso sí, por la forma como debemos enseñar a nuestros muchachos, no sólo a ser buenos médicos, sino, compartiendo, sin reservas, el ideario propuesto por la Facultad de Odontología, a ser buenos ciudadanos, hombres con "una nueva cultura, una filosofía fundamentada en el amor, la verdad, la justicia, la equidad, el respeto, la humildad y el perdón, manteniendo una actitud respetuosa, tolerante, desprevenida, amable, generosa, responsable, honesta, flexible, proactiva, perseverante, disciplinada y solidaria".

Les solicito de antemano que asuman una actitud crítica frente a los criterios y opiniones

que voy a tratar de exponer en seguida. Que sean opiniones personales o prestadas aquí y allá por diferentes autores y personas, las planteo, siempre, como un punto de partida; como un elemento para la discusión y por consiguiente, carecen de todo carácter categórico.

Finalmente, quiero anticipar el significado que daré, siempre, a lo largo de esta lectura, a los términos MEDICO y MEDICINA. Me referiré a ellos para hablar de las personas y las tareas que se ocupan del sufrimiento humano. Odontólogos, enfermeros, sicólogos y médicos se incluyen, por consiguiente, en esta categoría. La palabra Médico lejos de querer identificar y discriminar, en este caso, pretende reunir y recoger. Lo hago porque, por razones que quizá quedarán claras más adelante, pienso que las expresiones "recursos humanos o trabajadores de la salud", tomadas del lenguaje administrativo o gremial son instrumentales y resultan muy limitadas para dar cuenta de todo lo que conlleva el llamado acto médico. En particular, me parece que hablan del oficio, pero no del espíritu con el que este oficio se ejerce.

2. LA REFORMA DEL ESTADO. ORIGENES Y CARACTERISTICAS.

2.1 EL FENOMENO DE LA DESILUSION

Mientras estamos aquí reunidos, hablando de estos temas, una nave espacial que lleva muestras de nuestra civilización, en nombre de la humanidad, se aleja cada vez más del sistema solar y pronto, abandonando la vía láctea, se perderá en el infinito. Su improbable misión es la de ser hallada, en las soledades del espacio, por otros posibles seres inteligentes del universo. Cuando ese encuentro ocurra y los extraños vecinos hayan estudiado la muestra del ADN humano, hayan descifrado el mensaje de paz escrito en código binario, hayan escuchado con deleite las grabaciones de la Novena Sinfonía de Beethoven o el canto de amor de las ballenas jorobadas, entenderán que esa nave, provenía de un planeta lejano, habitado por seres genéticamente complejos, pacíficos, inteligentes, capaces de entonar en coro canciones de amor por sus hermanos y cuidadosos hasta el extremo de su naturaleza y de sus animales. Querrán entonces venir a visitarnos. Se sorprenderían bastante al saber que el mensaje de paz fue escrito por el presidente de una de las naciones más violentas de la tierra, involucrada, directa o indirectamente, en casi todas las guerras fratricidas que ha tenido la humanidad desde su independencia hace más de doscientos años y que, de las ballenas jorobadas ya casi no queda sino esa grabación de sus gritos de amor, perdida en el infinito.

La conquista del espacio puede ser entendida como el paradigma del progreso científico y tecnológico alcanzado por el hombre en este final de siglo. Para que una nave espacial pudiera enviarnos fotografías desde un planeta lejano, (sólo un poco más de cien años después del descubrimiento de la fotografía por Niepce y Daguerre), se necesitó el esfuerzo enorme y sostenido de cientos de hombres y mujeres que, a lo largo de la historia, han desarrollado el pensamiento científico y sus distintas aplicaciones tecnológicas. ¿Si la domi-



nante cultural de este fin de siglo es el desarrollo formidable de la ciencia y de su cara visible, la tecnología, si estamos en presencia de tan asombrosos progresos, para qué cambiar? ¿Para qué reformar? ¿Por qué no continuar este mismo camino de progreso y felicidad? La respuesta a estas preguntas no es, obviamente muy fácil. El hombre moderno, en él incluido el médico, solo acepta la posibilidad de creer que el mundo en que vive, está firmemente sustentado en las ciencias y en la tecnología, en la razón y por consiguiente, en la verdad. La premisa de la modernidad puede resumirse así, desde Descartes. La razón lleva a la verdad o, en otras palabras, sólo lo razonable es verdadero. O, como lo postulaba el famoso Círculo de Viena, sólo lo que es verificable es científico y sólo lo científico es conocimiento.

Pero, desde luego, existe la posibilidad de aproximarse a los interrogantes antes señalados, mediante otro tipo de preguntas que están directamente relacionadas con las primeras, puesto que tienen que ver con el hombre mismo y con el sentido de su existencia. Para algunos pensadores y para no pocos científicos, pueden parecer absurdas e inoportunas (Sagan). Pero, por lo menos hasta ahora, nadie ha negado el derecho a que sean formuladas. He aquí, algunas de ellas : ¿Por qué, más de la mitad de los habitantes de la tierra viven en condiciones de miseria, hambre, enfermedad y pérdida de su dignidad? ¿Por qué los beneficios de la alta tecnología en salud se reparten tan desigualmente, tanto entre los países como entre los hombres? ¿Por qué, en la actualidad más que nunca, a pesar del impresionante aparato de divulgación de las ciencias, el hombre busca otras opciones que lo alivien, que lo curen, que lo expliquen o que, simplemente, lo escuchen? ¿Por qué pretendemos, a toda costa, destruirnos como especie y como planeta?

La mentalidad científico técnica, quizás, cometió el error de llevar en ella una promesa. La promesa del bienestar, de la felicidad, de la igualdad, en otras palabras, la posibilidad de lograr, mediante su aplicación, la satisfacción de las necesidades y de los derechos fundamentales, de todos los seres humanos. El fracaso en el cumplimiento de tal promesa no necesita mayor demostración. Basta mirar, a nuestro alrededor. Por doquier, entonces, se percibe un desencanto, una desilusión. Guerras, hambre, injusticias y pobreza son una dominante cultural de este fin de siglo, de la misma manera que lo son la conquista del espacio o el final de la viruela.

Otro hecho decisivo que ha contribuido enormemente a poner en cuestión el poder indiscutible del método científico, como vía única y obligada para llegar al conocimiento verdadero, vino curiosamente, de las mismas ciencias. En efecto, los descubrimientos, teorías, principios y formulaciones realizados por el conjunto más excepcional de hombres de ciencia de que se tenga noticia en la historia de la humanidad, habló de los físicos que vivieron y trabajaron en la primera mitad de este siglo, desafiaron, abiertamente, el método científico, racional y lógico que había acompañado y servido a los hombres por espacio de casi trescientos años ; en síntesis, si el comportamiento de la materia a nivel subatómico no obedece a las rígidas leyes científicas propuestas por Newton (y, eso era lo que ellos observaban o deducían), entonces, no solo era preciso formular nuevos métodos de aproxima-

ción a la realidad, sino que, todo el edificio de las ciencias, firmemente sustentado en el método cartesiano, amenazaba con venirse abajo. Esta gravísima consecuencia epistemológica fue claramente anticipada por algunos de aquellos hombres ilustrados: Heisenberg y Bohr discutieron muchas veces al respecto y dieron testimonio de tal preocupación (Kapra). "La física de este siglo, lo señalaría más tarde Gadamer, nos ha enseñado que existen límites para la mensurabilidad de los fenómenos" (Gad). Entonces, de la misma manera que, para los contemporáneos de Copérnico, enterarse de que el sol no giraba alrededor de nuestro pequeño planeta tuvo un impacto profundo en sus creencias, en sus valores y en el sentido que habría de tomar su desarrollo futuro, para nosotros, saber que el espacio y el tiempo o la energía y la materia son dimensiones de un mismo fenómeno y, sobre todo, que debamos aceptar, según el Principio de Incertidumbre, formulado por Heisenberg en 1923, que nunca nos será posible acceder al conocimiento completo de la realidad, es algo que podría llegar y, de hecho lo está haciendo, a producir una revolución del pensamiento contemporáneo de similares características a la ocurrida en el siglo XVI.

La desilusión, el desencanto, la incertidumbre que se ha apoderado del hombre moderno, ha dado paso a las más diversas respuestas: desde el esoterismo, la superchería, la adivinación, o el recurso al consumo de estupefacientes como búsqueda de una realidad que, por los medios prometidos se nos escapa o no nos deja satisfechos, (Sagan), hasta la reflexión más profunda y rigurosa de pensadores de la actualidad que, al criticar la mentalidad científico-técnica, fundamento de la modernidad, al advertir su crisis polifacética, han acuñado el término posmodernidad para proponer salidas a esta misma crisis. Movimiento de filósofos e intelectuales del mundo entero que, comenzando con Lyotard, Foucault, Illich en los años sesenta, se prolonga con acrecentado vigor en nuestros días, a través de autoridades indiscutibles del pensamiento del mundo, como Gadamer, Octavio Paz o los neopragmáticos norteamericanos. Es importante señalar además, que una buena parte de la reflexión epistemológica sobre la crisis de la modernidad proviene de físicos en ejercicio que han sabido ilustrarnos con ejemplar sencillez sobre estos aspectos (Kuhn, Kapra; Gell-Mann, Pérez).

No pretendo, desde luego, encontrar una relación directa, de causa a efecto, entre el pensamiento de la posmodernidad y el comienzo de la llamada Reforma del Estado en Salud. Solo advierto coincidencias entre una y otra propuestas y me pregunto si muchas de las discusiones que alimentan, desde hace tantos años, la necesidad de reformar el pensamiento y la acción de lo genéricamente llamado "Salud", no parten también de un desencanto, de una desilusión frente a la promesa incumplida por los beneficios de la tecnología y de la ciencia.

2.2. LA CRISIS DEL MODELO BIOMEDICO. LA GRAN DESILUSION

El llamado Modelo Biomédico, o Modelo Moderno, no es otra cosa que la resultante de la

mentalidad técnico-científica que mencionamos anteriormente, aplicada al quehacer de la Medicina, valga decir, al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a los hombres. Las enfermedades, plantea, son el resultado de un desorden, estructural o funcional que ocurre a nivel orgánico, celular o molecular. La causa de este trastorno es generalmente única: una bacteria, un virus, una anomalía genética, un agente físico externo. El cuerpo humano se concibe como una máquina y el médico como el reparador de sus averías. La mirada médica es progresivamente reduccionista, hasta el punto que, hoy, casi todas las enfermedades existentes se estudian, se explican y algunas se tratan mediante los fundamentos de la biología molecular y sus técnicas de identificación y manipulación de los genes y el ADN. (Ka). Ejemplo sobresaliente de esta forma de concebir la vida, las ciencias y la Medicina, es el Dr. Rodolfo Linás, uno de los científicos más respetables y prestigiosos de nuestro país: sus investigaciones en el campo de la neurofisiología lo han convertido en una autoridad mundial en la materia. Tuvimos oportunidad de conocer sus trabajos y escuchar sus teorías acerca de la relación entre el cerebro y la mente durante su visita a nuestra ciudad, el año pasado, con ocasión del Seminario "Mente, Cerebro y Futuro" convocado por la Universidad de Antioquia.

Para el Dr. Linás, la mente, no es otra cosa que el producto de la actividad cerebral. Pudiera compararse con la relación existente entre el hígado y la bilis, o las glándulas salivares y la saliva. Es una secreción. Apoyó su presentación mediante la proyección del registro de la actividad electromagnética que se produce en el cerebro durante la actividad de pensar. En otras palabras, los asistentes vimos, con ojos de asombro, la fotografía, o mejor, la película de un pensamiento. Que sea el cerebro quien produce pensamientos y, entre ellos, la conciencia de sí mismo y de la realidad o que exista un ser que utiliza su cerebro como estructura, como instrumento, para pensar, tal como lo planteó otro de los asistentes a ese simposio, el Dr. Alfredo De los Ríos, es una controversia que ocupa hoy una buena parte de las discusiones entre científicos, filósofos, lingüistas, psicólogos (Simp). Y, desde luego, no la vamos a dirimir aquí.

De lo que sí podemos hablar hoy, y es quizá lo más importante, es acerca de la implicación ética que se desprende de tal manera de concebir las ciencias: en efecto, si la conciencia es una mera secreción cerebral, si los valores, la tristeza, el amor, la dignidad, la independencia, que son conceptos y, por lo tanto, hacen parte de la conciencia, son, insisto, meras secuencias de aminoácidos y neurotransmisores que se disparan en nuestras neuronas y viajan por nuestras venas, entonces el único problema es identificarlas, conocerlas y manipularlas. El Estado que posea ese conocimiento tendrá entonces la llave de la sumisión, la capacidad de producir, literalmente, hombres sin rebeldía y asegurar así, para siempre, su permanencia en el poder. Lograr manipular la mente, la conciencia de los hombres mediante psicofármacos, técnicas de recombinación del ADN, o mediante la posible, muy posible, clonación de seres humanos, algo que, aparentemente está, digamos, a la vuelta de la esquina, constituiría un arma con un poder infinitamente superior al de la suma de todas las bombas nucleares que se han fabricado desde que el hombre existe.

Octavio Paz lo ha señalado así en una publicación relativamente reciente (Paz) : "Las consecuencias de ésta manera de pensar han sido funestas. El eclipse del alma ha provocado una duda que no me parece exagerado llamar ontológica sobre lo que es o puede ser realmente una persona humana (...) Esta concepción destruye la noción de persona (...) y abre una perspectiva sobre el posible futuro de nuestras sociedades: la barbarie tecnológica. (...) so pena de extinción, debemos encontrar una visión del hombre y de la mujer que nos devuelva la conciencia de la singularidad y de la identidad de cada uno. Visión a un tiempo nueva y antigua, visión que vea, en términos de hoy, a cada ser humano como una criatura única irrepetible y preciosa".

El quehacer de la medicina así fundamentado, centra su acción en el cuerpo y en la enfermedad. Posee un enorme arsenal tecnológico y terapéutico para llevar a cabo su tarea y utiliza sus espacios propios, sofisticados y aislados del resto de la comunidad.

El Modelo Biomédico, sin duda, ha sido y será una de las expresiones más útiles y más nobles del quehacer humano. De allí viene su eficacia y de ella su hegemonía. No se trata, en eso queremos ser enfáticos, de criticar su esencia, de abatirlo, de dar una especie de marcha atrás y desconocer el maravilloso camino recorrido. Lo que sucede, como tantas veces ocurre en la modernidad, es que este modelo reunió en torno suyo todos los triunfos y reconocimientos sociales; se volvió, sencillamente, incuestionable: médicos omnipotentes, con una respuesta para todas las afecciones imaginables; fármacos milagrosos que no dejan por fuera de su acción ninguna bacteria, ningún dolor, ningún trastorno metabólico, ninguna ansiedad, ninguna tristeza; máquinas sofisticadas para realizar el diagnóstico más improbable o el tratamiento más audaz; una promesa, en fin, de hombres eruditos, máquinas y pastillas para dar buena cuenta de todos los sufrimientos humanos. Pero, esta promesa tampoco se cumplió. Y tras el incumplimiento vino, una vez más la desilusión. El regreso al chaman, el desprestigio de la profesión, el escepticismo y, nuevamente, la búsqueda.

Ocurre entonces que el hombre está comenzando a sentirse insatisfecho con el abordaje fragmentado de una realidad que, aunque él, no lo sepa, intuye mucho más vasta. El hombre contemporáneo, particularmente el enfermo, el que sufre, disecado y explicado más allá de sus propias moléculas, busca con afán una teoría que le permita reubicar su relación perdida con la naturaleza, con sus semejantes y consigo mismo. El poder espectacular de la tecnología médica ya no tiene la virtud de tranquilizarlo tanto como antes puesto que, como lo señalara Bearn, "el más refinado análisis bioquímico no basta para describir a un ser humano" (B).

Siguiendo el ejemplo de la física, es posible que aquí también sea preciso recorrer en sentido inverso el camino de las ciencias reduccionistas y, sin abandonar la progresiva y minuciosa disección molecular, recuperar la visión del hombre como totalidad (Gad 55-57).

Centrado sobre la enfermedad y sobre el individuo de la especie, el Modelo Biomédico dejó por fuera de su quehacer al individuo sano y a la colectividad en la que vive. Desconociendo así, en mi opinión, dos hechos fundamentales: el primero que, desde el nacimiento de la medicina llamada científica, con Hipócrates, el cuidado de la salud o, en otras palabras, la tarea de evitar la enfermedad, también hace parte del acto médico. El segundo, que no sólo los individuos enferman sino que también lo hacen las colectividades y que la manera de enfermar o morir de cada individuo es algo que está estrechamente vinculado con la comunidad en la que vive. Difícil permitir que la tarea de enfrentar la enfermedad colectiva sea asumida por los políticos, los sociólogos, los religiosos o los educadores.*

Afortunadamente, en tal sentido, comienzan a darse pasos muy importantes : la aparición, elaboración y definición del concepto de Proceso de Salud-Enfermedad, enriquecido por Saúl Franco con su propuesta de denominarlo Proceso Vital Humano, hoy ampliamente aceptado e incluso incorporado en el marco teórico de algunas reformas curriculares como eje director del proceso educativo (Franco), tiene la virtud de ampliar la mirada, el discurso y la acción de quienes pretenden dedicarse o se dedican a atender lo que, en términos generales, llamamos el sufrimiento. El fortalecimiento del concepto y de la práctica del trabajo interdisciplinario que, lejos de constituir una suma aritmética de saberes parciales pretende integrar, en un todo, tales saberes de manera que ese todo resulte, siempre, mayor que la suma de sus partes. (Es preciso señalar, sin embargo que, es en este aspecto concreto en el que los médicos encontramos mayor dificultad para entender y practicar a cabalidad el proceso interdisciplinario: aún pretendemos conservar una preeminencia dentro de cualquier equipo interprofesional, por lo demás, totalmente injustificada). No de otra naturaleza resulta el intento por definir al hombre como una realidad "biosicosocial". El término, en mi opinión no es muy afortunado porque, sencillamente, repite en él mismo, todo el reduccionismo que pretende combatir, pero su intención integradora sí resulta muy clara.

Aquí tampoco es posible demostrar una relación de causa a efecto entre la crisis del modelo biomédico, entendida en términos epistemológicos y la génesis de la actual reforma de la salud. Sin embargo, es evidente que los enormes progresos tecnológicos y científicos alcanzados por el modelo, no guardan ninguna o muy poca relación con el estado de salud de las comunidades y de los pueblos. Esta es una de esas observaciones de a puño que no necesitan mayores demostraciones. No cabe duda, entonces, que la necesidad de dar atención a las comunidades y de poner un tímido límite a los costos generados por la tecnología, fundamentaron en parte, la necesidad de una reforma.

2.3. EL AGOTAMIENTO DE LOS RECURSOS FINANCIEROS PARA LA SALUD

A finales de la década de los setenta se llevó a cabo en Alma-Ata, capital de Kazakstan, una república de la ex- Unión Soviética, una de las Conferencias Mundiales de la Salud, en cuya agenda se debatió principalmente, el problema de la enorme desigualdad en la situación

de salud de los hombres y los pueblos y el acceso oportuno y confiable a los servicios de atención de las enfermedades.

Cobertura y calidad, mediante la estrategia de la atención primaria, comenzaron a integrarse bajo el lema emanado de Alma-Ata : "Salud para todos en el año 2.000". Pero desde esa misma época comenzó a ponerse de presente un problema para los estados proveedores del bienestar. El agotamiento creciente de los recursos económicos destinados para la salud. Esta situación fue percibida en forma casi unánime. Incluso las grandes potencias del mundo, entonces enfrentadas, coincidieron en la necesidad de racionalizar el gasto. No se hablaba aún de neoliberalismo, Gorbachov no había asumido el poder en la Unión Soviética, pero ya se planteaba la necesidad de recortar y/o de reordenar el gasto (Mec)(Jinich)(Soni). La recuperación de la salud, mediante la utilización de alta tecnología consumía entre el 50 y el 70% de los recursos destinados para la salud (Ferreira).

En nuestro país, entre 1987 y 1988, 11 hospitales universitarios y 107 regionales dieron cuenta del 58% del presupuesto nacional para la salud. Los 11 primeros, consumieron 22 % de dicho presupuesto, pero sólo atendieron al 5% de la población consultante. (Jaram).

Posteriormente ocurre lo que es historia reciente : por una parte, el derrumbamiento de la Unión Soviética y con él, la desaparición de la guerra fría. Y, por otra parte, el surgimiento del pensamiento neoliberal que, en síntesis, abogaba por la reducción del tamaño del estado y el traslado de muchas de sus responsabilidades sociales a manos de particulares. El mundo debe convertirse en un gran mercado en el cual, las fronteras de los estados -nación desaparezcan o se hagan casi imperceptibles. La competencia regirá, en adelante, los destinos de todos los pueblos de la tierra. Y el Estado, en su expresión última, deberá reducirse al tamaño de una pequeña agencia encargada de proveer los servicios de seguridad y a impartir justicia. No más.

Es, de todas maneras en este ambiente, que surge la propuesta de Reforma de la Salud. No es de extrañarse entonces que, al lado de la OMS, aparezcan, en su formulación, socios como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. De ahí parte la propuesta que, en síntesis apunta a lograr una cobertura universal y a asegurar la calidad, la eficiencia y la equidad en la prestación de los servicios. Cada país, sin embargo, de acuerdo con sus condiciones históricas, políticas, económicas y de salud aplicará la propuesta siguiendo uno de los tres modelos reconocidos o combinaciones de ellos: profesional, de mercado, comunitario-democrático (CAN).

La percepción inexperta, en mi doble condición de usuario y de prestador del servicio, me lleva a pensar que en nuestro país, cada vez más, pasamos del modelo profesional al modelo de mercado puesto que, entre otras características, este último se fundamenta en la «competencia empresarial, en la atención de enfermedades y gira, particularmente, alrededor del servicio hospitalario» (Can).

3. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA REFORMA DE LA SALUD EN COLOMBIA.

La reforma de la Salud en Colombia, se articula alrededor de la Ley 100 de 1993. Se formula, en principio, para dar respuesta al nuevo mandato constitucional de 1991, uno de los episodios, a mi entender, más importantes, valiosos y significativos de la historia reciente de nuestro país. Dice el artículo 48 de la Constitución : " La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social". El artículo 49 : " la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud".

Teniendo como antecedentes a la Ley 10 de 1990 y a la Ley 60 de 1993 que consagran la descentralización administrativa, el establecimiento de un régimen municipal en la atención del primer nivel, la participación comunitaria en las decisiones en salud, la Ley 100 pretende reglamentar el régimen de seguridad social en nuestro país, atendiendo a los principios señalados de aumento de la cobertura en salud, con eficiencia y calidad. Motivo de candentes debates y controversias se ha venido aplicando en todo el territorio nacional con aciertos indiscutibles en algunos aspectos y desaciertos protuberantes en otros. Me voy a permitir señalar algunos de ellos insistiendo, una vez más, que lo hago desde mi simple condición de médico.*

Entre los aciertos, pudiera señalar el aumento indiscutible de la cobertura en todos los niveles de atención, una organización más eficiente y productiva en la financiación del gasto en salud, un gasto más racional y ordenado, una oportunidad de desarrollo para algunas Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) bien preparadas con anterioridad para la nueva modalidad de atención, (a este respecto es particularmente interesante el caso del Hospital San Vicente de Paúl de Medellín), la oportunidad para una mayor participación del médico general en el proceso.

Pienso que el problema fundamental de la reforma, no solamente en nuestro país sino en casi todo el mundo, hoy bajo la consigna de la globalización y la tutela del pensamiento neoliberal, es el de la selección del modelo de mercado para su aplicación. Se ha olvidado, por ejemplo, que la práctica de la salud tiene condiciones y características especiales, que no pueden subordinarse nunca a las leyes del mercado. Estamos hablando de la medicina, es decir, del sufrimiento de los seres humanos. El mismo Banco Mundial, en su "Informe sobre el desarrollo mundial de 1993" aclaraba, expresamente : " un enfoque puramente mercantil de la producción y distribución de la atención en salud sería a la vez discriminatorio e ineficaz" (Creese). Uno de los economistas latinoamericanos más prestigiosos, Manfred Max-Neef, lo expresa de la siguiente manera : "La política, la economía y la salud, han

convergiendo hacia una encrucijada. Esto último significa que la salud está siendo crecientemente influida por la política y por la economía." En otras palabras, descubrimos casos cada vez más numerosos donde la mala salud es el resultado de la mala política y de la mala economía." Y afirma con claridad que, "el desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos... (En consecuencia), el mejor proceso de desarrollo será aquél que permita elevar más la calidad de vida de las personas al satisfacer sus necesidades básicas fundamentales que son las de permanencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. (Max-Neef).

Por otra parte, existe una preocupación declarada en muchos sectores, por el problema de la transferencia de la responsabilidad del estado hacia el sector privado. Preocupación en los países desarrollados, con economías, mercados y aparatos de justicia fuertes (Creese). Doble preocupación entre nosotros en donde la competencia por un mercado, de todas maneras débil, sin capacidad de compra, puede volverse, además, una lucha irregular en la que prime la ley del más fuerte, la ley del más vivo, amparado por la impunidad generada por la crisis profunda de nuestro actual sistema de justicia (Restrepo W).*

Cabe mencionar, igualmente, el desplazamiento de los actores principales del acto médico. El protagonista es ahora el empresario quien define los términos, los tiempos, los recursos, las indicaciones, los exámenes, implícitos en el acto médico. Su intromisión en la relación médico-paciente es a todas luces abusiva, en muchos sentidos. El afán empresarial de lucro encontró por fin el débil eslabón en la cadena de sus beneficios. Encontró un profesional que, desafortunadamente ama demasiado lo que hace y está dispuesto a mermar su propia calidad de vida, sus propios ingresos con tal de que lo dejen ejercer lo que sabe hacer (Guzmán).

Otros desaciertos que pueden señalarse, son : la instalación abrupta de la nueva modalidad de trabajo, con un crecimiento enorme de la demanda y una oferta impreparada, ineficiente, de mediocre calidad, lo que genera congestión en los servicios, injusticias, inequidad, frustración. (A este respecto es particularmente llamativo el caso de las IPS del Seguro Social), al menos en Medellín). Hasta ahora, la aplicación de la ley se centra en la atención y no es evidente ni la intención ni el esfuerzo por destinar recursos humanos, financieros y técnicos para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

4. EL MODELO PEDAGOGICO

El modelo pedagógico no puede ser, es obvio, cualitativamente diferente del modelo dominante en, un momento dado, en el sector del trabajo. Es su aparato de perpetuación. La ideología, la cultura deberán reflejarse, necesariamente, en las escuelas que se encargarán de formar a los actores futuros de tal cultura dominante. De tal manera que la misma resistencia al cambio que se observe en los sectores de la producción se observará en los modelos pedagógicos encargados de alimentar y perpetuar dichos sectores.

Pero, además, el modelo pedagógico puede ser intrínsecamente mediocre, incluso dentro del marco conceptual fijado por la cultura profesional imperante. Tenemos que decir que, por fortuna, con muy raras excepciones, en nuestro país éste no ha sido el caso. Es indiscutible que nuestras universidades forman médicos, odontólogos y enfermeros de muy buena calidad. Eficientes, trabajadores, con sólidos conocimientos y un sentido claro de la ética profesional. Por eso, mucha gente, particularmente dentro de las instituciones universitarias, se hace la misma pregunta que señalábamos a propósito de la reforma de la salud: "¿si nuestro producto es bueno, ¿para qué cambiar?"

La respuesta, a mi entender, puede enfocarse desde dos razones diferentes: La primera, se fundamenta en los cambios introducidos por las pedagogías modernas en el proceso de aprendizaje. Nuevas técnicas, nuevos conceptos, nuevos medios, nuevas tecnologías han convertido en obsoletas muchas de nuestras estrategias pedagógicas tradicionales. El aprendizaje basado en problemas, el desarrollo formidable de la informática, que ha puesto al alcance de todos las más importantes fuentes de información, las estrategias pedagógicas que convierten al estudiante en actor y rector de su propia formación, son sólo algunos ejemplos de los nuevos cambios introducidos en el proceso de formación de recursos humanos y que resultarán, sin duda en profesionales con mayores conocimientos y destrezas que en el pasado. Y, por consiguiente, necesita cambiar.

La segunda razón se fundamenta en las rápidas transformaciones que sufre la sociedad y que exigen modificaciones casi constantes en el perfil del profesional que ella necesita. Aquí, el problema resulta un poco más complejo: en efecto, una crítica que se hace con frecuencia a la universidad es la de su muy lenta acomodación a los cambios sociales. Hace casi treinta años, poco después de los acontecimientos de Mayo del 68 en Francia, el profesor Henri Pequignet escribía a propósito de la Educación Médica. " Parecería que, en el mundo universitario, tanto docentes como estudiantes han perdido contacto con la realidad y están tratando de reconstruir su mundo por medio de palabras, en una especie de esquizofrenia colectiva. Las universidades se han transformado en focos de desajuste donde los estudiantes abandonan el mundo real sin deseos de jamás retomar a él. El resultado se refleja en médicos incapaces de interesarse por los problemas de sus conciudadanos" (Pecq).

Debemos admitir, que la universidad, anclada en el narcisismo de su propia erudición, no puede permanecer por más tiempo de espaldas al mundo de los hechos que, dicho sea de paso, cambian hoy con una celeridad y una profundidad sin precedentes. Y, por consiguiente, el modelo, necesita cambiar.

Pero, por otra parte, no parece viable ni lógico pensar en una universidad que siga, fielmente, el paso de las transformaciones sociales marchando siempre a la zaga de los cambios que, muchas veces son pasajeros o no trascendentales. Antanas Mockus, como vicerector de la Universidad Nacional, lo señaló en un documento titulado "Fundamentos Teóricos

para una Reforma de la Universidad" y publicado hace algunos años por la revista Educación y Cultura. A continuación lo cito : "Obviamente un país como Colombia no puede darle la espalda a los grandes cambios en la producción que se están presentando a nivel mundial; si lo hace, simplemente corre el peligro de quedar ubicado en la división internacional del trabajo en lugares que, tarde o temprano resultarán oprobiosos. Mi tesis es que la universidad debe ser sensible a esas urgencias, lo que no quiere decir que desde esas urgencias se pueda definir la tarea o la misión de la universidad. Dicho de otra manera, el Estado y la economía deben ejercer presiones sobre la universidad pero no pueden decidir la orientación global de la vida universitaria".

Para el caso que nos ocupa, la Ley 100 en su contexto general, puede y debe pretender que el egresado posea determinados conocimientos y destrezas específicos para actuar con propiedad y enfrentar los problemas planteados por ella . Pero la universidad no puede formar un profesional desde y para la Ley 100. Mockus, de nuevo : " Es muy claro que si pensamos en una educación para la producción y pasamos por alto el acceso a la tradición académica, irremediablemente la educación para la producción degenera en entrenamiento para tareas específicas (entrenamiento que, por lo demás, tiende a volverse obsoleto en un tiempo cada vez más corto)".(Mock) *

En múltiples ocasiones se ha señalado cómo nuestro actual modelo pedagógico se modificó radicalmente en la década de los cincuentas y acogió, en forma que yo llamaría acrítica, el modelo norteamericano. Esto es evidente en muchísimos aspectos y, lejos de ser un problema, me parece que es algo que contribuyó, notablemente, al desarrollo de la Medicina y de las ciencias en nuestro medio.

Sin embargo, hay algo muy dicente que, en mi opinión caracteriza bien el problema del modelo pedagógico actual en los Estados Unidos y que, trasladado sin discusión a nuestra realidad, puede aún ser más protuberante: Terminada la Segunda Guerra Mundial y, junto con el desarrollo del modelo flexneriano, la educación médica en Norteamérica podía resumirse así: se esperaba que los profesores enseñaran las ciencias básicas y la aplicación de tales ciencias a la práctica de la Medicina. Por esa misma época aparecieron los Institutos Nacionales de Salud (NHIs) que aglutinaron en torno suyo, una verdadera explosión de conocimientos en ciencias fundamentales. Eran y siguen siendo institutos económica y políticamente muy poderosos con capacidad para obligar a las Facultades de Medicina a enganchar profesores (especialistas e investigadores) para la enseñanza de tales disciplinas. De esta manera, las Facultades se volvieron cada vez más dependientes de los fondos provistos por los INS, para la investigación y la educación en ciencias básicas. Para sus Departamentos de ciencias básicas, no para la Facultad misma. Y con los profesores ocurrió lo mismo: sus carreras dependían y dependen de su habilidad para obtener financiación para sus investigaciones y de sus posibilidades de publicar sus resultados en los prestigiosos "Journals". No es sorprendente entonces, encontrar que los valores fundamentales de un docente se encuentran mejor en el mundo científico del "publicar o perecer" que en el de la dedicación a la educación de los propios estudiantes".

En un estudio realizado para objetivar esta percepción en varias facultades de Medicina de los Estados Unidos, se encontraron datos como los siguientes : En una Facultad, los estudiantes de primer año recibían clases magistrales de 163 profesores distintos y, en segundo año, de 183. Y quizá lo más significativo era que la dedicación de estos profesores a la enseñanza directa de la medicina era, en el mejor de los casos de 50.1 horas anuales (1.4 horas semana) y, en el peor, de 17.8 horas al año (0.5 horas/semana). (Abrahamson). ¿Quién entonces, se pregunta uno, está enseñando dentro de este esquema, a los jóvenes a ser médicos?

5. LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD FRENTE A LOS PROCESOS DE REFORMA DEL ESTADO.

¿Cuál es, entonces, el papel de la universidad frente a los procesos de reforma del Estado? En mi opinión, la respuesta a esta pregunta debe abordarse desde dos perspectivas distintas.

La primera, consiste en responder a la pregunta : ¿Qué tipo de médico, debemos formar? ¿Cuáles deben ser sus atributos, sus características, sus destrezas, sus conocimientos?. Y la segunda es ¿Qué tipo de respuesta debe dar la universidad a los cambios estructurales que ocurren en el seno de la sociedad?

Para responder a la primera pregunta quisiera expresar, ante todo y sin ninguna reserva, que debemos enseñar a nuestros jóvenes, antes que cualquier otra cosa, a ejercer el oficio de médicos. Parece una verdad de perogrullo, pero es preciso reafirmarla una y otra vez: ¿Cuál es el oficio de los médicos?. El oficio de los médicos es el de atender a los enfermos. El médico atiende personas, sujetos, seres humanos que sufren. Es alrededor del sufrimiento que gira su saber-hacer, su arte, su praxis (Engel). Que dicho sufrimiento provenga, en grado variable del dolor físico, de la dificultad para masticar, de la fealdad, de la desnutrición, del temor por la muerte, de la incapacidad para amar o para ser amado, de las dificultades para trabajar o para disfrutar, lo cierto es que se trata de situaciones que, por lo general, obligan al sujeto, bajo las más diversas formas, a buscar alivio en el otro. En un otro en quien confía por su saber-hacer, presente en la organización social y dispuesto a atender ese sufrimiento.

Este es el atributo fundamental del ejercicio de la profesión desde que nació como "saber sobre lo general" en Grecia, durante los siglos V y IV AC, nacimiento representado por el llamado Cuerpo Hipocrático. Sobre esto no puede haber la menor duda. Tal es el interés primero del médico por ser médico y tal es el papel que le asigna la organización social en la división del trabajo. Así ha sido desde Hipócrates y es de esperarse que, a pesar de que esta característica parece amenazada desde muy distintos frentes, perdure mientras los seres humanos padezcan esa experiencia única, subjetiva, inenarrable, inmensurable, que es el sufrimiento. Esa es pues, la primera y la más importante característica que debemos enseñar a nuestros estudiantes.

Pero esta finalidad no podrá lograrse si partimos de visiones fragmentadas y reduccionistas del hombre. No es posible atender el sufrimiento, atendiendo solamente la enfermedad. El sufrimiento compromete al individuo en una dimensión que está, siempre, más allá de lo orgánico y más acá de lo epidemiológico. El cirujano que se ocupa solamente de reparar la víscera, el periodoncista que solo mira y cura las encías, el epidemiólogo que no reconoce sujetos sino individuos de una especie, el administrador en salud que sólo se ocupa de los cubrimientos de su empresa, no están ocupándose de las personas. Están aplicando la razón instrumental a un problema específico. Son técnicos, pero no médicos.

El conocimiento de los mecanismos biológicos que fundamentan la vida, la salud y la enfermedad son indispensables. Pero a la luz de un enfoque integrador de su quehacer el médico debe estar en capacidad de reconocer, en su paciente a un ser humano: ser humano que, por fortuna, es mucho más que la resultante de interacciones físico químicas puesto que posee una procedencia y un destino, una historia y un futuro, una cultura, unas creencias, unos valores, unas fantasías. Que conforma, con sus semejantes, una comunidad que, a su vez, será también infinitamente compleja, sana o enferma, poderosa o vasalla, en florecimiento o en decadencia. En consecuencia, deberá poseer, si quiere llevar con fortuna hasta el más elemental de sus actos médicos, conocimientos amplios sobre las dimensiones no biológicas que hacen parte del proceso vital humano: saber que los hechos históricos, sociales y políticos, las transformaciones de los ecosistemas; la influencia de los medios de comunicación, los cambios políticos, entre muchos otros, modulan el proceso mediante el cual se goza o no, se pierde o no y se recupera o no, la salud, en lo individual y en lo colectivo. Deberá poseer algunas destrezas acerca de la forma de diseñar y conducir planes y programas de fomento y promoción de la salud y prevención de las enfermedades, de gestionar instituciones y de desarrollar estrategias educativas, entre otras.

Finalmente deberá asumir una actitud que lo capacite para recorrer, en sentido contrario, el camino del paciente: dejar, de vez en cuando, el consultorio para integrarse a su comunidad y trabajar, con sus aportes, por su desarrollo y bienestar. A la universidad le corresponde enfrentar y resolver el conflicto planteado. Esto no será posible mientras no se reconozca que lo biológico y lo social, el reduccionismo y el integralismo, lejos de ser antagónicos, son imperativamente complementarios en la práctica de la profesión.

Finalmente, trataré de dar respuesta a la segunda pregunta: ¿Qué tipo de respuesta debe dar la Universidad a los cambios estructurales que ocurren en el seno de la sociedad?. En mi opinión, la respuesta, aquí también, puede enfocarse desde dos ángulos diferentes:

En primer lugar, ante el hecho cumplido, ante el desarrollo y la aplicación de la ley, que implica cambios sustanciales en el estilo de la prestación de los servicios, la universidad no tiene otro camino que el de acomodarse a tales cambios y crear los mecanismos pedagógicos que le permitan al egresado ubicarse con propiedad en esa realidad cambiada y cambiante. Muchas estrategias se pueden diseñar para el efecto, y a mi manera de ver, no ofrecen mayor dificultad. Van desde la incorporación de contenidos curriculares específicos (seminarios, talleres, ejercicios investigativos etc..) hasta la práctica de una relación docencia-servicio de nuevo modelo: Con la humildad del caso, la universidad tiene que reconocer que el proceso transformador ha estado hasta ahora, en manos de los sectores de servicio. Basta tener un intercambio frecuente y abierto con las instituciones y los actores de la prestación de los servicios a la comunidad para entender que ellos manejan con mejor propiedad un cuerpo de conocimientos y de prácticas que les permite tener una visión más integral y realista del ámbito de todo el contexto y de todos los procesos que giran alrededor de la reforma. Exponer a los estudiantes a los ambientes y escenarios donde existe claridad acerca de la nueva función social de las profesiones adquiere, en esta iniciativa, un papel fundamental. Hasta ahora, con pocas excepciones, el proceso progresivo de aproximación de los estudiantes al objeto futuro de su trabajo, a través de los servicios, no ha logrado ser una experiencia trascendente, ni para los estudiantes ni para las escuelas. Las llamadas "prácticas comunitarias" eran y son, superficiales en su diseño, episódicas en la vida del estudiante, unidisciplinarias y utilizadoras de la comunidad como objeto de estudio. Esto por fortuna ha venido cambiando. Si queremos que nuestros estudiantes aprendan acerca del nuevo modelo de prestación de los servicios impuesto por la Ley 100, enviemos a los estudiantes a trabajar en los lugares donde se aplica la Ley 100, con las personas que trabajan bajo las premisas de ese esquema. Con seguridad, que aprenderán más que nosotros, los que nunca hemos querido abandonar nuestros sagrados espacios y nuestra aulas de clase.

Quisiera terminar, con esta segunda posible respuesta para la pregunta formulada. Desde que conocí el tema que se me había asignado, la pensé. Creo, con la mayor convicción, que es la mejor respuesta que la Universidad podría y debería dar frente a los cambios sociales. Consistiría en invertir la pregunta: ¿cuál es el papel del estado frente a las reformas propuestas por la universidad?

