

# PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS DE LA SALUD PÚBLICA EN IBEROAMÉRICA



MEMORIA DE LA QUINTA CONFERENCIA  
PUERTORRIQUEÑA DE SALUD PÚBLICA

Solidaridad política y ciudadana por la Salud



---

**PERSPECTIVAS Y  
DESAFÍOS DE LA  
SALUD PÚBLICA EN  
IBEROAMÉRICA**

---



---

# PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS DE LA SALUD PÚBLICA EN IBEROAMÉRICA

---

MEMORIA DE LA QUINTA CONFERENCIA  
PUERTORRIQUEÑA DE SALUD PÚBLICA

---

2 AL 4 DE MAYO DE 2016

---



Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública  
Recinto de Ciencias Médicas  
Universidad de Puerto Rico

---

**PERSPECTIVAS Y  
DESAFÍOS DE LA  
SALUD PÚBLICA EN  
IBEROAMÉRICA**

---

MEMORIA DE LA QUINTA CONFERENCIA  
PUERTORRIQUEÑA DE SALUD PÚBLICA

---

2 AL 4 DE MAYO DE 2016

---

© De esta edición: Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública, 2020  
© De los textos: sus autores, 2020

Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública  
Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico  
PO Box 365067  
San Juan, Puerto Rico 00936-5067

*Para dirigir comentarios o solicitar información:*  
[hiram.arroyo1@upr.edu](mailto:hiram.arroyo1@upr.edu)

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo y colaboración de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico y la Fundación Francisco Carvajal.

---

**Revisión de textos y coordinación editorial** | Sonya Canetti Mirabal | Capicúa Editorial  
**Diseño de portada y diagramación** | Rosalía Ortiz Luquis  
**Obra de portada** | Rafael Rivera Rosa. Iniciación II, 1982. Xilografía (40" x 25")  
*Agradecemos al maestro Rivera Rosa su generoso apoyo a este proyecto por medio de la autorización para reproducir su obra.*

ISBN: 978-0-9978315-0-4

Ninguna parte de este libro puede ser reproducida, por medio alguno, sin previa autorización por escrito de su editor.

Impreso en Colombia | Printed in Colombia

## CONTENIDO

Consejo Editorial .....	13
Comité Organizador de la Conferencia .....	14
Colaboradores.....	19
Mensaje de la Dra. Dharma Vázquez Torres en saludo a la publicación de la memoria de la Quinta Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública <i>Decana Interina de la Escuela Graduada de Salud Pública</i> .....	25
Mensaje del Dr. Ralph Rivera Gutiérrez <i>Decano Escuela Graduada de Salud Pública (2014-2017)</i> .....	29
Notas del Editor <i>Hiram V. Arroyo</i> .....	31
Solidaridad política y ciudadana por la Salud <i>Hiram V. Arroyo</i> .....	33
Reseña Histórica de las Conferencias Puertorriqueñas de Salud Pública <i>Hiram V. Arroyo</i> .....	43

### PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS GLOBALES

Promover la solidaridad en torno a la salud: Mensaje en ocasión de la apertura de la Quinta Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública <i>Isabella Danel (Organización Panamericana de la Salud, Estados Unidos)</i> .....	71
Crisis global: Actores, procesos, consecuencias e impacto en la Salud Pública <i>Marcia Rivera Hernández (Puerto Rico)</i> .....	77
Los tres principales retos de la salud pública en el siglo 21 <i>Julio Frenk Mora (Estados Unidos)</i> .....	97
¿Época de cambios o cambio de época? Ideas para pensar los desafíos actuales de la salud pública <i>Joan Carles March Cerdá (España)</i> .....	103
Educando profesionales de la salud en el Siglo XXI <i>Laura Magaña Valladares (México)</i> .....	107
Consideraciones de salud pública que impulsaron la regulación del mercado de cannabis en Uruguay <i>Luis Yarzabal (Uruguay)</i> .....	113

El camino cubano hacia la cobertura universal de servicios de salud, 1960-2010 <i>Francisco Rojas Ochoa (Cuba)</i> .....	125
Sistema Nacional de Salud en España <i>José Ramón Martínez Riera y Carmen Gallardo Pino (España)</i> .....	135
Perspectivas de los sistemas de salud en América Latina: algunos apuntes sobre la experiencia de Costa Rica <i>Mauricio Vargas Fuentes (Costa Rica)</i> .....	153
Proyecto de formación en atención integral para equipos locales de salud, República Dominicana 2014-2015 <i>Escarle Peña (República Dominicana)</i> .....	159
La formación integral del profesional de la salud en Cuba desde la relación universidad-comunidad <i>Mirna León Acebo y Mayra Acebo Rivera (Cuba)</i> .....	165
Pertinencia de la especialidad y el diplomado en Enfermería y Salud Mental de Cuba <i>Marta Otero Ceballos y Maricela Torres Esperón (Cuba)</i> .....	177
Pensamiento Iberoamericano con relación al Movimiento Internacional de Universidades Promotoras de la Salud y la Carta de Okanagan <i>Ana M. Martínez Pérez (Ecuador), Hiram V. Arroyo (Puerto Rico), Carmen Gallardo Pino (España), Mayela Avendaño Salas (Costa Rica), Adrián Moya Escalera (México), Susana Terry González (Cuba), Jaime Breilh (Ecuador), Monica Castillo Rosales (Chile) y María Constanza Granados Mendoza (Colombia)</i> .....	183

## **PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS NACIONALES**

Rostros y voces que reclaman solidaridad política y ciudadana por la salud <i>Josefina Pantoja Oquendo</i> .....	205
La solidaridad política y ciudadana para transformar la situación actual <i>María Dolores Fernós</i> .....	211
El arte de la salud / la salud del arte <i>Antonio Martorell Cardona</i> .....	217
La migración en Puerto Rico: flujos, realidades y desafíos <i>Luz E. León López, Alberto L. Velázquez Estrada, Emma E. Bruno Quiroz y Dharma Rodríguez Pagán</i> .....	221
Perfil de salud y gastos en salud de los adultos mayores en Puerto Rico en 2013: Análisis secundario de una base de datos de utilización de servicios de salud <i>José R. Carrión-Baralt, Natalia B. Pagán Guadalupe, Luis G. Díaz Logroño, Joel A. Vélez Egipciano</i> .....	233



Confiableidad de las estadísticas de salud en Puerto Rico <i>Ana Luisa Dávila, Orville Disdier Flores, Idania R. Rodríguez Ayuso, Alberto R. Velázquez Estrada y Mario Marazzi Santiago</i> .....	247
Desde la Sociedad Civil: Voces de Cambio en el Sistema de Salud en Puerto Rico y Nueva York <i>Marinilda Rivera Díaz, Matt Anderson, Anthony Feliciano y Sarah Huertas</i> .....	265
Enfoque del Departamento de Salud hacia la Promoción de la Salud en Puerto Rico <i>Yiselly Vázquez Guzmán</i> .....	281
La Prensa y la Salud Pública en Puerto Rico <i>América Facundo y Wilda Rodríguez</i> .....	291
Economía política en la demografía de Donald Trump y en la Crisis Fiscal en Salud en Puerto Rico <i>Luis A. Avilés, Raquel Corchado y Nylca Muñoz</i> .....	299
El Programa Graduado de Demografía: Logros, pertinencia y retos futuros en el quehacer salubrista de Puerto Rico <i>Luz E. León López, Ana L. Dávila, Ana J. Montalvo-Burke, Nancy Vega Ramos y Raúl Figueroa Rodríguez</i> .....	317
Desarrollo histórico, logros y desafíos del Programa de Demografía de la Universidad de Puerto Rico <i>Ana Luisa Dávila</i> .....	329
Estudio sobre las manifestaciones y actitudes en torno a la violencia en las relaciones de pareja entre jóvenes <i>Vivian Rodríguez Del Toro, Esther Vicente, María Dolores Fernós, Yanira Reyes Gil y Marilucy González Báez</i> .....	335



## CONSEJO EDITORIAL

Hiram V. Arroyo - Puerto Rico  
*Coordinador de la Quinta Conferencia Puertorriqueña  
de Salud Pública y editor*

Mayra Acebo Rivera - Cuba	Ana. M. Martínez Pérez - Ecuador
Matt Anderson - Estados Unidos	José Ramón Martínez Riera - España
Mayela Avendaño Salas - Costa Rica	Antonio Martorell - Puerto Rico
Luis A. Avilés - Puerto Rico	Adrián Moya Escalera - México
Jaime Breilh - Ecuador	Ana J. Montalvo Burke - Puerto Rico
Emma E. Bruno Quiroz - Puerto Rico	Nylca J. Muñoz Sosa - Puerto Rico
José R. Carrión-Baralt - Puerto Rico	Marta Otero Ceballos - Cuba
Mónica Castillo Rosales - Chile	Natalia B. Pagán Guadalupe - Puerto Rico
Raquel Corchado - Puerto Rico	Josefina Pantoja Oquendo - Puerto Rico
Isabella Danel - Estados Unidos	Escarle Peña - República Dominicana
Ana Luisa Dávila - Puerto Rico	Yanira Reyes Gil - Puerto Rico
Luis G. Díaz Logroño - Puerto Rico	Marcia Rivera Hernández - Uruguay   Puerto Rico
Orville Disdier Flores - Puerto Rico	Ralph Rivera Gutiérrez - Puerto Rico
América Facundo - Puerto Rico	Marinilda Rivera Díaz - Puerto Rico
Anthony Feliciano - Puerto Rico	Wilda Rodríguez - Puerto Rico
María Dolores Fernós - Puerto Rico	Idania R. Rodríguez Ayuso - Puerto Rico
Raúl Figueroa Rodríguez - Puerto Rico	Vivian Rodríguez del Toro - Puerto Rico
Álvaro Franco-Giraldo - Colombia	Dharma Rodríguez Pagán - Puerto Rico
Julio Frenk Mora - Estados Unidos	Francisco Rojas Ochoa - Cuba
Carmen Gallardo Pino - España	Susana Terry González - Cuba
María Constanza Granados Mendoza - Colombia	Maricela Torres Esperón - Cuba
Marilucy González Báez - Puerto Rico	Mauricio Vargas Fuentes - Costa Rica
Sarah Huertas - Puerto Rico	Yiselly M. Vázquez Guzmán - Puerto Rico
Mirna León Acebo - Cuba	Nancy Vega Ramos - Puerto Rico
Luz E. León López - Puerto Rico	Alberto L. Velázquez Estrada - Puerto Rico
Laura Magaña Valladares - México	Joel A. Vélez Egipciano - Puerto Rico
Mario Marazzi Santiago - Puerto Rico	Esther Vicente - Puerto Rico
Joan Carles March Cerdá - España	Luis A. Yarzabal Terra - Uruguay

# COMITÉ ORGANIZADOR DE LA CONFERENCIA

## COORDINACIÓN GENERAL

Dr. Hiram V. Arroyo – Presidente  
Dr. Ralph Rivera  
Lcdo. Luis Estremera  
Profª. Daisy M. Gely  
Dra. Linnette Rodríguez  
Dra. María del C. Santos  
Dra. Luz E. León  
Sra. Ana C. Martínez  
Sr. Carlos Valero  
Sra. Xiomara Castillo  
Sr. Eliel Melón  
Sr. Edgardo J. Ortíz  
Srta. Melissa Pagán – Presidenta, Consejo de Estudiantes EGSP  
Srta. Lilliana Serrano – Representante estudiantil  
Srta. Nancy R. Cardona – Representante estudiantil  
Dra. Madeline Reyes – Secretaria Auxiliar de Promoción de la Salud, Departamento de Salud  
Dr. Jesús Irizarry – Asesor de Salud de La Fortaleza  
Lic. Edna Díaz – Procuradora del Paciente  
Dr. Raúl Castellanos – Oficina de Coordinación de la OPS-Puerto Rico  
Dr. Luis A. Rosario – Asociación de Salud Pública de Puerto Rico (ASPPR)

## COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Hiram V. Arroyo – Coordinador  
Dra. Linnette Rodríguez – Co-Coordinadora  
Dra. Nirzka M. Labault – Coordinadora de Moderadores de Sesiones Orales

Dra. Edna Acosta  
Dra. Carmen Albizu  
Dra. Wanda I. Altreche  
Dr. Luis A. Avilés  
Dr. Luis A. Bonilla  
Dr. Juan L. Bonilla  
Dra. María T. Borges  
Dr. José Carrión  
Profª. Marcilyn Colón  
Dra. Vivian Colón  
Dra. Ivellisse García  
Dr. Michael González  
Dra. Imar Mansilla  
Dra. Cruz M. Nazario  
Dra. Marlén Oliver  
Dra. Cristina Palacios  
Dra. Teresa Pedroso  
Dra. Cynthia Pérez  
Dra. Silvia E. Rabionet  
Dr. Juan C. Reyes  
Sr. Erick Rivera  
Dr. Ralph Rivera  
Dra. Winna Rivera  
Dr. Carlos E. Rodríguez  
Dra. Sheilla Rodríguez  
Dr. Luis A. Rosario  
Dra. Rosa Rosario  
Dr. Ramón Sánchez  
Dra. Lydia E. Santiago  
Dra. María del C. Santos  
Dr. José Seguinot  
Dr. Erick L. Suárez  
Profª. Nancy Vega

Dra. Carmen M. Vélez

Dra. Mildred Vera

Dra. América Facundo – Escuela de Medicina

Dra. Annabell C Segarra – Escuela de Medicina

Dra. Nydia Chévere – Escuela de Medicina  
Dental

Dra. Elba C. Díaz – Escuela de Medicina Dental

Profa. Mayra L. Vega – Escuela de Farmacia

Dra. Emilia Acevedo – Escuela de Profesiones de  
la Salud

Dra. Elba Román – Escuela de Profesiones de la  
Salud

Dra. Lourdes E. Soto – Escuela de Profesiones de  
la Salud

#### **COMITÉ DE EVALUACIÓN DE RESÚMENES**

Dr. Hiram V. Arroyo – Coordinador

Dra. Linnette Rodríguez – Co-Coordinadora

Dra. Edna Acosta

Dr. Luis A. Avilés

Dra. Nydia Chévere

Dra. Elba C. Díaz

Dra. Imar Mansilla

Dr. Pablo Méndez

Dra. Marisol Peña

Dra. Cynthia M. Pérez

Dr. José M. Pérez

Dra. Silvia E. Rabionet

Dr. Juan C. Reyes

Sr. Erick Rivera

Dr. Ralph Rivera

Dr. Carlos J. Rodríguez

Dr. Mario Rodríguez

Dra. Lydia E. Santiago

Dra. Carmen M. Vélez

#### **COMITÉ CIENTÍFICO PARA TRABAJOS DE ESTUDIANTES**

Dra. Ana P. Ortiz – Coordinadora

Dr. José Carrión

Dra. América Facundo

Dra. Ivellisse García

Dra. Nirzka Labault

Dra. Imar Mansilla

Dra. Cristina Palacios

Dra. Marisol Peña

Dra. Cynthia Pérez

Dr. José Pérez

Dr. Juan C. Reyes

Dr. Carlos I. Rodríguez

Dr. Mario Rodríguez

Dr. Edgardo Ruiz

Dra. Carmen M. Vélez

#### **COMITÉ DE LOGÍSTICA**

Profa. Daisy M. Gely – Coordinadora

Prof. Luis Estremera – Co-Coordinador

Lic. Edgardo J. Ortiz

Dra. Wanda Altreche

Dr. Juan Bonilla

Srta. Marielane Cancel

Srta. Nancy Cardona – Estudiante Doctoral

Profa. Marcilyn Colón

Sra. Yoscar A. Lindon – Estudiante de Maestría

Dra. Alida Marrero

Sra. Julieanne Miranda – Estudiante Doctoral

Dra. Alixida Ramos  
Dra. Winna Rivera  
Dra. Linnette Rodríguez  
Dr. Luis A. Rosario - ASPPR  
Dra. Carol Salas  
Dra. Mayra Santiago  
Dra. María del C. Santos  
Dr. Roberto Torres  
Lic. Yiselly M. Vázquez  
Dra. Carmen M. Vélez

#### **COMITÉ DE ARTE Y SALUD**

Dra. María del C. Santos – Coordinadora  
Dra. Luz E. León – Co-Coordinadora  
Dra. Wanda I. Altreche  
Srta. Rosalie Ayala  
Dr. José Carrión  
Dr. Luis A. Echevarría  
Dr. Heriberto Marín  
Srta. Sheilarie Martínez  
Sra. Odette S. Rivera  
Dr. Ralph Rivera  
Profá. Carmen M. Santos  
Dr. José Seguinot  
Dr. Horacio Serrano  
Dr. Edison Viera

#### **COMITÉ DE FINANZAS Y DONATIVOS**

Dr. Ralph Rivera – Coordinador  
Dr. Hiram V. Arroyo – Co-Coordinador  
Dra. Annie Alonso  
Dr. Heriberto Marín

Lic. Larisa Nieves  
Dra. Ana P. Ortiz  
Dr. José Pérez  
Dr. Ángel A. Rivera  
Dr. Carlos E. Rodríguez  
Dra. María del C. Santos  
Sr. Carlos Valero

#### **COMITÉ DE VINCULACIÓN COMUNITARIA**

Sra. Ana C. Martínez – Coordinadora  
Dra. Annie Alonso  
Dra. Edna Acosta  
Dr. Hiram V. Arroyo  
Sra. Bethzaida Díaz  
Dra. Elba C. Díaz  
Profá. Daisy M. Gely  
Sra. Julieanne Miranda  
Profá. Edna Pacheco  
Dra. Marisol Peña  
Sr. Erick Rivera  
Dr. Luis A. Rosario  
Dr. Ramón Sánchez  
Dra. María del C. Santos  
Srta. Ilia M. Torres  
Lic. Yiselly Vázquez

#### **COMITÉ DE COMUNICACIONES**

Prof. Luis Estremera – Coordinador  
Profá. Marcilyn Colón  
Sr. Angel Hoyos  
Dra. Nirzka M. Labault  
Dra. Rosa Marchand

Dr. Carlos Ortíz

Sr. Luis Alberto Rivera

Dra. Linnette Rodríguez

Dra. Ada M. Alemán – Escuela de Profesiones de  
la Salud

**COMITÉ ASESOR EXHIBICIÓN SOBRE EL  
DESARROLLO HISTÓRICO DE LA SALUD  
PÚBLICA**

Dra. Silvia E. Rabionet - Coordinadora

Dr. Hiram V. Arroyo

Dr. Raúl Mayo

Dra. Annette Ramírez

Dr. José G. Rigau

Dr. Eduardo Rodríguez

**APOYO ADMINISTRATIVO**

Sra. Yaritza Morgado

Sra. Ramonita Morales

Srta. Marielane Cancel

Srta. Cristal F. Medina

Srta. Yohalis Morales

Lic. Larisa Nieves

Sr. Carlos A. Ríos

Sr. Erick Rivera





# COLABORADORES

**Acebo Rivera, Mayra**

Profesora Titular de la Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Las Tunas, Cuba.

**Anderson, Matt**

Catedrático Auxiliar Medicina Social y de Familia, Escuela de Medicina Albert Einstein, Facultad, Sistema de Salud Montefiore, Nueva York.

**Arroyo, Hiram V.**

Catedrático y Director del Departamento de Ciencias Sociales. Programa de Educación en Salud Pública, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Director del Centro Colaborador de la OMS/OPS. Coordinador de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS).

**Avendaño Salas, Mayela**

Directora del Departamento de Bienestar Estudiantil, Vicerrectoría de Vida Estudiantil, Universidad Nacional de Costa Rica. Representante de Costa Rica ante la Junta Coordinadora de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS).

**Avilés, Luis A.**

Catedrático, Programa Doctoral en Determinantes Sociales de la Salud, Departamento de Ciencias Sociales, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Es columnista de la revista cultural 80 Grados ([www.80grados.net](http://www.80grados.net)).

**Breilh, Jaime**

Director del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar de Ecuador, Coordinador del Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad.

**Bruno Quiroz, Emma E.**

Demógrafa, MMM Holdings, LLC

**Carrión-Baralt, José R.**

Catedrático Asociado del Programa de Gerontología, Departamento de Desarrollo Humano, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Psicólogo Clínico y Epidemiólogo. Miembro del Consejo Asesor sobre Alzheimer del Departamento de Salud de Puerto Rico.

**Castillo Rosales, Monica**

Jefa Centro de Salud Estudiantil, Departamento Estudiantil de la Universidad Católica del Norte, Sede Coquimbo, Chile. Coordinadora de la Red Chilena de Universidades Promotoras de la Salud.

**Corchado, Raquel**

Estudiante de Maestría en el Programa de Ciencias en Demografía de la Escuela Graduada de Salud Pública, Departamento de Ciencias Sociales, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Trabaja como asistente de investigación en el Youth Prevention Program (YPREV).

**Danel, Isabella**

Directora Adjunta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con sede en Washington, D. C.

**Dávila, Ana Luisa**

Catedrática, Programa de Ciencias en Demografía, Departamento de Ciencias Sociales, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

**Díaz Logroño, Luis G.**

Egresado del Programa de Maestría en Salud Pública en Gerontología, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Ha realizado investigaciones en el tema de demencia. Ha presentado trabajos en foros locales y en el Gerontological Society of America Scientific Meeting 2014.

**Disdier Flores, Orville**

Gerente Senior de Proyectos Estadísticos, Especialidad: Educación y Familia. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico.

**Facundo, América**

Catedrática, Escuela de Medicina, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

**Feliciano, Anthony**

Director de la Comisión Sobre el Sistema de Salud del Público, NY, NY

**Fernós, María Dolores**

Abogada, activista feminista, primera Procuradora de las Mujeres de Puerto Rico, profesora honoraria de la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico y co-fundadora del Instituto de Estudios de las Mujeres, Género y Derecho de la misma institución.

**Figueroa Rodríguez, Raúl**

Consultor en Demografía. Cursó estudios en la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Directora Ejecutiva del Registro Demográfico de Puerto Rico.

**Franco Giraldo, Álvaro**

Médico, Doctor en Salud Pública, Profesor Titular. Vicerrector General de la Universidad de Antioquia. Ex Decano de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

**Frenk Mora, Julio**

Presidente de la Universidad de Miami. Líder destacado en salud pública global. Es Profesor de la cátedra de Ciencias de Salud Pública de la Escuela de Medicina Leonard M. Miller y un nombramiento secundario como Profesor del Departamento de Administración del Sector de Salud y Normas en la Escuela de Administración de Empresas. Se desempeñó como Decano de la Escuela de Salud Pública T.H. Chan de la Universidad de Harvard desde enero de 2009.

**Gallardo Pino, Carmen**

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, España. Profesora Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento Medicina y Cirugía, Psicología, Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología Microbiología Médica y Enfermería y Estomatología. Miembro de la Red Española de Universidades Saludables (REUS).

**González Báez, Marilucy**

Abogada y Catedrática Asociada de la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico. Inició y dirige el Proyecto Pro Bono y es cofundadora del Instituto de Estudios sobre Mujeres, Género y Derecho de la misma institución.

**Granados Mendoza, María Constanza**

Consultora de Promoción de la Salud, Docente de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, Colombia. Fundadora - Asesora de la Red Colombiana de Universidades Promotoras de la Salud (REDCUPS). Coordinadora de la Comisión de participación de estudiantes de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS).

**Huertas, Sarah**

Catedrática, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

**León Acebo, Mirna**

Profesora Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Las Tunas, Cuba.

**León López, Luz E.**

Catedrática y Coordinadora del Programa de Ciencias en Demografía, Departamento de Ciencias Sociales, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

**Magaña Valladares, Laura**

Directora Ejecutiva de la Asociación de Escuelas y Programas de Salud Pública (ASPPH) de los Estados Unidos. Ex Secretaria Académica del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

**Marazzi Santiago, Mario**

Exdirector Ejecutivo del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico.

**March Cerdá, Joan Carles**

Ex Director de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) en Granada, España. Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona y profesor de la EASP desde 1989. Sus áreas de trabajo han estado centradas en Promoción de Salud y Salud Pública, donde fue director para Europa de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (1999-2001).

**Martínez Pérez, Ana M.**

Docente e investigadora de la Escuela de Medicina de la Universidad de las Américas en Quito, Ecuador. Destacada propulsora del Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud.

**Martínez-Riera, José Ramón**

Profesor Titular Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Miembro de la Red Española de Universidades Saludables (REUS).

**Martorell, Antonio**

Artista Residente de la Universidad de Puerto Rico en Cayey. Pintor, artista gráfico, escritor y personalidad de radio y televisión. Expone regularmente en Puerto Rico y los Estados Unidos y participa en eventos de arte de todo el mundo.

**Montalbo Burke, Ana J.**

Demógrafa. Egresada del Programa de Ciencias en Demografía, Departamento de Ciencias Sociales, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

**Moya Escalera, Adrián**

Director del Servicio Médico Universitario, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo en México. Fue Coordinador de la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud.

**Muñoz Sosa, Nylca J.**

Abogada y Profesora Adjunta de la Escuela de Derecho de la Universidad de Puerto Rico. Inició y dirige ProBono Justicia en Salud. Candidata Doctoral en Salud Pública, DrPHc, con Especialidad en Determinantes Sociales de la Salud, Departamento de Ciencias Sociales, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

**Otero Ceballos, Marta**

Profesora Titular e Investigadora Auxiliar. Doctora en Ciencias de la Educación Médica, Master en Psiquiatría Social y Licenciada en Enfermería. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba.

**Pagán Guadalupe, Natalia B.**

Egresada del Programa de Maestría en Salud Pública en Gerontología, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Ha realizado investigaciones en el tema de demencia. Ha presentado trabajos en foros locales y en el Gerontological Society of America Scientific Meeting 2014.

**Pantoja Oquendo, Josefina**

Abogada, Activista de Derechos Humanos, Integrante de varias organizaciones incluyendo a la Organización Puertorriqueña de la Mujer Trabajadora (OPMT), Coordinadora Paz para la Mujer, Instituto Puertorriqueño de Derechos Civiles, entre otras.

**Peña, Escarle**

Directora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), República Dominicana.

**Reyes Gil, Yanira**

Catedrática Asociada y Decana de Asuntos Académicos de la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana. Co-fundadora del Instituto de Estudios sobre Género, Mujeres y Derecho de la misma institución. Miembro de la Junta de Directores del Instituto Caribeño de Derechos Humanos.

**Rivera Díaz, Marinilda**

Investigadora del Centro de Investigaciones Sociales, Profesora de Trabajo Social, Escuela Graduada de Trabajo Social, Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico.

**Rivera Hernández, Marcia**

Directora del Instituto Latinoamericano de Educación para el Desarrollo (ILAEDES), Uruguay y Puerto Rico.

**Rivera Gutiérrez, Ralph**

Ex Decano de la Escuela Graduada de Salud Pública, Catedrático del Departamento de Administración, Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

**Rodríguez Ayuso, Idania R.**

Gerente Senior de Proyectos Estadísticos, Especialidad: Salud y Justicia. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico.

**Rodríguez del Toro, Vivian**

Psicóloga y Catedrática de la Escuela de Psicología de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto Metropolitano. Ex presidenta de la Asociación de Psicología de Puerto Rico. Investigadora y colaboradora del Instituto de Estudios de las Mujeres, Género y Derecho de la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico.

**Rodríguez Pagán, Dharma**

Estudiante del Programa Graduado de Demografía, Departamento de Ciencias Sociales, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

**Rodríguez, Wilda**

Periodista puertorriqueña en medios de comunicación escrita, radial y televisiva. Productora, libretista y conductora de programas de radio y televisión. Consultora política y de medios para políticos y sindicalistas en Puerto Rico y Estados Unidos. Presidió la Asociación de Periodistas de Puerto Rico. Actualmente mantiene una columna en El Nuevo Día.

**Rojas Ochoa, Francisco**

Profesor e Investigador de Mérito. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.  
Doctor en Ciencias Médicas y Académico Titular. Ostenta la Orden Carlos J. Finlay conferida por el Consejo de Estado de la República de Cuba.

**Terry González, Susana**

Especialista de Primer y Segundo Grado en Epidemiología, Máster en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias. Profesora Auxiliar, Grupo de Promoción de Salud, UPP. Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP).

**Torres Esperón, Maricela**

Profesora e Investigadora Titular, Doctora en Ciencias de la Salud, Master en Atención Primaria de Salud y Licenciada en Enfermería. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba.

**Vargas Fuentes, Mauricio**

Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

**Vázquez Guzmán, Yiselly M.**

Educadora en Salud de la Secretaría Auxiliar de Promoción de la Salud del Departamento de Salud de Puerto Rico. Fue Presidenta de la Asociación de Educadores en Salud de Puerto Rico.

**Vega Ramos, Nancy**

Demógrafa. Cursó estudios en la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Directora Ejecutiva del Registro Demográfico de Puerto Rico.

**Velázquez Estrada, Alberto R.**

Gerente de Proyectos Estadísticos con Especialidad en Demografía. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico.

**Vélez Egipciano, Joel A.**

Egresado del Programa de Maestría en Salud Pública en Gerontología, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Ha realizado investigaciones en el tema de demencia. Ha presentado trabajos en foros locales y en el Gerontological Society of America Scientific Meeting 2014.

**Vicente, Esther**

Catedrática de la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico y co-fundadora del Instituto de Estudios de las Mujeres, Género y Derecho de la misma institución.

**Yarzabal Terra, Luis Alberto**

Presidente de la Junta de Transparencia y Ética Pública del Uruguay y Presidente del Comité Científico Asesor para el Monitoreo y la Evaluación de las Políticas de Regulación y Control de las Drogas en Uruguay.

---

## **MENSAJE EN SALUDO A LA PUBLICACIÓN DE LA MEMORIA DE LA QUINTA CONFERENCIA PUERTORRIQUEÑA DE SALUD PÚBLICA**

**DHARMA VÁZQUEZ TORRES, PHD, MHSA**

*Decana Interina de la Escuela Graduada de Salud Pública  
Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico*

La Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico celebra el éxito de la *V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública* (2016) y agradece a todos los sectores profesionales, sociales y ciudadanos que respondieron a la convocatoria con su participación destacada.

Saludamos con especial orgullo a la clase salubrista y agradecemos el privilegio de que las mentes más prominentes de este abarcador campo profesional se hayan reunido en Puerto Rico para proseguir la conversación inagotable sobre las mejores formas de enfrentar las necesidades de salud de un pueblo, en este caso de todos los pueblos latinoamericanos e iberoamericanos.

La perseverancia y la entrega de los(as) salubristas profesionales formados(as) en Puerto Rico, y de aquellos(as) que vinieron de otros países para compartir sus conocimientos y así enriquecer nuestra experiencia, requiere un especial reconocimiento. Son ellos y ellas en conjunto quienes poco a poco desvelan la cortina de la oscuridad y dan paso al primer rayo de luz para permitir que se manifieste el día.

Aunque Puerto Rico comparte con nuestros pueblos hermanos un sinnúmero de características de la salud, cada uno de ellos exhibe, asimismo, sus propias singularidades. En el caso de Puerto Rico, una reforma abarcadora del sistema de salud en la década del 80 redefinió el modo de impartir salud —en nuestra opinión el derecho más sagrado de un pueblo— y ha recorrido

su curva de crecimiento y el natural deterioro por las razones clásicas, entre otras: la falta de financiación adecuada, la fuga de profesionales de la salud a otros países, el empobrecimiento de la clase media, la injerencia considerable y desproporcionada de los intermediarios de la prestación de salud y los incipientes retos a la salud y la dificultad para adoptar modelos novedosos de dispensar servicios que no se contemplan en la plataforma actual.

Las voces ciudadanas de un amplio abanico social y político nutren el imaginario del(la) salubrista con sus vivencias de situaciones límite: la inequidad en la atención de la salud, los crecientes riesgos ambientales, la discriminación de sectores de la sociedad, el rechazo oficialista a soluciones novedosas y/o alternas, la falta de estadísticas en tiempo real, por mencionar tan solo algunas. Los testimonios de los(as) profesionales de la salud – académicos, investigadores, los que viven y ejercen aquí o en países con sistemas nacionales de salud, y los representantes de movimientos ciudadanos en pro de la salud, son materia prima para esculpir el rumbo hacia el futuro. La suma de cada una de esas realidades que nos hacen pueblo, latinoamericanos y ciudadanos del mundo señalan el camino hacia un sistema de salud universal.

No nos consta que las cartas le deparen a Puerto Rico en el futuro cercano un nuevo y mejor reinvento del sistema de salud: aún no se avista en el horizonte. Nos consta que dependemos de modificaciones al sistema de salud federal norteamericano para comenzar a corregir o rediseñar el nuestro, a tenor con esos cambios. Es un tema que pide participación masiva del pueblo en la toma de toda decisión que afecte la salud del País. Pero es un asunto que exigirá tiempo, paciencia y tenacidad.

En esta particular coyuntura, a nuestro País le tocó vivir en 2017 dos de los mayores y más devastadores eventos climatológicos que hayan sufrido las Américas. Vivir y sobrevivir una catástrofe de esa magnitud nos acredita para contar historias de humanidad al resto del mundo. Nos capacita a base del drama de las experiencias de toda índole. Nos escribe en tinta indeleble la realidad de que las deficiencias del sistema y las carencias del País son capaces de anular el deseo y la determinación. Pero nos consagra en los relatos de valor y entrega. Las gestas de los profesionales del salubrísimo y de la salud han sido legendarias. Como también lo ha sido la ayuda desinteresada de cientos o miles de ciudadanos de países hermanos que comparecieron por convicción propia a brindar apoyo, alimento, protección y consuelo a los que esperaban por una mano caritativa. Puerto Rico tiene una deuda perpetua con todos aquellos que reconocieron nuestro trance y respondieron con un sí a sus hermanos.

A los(as) salubristas: Puerto Rico y el mundo cuentan con ustedes para que señalen el camino hacia la meta de una salud justa, equitativa, inclusiva, respetuosa y consciente de las necesi-



dades colectivas, así como de las que son particulares a algunos sectores de la sociedad. Un sistema de salud que, por encima de todo, reconozca - de hecho y no solo de palabra - al ser humano como razón de ser, protagonista y beneficiario único de esta empresa.

Con admiración y respeto,

**Dharma Vázquez Torres, MHSA, PhD**

*Decana Interina*



---

## MENSAJE DEL DR. RALPH RIVERA GUTIÉRREZ

*Decano Escuela Graduada de Salud Pública (2014-2017)  
Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico*

Esta publicación, *Perspectivas y Desafíos de la Salud Pública Moderna*, recoge varias de las contribuciones científicas más destacadas presentadas en la V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública, celebrada en San Juan en mayo de 2016. La misma se llevó a cabo conjuntamente con el V Festival de Arte y Salud y el Encuentro Iberoamericano de Escuelas de Salud Pública.

Fue un privilegio para los salubristas puertorriqueños recibir a colegas de veinte países hermanos para participar en esta gran celebración de la Salud Pública. El encuentro nos brindó una oportunidad inigualable para reflexionar sobre el tema principal de la conferencia, Solidaridad Política y Ciudadana para la Salud. Desde esa plataforma abordamos el reto que implica superar las fronteras visibles e invisibles de un mundo globalizado, ante cuyas nuevas realidades emergentes, la Salud Pública juega, sin duda, un rol esencial. La V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública nos ofreció la oportunidad de compartir el más avanzado conocimiento científico sobre la Salud Pública, así como las diversas perspectivas multidisciplinarias y multisectoriales de nuestras experiencias profesionales.

La V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública propició un punto de encuentro excepcional para los colegas salubristas. El evento se ha convertido en un excelente foro para una amplia y variada exposición de trabajos científicos y para el debate sobre los diferentes aspectos de la Salud Pública, desde la perspectiva teórica, de investigación, de la práctica, y de la enseñanza y aprendizaje de las disciplinas del campo de la Salud Pública. Sin lugar a dudas, la Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública constituye un foro útil y valioso para la reflexión sobre el futuro de la Salud Pública en la región de las Américas.

La V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública fue un excelente escenario para la reflexión, la comunicación y la colaboración entre la comunidad científica dedicada a la Salud Pública en Latinoamérica y el Caribe. Durante la conferencia se fomentó exitosamente la integración entre

grupos y asociaciones profesionales de la salud, instituciones y organizaciones de salud públicas y privadas, programas y proyectos de servicio, centros de investigación, escuelas y programas académicos, e iniciativas comunitarias nacionales e internacionales.

Esta publicación agrupa los trabajos seleccionados, en dos áreas principales: Perspectivas Globales y Perspectivas Nacionales. Bajo Perspectivas Globales se incluyen presentaciones importantes de colegas de Cuba, Ecuador, Estados Unidos, México, República Dominicana y Uruguay. En Perspectivas Nacionales se discuten temas de actualidad e importancia para la Salud Pública en Puerto Rico.

Hacemos constar nuestro profundo agradecimiento hacia toda la comunidad de la Escuela Graduada de Salud Pública: los estudiantes, el personal no-docente, la facultad y nuestros colaboradores dentro y fuera del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Su compromiso y apoyo nos permitió llevar a cabo la V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública con un alto grado de excelencia.

Igualmente, agradecemos a todos los delegados que participaron en esta histórica conferencia las valiosas contribuciones científicas aportadas a través de sus charlas, de las sesiones especiales y carteles. Valoramos la oportunidad de conocerlos personalmente y estrechar lazos de amistad y colaboración. ¡Nos reencontraremos en la VI Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública!

---

## NOTAS DEL EDITOR

La Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública es el evento científico, profesional y comunitario de mayor proyección académica de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. La quinta edición de este encuentro internacional se efectuó del 2 al 4 de mayo de 2016 en el Centro de Convenciones de Puerto Rico, en la ciudad de San Juan, y tuvo como tema central de los trabajos la “Solidaridad política y ciudadana por la salud”. El presente libro, *Perspectivas y desafíos de la Salud Pública en Iberoamérica*, representa el documento de memorias de dicha Quinta Conferencia.

La publicación recoge una selección de los artículos, ponencias y discursos presentados, cuyos contenidos responden a la convocatoria abierta del Comité Científico del evento y al interés particular de los autores para compartir sus trabajos. Asimismo, el volumen representa una modalidad de trabajo antológico en los campos de la Salud Pública y la Promoción de la Salud cuya selección tuvo como base el eje temático general de las perspectivas y los desafíos de la Salud Pública.

El contenido se ha organizado en tres partes. La primera parte consiste en la descripción del contexto de la V Conferencia efectuada en 2016 y los antecedentes de las anteriores Conferencias Puertorriqueñas de Salud Pública. La segunda parte del libro destaca un seleccionado de trabajos presentados por personalidades del mundo académico y profesional de la Salud Pública y la Promoción de la Salud de Iberoamérica. Los autores y coautores representan a Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, Estados Unidos de Norteamérica, México, República Dominicana y Uruguay. A su vez, la tercera parte incorpora contenido de análisis social, de investigación y de acciones políticas y programáticas de salud en el contexto puertorriqueño. La singularidad de la tercera parte consiste en lo variado de los temas desarrollados por figuras del ámbito académico, cultural y comunitario de Puerto Rico.

*Perspectivas y desafíos de la Salud Pública en Iberoamérica* incorpora contenido de gran valor para caracterizar la situación y los desafíos de la Salud Pública a nivel nacional y global, además de presentar información de amplia pertinencia social para facilitar el análisis social y de salud. Confiamos en que esta publicación será un valioso material de referencia científica para profesionales y organizaciones del sector salud y sectores relacionados.

**Dr. Hiram V. Arroyo**

*Presidente del Comité Organizador*



---

## SOLIDARIDAD POLÍTICA Y CIUDADANA POR LA SALUD

HIRAM V. ARROYO

La V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública; el V Festival de Arte y Salud; el Encuentro Iberoamericano de Escuelas de Salud Pública; la conmemoración de los 75 años de la enseñanza graduada a nivel de Maestría en Salud Pública (1941-2016); y la conmemoración de la gesta de las 75 organizaciones de base comunitaria en Puerto Rico. Este conjunto de conmemoraciones se efectuó del 2-4 de mayo de 2016 en un solo evento integrado. La Conferencia científica-profesional, presentó matices variados que van desde el abordaje de temas y asuntos sociales y de salud no tradicionales, la mirada crítica a los asuntos sociales y de salud desde la multisectorialidad, la valoración de propuestas para la acción, la ampliación de las relaciones internacionales, el refuerzo de la vinculación comunitaria, la denuncia, y la presentación de resoluciones y declaraciones, entre muchos otros componentes de singularidad del evento.