La universidad debe ser, merece ser, tiene que ser, actor protagonista de los cambios sociales. Es uno de los mejores espacios para debatir los grandes cambios; para anticipar sus consecuencias; para criticarlos o para apoyarlos, después de un proceso de reflexión y de incorporación que sólo en ambientes como el de la universidad pueden darse con la propiedad, la profundidad, la libertad, la apertura y la democracia que los grandes problemas exigen. Fenómenos y problemas como el de la violencia y la paz, como el del reordenamiento urbano, como el del desplazamiento obligado de poblaciones, como el de los interrogantes éticos planteados por la clonación, deben ser debatidos en la universidad, y luego propuestos a la comunidad. Debates y estudios que involucren a toda la universidad, con sus médicos y sociólogos, y filósofos,

artistas, historiadores, lingüistas, ingenieros, sicólogos, juristas, todos pueden y deben participar. Todos enriquecerán la discusión y aportarán su ladrillo en el edificio de las soluciones.

A pesar de los ocasionales desencantos que nos ocasiona, a veces, la universidad, con su lentitud, con su acomodo fácil, con su talante burocrático, con sus brotes de intolerancia y de sectarismo, hasta con sus ocasionales momentos de barbarie, la verdad es que en la universidad están los mejores hombres y mujeres de esta sociedad.

"Madre que, de tus semillas, savias nobles, siempre das" Confiemos en ellos. Confiemos en ella.

REFLEXION SOBRE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN LA FLUORURACIÓN DE LA SAL

Dr. Gustavo López Cuesta
Dra. Mercedes Ramírez Urán
Asesor: Dr. Hernando Molina Saldarriaga

ANTECEDENTES DE LA FLUORURACION DE LA SAL EN COLOMBIA

La fluorización del agua como estrategia preventiva de la caries dental, fué reconocida mundialmente por mas de 150 organizaciones Científicas, sanitarias y políticas como la medida más efectiva para el suministro del citado elemento, por vía sistémica y de carácter masivo. ⁽¹³⁾ Para 1981 se reportaron 35 países que añadían flúor a las aguas de consumo humano con 210 millones de habitantes cubiertos. Además se calculaban 103 millones de habitantes con flúor natural, así mismo 46 países estaban iniciando o planeando la fluorización de sus acueductos ⁽¹³⁾. En 1970 EE.UU. tenía 80 millones de habitantes que consumían agua fluorada, para 1988 este país presentaba 121 millones de personas cubiertas con flúor agregado al agua de consumo y 9 millones con agua naturalmente fluorada.

57 estudios de diferentes países demostraron que la reducción de caries en dientes permanentes la mayor parte de las veces se encuentra entre 50 y 60 % y en dientes temporales entre un 40 y 49 %. (Murray) ⁽¹⁴⁾

En Colombia la adición de flúor en las aguas para consumo humano se inició en 1953 con la fluorización del acueducto de Girardot, el cual fué suspendida en 1960.

En 1959 Manizales inicia la fluorización del agua, Cali y Bogotá en 1962 y Medellín en 1969. Solamente Manizales y Medellín Mantuvieron la continuidad en el programa hasta finales de la década del ochenta debido a la proximidad de la fluorización de la sal.

En 1969 se estableció el programa Nacional de Fluorización de acueductos que comprendían 107 municipios del país, 10 años después en 1979 solo se tenían 30 municipios cubiertos con esta medida con una población de 5.531. 968.

En Colombia se llegó a tener una cobertura máxima de casi 10 millones de habitantes cuando Bogotá (5 millones de habitantes) tenía sus aguas fluoradas, ⁽¹⁴⁾ posteriormente y teniendo en cuenta aspectos como:

Disponibilidad de agua potable solo en zonas urbanas.
Necesidad de la participación de múltiples empresas en la fluoruración de cada uno de los acueductos.

Requerimientos de capacitación del personal que ejecutaba el proceso.

Costos del proceso.

El estudio Nacional de Morbilidad oral 1977-1980.

Experiencias de otros países en la utilización de sal como vehículo.

Cobertura de la población con agua fluorada vs cobertura de población con sal fluorada.

Gran desperdicio de agua por la multiplicidad de usos.

Además que el costo per cápita es mayor cuando se fluorura el agua que con la fluorización de la sal.

Finalmente los buenos resultados obtenidos en el estudio realizado por la facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia (apoyados por el M.S. O.P.S y la KELLOGS) en el año 1964-1972 en el cual se probó la efectividad de la sal de consumo humano como vehículo del flúor sistémico en la población de 6-14 años de edad, obteniendo resultados de casi 50% en la reducción de la caries dental. (2) (14) Por todas las anteriores consideraciones en 1970 el Ministerio de Salud dictó la resolución 2773 por la cual se conformó el comité de estudios de Factibilidad para la fluorización de la sal en Colombia, y quien presentó en 1978 las siguientes recomendaciones:

1. Buscar un sistema de mezcla diferente al utilizado en la investigación de Antioquia, debido a sus altos costos.
2. Investigar ingesta promedio de sal en Colombia.
3. Realizar el inventario Nacional de aguas de abastecimiento público.
4. Establecer el rango de seguridad para la adición de fluor en la sal de consumo humano.
5. Estudiar la Factibilidad de producir fluoruros en Colombia. (2)

Con todo lo anterior y una vez cumplidas las recomendaciones mencionadas el gobierno nacional mediante Decreto número 2024 de 1984 determinó las normas sobre yodización y fluorización de la sal de consumo humano y reglamentó su reempaque. (2)

Por resolución 15200 de 1984 se define que dentro de los 10 meses siguientes toda la sal para consumo humano contendrá flúor. El 15 de diciembre de 1989 se inició en Colombia la distribución de sal fluorada para consumo humano.

FLUORURACION DE LA SAL

Con el propósito de cumplir las recomendaciones del comité para el estudio de factibilidad el Ministerio de salud estableció contactos con el Dr Thomas Marthaler asesor permanente de la O.P.S/O.M.S. quien recomendó adicionar el mismo compuesto de flúor que en Suiza (fluoruro de potasio en solución por el método spray) obteniendo los mejores resultados,

baja humedad, homogeneidad y estabilidad de la mezcla. (12).

Para tal fin, un ingeniero de Alcalis de Colombia viajó a Suiza, conoció el proceso y diseñó un sistema electrónico adaptado a la infraestructura instalada en las plantas de Betania y Mamonal. El método utilizado para la investigación en Antioquia consistía en una premezcla a base de pirofosfato de calcio o fosfato tricalcico en una proporción de 46 gms por cada kilo de sal. La composición de la premezcla era de 99% de pirofosfato o fosfato tricalcico y 1% de la sal de flúor. Estas generaban altos costos. Por lo anterior era inconveniente este método y se recurrió al de adicionar fluoruro de potasio en una proporción de 720 mg/tonelada. (2).

Para la segunda recomendación se determinó que la ingesta promedio de sal en Colombia, podría llegar a 5 gms/día sin que se presentarán desequilibrios fisiológicos. Además en Hungría que se presumía tenía un consumo promedio igual al de Colombia, 10-14 gm/persona/día, se logró determinar que la ingesta real variaba entre 3.5-4.5gm/día. (2).

En años más recientes se realizó la investigación sobre Prevalencia en los desordenes por deficiencia de yodo e ingesta promedio de sal durante el período 1994-1996 en 12 regiones de Colombia, encontrando los siguientes resultados. (8)

PROMEDIO DE INGESTA DE SAL (GRS) EN EL ÁREA URBANA DE CUATRO REGIONES DEL PAÍS POR GRUPO DE EDAD. 1994-1996

REGION	GRUPO DE EDAD			TOTAL
	5-11	12-18	19 Y MAS	
GUAJIRA, CESAR, MAGDALENA	7.30	9.06	9.68	8.62
SANTANDER, NORTE DE SANTANDER	9.61	12.15	10.84	10.82
ANTIOQUIA	6.50	8.15	9.14	7.58
CAUCA, NARIÑO, PUTUMAYO	6.94	6.94	8.66	7.48
TOTAL NACIONAL	7.05	8.19	8.85	7.94

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LOS DESORDENES POR DEFICIENCIA DE YODO E INGESTA PROMEDIO DE SAL. COLOMBIA 1994-1996. RESULTADOS MAYO DE 1997

PROMEDIO DE INGESTA DE SAL GRAMOS /PERSONA /DÍA, EN CUATRO REGIONES DEL PAÍS, SEGÚN SEXO, ZONA URBANA COLOMBIA, 1994-1996.

REGION	INGESTA		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
GUAJIRA, CESAR, MAGDALENA	8.80	8.45	8.62
SANTANDER, NORTE DE SANTANDER	11.40	10.56	10.82
ANTIOQUIA	8.09	7.12	7.58
CAUCA, NARIÑO, PUTUMAYO	7.71	7.26	7.48
TOTAL NACIONAL	8.02	7.89	7.94

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LOS DESORDENES POR DEFICIENCIA DE YODO E INGESTA PROMEDIO DE SAL. COLOMBIA 1994-1996 .RESULTADOS MAYO DE 1997.

PROMEDIO DE CONSUMO E INGESTA DE SAL GRAMOS /PERSONA /DÍA, EN CUATRO REGIONES DEL PAÍS, ZONA URBANA COLOMBIA, 1994-1996.

REGION	CONSUMO	INGESTA
GUAJIRA, CESAR, MAGDALENA	11.09	8.62
SANTANDER, NORTE DE SANTANDER	12.34	10.82
ANTIOQUIA	9.56	7.58
CAUCA, NARIÑO, PUTUMAYO	11.72	7.48
TOTAL NACIONAL	10.64	7.94

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LOS DESORDENES POR DEFICIENCIA DE YODO E INGESTA PROMEDIO DE SAL. COLOMBIA 1994-1996.RESULTADOS MAYO DE 1997.

Consumo hace referencia a la cantidad de sal en promedio ingerida por cada persona
Ingesta hace referencia a la cantidad de sal en promedio ingerida por cada persona.

La tercera recomendación del comité definía establecer el contenido natural de flúor en las aguas de consumo público. Para esto se evaluaron 1009 municipios, en los cuales se identificaron 13 localidades cuyas aguas reportaron valores superiores a 0.5 ppm.

Esta evaluación permitió determinar las cantidades de flúor por adicionar, detectar las poblaciones que pudieran exponerse al riesgo potencial de sufrir efectos colaterales indeseados por la ingesta de sal fluorada (fluorosis dental) y las poblaciones que por los contenidos naturales de flúor en el agua pudieran indicarnos un claro riesgo de sufrir fluorosis dental endémica y a las cuales no se les debería suministrar la sal enriquecida.

Los trece municipios detectados con más de 0.5 ppm de flúor en el agua de consumo humano fueron:

Atlántico: Luruaco (0.759 ppm) y Usiacurí (0.638 ppm).
Bolívar: Margarita (0.860 ppm).
Cesar: San Martín (0.513 ppm)
La Guajira: San Juan del Cesar (0.610 ppm).
Huila: Gigante (Potrerillo 0.850 ppm), Hobo (0.890 ppm), Rivera (1.010 ppm), Suaza (0.640 ppm).
Meta: Puerto López (0.560 ppm).
Norte de Santander: Arboledas (0.510 ppm) y Salazar de las Palmas (0.730 ppm)
Santander: Cepitá (0. 610 ppm)
Yondó 2.1 ppm detectado posteriormente. ⁽³⁾

La cuarta recomendación hacia referencia a establecer el rango de seguridad para la adición de flúor a la sal de consumo humano, la cual fue determinada en un rango que fluctúa entre 180-220 ppm, con un promedio ideal de 200 ppm de acuerdo a la dosificación empleada en la experiencia de Antioquia. ⁽¹⁴⁾

La quinta y última recomendación permitía establecer la factibilidad de producir fluoruros en Colombia. Al respecto se pudo definir lo siguiente:

En Colombia se encuentran unas pocas minas de florita en los departamentos de Santander, Norte de Santander, Cesar y Tolima. Su explotación es muy baja por lo tanto carece de importancia, los grandes yacimientos de fosforita se encuentran ubicados en Boyacá, Huila, Norte de Santander y Santander, con un total de 744.400 toneladas. La mina más importante ubicada en el departamento de Boyacá, llamada la Conejera tiene 84.000 toneladas de roca fosforita la cual contiene 3.5% de flúor. El país posee una reserva de aproximadamente 26 millones de toneladas de flúor de las cuales casi 3 millones se hayan en la mina de la conejera.

Si en Colombia se gastaran 1.500 toneladas de flúor al año existiría suficiente cantidad para 2.000 años, solamente en la última mina mencionada, actualmente se están explotando los fosfatos pero se desecha flúor equivalente a 14.000 toneladas/ año aproximadamente. Por lo anterior se concluye que es factible producir flúor en el país pero su explotación no resulta rentable para ninguna empresa. (Benjamín Herazo) ⁽¹⁴⁾

LEGISLACIÓN SOBRE SAL

1. Decreto 0591 de 1955 por el cual se implementa la elaboración y uso de la sal yodada para consumo interno humano o animal de conformidad con las normas estipuladas por la OMS. Establece además que el Ministerio de Salud Pública por medio del organismo que considere conveniente ejercerá el control para lo cual podrá tomar periódicamente muestras para su análisis y vigilara el proceso de elaboración.
2. Resolución 2773 de 1970. Por la cual se conforma un comité que desarrollara el estudio de Factibilidad para utilizar la sal como vehículo adecuado del flúor sistémico en la prevención de la caries dental.
3. Norma ICONTEC 1254 de 1976. Por la cual se reglamenta el contenido de la sal de mesa y define empaque y rotulado del producto. Esta norma tuvo su segunda revisión y actualización en noviembre de 1994.
4. Ley 9 de 1979. Establece que son las Direcciones Seccionales de Salud las encargadas de ejercer la vigilancia y el control Epidemiológico de conformidad con el título VII y establece medidas preventivas de seguridad y las medidas sancionatorias.
5. Decreto 2333 de 1982, la sal para consumo humano se considerara como alimento y como tal estará sometida a los controles estatales que determina la Ley 9 de 1979 y sus Decretos reglamentarios. El Decreto 1801 de 1985 igualmente clasifica la sal para consumo humano como alimento.
6. Decreto 2024 de 1984. Por el cual se determinan las normas de yodización y fluoruración de la sal para consumo humano y se reglamenta el control de su reempaque. Establece además normas para la adecuación de las instalaciones y el empaque y envase para la sal.
7. Resolución 15200 de 1984. Por la cual se fija un plazo máximo de 10 meses para el cumplimiento de las normas establecidas en el decreto 2024 de 1984 sobre yodización y fluorización de la sal para consumo humano y se determinan los anticompactantes y requisitos mínimos que deben cumplir los establecimientos donde se efectúe su reempaque.
8. Resolución 16216 de 1987. Por la cual se amplía el plazo establecido en la resolución 15200 de 1984.
9. Resolución 9553 de 1988. Por la cual se establece la identificación de los empaques y envases para la sal de consumo humano.
10. Resolución 1414 de 1989. Por la cual se dictan disposiciones sobre la industria y comercio de alimentos para animales y se derogan las resoluciones No 1152 de 1981 y 11238 de 1982.

11. Resolución 001 de 1991 del Consejo Directivo del Comercio Exterior. Define que por la sal no encontrarse en el artículo 1 del Decreto 3104 de 1990 es de libre importación.

12. Decreto 2780 de 1991 del M.S. Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2333 de 1982. Define el Registro Sanitario de todo alimento y las medidas de vigilancia y control.

13. Resolución 06568 de 1992. Por el cual se conforma el Comité Nacional Interinstitucional para la Vigilancia Epidemiológica de los desórdenes por deficiencia de yodo, fluorosis Dental y el Control de calidad de la sal para consumo humano. El Comité tiene el carácter de asesor del Ministerio de Salud.

14. Resolución 1102 del 5 de marzo de 1993 del MS. Por la cual se dicta una medida de carácter transitorio, autorizando a Álcalis de Colombia por una sola vez y por el término de dos meses para importar sal de Venezuela con una proporción menor de yodo y sin flúor.

15. Decreto 724 de 1994. Por la cual se reglamenta parcialmente el título V de la ley 9 de 1979 en cuanto a expedición de licencia y registro sanitario, producción, empaque y comercialización y control de la sal para consumo humano y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

16. Resolución 2236 de 1994. Por la cual se dictan disposiciones sobre la supervisión y el control de la sal (cloruro de sodio) para consumo animal emanada por el ICA.

17. En el Departamento de Antioquía por Resolución 2217 de 1990 se establecen las bases técnicas y legales del Comité interinstitucional para la vigilancia Epidemiológica de la fluoruración de la sal.

18. Decreto 1290 de 1994. Por el cual le da competencia al Instituto Nacional de vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA para controlar y vigilar la calidad y seguridad de los productos señalados en el artículo 245 de la ley 100 de 1993.

19. Decreto 0547 de marzo 19 de 1996. Por el cual se reglamenta parcialmente el título V de la ley 09 de 1979, en cuanto a la expedición del Registro sanitario, y a las condiciones sanitarias de producción, empaque y comercialización, al control de la sal para consumo humano y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

En la actualidad el comité propuso la adecuación de sus bases legales y técnicas conforme a las nuevas funciones y estructura de la D.S.S.A.

DECRETO 0547 DE 1996

El presente Decreto regula todas las actividades relacionadas con el Registro sanitario, la vigilancia y control en la explotación, producción, empaque, comercialización y control de calidad de la sal para consumo humano, así como las condiciones técnico sanitarias del producto final y de los establecimientos que la procesan, reempacan y comercializan.

Define la sal para consumo humano como el producto final refinado constituido predominantemente por cloruro de sodio, que se obtiene a partir de sal marina o sal gema y que cumple con los requisitos establecidos en el presente Decreto, el cual se clasifica como alimento. Define también al procesador, reempacador, envase, empaque y comercializador.

Establece que toda la sal para consumo humano que se procese, reempaque, o importe debe obtener Registro Sanitario para su comercialización en los términos del Decreto 2780 de 1991. Se establece además en este Decreto lo siguiente:

- No se podrá almacenar y/o expender sal diferente a la de consumo humano donde se reempaque ésta.
- Los reempacadores de sal deberán llevar un libro de registro de las compras y ventas de la sal.
- La sal debe estar adecuadamente rotulada.
- Los mecanismos de vigilancia y control y los sistemas de toma de muestras, además establece que toda planta procesadora de sal debe contar con un laboratorio de control.
- Los comités seccionales de vigilancia.
- Quienes son los responsables de la inspección, vigilancia y control.
- Define que la sal para consumo animal debe ser coloreada con los aditivos autorizados por el ICA.

REQUISITOS FISICO-QUIMICOS DE LA SAL PARA CONSUMO HUMANO

REQUISITOS	LIMITE	
	MINIMO	MAXIMO
Contenido Cloruro de Sodio, expresado como NaCl % m/m base seca	99	0.20
Contenido de humedad entre 100 C y 110 C %m/m	180	220
Contenido de flúor expresado como fluoruro MG/KG (PPM)	50	100
Contenido de Yodo, expresado como Yoduro, en MG/KG (PPM)		2.800
Contenido de Sulfatos, expresado como SO ₄ , en MG/KG		1.000
Contenido de Calcio, expresado como Ca en mg/kg		1.600
Contenido de Magnesio, expresado como MG/KG.		
Otros insolubles en agua, en MG/KG		
CONTAMINANTES		
PLOMO EN mg/kg		1
ARSÉNICO EN mg/kg		1
GRANULOMETRÍA		
PASA MALLA 20		
PASA MALLA 70	80%	20%

Anticompactantes y Antihumectantes:
 ferrocianuro de potasio hasta 10 mg/kg. de sal.
 ferrocianuro de sodio hasta 10mg/kg. de sal.
 silico aluminato de sodio hasta 200 mg/kg. de sal

En el proceso de producción a la salmuera cruda se le adiciona:
 soda cáustica para precipitar el magnesio y el hierro
 Carbonato de sodio para precipitar el calcio. (2)

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL PROGRAMA DE FLUORURACION DE LA SAL

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

Es un proceso activo, regular y continuo de observación, registro, investigación y análisis de las enfermedades sujeto de vigilancia, su historia natural y social, y la interpretación de los factores de riesgo bio-psico-sociales, medio ambientales y de prestación de servicios de salud para tomar decisiones que apunten a corregir, controlar o erradicar la situación encontrada.

POLITICAS QUE AVALAN LA FLUORURACION DE LA SAL

PLAN NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION:

El objetivo general del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición PNAN es contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población Colombiana, en especial de la más pobre y vulnerable, integrando acciones multisectoriales en las áreas de salud, nutrición, alimentación, agricultura, educación, comunicación y medio ambiente.

Algunas de las metas del PNAN para el período 1996-1998 son:

Lograr la Iodación y Fluorización del 100% de la sal para el consumo humano, de acuerdo con las normas nacionales⁽⁹⁾

POLÍTICAS EN SALUD BUCAL

El diseño de planes y programas en salud oral incluye el control de factores de riesgo por medio de acciones de fomento y de prevención específica de las patologías bucales. Las acciones de alta externalidad como la incorporación de flúor a la sal de consumo humano, la educación y la promoción de la salud bucal, constituyen el cumplimiento de las actividades colectivas en prevención de las patologías más prevalentes en salud bucal.

El Ministerio define Políticas de salud Bucal en cuatro áreas: Salud Pública, Servicios, Capacitación y Educación e Investigación. Se anexa.

PLAN DE ATENCION BASICA(PAB)

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones colectivas e individuales, sobre el ambiente y las personas, con externalidades positivas, formuladas teniendo en cuenta el perfil epidemiológico, las políticas internacionales y nacionales que en la materia adopte el país.

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

- Contribuir a elaborar y mantener actualizado el diagnóstico de la situación de salud de la región.

- Conocer la historia natural y social de las enfermedades sujeto de Vigilancia Epidemiológica.
- Identificar grupos humanos susceptibles y de alto riesgo.
- Analizar los factores Bio-psico-sociales (determinantes) que generan, incrementan o agravan la enfermedad.
- Tomar oportunamente las medidas tendientes a prevenir, controlar o erradicar la enfermedad.
- Evaluar el impacto de las medidas tomadas.

OBJETIVO GENERAL DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA FLUORIZACIÓN DE LA SAL

El desarrollo de la Vigilancia Epidemiológica del flúor en la sal debe orientarse hacia el estudio de los beneficios que se pueda derivar de él y a la prevención y control de los riesgos de efectos colaterales no deseados, que puedan perjudicar el buen desarrollo de la medida, considerada como estrategia básica para disminuir la prevalencia de la caries dental.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA FLUORIZACION DE LA SAL

- Elaborar un mapa de riesgo de acuerdo a los contenidos de flúor natural.
- Realizar un estudio del consumo promedio de sal por habitante en los diferentes grupos poblacionales.
- Establecer un sistema de control periódico sobre los contenidos de flúor y yodo en sal, flúor en la orina y flúor en el agua de consumo humano para el cumplimiento de las disposiciones legales.
- Capacitar el personal de la salud en los procedimientos de vigilancia y control de la fluoruración de la sal teniendo en cuenta las disposiciones legales.
- Asesorar y apoyar las investigaciones relacionadas con el consumo de flúor, y sus implicaciones en la salud pública.
- Vigilar el impacto de esta medida preventiva en la morbilidad oral, a través de la aplicación de índices como COP, eco y Dean.

ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA REALIZADAS EN LA FLUORIZACION DE LA SAL:

MEDICION DE FLUOR EN ORINA

En cumplimiento del programa de Vigilancia Epidemiológica se monitoreo la excreción urinaria del ión flúor en escolares y adultos de ciudades de características climatológicas y desarrollo socioeconómico similares que hubieran tenido fluoruración de las aguas de consumo público y ciudades sin fluoruración en sus aguas.(2)

Las ciudades en las cuales se tomaron muestras fueron:

Medellin - Bucaramanga

Manizales - Bogotá

Cartagena - Barranquilla

Cali - Ibagué

Ipiates - Tunja

San Andrés Islas.

En estas ciudades se evaluó la excreción urinaria en escolares de cinco a catorce años y en algunas de ellas se tomaron muestras en adultos.

Las excreciones se deben comparar transcurrido un año de iniciado el programa. Se considera que un año es el lapso de tiempo necesario para que los niños en crecimiento lleguen al estado de equilibrio, es decir que lleguen a excretar aproximadamente entre el 50% y el 70% del flúor ingerido. (2,4)

MEDICION DE INDICE DE COP

En cada Dirección Seccional de salud se seleccionaron 5 municipios cuyas características debían ser:

Mas o menos distantes de los grandes Centros urbanos Poblaciones estables, es decir que no se afectaran con migraciones o inmigraciones frecuentes.

En estas poblaciones se hizo la evaluación de prevalencia de caries en los escolares, índice COP y fluoruria. Lo anterior tiene por finalidad contar con puntos de comparación, cuando transcurrido un lapso de tiempo prudente se haga la evaluación del efecto conseguido con la medida.

La evaluación de fluoruria se deberá repetir anualmente en estos municipios y para evaluar el impacto de la medida se debe realizar un nuevo estudio de prevalencia de caries (C.O.P.) cada 4-5 años (2).

DETECCIÓN DE MANCHAS COMPATIBLES CON FLUOROSIS.

Es responsabilidad del recurso humano de salud oral la detección de manchas intrínsecas del esmalte y su reporte a las autoridades de salud cuando lo considere importante teniendo en cuenta la frecuencia y/o la magnitud o severidad del problema y la ubicación geográfica del problema. En Colombia el Ministerio de Salud propuso y esta en proceso el tercer estudio Nacional de Morbilidad en salud oral el cual se encuentra en la etapa de Planeación. Este estudio permitirá comparar los resultados de los años 1977-1980 en que no se tenía flúor en la sal, (si en el agua de algunas ciudades del país como Medellín y Manizales) con el año 1997 después de 9 años de haber iniciado la fluoruración de la sal. Con este estudio se podrá determinar el impacto de todas las medidas preventivas.

ANÁLISIS DE AGUAS

Dentro del programa de Vigilancia Epidemiológica teniendo en cuenta que se había realizado el inventario nacional del contenido natural de flúor en las aguas de consumo humano de todos los municipios del país y que 13 municipios tenían contenidos de flúor de 0.5 ppm o más se procedió a realizar por parte del Ministerio de Salud, el I.N.S. y las Direcciones Seccionales correspondientes a los municipios en mención un estudio que comprendía determinación del Índice de COP, Fluoruria y Fluorosis Dental, y de acuerdo a los hallazgos y recomendaciones finales establecer las acciones de control y seguimiento.

Este estudio se llevó a cabo en 7.557 niños entre 5-14 años y se recolectaron un total de 209 Pooles de orina. ⁽¹²⁾

A nivel del municipio de Yondó, el cual presentaba elevados contenidos de flúor en el agua de consumo público y fluorosis Dental, y que no había sido incluido en el estudio nacional de aguas se realizó posteriormente un estudio Descriptivo Transversal encontrando 2.1. ppm de flúor en las aguas de consumo humano en promedio (la más alta de Colombia), se encontró además muestras de sal con 210-230 ppm y se comprobó fluorosis dental tanto en dientes permanentes como en temporales ⁽¹³⁾

Teniendo en cuenta la recomendación de la O.P.S/O.M.S. en el país se incluyó la determinación del yodo en forma periódica igual que con el flúor a partir de 1990 y se realizó un estudio sobre prevalencia de Bocio Endémico.

CONFORMACION DE LOS COMITES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

A nivel Nacional y en cada Dirección Seccional de Salud se conformó un Comité Interinstitucional para la Vigilancia Epidemiológica de los desordenes por deficiencia de yodo, fluorosis Dental y el Control de calidad de la sal para consumo humano. El Comité tiene carácter de asesor tanto del Ministerio de Salud como de la Direcciones Seccionales y Locales de Salud. En 1997 a nivel del Ministerio de Salud se conformó el CODEMI (Comité de vigilancia para los Micronutrientes) quien actualmente se encarga de asesorar el Ministerio en el proceso de suplementación y fortificación de Alimentos.

INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN AL CONSUMIDOR

Estas acciones se han enfocado hacia la promoción del consumo de sal de buena calidad (fluorada y yodada) por los efectos benéficos que se obtienen, en la prevención de la caries Dental y del Bocio Endémico.

A nivel de Procesadores y reempacadores se han desarrollado actividades informativas y educativas orientadas hacia los riesgos en la población, si no se cumple con la normatividad vigente.

VIGILANCIA Y CONTROL DE LA CALIDAD

El control de calidad de la sal de consumo humano es una de las acciones más importantes para la vigilancia Epidemiológica y con ella se busca que la sal que se produzca, importe, reempaque y comercialice llene los requisitos básicos de composición y contenidos físico-químicos establecidas en el Decreto 0547 de 1996. Cuando esas condiciones no se cumplan se deberá tomar las medidas necesarias para corregir y/o sancionar según la situación encontrada.

Para el adecuado desarrollo de las actividades de control el Ministerio de Salud en coordinación con el I.N.V.I.M.A. a través de la red nacional de laboratorios seleccionaron y dotaron los laboratorios de algunas ciudades para su demanda y la de sus áreas de influencia, así:

Cartagena: Bolívar, Atlántico, Magdalena, Guajira, Sucre y San Andrés.

Medellín: Medellín, Córdoba, Choco y Antioquia.

Cali: Valle, Putumayo, Huila, Cauca y Nariño

Armenia: Quindío, Caldas, Risaralda y Tolima.

Bogotá: Cundinamarca, Boyacá, Meta, Caquetá y los Departamentos que conformaban los territorios Nacionales.

Bucaramanga: Norte de Santander, Santander y Cesar.

Los funcionarios de estos laboratorios fueron capacitados y estandarizados en las técnicas de análisis de muestras (ión específico para flúor y yodo)

Posteriormente viendo la necesidad de tener un mejor control se dotaron otros laboratorios en ciudades como Villavicencio (Meta), Medellín (Metrosalud), Cúcuta, Buga y Barranquilla. Todos los laboratorios tendrán como laboratorio de referencia para asesoría y control de calidad el Laboratorio del I.N.S.

ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS CONTENIDOS DE YODO Y FLÚOR EN LA SAL EN COLOMBIA 1989-1996

El país a través de Alcalis de Colombia tenía el monopolio de la producción de la sal, redundando esto, en general, en una buena calidad de sal para consumo de la población.

Esta calidad era alterada en forma frecuente en algunos sitios desde la producción hasta la venta al usuario final (el consumidor), esa alteración se presumía por la utilización y mezcla de sal procedente de la explotación que tenían los indios wayú de la Guajira, calculada en aproximadamente 40.000-60.000 toneladas-año. También con mezclas en los sitios de reempaque utilizando sal para consumo animal o sal para uso industrial las cuales eran a mas bajo costo.

Con la aplicación de las políticas Neoliberales y con el cierre de los conjuntos industriales de Betania y nal por parte de Álcalis de Colombia en el año 1993, se inicia en el país la importación de sal para consumo humano aprobada por la Resolución 102 de 1993 del Ministerio de Salud dándose la aprobación para importar 25.000 toneladas de sal desde Venezuela, la cual no contenía flúor, y la cantidad de yodo era menor a la aprobada en Colombia.

A partir de ese momento Colombia realiza la importación de sal de Venezuela, Perú y Chile, actualmente la importación se realiza de países como Holanda, Perú y México.

Además de las políticas de libre importación se dieron situaciones de orden legislativo que llevaron al INVIMA apoyados por el Ministerio de Salud y UNICEF a realizar el análisis del comportamiento de los contenidos de yodo y flúor en la sal para consumo humano en Colombia. En este estudio se analizaron los resultados de 8.405 muestras que fueron procesadas en los laboratorios de la red nacional durante los años 1989-1995.

En 1989 se parte teniendo como referencia el Decreto 2024 alcanzándose un cumplimiento para flúor de un 45% y para Todo un 77%.

En 1990 se presentó un descenso significativo en el flúor, debido a la escasez de la materia prima que por problemas de tipo económico y administrativos dificultaron su correcto desarrollo llegando solo al 3% de cumplimiento.

Los problemas de la materia prima de flúor se solucionaron cuando Alcalis de Colombia se hizo cargo de su importación, aumentando los costos al consumidor final, lo cual ocurrió a partir del año 1991.

En los años 1991 y 1992 se mantienen los niveles similares a 1989, pero a partir de 1993, nuevamente hay un descenso marcado tanto en yodo como en flúor, pues se registra en el país nuevamente una escasez de flúor como consecuencia de lo anterior se presenta la quiebra y cierre definitivo de ÁLCALIS, ordenado por el gobierno nacional en febrero de 1993 con miras a la venta y privatización de las dos plantas de producción de sal Betania (Cundinamarca) y Mamonal (Cartagena).

A partir de 1994 se intensifica en el país los controles a la sal para consumo humano toda vez que se incrementan las importaciones de este producto.

En 1995 la vigilancia se ve fortalecida por la creación del INVIMA observándose un incremento en el cumplimiento del flúor en un 17% con relación a 1989, sin cambios significativos en el Yodo.⁽¹⁾

DISCRIMINACIÓN DE MUESTRAS ANALIZADAS
COLOMBIA 1988-1995

	FLÚOR	YODO
PROCESADORES	653	337
REEMPACADORES	1.471	1.487
EXPENDEDORES	5.418	5.552
SAL IMPORTADA	1.179	1.354
TOTAL	8.721	8.730

Los siguientes son algunos de los resultados del estudio:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CONTENIDOS DE FLUOR EN LAS MUESTRAS DE
SAL- COLOMBIA 1989-1995

AÑO	MUESTRA	+221F %	180-220F %	100-179F %	0-99F %
1988	10	0.00	0.00	0.00	100.00
1989	444	0.90	30.18	43.24	25.68
1990	232	3.88	15.52	19.83	60.78
1991	328	4.27	42.38	20.12	33.23
1992	1292	3.48	37.93	30.26	28.33
1993	1307	4.74	20.20	12.70	62.36
1994	2596	3.24	44.14	18.99	33.63
1995	2512	6.93	63.30	16.76	13.02
TOTAL	8721	4.49	43.56	20.35	31.59

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CONTENIDOS DE YODO EN LAS MUESTRAS BK
SAL COLOMBIA 1989-1995**

AÑO	MUESTRA	+110I %	50-100I %	20-49I %	0-19I %
1989	138	0.00	76.81	13.77	9.42
1990	232	1.72	64.66	25.00	8.62
1991	328	2.13	70.12	16.77	10.98
1992	12922	3.33	70.12	14.78	11.76
1993	1340	1.64	39.78	13.66	44.93
1994	2771	0.61	63.26	15.37	20.75
1995	2629	2.28	78.32	11.07	8.33
TOTAL	8730	1.97	65.72	14.01	18.52

ANÁLISIS DE RESULTADOS EN LA CADENA DE PRODUCCION Y COMERCIALIZACION

ANÁLISIS DE PROCESADORES: En 1990 el flúor presentó una disminución de un 50% en el cumplimiento de la norma, en 1993 alcanza el punto máximo de la norma un 100% para caer la calidad nuevamente en el año 1994 a un 50%. En cuanto al yodo este alcanzó los mejores niveles de calidad entre los años 1990-1993 con un cumplimiento del 100%, el cual cae en 1994 como ocurrió con el flúor. Lo anterior se presentó como consecuencia de la quiebra y privatización de Álcals de Colombia. En 1994 el complejo industrial de Betania (Cajicá Cundinamarca) es vendido tomando el nombre actual de Empresa Refinadora de Sal Refisal S.A.. En esta época ingresan al mercado la Compañía Nacional de Sal de la ciudad de Barranquilla y La Empresa Colombiana de Sales ECOSAL de Cúcuta.

En 1995 se presenta un incremento en la calidad de la sal alcanzando para el flúor un nivel del 66%, y para el yodo un 83%..(1)

ANÁLISIS DE IMPORTADORES: Se realizó el análisis de 1179 muestras de sal procedentes del Perú y Venezuela, correspondiente al período 1993 -1995. En el año 1993 se presentó el cumplimiento mas bajo en la norma (32%) lo anterior debido a que en ambos países la



1994 las importaciones se realizan desde el Perú donde la Empresa productora Química del Pacífico adecuó el proceso a los parámetros de nuestra legislación alcanzando niveles de

excelencia en la calidad superando el 90% de cumplimiento para flúor y yodo. En la actualidad la importación de sal se hace de países como Holanda (akzo) y Perú (Química del Pacífico) ¹¹¹

ANÁLISIS DE REEMPACADORAS: se analizaron 1471 muestras. En 1990 los reempacadores cumplieron para flúor en un 3 % y para yodo en un 35%. Durante 1991 y 1992 se alcanzó un 35% para flúor y un 65% para yodo. Posteriormente. En 1993 cae la calidad relacionándose con la crisis de la industria salinera nacional. Durante 1995 se logra un nivel aceptable para flúor 66% y bueno para yodo 83% ¹¹¹

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CONTENIDOS DE FLÚOR Y YODO A NIVEL NACIONAL Y DEPARTAMENTAL EN REEMPACADORES. 1990-1995.

AÑO	FLÚOR		YODO	
	NACIONAL %	DEPTAL.%	NACIONAL %	DEPTAL. %
1990	3.23	5	45.16	30
1991	37.93	37	58.62	47
1992	32.37	36	71.98	78
1993	17.53	12	41.73	34
1994	26.99	27	41.87	43
1995	64.16	66	78.50	75

ANÁLISIS DE LOS EXPENDEDORES: Se analizaron 5.418 muestras. En estos también se presentaron prácticas de mezcla, afectando la calidad de la sal. En cuanto a flúor en los primeros seis años se reportó una mala calidad teniendo un cumplimiento de menos del 50%. Para 1995 se nota el mejoramiento de la misma, llegando a un 57%. Para yodo ha sido muy variable notándose una mejoría hacia 1995. ¹¹¹

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CONTENIDOS DE FLÚOR Y YODO A NIVEL NACIONAL Y DEPARTAMENTAL EN EXPENDEDORES. 1990-1995.

AÑO	FLÚOR		YODO	
	NACIONAL %	DEPTAL. %	NACIONAL %	DEPTAL. %
1990	16.06	5	66.32	43
1991	36.52	32	64.78	59
1992	34.70	41	66.43	70
1993	18.22	15	30.36	25
1994	23.45	14	44.07	24
1995	57.07	39	74.34	55

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CONTENIDOS DE FLÚOR Y YODO EN LA SAL EN PROCESADORES Y EXPENDEDORES -COLOMBIA AÑOS 1990-1995

AÑO	PROCESADOR	EXPENDEDOR	DIFERENCIA
	%	%	%
1990	50	16	34
1991	64	37	27
1992	77	35	42
1993	100	18	82
1994	50	23	27
1995	66	57	9

COMPORTAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA SAL DESDE EL PROCESADOR HASTA EL EXPENDEDOR: En el cuadro anterior se puede observar dos aspectos

El detrimento de la calidad de la sal de consumo humano en la cadena de producción y mercadeo. La diferencia entre el porcentaje de muestras que cumplen con la norma a nivel de los procesadores y los expendedores, las cuales son muy significativas en la mayoría de los años siendo mucho menor en el año 1995. ⁽¹⁾

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CONTENIDOS DE FLÚOR Y YODO EN LA SAL A NIVEL NACIONAL COLOMBIA, 1989-1995.

	FLÚOR %	YODO %
PROCESADORES	48.09	92.28
REEMPACADORES	42.62	62.81
EXPENDEDORES	34.29	56.61
IMPORTADORES*	84.56	99.63
TOTAL	43.56	65.72

*EL ANÁLISIS EN IMPORTADORES SE TOMA A PARTIR DE 1993

PRODUCCIÓN E IMPORTACIÓN DE SAL EN COLOMBIA

En Colombia la explotación, procesamiento, y comercialización de la sal era monopolio estatal hasta 1993 cuando se autorizó la importación de sal de Venezuela y posteriormente del Perú, Holanda y Chile (materia prima de Punta de Lobo). Además se comercializó (privatizó) el complejo industrial de Betania (Cajicá Cundinamarca) la cual fue comprada por la Empresa Refinadora de sal Refisal S.A.

El complejo industrial de Marmonal fue alquilado para continuar la explotación a IFI-Concesión de Salinas entidad estatal antes administradora de los centros de explotación de sal y comercializadora de sal en Colombia.⁽⁴⁾

La naturaleza y forma de explotación de la sal en Colombia es la terrestre y marítima.

SALINAS TERRESTRES: Para la explotación y producción de sal en Colombia se ubican geográficamente los siguientes sitios: ⁽²⁾

Zipaquirá (mina)

Nemocón (agua- sal proceso industrial)

Upin (Restrepo Meta) agua -sal caldero

La capacidad de producción aproximadamente es de 240.000 toneladas anuales (800.000 metros cúbicos de salmuera 300 gms/litro) de la cual 100.000 toneladas aproximadamente se refinaban para ser comercializadas por Concesión de Salinas y 140.000 toneladas para la obtención de productos básicos para la industria química. ⁽²⁾⁽⁴⁾

La sal explotada en Zipaquirá y Nemocón se refinaban en el complejo Industrial de Betania hoy Refisal S.A. quien además la comercializa.

En las salinas de Restrepo Meta Se procesaban y Comercializaban aproximadamente 20.000 toneladas año (sal caldero) con destino al consumo animal e industrial de la zona.

SALINAS MARITIMAS:

Están ubicadas en:

Manaure (Guajira)

Galerazamba (Bolívar).

Esta sal para ser refinada debe ser transportada desde estos sitios al complejo industrial de Mamonal (Cartagena Bolívar) en cuatro barcos, especialmente construidos para este fin. Aquí se recibían aproximadamente 350.000 toneladas/año y se devolvían aproximadamente 70.000 toneladas como sal refinada, el resto la utilizaba para producción de insumos industriales (cloro, soda y carbonatos).

De la sal que recibía IFI-Concesión de salinas producía 45.000 toneladas para consumo ganadero.⁽²⁾

COMERCIALIZACIÓN DE LA SAL:

Para la distribución y venta de las sales procesadas el país cuenta con una red que incluye:

Procesadores (que la comercializan directamente)

Importadores

Reempacadores

Comercializadores en gran escala (almacenes de cadena)

Tiendas y graneros

De acuerdo a información de concesión de Salinas la utilización de la sal procesada por tipo de consumo es aproximadamente así:

Consumo humano: 131.000 -165.000 Toneladas año, Consumo animal : 45.000 Toneladas año, Industria manufacturera: 25.000 Toneladas año

La capacidad instalada en las plantas de REFISAL S.A. ubicada en Cajicá Cundinamarca y de Alcalis en liquidación, localizada en Mamonal Cartagena, en la que opera IFI-CONCESION DE SALINAS, es de aproximadamente 1.000 Toneladas Métricas /día. Las cuales a un nivel de efectividad del 70% o sea que están produciendo 210.000 Toneladas/año, de las cuales 70.000 toneladas/año se destinan para consumo industrial en textiles, curtimbres y conservación de alimentos⁽⁴⁾

EMPRESAS PRODUCTORAS DE SAL COLOMBIA 1997

EMPRESA	MUNICIPIO
IFI-CONCESION DE SALINAS	CARTAGENA (MAMONAL)
REFINADORA DE SAL REFISAL S.A.	CAJICA CUNDINAMARCA
EMPRESA COLOMBIANA DE SAL ECOSAL	CUCUTA
COMPANIA NACIONAL DE SAL	BARRANQUILLA
SALES DEL PACIFICO	BUGA
SAL DEL LLANO	META
MOLINO DE BILLY MAY	SANTANDER

PRODUCCIÓN DE SAL PARA CONSUMO HUMANO NACIONAL E IMPORTADA EN TONELADAS. COLOMBIA 1989 1995.

AÑO	NACIONALES	IMPORTADAS	TOTAL
1989	236.669		236.669
1990	232.814		232.814
1991	159.259		159.259
1992	186.634		186.634
1993	51.729	1.500	53.229
1994	140.615	17.928	158.543
1995	177.915	17.122	195.037

La cantidad de sal importada de Perú, Holanda y México para 1996 fue de 50.000 toneladas.

IMPORTADORES DE SAL -COLOMBIA 1997

COMPAÑÍA PRODUCTORA	PAÍS
AKZO	HOLANDA
QUÍMICA DEL PACÍFICO	PERÚ
¿?	MÉXICO

Lo anterior, sumado a la utilización de sal sin refinar o de mala calidad para consumo humano, el cierre de las plantas productoras de cloro, soda y carbonatos como consecuencia de los bajos costos internacionales han hecho que las plantas de Refisal y de Mamonal estén operando aproximadamente a menos del 50% de su capacidad instalada..(4)

SITUACIÓN DE FLUOR Y YODO EN LA SAL PARA CONSUMO HUMANO DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 1996-1997.

Antioquia depende en su totalidad de la sal procesada en otros Departamentos, está es traída y reempacada a través de 17 empresas o directamente expendida por más de 25 comercializadoras a gran escala, constituyéndose en la región del país con mayor número de reempacadoras, lo anterior significa que el Departamento debe tener mayor continuidad en la vigilancia y el control, disponer de mayor recurso humano para la vigilancia, mejorar su capacidad de análisis de muestras y fortalecer la coordinación interinstitucional:

REEMPACADORAS DE SAL PARA CONSUMO HUMANO EN ANTIOQUIA 1997

REEMPACADORA	MARCAS
ABASOR-RIONEGRO	SUPERORIENTE
AGENCIA ANIBAL BOTERO ITAGUI	COLOSAL
AGUDELO CHAVEZ ITAGUI	HADA
DEPOSITO DISALMAR ITAGUI	DISALMAR
DISTRIBUIDORA NECHI EL BAGRE	EL DIAMANTE NECHI
EMPAQUETADOS DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS LA CASCADA ITAGUI	LA CASCADA, METROAZUCAR, RIOPERLA.
EMPAQUETADOS CRISTAL ITAGUI	CRISTALINA
EMPAQUETADOS DE GRANO LA ROMANA ITAGUI	LA ROMANA, PURASAL
EMPAQUETADOS LA MECEDORA ITAGUI	LA MECEDORA
EMPAQUETADOS RIVER ITAGUI	SALEGAR
MANAURE CAUCASIA	LA GAVIOTA, MANAURE
PRODUCTOS ALIMENTICIOS EL SERVIDOR ITAGUI	EL SERVIDOR
PRODUCTOS ALIMENTICIOS LA NEVADA ITAGUI	ANALSAL
PRODUCTOS D'MARCA ITAGUI	D'MARCA
PRODUCTOS METROBELLO BELLO	METROBELLO
PRODUCTOS PURA ITAGUI	PURA
URIBE Y VALENCIA ITAGUI	BALSAL

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE FLÚOR EN LAS MUESTRAS ANALIZADAS EN EL LABORATORIO DPTAL DE SALUD PUBLICA DE ANTIOQUIA 1996 ENERO A JUNIO DE 1997

AÑO	MUESTRA	+ DE 221 F %	180-220 F %	100-179 F %	0-99 F %
1996	111	7	78	8	6
EN JUN /97	110	8	66	19	6

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE YODO DE LAS MUESTRAS ANALIZADAS EN EL LABORATORIO DPTAL DE SALUD PUBLICA DE ANTIOQUIA 1996 ENERO- JUNIO DE 1997

AÑO	MUESTRA	+ DE 101,1 %	50-100,0 %	20-49,9 %	0-19 %
1996	111	3.6	88.2	4.5	3.6
EN JUN /97	110	0	93	5	2

BIBLIOGRAFIA

1. INVIMA. Estudio del comportamiento de los contenidos de yodo y flúor en la sal para consumo humano. Colombia 1988-1995. Santafé de Bogotá 1996.
2. Jiménez, Guillermo. Informes Técnicos. 1992, 1993, 1994.
3. López Camacho, Rosa Virginia. Prevalencia de fluorosis dental y caries dental, zona urbana del municipio de Yondó, 1996.
4. Navarro M, Julio Cesar. Memorando enviado al Dr Carlos Wolff Isaza. 1995.
5. Ministerio de Salud República de Colombia. Decreto 0547 de 1996.
6. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud bucal. 1996
7. Ministerio de Salud; I.N.S; otros. Evaluación del contenido de yodo en la sal para consumo humano y algunos aspectos de su mercadeo en siete ciudades del país Colombia. 1994.

8. Ministerio de Salud; I.N.S. otros. Prevalencia de los desordenes por deficiencia de Yodo e ingesta promedio de sal Colombia 1994-1996. Resultados de doce regiones. Santafé de Bogotá 1997
9. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Nutrición. 1996-2001.
10. Molina saldarriaga, Hernando. La prevención en salud un estilo de vida, 1995.
11. Molina saldarriaga, Hernando. Entrevistas. 1997
12. Moncada, Orlando; Jiménez, Guillermo. Inventario del contenido natural de flúor en las aguas para consumo público, Colombia 1988.
13. O.M.S. Los Fluoruros y la salud Bucodental. Informe Técnico S46. 1994.
14. Sánchez Arango, Hernán. Los fluoruros en salud pública. Manizales, 1989.

ANEXO 1

POLÍTICAS EN SALUD BUCAL

El diseño de planes y programas en salud oral incluye el control de factores de riesgo por medio de acciones de fomento y de prevención específica de las patologías bucales. Las acciones de alta externalidad como la incorporación de flúor a la sal de consumo humano, la educación y la promoción de la salud bucal, constituyen el cumplimiento de las actividades colectivas en prevención de las patologías más prevalentes en salud bucal.

El Ministerio define Políticas de salud Bucal en cuatro áreas: Salud Pública, Servicios, Capacitación y Educación e Investigación. Se anexa.

POLÍTICAS EN SALUD PUBLICA

1. Implantar un programa masivo y permanente de promoción de la salud bucal, prevención de la caries y la enfermedad periodontal, en todos los grupos de edad, que consiga modificar favorablemente las conductas actitudes y prácticas al respecto.
2. Promover la salud bucal en toda la población encaminada a establecer una cultura favorable de la salud, mantener el paciente sano desde su concepción, garantizar al paciente controlado el mantenimiento de la salud bucal alcanzada y la adecuada utilización de los servicios de salud bucal.

3. Impulsar las acciones de prevención en salud bucal en toda la población, específicamente en el grupo de mas alto riesgo Epidemiológico, los menores de 14 años.
4. Promover el adecuado consumo de sal fluorada como medida de prevención masiva en salud bucal, apoyada por una continua vigilancia Epidemiológica.
5. Impulsar y apoyar los programas masivos de atención en salud oral, siempre y cuando incluyan fases de prevención y mantenimiento.

POLÍTICAS EN INVESTIGACIÓN

1. Fomentar la Vigilancia Epidemiológica de la fluorosis y las patologías Bucales en las instituciones que componen el sistema de seguridad social en salud.
2. Fomentar la investigación aplicada en los diferentes aspectos relacionados con la promoción, prevención y recuperación de la salud bucal.
3. Apoyar la investigación dirigida a establecer el perfil epidemiológico de las patologías bucales en las diferentes instancias e instituciones.

METAS

El Ministerio de Salud se propone las siguientes metas:

1. Aumentar la cobertura de las acciones de promoción y prevención en salud bucal hasta un nivel cercano del 100% de la población colombiana para el 2001 y de un 50% para 1998.
2. Disminuir en un 70% la incidencia de caries en menores de 12 años antes del 2001 y en el 20% en 1998.
3. Brindar asistencia para las patologías bucales de primer nivel en un 100% para el 2001 y en un 30% para el año 1998.
4. Conseguir que el 100% de los integrantes del equipo de salud bucal de las diferentes instituciones de carácter público estén capacitados en aspectos Epidemiológicos y gerenciales básicos.
5. Fomentar la investigación Epidemiológica en salud bucal garantizando que antes de 1998 el país tendrá un estudio nacional de morbilidad oral.

LÍNEAS DE ACCIÓN

El programa de salud bucal entre 1995 y 1998 desarrollará las siguientes actividades encaminadas a implementar el plan nacional en salud bucal y obtener las metas propuestas a través de las siguientes líneas de acción: Salud Pública, Servicios, Capacitación y Educación e investigación.

Acciones en salud pública

1. Desarrollar un programa de Promoción y prevención en salud bucal con los aspectos de Educación en salud bucal teniendo en cuenta las características, condiciones y factores de riesgo según la edad, favoreciendo a la niñez y al binomio madre-hijo, pilar básico de la cultura de la salud bucal.
2. Realizar el diagnóstico del desarrollo del programa de fluorización de la sal como la medida de prevención masiva y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la fluorosis.
3. Impulsar las campañas en medios masivos sobre higiene bucal y el consumo de sal fluorada y yodada de adecuada calidad con el fin de implementar una cultura en la salud bucal que mejore las condiciones de morbilidad oral y general de la población colombiana.

Acciones en Investigación :

1. Realizar el estudio Nacional de Morbilidad oral, utilizando indicadores internacionales que le permitan realizar la respectiva comparación.
2. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la fluorización de la sal y de las patologías Bucales de la Población Colombiana, mediante el monitoreo permanente en las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (6)



PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL MINISTERIO DE SALUD. COLOMBIA 1996

POLÍTICA	META	LÍNEA DE ACCIÓN
<p>-IMPLANTAR UN PROGRAMA MASIVO Y PERMANENTE DE PRO-MOCIÓN DE LA SALUD BUCAL. PREVENCIÓN DE LA CARIES Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL</p> <p>-PROMOVER LA SALUD BUCAL EN TODA LA POBLACION EN-CAMINADA A FAVORECER UNA CULTURA DEL AUTOCUIDADO.</p>	<p>-AUMENTAR COBERTURA DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN AL 50% EN 1998 Y AUN NIVEL CERCANO AL 100% EN EL AÑO 2001.</p>	<p>-DESARROLLAR PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN TENIENDO EN CUENTA FACTORES y GRUPOS EPIDEMIOLOGICOS DE RIESGO.</p> <p>-IMPLEMENTAR Y DDLAR EL COMPONENTE DE SALUD ORAL DENTRO DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA (PAB) DEL MUNICIPIO.</p>
<p>-IMPULSAR ACCIONES DE PREVENCIÓN EN POBLACION DE MAS ALTO RIESGO EPIDEMIOLOGICO. (MENORES DE 14 AÑOS).</p>	<p>-DISMINUIR EN UN 20% LA INCIDENCIA DE CARIES EN POBLACION MENOR DE 12 AÑOS PARA 1998 Y EN UN 70% PARA EL 2001</p>	<p>-GESTIONAR ANTE ALCALDES, GERENTES Y JUNTAS DIRECTIVAS DE LAS ESES LA PERMANENCIA DE LA A.H.O. EN EL EQUIPO DE TRABAJO</p>
<p>-PROMOVER EL ADECUADO CONSUMO DE SAL FLUORADA. FOMENTAR LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA FLUOROSIS DENTAL Y OTRAS PATOLOGÍAS.</p> <p>-APOYAR INVESTIGACIONES DIRIGIDAS A ESTABLECER EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS PATOLOGÍAS BUCALES.</p>	<p>-REALIZAR EL ESTUDIO NACIONAL DE MORBILIDAD PARA 1998.</p> <p>-CAPACTAR AL 100% DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE S.O. DE LAS IPS PUBLICAS EN ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS Y GERENCIALES BASICOS.</p>	<p>-REALIZAR EL DIAGNOSTICO DEL PROGRAMA DE FLUORIZACION DE LA SAL.</p> <p>-IMPULSAR CAMPAÑAS EN MEDIOS MASIVOS SOBRE HIGIENE BUCODENTAL Y CONSUMO DE SAL FLUORADA Y YODADA.</p>
<p>IMPULSAR Y APOYAR LOS PROGRAMAS MASIVOS DE ATENCIÓN (PREVENCIÓN MANTENIMIENTO)</p>	<p>-BRINDAR ASISTENCIA PARA LAS PATOLOGÍAS BUCALES DE PRIMER NIVEL EN 30% EN EL AÑO 1998. 100% EN EL AÑO 2001.</p>	<p>-ELABORAR GUÍAS DE ATENCIÓN.</p> <p>-REVISAR Y REDISEÑAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN CON INDICADORES QUE PERMITAN MANTENER ACTUALIZADO EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y EVALIAR ASÍ ACCIONES DESARROLLADAS EN SALUD BUCAL.</p>
<p>FOMENTAR LA INVESTIGACION APLICADA EN LOS DIFERENTES ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PROMOCION, PREVENCIÓN Y RECUPERACION DE LA SALUD.</p>		<p>-DESARROLLAR SISTEMAS ALTERNATIVOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA LA POBLACION CON LIMITACIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS.</p>

PLAN DE ATENCION BASICA(PAB)

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones colectivas e individuales, sobre el ambiente y las personas, con externalidades positivas, formuladas teniendo en cuenta el perfil epidemiológico, las políticas internacionales y nacionales que en la materia adopte el país.

Este plan tiene las siguientes características:

- Es de responsabilidad del Estado.
- Tiene cobertura universal.
- Gratuito para toda la población.
- Complementario al Plan Obligatorio de Salud.(Decreto 1891/ 94)

Actividades de Fomento y Prevención en Salud Oral Contenidas en el Plan de Atención Básica para el departamento de Antioquia.

- Información y Educación a la población general en aspectos básicos de salud oral.
- Capacitación y actualización de agentes primarios (promotoras rurales de salud, profesores) como apoyo a la realización de programas educativos y preventivos.
- Desarrollo de programas preventivos (flúor, sellantes -transitorio-).
- Detección de factores de riesgo en población menor de cinco años y mayor de sesenta años institucionalizada.
- Realización de programas de atención masiva (transitorio).
- Vigilancia epidemiológica de la fluorosis dental y lesiones premalignas.

OFEDO - UDUAL. Septiembre 1997
LA INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA EN COLOMBIA

Iván Darío Jiménez Vargas. Odont. M.Sc.
Director de la División de Investigaciones de la ACFO
Profesor CES, Medellín

La actividad a desarrollar por la División de Investigación para los próximos 5 años abarca un plan con 4 prioridades en donde se destaca la comunidad, el recurso humano, la innovación y la financiación.

A continuación se presentarán algunas ideas sobre estos aspectos fundamentales.

El conocimiento y su actividad suprema, la investigación, son un proceso a largo plazo y no una actividad casual y pasajera. Para desarrollar las 4 prioridades antes mencionadas hay que perseverar en la difícil tarea de la transformación de la universidad colombiana.

Como investigador y observador permanente del que hacer de la Nación, no puedo abstraerme del caos actual en el número y tipos de programas de odontología en Colombia. Si no le damos seriedad a nuestra educación fracasaremos en el desarrollo de una Nación civilizada, próspera y dueña de sí misma.

Lo grave es que el país, sus directivos, y la comunidad, parecen estar acomodándose a una universidad frecuentada por una clientela pseudoacadémica que no tiene ni el tiempo y probablemente ni la vocación para pensar. La universidad de hoy con algunas excepciones más parece un acuerdo entre mediocres en donde el profesor no exige y los estudiantes tampoco. Personas motivadas sólo por la expectativa de un ascenso laboral más que por un compromiso con la ciencia y con los cuatro puntos fundamentales que se esbozarán : comunidad, recurso humano, innovación y financiación.

Si la universidad aspira a generar nuevas formas de conocimiento y a cambiar el país debe haber un replanteamiento en el número y tipo de programas de pregrado y postgrado ofrecidos en Colombia.

Es que la universidad hacia la cual se corre el riesgo de arrastrarse si se masifica la idea de cursos antes o después de la jornada laboral, o en fines de semana, es el de la universidad repetitiva y no reflexiva que sólo enseña el oficio, que sólo matricula personas para repetir labores durante un entrenamiento.

Esa negación de universidad para competir, baja los costos de sus programas, aumenta los cupos y adquiere una altísima rentabilidad económica. La universidad tiene que ser viable financieramente pero no a expensas de la calidad de los programas que ofrezca, ni a expensas de un caos de empleo por la plétora ya existente de odontólogos.

Esta negación de universidad que supuestamente genera mano de obra barata, le saldrá costosa al país y aniquilará a la nueva Colombia puesto que no prepara el recurso humano para el nuevo orden internacional que requiere de alta competitividad intelectual.

Hay que buscar que el gobierno a través del Ministerio de Educación controle este caos y cierre los programas necesarios.

Quiero ser optimista e ir al otro lado, al lado soleado, al de la universidad indagadora, inquisitiva y reflexiva. Queremos una universidad que le sirva al país, que investigue sobre los problemas fundamentales de la sociedad colombiana y que busque el saber sin compromisos. Para que la universidad investigadora logre transformar el país se necesita el plan de desarrollo que esbozaré a continuación.

PRIMERA PRIORIDAD: LA COMUNIDAD

Objetivo: Colaborar en la realización de las investigaciones que ayuden en la promoción y prevención de la salud oral a través del desarrollo de la comunidad.

Con la declaración de Berlín en 1992 que abordó el tema de los servicios de salud oral en comunidades desfavorecidas, se resaltó el papel de la comunidad en las decisiones de salud.

El estado actual de las investigaciones en prevención y promoción en salud muestran que es posible mantener una comunidad pobre sana oralmente. Hay que estimular las investigaciones que analicen y presenten esquemas de trabajo con la comunidad y que conduzcan a la autosuficiencia y autogestión en salud de esa comunidad.

En Colombia hay que estimular las investigaciones que evalúen y muestren el como hacer que comunidades desfavorecidas, pobres y desamparadas sean capaces de lograr su propia salud oral.

Hay que desarrollar investigaciones experimentales que comparen diferentes modalidades de prevención y promoción en la comunidad.

Con estas investigaciones la universidad le ayudará al Ministerio de Salud a redefinir los programas de salud pública y el personal necesario profesional y auxiliar para lograr la salud básica de todos los colombianos.

SEGUNDA PRIORIDAD: RECURSO HUMANO

Objetivo: Colaborar en el diseño de programas para la capacitación del recurso humano en investigación con título de Doctorado (Ph.D).

Debemos y tenemos que invertir en nuestro futuro y lo único que haga que podamos sobrevivir a las turbulencias actuales es la formación de una élite odontológica de investigación. El horizonte cercano de la salud es bien diferente a la clínica odontológica actual. La tecnología del láser, la imagenología, la ingeniería genética, los avances en pruebas inmunológicas, materiales dentales y en la farmacología harán que en un corto plazo el escenario de la salud sea completamente diferente.

No veo en Colombia los biólogos orales, los genetistas y los fisiólogos entre otros que nos ayuden a forjar el país que soñamos, que nos lleven hacia los avances en el área molecular, que actualicen la investigación y nos llamen la atención sobre las técnicas y conocimientos que a corto plazo sean obsoletos.

Ningún sistema educativo puede tolerar y soportar una universidad que sólo transmita conocimiento el cual será obsoleto a corto plazo.

Este personal hay que formarlo, la responsabilidad es nuestra, cada facultad lo puede hacer por separado, pero si nos unimos, tal vez con un fondo común de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología, será más fácil.

TERCERA PRIORIDAD: INNOVACIÓN

Objetivo: Estímulo y desarrollo de grupos y centros de investigación en todo el país.

En cada Encuentro Nacional de Investigación Odontológica se discuten más de cien investigaciones terminadas en casi todas las áreas del saber odontológico.

Para un lector casual lo anteriormente presentado puede darle una idea de asombrosa fertilidad investigativa. Sin embargo, para los que estamos en el campo de batalla tratando de impulsar la profesión, el panorama no es tan alentador.

El medidor del impacto real de nuestra investigación será la comunidad y el sector productivo. Cuando nuestras investigaciones solucionen problemas reales del país podremos entonces hablar de grupos consolidados y maduros en investigación. Para esto es indispensable que todas las instituciones de odontología del país, unidas, estimulen la organización de grupos de investigación.

La creación de varios centros nacionales de investigación odontológica donde puedan trabajar especialistas de cualquier universidad, permitirá romper las barreras del subdesarrollo. Estos centros deben tener una organización administrativa apropiada y pueden surgir aliados a los laboratorios de la industria ya establecidos o en conjunción con las facultades de ingeniería u otras facultades. Con ellos se ahorrarán recursos, se facilitará una mejor dotación, se forjará una comunidad de investigadores y se tendrá proyección internacional.

CUARTA PRIORIDAD: FINANCIACIÓN

Objetivo: Buscarle rentabilidad económica a la investigación a través de la interacción de la universidad con el sector productivo.

La relación entre la universidad y la industria en nuestro medio demanda una renovación que haga posible aprovechar las motivaciones de las partes, así como conocer las barreras, para que éstas puedan ser superadas.

El sector productivo sabe que la empresa que no esté dispuesta a participar en el desarrollo de nuevos productos esta destinada a desaparecer.

El diseño de nuevos productos es una necesidad que puede facilitar el ingreso de la comunidad investigativa universitaria a la industria. En el desarrollo de este proceso la universidad debe estimular la interdisciplinariedad, la industria debe modernizar sus medios de producción y ambos deben exigirle al Estado una política definida que permita la generación de recursos para esta interacción.

Estos recursos y los que emanen de las investigaciones y los productos generados permitirán en gran parte la financiación de la investigación odontológica en Colombia.

Hay que hacer un diagnóstico para determinar los sectores más desarrollados y un inventario de necesidades para establecer un plan de desarrollo.

La alianza entre una universidad reflexiva e indagadora y una industria competitiva permitirá no sólo el desarrollo de ambos sectores sino el de todo el país.

La investigación en la universidad colombiana debe colaborar en la formación de hombres para el país pensantes y empresarios.

EL CANCER ORAL

Dra. Madeline Howard Mora
Directora del Departamento de Ciencias Diagnósticas,
Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica

El cáncer oral constituye un problema de salud oral relevante en Latinoamérica, de acuerdo al diagnóstico de salud de la región realizado por la Organización Panamericana de la Salud¹. Una de las principales responsabilidades del odontólogo es la prevención, detección temprana y diagnóstico precoz del cáncer oral. El cáncer representa un reto para los programas de salud, considerando que al mismo tiempo que puede ser prevenible en un gran número de casos es letal.

1. CONTEXTUALIZACION

1.1 Epidemiología

El cáncer oral es uno de los diez tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial, sin embargo existen diferencias geográficas en cuanto a la incidencia y prevalencia de esta enfermedad². Las diferencias entre los países y poblaciones de estudio pueden ser el resultado de las características poblacionales, variaciones en la exposición a los factores de riesgo, factores etiológicos y métodos de recolección de datos.

Los cánceres oral y faríngeo se están convirtiendo en un problema de salud oral particularmente en algunos países y subregiones tales como Brasil y el Caribe¹. La incidencia del cáncer oral es alta en Puerto Rico, Martinica, Brasil, Perú y Paraguay, especialmente entre los varones^{1,3}.

El carcinoma epidermoide representa más del 90%^{4,5} de todos los tipos de cáncer que se pueden presentar en la cavidad oral, por lo que la problemática con respecto al cáncer oral involucra principalmente el diagnóstico y manejo de este tipo de cáncer.⁶

El carcinoma epidermoide afecta principalmente a personas mayores, el 95% de todos los casos de cáncer oral han sido reportados en individuos de más de 40 años siendo la edad promedio del diagnóstico 60 años.⁴ En los próximos años se espera un aumento en la población geriátrica asociado a la disminución de la tasa global de fecundidad y al aumento

en la esperanza de vida al nacer, lo que ocasionará una mayor incidencia y prevalencia de las enfermedades que afectan a este grupo poblacional.

El carcinoma epidermoide predomina en los varones.⁴ Sin embargo, en las últimas décadas han aumentado los casos de cáncer oral en mujeres lo que se atribuye a un cambio en su estilo de vida y la utilización de agentes asociados a dicha enfermedad, tales como el cigarrillo.⁴

La lengua (bordes laterales y superficie ventral) así como el piso de la boca son las localizaciones donde más comúnmente se presenta el cáncer oral tanto en hombres como en mujeres.⁷ Debido a que alrededor del 50% de los casos de cáncer de lengua se presentan en la base de la misma, la detección de la enfermedad es usualmente tardía.^{4,8}

El paladar blando, gingiva⁷ y orofaringe también son lugares de riesgo para desarrollar cáncer oral.⁵ El labio superior y el paladar duro rara vez son afectados por el carcinoma epidermoide. Los casos de cáncer oral en labio inferior han disminuido en algunos países en los últimos años.⁸

1.2 Etiología y factores predisponentes

Existen muchos factores etiológicos que han sido asociados con el cáncer oral entre ellos se destaca el uso del tabaco y del alcohol. Alrededor del 80% de los pacientes con cáncer oral son fumadores.⁸ El riesgo relativo de un individuo de desarrollar cáncer oral es de 6 a 15 veces mayor si este utiliza tabaco y alcohol con respecto a la población no fumadora/tomadora.⁹

1.3 Generalidades del cáncer oral

Los signos y síntomas del cáncer oral, los aspectos del diagnóstico, pronóstico, prevención y tratamiento de dicha patología, se analizaron someramente en la presentación oral de esta ponencia, para ubicar a los estudiantes presentes dentro del marco contextual de relación cáncer oral-curriculum.

2. EL ODONTOLOGO DEL SIGLO XXI

El énfasis de la educación en el siglo 21 debe ser la prevención y promoción de la salud. Por lo tanto el odontólogo debe conocer los factores de riesgo de las enfermedades que trata y estar capacitado para educar al paciente, fomentando la promoción de ~~estilos de vida más sanos~~. La educación comunitaria es fundamental, pues una población más sana es aquella que posee el conocimiento para prevenir la aparición de las enfermedades y para responder en forma apropiada ante los signos y síntomas de peligro.

El odontólogo del siglo 21 deberá tener mayor conocimiento sobre estomatología para poder brindar atención adecuada a una población geriátrica en crecimiento, teniendo una preparación sólida en el campo de la medicina bucal que le permita tratar y manejar al paciente sistémicamente comprometido y/o polimedicado. Por lo tanto el odontólogo del futuro deberá ser capaz de tratar las enfermedades dentales tradicionales, manifestaciones orales de enfermedades sistémicas y enfermedades orales, manteniendo en todo momento una visión integral del paciente.

2.1 La orientación curricular

La educación odontológica deberá tener como marco conceptual una odontología integral donde las funciones se den en un ambiente totalmente integrado entre docencia y servicio. Los planes de estudio en este modelo innovador se organizarán en módulos integrados por niveles de atención siendo la prioridad del enfoque curricular el mantener la salud. El proceso educacional estará dirigido a todos los estratos sociales de la población y la práctica se da tanto a nivel intramural como extramural.

El estudiante de odontología deberá recibir un entrenamiento basado en principios generales más que en técnicas y conceptos que rápidamente dejaran de ser vigentes por el fenómeno de la revolución tecnológica-dental. El clínico del futuro requiere entender la naturaleza básica de la enfermedad y tener la habilidad de adaptarse a cambios en los patrones de las enfermedades que está tratando, por lo que la educación odontológica deberá basarse en un enfoque de áreas problemas por niveles de atención.

La estomatología y el diagnóstico oral deben actuar como un eje integrador del proceso de integración curricular al interrelacionarse con las ciencias básicas, las ciencias del comportamiento y las disciplinas médicas y dentales, unificando y utilizando la información derivada de todas estas disciplinas en la evaluación integral del paciente, aspecto fundamental en lo que al manejo de cáncer se refiere, y en la planificación de un plan de tratamiento basado en las necesidades dentales de cada individuo, tomando en cuenta cualquier factor en su historia médica que pudiera afectar su manejo o su actitud ante el tratamiento odontológico.

El resultado final de este proceso enseñanza-aprendizaje será un odontólogo crítico, con capacidad de cuestionamiento y que posee una base sólida de conocimientos científicos que le permiten hacer frente a las necesidades reales de la comunidad, contribuyendo de esta manera a mejorar las condiciones de vida de la población.

3. La educación y el cáncer oral

La educación sobre el cáncer oral debe formar parte del curriculum de las escuelas odontológicas ya que por el envejecimiento de la población y la mejora en los tratamientos

de cáncer oral los odontólogos tendrán un aumento en la consulta de pacientes con esta enfermedad, que están siendo tratados o fueron tratados por cáncer oral.

Se debe enfatizar la importancia de la detección temprana y diagnóstico precoz del cáncer oral y brindar a los estudiantes experiencia en el manejo y tratamiento dental de pacientes que reciben quimioterapia, radioterapia y cirugía en el área de cabeza y cuello. El estudiante debe estar capacitado para manejar las secuelas del tratamiento del cáncer oral tales como la osterorradionecrosis, mucositis, xerostomía, caries radicular, e infecciones orales entre otras. El estudiante también debe tener conocimientos sobre el tratamiento y la rehabilitación postquirúrgica disponible para el paciente con cáncer oral.

Evidencia anecdótica obtenida por la interacción entre docentes y estudiantes de odontología sugiere que los estudiantes se sienten preparados en forma inadecuada para realizar biopsias y manejar las complicaciones del tratamiento con radioterapia/quimioterapia. Además en muchos casos desconocen la terapia nicotínica de reemplazo utilizada para facilitar al paciente dejar el hábito del tabaco.

La experiencia del estudiante con el cáncer oral no debe limitarse a un único curso sino que mas bien el tema debe enfocarse por área problema y retomarse a lo largo del plan de estudios dándole diferentes enfoques, pero siempre enfatizando la promoción de la salud oral, la importancia de la prevención, la detección temprana y el diagnóstico precoz del cáncer oral. La coordinación entre los diferentes cursos sobre el tema es esencial para evitar la repetición innecesaria y que estos constituyan una valiosa experiencia educativa para el estudiante de odontología.

Se debe requerir y proporcionar a los estudiantes de odontología como mínimo una rotación práctica hospitalaria supervisada o experiencia equivalente (asilos de ancianos, clínicas de asistencia ambulatoria) donde observen el manejo del paciente con cáncer oral en áreas tales como oncología, radioterapia, patología oral, cirugía oral y odontología hospitalaria. Al mismo tiempo que el estudiante adquirirá experiencia en el manejo del paciente con cáncer oral aumentará la interacción interdisciplinaria entre el estudiante de odontología y otros profesionales de la salud. Además de que a través de este tipo de experiencia extramural el estudiante tiene la oportunidad de proyectarse hacia la comunidad. La investigación es esencial en las facultades y escuelas de odontología de Latinoamérica, pues los resultados obtenidos a través de la misma deben de ser la base de la programación. La experiencia del estudiante de odontología en el campo del cáncer oral no debe limitarse a la parte docente y de servicio sino que también es importante darle la oportunidad de participar en investigación en el campo del cáncer oral. La investigación debe enfatizar el aspecto socio-epidemiológico de la enfermedad. Los estudios epidemiológicos sobre el cáncer oral son de importancia, pues revelan diferencias en el comportamiento de la enfermedad que pueden servir para establecer la etiología de las lesiones malignas.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pan American Health Organization. Health Systems and Services Development. Regional Oral Health Program: Regional Oral Health Strategy for the 1990s. Washington, D.C., 1995.
2. Vigneswaran N, Tilashalski K, Rodu B, Cole P. Tobacco use and cancer: A reappraisal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80:178-182.
3. Beltrán RJ, Beltrán-Aguilar, ED (1994) Oral and Pharyngeal Cancer In World Health Day: Oral Health for a Healthy Life. Pan American Health Organization, Washington, DC.
4. Sawyer DR, Wood NK. Oral cancer: Etiology, recognition, and management. *Dent Clin North Am* 1992; 36:919-944.
5. Summerlin DJ. Precancerous and cancerous lesions of the oral cavity. *Derm Clin* 1996;14:205-223.
6. Silverman SS. Oral cancer. New York: The American Cancer Society 1981, pp. 1-124.
7. Barash A, Gofa A, Krutchkoff DJ, Eisenberg E. Squamous cell carcinoma of the gingiva: A case series analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80:183-187.
8. Neville, BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & Maxillofacial Pathology. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1995, pp 299.
9. Christen AG, Mc Donald JL, Christen JA. The impact of tobacco use and cessation on nonmalignant and precancerous oral and dental conditions and diseases. Teaching monograph. Indianapolis: Department of Preventive and Community Dentistry, Indiana University School of Dentistry, 1991; pp. 1-74.

RELATORÍA

IX CONFERENCIA OFEDO-UDUAL

Doctora Blanca Cecilia Nieva

Resulta un reto para mí ser relatora de dos personas con la trayectoria y profundidad de los Doctores Guido Miranda y Patricio Yepes, quienes con su dedicación han aportado permanentemente al enriquecimiento de la profesión en América Latina.

Los temas tratados en esta conferencia hacen referencia a "La sistematización actual, tendencias de la Reforma del Sector Salud en América Latina" a cargo del doctor Patricio Yepes del Ecuador y los "Retos de la Universidad y el Sector Salud en la Reforma del Estado en América Latina" presentado por el doctor Guido Miranda.

El doctor Yepes, nos ubica en una macroestructura donde muestra como las políticas económicas internacionales marcan los destinos de nuestros países y plantea en este marco los desafíos y las propuestas de solución. Así mismo, el doctor Guido Miranda basado en los perfiles epidemiológicos sustenta con mucha claridad el giro que deben tomar las escuelas formadoras de Odontología las cuales tienen como responsabilidad estar de cara a las necesidades de nuestros países.

I. Ubicación

Modelo Neoliberal

Cuyas características de privatización, apertura, disminución del estado, modernización y globalización han determinado la política social de nuestros países (Salud-Educación) marcando con mayor fuerza las desigualdades sociales.

Perfil Epidemiológico

A lo largo de América Latina los perfiles epidemiológicos sufren variaciones y si bien disminuyen los índices de mortalidad infantil y ha aumentado la esperanza de vida, en nuestros países este perfil se transforma en un perfil de transición donde las personas se siguen muriendo a causa de enfermedades prevenibles (diarrea, infecciones respiratorias) entre

otros, pero a la vez aumentan las enfermedades crónicas y degenerativas. Estos cambios determinan y son la justificación de una reforma en el sector salud, comprometida con los intereses y necesidades de la mayoría de la población, inscrita en la equidad y la justicia social.

II. En este marco se plantean las TENDENCIAS de las reformas en América Latina que en resumen se podrían concretar en la necesidad de fortalecer la capacidad rectora de los Ministerios en el planteamiento de políticas y directrices basadas en las particularidades de las regiones, con el fin de que estas asuman la prestación de servicios de manera equitativa, solidaria y sostenible apoyando programas focales con criterios sociales.

III. De otra parte plantea DESAFÍOS para el Sector Salud, los que intento resumir en como : "garantizar mayor eficiencia y equidad en la utilización de los recursos públicos y privados enmarcados estos, en la Redistribución de los recursos financieros para promover y comprometerse con el desarrollo social, manejando el concepto de la Salud en íntima relación con otros sectores sociales y productivos, sin limitarse al pago de la deuda externa como se ha venido haciendo.

IV. Para que estos desafíos cristalicen se hace necesario una concertación intersectorial entre Estado, Sociedad Civil y Universidad ; en la formación del recurso humano, de pre y postgrado que supere los esquemas profesionalizantes y reduccionistas que han caracterizado la Universidad.

En este contexto, plantea la salud como producto social que requiere la reforma del sector bajo lineamientos tales como : El desarrollo de los sistemas locales de salud, fundamentados en la promoción de la salud, atención al medio ambiente y capacitación de los actores comprometidos en temas tales como negociación y gestión, formulación y ejecución de proyectos, desarrollo político, lo que facilitaría la articulación entre diferentes sectores para el logro de una mejor calidad de vida de la población donde se reivindique el derecho a la vida y con ella a su salud integral.

DOCTOR GUIDO MIRANDA

Centra su ponencia en el desarrollo socio-histórico de los sistemas nacionales de salud, donde con un vasto conocimiento e interpretación del acontecer de la vida nacional e internacional, muestra el nacimiento y evolución de la epidemiología inscrita en las múltiples relaciones de hombres y mujeres con el contexto político, económico y social, lo cual históricamente ha determinado los modelos epidemiológicos, su estudio y las alternativas de prestación de servicios, con las particularidades de cada uno de los países haciendo énfasis en América Latina.

Muestra el comportamiento en las últimas décadas de algunos indicadores de salud (tasa de morbi -mortalidad), correlacionándolos con el perfil demográfico y económico.

Asume como Latino Americano, la caracterización de su país Costa Rica, como punto de referencia para entender las particularidades de los otros países y evitar así, la asimilación acrítica de modelos importados de salud con una mirada detallada y juiciosa de la realidad epidemiológica de su país, a través de la cual nos deja ver la necesidad de reformular las políticas de prevención, promoción y formación del recurso humano, resaltando que la Universidad es quizá el único escenario que permite pensar de cara a las necesidades de nuestros países.

Enfatiza en la obligación que tenemos como actores universitarios de formar profesionales comprometidos más con la realidad que con las innovaciones tecnológicas que en la mayoría de las veces no corresponden con las posibilidades de las instituciones de salud, ni facilitan el compromiso en la equidad de los servicios.

De estas ideas, fuerza que fueron ampliamente desarrolladas por los ponentes, resaltan más los puntos de encuentro que de desencuentro.

- Las políticas socio-económicas son determinantes en el proceso Salud-Enfermedad.
- La formación de recurso humano debe estar de cara a las necesidades de nuestros países con características tales como una pedagogía de construcción, una mirada multidisciplinaria de los problemas y donde la investigación vaya más allá de lo puramente cuantitativo.

La urgencia de ser actuantes más que actores pasivos, donde la participación es el elemento eje de nuestro quehacer como prestador de servicios odontológicos.