Son tiempos de dar espacio a la ética de la solidaridad. Justamente ese fue el tema central del evento donde se reclama solidaridad política y ciudadana por la salud. Nos referimos a rostros y voces diversos de la solidaridad en salud que incluyen el reclamo de valores, de derechos fundamentales, de libertades, de igualdad y justicia. Nos referimos también al reclamo del desarrollo humano y desarrollo social sostenible, al reclamo del enfoque de salud en todas las políticas. También nos referimos a la solidaridad para impulsar el progreso social y el sentido del cambio estructural que exige nuestra sociedad en crisis. Solidaridad entendida también como la amplitud del trabajo en red y el fortalecimiento de alianzas y relaciones internacionales. También nos referimos a la solidaridad alineada a la ética de las Ciencias de la Salud que implica: Observar principios ético-sociales y de salud de profundo contenido humano, ideológico y patriótico, dedicar nuestros esfuerzos y conocimientos al mejoramiento de la salud del ser humano y las comunidades a través de la capacitación, la investigación y el servicio, trabajar allí donde la sociedad lo requiera, estar siempre dispuestos a brindar solidaridad y atención en pro del bienestar y la salud en general. Por supuesto, dedicar nuestros esfuerzos a la promoción de la salud, a la prevención y a las medidas sociales partiendo siempre del reconocimiento de la determinación social de la salud.

Reiteramos que tuvimos una Conferencia memorable con indicadores de excelencia para los organizadores que incluyen:

- 500 ponencias representativas de todos los sectores sociales,
- delegados de 20 países,
- 100 representantes institucionales de organizaciones de base comunitaria,
- la presencia institucional de sobre 60 Universidades de Iberoamérica,
- la participación de sobre 100 sectores sociales diversos, además de organizaciones internacionales, Escuelas y Facultades de Salud Pública y Ciencias de la Salud en general, hacedores de política pública, legisladores, casas editoriales, humanistas, periodistas y representantes de todas las manifestaciones artísticas de nuestro país.

Fue un extraordinario encuentro de afectos y saberes que contó con visitantes de la comunidad internacional. Nuestro agradecimiento especial a todos los sectores sociales y universitarios que hicieron posible la organización del evento. El abrazo sentido a los compañeros(as) universitarios del Comité Organizador y a los colegas profesionales que nos brindaron su entusiasmo durante los años de planificación de la Conferencia.

#### **RECONOCIMIENTO A LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS ■**

En el 2016 se cumplieron 75 años desde que se comenzó en Puerto Rico el ofrecimiento de cursos graduados en el campo de la salud pública. Desde sus comienzos, la Escuela Graduada de Salud Pública ha contribuido de forma excelente al desarrollo y la organización de los servicios preventivos y de cuidado de la salud en la isla. Además, la facultad y los estudiantes de la Escuela han cultivado relaciones estrechas con la comunidad y con las diferentes organizaciones comunitarias existentes.

Con el propósito de fortalecer y apoyar la gestión colaborativa con las organizaciones comunitarias del país, el Comité Organizador de la V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública, el V Festival de Arte y Salud y el Encuentro Iberoamericano de Escuelas de Salud Pública reconocieron la labor de 75 organizaciones de base comunitaria que han realizado contribuciones significativas a la salud y al bienestar de la población de Puerto Rico.

El reconocimiento se otorgó a organizaciones que promueven la cultura en salud; organizaciones con perfiles variados que abordan causas sociales y temáticas de salud diversas; organizaciones que presentan propuestas alternativas no tradicionales para atender necesidades y explorar oportunidades comunitarias; organizaciones de pluralidad ideológica y metodológica; organizaciones que impulsan políticas y alimentan alianzas; organizaciones que desarrollan acciones programáticas novedosas; organizaciones que propician ambientes favorables a la salud, organiza-



ciones que cuidan la evidencia de la efectividad de sus acciones; organizaciones que representan uno de los principales activos sociales de esta tierra.

Las organizaciones reconocidas representan los más altos valores del quehacer salubrista y la puertorriqueñidad, a saber: la justicia social, la equidad, los derechos humanos, las libertades, la solidaridad, la participación social, el desarrollo humano y el desarrollo social.

El laudo corresponde a organizaciones comunitarias de naturaleza y alcance diverso: organizaciones que afrontan la determinación social de la salud, el bienestar general, la promoción de la salud, la educación en salud, la prevención de la enfermedad, la salud ambiental, las diversidades funcionales, la marginación, el estigma, los estilos de vida adversos, la falta de equidad, los asuntos de género, la falta de acceso a servicios sociales y de salud, y las experiencias de discriminación y explotación, entre otros derroteros.

Se identificaron 75 organizaciones comunitarias de manera simbólica en el marco de la conmemoración de los setenta y cinco años (1941-2016) del establecimiento de ofertas académicas a nivel de Maestría en la Escuela Graduada de Salud Pública.

Puerto Rico y la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico les honran por su extraordinaria gesta patriótica y ciudadana.

Las organizaciones reconocidas fueron (en orden alfabético):

- Acción Social de Puerto Rico, Inc. (ASPRI)
- Alianza Arte Santurce, Inc.
- Alianza de Autismo y Desórdenes Relacionados en Puerto Rico
- Alianza de Comunidades de Fe Unidas de Emergencia (ACUDE)
- Alianza de Puerto Rico Contra la Trata Humana
- Alianza para un Puerto Rico sin Drogas
- Asociación Pro Juventud y Comunidad de Barrio Palmas, Inc.
- Asociación Recreativa y Educativa Comunal del Barrio Mariana de Humacao, Inc. (AREC-MA. Inc.)
- Aspira, Inc. de Puerto Rico
- Banco de Alimentos de Puerto Rico
- Basura Cero Puerto Rico, Inc.
- Boricúa de Agricultura Eco-orgánica, Inc.
- Casa Juan Bosco
- Casa Pensamiento de Mujer del Centro, Inc.
- Casa Protegida Julia de Burgos, Inc.

- Casa Pueblo
- Casa Taft 169
- Cayey para el Mundo
- Centro de Ayuda Social
- Centro de la Mujer Dominicana, Inc.
- Centro Nuevo Horizonte
- Centro de Servicios Comunitarios Vida Plena, Inc.
- Centros Sor Isolina Ferré, Inc.
- Ciudadanos del Karso
- Coaí, Inc.
- Coalición de Coaliciones Pro Personas sin Hogar de Puerto Rico, Inc.
- Coalición de Organizaciones contra la Incineración
- Coalición Playas Pal Pueblo
- Coalición Pro Corredor Ecológico del Noreste
- Coalición Puertorriqueña Contra la Pena de Muerte
- Colegio de Educación Especial y Rehabilitación Integral, Inc. (CODERI)
- Comité Amplio para la Búsqueda de Equidad
- Comité Caborrojeño Pro Salud y Ambiente, Inc.
- Comunidades Unidas Contra la Contaminación (CUCCO)
- Concilio de la Comunidad para ayudar a resolver los problemas de la vida, Inc.
- Coordinadora Paz para la Mujer
- Corporación del Proyecto ENLACE del Caño Martín Peña
- Corporación La Fondita de Jesús
- Corporación Piñones se Integra (COPI)
- Create, Inc.
- EcoMusicalaje
- Fundación Alas a la Mujer, Inc.
- Fundación de Culebra, Inc.
- Fundación de Desarrollo Comunal de Puerto Rico, Inc. (FUNDESCO)
- Fundación El Ángel de Miguel Cotto
- Fundación Extra Bases
- Fundación Forjadores de Esperanza
- Fundación Modesto Gotay
- Fundación Puertorriqueña Síndrome Down
- Grupo de las Ocho Comunidades Aledañas al Caño Martín Peña, G-8 Inc.
- Hogar Padre Vernard
- Hogares Teresa Toda
- Iniciativa Comunitaria, Inc.

- Jóvenes de Puerto Rico en Riesgo, Inc.
- Junta de Fiduciarios del Fideicomiso de la Tierra del Caño Martín Peña
- La Perla del Gran Precio
- Madres Contra la Guerra
- Movimiento para el Alcance de Vida Independiente (MAVI)
- Movimiento Amplio de Mujeres de Puerto Rico
- Niños de Nueva Esperanza
- Nuestra Escuela, Inc.
- Oficina para la Promoción y el Desarrollo Humano, Inc.
- Programa de Educación Comunal de Entrega y Servicio, Inc. (P.E.C.E.S., Inc.)
- Programa del Estuario de la Bahía de San Juan
- Proyecto Amor Que Sana, Inc.
- Proyecto Matria, Inc.
- Puerto Rico Community Network for Clinical Research on AIDS, Inc. (Puerto Rico CoN-CRA)
- Radio Vieques
- Ricky Martin Foundation
- Taller de Fotoperiodismo
- Taller Salud, Inc.
- Tamboricua, Inc.
- Toabajeños en defensa del ambiente
- Vieques en Rescate, Inc.
- Voces - Coalición de Vacunación de Puerto Rico, Inc.

### **PREMIO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2016 ■**

El Comité Organizador y el Comité Científico de la V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública, el V Festival de Arte y Salud y el Encuentro Iberoamericano de Escuelas de Salud Pública otorgaron el Premio Nacional de Salud Pública 2016 a la Corporación del Proyecto ENLACE del Caño Martín Peña, al Grupo de las Ocho Comunidades Aledañas al Caño Martín Peña, G-8, Inc. y a la Junta de Fiduciarios del Fideicomiso de la Tierra del Caño Martín Peña.

El Premio Nacional de Salud Pública fue concebido para reconocer y exaltar entidades cuyas iniciativas demuestran clara defensa de los valores de la Salud Pública en el país y realizan contribuciones de excelencia al campo de la Salud Pública sobre bases de pertinencia social, esfuerzo sostenido para la permanencia de las acciones y evidencia de la efectividad de las iniciativas que llevan a cabo. Las entidades que hoy premiamos del Caño han sido consideradas en dos ocasiones anteriores en que este premio ha sido otorgado y es precisamente en el 2016, bajo el tema que convoca la V Conferencia de *Solidaridad política y ciudadana por la salud*, que el Caño obtiene

este merecido reconocimiento salubrista luego de demostrar y perfeccionar los elementos participativos, solidarios, políticos y comunitarios que tanto reclamamos para la gesta salubrista.

El Caño es un cuerpo de agua de 3.7 millas de extensión que circunda un conjunto social que alberga cerca de 27 mil habitantes distribuidos en 8 distintas comunidades y es parte del Estuario de la Bahía de San Juan, el más importante sistema ecológico de la región metropolitana. Con una longitud de 200 a 400 pies, una profundidad de 8 a 10 pies, estimada en los años 30 y hoy prácticamente desaparecida por la contaminación y acumulación de desperdicios que han tapado el flujo de las aguas entre la Laguna San José y la Bahía de San Juan, convirtiendo ese cuerpo de agua en fuente de contaminación y amenazas a la salud colectiva. No tienen sistemas de alcantarillado sanitario, y a diario reciben miles de galones de aguas usadas, que sin tratamiento descargan en el Caño. Cada evento de lluvia, como el de los pasados días, se traduce en amenaza de la salud y seguridad de sus residentes y es fuente de contagio para enfermedades, pérdida de bienes materiales y en angustias para sus residentes por las inundaciones que acontecen. Rehabilitar el Caño es un proyecto ambiental y ecológicamente necesario, pero hacerlo con la participación de sus residentes es un ejemplo de justicia social, participación ciudadana y solidaridad política reclamados por la salud pública puertorriqueña. El dragado y la canalización del Caño servirá para recuperar los mangles, canales y lagunas del estuario y para la salud de los residentes aledaños a este (Bustillo, 2016).

El Proyecto ENLACE del Caño Martín Peña es una iniciativa que vincula al sector público-gubernamental, al sector privado y a las comunidades en una agenda común de rehabilitación ambiental de su entorno y de superación de la pobreza a través de la participación comunitaria, la solidaridad de sus aliados y la autogestión ciudadana. Este Caño cobijó familias, que desde los años 30 del siglo pasado obligadas a migrar del campo, recurrían a la ciudad en busca de oportunidades de sobrevivir y encontraron en el Caño un terreno que nadie más quería e hicieron de este una vibrante comunidad que perdura hasta nuestros días. Hoy, estas familias y sus descendientes están organizadas. El G-8 reúne 12 organizaciones de base comunitaria que, unidos por este cuerpo de agua, se organizan para mejorar y preservar su ambiente social, cultural y ecológico. 'Un cuerpo de agua en vez de separarles les ha unido y les fortalece' como ha descrito una líder comunitaria (Bustillo, 2016).

El aspecto institucional que agrupa esta Alianza ha facilitado logros importantes y ha facilitado a la comunidad a enfrentar desafíos como el marasmo y la apatía gubernamental y la codicia y marginación que amenaza la calidad de vida de los cerca de 27 mil residentes que bordean el Caño. Con la creación del Fideicomiso de Conservación de la Tierra se garantiza la tenencia colectiva de la superficie de la tierras, y se ofrece al país una solución para las comunidades pobres que rescatan terrenos despreciados por otros, logran recuperarlos y luego son amenazados

con el desalojo para fines de especulación. Esta protección mediante un Fideicomiso como el ideado por el Proyecto ENLACE fue obtenido mediante ley una que garantiza que la comunidad que no tiene título de propiedad sobre la tierra no sea desplazada con la renovación urbana y la rehabilitación de esa zona de la ciudad capital (Bustillo, 2016).

En esta Alianza se ensayan soluciones para problemas comunes en otras zonas de Puerto Rico y del Planeta. Han aprendido a participar, a intervenir en procesos de política pública y toma de decisiones a no ser un ente pasivo o aislado para la lucha de la calidad de su entorno y el respeto a vivir, dignamente, en la ciudad. Han ensayado con éxito soluciones para trascender el tribalismo partidista que canibaliza iniciativas ciudadanas justas y urgentes. Con la Alianza se ensayan y perfeccionan soluciones para la seguridad alimentaria a través de sus huertos comunitarios y otras soluciones en contra de la pobreza, como es el desarrollo de empresas comunitarias solidarias de sus residentes (Bustillo, 2016).

Esta Alianza de la Corporación del Proyecto ENLACE del Caño Martín Peña, del Grupo de las Ocho Comunidades Aledañas al Caño Martín Peña, G-8, Inc. y de Junta de Fiduciarios del Fideicomiso de la Tierra del Caño Martín Peña son hoy ejemplo de esperanza para nuestro país. Reconocemos y celebramos hoy estas entidades por modelar una cultura de Promoción de la Salud de excelencia en nuestro país, caracterizada por la pertinencia social, el trabajo colaborativo, la participación ciudadana, la abogacía en Salud, la evidencia de la efectividad de las acciones y el esfuerzo sostenido sin claudicar en la defensa de los valores y los principios de la Salud Pública en Puerto Rico. Exhortamos a la comunidad salubrista a acercarse, solidarizarse y potenciar esta Alianza comunitaria del Caño que honramos con el Premio Nacional de Salud Pública.

#### **ENCUENTRO IBEROAMERICANO DE ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA ■**

La Reunión-Encuentro Iberoamericano de Escuelas de Salud Pública y Facultades de Ciencias de la Salud se efectuó el 2 de mayo de 2016. En el Encuentro participaron delegados de doce países: la Universidad de Concepción de Chile; la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (UCR); la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba; la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, España; la Universidad de Alicante, España; Nova Southeastern University, Florida, Estados Unidos; la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC); el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de Cuernavaca, México; la Universidad de Guadalajara, México; la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México; la Pontificia Universidad Católica del Perú; la Escuela de Tecnología de la Salud de Coimbra (ESTeSC), Coimbra, Portugal; la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), República Dominicana; la Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico (UPR).

## **EXHIBICIÓN RECLAMO DE SOLIDARIDAD POLÍTICA Y CIUDADANA POR LA SALUD PÚBLICA:**

### **UN SIGLO DE SALUD PÚBLICA EN PUERTO RICO EN IMÁGENES ■**

La Exhibición se inauguró el 4 de abril de 2016, en la Biblioteca Conrado F. Asenjo, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. La Exhibición fue un proyecto coordinado por la Dra. Silvia E. Rabionet y el comité integrado por la Dra. Annette Ramírez de Arellano, el Dr. Eduardo Rodríguez, el Dr. Raúl Mayo, el Dr. José Rigau y el Dr. Hiram V. Arroyo. La exhibición es el producto de una investigación documental y revisión histórica de fotografías de cien años de historia de la Salud Pública en Puerto Rico.

La doctora Silvia E. Rabionet explica que la exhibición incluye imágenes de múltiples fotógrafos y artistas gráficos que nos han legado la representación de una sociedad que reclama y busca salud. Las imágenes provienen de archivos institucionales, de prensa y de colecciones personales. Las mismas evocan problemas, continuidad, costumbres, respuestas y transformación. Documentan visualmente la transformación de las diversas instituciones que prestan servicios de salud y educan a los profesionales de la salud. Evoca el recuerdo de algunas estrategias y momentos de éxito en representación de otros muchos logros de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a lo largo de un siglo (Rabionet, 2017). La exhibición incluyó nueve temas: Medio ambiente y recursos naturales; Pobreza y trabajo; Ciclo de vida y desarrollo humano; Nutrición y seguridad de alimentos; Prevención y control de enfermedades; Organización y prestación de servicios de salud; Marginación social; Educación y participación comunitaria; Capacitación y educación en salud pública.

### **V FESTIVAL DE ARTE Y SALUD ■**

La V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública reconoce la importancia del componente del arte para optimizar el estado de Salud de las personas y la sociedad. Validando esta premisa, como en otras ocasiones, la conferencia incorpora el V Festival de Arte y Salud. El evento fue organizado por las Dra. María del Carmen Santos Ortiz y Dra. Luz E. León. El Comité estuvo integrado por: Dra. Wanda I. Altreche, Dr. José R. Carrión, Dr. Luis A. Echavarría, Dr. Heriberto Marín, Dr. Ralph Rivera, Profa. Carmen M. Santos, Dr. José Seguinot, Dr. Edison Viera, Srta. Rosalie Ayala, Srta. Sheilarie Martínez, Sa. Wandimar Matos, Sa. Natalia Quiñones, y Sa. Deborah Roldán.

El lema del Festival giró en torno a los esfuerzos colectivos organizados a través del arte, para alcanzar metas comunes en el área de la Salud y la Salud Pública. La doctora Santos Ortiz y León (2016) expresan que el evento reconoce a la clase artística como un colectivo aliado en el área de la Salud Pública y la pertinencia de que sus esfuerzos y diversidad de expresiones sean incorporadas al quehacer de la academia y la comunidad científica en general. El Festival de Arte

y Salud tuvo como objetivo primordial proveer un escenario formal y estructurado en el que se presenten a nivel conceptual y artístico, experiencias exitosas del uso del arte en los esfuerzos de promoción de la Salud y Salud Pública. El mismo incorporó en el programa diversas sesiones científicas y actividades artísticas/culturales. A través de los tres días se presentarán sesiones especiales, presentaciones orales, carteles y exhibiciones en los que se despliega el uso de diversas modalidades del arte en escenarios comunitarios, académicos, gubernamentales y privados. El 3 de mayo de 2016 el Festival de Arte y Salud reconoció a la artista, dramaturga, titiritera, tallerista, escritora e ilustradora María Teresa (Tere) Marichal-Lugo por su compromiso y acciones en los esfuerzos de prevención y promoción de la salud a través de su arte, plasmado en cuentos y una variedad de manifestaciones artísticas alusivas a la justicia, diversidad social y derechos humanos en particular con la población de niños y niñas. En esta noche también se hará un despliegue de nuestra cultura a través del arte de la música y el baile, en donde compartiremos en un ambiente festivo y armoniosamente artístico el alma cultural de Puerto Rico con los participantes locales e internacionales del evento (Santos-Ortiz y León, 2016).

#### **AGRADECIMIENTOS ■**

Deseamos agradecer a las siguientes profesoras que realizaron aportaciones de contenido en este artículo: Dra. Linnette Rodríguez, Prof. Ana Carmen Martínez, Dra. Silvia E. Rabionet, Dra. María del C. Santos-Ortiz, Dra. Luz E. León, y Dra. Marta Bustillo.☀





---

# RESEÑA HISTÓRICA DE LAS CONFERENCIAS PUERTORRIQUEÑAS DE SALUD PÚBLICA

HIRAM V. ARROYO

Las Conferencias Puertorriqueñas de Salud Pública son una iniciativa de la Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Su propósito ha sido viabilizar la oportunidad de encuentro nacional e internacional de los sectores sociales y profesionales de las ciencias de la salud, incluyendo asimismo otros ámbitos relacionados. La Conferencia Puertorriqueña ha logrado consolidarse a nivel nacional como un evento científico, técnico y profesional de alta calidad caracterizado por:

- la pertinencia social de los temas y el contenido general de las actividades;
- la diversidad en la oferta temática, que ha permitido la inclusión de temas emergentes en el ámbito social y de Salud Pública;
- la presentación de un programa científico amplio y sugestivo estructurado en distintas modalidades de presentación;
- el balance en la representatividad de los ponentes, que facilita la exposición de perspectivas críticas de los sectores gubernamental, no gubernamental, académico, profesional y comunitario;
- la oportunidad de reunión de grupos de interés especial y de sectores profesionales con peritaje diferenciado en temáticas sociales y de Salud Pública.

A lo largo de lo largo de estos años, la Conferencia ha ampliado la presencia y la participación internacional, ya que recibe delegados de la comunidad internacional y ha incorporado al programa eventos técnicos internacionales, foros de temáticas específicas y reuniones paralelas que amplían la relación de interdependencia entre academia-sociedad.

La expectativa es que las Conferencias provean resultados y recomendaciones favorables al quehacer social y de salud en la esfera nacional e internacional. Se pretende que sea una oportu-

tunidad de intercambio real para el análisis crítico y el disfrute intelectual, y que viabilice la participación activa de los delegados en las reuniones de grupos de interés especial y en otras actividades incluidas en el programa.

La iniciativa de las Conferencias de Salud Pública se formaliza el 7 de febrero de 2001 en el Comité de Administración y Docencia (CAD) de la Escuela Graduada de Salud Pública. En ese momento el Decano era el Dr. Antonio Silva-Iglesias. La propuesta fue presentada al CAD por el Dr. Hiram V. Arroyo, quien destacó que el evento se enmarcaba en la Meta #1 contenida en el Plan Estratégico de la Escuela. El Comité Organizador de la Primera Conferencia fue nombrado por el CAD y quedó constituido en el 2001 por miembros de la facultad de la Escuela, a saber; Dr. Hiram V. Arroyo, Profa. Daisy M. Gely, Dra. Nirzka Labault, Dra. Rosa Pérez, Dra. Silvia E. Rabionet y el Dr. Mario Rodríguez. La idea de realizar una Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública había sido planteada previamente por varios facultativos incluyendo al Dr. Erick Suárez y a la Dra. Rosa Pérez, quienes habían desarrollado una propuesta previa sobre el tema (Arroyo, 2001; Escuela de Salud Pública, CAD, 2001).

### **LA PRIMERA CONFERENCIA PUERTORRIQUEÑA DE SALUD PÚBLICA ■**

Se efectuó del 10 al 12 de abril de 2002 en el Hotel Caribe Hilton de San Juan de Puerto Rico. El tema central de la Conferencia fue Desafíos de la Salud Pública para el Nuevo Siglo. La Conferencia fue coauspiciada por el Departamento de Salud de Puerto Rico, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC) y la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES/ORLA). En la Conferencia participaron delegados de diecisiete países: Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, España, Estados Unidos de Norteamérica, Holanda, Islas Vírgenes Norteamericanas, Jamaica, México, Puerto Rico, República Dominicana, Suecia, Uruguay y Venezuela.

Es importante resaltar que la conferencia fue dedicada póstumamente a la Dra. Helen Rodríguez-Trías (1929-2001), quien en 1993 se convirtió en la primera presidenta latina de la Asociación Norteamericana de Salud Pública (APHA) y en 1989 fue la fundadora del Caucus Latino de dicha entidad. Las sobresalientes ejecutorias de la doctora Rodríguez Trías ameritan que nos detengamos un momento los logros que ameritaron aquella dedicatoria. Rodríguez Trías recibió la Medalla Presidencial de “Ciudadana Distinguida” otorgada por el presidente Bill Clinton en 2001. Durante el periodo de 1988 a 1996, ocupó la presidencia de la Red Nacional de Salud de la Mujer (NWHN). De 1988 a 1989 fue directora médica del New York State Department of Health AIDS Institute. Durante los años de 1972 a 1974 fue directora médica del Departamento de Pediatría del Lincoln Hospital de la ciudad de Nueva York. De 1967 a 1970 fue catedrática auxiliar de Pediatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico. De 1972 a 1988

ocupó la posición de catedrática asociada de diversas instituciones académicas norteamericanas (Escuela de Salud Pública, 2002).

En la Ceremonia de Apertura del evento participaron el Dr. Antonio García Padilla, presidente de la Universidad de Puerto Rico; el Dr. José R. Carlo, rector del Recinto de Ciencias Médicas; la Dra. Rosa Pérez Perdomo, decana interina de la Escuela Graduada de Salud Pública; la Dra. Silvia E. Rabionet, decana asociada de la Escuela Graduada de Salud Pública; el Dr. Johnny Rullán, secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico; el Dr. Hiram V. Arroyo, presidente del Comité Organizador de la Conferencia; el Dr. Harrison C. Spencer, presidente de la Asociación Norteamericana de Escuelas de Salud Pública; y la Dra. María Teresa Cerqueira, directora de la División de Promoción de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

La doctora Rosa Pérez Perdomo y el doctor Hiram V. Arroyo expresaron en su mensaje: “Esperamos que este encuentro científico-profesional propicie una nueva mirada al quehacer salubrista en Puerto Rico privilegiando el análisis y la formulación de propuestas de política pública y acciones sociales favorables a la salud con el esfuerzo coordinado del gobierno, la academia, la sociedad civil y la comunidad” (Pérez y Arroyo, 2002, p. 3).

En las sesiones plenarias de la conferencia se presentaron temas de pertinencia social y académica con la participación de invitados nacionales e internacionales. A continuación la relación de temas y los recursos de las Sesiones Plenarias efectuadas en el 2002:

- *Nuevas Conceptuaciones de la Salud Pública: Evaluación Crítica.* Moderadora: Dra. Carmen Albizu, Catedrática de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. Conferenciantes: Dra. Annette Ramírez de Arellano, Directora de Programa de la W.K. Kellogg Fellowship Program in Health Policy Research, National Medical Fellowships, Inc.; y la Dra. Ilona Kickbusch, de la División de Salud Global del Departamento de Salud Pública y Epidemiología en la Escuela de Medicina de Universidad de Yale.
- *Reformas de Salud.* Moderadora: Dra. Annie Alonso, Catedrática Asociada de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. Conferenciantes: Dr. Roberto Ramírez, Catedrático de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico; Dr. Héctor Ochoa Díaz, Investigador y Director, Departamento de Salud, División de Población y Salud, El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR), San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México; Dr. Carlos Muñoz, Presidente, Medical Card System, Inc.; y Dr. Johnny Rullán, Secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico.
- *Desafíos de la Salud Pública.* Moderadora: Dra. Marta Bustillo, Catedrática Auxiliar de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. Conferenciantes: Dra. Aida L.

Maisonet-Gianchello, Directora del Midwest Latino Health Research; Dr. José A. Vargas Vidot, Director de Iniciativa Comunitaria de Investigación; y Lcda. María Dolores Fernós, Procuradora de la Mujer de Puerto Rico.

Las Sesiones Especiales de la Conferencia tuvieron excelente acogida por parte de los participantes. A continuación, presentamos una relación resumida de los temas de las Sesiones Especiales:

- Relación Sociedad-Academia en Salud Pública
- La Salud Pública y el caso de Vieques
- Educación a distancia en Salud Pública
- Desarrollo Humano y Salud en Cuba y América Latina
- Equidad en la provisión y financiamiento de los servicios de salud
- Estrategias de Salud Pública en el ámbito escolar
- Pobreza, equidad y Salud Publica
- La violencia desde la perspectiva de Salud Pública
- Mejorando la salud por medio de la gestión ambiental
- La Salud Pública de los hispanos en los Estados Unidos de Norteamérica
- La Reforma de Salud y la prestación de servicios de Salud Mental
- Hacia un nuevo paradigma en la comunicación en Salud Publica
- Resultado del análisis del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública
- La ética en la Salud Pública
- El activismo en el campo de la Salud Pública
- Guerra contra las drogas o guerra contra la salud?
- *Just Say Know*. Reinventing Drug Prevention Education for Young People
- Participación social y apoderamiento comunitario en Salud Pública
- Embarazos no deseados y abortos inducidos como consideraciones de Salud Pública en Puerto Rico
- Violencia doméstica

## LA SEGUNDA CONFERENCIA PUERTORRIQUEÑA DE SALUD PÚBLICA

Se realizó del 1 al 3 de septiembre de 2004 en el Hotel Caribe Hilton de San Juan de Puerto Rico. El tema central de la Conferencia fue Promoviendo la Alianza Social por la Salud Pública. A la Conferencia fueron invitadas diversas organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, comunitarias, voluntarias y gremiales para participar en las discusiones sobre la necesidad de fortalecer el trabajo colaborativo intersectorial en salud, además de reiterar la urgencia de establecer redes y alianzas profesionales de los sectores sociales y de salud. En la Conferencia participaron delegados de la comunidad internacional, a saber; Brasil, Canadá, Chile, Cuba, España, Estados Unidos de Norteamérica, México, República Dominicana y Venezuela.

En la Ceremonia Inaugural del evento participaron el Lcdo. Antonio García Padilla, Presidente de la Universidad de Puerto Rico; el Dr. José R. Carlo, Rector del Recinto de Ciencias Médicas; la Dra. Rosa Pérez Perdomo, Decana de la Escuela Graduada de Salud Pública; la Dra. Silvia E. Rabionet, Decana Asociada de la Escuela Graduada de Salud Pública; el Dr. Johnny Rullán, Secretario de Salud de Puerto Rico; y el Dr. Hiram V. Arroyo, Presidente del Comité Organizador de la Conferencia.

En su mensaje el doctor José R. Carlo expresó lo siguiente:

Las sociedades modernas están obligadas a valorar la Salud Pública como prioridad nacional y promotora de la justicia social, el bienestar y la calidad de vida de las poblaciones. Es responsabilidad de todos los sectores sociales que hoy nos unimos, trabajar en conjunto para analizar y trazar estrategias que optimicen este derecho de los seres humanos.

La Academia debe continuar fortaleciendo la agenda salubrista. Es necesario formar profesionales responsables promoviendo en ellos el servicio a través de la inclusión en los asuntos sociales, la investigación y exponiéndolos a las experiencias de quienes han tenido el poder decisorio en temas relacionados con la Salud Pública (Carlo, 2004, p.3).

La doctora Rosa Pérez-Perdomo, por su parte, destacó en su mensaje la necesidad de la vinculación intersectorial y global en los asuntos de Salud Pública. Señaló lo siguiente:

Es evidente que están ocurriendo situaciones a nivel mundial que de forma directa o indirecta pueden afectar la salud de las poblaciones. El impacto del ambiente físico y el entorno social en la salud de las poblaciones es un hecho reconocido como un elemento fundamental en las políticas e intervenciones del sector salud. Ante todos estos retos, es innegable que el futuro de la Salud Pública estará enmarcado en la colaboración entre diferentes sectores de la sociedad, así como entre países (Pérez, 2004, p.4).

En el evento se presentaron las propuestas o plataformas políticas del sector salud, de cara a las elecciones generales de 2004. Para ello fueron invitados todos los candidatos a la gobernación de Puerto Rico. Comparecieron dos de ellos, el licenciado Anibal Acevedo Vilá, candidato del Partido Popular Democrático (PPD); y el licenciado Rubén Berrios Martínez, del Partido Independentista Puertorriqueño (PIP). La Sesión Plenaria fue moderada por el Dr. Ralph Rivera, Catedrático y Director del Departamento de Administración de Servicios de Salud de la Escuela Graduada de Salud Pública.

Otras Sesiones Plenarias presentadas en el evento de 2004 fueron:

- *Desafíos de la Salud Pública*. Moderadora: Dra. Lida Orta, Catedrática Asociada de la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. Conferenciantes: Dr. Ronald Labonte, Director del Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, University of Saskatchewan, Canadá; Dr. Daniel López Acuña, de la Organización Panamericana de la Salud; y el Dr. Ángel Roca, de los Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta, Georgia.
- *Activismo Social, Profesional y Comunitario por la Salud Pública*. Moderadora: Dra. Marta Bustillo, Catedrática Auxiliar de la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. Conferenciantes: Dra. María de Lourdes Lara, del Movimiento Agenda Puertorriqueña para la Calidad de Vida; y el Dr. José A. Núñez López, Asesor de Salud del Alcalde del Municipio Autónomo de Caguas.

El Comité Científico de la Tercera Conferencia de Salud Pública coordinó cincuenta Sesiones Especiales sobre temas diversos de Salud Pública. A continuación la relación resumida de los temas generales de las sesiones especiales realizadas en el 2004:

- Implicaciones bioéticas de los nuevos modelos de prestación de servicios de salud
- Activismo en Salud Pública
- Estadísticas, Componentes Programáticos y Política Pública del Departamento de Salud de Puerto Rico
- El rol de la medicina alterna en los servicios de Salud Pública
- Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes
- Humor y la salud
- Líderes activos encauzan las prácticas modernas de la Salud Pública
- Las políticas ambientales y su impacto sobre la Región Caribeña

- La incursión histórica en las Ciencias de la Salud Pública
- Salud de la Madre y el Niño: la Cesárea como un problema de Salud Pública
- Mujer, Salud y Comunidad
- Sistemas de Vigilancia de Violencia
- De la Ciencia a la Acción: cómo puede la ciencia impactar la política pública
- Una propuesta de Comunicación en Salud para jóvenes en Puerto Rico
- Evaluación de impacto a la salud en el proceso de desarrollo sustentable
- Modelos exitosos de prestación de servicios para el embarazo y el parto
- Collaborative Cancer Research in Puerto Rico: Establishing a Research Agenda
- Deficiencias en el Desarrollo y Política Pública
- La regionalización de los servicios de salud en Puerto Rico: 50 Años después.
- El envejecimiento de la población y el Proyecto Puerto Rican Elderly Health Conditions (PREHCO)
- A Plague of Prisons: The Challenges of Mass Incarceration for Public Health
- Población y Salud Pública: la salud reproductiva desde su dimensión sociodemográfica y cultural, reflexiones y resultados de investigación
- Perspectivas del trabajo voluntario en Salud Pública
- Inequidad en salud: la respuesta institucional
- El desarrollo del concepto de Salud Escolar Integral en Puerto Rico: trabajos realizados y proyecciones
- Análisis de casos bioéticos en el contexto de la Salud Pública
- Diálogo sobre los desafíos de la Salud Pública a nivel global
- Servicios para las personas de edad avanzada y la evaluación del Programa de Apoyo a Cuidadores de Personas con Alzheimer en el Hogar
- Estrategias de intervención clínica, educación y auto control de la diabetes
- Centro Mujer y Salud: integrando academia y comunidad para fortalecer la salud de las mujeres
- De la academia a la comunidad: investigación comunitaria en Salud Pública
- De la academia a la práctica: lecciones aprendidas en la prevención y control del tabaco
- Salud, conducta y lugar de trabajo
- Donación y recuperación de órganos y tejidos en Puerto Rico

- Indoor Air Quality. Tools for Schools Programs
- Cáncer en Puerto Rico. dónde estamos
- VIH

Paralelo a la Conferencia se realizaron otros importantes eventos, encuentros académicos y reuniones deliberativas. A continuación mencionamos algunos de estos:

- Sexto Foro Puertorriqueño de Investigación Científica en Lactancia Humana y Amamantamiento. Coordinado por la Dra. Ana Parilla
- Primera Cumbre de Preparación en Salud Pública: Bioseguridad y Bioterrorismo. Coordinada por la Dra. Silvia E. Rabionet
- Primer Foro de Salud Pública y las personas Gays, Lesbianas, Bisexuales y Transgénero (GLBT). Coordinado por el Sr. Carlos E. Rodríguez,
- Encuentro de Figuras Protagónicas de la Historia de la Gerontología Puertorriqueña. Coordinado por la Dra. Nirzka Labault
- Primera Edición del Festival de Arte y Salud. Coordinado por la Dra. María del C. Santos Ortiz
- Diálogo para la Institucionalización de la Alianza Social, Profesional y Comunitaria por la Salud Pública en Puerto Rico. Coordinado por el Dr. Mario Rodríguez.
- Diálogo acerca del documento resolutivo de la Segunda Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. Coordinado por la Dra. Annie Alonso

### **LA TERCERA CONFERENCIA PUERTORRIQUEÑA DE SALUD PÚBLICA**

El evento se efectuó del 8 al 10 de mayo de 2007 en el Centro de Convenciones de San Juan. La Conferencia logró consolidarse a nivel nacional como un evento científico y profesional de alta calidad caracterizado por la pertinencia social de los temas, el contenido y la representatividad de los participantes de los sectores gubernamental y no gubernamental, académico, profesional y comunitario. En la Conferencia participaron delegados de Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Inglaterra, España, Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, México, Panamá, República Dominicana, entre otros países.

La Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública tuvo como tema central: *Salud Pública, Justicia Social y Derechos Humanos: desafíos de una sociedad diversa*. Los temas fueron aborda-



dos mediante sesiones científicas de naturaleza diversa e infinidad de instancias de intercambio profesional. Otros objetivos de la Conferencia fueron:

- Proveer un foro para el análisis crítico de la situación social y de salud de la población a nivel nacional e internacional.
- Propiciar la integración y las alianzas de los sectores sociales, profesionales y comunitarios en la gestión de Salud Pública.
- Promover el análisis acerca de la contribución de la Salud Pública y su articulación con las políticas sociales.
- Exponer los avances, los desafíos y las oportunidades de la Salud Pública desde las perspectivas conceptual, metodológica, de investigación y de servicio.
- Promover la discusión y el intercambio de propuestas y modalidades efectivas de intervención en Salud Pública.
- Examinar la relación sociedad y academia ante los desafíos de la Salud Pública y sus implicaciones para la formación de recursos humanos en salud.
- Influenciar la agenda y la priorización del sector salud en Puerto Rico y a nivel internacional.

#### **CEREMONIA DE APERTURA ■**

La Ceremonia de Apertura de la Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública contó con la participación de las autoridades académicas incluyendo al rector del Recinto de Ciencias Médicas (RCM), la decana de Asuntos Académicos del RCM, el decano de la Escuela Graduada de Salud Pública y los decanos asociados de la Escuela Graduada de Salud Pública, Dr. José R. Carlo, Dra. Delia Camacho, Dr. José F. Cordero y Dr. José Capriles, respectivamente. Participó además la Dra. Rosa Pérez Perdomo, Secretaria del Departamento de Salud de Puerto Rico. La representación de Facultad estuvo a cargo del Dr. Hiram V. Arroyo, Presidente del Comité Organizador de la Conferencia y Director del Departamento de Ciencias Sociales de la Escuela.

El doctor José F. Cordero, Decano de la Escuela Graduada de Salud Pública, expresó en su mensaje de bienvenida a los delegados de la Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública que el evento es una iniciativa institucional enmarcada en nuestra tradición académica salubrista y en los valores universitarios de servicio y vinculación con la comunidad. Añadió lo siguiente:

“Salud Pública, Justicia Social y Derechos Humanos: Desafíos de una Sociedad Diversa” es el tema central que orienta la propuesta científica y técnica de la Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. Es un tema que sugiere trascender el abordaje académi-

co tradicional para proveer espacio a las voces de los sectores poblacionales directamente afectados por la violación a sus derechos humanos y los sectores implicados en situaciones de falta de equidad en salud. En este sentido anticipamos que será un evento enmarcado en un ambiente de reflexión, de concienciación social y de intercambio de propuestas de acción social que propendan a mejorar las condiciones de vida y de salud de la población (Cordero, 2007, p. 4).