SISTEMAS DE PREPAGOS EN ODONTOLOGIA VISION ARGENTINA

CONFERENCIA DEL DR. ARIEL O. GOMEZ

MARCO DE REFERENCIA

Un recorrido por el escenario Internacional nos confronta con una serie de logros, desafíos y restricciones, los cuales deben ser contemplados al abordar el desarrollo de la salud en cada contexto económico, político y social, considerando la estrecha y compleja relación que existe entre la salud y el desarrollo socioeconómico. Por lo cual el logro de los objetivos sanitarios depende, en gran medida de las políticas externas al sector salud.

La mayoría de los sistemas de salud, particularmente en los países desarrollados han atravesado por importantes reformas en los últimos años, encontrándose algunos de ellos en plena transformación. La crisis del "Estado de bienestar" agravada por la turbulenta evolución de la economía internacional después de los setenta, se manifestó con particular intensidad en los servicios de salud, combinándose los problemas de orden macro económicos con una tendencia generalizada hacia el incremento de los costos.

En los procesos de reforma encarados por países desarrollados se destacan dos aspectos comunes: El intento de contener el crecimiento del gasto en salud (principalmente estableciendo restricciones presupuestarias rígidas y acotadas) y, la búsqueda de mecanismos de control para la obtención de mayores niveles de eficiencia en la prestación.

Los cambios seguidos para lograr estos objetivos han sido muy diversos, pero en general comprendieron dos vías principales. Por un lado, acciones de reforma de los procesos administrativos y de gestión (particularmente en los sistemas públicos) y por otro, esquemas de incentivos económicos más adecuados.

Con frecuencia, las transformaciones incluyeron elementos de competitividad e incentivos de mercado. Sin embargo, más allá de los aspectos retóricos propios del discurso liberalizante, esto no significó (por lo general), un movimiento de retirada del estado, si más bien un cambio en las formas de regulación y, en algunos casos, el avance hacia regulaciones en cierto sentido más finas. Regulaciones que consideren la complejidad y la problemática del sector, procurando generar comportamientos que tiendan a la eficiencia en la utilización de los recursos, eficacia en las prestaciones y equidad en la accesibilidad.

Dentro del contexto mundial los países desarrollados, tales como EE.UU., Japón y los países miembros de la C.E.E., son los que destinan un mayor porcentaje de su gasto público al sistema de salud (entre el 9% y 15% del PBI), que se traduce en una mayor atención de la población en los servicios primarios de la salud.

Por otra parte, la reducción del gasto en salud, el cual podemos observar en algunos países de América Latina, como resultado de las políticas de ajuste, suele afectar los insumos, en especial, los medicamentos y equipos, asimismo al personal de salud. Otro problema que existe en estos países es que los servicios de seguridad social no benefician a los desempleados (en la Argentina el porcentaje de desocupación para 1997 es de 16.1%), lo que origina que dichas personas y sus familias recurran a la salud pública, de por sí, ya sobrecargada.

La salud, el desarrollo y la población están intrínsecamente relacionadas. El éxito de las políticas de desarrollo depende de un delicado equilibrio de los recursos. Los rápidos cambios demográficos y económicos en estos países amenazan ese equilibrio porque agravan las desigualdades y la desproporción entre la población y los recursos.

La eficiencia del sistema de salud en un país se mide por el porcentaje de población que tiene acceso a los servicios de salud. En los países desarrollados este porcentaje se ubica en niveles casi ideales, alcanzando en su gran mayoría el 99% de la población. Cuba, dentro de los países en vías de desarrollo, posee uno de los sistemas más avanzados de salud en el mundo, donde la totalidad de su población tiene acceso gratuito a los servicios de salud primarios.

La pobreza, acompañada por la falta de recursos por parte de la población, determinan que este porcentaje sea extremadamente bajo en países en vía de desarrollo.

En países emergentes como Argentina, Brasil, Costa Rica y México, entre el 70% y 80% de la población tienen acceso al sistema de salud.

Como rasgo común de las naciones donde la mayoría de la población tiene acceso a los servicios de salud está la gran participación del Estado como agente prestador. En estos países la participación, del sector privado como prestadores es reducida.

En la Argentina, el descuido del Estado por el sistema de salud, generó un rápido crecimiento de los agentes privados como oferentes.

Históricamente en la Argentina, la evolución del sector salud se divide en dos períodos bien diferenciados. El primero, donde la responsabilidad del funcionamiento de los recursos asistenciales estaba en manos del sector público, quedando al sector privado la asistencia de los sectores sociales de mayores ingresos, y el segundo, en la década del sesenta, a

través de la ley 18.610, a partir de la cual, la política nacional se inclinó hacia la reestructuración y redimensionamiento del sector público, dando mayor participación a las obras sociales y al sector privado.

Este modelo en su inicio, facilitó el crecimiento de la capacidad instalada del sector privado, asegurándole sustantivos márgenes de ganancia, estimuló la tecnología no acorde con las dimensiones de demanda y, mediante el pago por prestaciones favoreció el incremento de costos y las prácticas distorsionadas asociadas a la sobreprestación y sobrefacturación.

Si bien el propósito de esta era, la de adquirir una mayor racionalidad en la utilización de los recursos de salud, a partir de entonces se fue produciendo una fragmentación institucional en la atención de la salud, entrando el sector público en una etapa de retroceso y adquiriendo las obras sociales un mayor peso político con base a su poder económico.

Este fraccionamiento que se fue produciendo en el sistema de salud y que se fue consolidando con el transcurso de los años, ha originado un elevado nivel de irracionalidad en la utilización de los recursos, pérdida de la capacidad de gestión, como así también una marcada estratificación en relación al grado de accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población.

En los últimos tiempos existe un conflicto por el control del negocio de la salud entre las obras sociales, empresas pre-pagas y el gobierno, ya que mueve más de 20.000 millones de pesos (o dólares) anuales por recaudaciones de medicina pre-paga y obras sociales, más los gastos en salud de particulares y el sector público, principalmente concentrados en medicamentos. Ante una realidad bastante más compleja que la inicialmente prevista, el gobierno, establece por decreto la apertura a la competencia en la franja de obras sociales de personas de dirección, y elaboró y envió al Congreso de la Nación el proyecto de marco normativo para las pre-pagas, con el cual teóricamente serían controladas.

En esta lucha el sector de pre-pagas esta presionado para la apertura total del mercado cautivo de las obras sociales sindicales.

Los Decretos 9 / 93 y 2.609 / 93, a partir de los cuales se intenta desregular el sector de la seguridad social y se disminuyen las contribuciones a cargo de los empleadores, han encontrado una fuerte resistencia por parte de la dirigencia sindical, encargada de la administración de las obras sociales, dado que las mismas, se verían perjudicadas al recaudar menos fondos, agravando la situación financiera de estas en el corto plazo.

El sector salud en Argentina está fraccionado (cuadro # 1) en tres segmentos bien diferenciados; el sector público, obras sociales y el sector privado, también se debe considerar a las mutuales como segmento, pero con una escasa importancia relativa. De acuerdo a estos sectores la oferta de servicios de salud se encuentra en la siguiente situación.

La baja participación del sector público en salud, muestra la grave crisis por la cual está atravesando, donde la falta de recursos y de inversión, generan el deterioro de las instalaciones, una merma en la calidad de la prestación y una disminución del salario real de todo el personal. Las restricciones al acceso de los servicios brindados por este sector, se deben esencialmente a la inexistencia de infraestructura y recursos humanos para satisfacer a una demanda creciente.

El financiamiento de los hospitales públicos proviene de recursos establecidos por ley (impuestos), de beneficencias y de la facturación por servicios brindados a personas que poseen cobertura (obra social y privados).

El Sector Público se divide de acuerdo al tipo de dependencia administrativa, en los niveles nacional, provincial y municipal.

El traspaso de los hospitales nacionales al ámbito municipal o provincial tienen como finalidad lograr un manejo racional de los recursos destinados a los mismos, ejerciendo de esta forma un mayor control. La falta o atraso en el pago de las obras sociales a los hospitales públicos genera a estos últimos problemas financieros. A raíz de esto, no pueden cumplir en tiempo y forma con los compromisos contraídos con los proveedores de insumos.

Por otra parte, si bien se están realizando inversiones (en equipos de alta complejidad) en el sector, estas no se generalizan en todo el país, se concentran en los hospitales pertenecientes a la Municipalidad de Buenos Aires y en algunas comunidades o municipalidades de la Provincia de Buenos Aires (como San Isidro y Vicente López, hospitales modelos por su calidad de atención).

El crecimiento del desempleo ha originado en los últimos años una mayor demanda sobre el sector público, agravándose los problemas de infraestructura y de recursos.

Respecto al sector de las Obras Sociales, en el marco establecido por la ley 22.269, permite identificar una diversidad de obras sociales, tales como las sindicales, estatales, de administración mixta, de personal de dirección, por convenio (empresas / sindicatos), por adhesión (municipales) y por último, las asociaciones de obras sociales (provincias).

El financiamiento de las mismas proviene del aporte obligatorio de los trabajadores asalariados, que son sus beneficiarios, como así también de los aportes de las empresas donde estos trabajan. En general, son sistemas de acceso restringido, en donde el concepto de beneficiario/ contribuyente prima sobre el concepto de ciudadano.

La seguridad social opera básicamente sobre dos modalidades. Por una parte posee instalaciones, equipamiento y recursos humanos propios, con los cuales brinda atención. Bajo esta forma se encuentran principalmente las obras sociales sindicales (ferroviarios, metalúr-

gicos etc.). En otro caso actúa como intermediario financiero y cubre los gastos de la atención de sus beneficiarios por el sector privado y el sector público.

A partir de la privatización de empresas del estado y consecuentemente, la posterior desaparición de las respectivas obras sociales, han sido las empresas de medicina pre-paga las que han captado a ese mercado cautivo.

Un gran porcentaje de las obras sociales sindicales, se hallan con grandes problemas financieros como consecuencia de la mala administración de los fondos percibidos, llevada a cabo a través de los años, reflejándose esto en la caída del nivel de prestaciones brindadas a los beneficiarios, además de la reducción del aporte patronal realizado recientemente por decreto nacional con la ley 2609/ 93.

En relación al Sector Privado, este ámbito abarca un amplio conjunto de agentes formado por clínicas, sanatorios, hospitales de colectividad, servicios de ambulancias, centros de diagnóstico y tratamiento, empresas de medicina y odontología pre-paga.

Los centros privados prestan servicios principales a asociados de obras sociales, pre-pagas, y en menor medida a particulares. Asimismo, la estructura de cartera de clientes se determina en función al target al cual apunta. Ante la necesidad de lograr una mejor posición y, una mayor diversificación de la cartera y obtener mayores ingresos, los centros privados han creado pre-pagas propias, compitiendo de esta forma con una marca comercial propia en el negocio, potenciando sus objetivos lucrativos.

Otros de los servicios complementarios al sistema son los centros de diagnóstico y tratamiento, estos trabajan en forma independiente y son contratados por pre-pagas, particulares y obras sociales.

La fuente de ingresos de las mismas proviene de la cuota/capita de los asociados, varía esta de acuerdo a los distintos planes que estos poseen,

Por otra parte, si analizamos la demanda de servicios de salud se puede dividir en tres grupos:

- Trabajadores dentro de convenio, que reciben cobertura social (obra social sindical)
- Trabajadores fuera de convenio, empresas y particulares que están cubiertos por obras sociales de dirección y pre-pagas.
- Desempleados y / o carecientes, que son asistidos por el sector público.

Los trabajadores que cuentan con la cobertura de las obras sociales sindicales, constituirían un mercado cautivo para las mismas, ya que no podían elegir libremente al prestador, en la

actualidad esta situación se revirtió como consecuencia del decreto 9/ 93, que permite la libre elección exclusivamente entre obras sociales por parte del trabajador, quedando la opción de cambiarse máximo dos veces por año de obra social.

Los grupos vírgenes, objetivos de los prestadores privados (personas o empresas sin cobertura) han disminuido, aunque los procesos de privatización de empresas estatales posibilitan la captación de trabajadores de las mismas.

En la actualidad la disminución en el poder adquisitivo de personas de nivel medio/ alto, originó una baja de clientes en las empresas de medicina pre-paga, como así también un efecto de rotación entre las mismas en busca de planes más económicos.

EVOLUCION DE LAS EMPRESAS DE MEDICINA PRE-PAGA.

Como consecuencia de la difícil situación de los hospitales públicos y especialmente, de la inadecuada prestación efectuada por las obras sociales sindicales – estatales, con el agravante del encarecimiento de los aranceles de atención de sanatorio en forma particular, surgieron como opción válida las empresas de medicina pre-pagas.

Como primer antecedente de este tipo de empresas encontramos al Centro Médico Pueyrredón, fundado en 1953. Pero el gran auge de este mercado se produjo durante la década del 70' y 80', donde se establecieron el 70% de las empresas (alrededor de 56 prestadoras) que se hallan actualmente en la Asociación de Entidades de Medicina Pre-paga (ADEMP).

El fuerte crecimiento de la oferta no correspondido con un aumento proporcional por el lado de la demanda, lo cual produjo un proceso de saturación de oferta del mercado, lo que provoca mayor competencia. [cuadro # 2]

Los consultores coinciden en estimar en más de 200 las empresas de medicina pre-paga que operan en el país [cuadro # 3]. Su clientela estaría compuesta por más de dos millones de afiliados. Pero más de un 40% se concentra en media docena de firmas.

Las empresas de medicina pre-paga se ubican en su gran mayoría en la Capital federal y el Gran Bs.As., es decir el 35% y 20% respectivamente [cuadro # 4] El resto se encuentra en el interior del país que corresponde al 45 %, en los centros de mayor concentración de población.

El crecimiento promedio anual del mercado, en cuanto a número de asociados se ubica entre el 3% y 15%, mientras las bajas oscilan entre el 1% y 10%, por lo que se produce un incremento cuantitativo neto como máximo del 14%.

Las firmas con índices más altos de crecimiento, son las posesionadas (en cuanto a su relación imagen / precio) en el sector medio /medio-alto. Las ubicadas en los extremos, ya sea, superior o inferior, alcanzaron los porcentajes más bajos.

Diversos motivos causan el cambio de prestadora, entre ellas, falta de buenos servicios, seducción por otra compañía, encarecimiento de la cuota, falta de pago, disminución o aumento del ingreso, etc.

En caso de que la cuota neta que llega a la pre-paga contratada sea menor al costo de la prestación, la parte contratista (empresa) paga la diferencia existente. Similar al caso mencionado anteriormente, es el que de aquella empresa que retienen y aportan a la obra social que le corresponde por su actividad pero, tratando de otorgar una mejor cobertura a su personal, contrata a una pre-paga.

El estado de cruda competencia por el que está pasando el mercado de medicina pre-paga, determina que casi todas las prestadoras, sin distinción del tamaño, traten de ofrecer la más amplia variedad de planes para una demanda cada vez más selectiva.

Las grandes empresas, posesionadas en el segmento adquisitivo medio/ medio-alto, mejoran constantemente su oferta para tratar de acaparar cuotas de mercado cada vez más grandes, mientras que las medianas y pequeñas, lo realizan para subsistir y no sufrir la pérdida de clientes.

Por otra parte, este estado de situación, no descarta la utilización y promoción de los planes estándares, que usan como base la cartilla médica básica.

Para el mercado, la salud es un negocio tan masivo como estratégico, por lo cual los sistemas de medicina privada todavía disputan algunos sectores de ingresos medios, por lo anterior se han realizado algunos estudios sobre satisfacción del cliente, obteniéndose interesantes conclusiones a tener en cuenta.

Guzmán Heredia y Asociados - Research & Marketing realizó un estudio de investigación en una muestra de población de 800 personas mayores de 18 años, de la ciudad de Buenos Aires.

En este estudio se observó que (cuadro # 5) el 68,1 % de los 800 entrevistados está cubierto por obras sociales, el 21,7 % por la medicina pre-paga, hay un 4,26 % sin cobertura de ningún tipo, un 5,67 % dijo tener simultáneamente la cobertura de una obra social y de una pre-paga y un 0,2% no sabía o no conocía su cobertura.

Otra definición interesante es cuánto destinan los beneficiarios de las obras sociales a la cobertura de su salud. Más del 90% erogaron menos de \$100.00 por mes para su cobertura.

Hubo un grupo de personas que corresponde al 12,3% que afirmó pagar menos de \$ 10.00 mensuales, lo que implicaría tener un sueldo de \$250.00 por mes.

También llamó la atención que un 6,7% dijo pagar entre \$101.00 y \$150.00 por mes, mientras un 1,9% afirmó pagar más de \$200.00 por mes, dejando suponer ingresos por \$5.000.00. (cuadro # 6).

Entre los encuestados adheridos a planes de medicina pre-paga (cuadro # 7). El 41,7% abona más de \$200.00 y el 12,5% paga entre el \$151.00 y \$200.00. Quienes erogan entre \$10,00 y \$40.00 pesos por mes, alcanzan el 7,3% en las pre-pagas (en las obras sociales llegan al 45%).

Quienes más pagan entre las pre-pagas se encuentran entre los 35 y los 64 años.

Cuando a los entrevistados de obras sociales (cuadro # 8), se les dió a elegir entre el tipo de cobertura que prefería, el 39,6% dijo que prefería elegir su obra social; un 39,9% manifestó que seguiría igual y un 9,4% que preferiría una pre-paga. El cambio fue mínimo en 1997.

En el universo de encuestados adheridos a planes de medicina pre-paga, un 19,6% dijo preferir seguir sin cambios en su situación personal y un 47,8% directamente dijo estar en favor de las pre-pagas, lo que resulta la gran mayoría, ya que solo se manifestó en favor de una obra social de libre elección un 22,8% de los beneficiarios de pre-pagas. Un 7,6% dijo no conocer su respuesta, (cuadro # 9).

En la investigación se decidió hacer un corte más profundo, con los beneficios simultáneos de ambos servicios. En términos de preferencia, resultó muy amplia la ventaja en favor de la medicina pre-paga un 54,2% contra un 29,2% que dijeron estar en favor de una obra social de libre elección y un 4,2% que dijo no querer cambios. (cuadro # 10)

En los sistemas de prepago, la odontología forma parte de este, está acoplada al sistema médico - asistencial, entra en diferentes planes de prepago según cobertura como son solo emergencias, odontología general con o sin prótesis y ortodoncia, así como también reintegros, copagos etc.

En otros casos se puede adoptar por el servicio odontológico pagando una cuota adicional como prepago, es opcional. Los sistemas de prepago exclusivamente odontológicos están en desarrollo en la Argentina, aquí expondré dos modelos.

DOS MODELOS DE PRE-PAGOS PRIVADOS DE ODONTOLOGIA

El primer modelo de pre-pago que presentaré es de reciente creación, se esta llevando a

cabo en la localidad de Zarate, Pcia. de Bs. As., Una ciudad con 120.000 habitantes de los cuales un 18% son desocupados y un 11.8% de jubilados de PAMI (obra social), personas de más de 65 años sin atención odontológica.

La empresa es "Odontología 2000" y este modelo tiene como base y única oferta una clínica Odontológica con tres consultorios, recepción, sala de espera y laboratorio dental. La organización esta constituida por un directorio de tres Socios Gerentes, un Director General del cual depende una subdirección, área de auditoría, ocho odontólogos clínicos, asistente dental, mecánicos dentales y personal secretarial.

El personal profesional odontológico esta contratado con 20 horas semanales y su remuneración es a través de un salario mensual y un porcentaje de las prótesis realizadas mensualmente.

Los planes que ofrecen a la comunidad son los siguientes :

TIPO DE PLAN	COSTO	NUMERO DE PERSONAS
A	\$8	1
B	\$12	2
C	\$16	3 ó 4
D	\$20	6
E	\$25	Más de 6
F	\$30	Más de 9

La clínica ofrece para todos los planes las siguientes prestaciones (cuadro # 11) :

- Consultas

- Consultas de urgencias:

Medicación

Exodoncia

Restauración estéticas

- Consultas a domicilio

-Servicios de operatoria :

Amalgamas

Lámpara de luz halógena

Ionómero vítreo

- Servicio de Odontopediatría
- Selladores
- Topicación de flúor
- Prevención y enseñanza de cepillado
- Tratamiento con formocreso

- Servicio de cirugía Exodoncia simple

- Prótesis
- Completa y Removible una por año.

No cubre:

- Tratamientos de conductos
- Prótesis fija
- Prótesis de Cromo-Cobalto
- Molares retenidos

Altas y bajas del Sistema.

En los diez meses que ha funcionado el modelo se observan los siguientes datos (cuadro # 12)

Socios Incorporados	Bajas de Socios	Socios Actuales
5.676	2.101	3.575

En los modelos de pre-pago individuales, en algunos casos, una vez atendido y finalizado el y/o los tratamientos que el paciente desea o siente que requiere, se borra del pre-pago o deja de pagar su cuota mensual. Por lo anterior este pre-pago a recurrido a otra estrategia con el fin de retener a los socios, por lo cual les brinda otros servicios con el carnet y su mensualidad al día, por ejemplo: 5 % de descuento en sus compras de supermercado, 25% en óptica, 15% en farmacia y un 40 % en cursos de computación.

El perfil de prestaciones realizadas en este pre-pago es el siguiente (cuadro # 13) :

El segundo ejemplo que expondré se refiere a un contrato por prestaciones odontológicas realizado entre la Obra Social del Personal de la Industria Fideera (OSPIF), y la empresa privada SER SANO SRL, con una población de casi 10,000 afiliados entre titulares y grupo familiar.

Este contrato tiene tres años de experiencia, se lleva a cabo por medio de pago anticipado per capita mensual, y población cautiva. Con un modelo de atención odontológica innovado y con énfasis en la prevención.

El perfil de prestaciones que se ofrece a los afiliados de esta Obra Social esta establecido en un nomenclador de prácticas odontológicas globalizadas (cuadro # 14), por ejemplo las restauraciones (obturaciones) están aranceladas en uno o dos ítems (como restauraciones o como restauraciones anteriores o posteriores), en lugar de dividir las por caras (simples o compuestas) y/o por material utilizado (amalgama o composite). Este nomenclador incluye el tipo de prestación y código de facturación las cuales se efectúan en base a normas de trabajo acordadas. El diagnóstico y plan de tratamiento de cada afiliado se realiza en la historia clínica establecida por la empresa privada prestadora del servicio odontológico (cuadro # 15).

El tratamiento odontológico se fundamenta en un programa de atención clínica con base a objetivos como se observa en el siguiente cuadro (cuadro # 16).

La atención se realiza a través de una red de consultorios odontológicos privados, contratados en todo el país, considerando la ubicación donde se encuentra la población beneficiaria de la Obra Social contratante.

El control de este sistema de atención se lleva a cabo básicamente por medio de la auditoría clínica y administrativa la cual es realizada por odontólogos auditores.

La auditoría clínica se realiza esporádicamente, para verificar la calidad y número de tratamientos realizados en beneficiarios tratados por el odontólogo, los cuales son elegidos aleatoriamente y son citados exclusivamente para la auditoría clínica.

La auditoría administrativa se efectúa a través del control de beneficiarios, número de prestaciones por mes, registro del diagnóstico, plan de tratamiento y prestaciones facturadas, para lo cual se utiliza un programa de computación. El sistema de pago a los profesionales es por prestación realizada y auditada mensualmente.

En relación al perfil de prestaciones facturadas en este sistema en los años 94/95 y 96/97 (cuadro # 17 -18), se puede apreciar una tendencia más conservadora en la atención, dado que se obturaron entre 3 y 3,5 piezas dentales, por cada extracción realizada. Asimismo se observa un porcentaje mayor en las prácticas preventivas sobre las mutiladoras.

RESUMEN

- En general las empresas de pre-pago odontológicas están integradas y/o agregadas a las pre-pagos médicas y esto asegura su continuidad.
- Las pre-pagos exclusivamente odontológicas están en desarrollo en la Argentina, las que existen son pequeñas y con riesgo de permanencia en el mercado por la competencia que existe en este..

- La implementación de este sistema de servicios y su progreso en cada país de América Latina, debe ser de acuerdo a los aspectos propios de cada región, no solo de la profesión odontológica sino del sistema de salud imperante y la idiosincrasia de la población respecto a la salud bucal.

El sistema de salud enfrenta una disyuntiva, con el modelo neoliberal, ha llegado a un punto de su desarrollo en que debe tomar las decisiones que habrán de moldear su futuro. Las naciones requieren ahora de un esfuerzo innovador que permita reforzar los avances y atender los problemas persistentes. No basta con alcanzar un consenso negativo sobre las carencias y las deficiencias que aún es preciso corregir, hay que crear un consenso positivo sobre las reformas específicas que puedan llevar al sistema de salud hacia una nueva etapa de desarrollo, a la altura de la compleja realidad de fin de siglo.

BIBLIOGRAFIA

1. DATABAK., Sectores - Salud en la Argentina (estudio). Argentina 1995
2. Guzmán Heredia y Asociados., Obras Sociales o Prepagas (encuesta). Revista, Urgente & Especial, pag. 52,53,54 Argentina, mayo de 1997,
3. Raúl Dellatorre., Salud (artículo periodístico). Página/12, Argentina, agosto de 1997
4. Dr. H. E. Petrosino, S. A. Muñoz, P. E. Giorgetti., Odontología 2000. Comunicación personal., Argentina, agosto 1997
5. Dra. A. Luppi, Cdor. A. Raffa, Dr. A. Gómez., Ser Sano SRL, Datos propios, Argentina agosto 1997

LOS PROCESOS DE REFORMA SECTORIAL EN LA REGIÓN

Dr. Patricio Yépez
Representante de la OPS/OMS
en Cuba

Los procesos de Reforma Sectorial en la Región.

EL PROBLEMA:

A lo largo de la presente década y en un contexto de creciente globalización de las relaciones internacionales, se ha originado en la región un proceso orientado entre otros aspectos a fomentar una mayor apertura económica e impulsar la modernización del Estado. ¹ Sin embargo hay que tomar en consideración que la globalización en si se constituye en un desafío y se manifiesta en la búsqueda de alianzas estratégicas entre las grandes empresas, cuyas casas matrices se ubican en Japón, Estados Unidos y Europa Occidental, la formación de grandes bloques económicos va creando grandes espacios de mercado, de recursos financieros y capacidades educacionales y científicas, que determinan substanciales modificaciones sobre las estructuras sociales, valores ideológicos, estilos de vida y patrones de cooperación internacional. ²

Junto con la globalización los programas de ajuste estructural (PAE) agudizaron los problemas de pauperización, desempleo, marginalidad y deterioro de las condiciones de salud y bienestar de los sectores más pobres y desprotegidos. De acuerdo a la CEPAL, un balance de la magnitud de la pobreza en América Latina y el Caribe indica que en la gran mayoría de los países esta creció de modo significativo durante la década de los ochenta y se mantiene en la presente década. Las filas de pobres especialmente en las ciudades se han engrosado en los últimos quinquenios hasta alcanzar más de 200 millones (40% de la población total). ³ Por lo menos 100 millones de personas (22.9 % del total) no tienen acceso a los servicios básicos de salud.⁴

Por otra parte los PAE han fomentado la concentración de la riqueza, en la región siguen prevaleciendo estructuras distributivas más desiguales que a fines de los años setenta, el informe de CEPAL sobre el Panorama Social de América Latina de 1994 muestra los cambios

distributivos, en resumen el 70% de los hogares perciben ingresos inferiores al promedio, en algunos países, el 20% más rico de la población percibe actualmente entre el 40 y 67,5% del ingreso total, mientras que el 20% más pobre no recibe más allá del 7,5% (CEPAL). Así mismo, los PAE han generado una mayor demanda y capacidad de oferta de servicios privados de atención de salud y un crecimiento importante de este sector. Esto implica un nuevo desajuste para la equidad y por ende para la mayoría de la población que carece de recursos.

Complementariamente reducir el déficit fiscal significó disminución del gasto público en la inversión y operación de los servicios de educación, atención a la salud y atención al ambiente, lo cual ha traído como una de las consecuencias la reducción de la cobertura y calidad de la atención de los servicios sociales.

La situación de salud en la región muestra algunos cambios importantes como el hecho de haber disminuido la mortalidad infantil de 91 por 1000 nv para 1990-95. También la esperanza de vida al nacer en el período señalado se ubicó en 68 años para América Latina y el Caribe. Así mismo, el aumento de la cobertura de vacunación ha sido uno de los logros más importantes en menores de 5 años, junto con la erradicación de la poliomielitis en la región y la disminución en la frecuencia del sarampión, la difteria y la tosferina.

Sin embargo en los países más pobres y menos desarrollados, más del 70% de las defunciones evitables ocurren en el grupo de edad de menores de 15 años. Las enfermedades infecciosas continúan siendo la causa importante de morbilidad y mortalidad, entre ellos las que más afectan son las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis, la zoonosis, las transmitidas por vectores, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.⁵ La violencia, especialmente la doméstica y otras lesiones infligidas intencionalmente, se han convertido en uno de los problemas de salud pública más graves de la región.

También el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas es significativo, así el cáncer representa el 10% de las defunciones en todos los países y en algunos llega al 20%, las enfermedades cardiovasculares representan entre el 20 y el 30% de las defunciones.⁶

Estas modificaciones del perfil epidemiológico determinan también la reorientación del gasto y el financiamiento, la limitación cada vez mayor de acceso a la población de escasos y medianos recursos, y una afectación crítica de los recursos para la promoción y la prevención.

Por qué la Reforma del Sector Salud.

El BIRF al realizar el análisis de los problemas del sector salud que justificarían el esfuerzo integral de reforma y modernización en la mayoría de los países, identificó los siguientes:

- Ø la asignación equivocada de recursos.
- Ø ineficiencia.
- Ø explosión de costos.
- Ø desequilibrio en materia de recursos humanos.

Al respecto, consideramos además que el sector salud ha producido en lo fundamental respuestas orientadas hacia la administración de la enfermedad, ha prevalecido un desarrollo aislado de los otros sectores, por la pretensión de que todas las políticas de desarrollo social que tienen que ver con la salud/enfermedad le pertenecen; además ha existido un limitado liderazgo y fuerza política y escasa coordinación y acción interinstitucional e intersectorial.⁷ Por otra parte, se ha mantenido una actitud pasiva frente a la participación comunitaria, al manejo socio político del sector, una limitada vinculación al proceso de desarrollo socio económico de los países y por ende una limitada participación en la planificación, distribución y asignación de los recursos.

Así mismo, ha sido característica del sector la escasa vinculación al proceso de desarrollo de los recursos humanos y en general podemos señalar que la respuesta científica – técnica y social de la práctica de la salud no ha sido coherente con las necesidades socio sanitarias de los países. Estos elementos ameritan redefinir el trabajo de salud y emprender un proceso de reforma comprometido con los intereses y necesidades de la mayoría de la población, inscrito en los principios de la equidad y la justicia social, y abierto a los avances de la tecnología, de los conocimientos científico – técnico y de la información, la administración y la gerencia estratégicas, entre otros.⁸

Las tendencias de la Reforma Sectorial.⁹

En general se pueden sistematizar las tendencias de la reforma sectorial de salud en América Latina dentro de los siguientes lineamientos:

- Ø Fortalecimiento de la capacidad de rectoría de los Ministerios de Salud a través de medidas legales, financieras y administrativas; y la limitación de los Ministerios de Salud y las Instituciones de Seguridad Social en la prestación directa de servicios.
- Ø La integración y coordinación funcional de los servicios de salud para configurar sistemas regionales y locales autónomos, en base a una relación fluctuante entre los subsectores público/privado a ser regido por corporaciones locales y financiadas por el Estado y los distintos regímenes de solidaridad social públicos y privados.
- Ø La universalización progresiva de los seguros nacionales de salud como medios de financiamiento solidario, equitativo y sostenible de beneficios y servicios básicos.
- Ø La focalización de programas de salud y nutrición de acuerdo con criterios sociales, geográficos, demográficos y epidemiológicos para alcanzar mayor efectividad y equidad en el gasto público en salud, así como el establecimiento de una canasta básica de intervenciones de salud pública y servicios clínicos básicos, cuyo costo efectividad justificaría garantizarle a toda la población el acceso efectivo a las mismas.
- Ø El establecimiento de normas e iniciativas para la regulación, tanto de la demanda como

de la oferta y la administración de los servicios de salud públicos y privados, a fin de incrementar la eficiencia y racionalizar los gastos y costos del sector.

Desafíos para el Sector Salud.

Un escenario optimista de crecimiento y aumento de la recaudación fiscal no significará mayor asignación presupuestaria para los programas sociales, esto debido a que gran parte de los recursos públicos irán al pago de la deuda externa; los recursos públicos para los programas sociales en la década de los noventa "en el mejor de los casos" serán similares a los niveles de gastos de comienzo de la década de los ochenta. Recordemos que una de las restricciones más significativas de América Latina es la deuda externa, la cual ha incidido directamente sobre el desarrollo de los países y en la pérdida de la autonomía de las políticas económicas. Por otra parte, y de acuerdo a cifras de CEPAL en la pasada década hubo un déficit acumulado de 600 mil millones de dólares en la formación de capital en la región, esto significa una y media veces la deuda externa.¹⁰

Por lo tanto, deben intensificarse esfuerzos para lograr una mayor eficiencia y equidad en la utilización de los recursos públicos y privados, nacionales e internacionales, implica además optimizar el impacto del gasto original sobre la situación de salud de la población.

Una nueva imagen objetivo exige contextualizar la salud y tomar una posición, es un servicio público o una operación comercial. Será fundamental la promoción de la equidad a través del logro de un equilibrio económico-social, el que debe sustentarse en el crecimiento del aparato productivo y en la accesibilidad al desarrollo social, esto es, al trabajo, la educación, la salud, la vivienda, la alimentación y la recreación.

La equidad no es una abstracción, su esencia se basa en disponibilidades de las condiciones sociales en distintos segmentos de la población, lo cual debe ser abordado como una respuesta integral y sostenida de desarrollo social.

Nuestra posición está dirigida a promover y comprometernos con el desarrollo social, la reafirmación de la meta Salud para Todos, y privilegiar la estrategia de atención primaria. Con estos principios podemos apoyar el proceso de reforma del sector en nuestros países.

La salud es un derecho ciudadano que el Estado debe garantizar, por ser un asunto de Estado va más allá de las coyunturas gubernamentales y legislativos en un período determinado, por lo tanto es parte del desarrollo social y económico.

La Potencialidad de Reforma Sectorial

La reforma representa la oportunidad para reorientar el quehacer de la salud, para la formulación de políticas inscritas en el desarrollo social; y la redefinición de roles institucionales en cuanto a rectoría, la prestación de servicios y el financiamiento.

La reforma asumida por los trabajadores del sector y por los grupos más postergados de la pobla-

ción podría transformarse en una reivindicación del derecho a la vida, a la salud integral en sus dimensiones física, mental y social.

El diseño e instrumentación de una agenda de reforma sectorial que garantice eficiencia, eficacia y calidad de los servicios y la equidad en el acceso de la población a esos servicios será una de las prioridades fundamentales.

Otro aspecto esencial será desarrollar y fortalecer una mayor coordinación entre las políticas, programas y actividades del sector salud con los otros sectores sociales y los sectores productivos.

La salud como producto social dentro del Estado, tendrá como objetivo permanente la racionalización y movilización efectiva de los recursos según los cambios del perfil epidemiológico, una asignación adecuada de recursos con base a un nuevo y moderno modelo de administración, y el cambio en la conformación del financiamiento para dirigirlo primordialmente hacia la promoción y la prevención.

El Sistema Nacional de Salud, tendrá como eje la atención primaria, concebida como estrategia social y fundamentada en la participación organizada y activa de la comunidad, en la acción intersectorial, acompañada de la descentralización y de tecnologías apropiadas para la resolución de los problemas en la dimensión local y nacional.¹¹

De esta manera el sector salud reformado tendría como elementos básicos un Ministerio Rector con alta capacidad de planificación, investigación, formulación de políticas, conducción, regulación y control. Será necesario disponer de un marco legislativo y normativo para asegurar la equidad en la prestación.¹²

En cuanto a la prestación será necesario definir en el contexto de cada país el rol de los sectores público y privado, la seguridad social y el tercer sector ONGs, así como de las agrupaciones religiosas y otras agrupaciones sociales.

La prestación tiene una gama amplia de acción, sin embargo, habrá necesidad de priorizar la promoción y la prevención bajo el criterio de inversión en salud, garantizando la atención de la enfermedad a través de servicios de recuperación y rehabilitación. En determinadas coyunturas se promoverán alianzas estratégicas entre los sectores público y privado para apoyar las acciones de prestación.

La atención básica dependerá de las decisiones de cada país, sin embargo recordemos que salud es un derecho ciudadano y como tal, es una responsabilidad del Estado garantizar para la población de menores recursos el cuidado de su salud.

En relación con el financiamiento y de acuerdo a la realidad de cada país se redefinirá la participación del sector público, la seguridad social y el sector privado en el financiamiento del acceso de la población a los servicios de salud.

Los Recursos Humanos.

La reforma sectorial es una oportunidad para la transformación de los recursos humanos para la salud, para este propósito retomamos la propuesta de CEPAL/OPS¹³ que plantea como un compromiso con nuestras poblaciones, lograr mayor equidad, eficacia y eficiencia en la formulación de políticas de salud y en la regulación, financiamiento, gestión y provisión de asistencia sanitaria. La reforma por otra parte implica la concertación intersectorial para apoyar la rectoría del sistema de salud y sus demandas, para esto se requeriría, desarrollar una amplia gama de recursos humanos que permita viabilizar este proceso.

Se hará necesario la concertación entre el Estado, la sociedad civil y la Universidad para lograr este propósito. Los retos estarán dirigidos a la formación y actualización de recursos humanos para la dirección y conducción política del sector, así como, personal con alta capacitación en planificación para diferentes niveles y ámbitos de acción.

La regulación del sector también requerirá de nuevos recursos humanos formados en orden de importancia estratégica tales como: calidad de la atención, economía de la salud, jurisprudencia sanitaria y gestión tecnológica entre otras. También debe priorizarse la formación de investigadores en los campos como epidemiología, biogenética, biotecnología, antropología social, etc.

Por otra parte, la formación de pregrado requiere también de una profunda transformación, cuya reforma curricular posibilite la formación de personal bajo el "paraguas" de la salud pública, esto es, vinculando el que hacer formativo a las necesidades epidemiológicas y articulado en diferentes niveles del sistema de salud. Lo anterior supone diversificar respuestas a través de diferentes perfiles formativos que superen los esquemas profesionalizantes que han caracterizado a la Universidad.

La reforma, modernización y transformación del sector salud en suma, es "transformación de su recurso humano, de las instituciones y de su organización"; por lo tanto, la política de impulsar la reforma sectorial implica la reconceptualización y adecuación del tema de los recursos humanos en salud.

La salud como producto social y la Reforma del Sector.

La salud es el mejor indicador de las condiciones de bienestar de la población, por lo tanto las propuestas de desarrollo socio económico deben garantizar el cuidado y la promoción de la salud como aspectos prioritarios, así como prevenir las enfermedades y disponer de la infraestructura que proporcione a la población servicios de recuperación y rehabilitación de la salud.¹⁴

Habrá necesidad de movilizar las capacidades y la potencialidad de las comunidades, la

acción intersectorial y la voluntad política para que la sociedad en su conjunto produzca salud y no enfermedad, la interpretación de la realidad socio epidemiológica y las necesidades de las comunidades deben ser la base para una respuesta científica, técnica y social del sector salud y la movilización de los recursos humanos, científico – técnicos y financieros con este propósito.

Para que el sector salud pueda cumplir con esos papeles es necesario un cambio profundo de la concepción y la práctica, esto es, haciendo que la salud sea un elemento actuante y presente en el proceso de desarrollo. Esto significa entender la salud como un producto social, conseguir espacios para el diálogo, definición de políticas para el desarrollo deseado y participar en la dimensión política de esas decisiones.¹⁵

Como producto social está condicionado a una determinada visión del bienestar que es propia de cada cultura, definida y materializada de manera autónoma por la sociedad, según cada contexto cultural. El proceso de producir salud ya no es sólo una actividad intrasectorial, sino que involucra a todos los actores y sectores sociales e institucionales que pueden influir sobre la situación de salud de las poblaciones.¹⁶

Con base a lo anteriormente señalado será necesario intensificar diferentes iniciativas dentro del marco de la estrategia de atención primaria, esto significa orientar acciones bajo los siguientes lineamientos:

- Ø Promover y realizar una revisión y ajuste de las políticas públicas y los programas nacionales con el fin de orientarlas hacia la equidad social y el desarrollo sostenido local.
- Ø Reorganizar los niveles de conducción nacional e intermedios para reforzar la rectoría de salud y promover la descentralización.
- Ø Desarrollar la promoción de la salud y la atención al medio ambiente como aspectos prioritarios del desarrollo local.
- Ø Fortalecer la capacidad de liderazgo y conducción local en los aspectos del desarrollo político, en la aplicación y utilización de instrumentos de negociación y gestión, en la identificación, formulación, ejecución y evaluación de proyectos y en la información científico – técnica.
- Ø Reforzar prioritariamente la capacitación del personal comunitario, de salud y de otros sectores involucrados con el proceso.
- Ø Desarrollar y fortalecer el sistema local de salud, el cual como espacio geográfico – poblacional vinculado a una instancia de poder político – administrativo, tenga la capacidad de brindar una respuesta social coherente con las necesidades y demandas de

salud de sus pobladores mediante la articulación de recursos institucionales y comunitarios disponibles. El sistema local será al mismo tiempo un microespacio de producción social de la salud.

- ⊗ La finalidad del sistema local es el desarrollo integral de la salud en las comunidades, con base a un modelo de promoción en estrecha vinculación al principio de la equidad y articulado al desarrollo económico.
- ⊗ Los sistemas locales deberán jugar un papel protagónico como mediadores en el desarrollo e implementación de los municipios saludables. Por su parte, los municipios, se convertirán en espacios fundamentales para el desarrollo de los sistemas locales y concretar los principios fundamentales que los sustentan. En conclusión Municipios y Sistemas Locales pueden contribuir efectivamente al proceso de reforma al priorizar el modelo de gestión local, articulado a las políticas nacionales de salud, y contribuyendo en su conjunto a la producción social de la salud y por ende a mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población.¹⁷

Las modalidades de cooperación de la OPS en los procesos de Reforma¹⁸

Partiendo del reconocimiento de la diferencias sociales, económicas y políticas existentes entre los países de la región, así como el grado de desarrollo de sus sistemas de salud y la variedad de enfoques al momento de encaminar la reforma, la OPS visualiza la necesidad de un abordaje diferenciado de cada uno de los procesos como forma de ubicar en primer término las características y decisiones nacionales y evitar los enfoques genéricos y prescriptivos.

Debido a que los procesos de reforma requieren ser precedidos por estudios sectoriales, la OPS colaborará con los países en la realización de análisis sectoriales cuyo objetivo sea identificar los aspectos relevantes y que contribuyan o impidan alcanzar los objetivos de desarrollo. Su realización ha de ser oportuna y participativa para fomentar la toma de decisiones autónomas por las autoridades nacionales.

La Organización ha definido el apoyo a las áreas de rectoría del sector, de organización de sistemas y servicios y de financiamiento sectorial, como aquellas en las que concentrará su atención prioritaria en los procesos de reforma.

La dinámica y las características del momento actual imponen a la Oficina el ajuste de sus modalidades e instrumentos de cooperación y el desarrollo de su propia capacidad en esta área; entre ellos, se cuenta el fortalecimiento de sus esquemas de coordinación interna y externa para hacer frente a las demandas de los Estados Miembros.

La cooperación de la oficina se ejecutará en las distintas fases del proceso: diseño y nego-

ciación, ejecución, seguimiento y evaluación, aplicándose en tres niveles de intervención: nacional, regional e interagencial.

Nivel Nacional:

A nivel de los países, la OPS promoverá la capacitación de los cuadros técnicos y gerenciales requeridos para conducir la reforma, apoyará la producción de contenidos y materiales educativos para la capacitación de capacitadores en aspectos conceptuales y metodológicos, estimulará y secundará la realización de estudios nacionales sobre las características, viabilidad, áreas críticas, resultados y análisis comparativo de los procesos, trabajará con los países en el desarrollo y adecuación de enfoques e instrumentos de las reformas en las áreas de rectoría, de organización de sistemas y servicios y de financiamiento, establecerá alianzas con los bancos de desarrollo y las agencias de cooperación bilateral y multilateral para movilizar recursos y aumentar el impacto del apoyo a los procesos de reforma, apoyará el desarrollo de análisis sectoriales nacionales para identificar necesidades de inversión, así como la formulación de planes maestros y proyectos de inversión tendientes a fortalecer los procesos de reforma del sector.

El apoyo directo a los procesos nacionales se concentrará en las siguientes líneas de trabajo:

- Ø *Asesoría directa:* se intensificará el diálogo con las autoridades y contrapartes nacionales, tratando de favorecer la creación de espacios de negociación y concertación que ayuden a viabilizar las propuestas de reforma y la búsqueda y el desarrollo de las orientaciones políticas, técnicas e instrumentales apropiadas.
- Ø *Seguimiento:* en cumplimiento a los mandatos de la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, las Representaciones jugarán un papel especial en la implementación del esquema de seguimiento del progreso de las reformas en la Región.
- Ø *Red interamericana:* las Representaciones de la OPS en los países, bajo el marco referencial regional serán las responsables de promover la Red interamericana de Reforma Sectorial en Salud en cada país.
- Ø *Liderazgo y desarrollo de recursos humanos* se continuará promoviendo foros de alto nivel sobre la reforma, buscando facilitar la construcción de un mínimo de consenso entre los grupos interesados, también, se apoyará la realización de seminarios y talleres para capacitación de personal clave en aspectos relevantes para viabilizar la implementación de los proyectos de reforma.
- Ø *Investigación:* se promoverá y apoyará la realización de estudios de análisis sectorial buscando detectar problemas de rectoría, organización de sistemas y servicios y financiamiento, e identificar oportunidades para desarrollar proyectos de reforma sectorial.

- Ø *Información:* se diseminará la información científica y técnica sobre los aspectos más relevantes de la reforma a los responsables de la formulación de políticas, gerentes y otros actores interesados en los procesos nacionales, otorgándose una prioridad especial a la diseminación de información sobre instrumentos y mecanismos para la implementación de la reforma.

La OPS desarrollará mecanismos e instrumentos de orientación, seguimiento y evaluación de las reformas a nivel regional, y, a la vez, enriquecer el conocimiento y la experiencia para fortalecer su capacidad de apoyar estos procesos en cada uno de los países. Impulsará la cooperación entre países y los foros de discusión regional en donde los diversos actores nacionales involucrados en estos procesos puedan intercambiar experiencias sobre los diversos aspectos políticos y metodológicos que encierran las diversas propuestas de reforma, desarrollará esfuerzos para la obtención, clasificación y diseminación de documentación sobre reforma entre las instituciones, profesionales y autoridades interesadas, con el apoyo de las redes de documentación e información técnico – científica existentes, apoyará el funcionamiento de la Red Interamericana de Reforma Sectorial en salud y actuará como Secretariado de la misma.

Teniendo en cuenta los desafíos que se anticipan para la acción de la OPS con respecto a la reforma sectorial a nivel regional y con base en la experiencia acumulada hasta el momento, es posible identificar las siguientes prioridades para la agenda interna de los próximos años:

- Ø *Desarrollo metodológico:* se promoverá la preparación y diseño de metodologías específicas en las áreas de la reforma, tales como cálculos de brechas de atención, diseño de modelos de atención, instrumentos de acreditación de centros y servicios, marco de desarrollo para la evaluación de tecnologías, programas de desarrollo de recursos humanos, etc.
- Ø *Documentación:* se dará continuidad a la obtención, procesamiento y diseminación de la literatura técnico – científica relacionada con la reforma; al mismo tiempo, se promoverá el acceso electrónico a la misma por parte de las instituciones y expertos integrantes de la Red Interamericana de Reforma Sectorial en Salud.
- Ø *Capacitación interna:* se continuará diseminando información técnica sobre la reforma al personal técnico de la OPS y así se promoverá su actualización permanente en los campos involucrados, contemplando un conjunto de conocimientos y destrezas que deben poseer los técnicos que participan más directamente en el apoyo a los procesos nacionales de reforma;
- Ø *Relaciones con la OMS y sus oficinas Regionales:* se intensificará la comunicación con las unidades relevantes de la OMS y sus Oficinas Regionales – en particular, con la Oficina Regional para Europa [EURO] para intercambiar información y experiencias relativas a la cooperación técnica en apoyo a los procesos nacionales de reforma.

- Ø *Informe a los Cuerpos Directivos:* la Oficina Sanitaria Panamericana deberá someter informes periódicos sobre el seguimiento de los procesos nacionales de reforma sectorial en salud a los Cuerpos Directivos de la OPS.
- Ø *Constitución y operación del Grupo Técnico interprogramático:* se fortalecerá la operación de un mecanismo de coordinación de las actividades de la Organización en ese campo, involucrando en él a las Divisiones y Programas interesados en temas pertinentes a la reforma.
- Ø *Desarrollo de la capacidad institucional:* se continuará respaldando a las Representaciones de la OPS/OMS con misiones interprogramáticas y la preparación y puesta en marcha en los países de un directorio de instituciones y expertos habilitados para prestar apoyo en los diferentes campos de conocimiento involucrados en la reforma.

Nivel Interagencial

En coordinación con agencias bilaterales y multilaterales que brindan cooperación sobre la materia en los países de la Región, se buscará mejorar la coordinación de las iniciativas en curso de investigación y ejecución relacionadas con la reforma sectorial.

Al mismo tiempo, se establecerá un mecanismo para diseminación rápida de los resultados de dichas investigaciones. Desde la perspectiva de la OPS, los tópicos que requieren atención primaria son los siguientes:

- Ø *Comité interagencial:* se mantendrá activo el Comité, como un mecanismo de consulta y coordinación entre las agencias de cooperación actuantes en los procesos de reforma sectorial en la Región. Al mismo tiempo, se continuará fortaleciendo el diálogo a nivel político y las relaciones técnicas entre la OPS y cada una de las agencias de cooperación relevantes en este campo en las Américas.
- Ø *Publicaciones:* se editarán los documentos presentados a la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, el documento interagencial de referencia y los informes de los países sobre los respectivos procesos nacionales como marco de referencia externo en apoyo a los mismos.
- Ø *Grupos de apoyo:* se continuará promoviendo la constitución de grupos de apoyo interagencial a los procesos nacionales;
- Ø *Seguimiento:* se desarrollará la propuesta del esquema de seguimiento de los procesos nacionales de reforma, con base en las conclusiones del Comité Interagencial y de la Reunión Especial.

- Ø *Red Interamericana*: se continuará trabajando en el diseño de la red a partir del consenso a nivel del Comité Interagencial y las discusiones en la Reunión Especial sobre el asunto.
- Ø *Investigaciones*: se intercambiará información sobre los programas de investigación y temas relacionados con la reforma sectorial que las agencias están llevando a cabo en la Región, con miras a aumentar el impacto de los respectivos resultados sobre los procesos nacionales a que ellos se refieren.
- Ø *Desarrollo de liderazgo y capacitación*: se promoverán actividades conjuntas en este campo, dando seguimiento a la Reunión Especial, en respuesta a las demandas de los procesos nacionales.
- Ø *Movilización de recursos*: se insistirá en la necesidad de lograr una mayor coordinación entre las distintas agencias, promoviendo la conformación de grupos de apoyo externo a los procesos nacionales y contando con la participación de agencias de cooperación técnica y financiera bilaterales y multilaterales. Adicionalmente, se tratará de movilizar recursos adicionales para cubrir nuevas demandas eventualmente insatisfechas con los recursos ya disponibles.

• *Los procesos de reforma sectorial en la región: tendencias y aspectos críticos*:

Dr. Patricio Yépez
Representante OPS/OMS, Cuba

La Reforma del Sector Salud

Aspectos Críticos

Los PAE agudizaron los problemas de pauperización, desempleo, marginalidad y deterioro de las condiciones de salud y bienestar de los sectores más pobres y más desprotegidos.

LOS PAE FOMENTARON :

- La concentración de riqueza.
- La mayor demanda y capacidad de oferta de servicios privados de atención de salud.
- Crecimiento importante de este sector.

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Aspectos Críticos

Reducir el déficit fiscal significó disminución del gasto público en la inversión y operación de los servicios de educación, atención a la salud y atención al ambiente.

Consecuencia

Reducción de la cobertura y calidad de la atención de los servicios sociales.

El BIRF identificó los siguientes problemas del sector salud que justifican el esfuerzo integral de reforma y modernización en la mayoría de los países en desarrollo:

- La asignación equivocada de recursos
- Ineficiencia
- Explosión de costos
- Desequilibrios en materia de recursos humanos

TENDENCIAS

1. Fortalecimiento de la capacidad de rectoría de los Ministerios de Salud a través de medidas legales, administrativas y financieras; y la limitación de los Ministerios de Salud y las Instituciones de Seguridad Social en la prestación directa de servicios.
2. La integración y coordinación funcional de los servicios de salud para configurar sistemas regionales y locales autónomos, en base a una relación fluctuante entre los subsectores público/privado, a ser regidos por corporaciones locales y financiadas por el Estado y los distintos regímenes de solidaridad social públicos y privados.
3. La universalización progresiva de los seguros nacionales de salud como medios de financiamiento solidario, equitativo y sostenible de beneficios y servicios básicos.
4. La focalización de los programas de salud y de nutrición de acuerdo con criterios sociales, geográficos, demográficos y epidemiológicos para alcanzar mayor efectividad y equidad en el gasto público en salud, así como el establecimiento de una canasta básica de intervenciones de salud pública y servicios clínicos básicos, cuyo costo-efectividad justificaría garantizarle a toda la población el acceso efectivo a las mismas.

5. El establecimiento de normas e incentivos para la regulación, tanto de la demanda como de la oferta y la administración de los servicios de salud públicos y privados, a fin de incrementar su eficiencia y racionalizar los gastos y costos en el sector.

DESAFIOS PARA EL SECTOR SALUD

Un escenario optimista de crecimiento económico y aumento de la recaudación fiscal.

NO SIGNIFICARA

Mayor asignación presupuestaria para los programas sociales.

DESAFIOS PARA EL SECTOR SALUD

Gran parte de los recursos públicos irán al pago de la deuda externa.
Los recursos públicos para los programas sociales en la década de los noventa

«EN EL MEJOR DE LOS CASOS»

Serán similares a los niveles de gasto de comienzo de la década de los ochenta.

Deben intensificarse esfuerzos para lograr una mayor eficiencia y equidad en la utilización de los recursos públicos y privados; nacionales e internacionales.

OPTIMIZAR

El impacto del gasto nacional sobre la situación de salud de la población.

- Una nueva imagen objetivo exige contextualizar la salud y tomar una posición
- Servicio público
- Operación comercial

NUESTRA POSICION

- «Promover y comprometernos con el desarrollo social»
- «Reafirmación de la Meta Salud para Todos».
- Privilegiar la estrategia de atención primaria

Con estos principios, apoyar el proceso de Reforma del Sector en nuestros países.

Salud es un derecho ciudadano que el Estado debe garantizar.



Por ser un asunto de Estado, va más allá de las coyunturas gubernamentales y legislativas en un período determinado.



Es parte esencial del desarrollo social y económico.

LA REFORMA SECTORIAL REPRESENTA:

- Oportunidad para reorientar el quehacer de salud.
- Para la formulación de políticas inscritas en el desarrollo social.
- Redefinición de roles institucionales.

- Rectoría
- Prestación de servicios
- Financiamiento

LA REFORMA SECTORIAL ASUMIDA

- Por los trabajadores del sector.
- Por los grupos más postergados de la población.

«Podría transformarse»

- En una reivindicación del derecho a la vida.
- Y a la salud integral, en sus dimensiones física, mental y social.

EL DISEÑO E INSTRUMENTACIÓN DE UNA AGENDA DE REFORMA SECTORIAL QUE GARANTICE :



y equidad en el acceso de la población a esos servicios, es una de las prioridades inmediatas.

Desarrollar y fortalecer una mayor coordinación entre las políticas, programas y actividades del sector salud.

- Los otros sectores sociales
- y los sectores productivos

Redefinir los roles institucionales y orientar los esfuerzos hacia la estructuración del sistema nacional de salud.

REGULACION

- Marco legislativo y normativo para asegurar la equidad en la prestación.
- Control y vigilancia.
- Investigación.
- Conducción política.

FINANCIAMIENTO

Redefinir la participación del sector público, la seguridad social, y el sector privado en el financiamiento del acceso de la población a los servicios de salud.

Los Recursos Humanos

La Reforma Sectorial: Oportunidad para la transformación de los recursos humanos para la salud.

Propuesta Alternativa CEPAL/OPS :

Lograr mayor equidad, eficacia y eficiencia en la formulación de políticas de salud y en la regulación, financiamiento, gestión y provisión de la asistencia sanitaria.

La reforma implica la concertación intersectorial para apoyar la rectoría del sistema de salud y sus demandas.

Para lo cual se requerirá:

Desarrollar una amplia gama de recursos humanos que permita viabilizar este proceso.

Se hace necesaria la concertación entre Estado, sociedad civil y universidad para lograr este propósito.

LOS RETOS

Formación y actualización de recursos humanos para la dirección y conducción política del sector.

Personal con alta capacitación en planificación para diferentes niveles y ámbitos de acción.

La Regulación:

Requiere de nuevos recursos humanos formados en áreas de importancia estratégica como :

- Calidad de atención
- Economía de la salud
- Jurisprudencia sanitaria
- Gestión tecnológica

También debe priorizarse LA FORMACION DE INVESTIGADORES en campos como la socioepidemiología, biogenética, biotecnología, antropología social, etc.

La formación de pregrado requiere también de una profunda transformación

REFORMA CURRICULAR

Que posibilite la formación del personal bajo el «paraguas» de la salud pública.

Vinculando el quehacer formativo a las necesidades socio-epidemiológicas y articulado en los diferentes niveles del sistema de salud.

Esto supone diversificar respuestas a través de diferentes perfiles formativos que superen los esquemas profesionalizantes que han caracterizado a la Universidad.

La Reforma, Modernización y Transformación del sector salud,

EN SUMA ES

«Transformación de su recurso humano, de las instituciones y de su organización».

«La política de impulsar la reforma sectorial implica la reconceptualización y adecuación del tema de los recursos humanos en salud».

¹ Organización Panamericana de la Salud. *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de Reforma del sector saludable los procesos de Reforma del Sector Salud.* Washington DC 1997.

² Grebe López H. *Reflexiones sobre el futuro de América Latina: Seminario Piloto UNISCO-SELA sobre formación prospectiva en América Latina y el Caribe.* Caracas 1992.

³ IBIDEM

- ⁴ OPS: *Orientaciones estratégicas y programáticas para la Organización Panamericana de la Salud 1995-1998*. Washington DC 1994.
- ⁵ *IBIDEM*
- ⁶ *IBIDEM*
- ⁷ Yépez Patricio. *El proceso de Reforma del Sector Salud en América Latina. Cuadernos de la Representación de la OPS/OMS en Panamá. Vol. 4-5 1995*.
- ⁸ *IBIDEM*
- ⁹ OPS: *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de Reforma del sector Salud*. Washington DC 1997.
- ¹⁰ CEPAL. *Panorama Social de América Latina 1994*. Santiago de Chile 1994.
- ¹¹ Yépez Patricio. *El Proceso de Reforma del Sector Salud en América Latina. Cuadernos de la Representación de la OPS/OMS en Panamá. Vol. 4-5 1995*.
- ¹² OPS. *La administración estratégica. Lineamientos para su desarrollo, contenidos educativos*. HSS-SILOS 32. Washington DC 1994.
- ¹³ CEPAL/OPS: *Salud, Equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. Mayo 1994.
- ¹⁴ Bergoizoli G. Victoria D. *Rectoría de la Salud*. OPS Costa Rica 1994.
- ¹⁵ *IBIDEM*
- ¹⁶ *IBIDEM*
- ¹⁷ OPS: *El movimiento de Municipios Saludables en América*. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC 1992.
- ¹⁸ OPS: *La cooperación Panamericana de la Salud ante los procesos de Reforma del sector Salud*. Marzo 1997

LA SITUACIÓN ACTUAL Y TENDENCIAS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA.

Doctor Patricio Yépez
Representante de la OPS/OMS.

La organización Panamericana de la Salud respondiendo a los mandatos de sus cuerpos Directivos y las orientaciones estratégicas y programáticas y tomando como marco el concepto de desarrollo humano y la renovación de la política de la Salud para todos, coopera con los Estados miembros en los procesos de reforma del sector salud, cuyos avances están determinados por las condiciones políticas, económicas y sociales de cada uno de los países, sin embargo, con la finalidad de ofrecer una visión panorámica, se realiza una sistematización de los procesos nacionales de reforma, con relación al contexto, las razones, las características y los aspectos relevantes.

En cuanto al contexto se hace referencia al momento coyuntural de los países caracterizado por la consolidación de las democracias, la recuperación de la actividad económica y la modernización del Estado, todo esto vinculado a fenómenos de globalización e integración. También se analizan los compromisos que los países han realizado en las diferentes cumbres mundiales, en especial las de la infancia, población y desarrollo, desarrollo social y la cuarta conferencia Internacional de la mujer en relación con la salud y los desafíos que se presentan para enfrentarlos.

Dentro del abordaje de la ponencia se hará referencia a algunos elementos comunes que caracterizan estos procesos y que se refieren al reordenamiento económico, la modernización del Estado, la revalorización de la esfera social, la búsqueda de la eficiencia, la efectividad, la sostenibilidad y la respuesta a los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y culturales.

Otro aspecto que será elaborado se refiere a las razones generalmente aducidas para iniciar un proceso de reforma, como son: los retos derivados de los cambios epidemiológicos y demográficos, la persistencia de las iniquidades, la deficiencia en la calidad de los servicios entre otras. Por otra parte, la ponencia hará referencia a las características de los procesos de reforma en cuanto a la rectoría y conducción; a la provisión de los servicios y al financiamiento.

Por último se ha considerado pertinente hacer una serie de reflexiones sobre los procesos de reforma, en cuanto al enfoque, la complejidad de la conducción y gestión del proceso. Además se realizará una aproximación a algunas experiencias que pueden ser de interés para los participantes de la conferencia.

LA SALUD COMO PRODUCTO SOCIAL Y LA REFORMA DEL SECTOR

Salud: mejor indicador del bienestar de la población.

Propuestas desarrollo:

- Deben garantizar el cuidado y la promoción de la salud prioritariamente.
- Prevenir las enfermedades.
- Capacidad instalada para la recuperación de la salud.

PRIORITARIO:

Mobilizar las capacidades y la potencialidad de las comunidades, la acción intersectorial y la voluntad política, para que la sociedad en su conjunto "produzca salud" y no enfermedad.

PARA ESTE PROPÓSITO:

- La realidad socioepidemiológica.
- Las necesidades comunitarias.

SERÁN LA BASE:

- Para la respuesta científica técnica y social del sector salud.
- Para la movilización de los recursos humanos, técnicos y financieros.

El proceso de producir salud obliga a intensificar diferentes iniciativas dentro del marco de la estrategia de atención primaria.

Participación y organización comunitaria

- Acción intersectorial.
- Descentralización.
- Tecnología apropiada.

LINEAMIENTOS

- Ajustes de las políticas públicas con el fin de orientarlas hacia la equidad social y el

desarrollo sostenido.

- Reorganizar los niveles de conducción nacional e intermedios para reforzar la rectoría de salud y promover la descentralización.
- Desarrollar la promoción de la salud y la atención al medio ambiente como aspectos prioritarios del desarrollo.
- Reforzar prioritariamente la capacitación del personal comunitario, de salud y otros sectores involucrados en el proceso.
- Fortalecer la capacidad de liderazgo y conducción local en:
 - Desarrollo político.
 - Negociación y gestión.
 - Formulación y ejecución de proyectos.
 - Información científico - técnica.
 - Evaluación.
- Desarrollar y fortalecer el sistema local de salud como microespacio de producción social de la salud.
- El sistema local tiene como finalidad el desarrollo integral de la salud de la población con base en un modelo de promoción, vinculado al principio de la equidad y articulado al desarrollo económico.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y MUNICIPIOS SALUDABLES

"ESPACIOS FUNDAMENTALES"

- Contribuir al proceso de reforma al priorizar el modelo de gestión local.
- A la producción social de la salud.
- Mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población.

LOS RETOS DE LA UNIVERSIDAD SECTOR SALUD EN LA REFORMA DEL ESTADO EN AMERICA LATINA

Dr. Guido Miranda G.
Ex-Presidente Ejecutivo
Caja Costarricense de Seguro Social

A lo largo de los siglos el progreso de la sociedad humana ha sido permanente, pero no necesariamente regular ni ajustado a cambios constantes. Todo lo contrario; períodos acelerados de intensidad variable se han alternado con otros de una lentitud casi paralizante. Tampoco todos los campos del conocimiento y de organización de la sociedad avanzaron de modo uniforme. El único elemento que parece consolidarse en el tiempo es su velocidad, que ha ido acelerándose paulatinamente, hasta el punto de afectar varios campos en forma simultánea. A partir de la crisis económica iniciada en la década de los ochentas, el hemisferio occidental ha decidido revisar la estructura del Estado y del Sector Salud como parte del mismo, lo que de necesidad involucra a las Universidades, como centros formadores de los recursos humanos demandados. Esta revisión viene a sumarse a los profundos cambios políticos, económicos, sociales y técnicos que en forma paralela se están produciendo y que perseguirían la búsqueda de una respuesta que actuara como un factor positivo sobre la calidad de vida.

La reforma del Sector Salud se ha transformado en un programa prioritario de los gobiernos en todos los países, con una concentración de esfuerzos como si fuera un hecho excepcional, como si se intentara por primera vez, sin ninguna experiencia previa. Sin embargo, basta darle una rápida mirada a la evolución sanitaria de los conglomerados humanos para tener la certeza que la salud ha sido una preocupación de siempre, un tema de todas las agendas de los gobiernos y que los resultados logrados fueron condicionados por una gran cantidad de factores que en su mayoría ni siquiera están bajo el control de los servicios de atención médica. Debe destacarse que el médico, encerrado en su consultorio, ha estado siempre convencido que ha sido un factor preponderante en el nivel sanitario de la comunidad, de la cual solo conoce los enfermos.

En el último cuarto del siglo XVIII, se producen tres sucesos y para la época, a considerables distancias uno de otro. Sin embargo, echan a andar el motor del progreso que recorre en dos siglos mucho más terreno que el de toda la historia previa del ser humano. El tradicional modelo de poder político descansaba en el absolutismo monárquico y se financiaba en

una producción artesanal que reconoce la riqueza por la posesión de la tierra y la mano de obra disponible para la producción de alimentos. El conocimiento es limitado y se confina especialmente en los claustros religiosos. La guerra, la enfermedad y la desnutrición determinan una expectativa de vida que no llegaba a los 30 años, aunque las mujeres parieran una y otra vez.

En 1769, James Watt, en Inglaterra, introduce su máquina de vapor para sustituir el brazo del obrero, iniciándose el proceso de industrialización. La producción en serie de bienes que rápidamente enriquece a unos pocos y forma al capitalismo como nuevo poder dentro de la sociedad, que concentra, empobrece y proletariza a los trabajadores cuando reconoce la mano de obra especializada. La producción creciente demanda cantidades progresivas de materias primas y energéticos que deben ser transportadas por mar y tierra desde sus yacimientos naturales, garantizados por la política colonialista. La alta velocidad de producción requiere de mercados más allá de las fronteras de cada nación y los ejércitos con nuevas armas vendidas por las industrias se encargan de variar los límites si pretenden levantarse barreras aduanales. La mecanización del campo y el uso de fertilizantes produce grandes cantidades de alimentos, que se preservan y almacenan para asegurar su suministro permanente al mercado. Las organizaciones de los trabajadores, que se fundan para la mutua ayuda y se reconocían por oficios, encuentran la defensa del valor económico del trabajo en las tesis de Marx y Engels y el postulado de la lucha de clases generará un conflicto y entrenamiento con el capital durante el próximo siglo y medio.

En 1776, las comunidades de los trece territorios del norte de América deciden su independencia de la Corona Británica y fundan una nación en donde todos sus habitantes «nacen libres e iguales y con el mismo derecho a la felicidad». Esta nueva democracia pone en jaque el modelo absolutista monárquico y crea un nuevo equilibrio político entre países e incrementa el valor social de los miembros de la sociedad, en particular por el mayor acceso a la educación. El conocimiento sale de los claustros y pierde su dependencia religiosa y apoyado en nuevos instrumentos amplía el universo y el campo invisible. Las enfermedades encuentran primero una identificación orgánica y se busca una causa para cada una.

En 1789 comienza la Revolución Francesa, que representa la máxima crisis del modelo del absolutismo real y la ejecución del Rey simboliza el final de este modelo de gobierno. Al terminar la Revolución, se proclama la Carta de los Derechos del Ciudadano, con lo que se da comienzo a un proceso de democratización que unido al establecimiento de la democracia de los Estados Unidos y el fortalecimiento económico derivado de la industrialización, el mundo occidental entra en la etapa contemporánea del desarrollo social, en donde cada ciudadano ya tiene definido su marco de derechos y deberes. Comienza un hecho desconocido, el crecimiento de la población en una progresión que provocó las advertencias de Malthus, hasta constituir hoy uno de los problemas más preocupantes donde se agregan tres fenómenos: el envejecimiento, las migraciones y el aumento de grupos con limitaciones físicas y mentales. (Fig 1).

El conflicto del capital y el trabajo será el tema de fondo en el escenario político y económico del hemisferio occidental durante mucho tiempo. Las organizaciones de trabajadores, especialmente las mutuales y asociaciones que en el mundo artesanal se habían creado para establecer mecanismos de ayuda para sus afiliados frente a los grandes riesgos representados por las enfermedades y los accidentes de trabajo. Algunas de ellas, como las de mineros, o las de las fundiciones de metales tanto en Inglaterra como en Alemania, eran muy poderosas por el número de afiliados y los programas de ayuda financiados con las contribuciones de los trabajadores. Otras, como las de los deshollinadores, eran típicas por su debilidad. El progresivo peso específico que estas organizaciones de trabajadores van adquiriendo les proporcionan rápidamente un importante componente político-social. Además, el tema mismo es objeto de atención por parte de otras organizaciones de la sociedad, muy en particular de las Iglesias anglicano-protestante en Inglaterra y católico-luterana en Alemania, por su repercusión en el bienestar de la familia del trabajador.

A raíz de la publicación del trabajo de Edwin Chadwick, en 1842, titulado «Las condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña», los conflictos recrudecen y son los representantes de las Iglesias en el Parlamento Británico los que llevan la iniciativa para producir toda la legislación laboral británica, en donde se logra mejorar la condición de los obreros en cuanto a jornada, salario, edad de ingreso, educación y ayuda social.

La publicación de *El Capital* y los conflictos de mitad de siglo en prácticamente todos los países europeos aumenta la tensión. Alemania inicia las guerras contra Austria en 1866 y luego contra Francia en 1870 y aunque en ambas tiene una victoria militar, el empobrecimiento que se produce y el elevado número de viudas, huérfanos e inválidos residuales es tan alto, que se transforman en la levadura del descontento popular. La sagaz respuesta del Canciller Bismarck le corta la iniciativa a los socialistas y presenta al Parlamento Alemán sendos proyectos de ley para regular tanto la protección de los obreros ante las enfermedades laborales y accidentes, como las prestaciones médicas frente a la enfermedad común y la maternidad de las trabajadoras, ambas con subsidio económico temporal. Las leyes se aprueban en 1883 y Guillermo I advierte al Parlamento que recibirá otro proyecto para garantizar un subsidio permanente al trabajador que pierde su capacidad de trabajo por causas adquiridas, o naturales como el envejecimiento. Esta primera ley de pensiones se aprueba en 1879 y así nace la legislación de los seguros sociales, que rápidamente se extiende a los otros países industrializados. La muy activa participación del sindicalismo católico alemán frente a la presión marxista conduce la corriente de pensamiento hasta Roma y el Papa León XIII publica la Encíclica *Rerum Novarum*, en 1891.

Este avance en el campo político, económico y social es paralelo al desarrollo del conocimiento científico, donde la investigación del laboratorio universitario constituyen el centro de producción del nuevo pensamiento. El conocimiento de las enfermedades avanza rápidamente en su etiología y patogenia. Pasteur, Virchow y Koch identifican los responsables de la infección, aunque los procesos bioquímicos, o los recursos terapéuticos, todavía están

distantes. El crecimiento acelerado de la población denunciado por Malthus preocupó menos frente a la producción y comercialización crecientes de los alimentos lograda por la mecanización agraria.

En ningún momento de la historia hubo tantas guerras como en los veinte años que preceden a la I Guerra Mundial, en donde ocurre uno de los fenómenos políticos más significativos. A este conflicto ingresan beligerantes los ocho Imperios más fuertes de entonces; a la firma del Tratado de Versalles, han desaparecido para darle paso a las nuevas naciones cuyos ciudadanos adquieren el derecho de renovar, por expresión popular, sus autoridades depositarias temporalmente del poder político. Estas nuevas naciones deciden colegirse para prestarse apoyo e intercambiar experiencias y fundan La Liga de las Naciones, con sede en Ginebra. Consta en el Tratado de Versalles como por la conveniencia obrero-patronal era necesario proteger a los trabajadores y de hecho se establece la Organización Internacional del Trabajo, cuyo objetivo será resguardar e impulsar la legislación laboral, preferentemente los seguros sociales. Se hace la recomendación de establecer Secretarías de Trabajo y elaborar los respectivos Códigos que recopien las normas propias.

Otro beneficio derivado de la I Guerra Mundial fue la definición muy clara de la responsabilidad del Estado en la supervisión y entrega de los servicios públicos, quebrando la tradicional línea liberal de abstenerse de participación. Se hace la colección de toda la experiencia sanitaria procedente de los 8 millones de muertos, el curso de los heridos, los brotes epidémicos y la carencia de alimentos, lo que hizo emerger la Salud Pública como una disciplina sanitaria de características propias.

La responsabilidad del Estado es creciente mediante una Secretaría especializada garante de los servicios públicos, del rol del sector privado y la responsabilidad individual, lo que indujo la formulación de los Códigos Sanitarios. Los principios de la Salud Pública son adoptados por las Escuelas de Medicina, se introdujeron en la Educación Médica y poco después constituyen una especialidad cuya utilidad siempre se la consideró muy teórica.

Los hospitales dejan de ser estancias de aislamiento y de buen morir y los avances de la anestesia, la transfusión y los procedimientos de diagnóstico comienzan a agregar el perfil de un centro de tratamiento con tecnología apropiada.

Las condiciones descritas no eran favorables para el desarrollo de modelos que no estuvieran directamente relacionados con el Estado. Incluso fueron pobres las formas de organización de grupos privados, por limitaciones tanto de la capacidad de inversión como por el costo para los demandantes. En América Latina esta condición fue prevalente, así como también la aparición tardía de los seguros públicos o privados. En la V Reunión de la Conferencia Panamericana celebrada en Santiago de Chile, en 1923, se conoce una propuesta de la OIT para que los países miembros establezcan los Seguros Sociales, para la protección de la salud de los trabajadores. Chile es el primer país que lo hace, en 1924;

sucesivamente en los próximos 30 años todos los demás países aprobarían una Ley similar. Tuvo la característica de ser el producto de la iniciativa política de grupos de minoría que no representaron ni los auténticos intereses de los trabajadores, ni mucho menos el resultado de la conciliación obrero-patronal. La ausencia de un sector industrial, con su problemática laboral propia, con una carente organización de los trabajadores, hizo que los seguros sociales fueran formas de organización desconocidas por el sector laboral y con frecuencia resistidas en su introducción. Además, el apoyo a la organización de los obreros casi siempre partió de los partidos políticos de izquierda e indujo el antagonismo de la derecha y la Iglesia.

Veinte años transcurrieron entre el final de la Primera y el comienzo de la Segunda Guerra Mundial. En ese intertanto el desarrollo económico continuó con su pujanza, el progreso industrial penetró todos los campos, pero el avance en la estructura de las nuevas naciones mostró francas deficiencias, en particular en el justo reparto de la riqueza acumulada. Las naciones identificaron sus fronteras y sus crecientes poblaciones, soportaron una crisis de empobrecimiento en 1929, se fortalecieron militarmente y proliferaron las dictaduras. Estructuraron sus gobiernos y vieron ahondarse el conflicto de la lucha de clases. Las Universidades, en particular las europeas, concentraron el pensamiento privilegiado y la investigación sobre las características del medio interno y externo en el que se desarrolla el ser humano. Aún así, el saber y conocer de los factores determinantes de las enfermedades es aún insuficiente para su adecuado control.

En Septiembre de 1939, en la frontera germano-polaca, comienza la II Guerra Mundial y termina 6 años después en el mar doméstico de Japón. 60 millones de muertos se acumulan y curiosamente, mueren los mismos 8 millones de soldados, pero los acompañan 52 millones de civiles que mueren en los bombardeos masivos de las ciudades, en los campos de concentración y en las persecución racial o de grupos políticos. Como si el ser humano hubiera olvidado su historia de dolor, repite sus errores discriminantes. Justamente para salvar a los suyos y eliminar a los enemigos, se induce el mayor avance tecnológico en todos los campos; desde los antibióticos para salvar las septicemias de enormes heridas producidas por poderosas armas de fuego, hasta los 260 mil muertos en 7 segundos que toma la explosión de la primer bomba atómica en Hiroshima.

Al terminar la II Guerra Mundial, los países industrializados poseen los mayores recursos tecnológicos de la historia y un Estado dispuesto a asumir la responsabilidad de dirigir el desarrollo social de sus gobernados, para generar el Estado Benefactor de esta segunda mitad del siglo XX. Los efectos sobre la población son inmediatos con una espectacular caída de la mortalidad infantil, (Fig. 2) originando a la llamada explosión demográfica. Se inicia la serie de vacunas de virus atenuado y de bajo costo; los insecticidas liquidan los insectos vectores y la lucha contra la malaria se hace una realidad efectiva con los anti-palúdicos sintéticos; los antibióticos, el agua potable y el control de desechos termina con el contagio entérico; la disponibilidad de alimentos y la mejora de la capacidad adquisi-

tiva de los salarios transforman la desnutrición en obesidad y termina el hacinamiento; la infusión de líquidos y electrolitos hace posible el control del medio interno; la TBC toma el carácter de enfermedad curable y su incidencia disminuye tanto que los sanatorios se transforman en hoteles de montaña; el Ministerio y los especialistas en Salud Pública, amparados por una política de Estado que financian sus programas llegan a la audacia de mencionar las enfermedades erradicables.

Desde el punto de vista político y social los avances son de la misma magnitud. En Mayo de 1945, Gran Bretaña abre su Servicio Nacional de Salud para atender la demanda de servicios médicos de toda la población, haciendo por primera vez una realidad la cobertura universal de la población. A fines de ese mismo año, la flamante Organización de las Naciones Unidas aprueba la Carta de Derechos Humanos, en la que los países que la suscriben, en su artículo 22 se comprometen a que «todos los ciudadanos tienen derecho a los beneficios de la seguridad social» y en su artículo 25, «todos los ciudadanos tienen derecho a los servicios médicos para la atención de sus enfermedades». En 1953, Chile aprueba su legislación para establecer su Servicio Nacional de Salud, que tanto impacto producirá en el resto de los países latinoamericanos.

Para 1965, se ha descubierto la Salud. Los países desarrollados han llegado a un nivel de calidad de vida que aparece la Salud como un bienestar. La Organización Mundial de la Salud definía la salud como «la ausencia de enfermedad», que era la realidad conocida por el ser humano. Frente al descubrimiento de este bienestar posible, se define entonces la salud con esta nueva condición para el organismo, para su relación psíquica, para su encaje social y recientemente para su ámbito ecológico. Diez años después, apoyándose en el desarrollo económico y social y la posibilidad de realización de los países miembros de menor capacidad económica, la OMS establece la democratización de la salud en su programa «Salud Para Todos en el Año 2.000».

El enriquecimiento especialmente en los países desarrollados y la expectativa de vida tienen un crecimiento muy importante: 25.000 dólares per cápita y 80 años, respectivamente para 1995. Los países latinoamericanos alcanzan un ingreso per cápita cuyo promedio es 10 veces menos: unos 2.500 dólares y 65 años de edad. (Fig. 3).

Al finalizar la década de los 70s se inicia la crisis económica que obliga a los países pobres a vender más barato, comprar más caro y adquirir deudas para evitar la crisis política, por lo que la frase de la «década perdida» resulta benevolente. (Fig. 4).

Este largo período tuvo un propósito intencional: demostrar que desde siempre la atención de la enfermedad y recientemente la salud han sido preocupación primaria de los gobiernos y sus comunidades y que el cambio, o la reforma si así se la quiere llamar, ha sido permanente y constante en los servicios de salud. Colombia es un buen ejemplo de lo dicho ya que en 1991, cuando aprueba su nueva Constitución Política, los primeros 10 artículos del Capítulo 2 están dedicados a garantizar el derecho a la salud.

Costa Rica modificó su Constitución Política en 1961 para hacer extensivo el régimen de Enfermedad y Maternidad a todos los ciudadanos y dio un plazo de 10 años a la Caja Costarricense de Seguro Social para iniciar el proceso. La Universidad jugó un papel decisivo con la apertura de la Escuela de Medicina y la preparación de los recursos humanos requeridos. Los resultados han sido excelentes, aunque en la última década los cambios estructurales de la sociedad han creado la necesidad de introducir cambios radicales y significativos en la política de salud. (Figs.5-6-7-8-9 y 10).