El Rector del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, Dr. José R. Carlo, participó en la Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública señalando que la conferencia ha logrado posicionarse como uno de los principales eventos científico-profesionales de trascendencia en Puerto Rico en el ámbito de la Salud Pública. “Su dimensión nacional e internacional acentúa la trascendencia del evento como espacio para el análisis y la deliberación de asuntos sociales y de salud de pertinencia” (Carlo, 2008, p. 3). El Rector felicitó a la Escuela Graduada de Salud Pública por la institucionalización del evento y por facilitar el encuentro de representantes de los sectores sociales, académicos y comunitarios para el intercambio conceptual y la evaluación de experiencias y avances en el campo de salud pública.

En su mensaje de bienvenida el Presidente del Comité Organizador de la Conferencia, Dr. Hiram V. Arroyo, caracterizó la conferencia y enunció algunos desafíos de la Salud Pública del presente:

La Conferencia de Salud Pública es un evento científico-profesional que recibe el concurso y la participación de sectores tan diversos que lo convierte en un encuentro único. Particularidad caracterizada por la pertinencia social y la amplitud de los temas a ser abordados. Por facilitar una estructura y contenido que propicia el análisis de los asuntos de salud pública desde perspectivas diferentes, sin tapujos, sin censura y sin claudicar la responsabilidad y la defensa salubrista.

Responsabilidad y defensa salubrista que tendremos que asumir con más decisión y entrega, todos los días, a nivel nacional y global, ante las amenazas que imponen algunos grupos y sectores políticos, religiosos y conservadores que cada vez más se apropian de un supuesto discurso salubrista y un accionar que se distancia de la literaria en salud, la racionalidad y la justicia social.

Ciertamente, los desafíos a la salud pública se acrecientan cada vez más producto de la complejidad de la sociedad, las amenazas que impone la convivencia nacional y global, la brecha socioeconómica entre las poblaciones, en nuestro caso el problema político que impide el desarrollo de un proyecto social amplio para nuestro país que trascienda las líneas de los partidos, la ingobernabilidad, entre tantas otras consideraciones.

Todo ello ha exigido la redefinición del ideario y los valores de la salud pública. Los énfasis contemporáneos de la salud pública continúan apostando al reclamo de una salud pública viva, una salud pública política que reclama abogacía por doquier, una salud pública que no se resiste a la enfermedad, una salud pública que focaliza en las verdaderas causas de los problemas y en los llamados determinantes sociales de la salud. Una Salud Pública que combata la falta de acceso a oportunidades y servicios y que afronte las violaciones a los derechos humanos. Pero también una salud pública que se manifiesta receptiva a las oportunidades pero sin claudicar a su responsabilidad primaria.

Los tratados actuales de liderato en Salud Pública le adscriben con más fuerza a los salubristas el compromiso central con la comunidad y con los valores de justicia social, de libertad, de equidad, de reconocimiento de la diversidad, de reconocimiento de la dignidad de cada persona y de reconocimiento de los derechos humanos. Exactamente los principios y los valores que orientan el tema central de esta Conferencia (Arroyo, 2007, p. 2).

## SESIONES PLENARIAS ■

Las Sesiones Plenarias de la Tercera Conferencia fueron altamente valoradas por la temática, la calidad de los ponentes y los sectores representados. A continuación la descripción de dichas sesiones:

- *Los desafíos de la Salud Pública y la fuerza de trabajo en Salud Pública.* Moderador: Dr. José A. Capriles, Decano Asociado de la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. Conferenciantes: Dr. Luis Ruiz, Jefe del Área de Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud; la Dra. Rosa Pérez Perdomo, Secretaria del Departamento de Salud de Puerto Rico; la Dra. Adelaida Oreste de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana; y el Dr. José F. Cordero, Decano de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.
- *La Salud Pública, la justicia social y los derechos humanos.* Moderadora: Profa. Carmen M. Vélez, Catedrática Asociada de la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. Conferenciantes: Dr. Volnei Garrafa, Profesor Titular y Coordinador de la Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Brasilia, Brasil; Dra. Palmira Ríos, Catedrática del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico y Presidenta de la Comisión de Derechos Civiles de Puerto Rico; Rev. Margarita Sánchez, Directora Ejecutiva de la Sección de Puerto Rico de Amnistía Internacional; y el Dr. César Rey, Ex-Secretario del Departamento de Educación de Puerto Rico y Director Ejecutivo de la Fundación Ricky Martin Combatiendo la Explotación Infantil.

- *La violencia desde la perspectiva de Salud Pública.* Moderadora: Dra. Marta Bustillo, Catedrática Asociada de la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. Conferenciantes: Dra Sheila Rodríguez Madera, Directora Ejecutiva de la Comisión para la Prevención de la Violencia (COPREVI); Dra. Linda Lara, Centro Mujer y Salud del Decanato de Asuntos Académicos del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico; Dr. Alberto Concha Eastman, Asesor Regional en Violencia de la Organización Panamericana de la Salud; y la Lcda. María Dolores Fernós, Procuradora de las Mujeres del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- *Los Desafíos en el Desarrollo del Sistema de Salud de Puerto Rico: Seguro de Salud Universal y otras Experiencias en el Hemisferio.* Moderadora: Dra. Elena Batista, Catedrática Retirada de la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico y ex Directora Ejecutiva de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico. Conferenciantes: Dra. Nancy C. Turnbull, Directora del Departamento de Administración y Políticas de Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard; Dra. Annette Ramírez de Arellano, Investigadora del Health Research Group, Public Citizen de los Estados Unidos de Norteamérica; y la Profa. Nancy Vega, Ex-Directora de la Administración de Servicios de Salud de Puerto Rico (ASES).
- *Los Rostros y las Voces de los Desafíos de la Salud Pública.* Modera la Dra. Carmen Albizu, Catedrática y Decana Asociada Interina de Investigación de la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. Conferenciantes: Dr. Walter Frontera, Decano de la Escuela de Medicina del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico; Lcda. Celina Romany Siaca, Presidenta del Colegio de Abogados de Puerto Rico; Ing. Alexis Massol González, Director de Casa Pueblo de Adjuntas, Puerto Rico; Sra. Nury Machuca, Líder de la Comunidad de Juan Domingo y Trabajadora Social de la Escuela Juan Ponce de León; y el Dr. José A. Vargas Vidot, Director de Iniciativa Comunitaria de Investigación, Premio nacional de salud Pública 2007.

## **SESIONES ESPECIALES ■**

Otro elemento distintivo de las Conferencias de Salud Pública es el ofrecimiento del programa científico con las denominadas sesiones especiales. Estas sesiones figuran con prominencia en el programa por la pertinencia de la temática y los recursos invitados. El Comité Científico de la Tercera Conferencia de Salud Pública recomendó cincuenta y cinco sesiones especiales sobre temas diversos de Salud Pública. A continuación la relación (resumida) de los temas generales de las sesiones especiales:

- La nueva agenda de la bioética
- El envejecimiento de la población

- La sexualidad de la mujer
- Los derechos humanos de poblaciones específicas desde la perspectiva de los Procuradores/as (del Paciente, de la Mujer, de las personas con Deficiencias en el Desarrollo)
- Abogacía en salud
- Avances de la Salud Pública en Puerto Rico: retrospectiva 2000-2004
- Políticas publicas relacionadas con el consumo del tabaco
- Preparación en Salud Pública y manejo de una emergencia
- Estimación de disparidades en salud
- Fuentes y baches de la Historiografía de la Salud Pública en Puerto Rico
- Educación y entretenimiento en Salud Pública
- Diversidad en Salud Pública
- Utilización del Puerto Rico Community Survey (PRCS) para el desarrollo de política pública
- Experiencias del embarazo y el parto en un grupo de madres con parto por cesárea
- Desigualdad en el acceso a los servicios de salud: el caso del trabajador dominicano
- Salud en las instalaciones correccionales
- VIH y adicción a drogas
- Medicina alternativa y complementaria
- El arte y la salud
- Justicia ambiental
- Periodismo y Salud Pública
- Estudio Continuo de Salud en Puerto Rico
- Hepatitis C
- El Cáncer
- La Promoción de la Salud Escolar
- La vejez
- Segundo Foro de Salud Pública y las personas Gays, Lesbianas, Bisexuales y Transgénero (GLBT)
- Desigualdades en la prestación de servicios de salud a niños y adolescentes
- Análisis y práctica demográfica

- Promoción de la Salud en los lugares de trabajo
- Disparidades en salud y el VIH
- Epidemiología del Virus del Papiloma Humano
- Experiencias de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)
- Ingovernabilidad, Salud Pública y Economía
- Desafíos de la Disciplina y la Profesión de Educación en Salud: Perspectiva Nacional y Global
- Deficiencias en el Desarrollo y Derechos Humanos
- El sobrepeso y la obesidad en niños
- Estigma y salud
- Una nueva visión de Salud Pública para la Salud Mental
- Música, adolescentes y salud Pública
- El abordaje salubrista al proceso de morir
- Acercamiento interdisciplinario al maltrato infantil
- Mejoramiento continuo de calidad en el sistema de salud
- El rol de la mujer en el desarrollo económico
- Renacimiento para el nacimiento en Puerto Rico: Enfermeras parteras
- Servicios de Salud Mental en Puerto Rico
- La experiencia y el manejo de los duelos desde la perspectiva de la Tanatología
- Medicina Racial
- Otros temas

La Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública integró como parte del programa científico la **Primera Conferencia Salud de las Mujeres: Alianzas, Retos y Oportunidades**. Este fue un evento organizado por el Centro Mujer y Salud, Centro de Excelencia en Salud de la Mujer del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico quien conmemoraba su décimo aniversario. Esta Conferencia se efectuó el 7 y 8 de mayo de 2007 bajo la coordinación de la Dra. Delia M. Camacho, Decana de Asuntos Académicos del Recinto de Ciencias Médicas y Directora del Centro Mujer y Salud. El Comité Organizador de este evento estuvo integrado por Las siguientes universitarias; Profa. Edna Pacheco, Profa. Daisy Gely, Dra. Lourdes E. Soto, Sa. Ivonne Ramos, Sa. Ivette Marrero y Sa. Ivonne Morales.

## **FESTIVAL DE ARTE Y SALUD ■**

Las Conferencias de Salud Pública han estado acompañadas del Festival de Arte y Salud. Este es un componente programático, científico y cultural, que aborda la relación de las manifestaciones del arte en todas sus vertientes y la salud. Basado en el reconocimiento de la relación de complementariedad entre el arte y la salud las Conferencias de Salud Pública incorporan en el programa del evento diversas sesiones científicas y actividades culturales. En ellas participan entidades cívicas, culturales y comunitarias que utilizan el arte como expresión de bienestar y felicidad, como mecanismo alternativo en beneficio de la salud, como propuesta terapéutica, como manifestación de participación social y comunitaria, como herramienta metodológica de Educación en Salud, como opción instruccional y de entretenimiento, entre otras finalidades. El tema del Festival de Arte y Salud en la Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública fue *El Arte como Expresión de Justicia Social*. En el Festival se ofreció un homenaje póstumo al maestro Tony Croatto por sus aportaciones al arte, la justicia social, la concienciación ambiental y comunitaria en Puerto Rico. La iniciativa del Festival emerge de la facultad y los estudiantes de la Escuela Graduada de Salud Pública bajo el liderazgo de la Dra. María del C. Santos-Ortíz. Colaboraron en este esfuerzo las siguientes personas: Srta. Georgina Silva, Srta. Lyllymar Colón, Dr. Ralph Rivera, Profa. Carmen M. Santos, Dra. Luz E. León, Sr. Raul Moris, entre otros.

## **CEREMONIA DE CLAUSURA ■**

En la Ceremonia de Clausura de la Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública participaron el Rector del Recinto de Ciencias Médicas (RCM), la Decana de Asuntos Académicos del RCM, el Decano de la Escuela Graduada de Salud Pública y el Decano Asociado de la Escuela, Dr. José R. Carlo, Dra. Delia Camacho, Dr. José F. Cordero y Dr. José Capriles, respectivamente. La Dra. Rosa Pérez Perdomo, Secretaria del Departamento de Salud de Puerto Rico, también asistió al acto protocolar. En su mensaje de clausura el Dr. Hiram V. Arroyo, Presidente del Comité Organizador de la Conferencia, identificó algunos avances y productos del evento. A continuación un resumen de los aspectos identificados:

1. Desarrollo de sesiones de trabajo donde se plantearon propuestas de análisis y promoción de políticas públicas en salud.
2. Desarrollo de sesiones donde se plantearon agendas de investigación para temas particulares de salud.
3. Realización de reuniones técnicas sobre temas de interés en salud pública.
4. Realización de encuentros y reuniones entre conferenciantes y representantes de los poderes públicos en Puerto Rico (específicamente con miembros de la Asamblea Legislativa).
5. Desarrollo de acuerdos de colaboración entre la Academia e instituciones externas (incluyendo ceremonias para la firma de acuerdos interagenciales).

6. Compromisos preliminares para el desarrollo de actividades de intercambio académico entre los países que participan en la Conferencia.
7. Propuestas de intención para la formalización de asociaciones y redes de personas e instituciones que trabajan en temas particulares. Un ejemplo fue el establecimiento de una red de profesionales que trabajan en el ámbito de la Promoción de la Salud Escolar.
8. Propuestas de publicaciones sobre temas particulares.
9. Momentos de emplazamiento a la Academia sobre asuntos de Salud Pública. La intención es promover el desarrollo de mas proyectos colaborativos entre la Escuela de Salud Pública y las organizaciones de base comunitaria.

### **INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PREMIO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2007 ■**

El Comité Científico de la Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública presentó por vez primera el Premio Nacional de Salud Pública. El mismo se otorga a organizaciones que realizan contribuciones de excelencia al campo de la salud pública. Las organizaciones deben demostrar clara defensa de los valores y la ética de la salud pública y deben ser promotoras de la equidad y la justicia social. Promueven la participación social comunitaria y favorecen el trabajo colaborativo intersectorial. Las organizaciones deben evidenciar la efectividad e impacto social de sus acciones y actividades. Las organizaciones que reciben el premio son ejemplo de compromiso, esfuerzo, perseverancia y persistencia a través del tiempo sin claudicar los principios de la salud pública.

El Subcomité designado por el Comité Científico de la Tercera Conferencia de Salud Pública para elaborar los criterios y las guías del premio quedó constituido por las y los profesores Ana L. Dávila, Cruz M. Nazario, María del C. Santos-Ortíz e Hiram V. Arroyo. La Dra. Cynthia Pérez Cardona se integró al Subcomité durante el proceso de evaluación para la otorgación del premio.

El Premio Nacional de Salud Pública 2007 fue conferido a la organización Iniciativa Comunitaria (IC). Organización de base comunitaria que provee servicios de salud, educación y prevención a poblaciones especiales que han sido marginadas por los sistemas tradicionales de salud. Fundada en 1990 por el Dr. José A. Vargas Vidot esta institución sin fines de lucro brinda asistencia a usuarios de drogas, trabajadoras del sexo, personas sin hogar, jóvenes expuestos a la violencia callejera y personas afectadas por el VIH/SIDA. La visión de IC es luchar por mejorar la calidad de vida, armoniosa, saludable y feliz reintegrando a las personas que requieren atenciones especiales en la sociedad. La misión de Iniciativa Comunitaria es promover cambios concretos en política pública dirigidos al apoderamiento y al desarrollo sustentable de seres humanos que sufren marginación social.



## COMITÉ ORGANIZADOR DE LAS CONFERENCIAS ■

La Escuela Graduada de Salud Pública ha ampliado la capacidad organizacional para el desarrollo de eventos científicos y profesionales nacionales e internacionales. La experiencia organizativa acumulada de la XVI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, las tres Conferencias Puertorriqueñas de Salud Pública y otros eventos efectuados contribuyen a dicho desarrollo. Se observa cada vez más la ampliación de la base de apoyo de los integrantes de todas las facultades de la comunidad académica del Recinto de Ciencias Médicas a la realización de los eventos. Por temor a omisiones involuntarias no se identifican los nombres de las personas que integraron las diferentes comisiones de trabajo de los eventos. Esa información está publicada y disponible en el programa de las Conferencias descritas.

## LA CUARTA CONFERENCIA PUERTORRIQUEÑA DE SALUD PÚBLICA ■

La IV Conferencia se caracterizó por el matiz sistémico e internacional del evento. La Universidad de Puerto Rico, el Recinto de Ciencias Médicas y la Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública se unieron para presentar la **IV Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública** y al **VI Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud**. Ambos eventos integrados se efectuaron del 19 al 21 de marzo de 2013 en el Centro de Convenciones en la Ciudad de San Juan de Puerto Rico.

Con el tema *La Encrucijada Social y Universitaria por la Salud* la convocatoria invitaba a la reflexión, al análisis crítico y al compromiso para la acción de los sectores sociales y universitarios por la salud. Implicaba la exhortación, el reclamo y el emplazamiento al desarrollo de una cultura de Promoción de la Salud basada en el diálogo salubrista y en la concertación de acciones de política pública y esfuerzos intersectoriales en beneficio de la salud. Conllevaba, además, la implantación de un plan integral nacional e internacional de Promoción de la Salud de naturaleza participativa y sostenible con el apoyo de los poderes públicos, universitarios y comunitarios.

En el evento hubo una amplia participación de profesionales, organizaciones sociales, comunidades universitarias y entidades de los campos de la Salud Pública y la Promoción de la Salud de Puerto Rico y la comunidad internacional.

El enfoque del evento promovió la discusión y el análisis de los asuntos de Salud Pública y Promoción de la Salud desde las perspectivas multidisciplinaria y multisectorial. El evento fomentó la apertura e integración de grupos y asociaciones profesionales de la salud, instituciones y organizaciones públicas y privadas de salud, programas y proyectos de servicio, centros de investigación, programas académicos e iniciativas comunitarias.

Los objetivos de la Conferencia fueron:

- Proveer un foro para el análisis crítico de la situación de salud en los ámbitos social y universitario en el contexto de la realidad nacional e internacional.
- Exponer los avances, los desafíos y las oportunidades de la Salud Pública y la Promoción de la Salud desde las perspectivas conceptual, metodológica, de investigación y de servicio.
- Promover la discusión y el intercambio de propuestas y modalidades efectivas de intervención en Salud Pública y Promoción de la Salud a nivel social y en el escenario universitario.
- Propiciar la integración y las alianzas de los sectores sociales, profesionales, comunitarios y universitarios en la gestión de Salud Pública y la Promoción de la Salud.
- Promover el análisis de la contribución de la Salud Pública y la Promoción de la Salud y su articulación con las políticas sociales y universitarias.
- Examinar la relación sociedad y academia ante los desafíos de la Salud Pública y la Promoción de la Salud y sus implicaciones para la formación de profesionales y el desarrollo de capacidades en salud.
- Fortalecer las asociaciones y las redes nacionales e internacionales en los campos de la Salud Pública, la Promoción de la Salud y en la iniciativa de Universidades Promotoras de la Salud.
- Influenciar la agenda y la priorización del sector social y de salud a nivel nacional e internacional.

A continuación, los temas y subtemas del evento:

1. Los fundamentos de la Salud Pública (SP) y la Promoción de la Salud (PS)
  - a. Estado del arte de la SP y la PS
  - b. Desarrollo disciplinar en SP y PS
  - c. Recursos Humanos y capacitación en SP y PS
  - d. Ética en SP y PS
  - e. Vinculación y articulación en salud a nivel nacional, continental, caribeña y global
2. El enfoque de los entornos saludables y las Universidades Promotoras de la Salud
  - a. Fundamentos de las Universidades Promotoras de la Salud (UPS)
  - b. Evidencias de efectividad de las iniciativas de UPS
  - c. Buenas prácticas de UPS

3. La equidad, la justicia social y los derechos humanos en salud
  - a. Equidad en salud
  - b. Justicia social
  - c. Derechos humanos
  - d. Interculturalidad
  
4. Los determinantes sociales de la salud
  - a. Conceptuación
  - b. Evidencias de efectividad en salud
  - c. Mecanismos de aplicación práctica
  
5. El desarrollo sostenible y la salud ambiental
  - a. Pobreza y ambiente
  - b. Justicia ambiental
  - c. Seguridad alimentaria
  - d. Salud ocupacional
  - e. Sostenibilidad social y ambiental
  - f. Salud y ecología urbana
  - g. Preparación y manejo de desastres
  - h. Vulnerabilidad y adaptación al cambio climático
  - i. Avalúo de exposición a contaminantes
  - j. Biodiversidad
  - k. Tecnologías ambientales
  - l. Geografía de la salud
  
6. Las políticas, los modelos y los sistemas de salud
  - a. Atención primaria en salud
  - b. Políticas intersectoriales
  - c. Abogacía en salud
  - d. Políticas de Promoción de la Salud, Educación en Salud y Prevención
  - e. Reformas del sector salud
  - f. Rol de las Organizaciones comunitarias y voluntarias en salud
  - g. Rol del sector privado
  
7. La participación social, comunitaria y universitaria en salud
  - a. Rol de las comunidades y la sociedad civil
  - b. Participación universitaria
  - c. Apoderamiento

- d. Alfabetización en salud
  - e. Liderato en salud
  - f. Alianzas y redes comunitarias y profesionales
  - g. Comunicación en salud
8. La salud y la prevención en el ciclo de vida
- a. Estilos de vida
  - b. Exposición y riesgo en el ciclo de vida
  - c. Alimentación y nutrición
  - d. Dinámica de la población
  - e. La salud materno infantil
  - f. La salud de niños y adolescentes
  - g. La salud escolar
  - h. La salud de los jóvenes y universitarios
  - i. La salud de los adultos de edad mayor
  - j. La salud de la mujer
  - k. La salud del hombre
  - l. La salud de las personas con deficiencias en el desarrollo
  - m. Epidemiología
  - n. Bioestadística
  - o. Enfermedades infecciosas y transmisibles
  - p. Enfermedades crónicas
  - q. Promoción de la salud mental
  - r. Promoción de la salud sexual
  - s. Violencia
  - t. Tabaquismo
  - u. Alcoholismo
  - v. Uso de sustancias y drogas
9. Biotecnología y la Salud Pública
- a. Genoma humano
  - b. Marcadores ancestrales
  - c. Genómica y proteómica
  - d. Susceptibilidad
  - e. Alimentos modificados genéticamente

## 10. El arte y la Salud Pública

- a. Fundamentación teórica y metodológica del arte y la Salud Pública
- b. Evidencias de la efectividad de la utilización del arte en la salud
- c. Experiencias y buenas prácticas

## 11. Los desafíos de la Salud Pública y la Promoción de la Salud

### **ORGANIZACIONES COLABORADORAS ■**

- Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud
- Oficina Regional Latinoamericana de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES-ORLA)
- Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS)
- Oficina del Presidente de la Universidad de Puerto Rico
- Oficina del Rector del Recinto de Ciencias Médicas
- Oficina de la Decana de Estudiantes del Recinto de Ciencias Médicas
- Oficina del Decano de la Escuela Graduada de Salud Pública
- Oficina de la Decana de Asuntos Académicos del RCM, UPR
- Oficina de Informática y Recursos Educativos (OIRE) de la Escuela de Profesiones de la Salud

### **PREMIO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2013 ■**

El Comité Científico de la IV Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública otorgó el Premio Nacional de Salud Pública 2013 a la organización de autogestión comunitaria Casa Pueblo, ubicada en Adjuntas, Puerto Rico.

El premio tiene el propósito de reconocer y exaltar la contribución institucional de las entidades públicas, privadas, comunitarias, voluntarias, profesionales o fundaciones que realizan aportaciones trascendentales al desarrollo social y de salud en Puerto Rico. Nos referimos a entidades que demuestran clara defensa de los valores de la Salud Pública y la Promoción de la Salud en el país y realizan contribuciones de excelencia a estos campos sobre bases de pertinencia social,

esfuerzo sostenido para la permanencia de las acciones y evidencia de la efectividad de las iniciativas. El premio se otorga en el marco de las Conferencias Puertorriqueñas de Salud Pública. Los organizadores de la Conferencia describen a Casa Pueblo como:

“La organización comunitaria que representa los valores excelsos de la Salud Pública y la Promoción de la Salud a través de la defensa de la salud ambiental, la autogestión comunitaria y el desarrollo sostenible. La contribución social y salubrista de Casa Pueblo se ejemplifica a través de su quehacer histórico comunitario, su compromiso salubrista y su constancia en:

- La defensa de políticas públicas favorables a la salud, la abogacía y el activismo en salud,
- Las acciones de concienciación social, educación en salud y alfabetización en salud crítica,
- La movilización social y comunitaria,
- El desarrollo de alianzas intersectoriales,
- El fomento del liderato comunitario y la participación voluntaria.
- La provisión de oportunidades para fomentar los valores culturales y humanos,
- El desarrollo de capacidades para la movilización de la opinión pública, entre otras” (Comité Científico IV Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública, 2013)

## **SESIONES PLENARIAS ■**

El título de la primera sesión plenaria Un llamado a la conciencia salubrista para impactar escenarios comunitarios y universitarios. Los conferenciantes invitados fueron: Dr. Ángel R. Villarrini Jusino, Catedrático de la Universidad de Puerto Rico. Fundador del Proyecto para el Desarrollo de Destrezas de Pensamiento (PDDP) en la Universidad de Puerto Rico y Co-Fundador de la Organización para el Fomento del Desarrollo del Pensamiento (OFDP), el Dr. José A. Vargas Vidot Director Organización Iniciativa Comunitaria de Investigación, Inc. (ICI) (Premio Nacional de Salud Pública 2007) y el Ing. Alexis Massol González Director, Organización de Autogestión Comunitaria Casa Pueblo (Premio Nacional de Salud Pública 2013). La Moderadora fue la Dra. Cruz M. Nazario Delgado Catedrática de la Escuela Graduada de Salud Pública Universidad de Puerto Rico.

La presencia internacional en el evento se constata en la sesión plenaria titulada: *Las oportunidades y los desafíos de la Salud Pública, la Promoción de la Salud y las Universidades Promotoras de la Salud*. En esta sesión participaron la Dra. Sofialeticia Morales Garza, Asesora Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el tema de Objetivos para el Desarrollo

del Milenio. Otra participante fue Sa. Marie Claude Lamarre Directora Ejecutiva de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES, Francia). La moderadora fue la Dra. Carmen Gallardo Pino, Vicerrectora de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.

El tema de la tercera plenaria fue: La participación social, comunitaria y universitaria por la salud. Participaron en la misma la Hon. Carmen Yulín Cruz, Alcaldesa de la Ciudad Capital de San Juan; y la Dra. Marina Román Eyxarch, Directora de Salud de la Ciudad Capital de San Juan. La moderadora fue la Dra. Lida Orta Anés, Catedrática del Departamento de Salud Ambiental Escuela Graduada de Salud Pública y Presidenta Asociación Puertorriqueña de Profesores Universitarios (APPU).

### **SESIONES ESPECIALES ■**

Las sesiones especiales representan instancias de encuentro técnico, científico y profesional sobre temas de pertinencia social en el campo de la salud. Es significativa la diversidad de los temas.

A continuación una muestra de los temas de las sesiones especiales del evento:

- Salud global y ética global: un abordaje desde la bioética
- La diversidad del arte en la salud
- Consulta Juvenil: 20 años monitoreando comportamientos de riesgo entre adolescentes
- Dos décadas de reformas en la prestación de servicios de salud en Puerto Rico;
- Campus Virtual de Salud Pública: Nodo de Puerto Rico
- Diseño de un currículo de prevención de VIH enfocado en la población de Puerto Rico y Latinos en Estados Unidos
- Diez prácticas interdisciplinarias para la intervención y el desarrollo comunitario sostenible desde un enfoque participativo
- Recovecos identitarios: La construcción de género como determinante social de la salud y sus efectos en la población trans puertorriqueña
- Búsqueda de salud en el trópico en el siglo XIX: El diario de Edward Bliss Emerson, 1831-1832
- Fundamentos y prácticas de la alfabetización en salud crítica
- Modeling Integrated and Coordinated Medical Care: A Clinical and Economic Approach
- Innovaciones en los servicios materno-infantiles: Escuchando a las mujeres y siguiendo la evidencia científica, todos ganamos

- La seguridad alimentaria en la población de Puerto Rico: Retos y oportunidades en el siglo XXI
- Factores locales y globales que inciden en la geografía de la salud: Salud, fronteras y naciones;
- Conversatorio Vieques 10 años después: La lucha continúa
- Desarrollo de intervenciones educativas para capacitar a estudiantes universitarios sobre el fenómeno de drogas: Miradas diversas y lecciones aprendidas desde tres universidades latinoamericanas
- Public Health Dentistry in Puerto Rico
- Impacto de la investigación traslacional en la salud de las mujeres: La aportación de la salud pública
- Conciencia salubrista y vida plena: Una visión desde la moral hostosiana
- Preparación ante emergencias y desastres de los hospitales de Puerto Rico
- La vejez en el Siglo XXI: Reconceptualización del rol social del adulto mayor
- Artes en las cárceles: Inspiración transformadora
- Colaboración interprofesional
- Presentación de una selección de libros recientes de salud y promoción de la salud a nivel nacional e internacional
- La década de la actividad física y la salud pública: Propuestas para el presente y el futuro
- Compartiendo experiencias para la transversalización de la promoción de la salud en el currículo universitario
- Estigmatizantes y estigmatizados: Retos para mitigar el estigma hacia usuarios de drogas en el sector de servicios de salud en Puerto Rico
- Representaciones científicas y luchas ideológicas: Nomenclaturas sexuales, raciales y salubristas
- La teoría bioenergética de carcinogénesis y su posible impacto sobre la salud pública
- Análisis de las implicaciones teóricas y metodológicas de la promoción de la salud y los determinantes sociales de la salud
- Hacia la re-integración del adulto mayor en la sociedad puertorriqueña;
- Proceso de acreditación de Instituciones de Educación Superior (IES): Experiencias internacionales
- Hospitales promotores de la salud ☼



## REFERENCIAS

- Arroyo, H. V. (2007). Mensaje de Clausura. Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. 10 de mayo de 2007. San Juan de Puerto Rico.
- Arroyo, H. V. (2007). Mensaje de Bienvenida. Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. 8 de mayo de 2007. San Juan de Puerto Rico.
- Arroyo, H. V. (2001). Informe del Comité Planificador de la Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. Presentado al Comité de Administración y Docencia de la Escuela de Salud Pública en reunión del 7 de febrero de 2001. Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.
- Carlo, J. R. (2007). Mensaje del Rector. En el Programa de la Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. San Juan de Puerto Rico. p. 3
- Carlo, J. R. (2004). Mensaje del Rector. En el Programa de la Segunda Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. San Juan de Puerto Rico. p. 3
- Cordero, J. F. (2007). Mensaje del Decano. En el Programa de la Tercera Conferencia Puertorriqueña de Escuela Graduada de Salud Pública (2007).
- Programa de la VI Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud y la IV Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública (2013). *"La Encrucijada Social y Universitaria por la Salud"*, 19-21 de marzo de 2013. San Juan de Puerto Rico.
- Escuela Graduada de Salud Pública (2007). Programa de la Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. Salud Pública, Justicia Social y Derechos Humanos: Desafíos de una Sociedad Diversa. 8-10 de mayo de 2007. San Juan de Puerto Rico.
- Escuela Graduada de Salud Pública (2004). Programa de la Segunda Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. Promoviendo la Alianza Social por la Salud Pública. 1-3 de septiembre de 2004. San Juan de Puerto Rico.
- Escuela Graduada de Salud Pública (2002). Programa de la Primera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. Desafíos de la Salud Pública para el Nuevo Siglo. 10-12 de abril de 2002. San Juan de Puerto Rico.
- Escuela Graduada de Salud Pública (2001). Acta del Comité de Administración y Docencia. Reunión Ordinaria del 7 de febrero de 2001. Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.
- Oficina de Currículo y Evaluación (2007). Informe de Evaluación de la Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. Presentado en la reunión del Comité Científico de la Conferencia el 12 de Septiembre de 2007 en la Sala 12 de la Escuela Graduada de Salud Pública. Escuela Graduada de Salud Pública. Recinto de Ciencias Médicas. Universidad de Puerto Rico.
- Pérez, R. (2004). En Escuela Graduada de Salud Pública, Programa de la Segunda Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. Promoviendo la Alianza Social por la Salud Pública. 1-3 de septiembre de 2004. San Juan de Puerto Rico. p. 4.
- Pérez, R. y Arroyo, H. (2002). En Escuela Graduada de Salud Pública, Programa de la Primera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. Desafíos de la Salud Pública para el Nuevo Siglo. 10-12 de abril de 2002. San Juan de Puerto Rico. p.3.



---

**PERSPECTIVAS Y  
DESAFÍOS  
GLOBALES**

---



---

## PROMOVER LA SOLIDARIDAD EN TORNO A LA SALUD: MENSAJE EN OCASIÓN DE LA APERTURA DE LA QUINTA CONFERENCIA PUERTORRIQUEÑA DE SALUD PÚBLICA

**DRA. ISABELLA DANIEL**

*Directora Adjunta  
Organización Panamericana de la Salud (OPS)  
Organización Mundial de la Salud (OMS)*

¡Buenos días a todos! Muchas gracias por darme la oportunidad de estar con todos ustedes hoy.

Quiero agradecer especialmente al Recinto de Ciencias Médicas y a la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico por haber organizado esta conferencia y por su invitación a participar.

Es un privilegio para mí estar aquí con ustedes, los salubristas puertorriqueños, y me complace además que haya tantos participantes internacionales, en especial de los países de la región de las Américas. Tenemos mucho que aprender de las experiencias y de los logros de Puerto Rico en salud pública.

El lema de esta conferencia, “Solidaridad política y ciudadana por la salud”, es un tema sumamente importante y oportuno para la salud pública en Puerto Rico y en nuestra región. Pienso que ahora, más que nunca, son muy pocos los objetivos de salud pública que podemos lograr sin la participación de otros sectores y de la sociedad en su conjunto.

Esta es la razón por la que en la Organización Panamericana de la Salud, conocida como la OPS, hacemos cada vez más hincapié en nuestras iniciativas de cooperación técnica con los países de la región. Quisiera poner esto en el contexto de la situación de salud actual de Puerto Rico.

Como ustedes bien saben, Puerto Rico se está enfrentando a graves retos de salud, que en estos momentos incluyen no solo grandes dificultades a causa de la crisis económica y retos epidemiológicos a largo plazo, sino que ha tenido que encarar además una emergencia aguda de salud pública: el virus del Zika.

Todos los países de nuestra región, no solo Puerto Rico, están hoy enfrentando retos que surgen al tratar de asegurar financiamiento suficiente para que los sistemas de salud puedan satisfacer las necesidades de las personas y alcanzar la nueva meta mundial del acceso universal a la salud.

En el caso de Puerto Rico, ciertas circunstancias hacen que esto sea un reto especialmente difícil. Me complació mucho recibir la noticia de que los cambios propuestos recientemente en los programas de Medicare Advantage y la Parte D, que corresponde a la cobertura para el pago de medicamentos recetados, podrían proporcionar gran alivio a miles de puertorriqueños. La OPS insta a que toda asistencia económica que se brinde a la isla incluya apoyo a Medicare, Medicaid y al sistema integral de salud de Puerto Rico.

Un aspecto que la situación de salud pública de Puerto Rico tiene en común con los países de nuestra región es el reto de tener que hacer frente a una doble carga epidemiológica. En toda la región, los sistemas de salud están luchando por hacer frente a las tasas cada vez mayores de enfermedades no transmisibles, al mismo tiempo que tienen que afrontar brotes de enfermedades infecciosas como el dengue, el chikunguña y ahora también el Zika.

En este contexto, el tema de esta conferencia, que se estableció antes de que el virus del Zika llegara a la isla, fue visionario y sumamente pertinente. Esta crisis no puede resolverse sin la solidaridad política y ciudadana por la salud.

El Zika es una inquietud nueva de la salud, tan alarmante para Puerto Rico como para toda nuestra región. Estamos todavía aprendiendo acerca de este virus, sus características y sus consecuencias. Pero ya hay dos importantes enseñanzas, ambas similares a las que aprendimos con la epidemia del ébola en África Occidental: que para que los países puedan hacer frente a las crisis de salud es esencial contar con sistemas de salud resilientes, y que, a fin de hacer frente eficazmente a estas crisis y es crucial que los distintos sectores de la comunidad se involucren.

El virus del Zika ha puesto también de manifiesto la necesidad de lograr el acceso universal a la información y a los servicios integrales de salud reproductiva, un componente fundamental para garantizar que las mujeres puedan estar plenamente informadas acerca de los riesgos a la hora de planificar un embarazo.

Sin duda, uno de los temas clave en el caso del Zika, en cuanto a la solidaridad política y ciudadana por la salud, es la necesidad crítica de lograr la plena participación de las familias y las comunidades para eliminar los criaderos de mosquitos y reducir así la población de vectores.

Sabemos bastante sobre cómo prevenir y controlar las infecciones por el virus del Zika. Pero es también mucho lo que no sabemos. A pesar de nuestros mejores esfuerzos no hemos podido

lograr el control del dengue, una enfermedad arboviral similar que ha plagado a la región por decenios. ¿Cómo podemos hacer para promover que la comunidad participe y que los esfuerzos de control de vectores sean eficaces y sostenibles a lo largo del tiempo?

La labor de las universidades y los centros de investigación es fundamental para comprender y promover una mejor comunicación de los riesgos para la salud pública y una mayor movilización de las comunidades para el control de los vectores. Sabemos que Puerto Rico tiene mucha experiencia y conocimientos en estos temas a raíz de sus propias batallas contra el dengue, y que ha ayudado a guiar la labor de control del dengue en la región. Estoy segura de que también aprenderemos de sus experiencias al responder al Zika.

Quisiera mencionar otros ejemplos que creo que ilustran la importancia de que la salud cuente con el apoyo político y de la sociedad civil, y que son temas que se encuentran entre las principales prioridades de la cooperación técnica de la OPS.

Uno de los más importantes son las enfermedades no transmisibles, que ya he mencionado como parte de la doble carga epidemiológica. La prevención de las enfermedades no transmisibles plantea otra cuestión: la necesidad de que actúen otros sectores. Muchas enfermedades se pueden prevenir al involucrar a una amplia gama de actores de otros sectores fuera del de la salud, como la agricultura, el comercio, la educación, la planificación urbana, la vivienda, el medioambiente, o el transporte, entre otros.

Un cambio importante que ha ocurrido en la salud pública en los últimos años y, en particular, en torno a la prevención de las enfermedades no transmisibles, es el reconocimiento de que promover la salud no solo es cuestión de persuadir a las personas para que adopten modos de vida saludables. La promoción de la salud también requiere de políticas e intervenciones que faciliten un modo de vida saludable al cambiar el entorno en el que las personas hacen sus elecciones. Sabemos que los reiterados intentos de promover que las personas adopten hábitos de alimentación más sana y sean físicamente más activas no pueden llegar muy lejos si no van acompañados de cambios en el entorno. Entre las fuerzas que configuran este entorno encontramos el suministro y los sistemas alimentarios mundiales, los medios de comunicación y la publicidad y la mercadotecnia.

El reto para la salud pública estriba en persuadir a otros —incluidos los responsables de las políticas, los legisladores, los consumidores y los posibles aliados en el sector privado— para que apoyen las políticas públicas y las medidas regulatorias que hacen que la opción saludable sea la alternativa más fácil.

Me complace señalar que Puerto Rico tiene una de las trayectorias más sólidas en cuanto al control del tabaco en los Estados Unidos. Esto ha contribuido a una prevalencia del tabaquismo de solo 12%, una de las más bajas en la región. Esto significa que ustedes tienen mucha experiencia en lograr que la opción saludable sea la alternativa más fácil.

Nos complace también ver que Puerto Rico aplica un enfoque multisectorial al igual que políticas y medidas regulatorias para enfrentar el problema de la obesidad, uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Puerto Rico tiene una tasa de prevalencia del sobrepeso y la obesidad de 66%, una de las más altas de la región, que está contribuyendo a la mortalidad por causa de enfermedades cardiovasculares y de la diabetes. En Puerto Rico, la tasa de mortalidad por diabetes es de 85 por cada 100,000 personas, tres veces mayor que la tasa de 24 por cada 100,000 de los Estados Unidos.