Lo comprendido en los últimos años con el nombre de «reforma», en esencia es la aplicación de un programa financiero que busca desregular la planificación sanitaria y transferir parte del gasto público en salud, al sector privado. Responde al propósito de reducir el tamaño y la capacidad del Estado Benefactor y transferir los programas de salud a un mercado que se regularía por la oferta y la demanda, en donde no haya controles ni gasto dirigido. Pero de inmediato se pueden acumular argumentos que en este mercado de la salud, el paciente que ahora se llama cliente, carece de la información y la capacidad para decidir su compra y está indefenso ante el proveedor de servicios, por lo que de inmediato se lo denominó como un mercado imperfecto, pero siempre mercado. Con este nuevo concepto económico y con la reducción que se establece del gasto público, los Ministerios de Salud han ido cediendo su poca autoridad al Ministerio de Hacienda.

La consecuencia inmediata de la reducción del gasto, es que los presupuestos para educación y por ende los de las Universidades estatales, se han visto reducidos y se pregoniza la venta de servicios, tanto docentes como de investigación, como una forma de recuperación financiera, lo cual ha traído en forma inevitable, un condicionamiento al mercado externo, con una pérdida de la autonomía de la investigación.

Debe quedar claro que en los países pobres que carecen de un sector privado competitivo y consolidado, que descansaron siempre en la gestión del Estado para impulsar el desarrollo, podrían poner en peligro parte del camino recorrido, puesto que no hay garantías suficientes para la transferencia de servicios.

El modelo económico de mercado de masiva producción, que requiere cada vez un mayor número de compradores, necesita cada vez mas ampliar sus fronteras y las que existían basadas en las tasas arancelarias para defender el modelo local de sustitución de importaciones que fue usado en América Latina, debe ser sustituido por uno abierto, de libre comercio regional y continental a corto plazo.

Además, hay una contradicción cada vez mas clara. La salud es el estado permanente del individuo y la enfermedad es una situación habitualmente transitoria; en cualquier mo-

mento en la comunidad no mas de uno en cada cien ha perdido la salud. Sin embargo, en el temor ancestral del hombre a la enfermedad y frente a la ignorancia de la salud, todo el proceso de inversión económica y cultural se ha dirigido hacia la enfermedad y el mercado

de intereses y sus elementos participantes, han sido creados para la atención de la enfermedad: médicos, enfermeras, hospitales, equipos, medicamentos y recursos de diagnósticos. La rentabilidad del mercado está en la adquisición de los insumos y materiales para la atención de los enfermos. Para los vendedores dentro del Sector Salud, la promoción, la prevención y el fomento de la salud no es tan buen negocio como el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Sin poner en entredicho la necesidad de la atención de las enfermedades, en la práctica no ha sido posible establecer la política que la enfermedad es sólo un estado transitorio en la vida de los individuos y que la orientación actual de los programas deben dirigirse hacia el fomento y promoción de la salud, de la preservación y educación para la salud. La enfermedad es un estado transitorio, tanto mas corto y de menor significado cuanto mas oportuno sea el diagnóstico, de modo que las medidas correctivas produzcan el mayor efecto en el menor tiempo, lo que se reducen los costos de atención y se incrementan los niveles de rendimiento.

El derecho a la salud de los ciudadanos crea al Estado una obligación política para crear los mecanismos necesarios que garanticen la equidad de los programas. Esta necesidad requiere de un Ministerio de Salud fuerte, de gran capacidad técnica para dictar las políticas del sector para planificar, supervisar, evaluar y corregir las deficiencias. Esta no es la situación habitual de los países en vías de desarrollo.

El cambio del perfil de morbi-mortalidad de los países desplaza cada vez mas hacia la periferia la ejecución de los programas de salud y de atención primaria, para enfatizar la prevención de las enfermedades tanto agudas como crónicas. Además, con los cambios habidos en los niveles de empobrecimiento sumados al deterioro de los patrones éticos, la patología de la violencia, la disgregación familiar y la inestabilidad laboral, crean una situación que atenta contra la salud, que no se corrige con vacunas ni pastillas, pero que requiere un equipo especial de salud y que nuestras Escuelas de Medicina no están formando. Nuestros recursos humanos en salud siguen siendo educados dentro del concepto organicista de atender las enfermedades, en los campos clínicos de los hospitales de mayor complejidad. El Congreso Mundial de Facultades de Medicina, en Edimburgo, 1988, concluye que prácticamente ninguna Escuela de Medicina está formando los recursos humanos que requiere el programa de salud del siglo XXI. Debemos mencionar, además, otro elemento preocupante de la última década: la proliferación de Universidades privadas que forman recursos mucho mas allá de las necesidades requeridas por nuestros países, comprometidos con una tecnología de diagnóstico y tratamiento de gran sofisticación, que no corresponden con las posibilidades de nuestras instituciones de salud, ni facilitan el compromiso de la equidad en los servicios.

En este momento todos los países latinoamericanos se encuentran inmersos en el proyecto político de la Reforma del Estado y en la Reforma del Sector Salud como parte del mismo.

Todos ellos afrontan una problemática muy similar en sus componentes:

- a) No hay consistencia en los grupos políticos para establecer las políticas y los programas de Salud y no están definidas las acciones intersectoriales.
- b) Los Ministerios de Salud han perdido autoridad política y no han logrado desarrollar la capacidad técnica para sustentar el concepto de rectoría.
- c) No se ha establecido un ordenamiento económico congruente con la nueva situación propuesta, ni se garantiza la atención de los grupos económicamente más débiles.
- d) Hay debilidad en la planificación sectorial y de las instituciones del Sector, lo que ha dificultado la definición de objetivos comunes y la integración operativa.
- e) El marco legal del Sector Salud es inadecuado.
- f) La formación de recursos humanos y la reeducación del actual en funciones es inadecuada para las metas propuestas.
- g) La participación de las Universidades en el proceso de Reforma del Sector Salud es apenas tangencial.

La prescripción de la Reforma ha sido igual para todos los países, lo que resulta inadecuado. Cada uno ha elaborado, a lo largo del tiempo, sistemas diferentes con base a sus propias realidades políticas, sociales y económicas. La propuesta ya en marcha representa para algunos la posibilidad de mejorar; para otros puede implicar el riesgo de conflicto con estructuras bien cimentadas que hasta podrían poner en peligro los avances ya obtenidos.

MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS
(Tasas por 10.000 habitantes) Costa Rica: 1970 - 1986

Grupo de Causas	1970		1986	
	Tasa O.I.		Tasa O.I.	
TOTAL	70,0	-	38,3	-
Del Aparato Circulatorio	12,9	2	10,7	1
Tumores	6,6	5	7,9	2
Accidentes, Envenenamiento y Violencias	4,4	6	4,0	3
Del Aparato Respiratorio	9,1	3	3,9	4
Afecciones Originadas en el Período Perinatal	3,7	7	2,5	5
Síntomas y Estados Mal Definidos	7,3	4	1,0	8
Del Aparato Digestivo	2,5	8	1,7	6
Anomalías Congénitas	1,0	10	1,7	6
Infecciones y Parasitarias	13,6	1	1,4	7
De las Glándulas Endocrinas y Metabolismo	1,6	9	1,0	8
Otras Causas	7,3	-	2,5	-

O.I. : Orden de importancia

FUENTE: Departamento de Estadística Ministerio de Salud

**TASAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD, CRECIMIENTO, MORTALIDAD INFANTIL,
ESPERANZA DE VIDA Y FECUNDIDAD DE LA POBLACION DE COSTA RICA 1910-1995**
(TASAS POR MIL)

AÑOS	NATALIDAD	MORTALIDAD	CRECIMIENTO NATURAL	MORTALIDAD INFANTIL	ESPERANZA DE VIDA	FECUNDIDAD (HIJOS)
1910	46	30	16	195	35	-
1920	46	27	19	187	35	-
1930	45	23	22	154	42	-
1940	44	18	26	112	47	-
1950	48	12	36	89	56	6,9
1960	48	10	38	76	63	7,3
1965	42	9	33	73	63	6,5
1970	33	7	26	63	65	4,9
1975	30	5	25	38	70	3,8
1980	31	4	27	19	73	3,7
1985	32,4	4	28	17,6	74	3,8
1990	29	3,8	25	13,4	75	3,2
1995	28	3,6	24	12,6	76	3

FUENTE: ROSERO L., ASOCIACION DEMOGRAFICA COSTARRICENSE, 1982 DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA, MINISTERIO DE SALUD. DR. MIRANDA, G.

PERCAPITA INCOME IN CENTRAL AMERICA 1980-1989

	80		83		86		89	
GUATEMALA	1085		944		867		888	82
EL SALVADOR	1325		1082		1086		1074	81
HONDURAS	1015		899		890		913	90
NICARAGUA	1097		1082		886		694	63
COSTA RICA	1759		1500		1577		1659	94
PANAMA	2287		2337		2374		1890	82
SUB-REGIÓN	1428	100	1307	91	1280	89	1048	73

SOURCE: Progreso Económico y Social en América Latina. BID, 1990

LOS RETOS DE LA UNIVERSIDAD SECTOR SALUD EN LA REFORMA DEL ESTADO EN AMERICA LATINA

Dr. Guido Miranda G.
Ex-Presidente Ejecutivo
Caja Costarricense de Seguro Social

El crecimiento sostenido de la población de los países latinoamericanos continuará acentuando el aumento de la población dependiente constituido por jóvenes y ancianos, así como su envejecimiento hasta sobrepasar la expectativa de los 70 años, como promedio. Paralelamente, el perfil epidemiológico continuará acentuando la frecuencia de las enfermedades degenerativas y de las crónicas, mientras la inequidad en la distribución de la riqueza aumentará la brecha social, con franco incremento de los grupos económicamente más débiles.

Por otra parte, el proceso de democratización y el fortalecimiento de los derechos humanos, con la garantía al acceso de la seguridad social y de la salud, creará cada vez mayores dificultades políticas y económicas para satisfacer las expectativas de la población para alcanzar mejores niveles en la calidad de vida de todos los ciudadanos.

Las recientes experiencias en continente demuestran que el trípode de salud - educación - tecnología, como instrumento de desarrollo social, requieren necesariamente de un Esta-

do capaz de regular y dirigir la política social de los países, puesto que las leyes de mercado no garantizan el acceso de los grupos económicamente más débiles a estos instrumentos de desarrollo social.

Todo este complejo de nuevas y diferentes condiciones de vida para la colectividad del futuro, requiere un cambio radical de la actitud de los recursos humanos conductores de los procesos sociales, que en su mayoría se forman en las Universidades. Un nuevo pensamiento democratizante, descentralizador y estimulante de la solidaridad y de la participación activa y responsable de la comunidad, debe ser inculcado en su ideario. La investigación universitaria aplicada debe ser capaz de dibujar el marco de acción de los recursos humanos formados por las Universidades, de modo que sus actitudes produzcan las más eficientes respuestas ante las necesidades de la sociedad civil.

ACREDITACION EN COLOMBIA

RAMSES HAKIM MURAD, D.D.S., Ms.D., Ph.D.
Miembro del Consejo Nacional de Acreditación

INTRODUCCION

El establecimiento de un Sistema Nacional de Acreditación surge como un mandato de la Ley 30 de 1992, norma que rige la Educación Superior en Colombia. Es una respuesta a la necesidad tantas veces expresada de fortalecer la calidad de la educación superior y al compromiso de preservar los legítimos derechos que los usuarios del sistema y la sociedad en su conjunto tienen en esta materia.

Dentro de este contexto, el Consejo Nacional de Acreditación, conforme a las políticas definidas por el Consejo Nacional de Educación Superior (CESU), debe presidir y organizar el proceso de acreditación de modo que, una vez realizada la evaluación correspondiente, pueda reconocer la calidad de programas o instituciones y enviar al Ministro de Educación Nacional su concepto sobre la pertinencia de emitir el correspondiente pronunciamiento formal de Acreditación.

La educación superior en Colombia se desenvuelve en un ambiente muy problemático pero, al mismo tiempo, propicio para desarrollar políticas que conduzcan a su mejoramiento. Cada vez es más claro para el Estado, la comunidad académica y la sociedad en su conjunto, que el futuro del país está íntimamente ligado a la consolidación de su sistema de educación superior y a su perfeccionamiento cualitativo. Que el sistema logre altos niveles de calidad es un imperativo del mundo contemporáneo en el que Colombia debe estar inscrita. El cumplimiento de esa meta es responsabilidad del Estado, de las instituciones y de los programas individualmente considerados.

El servicio público de educación post-secundaria es ofrecido en Colombia por un conjunto heterogéneo de instituciones, muy diferenciadas entre sí por tipo, tamaño, vocación, recursos disponibles y calidad alcanzada. El sistema ha crecido rápidamente y está relativamente masificado, si bien la cobertura es limitada según estándares internacionales. La participación de la mujer aumentó considerablemente a partir de 1960 y hoy se ubica en un poco más del 50% del total de la matrícula. Hay un creciente predominio del sector privado

sobre el público en número de estudiantes e instituciones. Es muy notoria la concentración de instituciones y estudiantes en la capital del país, pero al mismo tiempo ha habido una notable expansión del sistema en las regiones, aun cuando concentrada en los grandes polos de desarrollo del país. Los niveles de formación alcanzados por el profesorado siguen siendo bajos y el desarrollo de la investigación y de los posgrados es muy limitado en el conjunto, aún en las instituciones de mayor tradición. Finalmente, hay una débil coordinación estatal y la articulación interinstitucional es todavía insuficiente.

En 1970, 83.239 alumnos estaban matriculados en instituciones de educación superior; ese número se había duplicado con creces en 1975; llegaba a 391.490 en 1985 y aproximadamente 547.000 en 1993. En este año la matrícula se distribuía en un 71.3% en universidades, un 15.7% en instituciones universitarias, un 7.6% en instituciones tecnológicas y un 5.4% en instituciones técnicas profesionales. El reparto de las 255 instituciones existente en 1993, según su tipo, era: 34% universidades; 24% instituciones universitarias; 22% instituciones tecnológicas; y 20 % instituciones técnicas profesionales. Estas distribuciones se han mantenido en los últimos años y, al compararlas, se evidencia que los tamaños promedio de los distintos tipos de instituciones son muy diferentes. En el decenio de los sesentas terminó el predominio numérico del sector público sobre el privado para dar paso a la situación opuesta. Hoy, aproximadamente el 65 % de la matrícula de la educación superior tiene lugar en instituciones privadas. Por otra parte, en 1992 sólo un 25% de los profesores tenía una dedicación de tiempo completo, en retroceso con respecto a 1982, año en el cual esa proporción llegaba al 31%. Los programas de formación avanzada, en particular los de doctorado, han tenido muy poco desarrollo. En 1993 solamente el 3% de los estudiantes estaba matriculado en programas de posgrado. Entonces, como ahora, el conjunto de la educación superior se muestra débil en cuanto a la consolidación de las comunidades académicas, la producción de conocimiento de frontera y la formación de nuevos núcleos de investigación.

A la demanda creciente por el servicio se ha respondido multiplicando el número de docentes, sin un desarrollo amplio de los posgrados, sin privilegiar la investigación como eje definitorio de los mismos y sin una planeación que contribuya a fijar prioridades de desarrollo institucional y académico de los entes que prestan el servicio educativo del tercer nivel. De esta manera, las instituciones han ido respondiendo a la demanda, orientándose por las señales de un mercado no estudiado con anterioridad, multiplicando imaginativamente los títulos y agudizando el carácter profesionalista de los programas.

Son múltiples las causas asociadas a estos fenómenos, entre ellas: el crecimiento de las clases medias, el proceso de urbanización, el ingreso de la mujer a la educación superior, las demandas del mercado laboral en el marco de una industrialización incipiente y los estilos de desarrollo imperantes. Todo ello ha incidido en una cierta crisis de identidad de las instituciones que pone en tela de juicio su legitimidad por parte de la sociedad global, del

usuario y hasta de la comunidad académica. De manera conflictiva las instituciones se ven obligadas a buscar un delicado equilibrio entre excelencia y eficiencia; entre libertad y pluralismo limitado; entre equidad y selectividad; entre autonomía absoluta y rendimiento de cuentas; entre innovación y conservación del conocimiento. Aspectos todos que sólo se hacen inteligibles con referencia a la dinámica social global en la cual operan las instituciones. El impacto de estos fenómenos sobre la calidad del servicio es evidente.

Es indispensable crear condiciones para la consolidación del sistema educativo del nivel superior, de manera que las instituciones puedan responder a los retos derivados de los procesos de modernización y globalización y la vinculación intensa y creciente entre la investigación científica y tecnológica y la producción de bienes y servicios. El desarrollo de la ciencia y de la tecnología y la continua renovación de técnicas y estrategias en el mundo del trabajo obligan a concebir la educación superior como un proceso permanente de profundización, actualización y perfeccionamiento, si se aspira prestar a la comunidad un servicio de calidad. Por un lado, las comunidades académicas del país pueden y deben construir conocimiento; por el otro, es importante que los programas académicos incorporen críticamente los desarrollos mundiales en profesiones, disciplinas, ocupaciones y oficios y que los profesores de las instituciones de educación superior mantengan un diálogo permanente con sus pares nacionales e internacionales. Se requiere un impulso vigoroso a la interacción entre nuestras instituciones de educación superior y entre éstas y sus homólogos en el mundo.

La aplicación responsable de los conocimientos producidos por las comunidades académicas internacionales exige un trabajo de apropiación crítica y creativa de saberes y técnicas, que supone exploraciones de los contextos posibles de esa aplicación, a través de las cuales se puedan predecir efectos sociales, ambientales, culturales y económicos a mediano y largo plazo. Dentro de este contexto, la investigación aparece como una exigencia fundamental, si se tiene en cuenta que no basta asimilar los conocimientos universales sino que se requiere transformarlos, seleccionarlos, reorganizarlos y construir nuevos nexos con la práctica, para adaptarlos a las condiciones del aprendizaje y a las necesidades del contexto nacional regional o local.

La preocupación de la educación superior por los requerimientos actuales y futuros del país supone formar profesionales, en distintas áreas y campos de acción, que enfrenten nuevos retos derivados de los avances científico-técnicos y de la explicitación de necesidades sociales previamente desatendidas o desconocidas.

Resulta indispensable fortalecer las comunidades académicas de disciplinas, profesiones, ocupaciones y oficios, como factor fundamental para alcanzar altos niveles de calidad en los distintos programas. La acreditación es un medio importante para reconocer hasta dónde ese proceso se desarrolla satisfactoriamente y si la educación superior responde a las exigencias que contemporáneamente le plantea el desarrollo del país.

La acreditación no es sólo una oportunidad para el reconocimiento por parte del Estado de la calidad de un programa o de una institución; es una ocasión para comparar la formación que se imparte con la que reconocen como válida y deseable los pares académicos, es decir, aquellos que representan el deber ser, los que tienen las cualidades esenciales de la comunidad que es reconocida como poseedora de ese saber y que ha adquirido, por ello mismo, una responsabilidad social. También es una ocasión para reconocer la dinámica del mejoramiento de la calidad y para precisar metas de desarrollo deseable. La participación de pares internacionalmente reconocidos dentro del proceso de acreditación podría derivar en un reconocimiento internacional de la calidad de programas e instituciones.

El proceso de acreditación canaliza los esfuerzos que las instituciones han venido haciendo para realizar la evaluación sistemática de sus programas y, en general, del servicio que prestan a la sociedad.

Teniendo siempre en cuenta la naturaleza de la institución y del programa, la acreditación es exigente porque debe garantizar la más alta calidad y porque es voluntaria; y voluntariamente, instituciones de los distintos tipos de educación superior han expresado su decisión de asumir la mayor exigencia de calidad posible.

MARCO LEGAL

La Constitución Política, promulgada en 1991, estableció que la educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social y consagró las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra. De igual manera, garantizó la autonomía universitaria.

Por su parte, la Ley 30 de 1992, desarrolla los deberes y derechos consagrados en la Constitución, precisa, como principio orientador de la acción del Estado, el interés de propiciar el fomento de la calidad del servicio educativo; define la autonomía de las instituciones según su naturaleza y los campos de acción de que se ocupan; reafirma la naturaleza de servicio público de la educación, y por lo mismo, la necesidad de que el Estado la fomente, la inspeccione y la vigile, con el fin de garantizar a la sociedad que dicho servicio se presta en la cantidad y calidad necesarias.

Esta Ley crea el sistema Nacional de Acreditación para garantizar que las instituciones que voluntariamente hacen parte de él cumplan los más altos requisitos de calidad y realizan sus propósitos y objetivos. Instituye el consejo Nacional de Educación Superior, como organismo de planificación y coordinación, al cual compete, entre otras funciones, la puesta en marcha del Sistema Nacional de Acreditación y la definición de funciones y forma de integración del Consejo Nacional de Acreditación, previsto en la Ley.

El Decreto 2904 de 1994 define la acreditación, indica quiénes forman parte del Sistema Nacional de Acreditación y señala las etapas y los agentes del proceso de acreditación.

El Consejo Nacional de Educación Superior, mediante el Acuerdo 04 de 1995, expidió el reglamento que determina las funciones e integración del consejo Nacional de Acreditación. Se precisa allí que este consejo debe promover y ejecutar la política de acreditación adoptada por aquél, debe coordinar los respectivos procesos, orientar a las instituciones en su autoevaluación y adoptar los criterios de calidad y los instrumentos e indicadores que han de aplicarse en la evaluación externa. Por último, ha fijado las políticas que han de seguirse en materia de acreditación mediante el Acuerdo 06 de 1995. En esta norma se reiteran los fundamentos del proceso de Acreditación y las características de los procesos de autoevaluación y de Acreditación propiamente dicha, se precisa quiénes son los agentes de la Acreditación y se detallan las etapas de ese proceso; así mismo se reitera el papel del Consejo Nacional de Acreditación en el conjunto del Sistema.

El Concepto de calidad distingue 3 aspectos:

- La evaluación que la institución hace de su desempeño con el objeto de mantener su calidad y mejorarla.
- La evaluación de la calidad propiamente dicha, que debe realizarse por parte de aquellos que pueden penetrar en la naturaleza de lo que se evalúa.
- El reconocimiento de la calidad, por el cual se da fe pública de ella.

La autoevaluación institucional, la evaluación por pares y la evaluación síntesis son componentes del proceso de acreditación; expresan, para ese propósito, un modo de darse la distinción antes establecida y diversos énfasis en cada uno de sus elementos.

La autoevaluación consiste en el autoestudio llevado a cabo por las mismas instituciones o programas, sobre la base de criterios, características, variables e indicadores definidos por el Consejo Nacional de Acreditación; la institución asume el liderazgo de este proceso y propicia la participación amplia de la comunidad académica en él.

La evaluación por pares, o evaluación externa, que utiliza como punto de partida la autoevaluación, identifica las condiciones internas de operación, verifica los resultados de la autoevaluación y concluye en un juicio sobre la calidad del programa.

Se consideran pares académicos:

- Personas que se destacan por reunir las notas esenciales que caracterizan el deber ser de los miembros de una comunidad académica y que por su formación, están en condiciones de evaluar el proyecto académico y el modo como este proyecto se concreta en la institución y de establecer las conexiones existentes entre lo universal y lo local o regional.
- Profesionales experimentados y reconocidos en el correspondiente campo disciplinario o como directivos de los diferentes tipos de instituciones de educación superior existentes en el país o en el exterior.

- Expertos de reconocida trayectoria en otros aspectos relacionados con las materias de la evaluación en cuestión.

Los pares académicos, designados por el Consejo Nacional de Acreditación, aplicarán los criterios, los instrumentos y los procedimientos adoptados por este Consejo.

La evaluación síntesis es la realizada por el Consejo Nacional de Acreditación sobre la base de los resultados de autoevaluación y de la evaluación externa. A su término se configura el reconocimiento de la calidad que servirá como base al Ministro de Educación Nacional para expedir el acto de acreditación, o se opta por hacer recomendaciones de mejoramiento de la Institución o del programa.

Cada uno de estos procesos posee un valor propio; ellos se complementan y refuerzan mutuamente; los tres son importantes y los tres, aunados, le otorgan al proceso en su conjunto, el carácter de integralidad.

De lo anterior se infiere que los agentes principales de estos procesos son: las instituciones, los pares académicos, el Consejo nacional de Acreditación y el Ministro de Educación Nacional.

EL CONCEPTO DE CALIDAD

El conjunto de las normas mencionadas evidencia el interés del Estado por el mejoramiento de la calidad del servicio educativo; interés que coincide con la toma de conciencia por parte de las instituciones de la importancia que hoy tiene rendir cuentas ante el usuario y la sociedad global sobre las condiciones internas de operación de las mismas con base en criterios que expresen, en su conjunto, el nivel de desempeño esperable por parte de un programa académico cualquiera. Alcanzar la calidad y mantenerla es entonces el reto central que jalona la acción del Estado y convoca la voluntad de las instituciones para lograrla.

Al observar la literatura y las experiencias de otros países en materia de evaluación de la calidad, se puede observar que se utilizan modelos construidos sobre sólo uno de los aspectos que la constituyen. Así por ejemplo: se juzga que existe calidad en una institución por su reputación, o se asume que hay calidad cuando se dispone de los recursos académicos o financieros adecuados, o por los resultados obtenidos por la institución en una de sus funciones sustantivas o por el valor intrínseco de los contenidos académicos, o por la apreciación de valor agregado de la educación ofrecida es decir por lo que el estudiante aprende durante su permanencia en la institución. En otros casos, se identifica la calidad con la mayor o menor satisfacción de los estándares fijados por las asociaciones profesionales, o las agencias de acreditación, o por la satisfacción manifiesta de los empleadores.

Con base en tales preferencias, se eligen las metodologías y estrategias de evaluación de la calidad, condicionando de esta manera los alcances de sus resultados y la amplitud del concepto de calidad.

De aquí la importancia de precisar el alcance que el Consejo Nacional de Acreditación otorgará al concepto de calidad, al tomarlo como base de su modelo teórico-metodológico.

Para efectos de una mayor claridad, se va a abordar el tema de la calidad desde una perspectiva general, para aplicarla luego al campo de la educación superior y finalmente, precisar su alcance dentro del Sistema Nacional de Acreditación.

Aproximación al concepto de calidad

La calidad, en un primer sentido, se entiende como un atributo integral de algo, resultado de una síntesis de los componentes y los procesos que los producen y distinguen. Alude, de una parte, a las características universales y particulares de algo, y de otra, a los procesos a través de los cuales tales características se configuran. La calidad de algo es aquello que le corresponde necesariamente y que al faltarle afecta su naturaleza su ser propio. El concepto de calidad no es absoluto; las propiedades en que se expresa se dan en el tiempo y se encuentran relacionadas, en su devenir, con el contexto. A partir de esas propiedades se consolida la identidad de algo, es decir, su concepto, en un proceso histórico.

En un segundo sentido, la calidad de algo es la medida en que ese algo se aproxima al prototipo ideal definido históricamente como realización óptima de lo que le es propio según el género a que pertenece.

El concepto de calidad en la Educación Superior

El concepto de calidad aplicado a las instituciones de educación superior hace referencia a un atributo del servicio público de la educación en general y en particular, al modo como ese servicio se presta, según el tipo de institución de que se trate.

Para determinar la calidad de una institución o programa se tendrán en cuenta:

- Las características universales expresadas en sus notas constitutivas. Estas características sirven como fundamento de la tipología de las instituciones y constituyen los denominadores comunes de cada tipo.
- Los referentes históricos; es decir, lo que la institución ha pretendido ser, lo que históricamente han sido las instituciones de su tipo y lo que en el momento histórico presente y en la sociedad concreta se reconoce como el tipo al que esta institución pertenece.

ce (la normatividad existente, las orientaciones básicas que movilizan el sector educativo).

- Lo que la institución singularmente considerada define como su especificidad o su vocación primera (la misión institucional y sus propósitos).

Estas referencias básicas configuran un proyecto institucional en el que cada institución se reconoce y por el cual es reconocida socialmente.

Una institución se reconoce, en principio, a través de tres elementos:

- Las características de su comunidad académica en relación con el campo de acción en que opera (Art. 7 de la Ley 30 de 1992), campo que está referido al tipo de conocimiento que cultiva.
- Las disciplinas, las profesiones, las ocupaciones, o los oficios para los cuales forma.
- La relación que guarda con el medio externo.

Un programa tiene calidad en la medida en que haga efectivo su concepto, tanto en relación con sus características universales como en relación con las características específicas que surgen de su propio proyecto, del campo en que opera y del tipo de institución a que pertenece.

Para que la calidad se haga operativa se requieren condiciones adecuadas de organización, administración, gestión y clima institucional.

La calidad de la educación superior es la razón de ser del Sistema Nacional de Acreditación; reconocerla, velar por su incremento y fomentar su desarrollo otorga sentido a la acción del consejo Nacional de acreditación. La calidad, así entendida, supone el esfuerzo continuo de las instituciones por cumplir en forma responsable con las exigencias propias de cada una de sus funciones. Estas funciones que, en última instancia, pueden reducirse a docencia, investigación y proyección social, reciben diferentes énfasis de una institución a otra, dando lugar a distintos estilos de institución.

ELEMENTOS INSTITUCIONALES EN LA ACREDITACION

La calidad se hace manifiesta a través de las características que poseen en las instituciones y los programas sometidos al proceso de acreditación. Tales características se valoran a la luz de criterios que se formulan más adelante, refiriéndolas a cada uno de los factores estructurales que, en la práctica, articulan la misión, los propósitos, las metas y los objetivos de una institución, con cada una de las funciones sustantivas de docencia, investigación y proyección social.

Se considera la institución como un todo cuyo rostro explicita la interacción entre los elementos que la conforman. Dicho todo comprende una estructura, una disposición u ordenamiento de sus partes, cuyo sentido viene determinado por la misión que se da a sí misma. Esta misión ilumina sus propósitos, metas y objetivos sin desmedro de criterio de universalidad correspondiente, y otorga especificidad a cada uno de los programas académicos. Este todo opera en un contexto físico, económico, social, político y cultural, que condiciona todas y cada una de sus acciones. La dinámica de las interacciones entre la institución su contexto es un escenario fundamental para la acreditación. En un proceso de acreditación se pone énfasis en la comprensión de procesos y resultados. La acreditación no tiene un carácter punitivo sino mejoramiento de la calidad. A través de ella, cada institución o programa se hace digno de crédito social.

Misión

Toda institución humana requiere educar la mirada sobre sí misma de modo que se propicie la construcción de un sentido para la acción y una cierta conciencia de su pasado y de su futuro. En ese sentido y en esa conciencia se expresa la visión específica de la institución.

La misión es una explicitación de la visión; un enunciado que establece la identidad de la institución, su razón de ser. En ella se expresa de manera sintética lo que la institución debe hacer, lo que espera realizar en adelante, y se manifiesta el campo y estilo de acción que ha venido asumiendo a lo largo de su historia. Específicamente, en la formulación de esta misión se incorpora la manera propia como la institución asume su visión en cada una de las dimensiones básicas de su acción. Por ello, tal misión ha de ser de dominio público y debe brindar claridad y seguridad a quienes se relacionan con la institución; ella debe ser distinguible, movilizadora y controvertible. Debe, en fin, propiciar el compromiso de los miembros de la comunidad académica con su institución.

Propósitos, metas y objetivos

Con miras a la realización de la misión, es necesario expresarla en grandes propósitos, de los cuales puedan derivarse alternativas de acción que se formulan en términos de metas y objetivos. De esta manera, la secuencia de acciones que se elija, inspirada en la misión y los propósitos, otorga coherencia a la institución y contribuye al uso racional de los recursos.

La organización de las acciones en términos de metas y objetivos es tarea central de la planeación de la institución.

Propósitos, metas y objetivos adquieren sentido en la medida en que no se consideren de manera mecánica y abstracta sino como hilos de un único proceso que estimula la generación de una tensión entre lo que se desea y el estadio de desarrollo alcanzado. Tal tensión creativa favorece el aprendizaje continuo de la institución.

ce (la normatividad existente, las orientaciones básicas que movilizan el sector educativo).

- Lo que la institución singularmente considerada define como su especificidad o su vocación primera (la misión institucional y sus propósitos).

Estas referencias básicas configuran un proyecto institucional en el que cada institución se reconoce y por el cual es reconocida socialmente.

Una institución se reconoce, en principio, a través de tres elementos:

- Las características de su comunidad académica en relación con el campo de acción en que opera (Art. 7 de la Ley 30 de 1992), campo que está referido al tipo de conocimiento que cultiva.
- Las disciplinas, las profesiones, las ocupaciones, o los oficios para los cuales forma.
- La relación que guarda con el medio externo.

Un programa tiene calidad en la medida en que haga efectivo su concepto, tanto en relación con sus características universales como en relación con las características específicas que surgen de su propio proyecto, del campo en que opera y del tipo de institución a que pertenece.

Para que la calidad se haga operativa se requieren condiciones adecuadas de organización, administración, gestión y clima institucional.

La calidad de la educación superior es la razón de ser del Sistema Nacional de Acreditación; reconocerla, velar por su incremento y fomentar su desarrollo otorga sentido a la acción del consejo Nacional de acreditación. La calidad, así entendida, supone el esfuerzo continuo de las instituciones por cumplir en forma responsable con las exigencias propias de cada una de sus funciones. Estas funciones que, en última instancia, pueden reducirse a docencia, investigación y proyección social, reciben diferentes énfasis de una institución a otra, dando lugar a distintos estilos de institución.

ELEMENTOS INSTITUCIONALES EN LA ACREDITACION

La calidad se hace manifiesta a través de las características que poseen en las instituciones y los programas sometidos al proceso de acreditación. Tales características se valoran a la luz de criterios que se formulan más adelante, refiriéndolas a cada uno de los factores estructurales que, en la práctica, articulan la misión, los propósitos, las metas y los objetivos de una institución, con cada una de las funciones sustantivas de docencia, investigación y proyección social.

Se considera la institución como un todo cuyo rostro explicita la interacción entre los elementos que la conforman. Dicho todo comprende una estructura, una disposición u ordenamiento de sus partes, cuyo sentido viene determinado por la misión que se da a sí misma. Esta misión ilumina sus propósitos, metas y objetivos sin desmedro de criterio de universalidad correspondiente, y otorga especificidad a cada uno de los programas académicos. Este todo opera en un contexto físico, económico, social, político y cultural, que condiciona todas y cada una de sus acciones. La dinámica de las interacciones entre la institución su contexto es un escenario fundamental para la acreditación. En un proceso de acreditación se pone énfasis en la comprensión de procesos y resultados. La acreditación no tiene un carácter punitivo sino mejoramiento de la calidad. A través de ella, cada institución o programa se hace digno de crédito social.

Misión

Toda institución humana requiere educar la mirada sobre sí misma de modo que se propicie la construcción de un sentido para la acción y una cierta conciencia de su pasado y de su futuro. En ese sentido y en esa conciencia se expresa la visión específica de la institución.

La misión es una explicitación de la visión; un enunciado que establece la identidad de la institución, su razón de ser. En ella se expresa de manera sintética lo que la institución debe hacer, lo que espera realizar en adelante, y se manifiesta el campo y estilo de acción que ha venido asumiendo a lo largo de su historia. Específicamente, en la formulación de esta misión se incorpora la manera propia como la institución asume su visión en cada una de las dimensiones básicas de su acción. Por ello, tal misión ha de ser de dominio público y debe brindar claridad y seguridad a quienes se relacionan con la institución; ella debe ser distinguible, movilizadora y controvertible. Debe, en fin, propiciar el compromiso de los miembros de la comunidad académica con su institución.

Propósitos, metas y objetivos

Con miras a la realización de la misión, es necesario expresarla en grandes propósitos, de los cuales puedan derivarse alternativas de acción que se formulan en términos de metas y objetivos. De esta manera, la secuencia de acciones que se elija, inspirada en la misión y los propósitos, otorga coherencia a la institución y contribuye al uso racional de los recursos.

La organización de las acciones en términos de metas y objetivos es tarea central de la planeación de la institución.

Propósitos, metas y objetivos adquieren sentido en la medida en que no se consideren de manera mecánica y abstracta sino como hilos de un único proceso que estimula la generación de una tensión entre lo que se desea y el estadio de desarrollo alcanzado. Tal tensión creativa favorece el aprendizaje continuo de la institución.

Pertinencia

Es la capacidad de la institución o programa para responder a necesidades del medio. Necesidades a las que la institución o programa no responde de manera pasiva, sino proactiva. Proactividad entendida como la preocupación por transformar el contexto en que se opera, en el marco de los valores que inspiran y definen a la institución.

Eficacia

Es el grado de correspondencia entre los logros obtenidos y los propósitos formulados por la institución o el programa.

Eficiencia

Es la medida de cuán adecuada es la utilización de los medios de que dispone la institución o el programa para el logro de los propósitos esperados.

FACTORES

Sobre la base de los criterios antes señalados, en la acreditación se tendrán en cuenta los siguientes factores:

- Proyecto institucional
- Estudiantes y profesores
- Procesos académicos
- Bienestar institucional
- Organización, administración y gestión
- Egresados e impacto sobre el medio
- Recursos físicos y financieros

Cada uno de estos factores será analizado en relación con las funciones sustantivas de cada institución o programa: docencia, investigación y proyección social.

CARACTERÍSTICAS, VARIABLES E INDICADORES

En el caso colombiano, la riqueza y diversidad de los perfiles institucionales y su grado de consolidación y desarrollo obligan a tener en cuenta diversas estrategias de evaluación de la calidad de los programas académicos y de las instituciones. De esta manera, el modelo propuesto acentúa en la autoevaluación el compromiso de cada institución con la calidad, compromiso derivado de la autonomía que la Constitución y la ley le otorgan; pone de relieve en la evaluación externa o por pares el papel que juegan las comunidades académicas, como referente reconocido y legítimo para apreciar la calidad de instituciones y de programas

en un campo específico, y, luego de la evaluación final realizada por el Consejo Nacional de Acreditación, subraya el papel del Estado como garante de la fe pública depositada en las instituciones que prestan el servicio educativo.

Como se señaló anteriormente, la calidad alude a un conjunto de características universales y particulares de algo que se manifiestan en mayor o menor grado, en un momento dado. En su conjunto, tales características no son predicados estáticos. Por el contrario, expresan en su nivel propio el esfuerzo de una institución o programa por mejorar de manera continua y por llevar a la práctica las exigencias que demanan de su misión y de su proyecto educativo.

Se trata de características propias del servicio educativo de nivel superior que son susceptibles de predicarse de los factores identificados como centrales en el servicio que prestan las instituciones. Tales características manifiestan los referentes universales y particulares de la calidad. Por esta razón, se espera que sean aplicables de manera análoga a todas las instituciones. Es a través de ellas, y con base en los criterios mencionados, como se torna perceptible el grado en que una institución o programa logra la calidad en su desempeño.

Ahora bien, para ayudarse en la aproximación a tales características es útil hacer uso de variables que expresen atributos susceptibles de recibir un valor numérico o no numérico. Por consiguiente, el Consejo Nacional de Acreditación ha tomado en cuenta en su modelo variables cualitativas y cuantitativas. Tales variables pueden ser multidimensionales y poseer mayor o menor grado de confiabilidad y validez.

En esta misma dirección y con el ánimo de hacer perceptible, hasta donde es posible, el grado de calidad alcanzado, se ha procedido a construir indicadores o referentes empíricos de las variables. A través de los indicadores las distintas variables que configuran las características de calidad se hacen patentes y valorables. Al igual que en el caso de las variables, estos indicadores son cuantitativos o cualitativos.

Como puede apreciarse, el modelo propuesto se ha construido mediante procedimientos que permiten pasar de los fundamentos conceptuales, incluidos los criterios, a la formulación de características y variables y a la construcción de indicadores. Sin embargo, en la utilización del modelo será posible proceder de manera contraria; es decir, partir de los indicadores y lo que ellos representan para valorar, con sentido de diagnóstico, las variables y emitir juicios sobre el cumplimiento de las características de calidad.

Un complemento necesario para ayudar a las instituciones y programas en la utilización de los criterios, características, variables e indicadores que incluye el modelo propuesto, se encontrará en las guías prácticas del Consejo Nacional de Acreditación, elaboradas con el apoyo de las comunidades académicas del país. Estas guías permitirán que las instituciones y programas puedan incluir variables e indicadores que, a su juicio, reflejen mejor la

especificidad de la institución o programa, sin detrimento de la consideración obligada de los criterios, factores y características con que opera el Sistema Nacional de Acreditación.

DONDE ESTAMOS?

Se debe aclarar que el conjunto es todavía muy incipiente. Los trabajos del Consejo de Acreditación se iniciaron hace menos de dos años, que se destinaron en muy buena parte a la construcción y socialización del modelo vigente, en un proceso continuo de ajuste y perfeccionamiento.

La Acreditación en Colombia parece cimentarse y ganar espacio. Ya numerosas instituciones, públicas y privadas, entre ellas varias de las más prestigiosas del país, han solicitado iniciar procesos de acreditación para un conjunto de más de 80 programas académicos. En buena parte, de estos casos ya culminó el proceso de estimación de las condiciones iniciales y se avanza en los procesos de autoevaluación. Numerosas e influyentes personalidades e instituciones del mundo de la Educación Superior han tomado decidido partido a favor de la Acreditación, en muchos casos hasta el punto de proponer un esquema obligatorio o al menos insistiendo en que se haga realidad el otorgamiento de las prerrogativas que la Ley prevé para quienes culminen el proceso.

COMENTARIOS FINALES

Me he permitido hacer un esbozo de las justificaciones y los antecedentes de la Acreditación en Colombia, del marco legal que la sustenta y de los componentes fundamentales del modelo que el Consejo Nacional ha construido y está poniendo en práctica. Este modelo es aplicable a la acreditación de instituciones o de programas académicos, pero por razones de conveniencia la puesta en marcha del sistema se ha iniciado con la acreditación de programas de pregrado. Finalmente, he dado una visión somera de la situación actual de la Acreditación en Colombia.

Nada más grato que compartir con los distinguidos académicos aquí presentes estos conceptos y esta experiencia, todavía incipiente. Confío en que, en la medida en que todo surge y se desarrolla con el fin último de mejorar la calidad de la Educación superior y de contribuir al cumplimiento de su función social, estos conceptos y estas experiencias puedan ser útiles en nuestros hermanos países.

Gracias.

LA ODONTOLOGIA ALTERNATIVA, UNA PROPUESTA

Doctor Gilberto Naranjo Pizano

Buenas tardes, me ha tocado hoy asumir este compromiso a nombre de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, para referirnos dentro del marco de la IX Conferencia OFEDO/UDUAL a la propuesta de transformación curricular que adelanta la Universidad. No es la aspiración por supuesto de esta charla llegar a un detalle minucioso de lo que estamos haciendo, sino presentar las líneas más relevantes, los conceptos más importantes que en el transcurso del proceso que se ha venido desarrollando, se han identificado. Vamos a presentar hoy, de una manera global, el pensamiento, el conjunto del trabajo de la Facultad de Odontología como propuesta curricular. Esto, anticipo, es el producto construido con los profesores, directivos y progresivamente con la participación de estudiantes que se han ido vinculando a este proceso.

Fue simpático el nombre de odontología alternativa para algunos, que en estos días preliminares cuando leían el programa y durante el día de ayer y hoy han mencionado, ¿Qué es eso de la Odontología Alternativa? Estamos familiarizados con otros términos que se acuñan hacia la medicina.

Pues no voy a hablar de homeopatía, ni de bioenergética, ni de acupuntura; ni de las llamadas terapias alternativas. Me voy a referir a la Odontología Alternativa como una propuesta que obedece a toda una filosofía, a todo un marco teórico que se ha construido en América Latina como propuesta estratégica para atender la problemática concreta de nuestros países: o sea, programar, diseñar y responder con propuestas curriculares que atiendan las necesidades concretas de América Latina.

En el día de ayer escuchábamos algunas referencias que hacía el señor rector sobre la interdisciplinariedad. La importancia que tiene el concurso de distintas personas que tengan que ver con un problema y las soluciones frente a él.

Como elemento importante para la formación de nuestros profesionales es necesario tener en cuenta ese concepto de interdisciplinariedad, al igual que el concepto de intersectorialidad, porque el proceso salud-enfermedad no es un proceso que lo podamos mirar exclusivamente desde la óptica del sector salud, sino que allí inciden muchos sectores. Tienen que responder y participar y mucho que decir en la solución de los problemas que permanentemente estamos afrontando dentro del proceso salud-enfermedad, por eso la multiprofesionalidad, la intersectorialidad son elementos sustanciales que tienen que de-

pender de una propuesta alternativa. En la exposición de ayer, el doctor Patricio Yépez hacía una referencia a este concepto que ha defendido OFEDO por muchos años.

La propuesta alternativa también busca ideologías apropiadas para nuestra realidad latinoamericana.

No se deben trasladar irreflexivamente los avances científicos y tecnológicos que son respuesta a culturas y necesidades de otros países más avanzados, pero que de pronto no responden a lo nuestro. Lo importante es que nuestra reflexión académica curricular, de esos avances haga la reflexión y concluya con propuestas alternativas, con una tecnología apropiada a nuestras necesidades concretas. Se asume que el mejor modelo es el de docencia-servicio, en el cual concurren interdisciplinariamente, de la manera como lo hemos venido hablando, el sector educativo, o sea, la universidad como formadora del recurso profesional, como la productora del conocimiento. Que concurren las instituciones prestadoras de servicios, llámese gobierno, otro tipo de instituciones IPS, EPS, ESES, etc. o consultas privadas que se vinculen a estos servicios. También hay un tercer elemento, que es el concurso de la comunidad organizada. Ya no es la atención en comunidad como concepto, como un paternalismo que se hace y la comunidad nada tiene que decir. En este modelo de docencia-servicio, la participación de la comunidad es un elemento fundamental, como garante de los resultados del proceso: en el manejo de definición de los problemas y la solución posterior. En la priorización de objetivos y las respectivas realizaciones, la comunidad participa, apoya y está de acuerdo con ellos.

Obviamente, que en esto tiene que haber una participación decidida de políticas del gobierno : de planeación de la salud, en la descentralización administrativa, en la facilitación de los desarrollos de los municipios que permitan los sistemas locales de salud. Todo eso es lo que de una manera global, como marco teórico, se define como odontología alternativa y hacia allá, hacia esa odontología alternativa, así descrita, es hacia lo que la Facultad de Odontología apunta. Anticipo, no es que la Facultad de Odontología pueda decirle a América Latina que tiene ya un proceso maduro y acabado, no. Caminamos por esta dirección. Estamos en un proceso de construcción permanente del pregrado, que comenzó en el 93, o sea, que hoy inicia su séptimo semestre. Ya estas mismas reflexiones han afectado sensiblemente lo que deben ser los posgrados, para que se manejen también dentro de esta misma concepción filosófica así como la educación permanente, o sea, toda la propuesta de la Facultad. Incluye, por supuesto, la formación del personal auxiliar. Todo tiene que estar enrutado y enmarcado dentro de esta misma propuesta alternativa.

Para mejor entender, contextualicemos porque aparece esta propuesta como modelo alternativo, que se ha identificado para América Latina. Es importante que ubiquemos nuestra conferencia de hoy en nuestra situación colombiana, Latinoamericana y mundial que vivimos actualmente.

Muchos de estos elementos que mencionaré, fueron tenidos en cuenta desde el 85 y se han ido renovando permanentemente. Son el motivo de reflexión y deben continuar siéndolo.

No pretendo con estos distintos aspectos que referiré, decir que son los únicos. Ninguno de ellos se comporta aisladamente. Todos se van sumando unos con otros, se conjugan en el tiempo y en el espacio y modifican sustancialmente las propuestas y planes de estudio que así mismo, se van ajustando o rediseñando con el fin de ser siempre, una propuesta válida. Este proceso de transformación, concebido así, es un proceso que tiene vigencia histórica, una vigencia que podríamos presentar no como una propuesta acabada, sino como una propuesta en construcción permanente. Todo esto que se produce y ocurre nosotros tenemos que contextualizarlo y responder siempre, y en primer lugar, a nuestro referente inmediato que viene a ser Colombia y América Latina.

Señalo, en primer término, los aspectos históricos. La odontología colombiana es una profesión relativamente joven. Una profesión que comenzó a finales del siglo pasado. Lo mismo podríamos decir que ocurre en los demás países de América Latina, la profesión es muy joven. Nuestra facultad llegó a ser concebida o erigida como facultad en el año 1941, así que hoy estamos conmemorando sus 56 años de historia como facultad. Históricamente, podríamos decir que en el país teníamos 5 facultades de odontología hasta los años 70 y de los años 70 a los años 80 se aumentó su número a 12. Hoy, según los últimos informes que conversábamos en la reunión de ACFO en el día de ayer se habla ya de 30 facultades de odontología. O sea que el crecimiento es exponencial, debido especialmente a la aparición de la ley 30 sobre reforma de la educación superior (en el 93). Esta Ley dejó a las universidades con la autonomía para crear programas. Esto ha dado lugar a una gran proliferación de programas. En el año 93 cuando se escribió la ley, había en el país alrededor de 2000 programas, entre los diferentes saberes. El crecimiento es vertiginoso, incalculable hasta donde puede llegar esto si no se ponen correctivos. Por supuesto, si miramos hacia la odontología, podremos claramente entender que el recurso profesional cada día va en un crecimiento inusitado, un crecimiento inmenso ; se calcula que hoy en día más o menos egresan de los distintos programas unos 2000 odontólogos, por año, va siendo, con respecto a la población del país una relación de 1000 a 1, pero con un gran problema, repito porque todo esto no pasa aisladamente, sino que ocurre dentro de una sociedad, con esta ley 30 y la aparición de la ley 100 sobre la reforma de la seguridad social en salud, con las connotaciones que esta última ha tenido. Se que en la mañana de hoy, el doctor Francisco Gómez hizo algunas consideraciones sobre las bondades y desventajas que tiene. Que no es el objeto de esta charla analizar. Sólo intento hacer una referencia : como concepto de la ley 100 perfectamente encaja dentro de nuestra filosofía de buscar salud para todos. Esos son los postulados de la salud y nosotros como profesionales de la salud somos los mejores defensores de propuestas que garanticen este tipo de soluciones. Sin embargo, la forma en que se ha ofrecido, con criterios altamente empresariales y economistas, de rendimiento económico, es lo que nosotros no podemos aceptar. Han colocado el plan de estudios con un reto complicado, una gran incertidumbre se cierne sobre nues-

tro sector de la salud, y por lo mismo han ocasionado que el aspirantazgo que venía creciendo paulatinamente en las facultades de odontología, manteniendo unos índices altos en las universidades, cada día se vean decrecer ; especialmente lo hemos visto en los

estudios que ha presentado el Ministerio de Salud sobre los últimos 10 años. En las Facultades privadas cada día el número de estudiantes ha disminuido. Pero no es problema exclusivo de las universidades privadas, el problema es que el aspirantazgo es un asunto que tenemos que mirar porque cada día está disminuyendo, la gente no está hoy tan interesada en estudiar nuestros programas.

Aquí en Colombia hemos hablado, tradicionalmente de que nos acostamos aliviados y nos levantamos profesores. No ha habido una escuela de formación pedagógica, de formación docente y nosotros con las mejores intenciones, con el mejor deseo de aportar a nuestra profesión, a nuestro país, hemos asumido el asunto de ser educadores empíricos. Pero esto, obviamente, es un punto de partida que no se puede perpetuar y que hay que mirar con gran cuidado si queremos que nuestras propuestas día a día sean mejores, que sean mejores los maestros y también los modelos pedagógicos. Todas las necesidades que hoy se plantean invitan a que el profesor asuma todo su trabajo como una profesión para la cual debe estar debidamente capacitado, con una actitud favorable frente a ella, con una sed por el conocimiento, con una alegría de enseñar. Sentirse, como decía el rector ayer, como un provocador de ese aprendizaje, como una persona que estimula, que orienta a sus estudiantes. Esto no se da por decreto, sino como todo un trabajo de formación docente.

Diría también, en este punto, que el sector educativo lo constituyen estudiantes y profesores de todos los distintos niveles de educación. La quinta parte de la población mundial está constituida entre profesores y estudiantes. En América Latina tenemos 8.000.000 de estudiantes en educación superior y tenemos 600.000 profesores a ese mismo nivel universitario. De modo que son cifras importantes de lo que tenemos entre manos. También hablaba el señor rector en su charla del día de ayer de los modelos educativos, modelos que tradicionalmente se han caracterizado como modelos memorísticos, enciclopédicos, individualistas; donde el profesor es el único poseedor de todo el conocimiento, (por lo menos esa ha sido la creencia y pretensión). Hoy en día, miramos con estupor los avances científicos y tecnológicos. Con toda la información y conocimiento que se produce y las diferentes fuentes en que se ofrece el conocimiento, el cual es un patrimonio de la humanidad donde todos podemos abreviar permanentemente. Nadie puede decir que lo posee todo o que lo sabe todo. De ahí también la importancia de considerar, replantear nuestros modelos educativos, nuestros modelos pedagógicos, donde el profesor orienta pero también aprende, donde también participe de esos mismos procesos de formación. La práctica profesional odontológica tradicional, todos lo sabemos (sin hacer de ello, de lo que voy a afirmar, una afirmación despreciativa) ha sido una práctica eminentemente clínica. Todos la hemos visto dentro de ese marco clínico. Pero la práctica profesional, como la concebimos hoy, y lo voy a tratar de reconceptualizar más adelante, es una práctica que tiene que tener cada día un panorama mayor, que sin desdeñar lo clínico, por el contrario, satisfaciendo ampliamente el desempeño clínico también oriente al profesional a un desempeño como líder, como persona, como ciudadano que participa en su sociedad. Por esa misma forma

de trabajo individual, uno a uno como es la relación con un paciente, nuestro impacto en salud ha sido muy débil, muy pobre ; no hemos hecho unos significativos cambios en nuestras realidades colombianas o latinoamericanas, lo que obviamente invita a que tengamos que pensar en nuevos modelos, nuevas estrategias.

La investigación es otro aspecto que ha sido débil en la profesión odontológica latinoamericana y la tenemos que asumir con todo el interés, con toda la decisión y trazar las líneas de investigación que mejor consulten y respondan a las necesidades nuestras. En esto también hay mucho por hacer. Apenas estamos dando los primeros pasos en cada una de las facultades.

El Proyecto de formación apunta a cuatro dimensiones : Primero, enseñar a aprender a ser. Tiene que haber una vocación en la Facultad para orientar a la formación de un hombre nuevo, con una presencia histórica. Un hombre con un sentido de vida, que se encuentre a si mismo, que se identifique en la historia y que diga yo porque estoy aquí, y se acerque y se valore ; y se entienda y se respete y se quiera y en la misma medida en que se acepte y se quiera, acepte al otro, que encuentre sentido en su ser , que encuentre sentido en lo que vive, que encuentre sentido en lo que haga. Ese es el sentido de vida, ese es sentido de ser.

Por supuesto que hay que enseñar a hacer. Pero una persona como la que nosotros queremos formar, con esos principios, valores y con esa estructuración profesional, entendiendo que no meramente el hacer es el clínico, cada cosa que toque, cada cosa que haga tiene que estar llena, impregnada de esos principios, de esos valores, de esa alta sensibilidad transformadora frente a la sociedad. Si es un clínico, maravilloso que allí derrame todo ese bagaje formativo que tiene y lo cultive, fomente, transmita y multiplique. Pero de pronto tenemos un gran administrador o un gran político o un gran dirigente, que sé yo; ese hombre con su acervo para una práctica profesional versátil. Por eso decía que el panorama hay que abrirlo y no meramente mirarlo con una óptica de lo clínico, exclusivamente sin más panoramas. Que tengamos todo nuestro ser. Yo no puedo renunciar en ningún momento, en ningún papel, aquí parado, a decir que yo ya no soy odontólogo, que no estoy ejerciendo la odontología. Todo nuestro acervo tiene que ser expresión de lo que somos, por eso estos no son ejes formativos aislados, o que no se toquen de ninguna manera, por el contrario, están íntimamente unidos.

Hemos hablado entonces, de que ese es el sentido de trabajo, el sentido de nuestra práctica profesional. Debemos hablar de la sed por el conocimiento, de la búsqueda permanente, de la renovación continua, que es el tercer objetivo : aprender a aprender, con el cual queremos formar una persona, que con esa estructuración, con esos principios, con esos valores, no los deje. Que hoy los escuchó y los abandonó. No que viva en permanente búsqueda, en permanente mejoramiento; en sus valores, en sus principios y por supuesto, en conocimientos. Que cada vez sea mejor profesional, que haya esa sed por el conoci-



miento. Ese es el sentido del estudio, ese es sentido de la ciencia y de la educación permanentes. Y al aprender a emprender. No podemos hinchar a una persona en valores, en principios, de saberes, en saber hacer cosas y que se quede en sí mismo. No es para él, exclusivamente. Claro que realice su proyecto de vida pero en sociedad. Por eso necesitamos que aprenda a emprender, por eso es muy importante este cuarto elemento el aprender a emprender, porque constituye como el sello característico de nuestro futuro egresado. Así queremos que sea nuestra nueva presencia de la profesión odontológica una profesión que ejerza un liderazgo importante, significativo, transformador, comprometida con la sociedad, capaz de hacer crítica, de tomar decisiones de participar en una sociedad más allá de lo meramente odontológico, también en lo odontológico, en un equipo de salud, que participe, que tome decisiones, que incida en como se entiende y se debe manejar el proceso salud enfermedad. Claro tenemos que tener ese tipo de participación en equipo, formar un líder importante, que no le de miedo asumir compromisos.

Yo he recogido en 14 puntos, las esencias de la odontología alternativa. Muchas de ellas, en alguna medida, ya las he referido, de la propuesta que hoy construimos en la Facultad.

El Punto de partida es el marco conceptual que ha sido la reflexión de profesores, directivas, estudiantes durante todos estos años. Ese marco es nuestra carta de navegación, es nuestro mapa donde nos tenemos que mirar todos los días y hacer que lo que hagamos se parezca a lo que pensamos, a lo que decimos o a lo que queremos ser. De modo que no es escribirlo y guardarlo o escribirlo y que nos enamore, que nos diga que eso es muy romántico, muy bello pero no es posible. No, hagamos unos marcos conceptuales con los cuales, como dijimos ya, nos comprometamos.

Ese es el primer punto de partida, tener esa doctrina de cambio. También allí está acompañando un punto de partida que tiene la Facultad, porque la Facultad no parte de cero, parte de un trabajo importante de historia que la Facultad había hecho durante muchos años, que fue un trabajo serio, importante y que si hoy queremos darle una dimensión mayor, de la manera como lo entendemos, no quiere decir que el pasado no sirviera o fue todo un error histórico, no. La profesión lo sabe, aquí hemos escuchado distintos testimonios, desde la ceremonia inaugural, de las innovaciones y el trabajo serio que la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia ha hecho. Claro, eso es inocuitable, importante y con base en ello, nos atrevemos hoy a dar un paso más, adelante.

Uno de los elementos en los que se fundamenta la propuesta de la Facultad, es que no quiere ser remedial de un bachillerato, de una educación media. Por el contrario, queremos ser jalonadores de esa educación media; y si estamos hablando de modelos educativos de orientación aprendizaje, que al estudiante en la formación de ese ser se le cree, además, la necesidad de crecer, de estudiar, consultar y avanzar. Por supuesto, donde el profesor tampoco va a ser un espectador, sino que va a orientar esos estudios, ese aprendizaje. Queremos ante todo esa búsqueda de la formación integral. Eso crea dificultades. Pero

todo lo que estamos diciendo es un gran reto, es un proceso educativo. Es necesario hablar de procesos. Ya lo he referido, no tenemos ni queremos tener una propuesta final, acabada, porque eso sería como el acabose de la Facultad. Ya no habría nada más que pensar aquí, ya todo estaría dicho. No. Es un proceso o sea, es un continuo, es un construir nuestro currículo en forma permanente. Podemos hacer cortes en el tiempo y nos mostraría un estado de cosas, pero puede que no refleje toda la realidad de lo que viene como proceso, porque hay cosas intangibles aún en él, que en determinado momento se consolidan. Esto hay que manejarlo como un proceso continuo, una reflexión curricular permanente. Que como queda claro, no es un mero entrenamiento, no es un mero decir, o enseñar unas destrezas, que también se enseñan pero no exclusivamente eso.

Nuestro objeto de estudio en la reflexión que se ha hecho es el proceso salud-enfermedad, el proceso vital, el proceso de vida, la relación íntima del hombre con su medio ambiente, la sociedad con su medio ambiente. Ese es el proceso, el que explica porque ocurre determinada cosa, porqué estamos sanos o porqué estamos enfermos. También es algo continuo, como que continuamente estamos expuestos a mil factores, si lo miramos desde lo individual o si lo miramos desde lo colectivo. Desde lo individual, los factores de riesgo que inciden en cada uno de nosotros, o los cambios políticos, o administrativos o educativos, factores económicos que modifican la salud, cuando una persona tiene o no tiene acceso a determinados recursos modifican, su proceso. Todas estas cosas hay que mirarlas dentro del proceso salud-enfermedad.

Hablamos ahora de que para superar ese trabajo del profesor, de alguna manera individualista, asignaturista, un trabajo donde él era el único poseedor de todo, apuntamos a que la construcción sea colectiva, con grupos interdisciplinarios de profesionales, donde participen, ojalá, el mayor número de disciplinas que tengan que ver con determinado problema o con determinado asunto y así se viene pensando el currículo de la Facultad, alrededor de núcleos temáticos y problemáticos; y en eso no podemos decir, entonces, que todo lo tenga que decir determinada disciplina, sino determinado problema que se identifique. Tendrán que circular conocimientos, aportes y saberes de distintas disciplinas, que de una vez integran la visión y amplían el panorama y al estudiante le llega de una manera integral. No se deja allí nada de una manera irresponsable, así lo haya entendido o no. Sino que, el mismo diseño macro y micro del currículo, provoca esa integración.

Buscando que vamos desde los niveles de complejidad menores, de una manera de complejidad creciente, es decir que día a día se avance de acuerdo a los niveles de atención.

Centrar la atención de los estudiantes, en este proceso, en tres cursos. Llamémoslo así, para que sea entendido por todos, tres cursos por nivel. Tenemos diez semestres, en cada semestre el estudiante no tiene sino tres cursos y como dijimos, van del primero al décimo por niveles de complejidad creciente. Dividida la propuesta en tres etapas con el fin de que

este proceso también sea revisado, reactualizado y se integre a metas, por niveles de logro, dentro de la misma propuesta. Tres etapas, la primera etapa va del primero al tercer semestre, llamada de introducción y orientación, es decir, donde se introduce el estudiante en esta propuesta, en su mundo, en su historia y se le ubica como un germen de hombre nuevo odontólogo que va a empezar a crecer.

Luego llega una segunda etapa que va del cuarto al séptimo, donde ya se va aumentando la complejidad y va creciendo este nuevo hombre, y del séptimo al décimo, que viene a ser la etapa de consolidación de la propuesta y de profundización de la misma.

Utilizamos, como es claro ya a lo largo de lo que hemos hablado, un método integral, que conjugue al mismo tiempo, por estos mismos niveles de complejidad, desde el primer momento, que conjugue lo clínico, lo epidemiológico. Con esa mirada interdisciplinaria, integradora, debe concebir la mirada de lo clínico, lo epidemiológico, lo individual, lo colectivo, la teoría y la práctica, es decir, tienen que estar íntimamente relacionadas, ligadas, inspiradas una en la otra, apoyadas, no esperar que una cosa se dé, y cuando aparecerá la práctica? sino que estén íntimamente relacionadas. La práctica profesional, ya lo mencionábamos ahora, es la respuesta desde lo científico, desde lo técnico y desde lo social, entendiendo por lo social en la colectividad o en la comunidad todo el denso tejido de la sociedad, la respuesta que hay que dar frente a toda la sociedad.

Para esa práctica profesional, en lo que tiene que ver con la atención y apoyados en la reforma administrativa que también se ha dado en estos tiempos, hemos hablado de unas prácticas centralizadas y otras descentralizadas. Refiriéndonos a las que se hacen intramuro y las que se hacen extramuralmente. Que deben estar claramente trazadas e identificadas que hacen, esperando que el mayor nivel de complejidad y los mayores recursos, de pronto estén en los niveles centrales, y haya referencia y contrareferencia entre uno y otro escenario. Lo que rebase la atención en una práctica extramural se lleva a la centralizada y se devuelve a su sitio. Eso implica también lo que se ha llamado el triaje, o sea lo que se ha llamado el diagnóstico de la situación y la necesidad del paciente y su ubicación dentro del currículo, donde mejor sea atendida su situación. No es atender un objetivo, sino atender una necesidad de un paciente y ubicarlo curricularmente, de acuerdo al nivel de complejidad.

Se escoge, como lo he dicho ya varias veces el modelo educativo de docencia-servicio con toda su connotación. Hemos hablado también de otra esencia, la orientación-aprendizaje. No las quiero volver a mencionar, pero no las podría dejar de contemplar aquí al hacer un resumen de las esencias que tiene la propuesta. Y de las grandes bondades y de los grandes cambios que día a día adquiere el currículo, como está pensado o como está diseñado y como queremos que cada día sea construido, es un currículo que es dinámico, que no se casa con una propuesta y así tiene que ser para toda la vida, sino que admite críticas, admite su perfeccionamiento permanente. Ser un currículo flexible, que si se identifica que

determinado núcleo es más pertinente en el tercer nivel y estaba en el sexto se ubica en el tercer nivel, sin problema. Es esa reflexión permanente, es esa mirada y esa construcción de todos. Como apenas es obvio pensarlo, tiene que haber el concurso de profesores, estudiantes y directivas, atentos frente a esta propuesta. No es el profesor, con su mejor intención, el único que tiene que mirar la propuesta y dar las últimas respuestas. También el estudiante, que la recibe, tiene mucho que decir de si eso satisface la visión y la expectativa que se tenía frente a la formación, frente a todos estos postulados que queremos lograr como visión, y por supuesto, las directivas tienen que convertirse en garantes de que eso sea así. O sea, que tiene que haber ese apoyo permanente, íntimo, colectivo, ese compromiso de todos con esa propuesta. Una propuesta que no puede estar ligada a un equipo administrativo de turno, una propuesta que no es de esta administración de hoy, como tampoco fue de la anterior, ni de la otra; sino una construcción que ha hecho la Facultad con sus profesores, sus directivas y sus estudiantes en un largo proceso, proceso que como tal, nunca termina. Queremos siempre buscar las mejores propuestas. Esa es parte de nuestra visión, una propuesta que esté en permanente cambio y renovación.

Decía ahora que hemos diseñado el plan de estudios en tres etapas : la primera de ellas, llamada de introducción y orientación, va del primero al tercer semestre, para que el estudiante entienda a que lugar llegó, a que universidad llegó, a que profesión llegó, a que currículo llegó y se convierta en un actor. Precisamente, no podrá ser actor si ni siquiera sabe cual es su papel en él. Entonces hay que inducirlo, introducirlo dentro de esto y orientar todo el proceso que se va a hacer, que sea un proyecto de vida, que el estudiante entonces también empiece a tener esa formación socio humanística y cultural, a entender su papel histórico, porque está aquí, para que está, le encuentre sentido a su vida y a dejar huella o hacer algo por sí mismo; pero que se sienta feliz y realizado como persona. En esta primera etapa, el concepto fundamental (y hemos hablado de niveles de complejidad, para que vamos como relacionando todo el discurso), el concepto fundamental es la salud. La primera aproximación que hace el estudiante en su vida académica, en lo odontológico es con la salud. Nosotros nos llamamos profesionales de la salud y esa debe ser nuestra característica esencial y permanente. No somos profesionales de la enfermedad, nadie ha dicho eso, que nos caractericemos a veces, pero no, nosotros tenemos que tener nuestra vida, nuestro pensar, alrededor de la salud, que ella sea el factor alrededor del cual circule todo lo que hablamos. O sea que si aparece aquí es para que esté siempre presente, no es para que se diga aquí en este primer nivel y se olvide, no, es como irle dando ese sentido y orientación, que holísticamente se mantenga allí como una característica de formación, ligada por supuesto, a una doctrina que garantice la salud en la prevención, una postura. Se ha dicho que hay dos formas de entender las profesiones médicas, aquellos que dicen que existen porque hay enfermos, entonces trabajan sobre la enfermedad ; o la concepción más amplia, y para mí la más válida, que las profesiones médicas, incluyendo por supuesto la nuestra, existen para que haya salud, entonces cabe no solamente el paciente enfermo sino el sano. El que tiene enfermedad, recupera la salud y la mantiene, o sea, que es una nueva forma donde todo nuestro actuar profesional tiene que girar alrededor de la búsqueda permanente de la salud y girar en mantener y garantizar resultados de salud.

A ese mismo nivel se le da una orientación para que elabore un proyecto de investigación, y cuando concluya esta primera etapa, esperamos que tenga, ese nuevo germen de hombre odontólogo, siquiera un desempeño como agente de salud, o sea, un primer nivel de atención en salud.

La segunda etapa como dije, va del cuarto al séptimo inclusive. Se llama el desarrollo de la práctica profesional que si hasta ahora la hemos orientado más hacia una práctica clínica, o a una epidemiológica, pero muy dentro del odontólogo común, yo creo que con las consideraciones que hemos hablado hoy, la práctica profesional tiene que ser esa respuesta científica, técnica, y social; amplía todo ese hacer al que nos hemos referido antes.

Como decíamos entonces, se mantienen válidos, en forma permanente, los conceptos fundamentales que se trabajaron en la primera etapa, el concepto de salud, el concepto de prevención, y se introducen nuevos conocimientos, nuevas destrezas y se refuerzan los anteriores. Pero aparecen conceptos nuevos. El estudiante que estaba familiarizado con la salud individual y colectiva, que sabe como es el proceso salud enfermedad, también tiene la expresión de la enfermedad propiamente dicha, mirada como el problema de salud que hay que atender, y frente a esa enfermedad se crea una necesidad, que es el tratamiento. Repito una vez más, por niveles de complejidad crecientes. Al finalizar esta etapa ya debe haber un proyecto de investigación presentado para su ejecución posterior. Y el perfil educativo se espera que tenga ya el primero y el segundo nivel de atención en salud.

Si miramos entonces, vamos de la salud, la intercepción, la rehabilitación y el mantenimiento. Son como los niveles de complejidad, si quisiéramos dar una mirada rápida a las tres etapas.

En la tercera etapa, que es de consolidación y profundización, aparecen nuevos conocimientos que refuercen los anteriores en la formación de los tres ejes, tres ejes que son, el campo humanístico cultural, el campo de práctica profesional y el campo de fundamentos odontológicos, (campos explicativos fundamentales), donde van todos los fundamentos que se necesiten. Esta que va del primero al décimo semestre, aquí en esta tercera etapa, aparecen los complementos o los conceptos más avanzados por nivel de complejidad, que se refieran a este tercer nivel, para un tercer nivel de atención. Pero lo más importante es que cada estudiante también asuma su papel dentro de la propuesta y haga su propia autoevaluación, se critique y se mire dentro del perfil educativo que se ha propuesto y con base en ello profundiza en determinados saberes específicos que quiera para consolidar su proceso educativo o de formación, y por supuesto, se espera que a esta tercera etapa presente su avance de investigación o su trabajo investigativo personal.

De esta manera quise dar como una visión de lo que estamos trabajando en la facultad, que como queda claro, no es que esté acabada, esperamos que nunca esté acabada, sino que siempre sea mejor.

PREVENCIÓN ORAL EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR

Dr. Fernando Sáenz Forero,

Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica

Presidente Ofedo Udual 1996-1997

INTRODUCCIÓN

El paciente adulto mayor saludable, autónomo y con motivación para cuidar su salud oral, usualmente requiere el mismo manejo preventivo que el de cualquier otra edad. No obstante cuando ese mismo paciente sufre un evento que conduce a una crisis, de las que con frecuencia sufren los gerontes, tal como una caída con trauma incapacitante, el accidente cerebrovascular, la evolución violenta de algunas enfermedades propias de la vejez, tales como la enfermedad de Parkinson o de alzheimer, o cualquier condición que violentamente le haga perder su control psicomotriz, su memoria o su autonomía, requiere de la aplicación de un adecuado protocolo de prevención.

Muchas veces la familia de estos pacientes acongojados por el complicado manejo de la salud general del paciente, descuida la prevención para la salud oral del paciente. El resultado es que una persona que cuidó afanosamente la dentadura durante toda la vida, que posee restauraciones y prótesis dentales costosísimas, que tenía una buena condición periodontal, pierde en cuestión de meses su condición oral, agravando aún más su discapacidad.

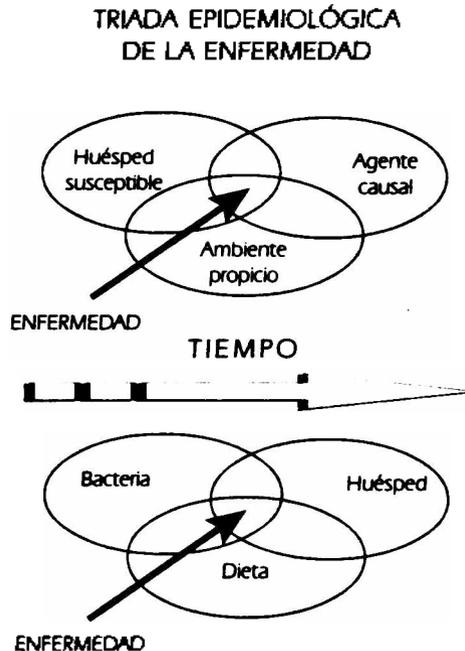
El protocolo para la atención de un paciente en esta condición incluye entre otras consideraciones:

- Entrenamiento e instrucciones a la persona que lo cuida.
- Entrenamiento del paciente en lo que le sea posible hacer por sí mismo.
- Aplicación de aditamentos mecánicos, como cepillos dentales eléctricos, irrigadores dentales, horquetas para uso de hilo dental, etc.
- Enjuagatorios químicos antiplaca y anticaries, en concentración y frecuencia mayor que la utilizable regularmente
- Utilización de barnices para proteger las superficies radiculares expuestas.
- Visitas odontológicas más frecuentes.
- Visita Domiciliaria del odontólogo.
- Dieta apropiada

FUNDAMENTO EPIDEMIOLÓGICO

El concepto de la triada epidemiológica de la enfermedad que establece que para que la enfermedad se presente, se deben conjugar al mismo tiempo los tres sustratos: huésped susceptible, agente causal y ambiente propicio, es importante tenerlo en cuenta porque la enfermedad discapacitante frecuentemente afecta el sistema inmunológico (4) va a hacer un huésped más susceptible y sus limitaciones para el autocuidado van a crear un ambiente más propicio, por consiguiente, el control del agente causal, la placa, es fundamental. Hoy en día es necesario considerar otro factor: el tiempo, muchas veces los tres sustratos se conjugan, pero tienen que estarlo durante cierta cantidad de tiempo para que la enfermedad se produzca, en el caso del paciente anciano discapacitado en que es tan difícil el control de la placa, el tiempo que pasa entre la ingesta de alimentos y la limpieza, así como la frecuencia de las mismas es fundamental. (gráfica 1 y 1b)

GRAFICA 1



GRAFICA 1b

Los Niveles de prevención (Leavell y Clark), que han sido establecidos en consonancia con la historia biológica de la enfermedad, también se vuelve asunto crítico, porque no se puede esperar hasta el tercer nivel de atención porque tanto la limitación del daño como la rehabilitación es muchas veces prácticamente imposible, siendo por consiguiente la filosofía a seguir en el manejo del paciente anciano en general y en particular el discapacitado la atención primaria. (gráficos 2 y 3).

Gráfica 2. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



PERÍODOS	PREPATOGÉNICO I		PATOGÉNICO II		SECUELAS III
	Inespecífica 1	Específica 2	Precoz 3	Avanzada 4	Secuelas 5
FASES					

Gráfica 3 - NIVELES DE PREVENCIÓN LEAVELL & CLARK

CLASES	PREVENCIÓN PRIMARIA I		SECUNDARIA II	TERCIARIA III	
	Promoción de salud	Prevención específica	Diagnóstico precoz	Limitación del daño	Rehabilitación
NIVELES	1	2	3	4	5

INFORMACIÓN REQUERIDA

Para planear un programa de prevención a un paciente de tercera edad, es necesario tener la siguiente información:

- Status oral actual
- Tratamiento dental pasado
- Status médico y modificaciones
- Impedimentos físicos
- Nivel intelectual y educativo
- Status emocional
- Adecuación dietética
- Status nutricional
- Factores de estilo de vida

INSTRUCCIONES PARA QUIEN CUIDA AL ANCIANO

Es importante girarles instrucciones a quienes cuidan al paciente anciano, en especial en el caso del paciente limitado en sus facultades. Las indicaciones más frecuentes son:

CUIDADO DENTAL: INSTRUCCIONES PARA QUIENES CUIDAN A UNA PERSONA MAYOR

- Si el paciente está en cama, alce su cabeza levantando la cama o utilizando almohadas y haga que él vuelva su cabeza hacia usted. Coloque una toalla limpia sobre su pecho y bajo su barbilla, y coloque un recipiente bajo su barbilla.
- Si el paciente está sentado en una silla estacionaria o una silla de ruedas, permanezca detrás de él y estabilice su cabeza colocando una mano bajo su barbilla y descansando su cabeza sobre su cuerpo. Coloque una toalla cruzando su pecho y sobre sus hombros. (Puede ser de ayuda asegurarla con una gacilla de seguridad). El recipiente puede mantenerse sobre el regazo del paciente o sobre la mesa ubicada al frente o al lado del paciente. Una silla de ruedas puede posicionarse al frente del lavatorio.
- Si los labios del paciente están secos o quebradizos aplique una capa liviana de jalea de petróleo.
- Cepille y use el hilo dental con su paciente de la forma en que se le ha enseñado. Puede ayudar el retraer los labios del paciente con una paleta o los dedos para ver el área que se está limpiando. Use un aparato esencial en caso de que el paciente no pueda mantener la boca abierta. Si el uso del hilo dental en forma manual se dificulta, utilice un dispensador o un cepillo interproximal para limpiar las superficies proximales entre los dientes. Use un dentrífico que contenga flúor.
- Provea al paciente de enjuagues de flúor u otros enjuagues según las indicaciones del dentista o higienista.

La importancia de trabajar con personas dedicadas a cuidar enfermos (Care Givers), la ilustra un estudio clásico de Tufts que demuestra la efectividad de trabajar directamente con ellos al entrenarlos para proveerles instrucción para el cuidado de la higiene oral para pacientes mental o físicamente discapacitados.(5) (6)

Este estudio desarrollo tres índices simplificados para medir la efectividad de la higiene oral provista por personal no odontológico, que son el IHO (Índice de higiene oral), el ID (Índice de detritos) y el IC (Índice de cálculos).

ACCESORIOS RECOMENDADOS PARA EL CUIDADOR DE ANCIANOS (3)

1. Guantes desechables.
2. Lubricante (jalea de petróleo para los labios).
3. Cepillo de dientes con cerdas suaves de nylon.
4. Uso de crema dental - no es esencial para todos los pacientes - cuando se indique (no use con un paciente inconciente).
5. Hilo dental (un dispensador de hilo si se indica), o un cepillo interproximal si hay grandes espacios interdientales.
6. Cuadro de gaza de 2x2 pulgadas.
7. Toallas limpias.
8. Riñón.
9. Vaso de agua y suctor si el paciente está consciente.
10. Bajalengua.
11. Abrebocas (para pacientes que no pueden mantener la boca abierta).
12. Bolsa de enma o jeringa para lavado de la boca, no es esencial para todos los pacientes (útese según indicaciones).
13. Un enjuague bucal libre de alcohol puede ser usado si los tejidos están muy secos y pueden estar irritados por un enjuague de los que contienen alcohol.
14. Un cepillo de dientes eléctrico o rotatorio puede ser usado si se prefiere por parte de la persona encargada de cuidar al paciente.

DIFICULTADES PROPIAS

Un procedimiento tan frecuente como cepillarse los dientes, que se realiza usualmente de manera automática mediante movimientos controlados por actos reflejos, requiere del control de una secuencia de habilidades que muchas veces se pierden después de un evento que conduce a discapacidades que afectan lo psicomotriz o al SNC, como ilustración mostramos esa "secuencia de habilidades":

Los procedimientos preventivos de atención primaria, pueden ser dados por asistentes o higienistas dentales adecuadamente entrenadas, tanto en la consulta de un centro de atención de ancianos como mediante visitas domiciliarias periódicas.

He aquí un listado de servicios preventivos que puede proveer la higienista dental:

LA HIGIENISTA DENTAL PUEDE PROVEER LOS SIGUIENTES SERVICIOS PREVENTIVOS (7)

- v Entrenamiento en servicio del equipo de trabajo, incluyendo enfermeras, ayudantes de enfermería, terapistas ocupacionales y personal especialista en las dietas.
- v Asesoría en salud oral de pacientes para asistir el grupo de odontólogos en determinar la prioridad en cuanto necesidades de cuidado dental entre los pacientes.