En marzo, la OPS tuvo la gran oportunidad de asociarse con la Comisión de Alimentación y Nutrición de Puerto Rico al convocar un diálogo multisectorial sobre el nuevo plan de acción de Puerto Rico para la prevención de la obesidad.

El plan está en estrecha consonancia con el plan de acción regional de la OPS para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. En él se insta a que se estimule la creación de entornos, programas y servicios que promuevan modelos de alimentación sana y modos de vida activos para todos. Además, se han incluido las medidas específicas más eficaces para crear entornos que hagan que la opción saludable sea la alternativa más fácil. Entre esas medidas se incluyen:

- Políticas y regulaciones fiscales que protejan a la población contra los efectos de la publicidad y la mercadotecnia a fin de reducir el consumo de comida rápida, bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados que tienen un alto contenido de azúcar, grasas y sal, y bajo contenido nutritivo.
- Requisitos de etiquetado en el frente de los envases a fin de identificar de manera clara y sencilla los alimentos que no son buenos para la salud.
- Espacios e iniciativas de recreación pública para promover que las personas anden en bicicleta, caminen y hagan otro tipo de actividad física.

En ese sentido, Puerto Rico está aplicando las enseñanzas aprendidas en el control del tabaco. Y una de las enseñanzas principales es que es necesario lograr el apoyo político y ciudadano, y la abogacía activa para estas medidas, a las que se oponen las industrias afectadas.



Quiero finalizar con una mención a la meta de lograr el acceso universal a la salud. En el 2014, en la reunión anual de la OPS, los Ministros de Salud respaldaron la meta de lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. El objetivo es lograr un sistema de salud sostenible que aborde los problemas de salud y proporcione atención de calidad para todos cuando la necesiten, sin temor a enfrentar dificultades financieras por ello. Creemos que es un derecho básico que merece el apoyo de todos, no solo el de los profesionales de la salud.

Al acercarnos al vigésimo quinto aniversario del ingreso de Puerto Rico a la OPS como miembro asociado, en la OPS nos solidarizamos con Puerto Rico y con sus esfuerzos para garantizar la salud para todos. ☪



---

# CRISIS GLOBAL: ACTORES, PROCESOS, CONSECUENCIAS E IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA

**MARCIA RIVERA HERNÁNDEZ**

URUGUAY | PUERTO RICO

Muy buenos días, señor presidente de la Universidad de Puerto Rico, Dr. Uroyoán Walker; señor rector del Recinto de Ciencias Médicas, Dr. Noel J. Aymat Santana; señor decano de la Escuela Graduada de Salud Pública, Dr. Ralph Rivera; señor director del Departamento de Ciencias Sociales y coordinador de este importante evento, Dr. Hiram V. Arroyo; integrantes de la facultad de este y de otros recintos, estudiantes, profesionales de la salud, líderes de organizaciones sociales y comunitarias, amigos y amigas.

Es un verdadero honor y un privilegio poder dirigirme a esta docta audiencia en la mañana de hoy. Los organizadores de este congreso me han pedido que aborde el tema de las consecuencias que sobre la salud pública ha tenido la crisis global desatada por la globalización y por el predominio de las políticas del capitalismo neoliberal en el mundo occidental. Es una tarea difícil, por la velocidad de los cambios que estamos viviendo, la profundidad de estos, la diversidad y dispersión de los actores involucrados en incitarlos, y por la variedad, complejidad y contradicciones de los impactos que necesitamos analizar para comprender cabalmente dónde estamos y hacia dónde vamos —o hacia dónde no deberíamos ir. Pero algo podemos avanzar si comenzamos y, por eso, los animo a seguir indagando en este tema.

## **LA INSALUBRIDAD DE LA VIDA COTIDIANA ■**

Seguramente muchos de ustedes, la mayoría sospecho, ha llegado hasta esta Conferencia buscando compartir investigaciones y experiencias, comprender mejor los retos que se presentan a los sistemas de salud pública y también olvidarse por unos días de las angustias de una vida cotidiana dominada por el individualismo, la competencia, la falta de recursos, el trabajo agotador y la deshonestidad de muchos. Todas estas son situaciones que generan sentimientos negativos, dañinos. Vivimos en sociedades dominadas por la incertidumbre, el miedo, el estrés, la frustración, el rechazo intuitivo a lo desconocido e, incluso, la violencia. Solo una proporción pequeña

de personas en el mundo escapan hoy la realidad de una vida cotidiana agobiante. Tener las necesidades básicas satisfechas, estar bien, en paz, feliz, con capacidad de desplegar libre y creativamente los talentos y capacidades que tenemos, es cada vez más un privilegio que un derecho humano, tanto en Puerto Rico como en América Latina y el resto del mundo.

Lamentablemente, la vida cotidiana en muchos lugares ha llegado a ser insalubre y conviene comenzar a reconocerlo para actuar. Porque, aunque nos demos cuenta de ello, no hemos sido capaces de reclamar o de generar los cambios necesarios para cambiar el rumbo de las políticas públicas que amenazan con más daño. Como los seres humanos poseemos eso que se ha denominado resiliencia —esa capacidad de adaptación frente a la adversidad, que tiene de sobra la población de Puerto Rico y muchas poblaciones en América Latina y el Caribe— nos hemos acostumbrado a vivir en contextos que no aportan un alto nivel de calidad de vida. Siempre acabamos encontrando la forma de “bregar” —en el estricto sentido puertorriqueño del término— dándoles la vuelta o manejando con bastante creatividad los riesgos, amenazas y dificultades para superarlos o neutralizarlos. En el proceso —y sobre todo en la región caribeña— solemos utilizar como recursos el humor, la música y la camaradería, que constituyen señas de identidad y formas de liberación del estrés y que nos permiten navegar con un cierto grado de soltura en las crisis. Pero también, en ocasiones, actuamos con un importante grado de negación o de inconsciencia sobre la gravedad de la realidad y de lo insalubre de la vida cotidiana.

En Puerto Rico, además de sobrevivir “bregando” —cuestión en la que decididamente somos expertos mundiales— me atrevo a afirmar que también hemos internalizado tanto y asumido como propios y naturales los valores y principios del capitalismo neoliberal que pensamos que la desigualdad, la pobreza, o la explotación son parte de la vida y que no hay de otra. El recordado “such is life” fue un maravilloso ejemplo de eso que planteo. De acuerdo con esa visión, a la que tantas personas se adhieren por inercia, todo puede y debe ser un negocio; los alumnos son clientes; la competitividad es lo que nos salvará; la empresa privada hace mejor las cosas que los gobiernos; no se necesita regular los mercados porque ellos se ajustan a sí mismos; la riqueza se multiplica con la especulación, no con la producción de bienes y servicios. Y cualquiera que cuestione estos principios lo hace porque es un perdedor, un “born loser”.

Considero que en Puerto Rico estamos enfrentando un serio problema colectivo de lo que la medicina denomina la amnesia funcional o disociativa, es decir, de una pérdida de memoria que no tiene una etiología orgánica, sino que su ocurrencia está relacionada con factores estresantes, emocionales o psicológicos. Quienes padecen este desorden se disocian o separan de memorias pasadas desagradables, que producen malestar; logran separarse del recuerdo y les es imposible recuperarlo en la memoria. Lo que ocurre en los trastornos disociativos, según expertos en el

tema, es que la memoria, la identidad, la percepción, las ideas, o los sentimientos se perciben como separados de la consciencia, como si estuvieran separados de la persona misma. Ojalá se pudiera generar en Puerto Rico un estudio grande sobre esta hipótesis, que presento desde las ciencias sociales, tras haber dedicado años a intentar comprender el comportamiento colectivo del país frente a los abusos del poder político dual que hemos vivido a lo largo de más de cien años.

Muchas, demasiadas personas, son incapaces de conservar o recuperar información almacenada con anterioridad; no logran percibir los impactos humanos de la huella colonial sobre su identidad, y no llegan a percibir que las políticas y la cultura neoliberal anglosajona que se ha instalado generan un altísimo nivel de estrés individual y colectivo y parecen estar en la base del malestar que recorre nuestra sociedad hoy. Por ello, justamente, me he propuesto ir develando con ustedes los mecanismos a través de los cuales se ha ido generando la idea de la globalización neoliberal que ha resultado en ese proceso de “naturalización” de los nuevos valores y principios que rigen la vida cotidiana en Puerto Rico, pero también la de casi cualquier lugar de América Latina y del mundo.

### **LA GLOBALIZACIÓN: DESIGUAL Y CONTRADICTORIA ■**

La noción de globalización es polisémica: admite muchas interpretaciones y se utiliza elásticamente a conveniencia de quien exponga. Hay panegiristas de la globalización que celebran que por fin el mundo avanza en un lenguaje común, tiene una visión similar de los procesos económicos y sociales, de la cultura, de la moda, de los deportes, de la medicina. Muchos leen como progreso y modernidad que a donde quiera que se viaje haya un Burger King o un McDonald's, que vende algo que le es familiar a un trotamundos. Se celebra también el que a través de la ciencia globalizada se puedan encontrar remedios a enfermedades graves, o se pueda tener mayor precisión para lanzar un ataque armado al “enemigo”.

No obstante lo anterior, también hay visiones que consideran que la globalización es contraria a la vida sana. Estas toman como referencia las impresionantes y dramáticas desigualdades que se han generado, los nuevos conflictos bélicos y los ataques terroristas que aparecen como obscenas escenas de la vida cotidiana. Los críticos aducen también que de la mano de la globalización ha venido el crecimiento de las industrias de ilícitos que generan beneficios astronómicos, “lavados” y resguardados en los ya muy famosos paraísos fiscales. Entre una y otra posición sobre la globalización, hay un enorme conjunto de procesos sumamente complejos, contradictorios, repletos de dilemas éticos, de descubrimientos notables, de desafíos, retos, y de opciones que todos los aquí presentes debemos conocer, discutir y asumir. Veámoslo con un poco de detenimiento.

## **¿QUÉ IMPULSA LA GLOBALIZACIÓN? ■**

Comencemos haciéndonos la pregunta de ¿qué impulsa la globalización? No voy a entrar en un interminable debate de cuándo comenzó esta y de si siempre existió una tendencia globalizante. Les pido que nos situemos en la segunda mitad del siglo 20 para comprender lo que ha sucedido desde entonces. Entre una vastísima literatura sobre el tema, hay cuatro factores que aparecen reiteradamente como fundamentales y que personalmente considero son los motores de la globalización. Estos son:

- 1) Una vigorosa revolución científico-tecnológica, que ha transformado cualitativa y cuantitativamente la base del conocimiento que poseemos en el mundo y continúa haciéndolo en forma veloz y permanente.
- 2) La relativa uniformidad en la instrumentación de políticas neoliberales alrededor del mundo.
- 3) La persistencia de diferencias salariales muy significativas entre Oriente y Occidente.
- 4) La conformación progresiva de un mercado financiero mundial, altamente centralizado y controlado por un puñado de personas.

Estos factores, aparentemente tan diferentes entre sí, han generado interacciones recíprocas de gran intensidad en muchas direcciones. El resultado general ha sido un proceso veloz, sinérgico, avasallador, multifacético, desigual, contradictorio, con elementos claramente positivos para las perspectivas de bienestar general de la humanidad y con otros tan negativos que urge tomar acción inmediata sobre ellos. Vamos a tratar de comprender la compleja dinámica de la globalización bajo el sello neoliberal, que es parte central de la regresión social que recorre el mundo hoy. Comencemos con la revolución del conocimiento.

## **LA REVOLUCIÓN CIENTÍFICO-TECNOLÓGICA ■**

En los siglos 16 y 17 nuevas ideas y conocimientos en astronomía, biología, medicina, química y, especialmente, en la física, transformaron las visiones antiguas y medievales sobre la naturaleza, la vida, el universo, sentando las bases de la ciencia moderna. Siguiendo algunas líneas de los trabajos del historiador de la ciencia Alexandre Koyré, ese período se ha considerado como una primera revolución del conocimiento porque cambiaron los paradigmas que sostenían las visiones dominantes en casi todos los ámbitos de la ciencia hasta entonces. Siguió otros períodos de evolución y de cambios significativos en la ciencia y la tecnología, como los que dieron origen a la Revolución Industrial, pero no los saltos paradigmáticos más recientes. Desde la segunda mitad del siglo 20 un conjunto de nuevos descubrimientos, unidos a cambios notables en la forma de realizar investigación científica, han generado una verdadera mutación del acervo de conocimiento científico. Esta nueva revolución del conocimiento tiene profundas implicaciones para la formulación de políticas públicas en casi todos los ámbitos. Veamos qué ha pasado en las principales dimensiones.

## LA GENÉTICA ■

La fenomenal generación de nuevo conocimiento científico en el campo de la genética se ha dado a partir de la decodificación, secuenciación y cartografiado del genoma humano, que abrió las puertas a una nueva medicina, capaz de predecir a través de los genes el riesgo a desarrollar enfermedades y de curarlas o prevenirlas personalizadas. El Proyecto del Genoma Humano, auspiciado por el Departamento de Energía y los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos, permitió identificar más de mil enfermedades monogénicas (causadas por un gen principal), entre las cuales se encuentran la fibrosis quística, la hemofilia y las distrofias musculares; en una nueva etapa se investigó el riesgo de desarrollar enfermedades comunes como cáncer, arteriosclerosis coronaria, enfermedades mentales diabetes, y asma. Ello en sí mismo es un avance fenomenal, aunque ciertamente el proceso ha abierto nuevos debates y dilemas éticos sobre hasta dónde, cómo, cuándo y en qué circunstancias es deseable utilizar el arsenal de conocimiento que hoy se tiene en el campo de la genética.

La revolución en la genética reabrió, además, un viejo debate sobre la interacción que existe entre constitución genética y el medio ambiente, dado que los genes no funcionan en un vacío. Para algunos científicos, como Víctor Penchaszadeh, tras el entusiasmo con el nuevo conocimiento generado por la genética, están los intereses de la industria biotecnológica y farmacéutica transnacional, cuyo objetivo principal no es la salud colectiva y sí abrir nuevos mercados a las tecnologías de pruebas genéticas y a nuevos medicamentos diseñados “a la medida” de cada paciente o cliente. El entusiasmo con la genética generó muchas adhesiones y podría llegarse a pensar que esa es la ruta a seguir, según claman las empresas del rubro. Pero vale recordar que la visión individualizada de la enfermedad puede derivar también en una subestimación del papel que juegan los determinantes sociales de la salud —desde dónde y cómo se nace, hasta el impacto de la pobreza, la desigualdad social, la contaminación ambiental y la adversidad sobre la salud.

Esa mirada que privilegia la particular composición genética de cada persona puede llevarnos, sin querer queriendo, a aceptar la dilución del derecho a la salud que deben garantizar los estados. La salud no es una responsabilidad individual sino un derecho humano y un derecho colectivo fundamental reconocido internacionalmente en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos promulgada el 10 de diciembre de 1948 por la Organización de Naciones Unidas.

## LA FÍSICA ■

La física también vive hoy su propia gran revolución, a la vez que incide en las demás ciencias y recibe de estas insumos para su transformación cuántica, si se vale el adjetivo. La física de los últimos cincuenta años ha generado un marco teórico extraordinario para comprender la

expansión del universo, la existencia de sistemas planetarios asociados a estrellas que no son el sol y conocer por qué puede haber vida inteligente más allá del planeta Tierra.

Las nuevas investigaciones nos han permitido mejorar nuestro conocimiento de cómo está formada la naturaleza, de cómo ocurren las cosas en ella y por qué ocurren de tal o cual manera. También se ha podido entender la noción de equilibrio, a partir del descubrimiento de la anti-materia; saber que existen sistemas muy complejos y diversos, que pueden desplegar un comportamiento impredecible, errático o caótico, todo lo cual tiene profundas implicaciones para nuestra vida presente y futura. Además, la primera detección directa de ondas gravitacionales marcó el nacimiento de un quehacer enteramente nuevo en la astrofísica. Y por supuesto, la física ha hecho y sigue haciendo aportes muy importantes al desarrollo de nuevas tecnologías, como el rayo láser, el transistor, el microscopio electrónico, el ultrasonido y la resonancia magnética, así como a la generación de nuevos materiales con propiedades sorprendentes.

La física tiene un peso preponderante en el proceso de globalización por su interacción con las ingenierías y el diseño de nuevos artefactos tecnológicos que han entrado en el mercado masivo y también por alimentar la carrera espacial, cuestión que potencialmente puede desviar inversiones muy grandes que van en detrimento de las que se necesita hacer para mejorar las condiciones de vida cotidiana de las grandes mayorías mundiales.

## **LA NEUROCIENCIA ■**

En la neurociencia ha habido saltos importantísimos de conocimiento y numerosos cambios de paradigmas a partir del hecho de que desde hace unos pocos años se puede estudiar el cerebro vivo en su morfología, estructura, bioquímica, funciones y actividad. Las investigaciones sobre el cerebro ejemplifican claramente el maravilloso desafío de la ciencia: cuanto más se estudia, más se constata lo mucho que falta por conocer. En la pasada década se abrieron brechas muy importantes en la comprensión de los procesos de la conciencia, la memoria, el pensamiento y la emoción. La neurociencia se ha potenciado, está modificando numerosas disciplinas y creando áreas inimaginadas de investigación y de generación de nuevo conocimiento que puede, y debe, incidir decididamente sobre la vida de las personas. Ello ha dado lugar a transformaciones en la psiquiatría y la psicología, que incluyen el surgimiento de acercamientos nuevos como son la programación neurolingüística, las técnicas de integración cerebral y el reprocesamiento por movimientos oculares, entre otras terapias hoy denominadas neurocientíficas.

La neurociencia también está impactando decididamente la pediatría y el campo de la educación, al haber identificado a través de centenares de estudios la importancia de los primeros años de vida en la formación cabal del cerebro, donde fundamentalmente se define su funcionamien-



to óptimo a futuro. En los últimos años se han identificado con bastante claridad los impactos sobre el cerebro que tiene la adversidad —la pobreza, la malnutrición, el miedo, la incertidumbre, el estrés y la vida en un contexto de violencia. Por ello, hoy no es posible discutir propuestas de políticas económicas y sociales, o reformas de los sistemas educativos, sin que se tomen en cuenta los avances del nuevo conocimiento generado por la investigación en neurociencias. Pero, y en estos nuevos avances de la ciencia siempre aparece el oportunismo mercantilista, la neurociencia también está impactando decididamente el campo del mercadeo y ya se habla de la neuromercadotecnia (*neuromarketing*) para referirse a cómo enganchar consumidores de bienes y servicios haciendo uso de los conocimientos que este campo ha generado para predecir la conducta de los compradores potenciales.

El espectacular microchip: Informática, inteligencia artificial y transmisión de imágenes

A fines de 1958 se sentaron las bases para la revolución del microchip o circuito integrado en semiconductores, una pequeña tableta muy delgada que puede contener una cantidad enorme de dispositivos microelectrónicos y que permitió sustituir aquellos tubos que tenían las radios y los televisores cuando yo era niña. Este fenomenal avance alentó el desarrollo de nuevas tecnologías de información y comunicación y pronto se convirtió en piedra angular de todas las tecnologías. En la actualidad hay microchips en prácticamente todo: en las computadoras, los celulares, los automóviles, los electrodomésticos. El microchip es una tecnología que permite que el resto de las tecnologías funcionen, por lo que se le considera uno de los inventos más importantes de la ciencia moderna. Por ello su creador, el ingeniero Jack Kilby, recibió el Premio Nobel de Física en el año 2000.

La informática ha ido evolucionando hacia la robótica con el apoyo de los nuevos hallazgos en investigaciones en la física, la ingeniería, la microelectrónica y la inteligencia artificial. Los robots de nuevo cuño han tenido un impacto muy importante en tareas de alto riesgo para la vida de personas, como sucede en la industria nuclear, donde puede haber exposición a material radiactivo; en los laboratorios donde abundan sustancias químicas nocivas, y en algunas de las operaciones de la exploración espacial. Es especialmente atractivo su potencial para el diseño de prótesis que permitirían incrementar significativamente la movilidad y la calidad de vida de personas con condiciones físicas especiales. Ha tenido también un gran desarrollo en la industria automotriz y su expansión avanza en muchas direcciones y a gran velocidad, haciéndose una tecnología cada vez más accesible para una diversidad de tareas en el ámbito empresarial y también en la vida cotidiana. La inteligencia artificial busca que diversos tipos de máquinas, robots o procesos automatizados sean capaces de emular comportamientos inteligentes de los seres humanos. Se aspira a desarrollar “agentes racionales” sin que sean seres vivos.

Eso necesariamente abre un abanico de interrogantes, que no podremos discutir acá por la brevedad del tiempo, pero que van a la esencia misma de lo que ha sido hasta ahora la historia de la humanidad. Por primera vez, resulta evidente que compartiremos el planeta con otras formas de racionalidad que no son la humana.

Es evidente ya la diversidad, complejidad y profundidad de los impactos del desarrollo de la inteligencia artificial y la robótica sobre nuestras vidas. En primer lugar, porque se ha producido una aceleración en la pérdida de puestos de trabajo, ante el incremento en productividad que aportan estas tecnologías. Las proyecciones que se manejan hoy hablan de que el 35% de los empleos actuales serán realizados por máquinas antes de 20 años.

Según ha planteado el gurú cibernético Douglas Rushkoff en su libro más reciente, nuestro problema muy pronto será no tener forma de generar puestos de trabajo para las personas, si no hacemos un cambio radical en la manera de manejar el nuevo conocimiento y las nuevas tecnologías que se están generando. La pregunta que tenemos que comenzar a hacernos no es cómo emplearemos a toda esa gente que es reemplazada por la tecnología, sino cómo podemos organizar una sociedad alrededor de algo más allá del empleo. “De lo que carecemos no es de empleo, sino de una forma de distribuir con justicia los bienes que hemos generado a través de nuestras tecnologías, en un mundo que ya ha producido mucho más de lo necesario”, ha dicho Rushkoff.

La segunda preocupación creciente relacionada con el uso de la robótica y la inteligencia artificial está centrada en la constatación de que este nuevo conocimiento se está empleando cada vez más en la fabricación de armas y en el diseño de estrategias militaristas, mucho más certeras en alcanzar sus objetivos y mucho más crueles por la enorme diferencia de acceso a estas herramientas científicas que tienen quienes dominan el mundo o aspiran dominarlo. Si la ciudadanía mundial no reclama con firmeza que se establezcan límites al uso de la inteligencia artificial en la industria de armamentos, en cuestión de años nos encontremos con equipos capaces de seleccionar, fijar y atacar objetivos sin ninguna intervención humana y muy pronto estaremos constatando asesinatos selectivos de personas o de grupos étnicos, desestabilización de naciones y uso de estas tecnologías por las mafias del delito internacional. En el último año, destacados científicos como Stephen Hawkins e inventores como Steve Wozniak, el cofundador de Apple; Elon Musk, presidente de Tesla y SpaceX; y Demis Hassabis, el responsable de inteligencia artificial de Google, entre casi un millar de personalidades de la CyT, se han dado a la tarea de reclamar que se establezcan acuerdos que prohíban el uso de la inteligencia artificial para manejar armas que escaparían del control humano.

## **RECAPITULANDO: LUCES Y SOMBRAS DE LA REVOLUCIÓN DEL CONOCIMIENTO ■**

Repasemos lo que nos ha generado esta notable revolución científico-tecnológica que está en marcha. Sin duda hay muchas cosas positivas, pero también tantas otras que deben levantar una señal de alarma inmediata. Por un lado, se ha afirmado el valor del trabajo en equipos interdisciplinarios y diversos geográficamente, y se han abierto nuevos espacios para las mujeres en el quehacer científico, todo lo cual supone un avance muy importante

El conocimiento que se ha generado nos permitiría cómodamente erradicar de la faz de la tierra los flagelos más notables asociados a la pobreza como la desnutrición y las enfermedades crónicas; proveer agua potable limpia a todas las comunidades del mundo; y asegurar una vida sana para todos los habitantes del planeta. Hoy tenemos el conocimiento necesario para hacer un mejor uso de los recursos naturales con políticas que alienten el uso de nuevos materiales y poder así garantizar a futuras generaciones la base de un medioambiente rico y diverso. Pero hay muchos escollos en el camino para que ello se logre por los intereses económicos involucrados en la ciencia. Hoy, más que nunca, la ciencia necesita de una fuerte impronta ética para que pueda ser realmente una aliada del desarrollo humano sostenible.

El notable incremento del volumen de la investigación científica en las últimas décadas ha contado con un importante incremento de recursos monetarios. Según el reciente informe de la UNESCO sobre la ciencia hacia 2030, a pesar de la crisis económica que azotó en 2008 a los países industrializados, el gasto interno bruto en Investigación y Desarrollo (I+D) a nivel mundial creció, pasando de 1,132 mil millones de dólares en 2007 a 1,478 mil millones en 2013. Esto equivale a un incremento del 31%, porcentaje este superior al 20% de aumento experimentado en ese mismo período por el Producto Interno Bruto (PIB) de todos los países del mundo. El país que más invierte en investigación es Estados Unidos, que representa el 28.1% de la inversión mundial en I+D. Después viene China con un 20%, la Unión Europea (19%) y Japón (10%). Los restantes países del mundo, aunque concentran el 67% de la población del planeta, sólo representan el 23% del gasto mundial en I+D.

Esta inversión responde a la convicción de que la I+D es hoy un factor esencial del crecimiento económico y el desarrollo; es decir, que las perspectivas de un buen futuro parecen estar funcionando como propulsor de la investigación científica. Pero, y acá está un PERO mayúsculo, el mayor crecimiento de esta inversión está en el sector privado, particularmente en investigaciones sobre genética, biotecnología y robótica. Ello debe alertarnos sobre los múltiples conflictos y dilemas éticos que suscita hacer ciencia en un contexto de mercantilización del conocimiento y bajo las reglas de la competencia del mercado que propulsa el neoliberalismo. Tenemos hoy más

ciencia, pero organizada desde los intereses empresariales, no sobre la base de cómo la ciencia puede solucionar las necesidades más apremiantes de cada sociedad.

El aumento en recursos disponibles para la investigación ha permitido un incremento notable en el número de personas que pueden dedicarse al quehacer científico. La UNESCO estimó que ahora hay unos 7.8 millones de investigadores en todo el planeta, lo que supone un aumento del 20% con respecto a la cifra existente en 2007. Sin embargo, la gran mayoría trabaja en las unidades de investigación de grandes corporaciones y en institutos privados de investigación científica que, además, progresivamente van tomando las funciones de formar a los nuevos investigadores. Las universidades, que fueron la cuna de la ciencia, enfrentan hoy un serio problema para conseguir recursos que les permitan financiar investigaciones de gran alcance y, generalmente, se les requiere hacer alianzas con el sector privado para llevarlas adelante.

Entre otros impactos sociales de esta revolución del conocimiento no podemos pasar por alto que la veloz innovación tecnológica trae consigo el fenómeno de la rápida “obsolescencia” y que genera nuevas “necesidades” de consumo entre la gente. Dados las enormes diferencias en recursos y en “poder adquisitivo” que persisten, para buena parte de la población mundial enfrentarse a la obsolescencia significa una nueva forma de adversidad, con consecuentes impactos psicológicos. Cultivar la obsolescencia está la base del capitalismo, que necesita permanentemente enganchar a los consumidores en los nuevos productos que se generan.

## **LA RELATIVA UNIFORMIDAD DE LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES EN EL MUNDO ■**

Pasemos ahora a examinar el segundo y muy importante impulsor de la globalización que quiero discutir con ustedes: la relativa uniformidad de las políticas neoliberales en el mundo.

## **ARRANQUE CON EL CONSENSO DE WASHINGTON ■**

Desde mediados de los años ochenta, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional impulsaron decididamente un conjunto de políticas acordadas, conocido como el Consenso de Washington, en un esfuerzo por sentar las bases del nuevo capitalismo hacia el siglo 21. Estas políticas fueron acompañadas y promovidas a través de misiones de cooperación técnica de organismos multilaterales y condicionamientos a los préstamos que los países suelen tomar con estas instituciones. Se requirió a los países que hicieran recortes significativos del gasto público para equilibrar la macroeconomía; se exigió la liberalización del comercio y la desregularización de mercados; se privatizaron empresas y servicios estatales; se instauraron sistemas de “flexibilización laboral”, que quebraron el poder de los sindicatos y de las organizaciones del trabajo; y se indujo un modelo económico basado en privilegios para el gran capital, que se consideraba

era lo podía poner en marcha el crecimiento económico mundial. Por ello, se orientaron los sistemas impositivos hacia impuestos al consumo en vez de a la renta, y se buscó asegurar que en los países se constituyeran democracias electorales formales que permitieran la legitimación de los gobiernos de turno.

Está ampliamente documentado cómo el conjunto de estas políticas generó una creciente concentración de ingresos y riqueza en una pequeña élite económica mundial. Economistas como Joseph Stiglitz o Thomas Piketty han documentado muy bien el incremento persistente en niveles de desigualdad social en las últimas décadas. La riqueza global aumentó 68% entre 2003 y 2013 hasta alcanzar un nuevo máximo histórico de cerca de 241 trillones de dólares. Pero la distribución de esta es cada vez más desigual y ya llega a niveles sencillamente inaceptables. Actualmente, el 1% más rico de la población mundial posee más riqueza que el 99% restante de las personas del planeta, según da cuenta un informe de Intermón-Oxfam, de 2013. Las actuales políticas hegemónicas están alentando la ampliación de la brecha, dejando sin esperanza de una vida digna a cientos de millones de personas en el mundo. Cuando se examina la distribución regional encontramos que Norteamérica tiene una muy desproporcionada cantidad de adinerados en comparación con su proporción de población en el mundo: tiene cerca del 5% de población y acapara el 33% de la riqueza mundial. El mundo entero contribuye a que la riqueza se concentre en unos pocos estadounidenses.

Las políticas neoliberales también facilitaron la concentración de la riqueza al viabilizar la consolidación de megaempresas, sobre todo, en los ámbitos de la industria farmacéutica, la alimentación y las comunicaciones. En el rubro de alimentación y productos de consumo cotidiano, por ejemplo, las políticas neoliberales permitieron que diez megaempresas lleguen a dominar el mercado mundial, sin que estén sujetas a reglamentaciones estrictas que garanticen la calidad de su oferta para el bienestar de toda la gente donde se venden dichos productos. Diez, solo diez, empresas controlan casi todo lo que se consume en el mundo; estas producen y distribuyen más de 2,150 productos y facturan más de mil millones de dólares diarios por ello. Unilever y Coca Cola poseen más de 400 marcas; P&G, más de 300; Mars Kraft, más de 150; PepsiCo, Kellogg's, Nestlé y Johnson & Johnson, más de 75); y General Mills, más de 100. Según el informe de Intermón-Oxfam, la mayoría no están respetando algunos de los derechos básicos de las comunidades agrícolas que les proporcionan tierra, agua, mano de obra y materias primas para que elaboren sus productos, y las violaciones incluyen hasta la explotación infantil.

En el caso de los fármacos, hacia la segunda mitad del siglo 20 la ya poderosa industria de medicamentos tuvo un impulso aún mayor con las políticas de apertura y desregulación de mercados que impulsó el neoliberalismo. En su deseo de controlar los sistemas sanitarios de todo el

mundo —objetivo que se habían propuesto los farmacárteles Rockefeller (EEUU) y Rothschild (Inglaterra) muchos años antes— estos dos grandes consorcios buscaron sustituir las terapias naturales no patentables por sustancias sintéticas patentables y lucrativas. El cuerpo humano se convirtió en un nuevo negocio, en un mercado, y comenzaron a diseñarse productos farmacéuticos para todas las dolencias hasta entonces identificadas. Los poderosos lobbies de la industria farmacéutica y de los seguros médicos fueron progresivamente llevando a los gobiernos a organizar los sistemas de salud sobre la base de la enfermedad, no de la salud. Ello, porque la prevención y la erradicación de cualquier enfermedad reduce o elimina el mercado para los fármacos y para los servicios de atención médica y hospitalización. De hecho, la investigación científica que financia la industria farmacéutica es primordialmente dirigida a buscar cura a enfermedades o condiciones, no a comprender por qué surgen para prevenirlas.

El incremento en enfermedades como el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón y las irregularidades de la tiroides, ampliamente documentadas hoy en la literatura médica y científica, comienza a relacionarse con el consumo de productos genéticamente modificados y con el uso de pesticidas, así como con la ingesta de fertilizantes en los productos que consumimos. Pero las industrias químicas que los producen tienen muy buena relación con las farmacéuticas. Por ejemplo, los accionistas de Monsanto, el mayor fabricante de pesticidas peligrosos para la salud, no sólo controlan el suministro mundial de alimentos genéticamente modificados sino también la industria farmacéutica. La corporación hoy conocida como Pharmacia, un brazo de Monsanto es ahora una filial de Pfizer Inc., que junto a sus subsidiarias opera el negocio de productos farmacéuticos. Entonces, el mismo conglomerado empresarial que genera alimentos dañinos a la salud produce medicamentos que nos dice son buenos remedios. ¡Negocio redondo! La realidad, todos los aquí presentes saben de sobra, es que la pobreza continúa siendo el principal problema por resolver para la protección de la salud. Las tremendas desigualdades sociales que caracterizan al mundo actual generan morbimortalidad por sí mismas.

## **NEOLIBERALISMO Y NARCOTRÁFICO ■**

Otro factor que debemos incorporar en el análisis de los impactos de la globalización está relacionado con el reciclaje de las ganancias que generan las industrias de ilícitos que también se han globalizado: el narcotráfico, la trata humana, la compra y venta de órganos humanos, entre otras. Vale recordar que para la década de 1980 el narcotráfico ya era un negocio sumamente lucrativo, que buscaba dónde “lavar” sus ganancias multimillonarias.

Las políticas neoliberales ofrecieron un marco perfecto para poner en circulación esas astronómicas cifras entre fondos de inversión, bancos y un gran andamiaje de instituciones y productos financieros. Blanquear o lavar dinero generado por las industrias de ilícitos comenzó a ser un atractivo para muchos. En las primeras etapas de la venta de drogas era frecuente que profesio-

nales de buen nivel sirvieran de prestamistas a los pequeños empresarios que buscaban insertarse en el negocio. Préstamos personales, sin hacer preguntas, generaron intereses muy altos a los prestamistas por un riesgo de corto plazo. Ese proceso fue escalando hasta que llegó a las instituciones financieras, sobre todo, a través del sector inmobiliario, las inversiones off-shore y todo el andamiaje del sistema financiero mundial.

Todavía se encuentra en una etapa muy incipiente la investigación que podría permitirnos trazar claramente los hilos de la vinculación entre las políticas neoliberales, la creación de “offshores” y el surgimiento de grandes magnates empresariales en América Latina, pero mi sospecha es que efectivamente la hubo y la sigue habiendo, a través de ciclo de lavado de dinero.

### **CAPITALISMO NEOLIBERAL Y FUNDAMENTALISMO RELIGIOSO ■**

No debemos pasar por alto tampoco la creciente vinculación del fundamentalismo cristiano de extrema derecha con el capitalismo neoliberal. Desde la década del setenta en Estados Unidos comenzó un movimiento sinérgico entre estas dos fuerzas, que buscaban contrarrestar el clima creado en Estados Unidos por la larga y absurda guerra de Vietnam. Para 1979 ya había coagulado un movimiento con agenda política propia, que se denominaba “moral majority” o “moral rearmament” y que estaba encabezado por los evangelistas fundamentalistas Jerry Falwell, Pat Robertson y James Robinson. En respuesta a esa iniciativa, en 1980 el Partido Republicano incorporó a su programa todas las demandas de ese grupo, que poco después abrazó con fervor místico la candidatura de Ronald Reagan y lo llevó a derrotar a Jimmy Carter en esas elecciones.

Desde entonces se difuminó la separación de iglesia y Estado en Estados Unidos y, con fuertes sumas de dinero, el gobierno entregó a los grupos fundamentalistas de derecha la tarea de atender a las víctimas del tráfico de drogas, buscando que los usuarios encontraran en el camino de Dios su redención individual. Los gobiernos republicanos que siguieron, los de Bush padre e hijo, siguieron apuntalando la conformación de una estrategia revitalizadora del capitalismo a través del cristianismo y usaron esta base no solo en el ámbito económico sino en el de sus relaciones internacionales, por medio de la financiación de misiones evangelizadoras en áreas de interés especial, como lo es Centroamérica. Con recursos gubernamentales provistos por el expresidente George W. Bush, las nuevas iglesias llegaron a instrumentar programas sociales y educativos, a organizar programas de banca hipotecaria y a estimular el desarrollo de negocios cristianos a lo largo y ancho de la nación. La situación de cara a la elección presidencial de 2016 les resultaba complicada con el avance de un candidato, Donald Trump, que no tiene vinculación alguna con iglesias y cuya vida es considerada inmoral por ese sector.

## **RECAPITULANDO: EL BALANCE DE LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES ■**

Lejos de revitalizar las economías y cohesionar las sociedades en América Latina, como en casi todo el mundo, esta nueva etapa de expansión del capitalismo bajo el paquete neoliberal exacerbó contradicciones de larga data. La polarización social se ha disparado en todo el mundo y se verifica una mayor concentración de la riqueza. Muchas actividades estatales —como la provisión de servicios de agua, luz, teléfonos, educación y salud— pasaron o están rápidamente pasando a manos de empresas transnacionales a través de poco transparentes procesos de privatización, que acentúan la polarización social, ya que el estado ha dejado de cumplir con su papel de garante del bien común. La apertura comercial llevó en muchos países a una contracción de su capacidad productiva nacional, al enfrentar las pequeñas y medianas empresas una competencia desmedida, siendo las que históricamente generaron más de puestos de trabajo. En América Latina el paquete neoliberal recetado por Washington resultó ser peor que la década perdida de los ochenta, y el inicio del siglo 21 fue testigo de mucha inquietud en movimientos sociales y políticos que buscaban afirmar un proyecto de desarrollo endógeno, con otros parámetros basados en el bien común, la justicia social y la democracia. Lamentablemente, a pesar de ingentes esfuerzos en varios países de la región por construir otro tipo de sociedad, la lucha contra la desigualdad que ha traído aparejada la globalización bajo el signo neoliberal sigue siendo un gran desafío.

## **GLOBALIZACIÓN FINANCIERA JERARQUIZADA ■**

La generación de riqueza tiene hoy una fuerte impronta de especulación, más que de ser generada en función de inversiones productivas y de creación de empleos. Un voraz mercado financiero y políticas que, especialmente Estados Unidos y de Europa, privilegian las exenciones contributivas a los ricos y a sus propiedades, así como a la transmisión de riqueza por vía de la herencia, alimentan la especulación. Seis de los diez estadounidenses más ricos han heredado sus fortunas; no las han generado por vía del trabajo y la inversión. La ganancia se captura, no se genera.

El mercado financiero internacional se ha ido constituyendo como motor y pilar del capitalismo neoliberal y, además de la especulación, la deuda es su otro puntal. Deuda privada de consumo, deuda hipotecaria, deuda de estudios universitarios, deuda pública, compra y venta de paquetes de deuda, han generado una cadena que esclaviza a las mayorías empobrecidas en la mayoría de los países del mundo.

La corrupción que permea todo el sistema financiero internacional ha sido develada por más de un alto funcionario de algunos organismos importantes. Por ejemplo, la ex Consejera Principal del Banco Mundial, Karen Hudes, expresó en una entrevista radial que el sistema financiero mundial está dominado por un pequeño grupo corrupto, hambriento de poder, organizado en



torno a la Reserva Federal de EEUU. El 1% de las empresas financieras, entre las cuales están Barclays Bank, JPMorgan, Moody's, Chase y el Grupo Goldman Sachs, controla más del 40% de los negocios mundiales y puede llevar países enteros a la ruina a través del mercado financiero y de las calificaciones de crédito. Lo que ha sucedido en España y Grecia, así como lo que está sucediendo en Puerto Rico, muestran claramente el entramado de estrategias del mercado financiero para primero hundir a un país y luego financiar su recuperación, dejando en la quiebra a la extendida clase media y profundizando la crítica situación de los pobres. En nuestro caso, la propuesta de salida de la crisis por vía de una Junta Federal de Control Fiscal pasa por reducción extrema del gasto público, el abaratamiento del costo laboral, así como por la adquisición a precios de liquidación de hipotecas y propiedades por parte de capitales extranjeros.