- v Ayudar a determinar cuáles pacientes requieren una atención oral total por parte del grupo de asistentes dentales aquellos que pueden ser capaces de recibir entrenamiento para realizar por sí mismos un cuidado oral ya sea total limitado.
- v Brindar instrucción a aquellos pacientes que son capaces de realizar por sí mismos un cuidado, ya sea en grupos individualmente. La higienista puede entrenar a terapeutas ocupacionales a conducir sesiones de cuidados en salud oral como parte de las actividades del diario quehacer (de modo que los residentes sean entrenados para realizar funciones básicas tales como la higiene personal y la alimentación).
- v Responder a las solicitudes del grupo de enfermeras para ayudar en el cuidado oral de pacientes difíciles.
- v Proveer etiquetas de identificación para todas las dentaduras.
- v Limpiando dentaduras.
- v Realizando profilaxis y tratamientos de flúor.
- v Tomando radiografías (en algunas ciudades no permiten equipo radiológico en casas o albergues para ancianos).
- v Haciendo un asesoramiento inicial y una consulta apropiada haciendo la referencia cuando se trata de una emergencia.

CONTROL DE PLACA

El control del agente causal es fundamental en la atención primaria en odontología, toda vez que la placa bacteriana lo es de las dos principales enfermedades de la boca: la caries y la enfermedad periodontal, ambas son las culpables del aproximadamente 90% de los tratamientos en odontología.

Todavía no se ha encontrado un sistema mejor de controlar la placa que la remoción mecánica de la placa mediante el uso del cepillo dental manual con la técnica adecuada y el hilo dental.

El paciente con buena condición psicomotriz, con capacidad de aprendizaje y disciplina, de cualquier edad, usualmente no necesita aditamentos o enjuagatorios especiales, el cepillo de dientes común, la pasta de dientes, el hilo dental y un poco de reforzamiento de las técnicas adecuadas suelen ser suficiente.

Pero la educación significa el aprendizaje de buenos hábitos, y cuando éstos no se aprendieron adecuadamente a temprana edad, es más difícil aprenderlos, en el paciente anciano en general el cambio de hábitos de técnicas mal aprendidas es algo muy difícil de modificar. Es preferible intentar primero que el paciente anciano mejore por sí mismo las técnicas, para procurar mantenerle su autonomía, no es fácil para una persona discapacitada de edad seguir la siguiente secuencia.

PASOS QUE INTERVIENEN EN EL CEPILLADO DENTAL (8)

1. Identificar el cepillo propio.
2. Acercarse al lavatorio.

3. Abrir la llave del agua.
4. Mojar el cepillo dental.
5. Localizar la crema dental.
6. Quitar la tapa de la crema dental.
7. Poner la tapa abajo.
8. Esparcir la crema dental sobre el cepillo.
9. Poner el tubo de crema dental abajo.
10. Cepillar todas las áreas dentales.
11. Retirar el cepillo de la boca.
12. Escupir el exceso de crema dental.
13. Enjuagar el cepillo.
14. Poner el cepillo abajo.
15. Coger el vaso.
16. Llenar el vaso con agua.
17. Enjuagar la boca.
18. Guardar el vaso.
19. Lavar el lavatorio.
20. Cerrar la llave del agua.
21. Coger el paño (toalla).
22. Secar la boca y las manos.
23. Cambiar el paño o desechar la toalla si es de papel.
24. Volver a tapar la crema dental.
25. Guardar la crema dental.
26. Guardar el cepillo.

TIEMPO ESTIMADO: TRES MINUTOS.

En general él prefiere hacérselo todo por sí mismo, solamente cuando no hay manera de obtener buenos resultados se debe trasladar esa responsabilidad a quienes lo atienden. El ideal es que lo aprendan con los aditamentos comunes y corrientes que utilizan la mayoría de la gente de cualquier edad, los irrigadores, cepillos mecánicos y demás se quedan para los casos perdidos .

El cambio de técnica o el reforzamiento de las mismas requiere de más paciencia, se recomienda el sistema educativo llamado "modelo efectivo", que contempla tres etapas: explicar, demostrar y hacer , tomarse su tiempo, darle estímulos positivos aunque sea lerdo en el aprendizaje, y repetir por varias sesiones. Es preferible utilizar algún indicador de higiene dental que nos permita mostrarle el avance.

Una de las primeras cosas que se debe hacer es pedirle el cepillo de dientes que está usando para observar la condición del mismo, un cepillo en mal estado o muy viejo nos indica abandono, de parte de él mismo o de quienes lo cuidan.

Las siguientes guías pueden ayudar a ser un educador efectivo:

GUIAS QUE PUEDEN AYUDAR AL DENTISTA O A LA HIGIENISTA A SER UN EDUCADOR EFECTIVO (9)

UN CONFORTABLE AMBIENTE DE APRENDIZAJE, FISICO Y EMOCIONAL DARA MAYOR FUERZA AL PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE

1. Enseñe en un área limpia donde haya buena luz.
2. Esté seguro de que el paciente o la persona que cuida de éste, estén confortables.
3. Elimine las distracciones (como la televisión o radio) tanto como sea posible.
4. Tenga paciencia. Aprender nuevas destrezas requiere práctica, especialmente para las personas mayores.
5. No espere perfección. Si usted lo hace, se sentirá decepcionado. Motive al que está aprendiendo a hacer lo mejor que pueda, pero tenga cuidado de no hacerlo sentir mal o desalentado si su aprendizaje no es perfecto.
6. Refuerce lo positivo, como que tan bien se siente y se saborea con una boca limpia y como las dentaduras limpias lucen bien y propician una mejor sonrisa.
7. Evite retroalimentación negativa (verbal o no verbal), usted siempre puede encontrar algo positivo que reforzar.
8. Hable con autoridad pero no sea autoritario. Estimule al que aprende a hacer preguntas o expresar sus criterios.

CONTROL DE PLACA PARA ANCIANOS CON LIMITACIONES FÍSICAS

Aún en estos casos es preferible intentar primero que lo hagan por ellos mismos, en casos de pacientes con deformidades de la mano por artritis, o dificultades para empuñar el mango y otras, se pueden hacer modificaciones a los cepillos tradicionales pegándole a los mangos un poco de acrílico que se le adapte a la forma de la mano, también empuñaduras de cepillos para limpiarse las uñas, bolas de estereofón, mangos de bicicleta y muchas formas de ayudarle para que pueda empuñar por si mismo el instrumento.

Solamente cuando ellos definitivamente no lo logran, se debe intentar el uso de cepillos mecánicos eléctricos, tales como el "Interplack" o el "Braun" de Oral B, por citar algunos, y solamente cuándo ni con estos se logra un rendimiento aceptable, se debe delegar en la persona que los cuida.

Un instrumento que algunas veces ayuda son los irrigadores de agua, tales como el "Water Pik", ya sea para el uso por el paciente mismo o para facilitarle al cuidador.

REMOCIÓN DE LA PLACA INTERPROXIMAL

Lograr una buena remoción de la placa interproximal suele ser difícil aún para una persona joven, en especial si los puntos de contacto están muy cerrados, en que fácilmente se lastiman las encías. El instrumento a usar es el hilo dental pero tiene esa limitación, y si los espacios están muy separados (diastemas) no funcionan muy bien, en especial en pacientes con prótesis parciales removibles. Estas dificultades se aumentan en los sectores posteriores de la dentadura. Constituyen a veces una misión imposible en el caso del paciente anciano discapacitado. Aún así se debe intentar que lo haga por sí mismo mediante la ayuda de aditamentos.

Se recomiendan usualmente los siguiente accesorios:

- Espacios con puntos de contacto muy cerrados: hilo dental y enhebrados en horquetas para posteriores.
- Espacios cerrados en que ha habido reabsorción de la papila: cepillo interdental (Oral B)
- Espacios ligeramente separados: Superfloss o cepillo interdental (ambos de Oral B)
- Espacios edéntulos: gasa enrollada.

En el caso del paciente anciano es muy frecuente que tenga varias o todas de estas condiciones, por lo que hay que entrenarlo para que use cada uno de esos aditamentos en el espacio indicado. Solamente si el resultado es muy malo se recomienda delegar en el cuidador.

PROTESIS TOTALES : SU LIMPIEZA Y CUIDADOS (3)

Las prótesis totales acrílicas con mal higiene, tienden a desarrollar colonias de hongos que fácilmente pueden ocasionarle al paciente una candidiasis severa, no se recomienda la limpieza de las mismas con cepillo de dientes porque estos son muy caros y las cerdas no están diseñadas para ser usadas sobre plástico, igualmente no se recomienda la pasta de dientes, porque el objetivo es eliminarle la grasa a la prótesis, por ello se recomiendan cepillos finos de limpiar la uñas y un spray con agua de jabón bien diluido.

Es conveniente darle al paciente una hoja que contenga las siguientes instrucciones:

INSTRUCCIONES PARA LA LIMPIEZA DE LAS PROTESIS TOTALES

1. Enjuague su dentadura o dentaduras después de cada comida para remover los residuos suaves.
2. Una vez al día, preferiblemente antes de irse a descansar, cepille su dentadura de acuerdo con el método descrito abajo. Después colóquela en una solución limpiadora para dentaduras y permita que se empape durante toda la noche o al menos por algunas horas. (Dentaduras de material acrílico deben mantenerse mojadas todo el tiempo para prevenir quebraduras o rajaduras)

3. Retire su dentadura de la solución limpiadora y cepílela totalmente.
 - A pesar de que el cepillo normal suave es adecuado, un cepillo especialmente diseñado para dentaduras puede limpiar más efectivamente. (Precaución: una dentadura de material acrílico es más suave que los dientes naturales y puede ser dañada si se cepillan cerdas muy firmes).
 - Cepille su dentadura teniendo debajo un lavatorio lleno hasta la mitad de agua y con una toalla en dirección de donde la está cepillando. Esto prevendrá quebradura en caso de que la dentadura se caiga.
 - Sostenga la dentadura con seguridad en una mano, pero no la estripe o apriete. Sostenga el cepillo con la otra mano. No es esencial usar una pasta dental, particularmente si las dentaduras son remojadas antes de ser cepilladas para suavizar los restos. Nunca use soluciones en polvo comercial para dientes porque son abrasivos y pueden dañar los materiales de la dentadura. Mucha agua, jabón suave, o bicarbonato de sodio pueden ser usados.
 - Cuando limpia una dentadura parcial removible, tiene que tener mucho cuidado para remover la placa de las superficies curvas de metal que se enganchan alrededor del diente. Esto puede hacerse con un cepillo regular o con uno diseñado especialmente para remover placa.
4. Después del cepillado, enjuague su dentadura completamente colóquela dentro de su boca.

Si el paciente tiene imposibilidad de utilizar una mano, se recomienda coger un cepillo de uñas y cortarle las agarraderas y pegar la base con pegamento al lavatorio o a un azulejo, de esa manera el paciente puede aplicar la prótesis contra el cepillo que está fijo.

Para evitar que el paciente anciano dañe o pierda sus prótesis se recomienda indicarle el siguiente protocolo:

CUIDADO DE SUS DENTADURAS (3)

1. Cuando su dentadura no está dentro de su boca, debe ser mantenida en un recipiente lleno de agua. Esto prevendrá que el material de la misma se reseque.
2. Coloque ese recipiente en un lugar seguro donde no vaya a ser golpeado contra el piso o travesado por mascotas o niños.
3. Nunca coloque su dentadura en agua caliente, use sólo agua fría o a temperatura ambiente.
4. Nunca empape las dentaduras con partes de metal en blanqueador.
5. Nunca trate de ajustar o reparar su dentadura. Ese es trabajo de un experto.
6. Nunca use polvos abrasivos o un cepillo duro para limpiar su dentadura.
7. Nunca empape su dentadura en ningún producto que contenga alcohol, como el enjuague bucal.

8. Siempre enjuague su dentadura completamente bajo el chorro del agua antes de introducirla dentro de su boca.

Para las prótesis parciales removibles se recomienda limpiarlas además con un isopo con cerdas de cabuya de los que se usan para limpiar los revólveres calibre 22, éstos se adaptan muy fácilmente a los espacios interiores de los ganchos y conectores.

ENJUAGATORIOS

En casos muy extremos, es necesario la utilización de enjuagatorios para obtener mejores resultados.

En el mercado hay cualquier cantidad de enjuagatorios, algunos muy buenos, otros que no sirven, en todo caso es muy importante que el profesional defina el objetivo para que lo quiere para que pueda, cuando es necesario, prescribir el indicado.

En general hay tres clases de enjuagatorios :

- Los antiplaca
- Los anticaries
- Los cosméticos

Los antiplaca tienen por objetivo diluir un poco la constitución de la placa para que sea más fácil de remover mecánicamente, además de que tienen propiedades bactericidas y antiinflamatorias, existen varias sustancias con esas propiedades, pero la más usada es el gluconato de clorexidina. Están indicados en aquellos pacientes cuyo principal problema no es la recidiva de caries sino la retención de placa que le provoca gingivitis y EF.

Los anticaries, consisten básicamente en enjuagatorios con altas concentraciones de fluoruro y están indicados en pacientes con frecuentes recidivas de caries.

Los enjuagatorios cosméticos, no los recomienda la profesión odontológica, su objetivo es quitar la halitosis y dar una sensación de frescura a la boca, están hechos a base de alcohol y mentol, tienen los siguientes inconvenientes:

- El alcohol produce xerostomía
- Camufla la halitosis pero no la cura, lo que hace es esconder un mal
- En pacientes con antecedentes de alcoholismo es inconveniente
- Se han reportado casos de abuso en su uso, una especie de adicción, y casos de cáncer por su abuso.

Los siguientes lineamientos para el uso de agentes químicos son muy recomendables:

**LINEAMIENTOS PARA EL USO DE AGENTES QUIMICOS PARA LA REMOCION DE
PLACA DENTAL
EN PACIENTES ADULTOS VIEJOS (10)**

SITUACION	CANTIDAD Y TIPO	DURACION
Sujeto puede autocuidar su boca adecuadamente.	No necesita ningún agente químico.	No se aplica.
Sujeto es capaz del autocuidado oral, pero los resultados son pobres y padece de crónico problema de higiene oral.	10-15 ml de 0.05% de cloruro de cetylpiridinium ó 0.06% de solución thymol usadas en enjuagatorios después de la limpieza y el uso del hilo interdental.	20-30 segundos una vez al día por un periodo indefinido como un refuerzo a la remoción mecánica de la placa.
El sujeto no puede ejecutar por sí mismo la higiene oral porque padece alguna discapacidad física o incompetencia mental.	10-15 ml del 0.1 al 0.2% de clorhexidina digluconatada usada como enjuagatorio o frotada sobre los dientes usando un cepillo dental o interdental.	20-30 segundos una vez al día para un periodo inicial de 3 meses el cual debe ser continuado indefinidamente bajo supervisión cercana.

**REGIMENES DE FLUOR TOPICO RECOMENDADO PARA PACIENTES VIEJOS
SUCEPTIBLES A CARIES (10)**

SITUACION CLINICA	PROCEDIMIENTO	VEHICULO Y DOSIS
Ausencia de evidencia de caries nueva o recurrente.	No está indicada terapia de fluoruros tópicos.	-----
Evidencia de caries coronal recurrente.	Aplicaciones tópicas semestrales de fluoruros con o sin enjuagatorios tópicos fluorados.	1.23% APF o 2.0% NaF gel 0.2% NaF solución
Evidencia de caries radicular nueva o recurrente.	Aplicaciones semestrales de fluoruros tópicos, con o sin aplicaciones diarias de fluoruro tópico.	5.0% de barniz de NaF 0.2% de NaF solución
Caries rampante coronaria y radicular.	Aplicaciones de fluoruro tópicos cada tres meses. Fluoruro tópico diario.	5.0% NaF barniz 0.2% solución de NaF

CANCER ORAL

El riesgo de cáncer oral aumenta con la edad, es más común en hombres que en mujeres, desgraciadamente, el odontólogo que tiene una gran responsabilidad en la detección precoz del mismo muchas veces no sigue una rutina de diagnóstico que le garantice la adecuada evaluación de todos los tejidos blandos de la boca.

El odontólogo no sólo debe ser minucioso en su examen clínico, sino que en la medida de lo posible debe instruir al cuidador del anciano, y de ser posible al mismo paciente para estarse haciendo un control, se les debe mencionar los factores de riesgo (exposición al sol, fumar, mascar tabaco, alcohol, etc.), como desgraciadamente el cáncer oral no es doloroso, explicarles como es su apariencia puede ayudar a una detección precoz, se recomienda tener fotos a colores para mostrarles cánceres orales en estadios iniciales, los comunes, de labio, de lengua, de paladar. Se le debe poner énfasis en la duración de la lesión, advertirles que si una lesión dura más de dos semanas debe reportar al dentista, lo mismo con las lesiones provocadas por prótesis, debe dejar de usarlas o ser aliviadas, y si en quince días no desaparece la lesión debe ser reportada. Los cambios en textura, detectables con la lengua o el dedo que tampoco desaparezcan, en especial si son de color rojo o rojo y blanco deben reportarse. (11)

BIBLIOGRAFIA

1. Herazo Acuña, Benjamín. Clínica del Sano en Odontología. Bogotá, Colombia. Editorial COE. Págs. 38 y 50
2. Newbrown, E. Cariology. Baltimore, William & Wilkins, 1983.
3. Papas, Niessen and Chauncey. Geriatric Dentistry: aging and oral health. Mosby Year Book 1991, págs. 310, 317, 319, 320.
4. Round Mauren C. y Papas Athenas. "Preventive Dentistry for the Older Adult, Chapter 17, pág. 320. Geriatric Dentistry. Mosby Year Bood. 1991.
5. Perlman Steven, Clive Friedman and Tesini David. "Preventive and treatment considerations for the dental patient with special needs". Johnson & Johnson Consumer Products and Academy of Dentistry for the handicapped, 1990.
6. Greene, J.C. Greene and Vermillian, J. The simplified oral Higiene Index: a Method for Classifying Oral Higiene Status, JADA, 61: 172-179.1960.
7. Shaver, Ro. Dentistry for the homebound, institutionalized and elderly: a handbook for dentists, dental hygienists and nursing home administrators, pág. 91 Lakewood, Col. 1892. Portable Dentistry.

8. Entwistle, B. M and Rudrud, E.H., "Behavioral Approaches to tooth brushing programs for handicapped adults. special care in dentistry. Vol. 2, #4. pp.156-160, July-August 1982.
9. De Biase, Christina B. Dental Health education: theory and practice. pags. 2-3 ,Chapter 1. Febiger. Philadelphia, 1991.
10. Banting, David W. "Management of Dental Caries in the Older Patient". Chapter 9, pág. 163-164. Geriatric Dentistry, Mosby Year Book. 1991.
11. De Vries, Robert. "Salud Oral para toda la vida", W.K. Kellogg Foundation, AADS, Agosto 1990.

UNIVERSIDAD Y SALUD

Raúl Mejía Villa²

El tema de este escrito está fundamentado en las siguientes ponencias:

"La situación actual y tendencias de la reforma de la Universidad en América Latina", presentada por el Doctor Jaime Restrepo Cuartas, rector de la Universidad de Antioquia - Medellín - Colombia.

Y "La formación de los profesionales de la salud ante los procesos de reforma del estado", presentada por el Doctor Francisco Gómez-Perineau, profesor de la facultad de Medicina de la Universidad antes mencionada.

El propósito es presentar generalidades del contexto de las dos ponencias sin entrar en análisis particular de cada una, para evitar la reformulación de sus tesis y conceptos; se esbozan aspectos esenciales, lo cual es menos complejo por el hecho de tener, las dos, un cuerpo temático convergente, aunque a partir de referentes argumentales diferentes. Se tiene el empeño de resaltar algunos tópicos que puedan promover, y debería ser así, tareas de discusión y construcción entre gremios, asociaciones y colectivos docentes de las profesiones de la salud.

Debe reiterarse que en este escrito no se siguió paso a paso la letra de las ponencias mencionadas, lo cual exonera a sus autores de la responsabilidad de los planteamientos y discusiones aquí presentados. Se siguió, eso sí, el espíritu de sus presentaciones, el cual puede acompañar gratamente, porque también es el espíritu que envuelve la intención y la construcción curricular que viene implementando la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia desde 1993. Así mismo, en esta Universidad se ha proclamado un marco de desarrollo que apunta hacia la renovación curricular de sus dependencias, impulsada por un significativo apoyo conceptual y operativo de la investigación como fundamento de cambio actitudinal en el trabajo docen-

te, con la mira hacia la formación de un profesional que pueda construirse permanentemente a partir de la duda, del asombro, de la capacidad de crítica.



Es recurrente en las ponencias citadas, el argumento de la obsolescencia del modelo "Biomédico", para lograr, con los actores que integran las Profesiones de la Salud, formados bajo sus premisas, responder a las contingencias de la enfermedad y del sufrimiento de las poblaciones mayoritarias de la subregión latinoamericana en general y de Colombia en particular, especialmente por el balance deficitario en términos de calidad, eficiencia y cobertura no sólo desde la óptica cuantitativa, sino, y más complejo quizás, desde el vacío de doctrina hacia el referente salud como un derecho fundamental del individuo y de los grupos humanos.

Debe reconocerse, sin embargo, que ese modelo, apoyado en los grandes avances biotecnológicos, ha logrado éxitos considerables en sus campos del saber, pero se ha quedado detenido y concentrado en el manejo individual y privado de la enfermedad, ausente del concepto colectivo de salud como filosofía, que hoy podría nominarse para distorcionarlo: "producto" social; con tono mercantil.

Ante las presiones lideradas por los grupos sociales y desde otra perspectiva impulsadas también por agencias económicas internacionales, surgen en Colombia grandes cambios en el terreno de la seguridad social, avalados por una legislación con fuerza de norma constitucional.

El modelo biomédico está en una profunda crisis, no por los saberes biotécnicos, sino de orden epistemológico, en la medida que actitudinal, conceptual y políticamente ha sido rebasado por las realidades sociales.

Desde siempre, la historia reseña que en la medida que van siendo sentidas las necesidades de las colectividades, surgen las organizaciones, desde las asociaciones más rudimentarias hasta las más complejas, para superar la inequidad, para liderar y presionar con legitimización normativa y muchas veces sin ella, trascendentales transformaciones que dinamizan el desarrollo de las comunidades y las ubican hacia determinadas formas de democratización de servicios y derechos, más próximos a la equidad.

Por eso y a pesar de la indudable riqueza biotecnológica del modelo flexneriano o biomédico, tiene la limitante de no considerar la prevención como filosofía, sino como un simple acto clínico, además de enfocar la salud y la enfermedad como hechos biológicos individuales, manejados con el fundamento positivista reduccionista de la mentalidad científico-técnica.

El error que trasciende de la mentalidad científico - técnica descontextualizada de la realidad social, es que "ha pretendido explicarlo todo y resolverlo todo" desde su método, ofreciéndole al hombre el bienestar y la felicidad por medio del "confort" de bienes materiales, puestos en oferta, incluida la salud, en la sociedad mercantilista de consumo. Su fracaso ha dejado una enorme carga de frustración al remarcar la diferencia de clases según el poder adquisitivo, pero especialmente al comprobarse que con solo ciencia y tecnología no se resuelve la agresividad del hombre, las guerras, la pobreza, la desnutrición, la inseguridad y la injusticia en general.

Probablemente una gran dificultad para lograr la ruptura del modelo biotecnológico, radica en el hecho de que las entidades formadoras del recurso humano para las profesiones de la salud, así como las asociaciones científicas y gremiales, son renuentes a superarlo, por causa del imperativo psicológico creado como parte vital de la cultura desarrollada alrededor de la práctica profesional en sus diferentes funciones, gracias a las satisfacciones logradas por los actores de las profesiones de la salud con sus éxitos personales derivados del acto clínico en el tratamiento del enfermo y por el enorme poder hegemónico y social que los distinguió en el pasado, lo cual es difícil de superar en un tiempo corto.

Por lo anterior y aún después de impuestas en Colombia reformas como la Ley 100 de Seguridad Social, desde 1993, las universidades no definen un modelo pedagógico que identifique la misión real de la universidad más allá del discurso, para que en lo conceptual y en la praxis no quede de espaldas a los cambios.

Debe advertirse, sin embargo, que la universidad no puede tampoco sufrir sin capacidad de reacción las manipulaciones de los vaivenes políticos, para diseñar modelos pedagógicos acordes con ideologías y coyunturas de gobierno, sin políticas de estado que tengan consistencia para consolidar un proyecto de desarrollo social, aunque sin perder de vista que la salud es apenas una parcela del bienestar de la sociedad, porque muchas otras están fuera de su influencia, como competencia que son de numerosos sectores del engranaje social, empeñados en desarrollos científicos desarticulados. Ello no nos exonera de la responsabilidad de buscar una construcción interinstitucional y transdisciplinaria que integre la práctica de las profesiones de la salud a las demás prácticas sociales que trabajan por el bienestar, dentro de una programación global, con apoyo político administrativo de estado, hacia la dirección del desarrollo humano. Tales razones enfatizan la idea de una universidad crítica, propositiva,

que investigue nuestras realidades más allá de los laboratorios de los sorprendentes hallazgos físicos, químicos y biológicos, entre otros, que ofrezcan alternativas colectivas en ciencia y tecnología, y en la creación humanista y de las artes, con reflexión serena proveniente de saberes consistentes; antídotos para contribuir a evitar el congelamiento de la historia de la subregión, que en general no ha presentado, hasta nuestros días, cambios que despejen los caminos para un desarrollo integral.

Desde finales de los años cincuentas hasta nuestros días, se ha pasado en América Latina, con inusitada frecuencia, de sistemas políticos "democráticos" a dictaduras y viceversa, implementando sistemas de gobierno coyunturales, sin planes contextuales de desarrollo, más empeñados en ejercer estrategias de afianzamiento político, aún a costa de violaciones de los derechos y la dignidad de sus gentes, creando, estimulando y difundiendo una violencia recurrente, que en nuestro país es una constante, con las secuelas propias de las guerras, entre las cuales se encuentran obviamente problemas de salud, de educación, de pobreza.

El común denominador en la subregión es la incertidumbre y los desniveles de todo orden. El alto costo social que se paga, es factor común en nuestros países, ahora casi igualados bajo el signo de sus debilidades para sortear las condiciones imperantes.

Mientras esto ocurre, ¿qué ha sido de la educación y específicamente, de la Universidad? ¿Hay una Universidad Latino Americana realmente autónoma, seriamente comprometida en el ejercicio de su misión frente a la sociedad? La Universidad no se ha insertado a su entorno social de manera consistente, más allá de programas aislados como escenarios de prácticas docentes que reproducen en el campo el modelo tradicional del claustro. En general su devenir se ha caracterizado por ser también un objetivo político de gobierno, enderezado a cumplir, sutilmente, en el mejor de los casos, los intereses grupistas de gobiernos "democráticos" o dictatoriales, pero igualmente una universidad manipulada, lo cual ha impedido un proyecto auténtico de universidad para los intereses de la sociedad.

Con frecuencia, los cuadros directivos, e incluso algunos sectores del profesorado, son llevados a sus posiciones para cumplir objetivos partidistas, evidenciables aún por los profanos en componendas y, otras veces, quizás con mayor capacidad de acción, enmascarados con ropaje democrático.

Mientras la dinámica cultural de los pueblos mantiene su vibrante vitali-

dad y se dan algunos cambios sociales logrados con normatividad legislativa, presionados por los líderes de las comunidades, generalmente menos letrados que nuestros integrantes de las comunidades académicas, paradójicamente, la institución universitaria hunde sus anclas enormes en el conservadurismo, donde es sorprendida por los cambios. Engolocinada con la erudición, enmascara su papel pasivo de simple observador de la historia, con el manejo de un discurso académico que sustenta lo social de su misión, pero incoherente con sus modelos educativos, intrínsecamente descontextualizados, y con un desarrollo operativo conceptualmente tradicional.

La carencia de un currículo que permita una formación conceptual y actitudinal en la óptica del compromiso social hacia la construcción del desarrollo integral humano, en buena parte explica la tormentosa sorpresa que se genera con normas como la de seguridad social en Colombia, expresada en la Ley 100 de 1993, concebida con indudables virtudes para la solución de inmensas brechas de distanciamiento en el logro de derechos y servicios para una considerable mayoría de la población de Colombia; entre los componentes de la Ley, se regula la prestación de los servicios de salud, lamentablemente con evidentes desaciertos en la aplicación, que entre muchas otras cosas, está golpeando al profesional de la salud que pasó de un ejercicio clínico privado a la condición de asalariado; tal situación fractura abruptamente la hegemonía de la organización de las profesiones de la salud.

La situación descrita permite plantear que sin un desarrollo educativo coherente con la realidad social del medio, no hay razón valedera para pensar que pueda darse un cambio actitudinal, provocador de nuevos paradigmas en la práctica profesional; menos probable aún es que se de en la función relacionada con la prestación de servicios; ella puede estar regulada e impuesta por Ley, pero con unas profesiones de la salud con la esperanza suspendida en el pasado, añorando cambios regresivos.

Afortunadamente entidades como la OFEDO - UDUAL, con el apoyo político de algunas universidades del área, ha venido motivando cambios de paradigma en la educación, para los centros de formación del recurso humano de salud en América Latina, conjuntamente con el apoyo local de profesionales de la educación que han enriquecido los conceptos con valiosa orientación. Sin embargo, aún estamos lejos de una actitud global de las universidades en esa dirección, en tanto que, reitero, manejan un discurso de apoyo a los cambios, pero incoherente con una actitud que soporta la perpetuación de los modelos tradicionales.

Es de justicia señalar que existen dependencias universitarias que con decisión política y grandes esfuerzos han venido enriqueciéndose en conceptos y actitudes que les han permitido iniciar el proceso de transformación curricular, pero, aunque valiosas muestras, siguen siendo casos aislados, a veces muy solitarios y vulnerables.

Se requiere una inserción real de la universidad con la sociedad para que consolide con raíces auténticas su misión y pueda emanciparse del alienamiento ideológico - politiquero que la avasalla a cambio de financiación, al menos para gastos de funcionamiento; el tormento habitual. Hasta entonces, la Universidad no tendrá éxitos reales al asumir supuestos retos como la formación de los recursos humanos para la salud, orientada con currículos flexibles y pertinentes con las realidades del medio y que admitan una permanente reconstrucción; mientras tanto, continuaremos con enormes esfuerzos tratando de ubicarnos en una tarea universitaria que nos conduzca más allá de los grandes logros adquiridos en ciencia y tecnología, pero si no se cambia la esencia epistemológica, el paso de los años nos dirá que se ha continuado en un trabajo esencialmente coyuntural; es razonable que se eluda la evaluación institucional sistematizada y permanente, si no puede utilizarse como retroalimentadora de reflexiones profundas y de cambios pertinentes con éstas.

Epílogo

A manera de epílogo se presenta el modelo educativo: "DOCENCIA - SERVICIO - INVESTIGACIÓN", que aunque ha sido difundido en foros nacionales e internacionales, pensamos que por darse aún, más en un plano potencial que en la praxis del hacer habitual en la formación de los actores de la salud, está justificada aquí la reiteración de aspectos argumentales, más que de los metodológicos; mientras no se debata generosamente el alcance social de este modelo, su esencia epistémica, no se logrará su aplicación.

Por la fuerza de su valor intrínseco, la "docencia - servicio - investigación", concebida dentro de los fundamentos conceptuales del "proceso salud - enfermedad", es una opción teórico-metodológica válida como alternativa del modelo "biotécnico", por su construcción coherente con las realidades de las comunidades, identificadas por medio de la investigación y demás acciones interrelacionadas de los diferentes actores de la salud y del desarrollo humano integral, en asocio con los grupos humanos específicos, como actores que son también desde la idea hasta los demás pasos que se avancen en el proceso de trabajo con dicho modelo.

Las realidades de las comunidades donde se actúe serán diferentes en tiempos y espacios, según los atributos y variables de los respectivos grupos humanos, pero con una doctrina común en la esencia teórico - metodológica, sumergiendo a los actores de las profesiones de la salud en una formación que integra realmente lo social y lo biotécnico, en lo operativo y en la construcción de una doctrina ético-social contra la inequidad.

La consistencia teórico-metodológica de la docencia - servicio y su sensibilidad para reconstruirse permanentemente con base en la dinámica social, lo hacen diferente de alternativas sólo ideológicas y además le dan permanencia y valor histórico, que sólo serán conservables, en cualquier modelo, mientras pueda retroalimentarse con los cambios sociales, con los saberes que lo sustentan, plenamente vigentes y con la actividad dirigida al hombre como razón esencial.

· Doy las gracias a los organizadores del evento por haberme permitido este relato, fundamentado en las ponencias de dos personajes tan brillantes en el campo de la educación superior como son los doctores Restrepo Cuartas y Gómez-Perineau. Espero haberlos podido interpretar.

Actividades como esta "IX Reunión de la OFEDO - UDUAL", que demandan altos costos y esfuerzos, sólo darán resultados promisorios si después de clausuradas, provocan la iniciación de debates constructivos sobre los temas en ellas tratados; en este caso teniendo como marco de referencia las tareas de la universidad ante la sociedad, entre ellas la educación y la salud en el contexto de los grandes cambios socio-políticos de la región, que ratifican el rebasamiento evidente que como modelo pedagógico, histórico, ha tenido el enfoque Biotecnológico excluido de la integración socio-humanista.

· Apropiémonos de la actitud creadora de facilitar que la Universidad descubra el cómo llegar a ser actor protagónico de propuestas transformadoras, sustentadas con peso investigativo y expresadas con independencia y fuerza crítica, para poder navegar en la cresta de la ola de los cambios, en vez de continuar el hacer rutinario de las universidades tradicionales que han perdido hasta su capacidad de perplejidad y asombro, aún ante las realidades de la vida diaria.

Esperamos que estos temas también tengan capacidad de convocatoria entre las organizaciones de los profesionales de la salud, con la idea de renovar paradigmas tradicionales y aproximar al hombre a niveles impor-

tantes de equidad en lo pertinente con ese complejo universo constituido por el objeto de trabajo, de estudio y de crítica de las profesiones de la salud frente a la sociedad, si realmente se ablandan las posiciones paradigmáticas tradicionales y se asumen los retos más allá de los academicismos universitarios y del acto clínico en las "consultas" de salud, privadas y colectivas.

1 Relato de dos ponencias centrales presentadas durante la IX Conferencia de la OFEDO - UDUAL, realizada en Medellín - Colombia, durante los días 4, 5 y 6 de Septiembre de 1997.

2 Profesor Emérito, Universidad de Antioquia, Medellín - Colombia.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN COLOMBIA

JAIME POSADA ARANGO

EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN COLOMBIA

Seguridad Social
Atención Particular

Seguridad Social
Atención Particular
Medicina Prepagada

Seguridad Social Pública
Privada
Atención Particular
Planes Complementarios

EVOLUCIÓN DEL SISTEMA REAL Y FINANCIERO EN COLOMBIA

GLOBALIZACIÓN

ANTES

- * Proteccionismo
- * Poca regulación
- * Paternalismo
- * Recurso humano
- * Balance social
- * Burocracia
- * Individualismo
- * Estructuras rígidas
- * Nacional
- * Baja competencia

DESPUÉS

- * Apertura
- * Alta regulación
- * Oportunidad
- * Talento humano
- * Balance social
- * Eficiencia
- * Alianzas
- * Estructuras planas
- * internacional
- * Alta competencia - servicio

EVOLUCIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

ANTES

- * Baja regulación
- * Baja competencia
- * Práctica individual
- * Pago directo
- * Sin mercadeo
- * Altos márgenes de rentabilidad
- * Manejo intuitivo

DESPUÉS

- * Alta regulación
- * Alta competencia
- * Práctica grupal
- * Alternativas de pago
- * Mercadeo
- * Márgenes de rentabilidad razonables
- * Manejo gerencial

EVOLUCIÓN DEL ESQUEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Particular (Independiente)



Asociativo, Cooperativo, Mutual,
Empresarial, Asalariado

COBERTURA DE LOS SERVICIOS

- * Antes de 1993
Aproximadamente el 25% de la población

- * Después de 1993
Aproximadamente el 50% de la población

FUNDAMENTOS DE LA LEY 100

Generales de la Ley 100

- * Eficiencia
- * Universalidad
- * Solidaridad
- * Integridad
- * Unidad
- * Participación

Particulares del Servicio de Salud

- * Equidad
- * Obligatoriedad
- * Protección integral
- * Libre escogencia
- * Autonomía de las instituciones
- * Descentralización administrativa
- * Participación social
- * Concertación
- * Calidad

GENERALIDADES DE LA LEY 100

Reglamentación

- Legales
- Filosóficos
- Derechos
- Procedimentales

Regímenes

- Contributivo
- Subsidiado

QUÉ SE VISUALIZA EN LA E.P.S.

Productos

POS
Planes complementarios
Medicina prepagada???

Organizaciones Fusiones

Liquidaciones
Coosourcing
Desarrollo
Infraestructura
Prestación de servicios
Inversión extranjera

ODONTOLOGÍA

- Debe tener copagos
- Tarifas competitivas
- Control deserción
- Sistema estricto de auditoría
- Negocio de volúmenes
- Experiencias positivas a nivel mundial



IX CONFERENCIA DE LA ORGANIZACIÓN DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA, PERTENECIENTE A LA UDUAL.

ENRIQUE CONTI BAUTISTA

El señor secretario general de la Unión de Universidades de América Latina, me ha dispensado el grande honor de representar la institución en esta conferencia.

En la pasada reunión del consejo Ejecutivo de la UDUAL, celebrada en Guanajuato, los días 3 y 4 de marzo del presente año, el señor presidente de la UDUAL, doctor BROVETO destacó la importancia de estas Conferencias periódicas para lograr la coordinación de esfuerzos hacia una meta de interés común en vísperas del tercer milenio.

Señaló asimismo, la necesidad de adoptar políticas y estrategias para la transformación de la Educación Superior. Me pregunto si la Educación Superior requiere realmente una transformación.

Evidentemente que sí, porque educación es libertad, es dignidad, es progreso, es realización de aspiraciones, es cultura, es salir de la oscuridad, es la realización de la persona humana en sus más altas aspiraciones, porque resulta ser la victoria del espíritu.

Nuestras Universidades de América Latina están empeñadas en lograrlo al constituirse como un conjunto relevante de responsabilidades de la vida Universitaria en el continente para pensar en las perspectivas del futuro desde realidades concretas que sitúan a las Universidades latinoamericanas en el centro de opciones por los derechos de las grandes mayorías marginadas.

Nuestras Universidades se encuentran en el umbral de importantes transformaciones para lograr la inserción social, es decir, una alianza de la Universidad con la sociedad. En este contexto, en el Seminario Internacional sobre su transformación de la Universidad en víspera del tercer milenio que tuvo lugar en Montevideo los días 13 y 14 de julio de 1996 se analizaron temas tan importantes como los siguientes:

1. Calidad y evaluación de la Educación Superior.
2. Papel que cumple y lugar que ocupa la Educación Superior en función de las demandas y urgencias de la sociedad.
3. Gestión y financiamiento de la Educación pública superior.

4. Cooperación internacional.
5. Información y comunicación.

No hay duda alguna, de que la Educación Superior requiere una transformación. Porque educación es libertad y la libertad requiere mecanismos que amplíen su radio de acción y liberen al ser humano de la esclavitud en todas sus formas, la mayor de las cuales es la ignorancia.

Porque, además, la educación es el reto de los tiempos modernos y al mismo tiempo, la tabla de salvación en el maremágnum de ideologías que invaden la mente humana para esclavizarla y confundirla.

De otra parte, cuanto más avancemos en el sendero de la Educación Superior, tanto más lograremos ir cerrando la brecha que nos separa de los países llamados "DESARROLLADOS" a los cuales estamos avasallados por su superioridad en el campo de la ciencia y la técnica.

Estas metas y estos propósitos encuentran adecuado soporte en el Artículo 2º de los Estatutos de la UDUAL del siguiente tenor: "la unión de las Universidades de América Latina tendrá como fin erigirse en un instrumento que favorezca la transformación de Universidades afiliadas para convertirlas en elementos eficaces del desarrollo económico-social y cultural de cada país de la región y su inserción útil en el proceso de globalización de los fenómenos económico-sociales, en un marco de equidad y justicia social."

Equidad y justicia social es lo que debemos enseñar a nuestros jóvenes para que en un futuro no tengamos que seguir produciendo la destrucción masiva y los odios de hermanos por razones e intereses que, como en las guerras religiosas deberían buscar mejores causas de solución a los conflictos o discrepancias ideológicas de la humanidad.

Si la educación es libertad pero requiere transformarse según los requerimientos de los tiempos, está bien que nos hayamos reunido y que nos reunamos cuantas veces haga falta, para mirar con los ojos claros al milenio que se avecina y que nos podría sorprender con los ojos cerrados.

ENRIQUE CONTI BALTIMA

Rector.

Universidad INCCA de Colombia.

Miembro de la junta Directiva de la UDUAL.

Vice-presidente de la Asociación de Universidades Colombo - Ecuatorianas.

Miembro de la A.U.A.I.P.I.C.

Miembro de la A.C.I.U.P