Según Hudes, la concentrada élite financiera mundial, que otro estudio de la Universidad de Zurich estima en 660 individuos y 147 empresas transnacionales, también domina las organizaciones que controlan las finanzas de casi todas las naciones, como lo son el Banco Mundial, el FMI y los bancos centrales. Este poder económico concentrado ha permitido crear un sistema mundial de control financiero en manos privadas, que funciona con gran secretividad, capaz de dominar el sistema político de cada país y la economía del mundo en su conjunto. El punto focal de ese sistema es el Banco de Pagos Internacionales (Bank for International Settlements, BIS), ubicado en Basilea, Suiza. El BIS representa a casi todos los cárteles bancarios internacionales, que controlan la política monetaria de sus naciones para su propio beneficio, según afirma el analista británico Adam LeBor. Los banqueros dueños del BIS tienen completa inmunidad y poder absoluto y han dirigido sus esfuerzos a afianzarse en la cúspide de la élite mundial multimillonaria, sin importar lo que pase al resto de la población del planeta.

El entramado mundial de paraísos fiscales permite que una minoría privilegiada oculte en ellos 7.6 billones de dólares. Es una cantidad tan enorme de dinero que ni siquiera tenemos capacidad de imaginarla y que no hace aportaciones a los presupuestos nacionales para atender necesidades de salud, educación, vivienda.

¿Por qué conocemos tan poco de ese mundo? ¿Por qué hay tanta secretividad en torno al mercado financiero mundial y sus transacciones? ¿Por qué advenimos a alguna información solo cuando un héroe cibernético logra penetrar archivos reservados para develar el alcance de esta ignominia? Encontraremos algunas pistas examinando lo que ha pasado en las últimas décadas en el ámbito de los medios de comunicación. Porque en esa esfera también se ha ido dando un proceso de consolidación oligopólica de los grandes medios de comunicación masiva, lo que dificulta el ejercicio de una prensa libre en la mayoría de los países y viola el derecho humano a información veraz.

Hoy, seis corporaciones mediáticas gigantes controlan más del 90% de las noticias de la televisión en Estados Unidos, y Rupert Murdoch y Fox News tienen una influencia sin parangón en la formación de la opinión mundial. Tal tendencia a la concentración ya había advertida en un informe preparado para la UNESCO en 1980. El Informe Mac Bride advirtió que “la industria de la comunicación está dominada por un número relativamente pequeño de empresas que engloban todos los aspectos de la producción y la distribución, están situados en los principales países desarrollados y sus actividades son transnacionales”. Al momento, hay un candente debate en varios países de América Latina donde algunos gobiernos, como los de Ecuador, Uruguay y Bolivia, buscan evitar la formación de grandes bloques mono u oligopólicos, que suelen funcionar en estrecha relación con la élite financiera mundial y ejercen un poder cada vez mayor sobre los procesos político-electorales nacionales.

### **DIFERENCIAS SALARIALES ENTRE ORIENTE Y OCCIDENTE ■**

El sistema capitalista que domina el mundo y su capacidad para aprovecharse de las enormes diferencias que existen entre países, entre regiones y entre personas, ha llevado a que la humanidad haya aceptado niveles de injusticia y de desigualdad que racional y éticamente no deberían ser tolerados. La globalización de la manufactura tiene como base la explotación del trabajo, sobre todo femenino, en China y países del sudeste asiático. En China, más del 70% de quienes trabajan en la confección de ropa son mujeres; en Bangladesh, el 85%; y en Camboya, el 90%. Largas jornadas —sin reconocimiento de derechos sociales como vacaciones, retiro o el pago de horas extras— caracterizan el día a día de millones de personas que trabajan en fábricas para que los países de Occidente puedan comprar mercancías baratas. La significativa diferencia de salarios, acompañado de los cambios tecnológicos que permiten la fragmentación espacial de la producción, han sido clave para el crecimiento y la consolidación de grandes empresas y la expansión del radio de acción de las transnacionales en las últimas décadas.

El *Informe Mundial sobre Salarios 2012/2013* publicado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señalaba que mientras un trabajador del sector manufacturero de Estados Unidos ganaba \$23.30 la hora, uno de Brasil ganaba \$5.40; y uno de Filipinas, \$1.40. Mientras persistan esas diferencias, el empleo en los países de Occidente seguirá reduciéndose, como también los salarios, y seguiremos quedando aturridos por dos cuestiones. En primer lugar, el asumir cada vez más costos por trabajar: pagamos el traslado al lugar de empleo, las cargas sociales que no se pagan por la llamada flexibilidad laboral, el seguro de salud, los adiestramientos para estar al día y un largo etcétera que hace pensar que efectivamente estamos pagando por trabajar. En segundo lugar, mientras persista esa inmensa diferencia salarial entre Oriente y Occidente, seguiremos presos de todas las campañas que nos inducen al “empresarismo, emprendedurismo, la innovación, la gerencia eficaz y eficiente, la rentabilidad, la autogestión,” cuestiones todas

relacionadas con sacarle más a cada trabajador, mientras los salarios reales se reducen. Por ende, las luchas sociales por la equidad salarial tienen que ser globales.

### **PARA FINALIZAR... ■**

Estamos viviendo tiempos complejos, llenos de posibilidades para el desarrollo de sociedades que aseguren una vida digna a sus poblaciones, pero también llenos de incertidumbre frente a la consolidación de poderes económicos tan fenomenales que son hoy quienes dictan las pautas a los poderes políticos. El afán de lucro y de rentabilidad en el mercado global ha incidido y hecho peligrosa la convivencia entre países y al interior de los países. También, este ha impedido lograr cierto nivel de justicia social para el 99% de la población mundial. Y tan grave como ello, es que se ha desprestigiado la democracia como forma política de gobernar en el mundo; se ha generado frustración y sentido de impotencia para cambiar hacia estrategias más humanas, equilibradas y coherentes con el logro del bien común. Todo ello repercute directamente sobre la salud de las personas porque el contexto que se vive en buena medida la define.

Mientras cada día la ciencia afirma más la importancia de las emociones para la salud general de las personas, las estrategias económicas que definen la globalización neoliberal, que sigue profundizándose, son altamente tóxicas y dañinas para la salud física y mental de la inmensa mayoría de la población mundial. El individualismo, la incertidumbre y la vulnerabilidad que son paradigmáticos de esta era están generando niveles de estrés altamente tóxico, problemas graves de salud mental, incremento en suicidios y colectivos de personas abatidas por la soledad, la desesperanza y falta de redes sociales de apoyo.

Por ello, en Puerto Rico y en toda la región de América Latina y el Caribe tenemos que hacer una mudanza conceptual hacia el paradigma de Desarrollo Humano Sostenible (DHS).

El DHS no es una ruta trazada en piedra, inamovible e idéntica para todas las sociedades. Es una construcción social, dinámica, cambiante, justamente porque se centra en las personas y la diversidad es lo que caracteriza a la humanidad. Pero hay unos principios, unas visiones, que pueden servir de marco de orientación a las políticas públicas para asegurar que la sociedad en su conjunto comparta los frutos del esfuerzo individual y colectivo. Esta concepción tiene un enfoque integral; es decir, no se trata sólo del aspecto económico, sino que incluye todos los aspectos que inciden en que las personas tengan bienestar y tranquilidad. La propuesta de desarrollo humano afirma la necesidad de que el medioambiente y todos los recursos naturales se usen con prudencia y sentido de responsabilidad para que no se agoten y puedan ser utilizados por las futuras generaciones.

Desde esta visión, tenemos que construir un terreno de oportunidades para que cada ser humano pueda desarrollar sus capacidades y talentos; para que pueda aprender a aprender, aprender a ser y aprender a hacer. Tenemos que crear condiciones para que todas las personas puedan gozar de buena salud y de integridad física; que puedan participar en todas las instancias de decisiones que afecten sus vidas. Que se les reconozca y puedan ejercer sus derechos fundamentales en un marco de dignidad inviolable. Será preciso erradicar la especulación como valor; la ética del todo se vale, el consumismo, la exclusión social y la discriminación étnica-social. Habrá que desbaratar mercados, desde el financiero hasta los de ilícitos como la droga y la trata humana. Tendremos que ser firmes defensores de la paz mundial para poder vivir en paz personal. Y todo ello se puede lograr, porque tenemos una fuerte base, que es nuestra propia gente.

Insisto en que no hay una receta única para la ruta a trazar y que podemos dibujarla con el insumo de todos y todas. Hemos identificado en este esquema varios puntos de entrada para estimular el desarrollo sostenible, que pueden ser asumidos desde distintos sectores y actores de la sociedad. Lo importante es abrir un diálogo que nos permita actuar integralmente a fin de conseguir la sinergia necesaria para poner en marcha el cambio virtuoso. Otros países, como los escandinavos, lo han logrado; no serán perfectos —porque ello no existe— mas se acercan a lo que juntos podemos soñar. Estamos tarde, pero no perdidos del todo.

En Puerto Rico tenemos extraordinarios ríos subterráneos de creatividad, bondad, solidaridad y capacidades en todos los órdenes de la vida que pueden mover la rueda del cambio. Pero para ello hay que quebrar la inercia que nos ha tenido detenidos y agobiados. Si no lo hacemos, ponemos peligro a las generaciones futuras; avanzará la reproducción de la pobreza y seremos cada vez una sociedad más pobre y más insalubre; destruiremos nuestro medioambiente y la desigualdad hará la convivencia imposible. Comenzar supone que cada persona asuma el desafío de dialogar, educar y convencer a otros de que este cambio es imperioso, solo un gran movimiento podrá enfrentar la vorágine del capitalismo neoliberal.

La salud, como ustedes bien saben, no se define por la falta de enfermedad, sino por el equilibrio de mente, cuerpo, espíritu y medioambiente. Nuestra sociedad está intoxicada con la avasalladora cultura materialista, que se ha convertido en una ideología con su propio sistema de valores, o de antivalores, donde la posesión de bienes materiales es más importante que la conexión humana, el amor, el cuidado de otros y la solidaridad. Para poner en marcha el desarrollo humano sostenible es preciso afirmar los valores que dan sentido al colectivo, al bien común, así como cultivar una interacción virtuosa con el medioambiente. Solo entonces tendremos una sociedad saludable y las futuras conferencias de salud pública serán para celebrar y profundizar los cambios. ☪

- <sup>1</sup> Frase expresada por un alto funcionario gubernamental en una reunión con vecinos del municipio de Ceiba, donde hasta poco antes se encontraba la base militar Roosevelt Roads del ejército de Estados Unidos. Los terrenos otrora ocupados por la base estaban bajo estudio para un proceso de redesarrollo fastuoso estilo Riviera del Caribe. El director del proyecto, Jaime González Goenaga, expresó que los vecinos del área, que hicieron reclamos sobre un plan que no tenía en cuenta sus necesidades y carencias, eran unos acomplejados. Argumentó que el acceso a la riqueza es cuestión de suerte porque “such is life” (así es la vida) y les aconsejó que, si querían seguir viviendo en la zona, jugaran a la lotería. El funcionario fue despedido de su cargo por sus insensibles dichos.
- <sup>2</sup> Mascayano, Franco, Maray, Franco, Roa, Andrea. (2009). *Trastornos disociativos: una pérdida de la integración*. <https://es.scribd.com/doc/98561858/Trastornos-Disociativos-Carola-Rivero>
- <sup>3</sup> Paz Enriquez, Susana. (2003). *El psicólogo en casa*. Madrid: Editorial LIBSA.
- <sup>4</sup> Koyré, A. (1957). *From the Closed World to the Infinite Universe*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- <sup>5</sup> Instituto Nacional del Genoma Humano. (2003). *Terminación del Proyecto Genoma Humano: Preguntas más frecuentes*. <https://www.genome.gov/11510905/preguntas-maacutes-frecuentes/>
- <sup>6</sup> Penchaszadeh, Víctor B. (2006). “Ética e investigación genética”. Keyeux, Geneveva et al, coordinadores. *Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública*. Bogotá: UNESCO. Red Latinoamericana y del Caribe: Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Genética
- <sup>7</sup> Penchaszadeh, Víctor B. (2002). “Genética Humana y Salud Pública”. Modificado del artículo publicado en *Ciencia e Saude Colectiva*. Vol. 7, Núm. 2, pp. 33-36. Disponible en: [http://www.bvs.org.ar/genetica/pdf/genetica\\_humana.pdf](http://www.bvs.org.ar/genetica/pdf/genetica_humana.pdf). Ver también: Kaufert, PA (2000) “Health Policy and the New Genetics”. *Social Science and Medicine*. Vol. 51, Núm. 6, pp. 821-829.
- <sup>8</sup> ONU. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- <sup>9</sup> Sánchez Ron, José Manuel. “El mundo después de la revolución: la física de la segunda mitad del siglo XX” (2009). Revista virtual Open Mind. [www.bbvaopenmind.com/articulo/elmundo-despues-de-la-revolucion-la-fisica-de-la-segunda-mitad-del-siglo-xx/?fullscreen=true](http://www.bbvaopenmind.com/articulo/elmundo-despues-de-la-revolucion-la-fisica-de-la-segunda-mitad-del-siglo-xx/?fullscreen=true)
- <sup>10</sup> “Un nuevo enfoque del marketing: El Neuromarketing”. (2009). Ser Inversor. <http://www.serinversor.com/un-nuevo-enfoque-del-marketing-el-neuromarketing-parte-ii/>. Ver también: Bermejo, P.E., Izquierdo, I. (2013). *Tu dinero y tu cerebro. Por qué tomamos decisiones erróneas y cómo evitarlo según la neuroeconomía*. Barcelona: Editorial Conecta / Penguin Random House Grupo Editorial.
- <sup>11</sup> JJ Torres. (2014, 25 de agosto) “Tecnologías que cambiaron el mundo: el microchip”. Revista electrónica Hipertextual. <http://hipertextual.com/archivo/2014/08/microchip/> Ver también: “Historia del microchip”. [http://www.cad.com.mx/historia\\_del\\_microchip.htm](http://www.cad.com.mx/historia_del_microchip.htm)
- <sup>12</sup> “Will a robot take your job?” (2011, 11 de agosto) BBC News. <https://www.bbc.com/news/technology-34066941>
- <sup>13</sup> Douglas Rushkoff. (2016). *Throwing Rocks at the Google Bus: How Growth Became the Enemy of Prosperity*. New York: Portfolio/Penguin.
- <sup>14</sup> Ver carta firmada en 2015 por cerca de un millar de científicos dedicados a las investigaciones de IA y robótica. “Autonomous Weapons: An Open Letter From AI & Robotics Researchers”. (2015, 28 de julio). <http://futureoflife.org/open-letter-autonomous-weapons/>
- <sup>15</sup> UNESCO. (2015, noviembre). *Informe de la UNESCO sobre la Ciencia hacia el 2030*. París Ediciones Unesco.
- <sup>16</sup> Rivera, Marcia. (2000). *Tejiendo Futuro, los caminos posibles del desarrollo social*. San Juan: Puerto Rico, Ediciones Puerto.
- <sup>17</sup> Stiglitz, Joseph. (2002). *El malestar en la globalización*. New York: W.W. Norton; (2006) *Cómo hacer que funcione la globalización*. Madrid: Taurus; (2009) Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. (CMEPSP). Paris: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. [https://www.economie.gouv.fr/files/finances/presse/dossiers\\_de\\_presse/090914mesure\\_perf\\_eco\\_progres\\_social/synthese\\_ang.pdf](https://www.economie.gouv.fr/files/finances/presse/dossiers_de_presse/090914mesure_perf_eco_progres_social/synthese_ang.pdf); Thomas Picketty. (2014). *El capital en el siglo XXI*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- <sup>18</sup> Oxfam. (2016, 18 de enero). *Una economía al servicio del 1%*. Informe. Oxford: Oxfam GB [https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file\\_attachments/bp210-economy-one-percent-tax-havens-180116-es\\_0.pdf](https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp210-economy-one-percent-tax-havens-180116-es_0.pdf)
- <sup>19</sup> Informe Oxfam.
- <sup>20</sup> Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe Mundial de la salud*. Ginebra: OMS [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)
- <sup>21</sup> Mur, Diego Ignacio. (2013, 5 de junio) “Monsanto no alimenta al mundo sino a la industria farmacéutica”. <http://bwnargentina.blogspot.com/2013/06/monsanto-no-alimenta-al-mundo-sino-la.html>
- <sup>22</sup> Wilkinson, Richard G. (1992). “Income Distribution and Life Expectancy”. *British Medical Journal*. Núm. 304, 165- 168.
- <sup>23</sup> Lauren Feeney (2012, 31 de agosto). “Timeline: The Religious Right and the Republican Platform”. Moyers & Company. <http://billmoyers.com/content/timeline-the-religiousright-and-the-republican-platform/>

- <sup>24</sup> Snyder, Michael. (2013, 8 de octubre). “Informe del Banco Mundial revela cómo una Elite Global gobierna el mundo entero”. <http://www.tribunahispanusa.com/informante-del-banco-mundial-revela-como-una-elite-globalgobierna-el-mundo-entero/> Ver también la entrevista de Joyce Riley a Karen Hudes en el programa radial The Power Hour en septiembre de 2013. [archives2013.gcnlive.com/Archives2013/sep13/PowerHour/0926132.mp3](http://archives2013.gcnlive.com/Archives2013/sep13/PowerHour/0926132.mp3)
- <sup>25</sup> Riley, Joyce. Entrevista a Karen Hudes.
- <sup>26</sup> LeBor, Adam. (2014). *Tower of Basel: The Shadowy History of the Secret Bank that Runs the World*. New York: Public Affairs.
- <sup>27</sup> Informe Oxfam.
- <sup>28</sup> Harvey, David. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Ediciones AKAL. Ver también Lutz, Ashley. (2012, 14 de junio). “These 6 Corporations Control 90% of the Media in America”. Business Insider. <http://www.businessinsider.com/these-6-corporations-control-90-of-the-media-in-america-2012-6>
- <sup>29</sup> MacBride, Sean. (1980). *Un Solo Mundo, Voces Múltiples. Comunicación e Información en Nuestro Tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica/UNESCO.
- <sup>30</sup> Rivera, Marcia. (2014, 28 de marzo). “El capitalismo salvaje y las luchas globales por la dignidad”. Revista digital 80 grados. <http://www.80grados.net/el-capitalismo-salvaje-y-las-luchas-globales-por-la-dignidad/>
- <sup>31</sup> Organización Internacional del Trabajo. (2013). *Informe Mundial sobre Salarios 2012/2013: Los salarios y el crecimiento equitativo*. Ginebra. [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_195244.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_195244.pdf)
- <sup>32</sup> Rivera, Marcia. (2018). “No hay una receta única para guiar el desarrollo humano y sí muchos posibles puntos de entrada”, extracto del recuadro preparado para el primer Informe sobre desarrollo humano en Puerto Rico. San Juan: Instituto de Estadísticas de Puerto Rico.

---

## LOS TRES PRINCIPALES RETOS DE LA SALUD PÚBLICA EN EL SIGLO 21

**DR. JULIO FRENK**

**ESTADOS UNIDOS**

*Presidente de la Universidad de Miami*

Es para mí un honor poder acompañarlos, gracias a la magia de la tecnología, en la Quinta Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. Quisiera agradecer a los organizadores de la conferencia, en particular al doctor Hiram V. Arroyo, la invitación a participar en esta sesión plenaria. Tal y como me lo solicitaron los organizadores, mis comentarios estarán dirigidos a discutir los desafíos que hoy enfrenta el campo de la salud pública. A mi juicio, son tres los principales retos de la salud pública en el siglo 21: el primero es la necesidad de una definición clara sobre el propio quehacer de la salud pública; el segundo, la creciente complejidad de las condiciones y los sistemas de salud; y, el tercero, el imperativo de generar una respuesta integral a los problemas de salud de un mundo interdependiente y globalizado.

Permítanme discutir, en primer lugar, el desafío que representa el ser parte de una tradición conceptual que busque definir nuestro quehacer como profesionales de la salud pública. El término “salud pública” ha estado cargado de significados ambiguos. A lo largo de su historia han sido particularmente prominentes cuatro acepciones. La primera equipara el adjetivo “pública” con la acción gubernamental, es decir, el sector público. El segundo significado es un poco más amplio, pues incluye no solo la participación del gobierno, sino también la de la comunidad organizada, es decir, el público. El tercer uso identifica la salud pública con los llamados servicios no personales de la salud, es decir, los servicios ambientales y colectivos. Por último, la expresión “problema de salud pública” se usa a menudo, sobre todo en el lenguaje común, para referirse a padecimientos de alta frecuencia o alta peligrosidad.

En mi opinión, el adjetivo “pública” no se refiere a un conjunto de servicios en particular, ni a una forma de propiedad, ni a un tipo de problemas, sino a un nivel de análisis, a saber, el nivel poblacional. A diferencia de la medicina clínica, que opera a nivel individual y de la investigación biomédica, y que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública

consiste en adoptar una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones. Por su parte, el término “salud” hace referencia tanto a las condiciones de salud de las poblaciones como a las respuestas de la sociedad a estas condiciones. En particular, se relaciona con la forma en que dicha respuesta se estructura a través del sistema de salud.

Esta tradición conceptual también identifica la salud pública como un campo de conocimiento y como un ámbito para la acción práctica que puede darse a través de movimientos sociales o de la práctica profesional. Finalmente, desde dicha tradición, no se considera la salud pública una disciplina, sino más bien un espacio para la confluencia de múltiples disciplinas. Todo esto nos permitiría definir la salud pública como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en poblaciones humanas. Es obvio que todas las poblaciones humanas están organizadas en sociedades, de ahí que las ciencias sociales sean indispensables para una comprensión cabal de la salud en poblaciones. Sin embargo, también existe una dimensión biológica de las poblaciones humanas que se expresa, entre otros fenómenos, en la distribución de características genéticas, la inmunidad grupal y la interacción de los humanos con otras poblaciones, como lo son las poblaciones microbiológicas.

Así, pues, las ciencias biológicas contribuyen también a la comprensión de las poblaciones humanas. Por lo anterior, considero que un elemento fundamental del renacimiento de la salud pública es volver a incorporar plenamente la enseñanza de la investigación de las ciencias biológicas, algo que muchas escuelas de salud pública han ido perdiendo a lo largo de las últimas décadas. Junto con este reencuentro, es preciso un desarrollo amplio, riguroso y plural de las ciencias sociales. El reduccionismo biológico no debe ser reemplazado por un reduccionismo sociológico. Lo que se requiere, por el contrario, es un esfuerzo de integración entre disciplinas científicas. Esta es la esencia del concepto de la salud pública.

Quisiera ahora a pasar a discutir el segundo de los desafíos que identifiqué al principio de esta conferencia: el que se refiere a la creciente complejidad tanto de las condiciones de salud como de la respuesta que las sociedades contemporáneas le están dando a dichas condiciones. Estamos siendo testigos de una tensa e intensa transición en las condiciones de salud, lo que ha dado lugar a una transformación fundamental en la naturaleza tanto de la muerte como de la enfermedad. Para empezar, durante el siglo 20 el mundo experimentó una mayor ganancia en esperanza de vida que en toda la historia acumulada de la humanidad. En 1900 la esperanza de vida en el mundo era de solamente 30 años. Para 1985, ya se había duplicado a 62 años. En 2013 la cifra promedio alcanzó los 71 años, aunque con grandes diferencias que van desde los 84 años de esperanza de vida en Japón, a apenas 49 años en Sierra Leone.



Ligado a este aumento de esperanza de vida se ha dado un cambio dramático de los factores dominantes de la enfermedad. El peso relativo de las diferentes causas de muerte se ha movido a lo largo de dos dimensiones: hacia los grupos de mayor edad y hacia los grupos con padecimientos crónicos, ya sean transmisibles con el VIH y el SIDA, o no transmisibles como el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El significado mismo de la enfermedad también se ha transformado. Hasta hace poco, la experiencia de la enfermedad se caracterizaba por una sucesión de episodios agudos de los cuales uno o se recuperaba, o moría de ellos. Ahora la gente ya no está en esta sucesión de episodios, sino que pasa una parte sustancial de su vida en condiciones menos que perfectas de salud lidiando con padecimientos crónicos.

La enfermedad no siempre nos mata, pero casi siempre nos acompaña. Para usar la imagen de Susan Sontag, planteada en su libro *La enfermedad y sus metáforas* de 2007, todos tenemos una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. El hecho es que somos testigos de una profunda transición en salud caracterizada por una reducción cuantitativa en los niveles de mortalidad y un incremento cualitativo en la complejidad del perfil de enfermedades. Esta revolución en curso ha producido unos de los mayores beneficios en la historia humana. Es difícil encontrar otra esfera donde la ciencia y la solidaridad social hayan tenido un impacto tan dramático como es la dramática ampliación de la cantidad y la calidad de vida gracias a los avances de la salud pública.

Estos avances, sin embargo, han generado nuevos retos. La equidad es el más apremiante porque el progreso en las condiciones de salud no se ha distribuido de manera homogénea entre los países y al interior de los países. Mientras que las naciones más ricas han experimentado una sustitución de los viejos por los nuevos patrones de enfermedad, los países en vías de desarrollo enfrentan simultáneamente lo que he llamado una triple carga de enfermedad. En primer lugar, está la primera carga, que es la agenda inconclusa de las infecciones comunes, la mortalidad materna y la desnutrición. Sin haber resuelto del todo este rezago, se enfrenta también la segunda carga: son ya dominantes las enfermedades no transmisibles, las más comunes de las cuales, como ustedes saben, son los padecimientos vasculares, el cáncer y la diabetes. El tercer componente de esta triple carga de la enfermedad son los riesgos relacionados directamente con la globalización, incluyendo las pandemias como el SIDA o la influenza, el comercio de productos dañinos para la salud como el tabaco y otras drogas, las consecuencias para la salud del cambio climático y la diseminación de estilos de vida no saludables.

A la creciente complejidad de las condiciones de salud se suma la progresiva complejidad de la respuesta social organizada a dichas condiciones. El nuevo orden de la salud se caracteriza por la existencia de complejos sistemas de salud que constituyen nichos institucionales exclusivamente

dedicados a la atención de la salud, una función que hace apenas un siglo era responsabilidad principalmente del núcleo familiar. Estos sistemas representan un enorme sector de la economía que concentra el 17% del producto interno bruto de Estados Unidos y el 10% de la economía mundial. Los sistemas de salud son también una de las principales fuentes de empleo y un sector con una enorme influencia en el desempeño económico. La salud además se ha convertido en un tema crucial del debate político y una arena para la deliberación ética.

Quisiera concluir mi ponencia discutiendo el tercer desafío que enfrenta la salud pública, que es el de generar una respuesta integral a los problemas de salud de un mundo interdependiente y globalizado. Los sistemas de salud contemporáneos deben adoptar una estrategia que equilibre la atención de la salud y la atención de la enfermedad. Esta estrategia debe incluir intervenciones para actuar sobre los determinantes sociales y económicos de la enfermedad. Debe incluir acciones de salud pública para lidiar con los principales factores de riesgo y, así mismo, debe incluir servicios personales de salud para tratar las infecciones comunes, los eventos reproductivos, las enfermedades no transmisibles, las lesiones y los problemas de salud mental. Finalmente, esta estrategia integral debe incluir los cuidados paliativos para enfrentar los problemas que se generarán en las etapas finales del ciclo de vida.

El equilibrio entre la atención a la salud y la atención a la enfermedad exige la implantación de las cuatro “P” de la salud pública: protección, promoción, prevención y preparación. La **protección** de la salud, la primera “P”, comprende acciones tanto para proteger el ambiente natural como el ambiente construido, incluyendo la protección de las fuentes de agua, la provisión de servicios de agua potable, la protección de la atmósfera contra la contaminación, la protección y ampliación de las áreas verdes, y la prestación de servicios efectivos de seguridad vial y seguridad pública. La **promoción** de la salud, la segunda “P”, incluye acciones para estimular los estilos de vida saludables como la promoción de la actividad física y el consumo de una dieta saludable, y comporta, también, el combate al consumo de productos dañinos como el tabaco, el alcohol y las drogas ilícitas. Incluye la promoción de la interacción social.

La tercera “P” es la **prevención** específica de enfermedades, que incluye acciones para controlar a los vectores asociados con enfermedades como el paludismo, el dengue, el zika y la enfermedad de chagas. Incluye también la organización de campañas de vacunación en el ámbito de las enfermedades no transmisibles, lo que incluye, por ejemplo, la construcción de estufas ecológicas para prevenir el asma, el enfisema y el cáncer pulmonar en comunidades rurales. Finalmente, la cuarta “P” es la **preparación**, que comprende acciones para enfrentar y controlar los desastres y las epidemias, incluyendo ahí la provisión de servicios personales de salud efectivos, seguros y accesibles.

En conclusión, los sistemas de salud en el siglo 21 deben evitar los reduccionismos que dividen, y abrazar la riqueza de perspectivas de la salud pública a través de acciones integradoras. Esto no supone ignorar la focalización, la especialización y la priorización, pero sí implica la construcción de puentes que nos permitan entender y actuar sobre los complejos retos de la salud que enfrenta nuestro mundo globalizado. Les agradezco nuevamente el honor que me han hecho al permitirme dirigirme a ustedes hoy y les deseo que tengan un comienzo sumamente exitoso. Muchísimas gracias por su atención. ☺



---

## ¿ÉPOCA DE CAMBIOS O CAMBIO DE ÉPOCA? IDEAS PARA PENSAR LOS DESAFÍOS ACTUALES DE LA SALUD PÚBLICA

JOAN CARLES MARCH CERDÁ

ESPAÑA

Hoy, tristemente, no puedo estar con ustedes en Puerto Rico, pero quería darles algunas ideas en torno a los desafíos de la salud pública del presente desde aquí desde Granada, Andalucía, desde la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Quería dar algunos elementos de contexto dentro de una historia, un contexto o un entorno en el cual yo parto de la idea de que no vivimos una época de cambios, sino un cambio de época. Un cambio de época que hace que en la salud pública, desde la salud pública, reconozcamos que tenemos que cambiar si es que queremos llegar a la ciudadanía. Que si queremos mejorar la salud pública, hemos de mejorar la salud de la ciudadanía. Ese elemento me parece clave en un entorno complejo de hiperconectividad, de volatilidad, de incertidumbre y, probablemente, en el cual hay una globalización y cambio social que, sin duda, hace que tengamos presente que algo ha cambiado, y que algo tenemos que cambiar en la salud pública.

Un primer elemento en el cual tenemos que cambiar, que tenemos que tener en cuenta es el paciente de hoy, el ciudadano de hoy, el ciudadano como protagonista clave de la historia. No podemos pensar en los ciudadanos o los pacientes como aquella persona que sigue a pie juntillas lo que se dice desde ámbitos profesionales en la salud; desde la perspectiva de un profesional de la salud que es el técnico, el que sabe, el que, por lo tanto, tiene toda la verdad. Eso ya no es así, ya que, además, cualquier ciudadano puede tomar acciones o decisiones en torno a su salud, a su voluntad.

Justamente, este es un aspecto que tenemos que plantearnos, puesto que habla del mundo real, habla de que las cosas pasan en el mundo real, no en el entorno de los sistemas sanitarios, no en los entornos de los servicios de salud, sino en el mundo real. Y ese mundo real implica que hay que hacer las cosas *con* la gente, *con* los pacientes. La clave es utilizar la preposición “con”. Porque, a veces, desde el ámbito de la salud pública hemos hecho cosas *sin* la gente —este es uno

de nuestros problemas— e, incluso, *contra* la gente. Tal modo de actuar ha afectado nuestra credibilidad y por eso es que hay que procurar trabajar *con* la gente y hay que trabajar para ayudar a que las cosas sucedan *entre* las personas, entre la ciudadanía de los pacientes, en lugar de en contra de ellos.

Toda la clave está en la participación. La participación facilita la comprensión, sobre todo teniendo en cuenta que vivimos en un mundo de redes sociales, de internet, donde cada uno es cada cual. Ha cambiado el mundo de la ciudadanía. Los elementos son muchos más individuales. La gente vive un mundo muy personal. Cuando entran en sus páginas de Facebook, en sus historias, en sus contactos, es otra historia, que hace más necesario el tener en cuenta que cada cual, cada uno de las personas a las cuales nos dirigimos desde la salud pública, reacciona diferente. Por lo tanto, tenemos que llegar a ellos de forma diferente. El internet ha cambiado el mundo, ha traído consigo el fin de la autoridad, el fin del profesional como único referente, el fin del paternalismo. Cada vez más, la gente busca en internet información sobre todos los temas en general: sobre enfermedades, estilos de vida, medicamentos o sobre prevención de enfermedades. Los espacios de contacto tipo WhatsApp junto a muchísimos otros están ahí para que la gente los usa: para buscar datos, para contactar a otros, para conectarse.

Es evidente que algo que deberíamos tener claro en la salud pública de hoy es que el poder y el conocimiento nacen de cualquier sitio y, por lo mismo, la salud son conversaciones. Precisamente por eso es tan importante conocer dónde ocurren esas conversaciones. No crear nuestras redes, no crear nuestros espacios. Hay que estar donde están esas conversaciones, que es donde está la ciudadanía. Estar, además, en un entorno en el cual cualquiera puede hablar, cualquiera puede decir. En ese sentido, las nuevas tecnologías tienen que ser un aliado de la salud pública para que los temas relacionados con la salud lleguen más y mejor, teniendo en cuenta los espacios donde está la ciudadanía.

Y en ese entorno creo que un elemento fundamental es plantearnos la activación del paciente, la activación del ciudadano. Ese es un elemento fundamental. Y esto lo digo desde cuatro perspectivas. Por un lado, por ley, por derecho, por ética, por derecho legal y moral; por otro, por conocimiento e información. El acceso, ya lo decíamos antes, que es una cuestión democrática: cualquiera debe poder acceder. Por lo tanto, hay un papel de la salud pública que es de ayudar, de *acompañar*, verbo clave este, de dar acompañamiento en ese plano del acceso a la información.

Una frase que a mí me gusta mucho es “Mejor participar que esperar que te lo cuenten”. Tenemos, pero necesitamos ciudadanos aun más activos; la salud pública necesita de una ciudadanía activa. En nuestro entorno hay cantidad de activos que tenemos que poner encima de la mesa para realmente ser aprovechados por la gente. Una frase que me gusta mucho decir es que los

pacientes son un recurso infrautilizado con un potencial tremendo. Algo que debemos hacer es dejar que los ciudadanos, que las ciudadanas ayuden. Que ayuden a crear un sistema sanitario, a crear un mejor mundo de la salud pública, a facilitar una mejora de los estilos de vida. Ahí está la clave. Que sean actores y actrices, activos en su proceso, en su salud, son claves para poder avanzar en ese sentido.

La implicación de un ciudadano, de un paciente me parece fundamental; la información es necesaria pero no suficiente. Necesitamos más formación centrada en el ciudadano, más apoyo emocional. Estamos en un momento donde regular las emociones es la clave. Y, por lo tanto, desde la salud pública hay que trabajar desde las emociones. Y hay que contagiar emociones, emociones positivas. Las negativas también se contagian, pero nuestra clave debe ser contagiar emociones positivas. Y eso nos ayuda a avanzar. La salud pública es un mundo de emociones y hay que trabajar con las emociones como un elemento fundamental.

Es esencial la triada información, formación y apoyo emocional para poder conservar una salud pública basada en las vivencias de la gente, en las evidencias más las vivencias. En eso tenemos que avanzar, para ser ciudadanos activos, para tener en cuenta la democracia de lo que ha generado el internet. Hay que tener en cuenta la complejidad del contexto, donde es importante recordar que estamos viviendo un cambio de época. Una época donde cada profesional de la salud pública tiene que entender que la participación y el respeto tiene que ser mutuo. Una época donde las competencias relacionadas con esto son básicas y donde hay que abrir la mente, donde hay que tener en cuenta que la participación es clave, la conversación es necesaria.

Hay que aprender y, por lo mismo, tenemos que desaprender mucho de los elementos que dábamos por sentados. Hay que ser flexibles, hay que colaborar, hay que adaptarse al entorno, hay que interactuar desde una perspectiva de liderazgo en la salud pública que, y termino con eso, tiene que ser un liderazgo *con* el alma. Hay que ponerles a las cosas alma, corazón y vida.

Ya he dicho antes que las emociones se contagian y, para eso, desde la salud pública hay que contagiar emociones y hay que liderar el mundo de la salud pública con alma, con un proyecto compartido, participativo, donde los profesionales sean partícipes de la historia. El trabajo debe estar basado en el respeto y el compromiso —a partir de la idea de actores y actrices activos en las historias—, basado en la afectividad, en poner el radar emocional en marcha.

Y esas historias se basan en unas letras “H” que me gustaría tener en cuenta como elementos fundamentales. Necesitamos una salud pública con “H” de honestidad, en el sentido de que la comunicación sea más eficaz y genere confianza, que es lo que tenemos que buscar con la ciudadanía. Igualmente, es necesaria una “H” de humildad, en la cual es fundamental trabajar con palabras que nos ayuden a llegar a la gente.

La otra “H” que necesitamos es la de no dejar de trabajar para perfeccionar nuestras *habilidades*. Esto implica sudar la camiseta, hay que poner talento, hay que poner esfuerzo, hay que poner ganas, hay que hacer gimnasia, hay que trabajar para mejorar lo que menos nos sale, donde menos llegamos, teniendo en cuenta siempre al que menos llegamos. Es crucial, también, tener en cuenta la equidad, como una clave fundamental, para romper con las desigualdades existentes que cada vez son mayores. Esto significa que hay que trabajar un mundo de la salud pública basado en la intervención. Es necesario intervenir en zonas, en personas, en individuos, en ciudadanos donde más cuesta y, por lo tanto, hay que prestar oídos para poder llegar de la forma mejor y más adecuada, salvando los obstáculos que nos dificulten la comunicación y las maneras de llegar.

Y, por último, quiero decir que necesitamos la “H” de *héroes* de la salud pública. Héroes y heroínas de la salud pública que hagan el esfuerzo de llegar a una salud pública con alma, en la cual el cambio empieza por cada uno de nosotros. Esta es la apuesta de salud pública que propongo, esto es lo que creo que debemos de hacer para cambiar y mejorar la salud de la ciudadanía, que es nuestro principal objetivo, no otro.

Gracias. ☀

---

<sup>1</sup> Publicado originalmente en Nueva York para 1978 con el título de *Illness as Metaphor*, fue traducido al español como *La enfermedad y sus metáforas*. Se cita por la edición de Muchnik Editores, Barcelona, 1984.



---

# EDUCANDO PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI

LAURA MAGAÑA VALLADARES

MÉXICO

## INTRODUCCIÓN ■

Los profesionales de la salud se enfrentan continuamente a diversos retos epidemiológicos y poblacionales que ponen en evidencia la necesidad de renovar y actualizar los programas de formación de los profesionales de la salud de modo que la fuerza de trabajo tenga las competencias que requieren para enfrentar los desafíos de la salud pública en el siglo 21.

Por una parte, enfrentamos el gran desafío de las transiciones epidemiológicas y demográficas y su impacto sobre los sistemas de salud de todos los países. Un ejemplo de esto es el incremento en la prevalencia de la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el envejecimiento, que ponen en riesgo la capacidad de respuesta de los sistemas de salud para atender con calidad y calidez a la población.

Además, el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre determinantes sociales de la salud titulado *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health* resalta las inequidades que prevalecen en las poblaciones, intensificadas por la pobreza y por las grandes disparidades entre los distintos países y en el interior de los mismos. Por ejemplo, la esperanza de vida de una niña nacida en Lesoto, es la mitad de la de una niña nacida en Japón (42 y 86 años respectivamente). La posibilidad de que un niño de Angola muera antes de los cinco años, es 90 veces mayor que la de un niño nacido en Finlandia. Cabe resaltar que las inequidades no están ausentes en países desarrollados. En Washington D.C., por ejemplo, cada milla que nos alejamos del centro de la ciudad, representa un año menos en la esperanza de vida de sus habitantes.

Por todo lo anterior, los sistemas de salud enfrentan grandes retos relacionados con el acceso y la calidad. Los responsables de garantizar los servicios de salud buscan constantemente mejores formas de otorgar servicios a toda la población, en tiempos económicamente difíciles.

Por todo lo anterior, nuestros programas de formación de recursos humanos en salud deben reformarse para estar a la altura y ser capaces de preparar a los profesionales con las competencias requeridas para enfrentar los retos presentes y futuros.

## TENDENCIAS Y REVOLUCIONES EDUCATIVAS ■

Las revoluciones educativas surgen debido a la constante presión por reinventar los sistemas educativos, ante la presión de los cambios sociales y de los estilos de vida. La sociedad actualmente se caracteriza por algunas de las siguientes situaciones:

1. **El acceso a la información:** Es innegable la penetración de las redes sociales, del acceso al internet y de su uso para concentrar y compartir información. El sistema educativo en lugar de transmitir conocimiento como en el pasado, debe preparar a los estudiantes con habilidades que los conviertan en personas capaces de encontrar información adecuada, de diferenciarla, de analizarla, de compararla y de emitir juicios. Las instituciones de educación superior no son ya las únicas capaces de transmitir conocimientos a los estudiantes, por eso su rol debe cambiar.
2. **La vida moderna:** Se espera que las personas trabajen, aprendan y estudien donde quiera que se encuentren, haciendo uso de las tecnologías móviles, que han convertido el salón de clases tradicional en uno móvil. Además, los conceptos “campus” y “aprendizaje” ya no están asociados con un espacio físico, sino con la posibilidad de acceso remoto y conectividad.
3. **Sociedad móvil:** El Siglo 21 comenzó con nuevas formas de organización. El trabajo, la vida, las estructuras políticas y económicas dependen en gran medida del conocimiento y la tecnología al igual que de una mayor movilidad de bienes, servicios, personas y valores.
4. **Mundo interconectado:** Las redes son la base de la productividad, del crecimiento económico y de la creación de nuevas formas de relacionarnos unos con otros para el bien común.
5. **La naturaleza del trabajo profesional:** Se incrementa de manera multidisciplinaria y colaborativa, por lo que la educación tiene que reflejar estos cambios. Los planes de estudio, las actividades de aprendizaje y los roles de los profesores tienen que incluir enfoques multidisciplinarios y transprofesionales, y las instituciones tienen que crear vínculos para trabajar en conjunto, creando redes y alianzas, ahora facilitadas por la tecnología.
6. **Nuevos actores, múltiples socios estratégicos:** La interconectividad de todos los actores ha creado un mundo complejo.

7. **Avances agigantados en las ciencias cognitivas:** El individuo aprende cuando está activamente vinculado con la tarea, con actividades que representen retos, y que además sean significativas.
8. **Propagación de los principios básicos de la andragogía:** Se trata del arte y la ciencia de ayudar a los adultos a aprender. El término es equivalente al término pedagogía.

Los responsables de diseñar e implementar programas de estudio deben aceptar que la tecnología para quedarse y que es necesario aprender a utilizarla para que los programas sean de utilidad para la nueva sociedad.

### **A 100 AÑOS DEL INFORME FLEXNER SURGE EL INFORME LANCET ■**

En 2010 se publicó el informe *Transformando la Educación para Fortalecer los Sistemas de Salud en un Mundo Interdependiente* dirigido por los doctores Julio Frenk y Lincoln Chan. En este se resaltó la importancia de realizar diversas reformas instruccionales e institucionales con el fin de adecuar los planes de estudio a las necesidades actuales de los sistemas de salud.

Con respecto a las reformas instruccionales, los autores consideran que estas deben reunir las siguientes características: a) incorporar el modelo educativo basado en competencias, b) considerar una educación inter y transprofesional, empoderada por las tecnologías de la información, tanto local como globalmente, y c) utilizar recursos educativos adecuados, dada la necesidad de un nuevo profesionalismo.

Por su parte, para que las reformas institucionales sean viables, tienen que considerar los siguientes factores: a) planificación conjunta, b) sistemas académicos, c) redes globales, y d) fomentar una cultura de investigación crítica.

Por otro lado, el informe enuncia las acciones facilitadoras del proceso, destacando la importancia de movilizar el liderazgo, mejorar el nivel de inversión, alinear la acreditación y fortalecer el aprendizaje global. Todo ello tiene como meta el lograr una educación profesional transformativa e interdependiente para la equidad en salud.

¿El siguiente paso? ¡Reinventar nuestros sistemas educativos!

Nuestro mundo se ha transformado radicalmente en los últimos cien años y las instituciones de educación superior no han cambiado lo suficiente; siguen siendo muy parecidas a las de hace cien años. Existe una urgencia de cambio en las instituciones educativas, en por lo menos, las áreas que comentaré a continuación.

### ***El currículo***

El currículo debe incluir menos contenido teórico y enfocarse en el desarrollo de habilidades cognitivas (análisis, comparación, evaluación, juicio, etc). Debe existir una mayor integración curricular para disminuir su aislamiento. Resulta necesario fomentar una mayor flexibilidad curricular basada en competencias, con estrategias de aprendizaje colaborativo que se enfoquen en el alumno y en el desarrollo de competencias transversales como el aprendizaje basado en problemas, los estudios de caso, las simulaciones y aula invertida (“*flipped classroom*”). La idea es reemplazar con este tipo de estrategias la enseñanza tradicional centrada en el profesor.

### ***El papel del profesor***

Es importante aceptar que el profesor ya no es el único que posee el conocimiento y que no le es posible transmitirlo en una sesión de dos horas. El profesor debe ser ahora el diseñador del ambiente de aprendizaje, un motivador, guía y mentor de los procesos de enseñanza-aprendizaje. En este sentido, los profesores deberán capacitarse para profesionalizar su enseñanza.

### ***El perfil de nuestros alumnos***

Nos enfrentamos a dos poblaciones diferenciadas: por un lado, están los adultos que regresan a la universidad debido a cambios en las competencias y en las habilidades laborales y, por otro, los jóvenes, que forman parte de una población ansiosa por continuar su educación formal, orientada a la tecnología, hacia las redes digitales. Los jóvenes están acostumbrados a ambientes multisensoriales, son menos pacientes, más prácticos y están listos para exigir el cumplimiento de sus necesidades.

### ***Los ambientes de aprendizaje***

Nuestros alumnos, como el resto del mundo en general, exigen la diversificación de los ambientes de aprendizaje. Las aulas físicas ya no son suficientes para atender las demandas educativas. La tecnología ha hecho posible enriquecer el concepto de las aulas y ha permitido desarrollar ambientes virtuales y mixtos.

## CONCLUSIONES ■

Para reinventar nuestro sistema educativo hacia un nuevo modelo que nos permita preparar a nuestros estudiantes para los retos actuales y futuros es necesario:

- a. crear espacios y proporcionar herramientas que permitan pensar en el futuro
- b. involucrar a los diferentes actores (socios estratégicos) para crear el futuro de las instituciones
- c. provocar, apoyar, estimular y liderar el cambio educativo que tanto necesitamos.☀

---

<sup>1</sup> Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

<sup>2</sup> Knowles, M. (1980). *The modern practice of adult education, revised and updated*. Englewood Cliffs: Prentice Hall Regents.

<sup>3</sup> Knowles, M., Holton III, E. y Swanson, R. (2005). *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. San Diego: Elsevier.

<sup>4</sup> Frenk, J. et al. (2010). "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world". *The Lancet*, 376 (9756), pp. 1923-1958.



---

# CONSIDERACIONES DE SALUD PÚBLICA QUE IMPULSARON LA REGULACIÓN DEL MERCADO DE CANNABIS EN URUGUAY

DR. LUIS YARZÁBAL

JUNTA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA | URUGUAY

## INTRODUCCIÓN ■

En el mes de diciembre del año 2013, el gobierno uruguayo promulgó la Ley N° 19.172 que, en su artículo 1º, declara de interés público “las acciones tendientes a proteger, promover y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar los riesgos y a reducir los daños del uso del cannabis, que promueva la debida información, educación y prevención sobre las consecuencias y efectos perjudiciales vinculados a dicho consumo así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas.”

## PROPÓSITOS DE LA LEY URUGUAYA ■

El artículo 2º de la mencionada Ley N° 19.172 determina que “el Estado asumirá el control y la regulación de las actividades de importación, exportación, plantación, cultivo, cosecha, producción, adquisición a cualquier título, almacenamiento, comercialización y distribución de cannabis y sus derivados, o cáñamo cuando correspondiere, a través de las instituciones a las cuales otorgue mandato legal, conforme con lo dispuesto en la presente ley y en los términos y condiciones que al respecto fije la reglamentación.”

Vale aclarar que Uruguay no procedió a despenalizar el consumo de marihuana en 2013 porque ya estaba despenalizado desde 1974. En efecto, el 31 de octubre de ese año se aprobó la Ley N° 14.294 (actualmente vigente como Decreto Ley N° 14.294) cuyo artículo 31 determinó que quedaba “exento de pena el que tuviere en su poder una cantidad razonable destinada exclusivamente a su consumo personal, con arreglo a la convicción moral que se forme el Juez a su respecto...”. Lo que sí se penalizaba era la producción, importación, exportación, comercialización o posesión con fines comerciales de cualquiera de las drogas controladas (estupefacientes y sustancias psicotrópicas). En consecuencia, los usuarios de marihuana, al tener que abastecerse en el mercado ilegal, eran tratados como delincuentes, pasaban a ser discriminados y se veían involucrados en actividades delictivas riesgosas e inseguras, exponiéndose a la oferta de drogas más

tóxicas, como por ejemplo la pasta base de cocaína, la cocaína, la heroína y diversas sustancias sintéticas. Para resolver esa contradicción, atender los derechos de los usuarios, aplicar una política de reducción de riesgos y daños, además de disputarles el mercado a los narcotraficantes, fue que se concibió y aprobó la ley reguladora del mercado.

La norma fue elaborada en un proceso de tres años de duración que atendió demandas de la población consumidora de marihuana e iniciativas del poder ejecutivo relacionadas con la seguridad pública. Para preparar y fundamentar su articulado se recurrió a la interacción de legisladores de todos los partidos políticos con numerosos actores sociales, del país y del exterior. Sus redactores recogieron así un rico acervo de experiencias y conocimientos relacionados con las políticas de drogas, en general, y el control del cannabis, en especial.

Los trabajos preparatorios tuvieron lugar en el seno de una Comisión especializada de la Cámara de Diputados encargada de coordinar el trámite del proyecto de ley y en múltiples seminarios, foros y talleres. Participaron en ellos decisores políticos, funcionarios gubernamentales, miembros de organizaciones de la sociedad civil, representantes de organismos internacionales, académicos, científicos y profesionales de las diversas disciplinas relacionadas con las políticas que controlan el uso de estupefacientes y drogas psicotrópicas.

En esos espacios se fue reuniendo y analizando una cantidad importante de prácticas, conocimientos y pruebas científicas referidos a los aspectos fundamentales de la política pública en gestión. Desde el punto de vista de la salud pública se examinaron especialmente: a) las consecuencias indeseables de las políticas prohibicionistas del uso de drogas, b) los riesgos para la salud del consumo (desinformado) de los productos derivados de plantas del género *Cannabis* y c) la obstaculización de los posibles usos medicinales de la marihuana y otros extractos crudos y purificados de dichas plantas. Esta exposición presenta una síntesis de las observaciones intercambiadas.

### **CONSECUENCIAS INDESEABLES DE LAS POLÍTICAS PROHIBICIONISTAS ■**

Hasta la aprobación de la ley reguladora, Uruguay intentó controlar las drogas ilícitas mediante políticas prohibicionistas orientadas por los lineamientos generales establecidos en las tres convenciones internacionales aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas: la *Convención Única sobre Estupefacientes* de 1961, modificada por el Protocolo de 1972; el *Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas* de 1971 y la *Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas* de 1988.

Pruebas abundantes y fehacientes han revelado que tales políticas tienen consecuencias dañinas sobre la salud y los derechos humanos de las personas que usan drogas, así como sobre sus familias



y comunidades. Estas consecuencias explican que la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD), ya en 2010, recomendara a los gobiernos miembros de las NU el abordaje del uso problemático de drogas como un problema de salud y no como un asunto penal.

En lo que tiene que ver con la salud pública el paradigma prohibicionista se asocia con: a) control violento de los mercados de drogas, b) generación de economías paralelas, c) aumento de las poblaciones carcelarias, d) discriminación de minorías étnicas y raciales, y e) obstaculización de las estrategias de reducción del daño con incremento del riesgo de sobredosis. Comentaremos uno a uno esos impactos a continuación.

### **CONTROL VIOLENTO DE LOS MERCADOS DE DROGAS ■**

La aplicación del modelo prohibicionista de las drogas ilegales deja en manos de los narcotraficantes y sus organizaciones criminales la regulación de la producción, transporte y comercialización de las sustancias controladas. Dichos actores y organizaciones ejercen la protección y defensa de los mercados ilícitos y los territorios que van conformando o conquistando, mediante el uso de diversas formas de violencia.

En los países de América Latina y el Caribe el tráfico de drogas ha generado monumentales masacres y terribles sufrimientos de sus poblaciones. Varios hallazgos indican que la enorme incidencia de homicidios y feminicidios en América Central y México es debida a la acción de bandas criminales de narcotraficantes que buscan aterrorizar a sus contendores y a las poblaciones radicadas en zonas de su interés. Estas operaciones criminales han llegado, incluso, a reducir significativamente la expectativa de vida y a deteriorar la salud mental de las poblaciones involucradas.

### **GENERACIÓN DE ECONOMÍAS PARALELAS ■**

Bajo la estrategia de “guerra contra las drogas” el consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas no ha dejado de crecer. Según estimaciones de la ONUDD, en el año 2013 las ventas minoristas abarcaron aproximadamente 320 mil millones de dólares a escala mundial, lo que constituye el 0.9% del Producto Interno Bruto (PIB) mundial.

Por su lado, la Organización de Estados Americanos (OEA) sitúa los ingresos anuales provenientes de drogas en América alrededor de los U\$S 150 mil millones. El mismo estudio sugiere que dos terceras partes de esos ingresos ocurren al final de la cadena, con las ventas al menudeo. La ONUDD ha estimado también que el valor del mercado minorista de cannabis en los Estados Unidos de América alcanzaría 64 mil millones por año, mientras que en América del Sur llegaría a 4,200 millones. La validez de estos cálculos ha sido motivo de discusión, pero no cabe duda que la cuantía de los montos estimados es extremadamente grande. Ello permite entender que el narcotráfico genere economías paralelas que, a través

del lavado de activos y la corrupción, distorsionan los precios de bienes y servicios, deprimen los ahorros de los sistemas financieros, fomentan la violencia, disminuyen la competitividad y hasta pueden modificar el valor de las monedas.

### **AUMENTO EXPONENCIAL DE LAS POBLACIONES CARCELARIAS ■**

Uno de los mayores impactos de la prohibición de las drogas es el uso desproporcionado de la prisión como medida de control. Muchas leyes nacionales imponen largas penas de prisión por delitos menores y no violentos relacionados con drogas. Esto causa sobrecarga de las cárceles y los sistemas de justicia, crean poblaciones cautivas que son adoctrinadas e incluso reclutadas por los “narcos” y provoca sufrimiento injustificado a millones de personas.

En la mayoría de los establecimientos carcelarios hay violaciones sistemáticas de los derechos humanos y no se aplican medidas de reducción de daños. Muy pocos países ofrecen servicios de prevención o de tratamiento a pesar de las directrices internacionales que urgen medidas integrales, incluido el suministro de equipos de inyección, para las personas bajo custodia del estado. La ONUDD ha calculado recientemente que las personas condenadas por delitos vinculados con drogas conforman aproximadamente el 21% de los reclusos en todo el mundo y que la posesión de drogas para uso personal constituía el 83% de ese tipo de delitos.

En Uruguay el número de reclusos aumenta constantemente desde el año 2000. En 2010 había 8492 (7,793 hombres y 699 mujeres) personas privadas de libertad. Un tercio de ellas estaba en prisión por alguna infracción a las leyes de drogas o por haber incurrido en hurtos o rapiñas para obtenerlas. El tráfico y venta de estupefacientes conformaba el 11% del total de delitos cometidos. El 37.3% de las mujeres encarceladas estaban acusadas de cometer delitos vinculados con drogas. La mayor parte de ellas venían de entornos culturales débiles: el 12% no había terminado la escuela primaria, el 28% había completado la formación escolar y el 24% tenía el ciclo básico sin finalizar.

Para ese mismo año se estimó que los costos de encarcelamiento (seguridad y prevención del delito, activación del sistema de justicia, reclusión y rehabilitación de reclusos, valor de bienes robados, gastos del sistema de salud, pérdida de vidas por violencia y pérdida de tiempo productivo de los reclusos), superaron los 1.200 millones de dólares, cantidad equivalente a 3.1% del PIB nacional.

### **DISCRIMINACIÓN DE MINORÍAS ÉTNICAS Y RACIALES ■**

La lucha contra las drogas se aplica en la mayoría de los países de forma discriminatoria contra las minorías raciales y étnicas, vulnerando de forma sistemática los derechos fundamentales de sus miembros.

En los Estados Unidos de América, donde se dispone de muy buena información al respecto, se ha documentado que las tasas de encarcelamiento por 100.000 en 2014 eran de 2,724 para hombres negros, 1.091 para hombres latinos y 465 para blancos. En ese momento los negros conformaban más del 60% de las personas en prisión. Para los hombres negros las probabilidades de ser encarcelados se multiplicaban por 6 en relación a los blancos, mientras que en el caso de los hispanos eran 2.3 veces mayores.

La aplicación de las leyes prohibicionistas origina también sesgos de género. Entre las mujeres encarceladas en todo el mundo la proporción de detenidas por infracciones a las leyes de drogas es mayor que la de los hombres. Además entre ellas predominan las mujeres pobres y están sobrerrepresentadas las de etnias minoritarias, especialmente en América Latina.

### **OBSTACULIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS ■**

El énfasis en la represión interpone barreras a la aplicación de programas tales como la terapia de sustitución de opiáceos (TSO) y el suministro de agujas y jeringuillas (SAJ). Los usuarios de drogas son generalmente hostigados y detenidos por las fuerzas represivas, lo que los impulsa a alejarse de los centros de aplicación de estos tratamientos. Esto afecta de forma significativa el empleo de medidas de reducción de riesgos y daños probadamente eficaces. Por otro lado, las largas penas de prisión por infracciones a las leyes de drogas, las fallas estructurales de las prisiones y la corrupción imperante en el personal carcelario, estimulan el consumo de drogas por inyección, acentuando la transmisión de los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis C (VHC), así como la del agente de la tuberculosis, muchas veces resistente a múltiples fármacos. Estas observaciones subrayan la importancia de emplear medidas alternativas a la prisión para los delitos menores de drogas, garantizar el acceso a programas de TSO y SAJ en prisión, y asegurar estrecha conexión de los servicios penitenciarios con programas de reducción de daños en la comunidad.

Además la prohibición de las drogas contribuye de muchas maneras a aumentar la incidencia y prevalencia de sobredosis. En primer lugar, crea mercados ilegales no regulados en los que es imposible controlar la presencia de adulterantes en las drogas suministradas. En segundo término, la vigilancia policial agresiva provoca incremento del uso de inyecciones, con los consecuentes riesgos de sobredosis. En tercer lugar, quienes tienen largo historial de consumo de drogas y permanecen encarcelados sin recibir tratamiento tienen mayor riesgo de incurrir en sobredosificaciones al volver a la libertad. Por otra parte, las limitaciones de acceso a la TSO aumentan la incidencia de inyección de opiáceos, y la prohibición del empleo de salas de consumo supervisado disminuye la capacidad para reducir las muertes por sobredosis. Finalmente, las restricciones al uso de drogas ilícitas interponen controles demasiado rigurosos al

uso terapéutico de la naloxona, sustancia que ha demostrado ser eficaz para revertir efectos de sobredosis de opiáceos.

### **RIESGOS PARA LA SALUD DEL CONSUMO DE CANNABIS ■**

Los daños que produce el consumo de la marihuana u otros productos derivados del cannabis deben ser considerados al establecer una política de regulación. Tales daños todavía no han sido definitiva y fehacientemente determinados. Ello, no obstante, ha formado dos corrientes de opinión respecto a los efectos sobre la salud mental, física y social: una los define como extremadamente graves y otra los considera de bajo impacto. Ambas se enfrentan públicamente manejando interpretaciones sin fundamento científico que mantienen a las poblaciones de usuarios en general mal informadas y en muchos casos confundidas. Los hallazgos científicos van variando sustancialmente a medida que se avanza en las investigaciones.

En 2014, Wayne Hall examinó la evolución de los conocimientos en los últimos 20 años respecto a los efectos adversos de cannabis sobre la salud. Para ello comparó las pruebas existentes en 1993 con los hallazgos epidemiológicos acumulados desde entonces hasta 2013. La información acumulada sugiere que: a) la conducción de vehículos bajo la influencia de cannabis aumenta al doble el riesgo de accidentes de tránsito, b) aproximadamente uno de cada 10 consumidores habituales de cannabis desarrolla dependencia, c) el consumo regular de cannabis en la adolescencia duplica el riesgo de abandono escolar temprano y, d) el uso habitual de marihuana se asocia con aparición de deterioro cognitivo y psicosis en la edad adulta. También luce probable que fumar cannabis aumente el riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos de mediana edad, pero sus efectos sobre la función respiratoria y el cáncer de las vías respiratorias siguen sin estar claros, porque la mayoría de los fumadores de cannabis han fumado o aún fuman tabaco.

En 2014, Nora Volkow y otros revisaron el estado actual de los conocimientos científicos relacionados con los efectos adversos para la salud del uso recreativo de la marihuana, destacando aquellos sobre los cuales se han reunido las pruebas más robustas. Su trabajo les condujo a relacionar distintos efectos con el tiempo y la intensidad del uso de las sustancias. Entre los efectos del uso de *corto plazo* ubicaron el deterioro de la memoria reciente, alteraciones del juicio, disminución de la coordinación motora, y en caso de dosis altas, paranoia y psicosis. Dentro de los efectos de *largo plazo* destacaron la aparición de dependencia (en el 9% de los usuarios), alteraciones del desarrollo cerebral, deterioro cognitivo, menor coeficiente intelectual, disminución de la satisfacción vital, instalación de signos de bronquitis crónica y aumento del riesgo de psicosis crónicas, incluyendo esquizofrenia.

En 2015, Samuel Wilkinson y otros investigadores compararon los resultados obtenidos en estados de los Estados Unidos donde se ha legalizado la marihuana con hallazgos efectuados donde

continúa siendo ilegal. Observaron aumento del riesgo de siniestros de tránsito en casos de intoxicación aguda y aparición en niños de casos de ingestión no intencional de productos de cannabis. Los autores plantearon la interrogante de si la legalización provocará un aumento en los problemas de salud relacionados con el consumo de marihuana, como la adicción/dependencia, las psicosis y los problemas respiratorios.

Lawn Freeman, Claire Mokrysz y otros investigadores, en un estudio longitudinal muy reciente, han demostrado que el eventual impacto cognitivo del consumo de cannabis en la adolescencia se reduce significativamente cuando se eliminan factores asociados como el uso concomitante de cigarrillos (tabaco).

Este trabajo da argumentos para examinar a fondo las metodologías empleadas en los estudios anteriores y apoya a aquellos investigadores que sostienen que algunos de los daños atribuidos al uso de cannabis se podrían explicar por otras causas o factores de riesgo que no han sido adecuadamente aislados en investigaciones previas. El uso concomitante de alcohol y el tabaco entre ellos. Lo que corresponde, pues, es profundizar las investigaciones relacionadas con los impactos que el uso de marihuana u otros productos derivados de cannabis pueden causar sobre la salud de individuos y comunidades. Y, sobre todo, informar verazmente tanto a los usuarios como a la población en general, respecto a esos impactos, para facilitar así mediante la difusión de conocimientos genuinos la autorregulación de los daños.

## **USOS MEDICINALES DEL CANNABIS ■**

Diversos estudios y numerosas experiencias clínicas han puesto de manifiesto efectos beneficiosos de la marihuana y distintos componentes purificados de cannabis en el tratamiento de distintos síntomas, signos y enfermedades. Antes de reglamentar los usos médicos de esas sustancias, Uruguay promovió la realización de un foro internacional en el cual expertos con probada experiencia en la materia expusieron y evaluaron con la comunidad científica nacional los resultados obtenidos en aplicaciones terapéuticas de la marihuana y otros derivados del cannabis.

Las observaciones y los experimentos discutidos en dicho encuentro ratificaron evidencias anteriores que han mostrado resultados promisorios en el tratamiento de síntomas como el dolor, las náuseas secundarias a la quimioterapia por neoplasias, la anorexia, la ansiedad y los trastornos del sueño, así como en patologías tales como la epilepsia (especialmente en sus formas refractarias, en niños), la esclerosis múltiple, la artritis reumatoide, algunos neuroblastomas y la enfermedad de Alzheimer, entre otras. También se presentaron pruebas de que el cannabis podría actuar como droga de salida en sustitución de otras sustancias psicotrópicas y se subrayó la baja toxicidad de los productos de cannabis para las células y órganos del ser

humano, la reducida acción depresora sobre el sistema nervioso central, la ausencia de casos fatales de sobredosis y la inexistencia de casos de falla cardio-respiratoria.

Existen, pues, fundamentos de indiscutible valor para recurrir al uso medicinal de productos derivados del cannabis en los casos en que estén indicados y, muy especialmente, para poner en marcha investigaciones que, respetando los principios de la bioética y la deontología médica, permitan profundizar el conocimiento de sus potencialidades terapéuticas. Las informaciones y experiencias analizadas y la revisión sistemática de la bibliografía existente, aportan fundamentos consistentes para seguir avanzando en la identificación de los efectos terapéuticos de las distintas variedades y extractos de cannabis, en la evaluación de su eficacia y efectos adversos, y en la precisión de las indicaciones para su uso médico.

Este redescubrimiento y re encuadramiento del cannabis medicinal desde un enfoque científico fue planteado por los participantes en el foro como un desafío no solo técnico, sino también político y ético que demanda romper “el círculo vicioso del prohibicionismo” según el cual se exige cierta acumulación de información y ensayos clínicos para utilizar el cannabis, mientras el propio prohibicionismo se encarga de obstaculizar las investigaciones.

#### **LAS PRÁCTICAS DE SALUD PÚBLICA ADOPTADAS POR URUGUAY ■**

Para la redacción de la ley 19.172 y los reglamentos que regulan los usos recreativos y medicinales de cannabis se tomaron especialmente en cuenta los resultados de las experiencias de despenalización total o parcial del consumo de marihuana en los Países Bajos, Portugal y Estados Unidos. También fueron consideradas las estrategias basadas en los resultados de regulación del tabaco y el alcohol resumidas por Haden y Emerson, así como las propuestas y recomendaciones de la Asociación Canadiense de Salud Pública y la Asociación Médica Australiana.

Sobre esas bases se establecieron disposiciones que regulan estrictamente la disponibilidad, accesibilidad, compra, consumo, uso, suministro y demanda de los productos autorizados por la ley. Dichas disposiciones son enumeradas a continuación.

#### **CONTROL DE LA DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD ■**

*Se crea una estructura de control:* La ley 19.172 determina la creación de un organismo de fiscalización central, el Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA), con dos finalidades. La primera, regular las actividades de plantación, cultivo, cosecha, producción, elaboración, acopio, distribución y expendio de cannabis. La segunda, promover y proponer acciones tendientes a reducir los riesgos y los daños asociados al uso problemático de cannabis, de acuerdo a las políticas definidas por la Junta Nacional de Drogas y en coordinación con las autoridades nacionales y departamentales. (Artículo 18).

**Se limita la oferta a los consumidores:** El cannabis psicoactivo solo podrá ser vendido en farmacias que hayan obtenido la licencia correspondiente expedida por el IRCCA. Los lugares donde se guarde o conserve el producto no podrán estar expuestos al público y deberán permanecer cerrados con condiciones de seguridad adecuadas. (Decreto N° 120/014, artículo 36)

**Se retiene la potestad de fijar el precio:** La determinación del precio es un atributo del IRCCA, quien deberá apuntar en primer término a debilitar el mercado ilegal.

#### LIMITACIONES DE LA COMPRA, CONSUMO Y USO ■

**Se fija la cantidad máxima autorizada:** Está autorizada la adquisición de hasta 10 gramos semanales con un máximo de 40 gramos mensuales de cannabis psicoactivo para uso personal (Decreto N° 120/014, artículo 2).

**Se excluye de toda opción de compra a menores de 18 años:** Solo podrán adquirir cannabis psicoactivo aquellas personas capaces, mayores de 18 años, con ciudadanía uruguaya natural o legal o con residencia permanente debidamente acreditadas que se encuentren inscritas en el registro correspondiente. (Decreto N° 120/014, artículo 34).

**Se determinan claramente los lugares de uso:** Se prohíbe fumar o mantener encendidos productos de cannabis psicoactivo en espacios cerrados que sean lugares de uso público o lugares de trabajo (incluyendo vehículos de transporte público), así como en aquellos (cerrados o abiertos, públicos o privados) que correspondan a instituciones de salud, centros de enseñanza e instituciones deportivas. (Decreto N° 120/014, artículo 40).

**Se sanciona la conducción de vehículos bajo los efectos del cannabis:** Se considera que la capacidad para conducir vehículos se encuentra afectada cuando se detecte la presencia de THC en el organismo. El IRCCA determinará los dispositivos a través de los cuales se realizarán las mediciones y análisis para detectar la presencia de THC en el organismo. A todo conductor que tenga afectada su capacidad de conducir debido al consumo de cannabis psicoactivo se le retendrá el permiso de conducir y será sujeto de sanciones. (Decreto 120/014, artículo 40).

#### REGULACIÓN ESTRICTA DEL SUMINISTRO ■

**Se establecen condiciones precisas para la producción:** Solo podrán industrializar y distribuir cannabis psicoactivo para su dispensación y venta en farmacias aquellas personas físicas o jurídicas que hubieren obtenido la licencia correspondiente otorgada por el IRCCA. Dichas licencias se adjudican mediante llamados públicos a interesados en los que se indi-

carán las condiciones y exigencias para cubrir las necesidades de abastecimiento. (Decreto 120/014, artículo 5). Estas exigencias evitarán la creación de monopolios, el predominio de grandes corporaciones transnacionales y el lavado de activos. (Decreto 120/014, artículo 7) Quienes obtengan productos a partir de producción doméstica o en clubes de membresía no podrán venderlos en forma privada.

***Se define la marihuana como especialidad vegetal:*** El cannabis psicoactivo regulado constituye una especialidad vegetal controlada. Contiene las sumidades floridas con o sin fruto de la planta hembra de cannabis sp, exceptuando las semillas y las hojas separadas del tallo cuyo contenido en tetrahidrocannabinol (THC) natural, sea igual o superior al 1% en su peso. (Decreto 120/014, artículo 1). Las condiciones de etiquetado y envasado serán determinadas por el IRCCA.

## MITIGACIÓN DE LA DEMANDA ■

***Se prohíbe la promoción y se promueve la difusión de los efectos del producto:*** La ley N° 19.172 prohíbe, mediante su artículo 11, todas las formas de publicidad directa o indirecta así como la promoción, auspicio o patrocinio de los productos de cannabis psicoactivo y obliga, a través de su artículo 12, a la Junta Nacional de Drogas, a realizar campañas educativas, publicitarias y de difusión y concientización para la población en general respecto a los riesgos, efectos y potenciales daños del uso de drogas sobre la salud.

***Se impulsan políticas educativas y de gestión de riesgos y daños:*** Se establece que el Sistema Nacional de Educación Pública deberá disponer de políticas educativas para la promoción de la salud, la prevención del uso problemático de cannabis desde la perspectiva del desarrollo de habilidades para la vida y en el marco de las políticas de gestión de riesgos y reducción de daños del uso problemático de sustancias psicoactivas. Dichas políticas comprenderán la inclusión curricular del tema en todos los niveles educativos del sistema. (Ley N° 19.172, artículo 10).

***Se determina el destino de los ingresos:*** Los ingresos serán asignados al IRCCA (Ley N° 19.172, artículo 32) con lo que queda garantizado su uso para iniciativas sociales y de salud.

En un artículo publicado en 2015, Sheryl Spithoff y otros autores analizaron las políticas de legalización de cannabis llevadas adelante en Cataluña, Estados Unidos de Norteamérica (Colorado, Oregón, Washington), Países Bajos y Uruguay, comparándolas con las buenas prácticas de salud pública empleadas en la regulación del tabaco y el alcohol. Concluyeron que Uruguay sigue las mejores prácticas en lo que concierne a la Salud Pública y señalaron que el modelo uruguayo (sin el registro y la toma de huellas dactilares) se podría adaptar para su uso en Canadá.



## **EVALUACIÓN Y MONITOREO ■**

La propia Ley N° 19.172 determina la necesidad de monitorear y evaluar la política que su aplicación hará de poner en marcha y dispone la creación de una Unidad especializada a esos efectos, en el Ministerio de Salud Pública. Mientras esa Unidad se volvía operativa, el gobierno designó e instaló un Comité Científico Asesor de la JND, con carácter honorario e independiente. Este organismo coordinó un proceso de consultas nacionales e internacionales que culminó en la elaboración de una estrategia de evaluación y monitoreo de la aplicación de la Ley.

Dicha estrategia fue concebida en el marco de una serie de seminarios que contaron con la participación de académicos, investigadores, profesionales y decisores políticos, nacionales e internacionales. Se apoyó en una Red de Consulta compuesta por 151 integrantes: 119 expertos en las materias de consumo de drogas y uso de cannabis (66 nacionales y 53 internacionales) y 32 personas vinculadas a las organizaciones (JND, IRCCA, CCA) que promueven y dan seguimiento a las actividades de los miembros.

Asimismo, como forma de facilitar los intercambios y lograr la sistematización de los aportes, se ha generado una plataforma virtual (<http://jndredesdeconsulta.uy>). Esta plataforma, accesible a todos los miembros de la red, ha hecho posible el aporte y la discusión de todos los aspectos que se relacionan con el proceso de monitoreo y evaluación, a partir del formato de documentos de trabajo.

La estrategia en cuestión, después de analizar la institucionalidad creada por la ley, identificar los instrumentos disponibles para su implementación y enumerar los objetivos fundamentales de la norma, estableció un sistema de indicadores para evaluar los resultados y los impactos derivados de la aplicación de la política. Este sistema ha sido adoptado por la Unidad de Monitoreo y Evaluación del MSP, órgano que ha puesto en marcha la evaluación en cooperación con las unidades técnicas de la JND y los demás organismos públicos involucrados.

## **RESUMEN ■**

Con la regulación del mercado de marihuana el Estado uruguayo puso en práctica una política pública alternativa a la prohibición del uso de este preparado vegetal y de otros extractos crudos y purificados de plantas del género *Cannabis*. Diseñó para ello, con metodología participativa, científica y socialmente fundada, una política integral, respetuosa de los derechos humanos, concebida desde una perspectiva de salud pública y enfocada hacia la reducción de riesgos y daños. La elaboración de la norma valoró ponderadamente los fracasos de la política prohibicionista, sus consecuencias negativas sobre el bienestar y el desarrollo humano, los efectos negativos del uso desinformado del cannabis y los obstáculos interpuestos al desarro-

llo de los usos medicinales de la droga. Su reglamentación tuvo muy especialmente en cuenta los efectos adversos a nivel individual y social del consumo problemático de las sustancias en cuestión y estableció un sistema de evaluación de resultados y de impactos que habrá de permitir corregir sobre la marcha cualquier imperfección de la estrategia instrumentada. ☼

---

<sup>1</sup> Ver texto completo de la Ley No. 19.172 de la República del Uruguay, “Marihuana y sus derivados. Contro y regulación del Estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución” en la publicación en línea Revista Pensamiento Penal, <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/09/doctrina42001.pdf> Esta y las subsiguientes citas de la ley, corresponden a la misma fuente.

<sup>2</sup> Volkow, Nora D. M.D., Baler, Ruben D. Ph.D., Compton, Wilson M. M.D., y Weiss, Susan R.B. Ph.D. (2014, 5 de junio) “Adverse Health Effects of Marijuana Use”. *New England Journal of Medicine*, vol. 370, número 23, pp. 2219-27.

<sup>3</sup> Wilkinson, S. T., Yarnell, S., Radhakrishnan, R., Ball, S. A., y D’Souza, D. C. (2016). “Marijuana Legalization: Impact on Physicians and Public Health”. *Annual Review of Medicine*, número 67, pp. 453–466. <http://doi.org/10.1146/annurev-med-050214-013454>

<sup>4</sup> Lawn W, Freeman TP, Hindocha C, Mokrysz C, Das RK, Morgan CJ, Curran HV. “The effects of nicotine dependence and acute abstinence on the processing of drug and non-drug rewards.” *Psychopharmacology*, volume 232, número 14, pp. 2503-17. doi: 10.1007/s00213-015-3883-4.

<sup>5</sup> Spithoff, S., Emerson, B., & Spithoff, A. (2015). “Cannabis legalization: adhering to public health best practice”. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, vol. 187, número 16, 1211–1216. <http://doi.org/10.1503/cmaj.150657>

---

# EL CAMINO CUBANO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD, 1960-2010

FRANCISCO ROJAS OCHOA

CUBA

## INTRODUCCIÓN ■

En años recientes se viene prestando atención a los debates sobre los sistemas y servicios de salud y la cobertura de estos servicios.

En un trabajo de gran actualidad, que vale la pena citar y comentar extensamente, Asa Cristina Laurell nos advierte de algo a veces oculto: “La ofensiva actual por la Cobertura Universal en Salud (CUS) emprendida por la Fundación Rockefeller, Lancet, el Banco Mundial —entre otros— debe ser analizada en este contexto (*el neoliberal*) porque impulsa directa o indirectamente el aseguramiento y la separación de funciones”<sup>1</sup>

Añade Laurell que en “el ámbito de la acumulación el proyecto neoliberal aspira a abrir plenamente la salud como un terreno de ganancias privadas. Se aplican así políticas tendientes a impulsar la competencia de mercado y la privatización de la prestación de los servicios y a expandir la administración privada en el manejo de los fondos públicos. Para ello los gobiernos han usado el poder estatal para destruir las instituciones públicas en su propósito de mercantilizar los servicios de salud y trasladar la administración de su financiamiento a entes autónomos, públicos y/o privados. Esta vertiente de acumulación es la más novedosa en el proyecto neoliberal en cuanto introduce como un actor central al capital financiero e impulsa la gran empresa médica”<sup>2</sup>

Para la autora, el proceso de transformación neoliberal se instrumenta por medio de dos etapas parcialmente sobrepuestas. En primer lugar, lo común es que se restrinjan o reduzcan los recursos de las instituciones públicas como parte de un ajuste fiscal que termina llevando a su desfinanciamiento y deterioro. Los recortes suelen traer consigo la reducción de los servicios prestados al igual que la imposición de pagos por los mismos. Simultáneamente, se establecen programas verticales dirigidos a la población comprobadamente sin recursos, mientras que se

define la atención médica como un “bien privado” de mercado cuyo costo debe ser pagado por el “usuario consumidor”<sup>3</sup>.

En esta larga referencia se sintetiza de modo claro y con precisión la estrategia contemporánea del capitalismo neoliberal que los agentes internacionales, los citados, el Fondo Monetario Internacional, con apoyo de agencias especializadas, los países de Davos y otros satélites en complicidad con las oligarquías nacionales de los países subdesarrollados han impuesto en la mayor parte del mundo.

En tanto esto ocurría, Cuba se movía en otra dirección, se creaba el Sistema Nacional de Salud, único, financiado por el Estado y administrado igualmente por este. Eso explica que no sea frecuente discutir entre nosotros los aspectos del financiamiento del sistema, error que comenzamos a rectificar, pues estos servicios son de costo creciente y es necesario controlar los gastos, sin recurrir a las políticas neoliberales.

No encontramos en Cuba familias enfrentadas a “gastos catastróficos” o a lo que la Organización Mundial de la Salud ha llamado el “riesgo de ruina económica o empobrecimiento”<sup>4</sup>.

Este ensayo sintetiza la política seguida en 50 años que condujo a un sistema de salud de cobertura universal, libre de numerosas barreras que lo limitan, en especial la económica, destacando el desarrollo de la atención primaria de salud (APS) como parte de esa estrategia.

## **ANTECEDENTES ■**

El debate en torno al tema cobertura de servicios de salud ha tomado impulso al calor de la proposición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de alcanzar la cobertura universal de esos servicios. Así se ha pronunciado la OMS al respecto:

El objetivo de la cobertura sanitaria universal es garantizar los servicios de salud que se necesitan sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento. Estos servicios van desde la atención clínica del paciente individual hasta los servicios públicos que protegen la salud de una población entera.

Los servicios de salud comprenden medios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa y deben ser suficientes para atender las necesidades de salud, tanto en condiciones de afrontar imprevistos: desastres ambientales, accidentes de origen químico o nuclear, pandemias, etc.<sup>5</sup>

Es importante tener en cuenta lo que el informe citado enumera como las funciones que deben cumplir los sistemas de salud para asegurar la cobertura universal.

1. acceso a los medicamentos esenciales y los productos sanitarios.

2. personal de salud motivado y cualificado, accesible a las personas que atiende.
3. servicios integrados y de calidad, centrados en el paciente, en todos los niveles, desde la atención primaria hasta la terciaria.
4. combinación de programas prioritarios de promoción de la salud y control de las enfermedades, incluidos los métodos de prevención y tratamiento, integrados en los sistemas de salud.
5. sistemas de información que generaran datos oportunos y precisos para la adopción de decisiones; y
6. sistemas de financiación sanitaria que recaudaran fondos suficientes para la salud, proporcionaran protección contra los riesgos económicos y velaran porque los fondos se utilicen con equidad y eficiencia.<sup>6</sup>

### **COBERTURA EN LAS ÁREAS RURAL Y URBANA ■**

Trataremos el tema en el período comprendido entre 1960 y 2010 y separaremos el espacio cubano en rural y urbano durante una larga etapa hasta que se homogeneizó el sistema de organización de servicios para estos dos espacios.

Antes de 1960 es un esfuerzo de la imaginación considerar la cobertura de servicios en el área rural. Tendríamos que mencionar como se trataba la salud de los cañeros en épocas de la esclavitud o entrar en el terreno de la medicina popular de nuestros campesinos de la época colonial. En la república lo más cercano a los hombres del campo fueron los servicios médicos asistenciales de los centrales azucareros, y las referencias escasas e incompletas a un hospital rural en un caserío llamado Ventas de Casanova y un Instituto Técnico de la Salubridad Rural que actuaba esporádicamente haciendo visitas con unidades móviles<sup>7</sup>.

En el área de la población urbana lo correspondiente a la atención primaria de salud (APS) era cubierto por las casas de socorro, las consultas para pacientes ambulatorios de hospitales públicos y de las clínicas mutualistas y los consultorios médicos privados. En el aspecto sanitario eran las jefaturas locales de salubridad, una en cada municipio del país, las que se ocupaban, con discreción de estos problemas.

Se ha intentado situar al lector en el contexto de 1960, pero lo más importante al respecto es partir del hecho que una revolución había llegado al poder político en 1959 y que al inicio de lo que se relata a continuación ya se había promulgado la Ley de Reforma Agraria y un año después se proclamó el carácter socialista de la revolución. Todo lo que pretendamos conocer de este momento de la historia de Cuba debe ser interpretado desde las grandes consecuencias de estos hechos.

## COBERTURA EN ÁREA RURAL ■

En enero de 1960 se aprobó la Ley 723 que estableció el Servicio Social de Postgraduados, luego denominado Servicio Médico Social Rural. Fue la primera ley de este tipo en Cuba, después se promulgarían para todos los profesionales. No fue esta primera de obligado cumplimiento para todos los graduados, no obstante, de 330 la aceptamos 318. Fue lo que hizo realidad el servicio que nunca había existido. Numerosas comunidades rurales conocieron la atención médica, algunos lugares se les calificaba de remotos o intrincados, el acceso por caminos rústicos, frecuentes pasos de ríos sin puentes que aislaban las comunidades en época de lluvias, elevaciones de difícil acceso. La idea inicial daba prioridad a las comunidades aisladas.

Fueron funciones principales del Servicio la atención médica, la vigilancia epidemiológica y la educación sanitaria. Lo más frecuente en cuanto a diagnóstico el parasitismo intestinal.

Los recursos iniciales fueron los que cada médico llevara en su equipaje, después lo que obtuvo de las comunidades, finalmente los planes en desarrollo de la salud pública; construcción y dotación de consultorios y hospitales rurales. De éstos últimos el Estado construyó un modelo llamado típico de 27 camas, dotado de dispensario de medicinas recetadas y laboratorio clínico, gabinete dental, sala para partos y planta eléctrica. Por iniciativas locales surgieron otros. La cobertura avanzaba en cantidad y calidad.

En 1972 visité y obtuve información de la Dirección Provincial de Salud Pública, las direcciones municipales correspondientes y sus áreas de salud de la región centro-sur de la Provincia de Las Villas en un territorio montañoso rural que formaba la Dirección Regional de Salud Pública del Escambray.

Un resumen de los datos recopilados es el siguiente: la superficie de la región es de 3.860 km<sup>2</sup>; la población era de 209.899 habitantes. La densidad era de entre 24 y 82 habitantes por kilómetro cuadrado de salud y variaba entre el 36 y 83 por ciento en su componente rural.

La red de servicios para esta región la formaban 1 hospital general, 6 policlínicos, 2 hospitales de área, 6 hospitales rurales, 9 puestos médicos rurales, 1 puesto médico, 1 hogar materno y 28 farmacias. Los indicadores de cobertura en uso en ese momento (1971) mostraban lo siguiente: 2 consultas programadas y 0.8 de urgencia por habitante por año, mientras que las consultas estomatológicas eran 0.2 por habitante por año. De este estudio se concluyó que los avances en cobertura eran satisfactorios. Estábamos a 11 años de la creación del Servicio Médico Social Rural.

En 1982 los doctores Antonio González y Fernando Verdecía estudiaron la situación de los servicios de salud asistenciales municipales, locales y rurales. En el espacio para la población que

se describió para 1972 encontraron los siguientes servicios: 23 hospitales rurales, 3 hospitales locales y 1 puesto médico rural, además del hospital que ya existía en 1972 y que estaba en un núcleo urbano cabecera de municipio. El balance indica 10 unidades más, donde aumentaron los hospitales rurales (más 17) y disminuyeron los puestos médicos rurales (menos 8).

Las cifras variaron más por cambios en la clasificación de las unidades que por la creación de nuevos servicios. En el estudio de 1982 se encontraron pequeñas unidades como las de 8 camas con categoría de hospital. Como resultado de este estudio se encontraron deficiencias en organización, escasez de recursos y deterioro de las instalaciones. Se elaboró un plan de recuperación de estos servicios que elevó la calidad de los mismos, incluyendo la del personal de enfermería, que mejoró la cobertura más allá de lo obtenido 10 años antes.

La siguiente transformación en la cobertura rural fue una aplicación en esta área de los cambios en el área urbana.

#### **COBERTURA EN ÁREA URBANA ■**

La cobertura urbana no sufrió cambio significativo inmediato (1959). Las mejoras se obtuvieron al eliminar la corrupción y las prebendas que florecieron en el régimen prerrevolucionario. En 1960 comenzó la política de unificación de los servicios estatales dispersos bajo una dirección única. Comenzaba a construirse el Sistema Nacional Único de Salud que a juicio del autor se completó con la extinción del mutualismo en 1968. Esta es la mayor realización de la salud pública revolucionaria cubana.

En 1961 ya avanzaba con rapidez la integración del Sistema, los servicios provinciales (escasos) y los municipales pasaron al Ministerio de Salud Pública, también los hospitales del Seguro de Maternidad Obrera, los dispensarios de la Organización Nacional de Dispensarios Infantiles (ONDI), las unidades de la Organización Nacional de Rehabilitación de Inválidos (ONRI) y otras entidades estatales autónomas, así como algunas clínicas y laboratorios clínicos privados que eran abandonados por sus propietarios que emigraban.

Se hizo necesario estudiar y resolver cómo organizar estos servicios que se incorporaban a un organismo único que los financiaba y dirigía. La atención primaria, que todavía no llamábamos así —en aquel momento utilizábamos el término “atención ambulatoria”— estaba notablemente fraccionada y dispersa. En agosto de 1961 el Ministro de Salud Pública (José R. Machado Ventura), mediante la Resolución No. 369, dispuso la creación en el Municipio de Marianao de un área de demostración y adiestramiento para el desarrollo y adquisición de experiencias en el funcionamiento de lo que ya llamábamos policlínicos, la mayoría instalados en locales que fueron casas de socorro de los servicios municipales. Esto era lo predominante en La Habana;

en el resto del país ubicaban en diferentes locales adaptados, ya que allí las casas de socorro eran pocas.

La investigación y los experimentos concluyeron en mayo de 1964, concluidos tres años de trabajo. El resultado fue la creación del modelo de unidad de atención primaria de salud que se llamó Policlínico Integral. En este, se unían las funciones de la salud pública bajo una dirección común: promoción de salud, prevención de enfermedades, atención de enfermos (diagnóstico y tratamiento) y rehabilitación de discapacitados. Con el nombre citado, una nueva resolución ministerial dispuso que se aplicara el Modelo de Policlínico Integral en todo el país. El original fue el Policlínico Aleida Fernández Chardiet, que el 8 de mayo de 2014 cumplió cincuenta años de haberse inaugurado. Ha experimentado cambios muy positivos, pero conserva lo esencial de su concepción y organización.

Hoy es frecuente escuchar que se habla de lecciones aprendidas, es un estribillo, a veces equívoco porque la llamada lección a veces no enseña nada. Esta gran lección de estudiar tres años un problema, sobre el terreno, y concluir al final el experimento no se ha seguido, con varios argumentos, como que no se puede esperar. Se lanzan ideas, se proclama que el éxito es seguro y luego se comprueba que la idea era errónea. Pero de esas lecciones no se aprende.

En 1971, diez años después de su creación, se sometió a crítica el funcionamiento del policlínico integral. Las conclusiones se recogieron en el documento *Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad*, elaborado por una comisión designada por el ministro José A. Gutiérrez Muñiz. Los cambios organizativos fueron importantes: nuevas normas de personal, mayor presencia de médicos especialistas, fortalecimiento del trabajo en terreno, creación del concepto de equipo de salud y redefinición de los programas que aumentaron a nueve.

En esta ocasión el experimento se realizó en el primer policlínico que se construyó en la zona de desarrollo habitacional de Alamar. El trabajo de ensayo en terreno lo dirigió el médico Mario Escalona Reguera, cuyo nombre lleva hoy el centro. Escalona Reguera es el redactor del informe antes citado.

El nuevo modelo, que se llamó Modelo de Policlínico Comunitario, fue exitoso, pues mejoró la cobertura. Hasta aquí se ha sintetizado lo más relevante en relación con la Atención Primaria de Salud (APS), que ya era un nombre conocido e impulsado por la célebre conferencia de Alma Ata de 1978. He descrito lo ocurrido en Cuba —repito, en apretada síntesis— entre 1960 y 1984.

Para 1984 se hizo evidente que el modelo de Policlínico Comunitario había agotado sus posibilidades de ofrecer la cuantía y calidad de los servicios en APS que se proponían. Se revisó la



situación y una primera conclusión emergió con fuerza: la APS en sus componentes asistencial y preventivista no se lograba con los tres médicos de especialidades clínicas que actuaban en el policlínico. Era necesario un solo profesional con conocimientos y habilidades para la atención médica de personas y enfoques salubristas para actuar en la comunidad.

Se reformó el plan de estudios de la carrera de medicina fijando como objetivo graduar un médico general capaz de asumir la atención primaria asistencial y sanitaria de la población, en lugar de los graduados de internados verticales que venían trabajando en los policlínicos.

Estos y otros cambios se sometieron a prueba en el Policlínico Lawton de La Habana, bajo la dirección José Rodríguez Abrines.

Así fue surgiendo una nueva organización del servicio cuyas políticas y medidas centrales se enumeran a continuación.

1. El médico y la enfermera se acercarían más a la población, trabajarían en consultorios fuera del policlínico, en el seno de la comunidad que atendían: consultorio de médico y enfermera de la familia (MEF).
2. Fue necesario ejecutar un plan de construcciones o adaptaciones de consultorios y viviendas donde trabajaran y residieran los trabajadores involucrados.
3. El nuevo profesional trabajaría durante un año como médico de familia. Al terminar ese año de postgrado, continuaría trabajando en la atención primaria mientras cursaba el programa de estudio-trabajo hasta calificarse como especialista en medicina general integral (MGI). La formación de especialistas comenzó en el Policlínico Plaza de la Revolución, bajo la dirección de Cosme Ordóñez Carceller.
4. Se dispuso que el equipo formado por el médico y la enfermera de la familia y, siempre que fuera posible el psicólogo atendieran 120 familias, o sea alrededor de 600-700 habitantes. Se hicieron ajustes a estas cifras, sin rebasar los 1000 habitantes. En su momento se extendió el modelo al área rural. Se empezaba a borrar las diferencias urbano rural de los modelos anteriores.
5. Los médicos se encargarían también de la atención a trabajadores de grandes centros de trabajo (industrias) y de educación (internados).
6. Se crearon grupos básicos de trabajo (GBT) formados por un ginecobstetra, un pediatra y un internista, encargados de la docencia, las interconsultas y la supervisión de la labor asistencial de 15-20 médicos de familia.
7. Los consultorios de médico-enfermera de familia son parte del policlínico y de su área de salud.
8. Los médicos y enfermeras de la familia interactúan con el área preventiva (higiene y epidemiología), visitan a las familias y actúan en el campo sociosanitario.

El modelo avanzó en su perfeccionamiento y amplió su contenido de trabajo con medidas como el ingreso domiciliario o de promoción de la como la creación del círculo de abuelos, un programa de actividades físicas y recreativas para los adultos mayores con supervisión médica. Sin embargo, los numerosos programas nacionales continuaron introduciendo acciones específicas hasta rebasar la capacidad de trabajo del médico y la enfermera en su consultorio. Así, comenzó a deteriorarse el modelo. Influyeron en esto la crisis económica y su repercusión en el sistema de valores morales de la sociedad y de los profesionales de la salud. La replicación del modelo a nivel de país no alcanzó el resultado logrado a escala de laboratorio, al sistema le faltó flexibilidad para enfrentar los cambios.

Otras contingencias menores originaron también problemas. Conocido el estado del modelo en 2003, y rebasado el período especial en su momento más crítico, surgió el Proyecto Revolución, que estaba todavía en ejecución en 2010, límite temporal del contenido de este ensayo.

Algunos hechos previos al proyecto mencionado habían comenzado a mejorar la situación, entre ellos, los debates del I Congreso Nacional de Medicina Familiar y el Primer Centro Nacional de Debate sobre Medicina Familiar, que fue organizado por la Unión de Jóvenes Comunistas. Asimismo, se crearon los policlínicos principales de urgencias médicas, el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología y el Sistema de Vigilancia en Salud.

El Proyecto impulsó la reparación capital de los inmuebles de los servicios (consultorios MEF). Además, se capacitó al personal que dirigía el Proyecto y a los profesionales que manejarían nuevos equipos y técnicas introducidos en la APS; se dotó a los policlínicos de equipos de ultrasonido, se crearon y fortalecieron las áreas de rehabilitación, se dispuso de algunos servicios endoscopia y de servicios de optometría. Esto representó un salto de calidad en la atención y se acercó a la población la disponibilidad de tecnologías hasta entonces del segundo nivel de atención.<sup>8</sup>

Todo lo expuesto se resume en que se alcanzó una fina red de servicios, con alta calidad (presencia numerosa de especialistas y medios diagnósticos y terapéuticos), enlazados por el policlínico con los centros del segundo y tercer nivel, según fuera necesario. La mayor garantía para esta cobertura universal fue el financiamiento del servicio en su totalidad a cargo del presupuesto del Sistema Nacional Único de Salud.

No he conocido ningún otro sistema de esta naturaleza en ningún país de los que he visitado o en la literatura que he revisado.

Como observación sobre asuntos que a juicio del autor no están resueltos, incluimos tres comentarios.

- Se aleja de la práctica el uso pleno del método clínico. Se pretende depender exagerada-

mente de los exámenes complementarios, que son sólo eso, complementarios. El método clínico es la más poderosa técnica que podemos aplicar en la APS, que es el escenario más importante del sistema de salud y donde se realiza o no la cobertura universal.<sup>9</sup>

- La medición de la cobertura deberá verificarse periódicamente, no sólo con indicadores cuantitativos, también con investigaciones cualitativas.
- No se asegura la permanencia de los especialistas en MGI, permitiendo su calificación en una segunda especialidad y abandonando el consultorio MEF.

## CONCLUSIONES ■

1. La cobertura universal con mayor garantía la ofrecen los sistemas de salud únicos financiados por el estado.
2. La cobertura es universal cuando no existen barreras para el acceso a los servicios: económicas, políticas, sociales, étnicas, religiosas, de género u otras.
3. La cobertura universal implica servicios integrales de salud: promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y rehabilitación. Todo esto, desde la APS hasta el tercer nivel.
4. La formación de personal para la APS requiere de profesionales y técnicos con calificación de especialistas a los que se le otorguen condiciones salariales y de trabajo, y posibilidades docentes y de investigación (becas, etc.), como a otros especialistas.
5. El espacio privilegiado para alcanzar la cobertura universal es la APS. Así lo demuestra el desarrollo de la cobertura en Cuba durante un período ya largo, no obstante los grandes obstáculos confrontados. Un programa inicial de extensión de cobertura dará prioridad a la cobertura de la población del área rural. ☼

<sup>1</sup> Laurell, AC. (2014, octubre-diciembre). "Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina". *Saúde em Debate*, vol. 38, número 103, p. 856

<sup>2</sup> Laurell, p. 857  
Banco Mundial (1993). Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington D.C.: Banco Mundial.

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud (2013). Informe sobre la salud en el mundo. Investigación para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS, p. 5.

<sup>4</sup> OMS, pp. 5-7.

<sup>5</sup> OMS, p. 16.

<sup>6</sup> Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria. (1959). Análisis y proyección del Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria. La Habana: MSAH, pp. 8-9; 17.

<sup>7</sup> Sansó, F. (2005). "Veinte años del modelo cubano de medicina familiar." *Revista Cubana de Salud Pública*, volumen 31, número 2, pp. 138-148.

<sup>8</sup> En relación con estos temas, ver: Moreno, MA. (2011). *El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales* y Moreno, MA. (2012). *El método clínico. Lectura y lecciones*, ambos libros editados por la Editorial Ciencias Médicas en La Habana. Ver también: Rodríguez Rivera, L. (2013). *La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas y Pérez Lache, NM. (2015). *El método clínico, mi experiencia en neurología*. La Habana: Editorial Política.



---

## SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA

**JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA**

UNIVERSIDAD DE ALICANTE, ESPAÑA

**CARMEN GALLARDO PINO**

UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS, MADRID, ESPAÑA

La salud ha constituido siempre una de las primeras preocupaciones de los ciudadanos. La garantía de su protección por parte del Estado ha supuesto una notable contribución a la mejora del bienestar social.

En España, el derecho a la salud como derecho individual de carácter universal aparece por primera vez en la Constitución Española de 1978, en su artículo 43, concretándose dicho precepto constitucional en la Ley General de Sanidad de 1986, que en su artículo 6, establece: “Las actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias estarán orientadas a:

- La promoción de la salud.
- Promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
- Garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de estas.
- Garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
- Promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente”.

Un sistema sanitario no es más que la forma en que se organizan y relacionan las instituciones encargadas de la atención sanitaria de un país o región y las actividades y servicios que desarrollan.

Se puede establecer una doble relación entre funciones y sistema sanitario: según cada criterio o función se pueden clasificar los sistemas sanitarios, pero, además, cada sistema sanitario puede definirse basándose en la modalidad que adopte cada función (financiación, regulación, gestión y provisión).

## EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL ■

La cobertura pública de las necesidades individuales de salud se inició en los años cuarenta, con la Ley 14 de 1942, que creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad, y con la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944. Ambas disposiciones crean un contexto sanitario caracterizado por una asistencia individual pública de escasas prestaciones y cobertura, financiada por sistemas de aseguramiento obligatorio y prestada tanto por entidades privadas como por una incipiente pero escasa red de asistencia pública.

La Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 supuso la integración de la Salud en el sistema de la Seguridad Social, la ampliación de la cobertura pública y de las prestaciones farmacéuticas, así como la creación de una red hospitalaria dependiente de la Seguridad Social. Con la muerte de Franco, hubo intentos de democratización del sector sanitario, de los colegios profesionales y de las profesiones sanitarias, e intentos de reforma sanitaria de los diferentes grupos políticos que emergían, pero que no llegaban a aplicarse. Hasta 1981 se continuó con el modelo sanitario franquista aún cuando se creó una Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria que no dio sus frutos. Fue una época de desorganización y mal funcionamiento en lo referente a política.

La Ley General de Sanidad de 1986 da forma al precepto constitucional del derecho a la protección de la salud, creando el Sistema Nacional de Salud, el dispositivo sanitario público basado en el esquema de los servicios nacionales de salud, con cobertura universal (entendiéndose la atención sanitaria como un derecho adquirido por todos los ciudadanos, con independencia de su situación social, económica o laboral), financiación vía impuestos, propiedad pública de los medios de producción, provisión pública y gestión pública y descentralizada en las Comunidades Autónomas (Elola, 2001; Martín et al, 1990a; Frende et al 1999).<sup>10</sup> Según la clasificación de Saltman y Von Otter, se conforma como un sistema público puro sin competencia entre proveedores y con regulación estatal.

El Sistema Nacional de Salud que surge de la nueva ley se plantea la necesidad de superar los desequilibrios territoriales y sociales, garantizando la equidad y se orienta hacia la promoción de la salud y la prevención y el nivel de Atención Primaria, la atención integral, la democratización y la participación de los ciudadanos, así como el ordenamiento de la atención sanitaria (Martín et al, 1990a; Frías et al, 1993). El sistema se estructura en dos niveles de atención: Atención Primaria de Salud (APS) y Atención Especializada. Ambos confluyen en una estructura de gestión unitaria de los centros y servicios de su demarcación geográfica denominada área de salud (Martín et al, 1990a). El resto del sistema sanitario se completa, con menor porcentaje de participación, con los seguros obligatorios, seguros voluntarios y el subsistema liberal (pago por consumo).

Respecto de la descentralización, debemos comentar que al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad. Este proceso se ha completado con un modelo estable de financiación, a través de la aprobación de la Ley 21 del 27 de diciembre de 2001, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía (Ceuta y Melilla) y con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, del 28 de mayo de 2003, que establece el marco legal de coordinación interterritorial.

El proceso de descentralización sanitaria se inició en España el año 1979, con el traspaso de los servicios estatales de salud pública a las comunidades autónomas. En 1981 se inició el traspaso de los servicios sanitarios gestionados por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD). El primer traspaso se lleva a cabo en la Comunidad Autónoma de Cataluña, en 1982. Posteriormente se realizaron las transferencias del INSALUD a seis comunidades autónomas: Andalucía, Valencia, País Vasco, Navarra, Galicia y Canarias. La transferencia a Andalucía se produjo el año 1984 y la de Canarias diez años más tarde, en 1994. El año 2002 se producen las transferencias a las diez comunidades autónomas regidas por el artículo 143 de la Constitución. Después de veinte años de la primera transferencia del INSALUD, se logra el objetivo de un Sistema Nacional de Salud completamente descentralizado, con autonomía de gestión en las 17 comunidades autónomas (López Casasnovas et al, 2003; Bohigas, 2003).

La mejora sustancial de la atención a la salud se completará con la reforma del nivel de Atención Primaria, hasta entonces prácticamente inexistente. España, al igual que muchos países europeos a principios de los años ochenta (Suecia, Finlandia, Gran Bretaña y países del área mediterránea), llevará a cabo una serie de reformas del nivel primario de atención sanitaria, inspiradas en la filosofía propugnada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en su Conferencia de Alma-Ata en 1978, propone la implementación de estrategias de potenciación de la APS, como forma de conseguir niveles óptimos de eficacia y equidad con un coste aceptable (Frías et al, 1992).

### **CRISIS DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA ■**

Antes de hablar de la Atención Primaria en España es necesario abordar los efectos de la crisis en el Estado de Bienestar y en consecuencia en el Sistema Nacional de Salud.

En líneas generales la evolución del Estado de Bienestar y la de uno de sus máximos exponentes, los sistemas de salud de cobertura universal han seguido una evolución paralela. Martín et al (1990), plantea que los sistemas sanitarios públicos se encuentran instalados inevitablemente en la frontera donde se va a decidir la configuración, funcionamiento y alcance de los nuevos Estados del Bienestar.

En España se da la paradoja de que aparecen a la vez tanto la universalización de la protección de la salud como la reforma de la APS, de forma que pueden parecer fenómenos paralelos, cuando en realidad responden a una lógica de causa-efecto.

La reforma de la atención primaria supuso indudablemente mejoras en eficiencia y equidad, donde se llevaron a cabo. Pero en general el sistema sanitario español (al igual que los sistemas sanitarios de los países de su entorno), ha seguido costando cada vez más dinero, sin que este gasto tenga un reflejo proporcional en la satisfacción de los usuarios o en los indicadores de salud habituales (Martín et al, 1990a).

En términos generales se podría hablar, siguiendo a Castells (1996), de la crisis del Estado del Bienestar de las economías avanzadas, que se produce en la década de los noventa y que, según este autor, no sólo es fruto de un problema de recursos. Castells habla de una triple crisis:

- Presupuestaria, debida a la asimetría creciente entre la capacidad contributiva y las obligaciones retributivas del sistema.
- De competitividad económica, ya que los recursos destinados al Estado del Bienestar restan competitividad a las empresas en una economía global.
- De legitimidad, derivada de la pérdida de apoyo social y político al Estado de Bienestar y del debilitamiento de los sindicatos y partidos políticos que defienden las instituciones de protección social.

En el caso concreto del Sistema Nacional de Salud Español, al igual que el resto de los países desarrollados, el detonante ha sido el aumento imparable del gasto sanitario público. En los países de la OCDE, el crecimiento del gasto sanitario en las últimas décadas ha sido siempre superior que el de su riqueza, expresada como PIB, siendo mayor el aumento en la fracción pública del gasto, e independientemente del tipo y orientación política de los gobiernos de cada país (Durán et al, 1996).

El panorama queda completado con la existencia de mecanismos de gestión ineficientes, que contribuyen a que el sistema siga creciendo en gastos, al no rentabilizar los recursos empleados (Martín et al, 1990). La ineficiencia es debida fundamentalmente al corsé administrativo que para los distintos centros sanitarios supone gestionar en un marco legal basado en el derecho público.

A modo de conclusión, debemos comentar que el SNS es uno de los logros históricos de la sociedad española contemporánea y que su nivel de gestión es más que aceptable, teniendo en cuenta las condiciones de partida tan desfavorables. Los problemas del sistema sanitario o están vinculados a los problemas inherentes a un sistema público de cobertura universal, generosas prestaciones y subfinanciación clara (con un PIB dedicado a gasto sanitario público



que sigue figurando en la cola de los países de la Unión Europea, listas de espera o bajos salarios), o son los propios de un modelo organizativo obsoleto (con falta de autonomía de los centros y de los profesionales), o guardan relación con las mayores expectativas de los ciudadanos y con la enorme complejidad de la atención sanitaria del futuro. Todo ello debe abordarse desde la perspectiva de una nueva gestión propia del nuevo siglo. El SNS ha aguantado bien las estrategias conducentes a frenar su deterioro y deslegitimación social. Probablemente éste sea el momento para consensuar las bases del SNS del nuevo siglo, aprovechando la evidencia histórica de que el sistema está ya totalmente descentralizado (Belenes, 2003).

Todos los indicadores de los que se disponen indican que los sistemas sanitarios en España (SNS) tienen una gran consideración internacional y un evidente reconocimiento de la sociedad. Sin embargo, y coincidiendo con la crisis económica, se está trasladando a la opinión pública la ineficiencia y los problemas de funcionamiento de los sistemas sanitarios, que habrá que aclarar si es tal la alarma trasladada o se trata de aprovechar maliciosamente la situación con objetivos políticos o económicos poco claros. A río revuelto ganancia de pescadores.

Con el fin de obtener un panorama general de la situación actual en el SNS trataremos de identificar los principales elementos que pueden ser causantes de su actual crisis y sostenibilidad (Martínez Riera, 2012).

- Lo primero que hay que destacar es el gasto sanitario en España, según la OMS (World Health Statistics, 2011), es de los más bajos de la Unión Europea (UE) de los 15 y está por debajo de los países con altos ingresos y de los de la UE 27 (solo es superior en el promedio por la inclusión de Rumanía, Bulgaria y los tres países Bálticos). Por tanto, el gasto sanitario no tan solo no es alto sino que es notoriamente bajo, y su crecimiento, al contrario de lo que se alude por parte de los alarmistas, está muy por debajo (1,4% de promedio) del conjunto de países de la OCDE, siendo tan solo el crecimiento del gasto sanitario privado con relación al público el que ha sido mayor que la de los otros países (OECD Health data 2010). Además, nuestra recaudación fiscal (con la que se sostiene el SNS) está casi 10 puntos por debajo de los países de la UE y a casi 7 de promedio de los de la OCDE. Y a pesar de todo ello la esperanza de vida al nacer en España es 3 años superior de lo esperado para el gasto sanitario realizado por nuestro país, de lo que puede deducirse que dicho gasto sanitario es más eficiente que el del resto de los países de la OCDE. Aunque la aportación de los servicios sanitarios a la mejora de la salud no debe asumirse con carácter general sino estudiarse para cada caso concreto.
- El gasto farmacéutico en nuestro país es muy elevado tanto en el gasto por habitante como en el tanto por ciento sobre el gasto sanitario total (promedio del 20,4% sobre el 17,2 % de la OCDE). En dicho gasto influyen entre otros: la estructura de costes de la industria farmacéutica; baja utilización de medicamentos genéricos, inadecuado perfil de prescripción;

insuficiente información/formación independiente de la industria; sistema de pago a las oficinas de farmacia que incentiva la prescripción y dispensación de los medicamentos con mayor precio.

- A todo lo expuesto hay que añadir como efecto colateral un elevadísimo incumplimiento terapéutico (alrededor del 40%) porcentaje que aumenta en relación con la edad de la población que se estudie. Dicha cifra es todavía mayor si el plan terapéutico incluye modificaciones en los hábitos de vida de los pacientes (hasta el 75%). Se han realizado numerosos estudios sobre el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y su relación con la satisfacción del paciente, así como también con la organización y calidad de los servicios de salud.
- Sobreutilización tecnológica derivada de la fascinación tecnológica y ligada a la variabilidad de la práctica médica que nos sitúa ante un SNS carente de orientación –política, gestora y clínica– hacia los pacientes, en el que el Benchmarking (comparación de prácticas con otras experiencias nacionales o internacionales) resulta no solo deseable sino necesario.
- Gestión politizada. La no profesionalización de los cargos directivos sanitarios conlleva problemas en las gestiones que desarrollan. Se trata de puestos de libre designación política, ya sean gerentes, directores médicos, de enfermería o administrativos, logrados a base de la “meritocracia” obtenida por la afinidad del color político dominante o en el poder. En vez de directivos responsables se ha buscado mandos fieles a la autoridad; nadie asume iniciativa; y ante jefes volubles cuya opinión depende de decisiones caprichosas de “más arriba”, nadie se atreve a asumir ningún riesgo, todo se pregunta, y siempre se está a la espera. El resultado es la parálisis y la destrucción de la legitimidad y la funcionalidad de los directivos de centros y servicios sanitarios públicos. El paciente ha dejado de ser el centro del sistema para concentrarse en torno al político. El resultado se concreta en una gran desconfianza de los profesionales hacia los gestores y los responsables de las administraciones sanitarias, la desmotivación y la falta de implicación, que es esencial para el buen funcionamiento del SNS.
- Escasa atención a la cronicidad/dependencia y deficiente atención sociosanitaria. Actualmente en España más de la mitad de las estancias hospitalarias son de personas con más de 65 años, siendo los mayores usuarios de los servicios sanitarios y con unas características de dependencia y discapacidad superiores al resto, lo que supone que el 70% del gasto sanitario esté asociado a patologías crónicas y que más del 20% de enfermos crónicos hospitalizados en hospitales de agudos, podrían ser atendidos en hospitales de media-larga estancia o centros sociosanitarios, centros de día, hospitalización a domicilio...). Para hacer frente a este entramado, disponemos de unos servicios de salud pensados para atender a procesos agudos y únicos (una cama hospitalaria de agudos tiene un coste hasta 6 veces superior al de una cama de crónicos). Cuando se cronifican y multiplican en la misma persona, la atención sanitaria se vuelve torpe, dispersa, discontinua, variable y fragmentaria. Las transiciones entre niveles de atención de los pacientes crónicos no están planificadas en su

- mayoría, pese a su vulnerabilidad aumentada (funcionalidad, dolor, ansiedad, confusión).
- Deterioro de la Atención Primaria de Salud (APS). En España, se sigue perpetuando financiera y organizativamente un modelo de salud hospitalo-céntrico (Eurostat Health statistics. Key data on health 2002) en el que se reduce “sistema sanitario igual a sistema médico” con un automatismo que roza el sofisma. Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad hace tiempo que han quedado relegadas (presupuesto en torno al 2% del gasto sanitario) al ser desplazadas por actividades asistencialistas (respuesta a la gran demanda y asunción de actividades técnicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento médico especializado –sintrom, doppler, retinografías, etc.). El presupuesto destinado a la APS es muy desigual con respecto al del nivel hospitalario (menos del 14% sobre el total). Una ratio de enfermera comunitaria un 43% inferior a la media europea, con una infrautilización evidente de sus competencias.
  - Escaso desarrollo reglamentario de la Ley General de Sanidad. No se ha logrado la cohesión y coordinación deseables entre Comunidades Autónomas (CCAA) pese a la aprobación de la Ley de Cohesión Sanitaria. El Consejo Interterritorial no ha logrado la coordinación de políticas y estrategias de los servicios de salud autonómicos, convirtiéndose en un foro de enfrentamiento político permanente que ha conducido a la irracionalidad y los despropósitos como la existencia de múltiples calendarios vacunales, tarjetas electrónicas sanitarias incompatibles, modelos de historias diferentes que impiden o limitan la movilidad y la atención sanitaria... Además no se ha conseguido la descentralización (salvo entre Estado y CCAA), quedando las áreas sanitarias relegadas a meras demarcaciones geográficas sin órganos para la planificación de los recursos en base a las características y necesidades locales, la coordinación de los diferentes recursos comunitarios (Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Pública, Administraciones Locales...), lo que ha limitado o impedido el desarrollo de una auténtica promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la atención integral, integrada e integradora.

## **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA ■**

Lo que se inició con un importante componente de discurso ilusionante en los años ochenta con el paso de los años fue diluyéndose para dar paso a un panorama que para nada se parecía al que pregonaba. La desilusión y la desmotivación contribuyeron a la rutina de las actividades y tareas asistenciales diarias que fueron ocupando los huecos dejados por el abandono de iniciativas y estrategias que durante los primeros años de la denominada reforma tuvieron mucha relevancia, al menos retórica, como la promoción de la salud, el trabajo en equipo, la participación comunitaria o la investigación por citar tan solo algunos ejemplos.

La sensación de atonía con relación a la atención primaria es la percepción más corriente entre los profesionales que aún quedan en activo; atonía que tan solo se salva esporádicamente por

algunos planteamientos de rebeldía ante lo instaurado y de propuestas sugerentes que de momento tan solo quedan en eso.

Pérez-Giménez (2000) plantea que en los últimos 20 años la política sanitaria se ha desarrollado a partir de cuatro procesos clave:

1. Diseño del Sistema Nacional de Salud (1982-1986), caracterizado por el inicio de las transferencias, por el refuerzo y la reforma de la atención primaria y por el dibujo de Sistema Nacional de Salud (universalización, financiación basada en impuestos generales, unificación de las redes de centros, normativa legislativa transferencial).
2. Desarrollo de la Ley General de Sanidad de 1986 (1987-1991), etapa en la que se profundiza en aspectos como la universalización de los servicios, la distribución equitativa, la solidaridad, la financiación pública, la integración de recursos, la consideración de las políticas de prevención y promoción junto a asistencia y farmacia y la extensión del proceso de traspaso de competencias a las comunidades autónomas (CCAA).
3. La denominada reforma de la reforma se produce entre 1992-1996, sobre todo a partir de las recomendaciones del Informe Abril y del tratado de Maastricht, que señalan el comienzo de las tendencias neoliberales que matizan el derecho a la salud.
4. Aumento de la gestión y de la provisión privadas (1996-1999), etapa caracterizada por el incremento de las medidas liberalizadoras, cuyo símbolo es la habilitación de nuevas formas de gestión, como las denominadas fundaciones.

En este último período la mercantilización de la salud y la reducción progresiva de la sustantividad del derecho a la salud, han provocado:

- Distribución y adecuación de recursos con criterios claros de ineficiencia.
- Incremento importante de los costes y reducción de los presupuestos para atención primaria.
- Aumento de la demanda de manera considerable sin que se dé respuesta adecuada a la misma.
- Importante incremento en la medicalización, sin una mejora en la percepción de salud de la población.
- Incorporación progresiva de tecnología con desplazamiento de actividades de promoción y prevención.
- Constantes y fugaces experiencias que no logran dar respuesta a las necesidades crecientes planteadas por la comunidad y generan desconfianza, desmotivación y rechazo en los profesionales.
- Abandono de principios básicos de la filosofía de atención primaria como la participación e intervención comunitarias.
- Mayor descoordinación entre niveles asistenciales con la consiguiente merma en la continuidad de los cuidados.
- Burocratización de la atención que la hace más lejana e impersonal.

- Infrautilización de la capacidad resolutoria de profesionales como las enfermeras o los trabajadores sociales, cada vez más dedicados a tareas asistenciales y administrativas.
- Ineficaces modelos organizativos en los que priman las necesidades del sistema o de los colectivos sanitarios sobre las de la comunidad.
- Invisibilidad de los cuidados al no estar incorporados institucionalmente como producto propio enfermero en atención primaria.
- Implantación de sistemas informáticos con objetivos puramente administrativos.
- Retraso injustificado en el desarrollo e implantación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria.
- Escasa o nula colaboración con Sociedades Científicas.
- Escasa capacidad en la toma de decisiones de los coordinadores de los centros.
- Ineficaz o nula planificación de las consultas médicas y de enfermería, abocadas a dar respuesta a la creciente demanda sin criterios de calidad, eficacia y eficiencia.
- Incremento del gasto farmacéutico y paradójicamente del abandono terapéutico.
- Escasa atención a grupos vulnerables de la comunidad como ancianos frágiles, enfermos terminales, enfermos mentales...
- Aumento de la atención individualista en detrimento de la intervención familiar y comunitaria.
- Escaso o nulo trabajo en equipo.
- Organización a base de actividades y tareas que reduce la capacidad de actuación autónoma de los profesionales.
- Aislamiento progresivo del centro de salud y de sus profesionales con la comunidad.
- Escasa actividad programada.
- Disminución de la atención domiciliaria.
- Estancamiento o descenso de la investigación, derivado de la falta de apoyo y de la desmotivación generalizada.
- Indicadores de actividad que aportan información muy puntual y con escasa relevancia para la gestión.

## **MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ■**

Ciudadanos, profesionales de atención primaria, entidades proveedoras y administración, probablemente tienen una visión diferente de qué es y de cómo tiene que ser la atención primaria del futuro. Futuro que, por otra parte, es el presente dadas las deficiencias identificadas. De todas formas, en algunos de los puntos de mejora de la atención primaria que se pueden identificar, coincidirán las cuatro perspectivas, aunque seguramente, con ciertos matices en considerar; en otros, en cambio, la valoración será más particular desde alguna de ellas. Por ejemplo:

- Los usuarios esperan el mínimo de limitaciones a la accesibilidad o el esfuerzo y dedicación de los profesionales para solucionar sus problemas sin atender a condicionantes financieros.

- Los profesionales esperan mayor autonomía o que el sistema cuente con una financiación adecuada.
- Las entidades proveedoras esperan de los usuarios un consumo racional de los servicios puestos a su disposición o que los profesionales pongan su capacitación y aptitud a disposición de la institución sirviendo a sus intereses, o que el financiador asigne recursos que permitan una contraprestación estable y adecuada al coste de los recursos que ponen a disposición de los profesionales.
- La Administración pide a los profesionales una actitud favorable a la satisfacción del usuario y una mayor conciencia sobre los costes o que los usuarios utilicen los servicios aplicando criterios de racionalidad individual, evitando cualquier tipo de derroche o de abuso moral.

La gestión sanitaria tiene el reto de hacer confluir los diferentes intereses y aspiraciones para conseguir un funcionamiento integrado y eficiente del sistema. La resolución integrada de intereses pasa por la idea de transparencia de regulaciones, situaciones, derechos y obligaciones de los agentes del sistema.

Algunos de los puntos de mejora que se pueden identificar, desde la perspectiva de los diferentes agentes son:

#### ***Ciudadanos-usuarios***

- Relación más personalizada y de confianza con todos los agentes del sistema.
- Acortar el tiempo de resolución.
- Tener acceso a alternativas terapéuticas para los problemas carentes de una solución satisfactoria con actuaciones sanitarias tradicionales.
- Confortabilidad.

#### ***Administración sanitaria***

- Mayor prevención del riesgo para evitar problemas de salud a atender, sin aplazar la solución contemporánea de los problemas.
- Mayor colaboración intersectorial.

#### ***Entidades proveedoras***

- Desarrollar innovaciones organizativas.
- Acercar las culturas de gestión y asistencia.
- Profesionales
- Facilitar la comunicación y relación entre profesionales y el trabajo en equipo.
- Mayor desarrollo de la gestión profesional y aumento del liderazgo.

- Funcionamiento menos farragoso y burocrático de las instituciones y más apoyo a la práctica asistencial.
- Distribución eficiente de los recursos a base de criterios poblacionales y epidemiológicos.
- Carga adecuada de trabajo.
- Organización centrada en las necesidades reales de la comunidad.
- Orientación más comunitaria de los servicios y de salud pública.

### **CAMBIOS NECESARIOS PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ■**

Para hacer frente a los cambios que se están produciendo, para atender las nuevas demandas de la población y lograr una atención primaria de futuro, los aspectos más básicos y conceptuales del modelo siguen siendo apropiados. De manera particular, resulta adecuado el reconocimiento y la potenciación en el modelo de los atributos ya clásicamente definitorios de la atención primaria de salud: la accesibilidad (estar cerca del domicilio de las personas y estar accesibles durante las 24 horas del día, todos los días del año), la globalidad (atender los diferentes aspectos de la vida de las personas), la longitudinalidad (hacerlo durante toda la vida de las personas) y la integralidad (capacidad del profesional para ser agente de sus pacientes y para coordinar a los diferentes profesionales y servicios sanitarios y no sanitarios que les garanticen una mejor atención).

Pese a la vigencia de estos elementos fundamentales del modelo, la orientación de la atención primaria tendrá que dar, de ahora en adelante, respuestas satisfactorias a las nuevas necesidades de adaptación y mejora de los servicios. Habrá que poner especialmente el énfasis en aquellos aspectos del modelo insuficientemente desarrollados (como, por ejemplo, la atención comunitaria) y en aquellos otros que, desde una perspectiva innovadora, se adecuen a las nuevas exigencias de calidad, equidad y eficiencia en la prestación de los servicios y de satisfacción de los ciudadanos al respeto.

Los cambios que parece razonable se produzcan para la mejora de la atención primaria, coinciden prácticamente con los que apuntaba Vuori (1984) cuando se inició la reforma de la atención primaria como consecuencia de la declaración de Alma-Ata y que son:

- Conceptuales
- Financiación
- Organizativos generales
- Gestión y oferta de servicios
- Organizativos locales (del trabajo diario)
- Profesionales
- Usuarios
- Participación

## CONCEPTUALES ■

La atención primaria tiene que centrarse, progresivamente, más en los ciudadanos, sus problemas de salud y los procesos que tiene que abordar que en las estructuras en que se presta la atención. No parece muy lógico que se sigan construyendo infraestructuras modernas y atractivas a la vista y que las actuaciones que en las mismas se desarrollen sean del ámbito de la asistencia médica que dio paso a la reforma de la atención primaria. Es decir exclusivamente centradas en la atención a la demanda individualizada, la enfermedad y el tratamiento farmacológico. Esto lleva consigo una visión de la organización completamente distinta a la actual de tipo piramidal estratificado.

La mejora del poder resolutivo de atención primaria debe ser identificado como un instrumento para conseguir de la manera más eficaz y eficiente influir de forma positiva sobre la situación de salud individual, familiar y comunitaria (indicadores de salud) y, a través de eso, sobre la calidad, esperanza de vida y nivel de satisfacción general de las personas.

Es necesario identificar como objetivo la mejora del nivel de salud y, a través suyo, de la calidad de vida, tanto desde la perspectiva poblacional como individual. Esto implica necesariamente desarrollar estrategias intersectoriales, en las que estén implicados los dispositivos de salud pública y los diferentes recursos comunitarios, retomando y afianzando la participación e intervención comunitaria.

Es imprescindible incorporar las aportaciones que a la salud comunitaria realizan los diferentes profesionales de los equipos. Es preciso eliminar la tendencia a olvidar o minusvalorar la influencia fundamental que tienen estas aportaciones en el poder resolutivo final. Otro elemento de importancia central es el de la valoración de la calidad y pertinencia de las actuaciones asistenciales con un nivel de prioridad igual o superior al que se da a su cantidad.

## FINANCIACIÓN ■

Se hace necesario el diseño de nuevas formas de financiación a medio y largo plazo para poder tener una visión prospectiva que permita dar una respuesta suficiente a las necesidades y demandas. Es preciso llevar a cabo una asignación de recursos que no sea prisionera del mantenimiento de las estructuras actuales del sistema. Las estructuras no se pueden justificar por sí mismas sino a partir del servicio que dan.

Se precisa homogeneizar los sistemas de pago de los diferentes niveles asistenciales para poder realizar un seguimiento del destino final de los recursos y de los resultados obtenidos en la provisión de servicios. La tradicional fuerza y capacidad de influencia del sector hospitalario, dentro de la estructura productiva de la provisión de servicios sanitarios lleva consigo su pri-



macía respecto a la distribución de los recursos, con el consiguiente perjuicio para atención primaria. Una política más activa que permitiese la redistribución de los recursos propiciaría una distribución interna más justa y equilibrada del presupuesto que permitiera potenciar adecuadamente la atención primaria de salud como nivel de atención que realiza una importante aportación al conjunto del sistema. Se tiene que limitar cuanto antes los condicionantes de un nivel hospitalario que actúa como lobby y que dificulta los necesarios cambios en la distribución funcional del presupuesto.

Los condicionantes restrictivos de la actual situación político-económica limitan el avance de la atención primaria, pero no deben ser la permanente excusa para su paralización presente y futura.

### **ORGANIZATIVOS GENERALES ■**

Adaptación de la legislación sanitaria a la evolución del modelo sanitario, que permita lograr los necesarios cambios organizativos y desbloquee la actual situación de parálisis provocada por la falta de cobertura normativa o, incluso, por la oposición de la legislación sanitaria actualmente vigente.

La atención primaria no puede seguir ajena a los importantes cambios sociodemográficos y a las propias demandas que se derivan de los mismos. La organización está centrada actualmente en dar respuesta a los problemas agudos y al progreso tecnológico mientras que las necesidades emergentes se inclinan cada vez más hacia los problemas crónicos y los derivados del crecimiento de la dependencia.

Para poder abordar con efectividad esta realidad se hacen imprescindibles estrategias intersectoriales. La atención de salud de base comunitaria debe propiciar cambios de actitud y actividades de educación y capacitación, así como aplicarse en todas las actuaciones sociosanitarias, con el fin de lograr que estos sean accesibles, integrales, integrados, integradores y capaces de responder a las necesidades de los usuarios y eficaces en función de su costo.

Es una realidad la existencia de dos subsistemas bien delimitados (tecnológico, de atención esporádica y centrado en la enfermedad, que se da en los hospitales, y de atención continua y continuada, personal, familiar y comunitaria, centrado en el conglomerado atención primaria/atención sociosanitaria) que hacen cada vez más evidente la necesidad de generar vínculos que los coordinen e integren mediante su inclusión con carácter prioritario en los contratos de servicios (de forma simétrica y complementaria tanto en los contratos de atención primaria como en los de atención especializada).

Es importante, igualmente, la sustitución de las estrategias de coordinación entre profesionales y niveles por otras de integración vertical y horizontal de la atención. Esto requiere la implantación

de estrategias concretas y evaluación de su grado de cumplimiento en la práctica que eviten, como ha venido sucediendo hasta ahora, que queden en declaraciones de buenas intenciones.

### **GESTIÓN Y OFERTA DE SERVICIOS ■**

La optimización de la equidad, efectividad y calidad de la distribución de recursos y de las actuaciones sanitarias deben ser la consecuencia de una gestión de los recursos sanitarios con orientación equilibrada.

La oferta asistencial debe lograr equidad y justicia distributiva dando más a los que más lo necesitan y menos posibilidades tienen en resolver sus propios problemas. Por tanto, la oferta de servicios sanitarios (públicos) tiene que priorizar siempre los grupos de población deprimida. Ofreciendo unos servicios públicos de salud básicos que se complementen con una oferta amplia que cubra necesidades de los más desfavorecidos.

Incluir y potenciar la prestación de los aspectos de la cartera de servicios de atención primaria poco desarrollados en la oferta asistencial de los equipos (actividades de atención grupal, atención pediátrica a domicilio, salud escolar, prescripción de las bajas laborales en la atención domiciliaria, etc.).

El rápido envejecimiento de la población plantea un enorme reto para los proveedores de atención primaria, y la demanda de tales servicios puede verse incrementada a medida que aumentan el número de adultos mayores en la población. El perfil mundial de las enfermedades está cambiando. Es evidente una transición de las enfermedades infecciosas hacia las enfermedades no transmisibles y crónicas que en su mayor parte se pueden prevenir o retrasar mediante estrategias de promoción de la salud y de prevención de enfermedades. Se precisa de un monitoreo constante de las enfermedades crónicas para minimizar la aparición de discapacidades asociadas y sus efectos adversos en la calidad de vida.

La ausencia de metodologías cualitativas y el insuficiente impacto de los resultados de la evaluación de la atención primaria entran en contradicción, por una parte, con el convencimiento general sobre la importancia de la evaluación de los servicios y, otra, con el hecho de haber optado por un modelo más flexible desde el punto de vista normativo, en lo que hace referencia a la estructura y al proceso asistencial, y en que el control de los servicios se centra teóricamente en la obtención de unos determinados resultados de salud y de satisfacción de los ciudadanos.

### **ORGANIZATIVOS LOCALES (DEL TRABAJO DIARIO) ■**

La dotación de recursos con criterios poblacionales y ajustada a las necesidades reales, fundamentalmente de cuidados, tienen que contribuir a racionalizar las plantillas de profesionales

de atención primaria con un importante incremento en el número de enfermeras comunitarias de cuidados generales y la incorporación progresiva de enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria. Por otra parte, es necesario incorporar nuevos profesionales como nutricionistas, podólogos... que den respuestas eficaces a la amplia variedad de necesidades que demanda la comunidad.

A pesar de los cambios significativos de organización producidos en la atención primaria en sus inicios estos no tan solo no han evolucionado para adaptarse a las necesidades de la comunidad, sino que más bien se ha producido una involución hacia planteamientos organizativos previos a la citada reforma.

Otro hecho destacable es la deficiente distribución competencial de las actuaciones de atención que persiste entre los diferentes grupos de profesionales y que no sigue criterios para optimizar la efectividad y la eficiencia. Se hace imprescindible llevar a cabo una seria reflexión y un profundo análisis sobre esta cuestión que permita reorientar los campos prioritarios de actuación profesional, con referencia especial a enfermeras comunitarias y médicos de familia.

Extender las actividades docentes de los profesionales de los equipos a los estudios de pregrado y posgrado de todas las categorías profesionales del equipo y facilitar la acreditación de los servicios para el ejercicio de la docencia.

Reconocer en los contratos con las entidades proveedoras y en la jornada laboral de los profesionales asistenciales los espacios de tiempo destinados a las actividades docentes y de investigación y, en particular, promover el apoyo y reconocimiento laboral de la acción tutorial de los profesionales asistenciales.

## **PROFESIONALES ■**

Los profesionales deben tener en cuenta las necesidades, expectativas y demandas de los ciudadanos para poder dar respuestas eficaces y eficientes alejadas de la perspectiva individualista que como colectivos muchas veces anteponen y que provocan no tan solo la exclusión de esa perspectiva, sino también la ineficiencia del sistema en su conjunto.

Priorizar los aspectos de la oferta asistencial más directamente relacionados con la atención a los usuarios, especialmente con relación a sus expectativas, su nivel de exigencia respecto a los servicios sanitarios y el desarrollo de la relación de confianza entre el profesional de atención primaria y el usuario (accesibilidad horaria, personalización en el trato, confidencialidad, tiempo de dedicación, rapidez en la respuesta, etc.).

Los profesionales de atención primaria deben confluír a una verdadera cultura de equipos interdisciplinarios que reduzca la ineficacia e ineficiencia en la atención de procesos derivada de su ausencia. Las enfermeras deben incorporarse como verdaderas protagonistas en la mejora del poder resolutivo de la atención primaria con especial referencia en las acciones de atención domiciliaria y comunitaria.

Así mismo hay que tender a dar protagonismo a los profesionales a través de favorecer la capacidad en la toma de decisiones. Potenciando la motivación y la capacidad de iniciativa real de los mismos.

Los profesionales deben incorporar la evidencia científica disponible en sus decisiones de gestión y de práctica profesional, que favorezca el abandono de la práctica defensiva generada en muchas ocasiones por la desconfianza entre gestores y profesionales.

### **USUARIOS ■**

Los ciudadanos tienen que estar muy informados y adquirir una cultura responsable de utilización de los recursos que les permita, a su vez, pedir ser atendidos con rapidez y calidad. De tal manera que puedan influir en el poder resolutivo de la atención primaria.

Es imprescindible fomentar y potenciar la imagen positiva de la atención primaria, alejándola de la concepción, aún presente en muchos políticos, gestores, profesionales y ciudadanos, de que es un servicio menor o de segunda clase frente a la preponderancia resolutiva de la tecnología y el prestigio científico de la atención especializada. La confianza en la atención primaria favorecerá su poder resolutivo, evitando la desviación de las demandas de atención y el desequilibrio de asignaciones presupuestarias.

### **PARTICIPACIÓN ■**

No hay que limitar la perspectiva de mejora de la atención primaria al poder resolutivo clínico. Es necesario incorporar de manera decidida y firme los ámbitos comunitarios y de recursos no médicos, ya que estos elementos delimitan también una parte significativa de la calidad de la atención.

La participación comunitaria, de ciudadanos y organizaciones, en todas las fases de los procesos de planificación, gestión y evaluación se debe constituir como un elemento clave en la perspectiva de futuro de la atención primaria, a través de mecanismos efectivos.

Dicha participación se deberá huir de posicionamientos rígidos y burocráticos para lograr la necesaria y deseable flexibilidad y adaptación a las características de cada entorno. ☼

## BIBLIOGRAFÍA

Belenes R. Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria* 2003;17(2):150-6.

Bohigas L. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria* 2003;17(4):316-18.

Castells M. *El futuro del Estado del Bienestar en la sociedad informacional*. Sistema 1996; 131:35-53.

Durán A, López L, de Manuel E, Martín J, Oleaga JI. *Políticas de salud y escenarios futuros de la Atención Primaria*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.

Elola J. *Política Sanitaria Española*. Madrid: Díaz de Santos; 2001.

Figueras J, Saltman RB. Tendencias actuales en las reformas de los sistemas sanitarios en Europa. *Revista de Administración Sanitaria* 1997;1(2):39-68.

Frende MA, Martín F, Martínez S. *La reforma del sector sanitario español: una oportunidad para la cooperación empresarial*. 1999. [En línea] [fecha de acceso: 8 de febrero de 2006]. URL disponible en: <http://biblioteca.uca.es/sbuca/bibcsoc/doc- trab/ful99-3.pdf>

Frías A, Palomino PA. Atención Primaria de Salud: un análisis sobre la transición en Andalucía. *Gaceta Sanitaria* 1992;33(6):269- 274.

Irene Hoskins, A. Kalache y Susan Mende. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*. 2005; 17(5): 444-51.

Jiménez Villa J., Cutillas Castell S., Martín Zurro A *Evaluación de resultados en atención primaria. El proyecto MPAR5*. Aten Primaria 2000; 25:123-128.

Martín JJ, de Manuel E, Carmona G, Martínez J. Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria: el cambio “externo”. *Gaceta Sanitaria* 1990a;4(19):157-161.

Martín JJ, de Manuel E, Carmona G, Martínez J. Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria: el cambio “interno”. *Gaceta Sanitaria* 1990b;4(19):162-167.

Martín JJ, de Manuel E. Reformas y cambios organizativos en el Sistema Nacional de Salud español. *Papeles de Economía Española* 1998; 76:176-190.

Martín JJ. Cambio e innovación institucional. Las nuevas experiencias en gestión sanitaria. En: *Informe SESPAS 1998*. [En línea] [fecha de acceso: 11 de febrero de 2006]. URL disponible en: <http://www.sespas.es/informe1998/capitulo14.pdf>

Martínez Riera, JR. Atención Primaria de Salud en España. En: Martínez Riera, JR. Del Pino Casado, R. *Enfermería en Atención Primaria*. DAE. 2006. Madrid.

Martínez Riera JR. Crisis y enfermeras. *Rev ROL Enf* 2012; 35(2):108-119

OPS/OMS. *Atención Primaria de Salud en las Américas. La enseñanza extraída a lo largo de 25 años y los retos futuros*. 44° Consejo Directivo; julio, 2003.

Ortún, V. Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España. *Revista Asturiana de Economía RAE* 2006; 35: 23-43

Palomo, L. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16(2):182-7.

Pérez-Giménez R. Políticas sanitarias y desigualdades en España. En: Adelantado J, coordinador. *Cambios en el Estado de Bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España*. Barcelona: Icaria y Universidad Autónoma de Barcelona, 2000; p. 251-84.

Brugulat, P.; Fusté, J.; Ponsà, A.; Martín Zurro, A. *Proyecto MPAR-5 Mejora de los procesos de evaluación de resultados en atención primaria. Sobre la mejora del poder resolutivo del sistema de salud: la contribución de la atención primaria*. Diciembre 2004. Disponible en: [http://www.catedramfamilia.uab.es/downloads/docs/mpar/Sobre\\_la\\_mejora\\_del\\_poder\\_resolutivocastellano.pdf](http://www.catedramfamilia.uab.es/downloads/docs/mpar/Sobre_la_mejora_del_poder_resolutivocastellano.pdf) [Consultado 11/10/2010]

SESPAS. La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar. En: *Informe SESPAS 1998*. [En línea] [fecha de acceso: 6 de febrero de 2006]. URL disponible en: [http://www.sespas.es/informe1998/informe\\_sespas.pdf](http://www.sespas.es/informe1998/informe_sespas.pdf)

Vuori, H. ¿Qué es la atención primaria de salud? *Atención Primaria*, 1984; 1:3-4.

World Health Organization. *Towards age-friendly primary health care*. Geneva: WHO; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/en/index.html> [Consultado 11/10/2010]



---

# PERSPECTIVAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: ALGUNOS APUNTES SOBRE LA EXPERIENCIA DE COSTA RICA

**MAURICIO VARGAS FUENTES**

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

## **SALUD Y DERECHO A LA SALUD ■**

El devenir histórico nos muestra la existencia de diferentes concepciones sobre salud y enfermedad que dependen del momento en que se encuentre el desarrollo del conocimiento de la humanidad. Hoy, sin embargo, se comprende que los conceptos de salud y de enfermedad dependen, esencialmente, del contexto social en que estos se desarrollan.

Hoy comprendemos que los límites que separan la enfermedad de la salud, y viceversa, son de difícil delimitación. Es por eso por lo que hablamos de proceso salud-enfermedad, con lo que denotamos el conjunto de fases sucesivas de un fenómeno (salud-enfermedad) con continuidad en el tiempo.

En lo personal, me gusta plantearles a mis estudiantes que, como ha planteado Julio Frenk en 1992 en su trabajo *La nueva salud pública*, preparado para la OPS, “la salud es un punto de encuentro, ya que en ella confluye lo biológico, lo social y lo ambiental, el individuo y la comunidad, la política social y la política económica. Todo en armonía.” Con esto se acepta que la salud tiene múltiples determinantes de tipo biológico, ambiental, social, aparte de los servicios de salud. Es más, hoy se acepta que solo el 20% de los determinantes de la salud son los que se originan en los servicios de salud. Es muy importante comprender esta relación, porque se comprende entonces que para generar salud debemos generar desarrollo, y para esto se deben articular múltiples actores sociales que lógicamente deben ser liderados por personas que comprendan la profundidad de la relación.

En este contexto debemos manejar el derecho a la salud de las personas. Si no se tiene claro el concepto, no se puede realizar un acercamiento a su operacionalización. Digamos, primero, que

el derecho a la salud es un derecho humano fundamental y que no se limita a la asistencia sanitaria en los servicios de salud, a pesar de su innegable importancia.

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud es un derecho humano fundamental y como tal está protegido por el Derecho Internacional. Los derechos humanos y, por lo tanto, el derecho a la salud protege entonces nuestra dignidad como seres humanos.

Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos.

Significa que los gobiernos y las autoridades han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible.

El derecho a la salud implica, entonces, el derecho al disfrute del grado máximo de salud que se pueda lograr, e implica que el Estado debe garantizar un conjunto de mecanismos sociales, como normas, instituciones y leyes, además de un entorno propicio.

El respeto por el derecho a la salud implica lo siguiente:

**Disponibilidad.** Debe haber un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud. Lo público pasa porque el Estado financie, provea directamente o regule la prestación de los servicios, o sea, asuma la responsabilidad por los mismos.

**Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna.

**Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica (cuando se trate de atención médica), culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos de género y ciclo de vida.

**Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde la perspectiva científica y médica. Por lo tanto, deben ser de buena calidad.

Por otra parte, es esencial que se comprenda, también, que el punto de encuentro entre salud pública (salud de las poblaciones) y el enfoque de derechos es la equidad o sea la justicia. La equidad implica que la distribución de las oportunidades para lograr salud se orienta a partir de las necesidades de las personas y no por sus prerrogativas sociales.



En el contexto anterior, ¿cómo se garantiza el derecho a la salud? En primer lugar, teniendo claro el concepto de salud; en segundo lugar, entendiendo el derecho a la salud como un derecho humano fundamental; y, en tercer lugar, entendiendo que, como tal, tiene que ser garantizado por el Estado que, a su vez, es el responsable de buscar los mejores mecanismos y estrategias para garantizar su concreción en la práctica.

## **LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA: EL ORIGEN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD ■**

Ya hemos establecido en la sección anterior lo que consideramos las bases para garantizar el derecho a la salud. En este contexto conceptual que nacen en Costa Rica los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud o EBAIS.

Estos surgieron en 1988 en un pequeño asentamiento precario del distrito de Pavas en San José como parte del modelo de atención promovido por un grupo de profesionales que se organizaron en la Cooperativa Autogestionaria de Servicios Integrales de Salud y que acordaron un convenio con el Ministerio de Salud y la Seguridad Social para prestar los servicios públicos de salud en el mencionado distrito.

La Cooperativa, como su nombre lo indica, es de AUTOGESTIÓN. Según la legislación nacional en materia de cooperativismo, la autogestión implica que TODOS los miembros de la organización asociados o sea propietarios. Es una organización que integra el esfuerzo de sus trabajadores, es decir, NO es una asociación de capitales. Lo que aportan sus miembros es su trabajo y son TODOS sus miembros los que toman las decisiones para fijar el rumbo de la organización. Dicho de otra manera, es una organización que DEMOCRATIZA LA TOMA DE DECISIONES.

Posteriormente, nacieron otras cooperativas de autogestión en el país, pero vale la pena mencionar la que se origina en el Municipio de Santa Ana, de la cual hay que decir, que no solo la integran los trabajadores sino la COMUNIDAD organizada, lo que la hace, entonces, una cooperativa de COGESTIÓN. Es una fase superior de la democratización de las decisiones en el nivel local.

## **TENDENCIAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO ■**

Se debe decir al iniciar el presente apartado, que a criterio del autor, hay temas que NO se discuten y, en el caso de la salud pública, NO se discuten los principios. Lo que debe ser discutido es cómo se logran plasmar en la práctica esos principios. Y en eso se deben poner también de acuerdo los actores sociales, pero actuando de forma amplia, sin convertir el tema en un asunto únicamente ideológico sino comprendiendo que, para reflexionar sobre el tema, se debe reco-

nocer que el mismo es un campo de especialización de la salud pública. Sobre todo, es esencial, el respeto por la diversidad de pensamiento que naturalmente existe en la sociedad.

Pero, ¿cuáles han sido y cuáles son las tendencias de organización y funcionamiento de los sistemas de salud en el mundo?

En China, Canadá, Reino Unido, España y Uruguay, por citar algunos ejemplos, la salud es constitucionalmente reconocida como un derecho humano fundamental a pesar de las diferencias que tienen desde la perspectiva de enfoque político-económico. En los cinco casos, la salud es concebida como una responsabilidad del Estado y esta se materializa a partir de la responsabilidad que asume en el financiamiento del sistema de salud. SON SISTEMAS PÚBLICOS.

No obstante lo anterior, en NINGUNO de los casos, el Estado asume en su totalidad la prestación directa de los servicios de salud. Existe una mezcla de proveedores tanto públicos como privados controlados por las instituciones rectoras de la salud. En Uruguay, por ejemplo, los proveedores estatales prestan los servicios en la capital, pero en el resto del país lo hace la Federación Médica del Interior, compuesta por organizaciones cooperativas y sindicatos de profesionales de la salud. Es realmente aleccionador observar cómo son los sindicatos de profesionales en salud los que dirigen a estas organizaciones. Sobre todo, es aleccionador observarlo en un país cuyo gobierno es de corte socialista, probablemente de los más fuertes ideológicamente hablando en América Latina.

¿Por qué es importante reconocer esta realidad mundial? Porque lo ideológico en materia de salud, a criterio del autor, es su reconocimiento como un derecho humano fundamental, y que, como tal, es responsabilidad absoluta del Estado garantizar el acceso de toda la población a los servicios en este campo.

En Costa Rica, la salud no está explícitamente definida en su constitución como un derecho humano, pero si lo está implícitamente al estar protegido en la carta magna, el derecho a la vida. Es importante mencionar aquí que en algunos casos se ha interpretado erróneamente el artículo 73 de la Constitución Política al decir que los servicios deben ser directamente provistos por la CCSS. En dicho artículo, lo único que se establece es la responsabilidad de la institución en la administración y gobierno de los seguros sociales y la imposibilidad de transferir sus fondos a fines diferentes.

## **EL FUTURO DE LA SEGURIDAD SOCIAL COSTARRICENSE ■**

Digamos, primero, que nuestra Caja Costarricense de Seguro Social es una de las conquistas más importantes de la sociedad costarricense y parte esencial de nuestras garantías sociales, que conjuntamente con el nacimiento de la Universidad de Costa Rica y la promulgación del

código de trabajo (ley laboral) en los años 40, marcan el inicio de la consolidación del Estado Social de Derecho que nos caracteriza.

No obstante, nuestro sistema de salud enfrenta serios problemas y debemos superarlos para proteger lo alcanzado e insertarnos correctamente en el futuro. En primer lugar, hay que decir, que hay que enfrentar los problemas. No tiene sentido no reconocer algo que es obvio. Y por otro lado, debemos reconocer que todos, de alguna manera, hemos contribuido y seguimos contribuyendo a la consolidación de los problemas, en este caso de nuestra CCSS.

Empecemos por decir, que las personas que impulsaron el nacimiento de la CCSS, no se equivocaron. Estos son modelos esenciales para promover la justicia social, ya que son instrumentos, no solo para la atención y prevención de la enfermedad, sino de política económica ya que permiten redistribuir el ingreso. Quiero decir con esto, que no podemos ni debemos cuestionar la existencia de la CCSS. Este es el punto de partida.

Pero, por otro lado, debemos reconocer que la organización institucional no es la adecuada para nuestros tiempos, ya que no parece responder a un marco estratégico que los reconozca y que, además, visualice el mañana. La Caja es una organización centralizada de un funcionamiento poco eficiente dada la poca articulación de sus partes. Razones: desatenciones gerenciales e instrumentos de gestión, que a pesar de su innegable evolución cualitativa, no articulan la prestación de los servicios.

Sin embargo, existe un aspecto que me parece crucial que se comprenda y que se relaciona con la teoría y la práctica de la gestión de sistemas de salud. En los años 90, se abrió la base del sistema (primer nivel de atención) con la Reforma del Sector Salud, lo que generalizó los EBASIS, aunque sin que se diera la necesaria reforma del nivel hospitalario. Esta apertura permitió una mayor detección de problemas de salud que no se habían identificado antes por falta de recursos. Eran problemas que estaban “escondidos”. Se detectaron entonces más casos de cáncer, más hipertensos, más diabéticos, sin que el sistema hospitalario estuviese preparado para hacerle frente. Resultado: más listas de espera, más problemas de salud no resueltos y mayor insatisfacción de la gente.

Fue una “desatención” de los gobiernos que siguieron al del período 94-98. A esta situación se debe sumar, que los grandes hospitales nacionales tienen como parte de su área de influencia, una población que accede directamente a los mismos “presionándolos” con necesidades que no corresponden a su nivel de complejidad, tales como cirugías ambulatorias, electrocardiogramas, ultrasonidos y gastroscopías. No existen niveles intermedios que canalicen correctamente esa demanda. ¿Posibilidades de mejora? Muchas.

Por otro lado, hay factores externos que han incidido en la agudización de la problemática de la Caja, entre ellos la crisis financiera global y nacional que disminuyeron los ingresos de la institución. Era entonces exigida una planificación de crisis que exige esencialmente un manejo eficiente de los escasos recursos. Este es un tema de gestión institucional.

Otro factor externo, es el cúmulo de intereses particulares que poseen diversos actores vinculados con la CCSS. Por citar algunos, los de los colegios profesionales que dan luchas únicamente por sus afiliados o el de universidades que monopolizan la formación de profesionales y técnicos que necesita el sistema, y que en algunos casos inducen a la Caja a la contratación de personas con perfiles profesionales no requeridos por la institución. Resultado: mayor presión financiera para la institución.

Por otra parte, durante muchos años, el Ministerio de Salud ha estado ausente, no ejerciendo su responsabilidad rectora de la salud en el país, generándose un vacío de liderazgo nacional en materia de salud que no se ha solucionado. No ha existido la necesaria articulación de actores sociales en la búsqueda de una visión de país y de la adopción de compromisos reales para la solución de los problemas de nuestra seguridad social. Y cuando hablo de actores sociales hablo de gobierno, gremios, instituciones y comunidad organizada.

Se debe tener claro entonces, que hoy estamos enfrentando una situación que no se ha generado de la noche a la mañana. Hemos tenido una serie de “desatenciones” que nos lleva a enfrentar un problema de grandes dimensiones, que para solucionarlo, debemos empezar por reconocerlo, y estando claro el origen, entrarle dejando de lado intereses particulares y con una gran dosis de creatividad que permita encontrar una solución que no será nunca para el corto plazo...pero hay que empezar.

Por último afirmar, que la crisis de nuestra CCSS, no se soluciona con más de lo mismo. Si se buscan resultados distintos no sería cuerdo hacer más de lo mismo, tal y como decía Einstein.☼

---

# PROYECTO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL PARA EQUIPOS LOCALES DE SALUD, REPÚBLICA DOMINICANA 2014-2015

**ESCARLE PEÑA**

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SANTO DOMINGO (UASD)

## INTRODUCCIÓN ■

A mediados del año 2001 la República Dominicana consolidó jurídicamente un proceso de reforma de su sistema de salud a través de dos leyes fundamentales, la 42-01, o Ley de Salud, y la 87-01, la cual crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Se trataba de un proceso orientado hacia la configuración de un Sistema Nacional de Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública. Dicho sistema se sustenta en la separación de funciones relacionadas con la Rectoría, Aseguramiento, Financiamiento y Provisión de servicios.

Las leyes fundamentales mencionadas y los reglamentos que las desarrollan incluyen la necesidad de disponer de unos servicios de atención a la salud descentralizados, articulados e integrados a través de los distintos niveles de complejidad de atención al interior de la red de prestadores de servicios. El primer nivel debe actuar como puerta de entrada y disponer de la adecuada capacidad resolutive centrada en el fomento de la salud, la prevención de las enfermedades, las acciones de vigilancia epidemiológica y el seguimiento a pacientes especiales, y debe cubrir la emergencia y la atención domiciliaria.

A los fines de consolidar el proceso de la descentralización de la función de provisión de servicios, en julio del 2015, mediante la ley 123-15, el Estado dominicano crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), con una Dirección Central y sus respectivas expresiones territoriales regionales de carácter descentrado. Así mismo, mediante resolución 000022 de agosto del 2015, el Ministerio de Salud ratifica la implementación del Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana. Basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud y en el Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud, en su versión preliminar del año 2012, el

Modelo de Atención para el SNS fue puesto en funcionamiento mediante la resolución 000026 del 8 de diciembre del 2014.

Este nuevo reordenamiento para la provisión de servicios de salud contempla la Unidad de Atención Primaria (UNAP) como célula básica de prestación de servicios y nodo primario de la red según población/territorio, dando la máxima relevancia a las personas que pertenecen a una familia y comunidad, definiendo en la práctica un nivel “central y accesible, primer nivel de atención” y un nivel “complementario”. El primer nivel de atención representa la puerta de entrada administrativa y clínica, de gestión del ciudadano, de integración de la información y punto de análisis; integra los diferentes elementos de atención individual y colectiva, y es también el punto de conexión con las actividades intersectoriales. En este nuevo marco, los recursos humanos representan la base fundamental para la operación del sistema, previendo el requerimiento de nuevos perfiles y competencias en salud pública necesarias para el abordaje integral poblacional, de la persona, para la coordinación intersectorial e integración clínica en torno a los procesos asistenciales y de gobernanza.

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública en coordinación con la Oficina Panamericana de la Salud OPS/OMS y la Escuela de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), diseña la *Especialidad en Atención Integral en Salud para los Equipos Locales*. Esta se piensa como elemento estratégico en el marco del proceso de descentralización e implementación del nuevo Modelo de Atención, considerando elementos del contexto político, económico, social y cultural del país.

El proyecto tiene como precedente el *Diplomado de Atención Integral en Salud*, desarrollado en el sur del Perú a partir del año 2007, con su posterior escalamiento a nivel nacional. En 2013, la Dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud de República Dominicana, a través de la cooperación técnica de la OPS, conoce y asume la experiencia de Perú, desarrollando una primera edición de prueba del proyecto en el período 2014-2015 en dos provincias del país. Posterior a esta primera edición, el Ministerio de Salud obtiene financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la implantación de la especialidad en todo el país.

## **DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA ■**

El proyecto estuvo constituido por tres componentes: una línea de base, como marco para la eventual evaluación del impacto de la especialidad; un programa de formación metodológica para docentes; y el plan de estudio de la especialidad. El objetivo fundamental del proyecto fue desarrollar un programa de formación en servicio dirigido a recursos humanos que ejercen funciones gerenciales, de coordinación y atención en las diferentes Direcciones Regionales de Salud, Direcciones de Área, Coordinaciones de Zona y Unidades de Atención Primaria a nivel

nacional. La idea era preparar gradualmente equipos comprometidos, como agentes de cambio, que posibiliten mejoras sustanciales en la calidad de la gestión de los servicios y la satisfacción de las necesidades de salud de las personas.

El plan de estudio tuvo una duración de un año, desarrollado de noviembre de 2014 a noviembre de 2015. El modelo curricular de la especialidad fue diseñado como un currículo integrado, fundamentado en las competencias de la atención primaria renovada y basado en el enfoque pedagógico vivencial, crítico y problematizador. Contemplaba un equipo de facilitadores en aula, un acompañamiento tutorial permanente para actividades fuera de aula, una ruta de aprendizaje a partir de la realidad del entorno de trabajo de los participantes. Esto se hizo mediante el levantamiento y sistematización de la información, teorización, identificación de problemas e identificación de alternativas de solución.

El plan de estudio estuvo constituido por 3 módulos con un total de 6 asignaturas (Metodología de la Problematización en Salud; Accesibilidad y Cobertura de Servicios de Salud; Atención integral e Integrada; Salud Dinámica Familiar; Promoción y Protección de la salud Comunitaria; Gestión y Organización Estratégica de los Servicios de Salud); y un módulo con un proyecto final de intervención para un total de 208 horas teóricas y 288 horas prácticas, equivalentes a 22 créditos.

La modalidad para el desarrollo de la docencia fue semipresencial, con encuentros de 16 horas cada 15 días, además de actividades fuera del aula con acompañamiento tutorial de levantamiento de información sobre problemas identificados en la realidad del servicio, la cual representó el insumo primordial para las sesiones de trabajo en aula. La especialidad se desarrolló en los 9 servicios regionales del país, incluyendo 360 unidades de atención primaria, con una matrícula de 1.050 participantes con perfiles interdisciplinarios, inter-jerárquicos e inter-profesionales, con cargos directivos, gerenciales, de coordinación y miembros del equipo básico de salud (médico y enfermera) de las unidades de atención primaria, distribuidos en 25 grupos con un promedio de 42 participantes por grupo. Previo al inicio de la docencia todos los docentes participaron en una capacitación sobre la metodología pedagógica problematizadora, siendo este un requisito obligatorio para participar como docente.

Los actores claves para la articulación del proyecto fueron la Dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud, el Gabinete de Coordinación de la Política Social y la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) —constituidos en un equipo de conducción— además de 9 representantes de los servicios regionales de salud. La ejecución del proyecto estuvo amparada en un convenio de colaboración interinstitucional entre el Ministerio de Salud y la Universidad Autónoma de Santo Domingo, tras lo cual se procedió a la firma de un contrato de servicios entre el gabinete de Coordinación de la Política Social y la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

## **RESULTADOS ■**

1.035 participantes completaron el plan de estudio (793 profesionales y 241 auxiliares de enfermería); 55 no lo terminaron (5.3%). La metodología educativa y la inclusión de participantes con diferentes niveles jerárquicos facilitaron el desarrollo de transformaciones inmediatas en el quehacer de los participantes, quienes durante el transcurso del programa desarrollaron acciones para aumentar la cobertura de atención, mejorar la calidad del servicio, optimizar la planificación y gestión del servicio e integrar la participación de la comunidad. El 100% de los participantes presentaron proyectos, consistentes en 500 propuestas de intervención con alto potencial de implementación para la solución de problemas identificados en los espacios de trabajo, socializadas en ferias universitarias con la participación de actores claves institucionales y comunitarios.

## **FORTALEZAS DEL PROYECTO ■**

- Modelo pedagógico dinámico, novedoso y motivador; alta motivación y adherencia de los participantes;
- Dinámica de comunicación y de intercambio fluido entre el equipo de conducción, la coordinación general, coordinadores académicos, docentes y participantes;
- Excelente dinámica de programación docente y gestión administrativa para suministro de materiales bibliográficos e insumos logísticos;
- Apoyo político del Ministerio de Salud y la Vicepresidencia de la República;
- Participación de un importante número de Directores Regionales de Salud como alumnos de la especialidad;
- Liberación de carga de trabajo a los participantes durante los días de docencia, además de facilidades para las actividades en el espacio de trabajo;
- La amplia cobertura de Centros y Recintos de la UASD fue un aspecto relevante para garantizar el desarrollo del programa en todo el país.

## **INCIDENCIAS QUE AFECTARON EL PROYECTO ■**

- Brechas de conectividad
- Dificultades en procesos propios del servicio: cambios políticos, movilidad de personal, atención de contingencias
- Dificultades al inicio de la docencia para la comprensión y adopción del modelo pedagógico tanto para docentes como para autoridades universitarias y dificultades para la adherencia a las normas y reglamentos de la universidad en el postgrado, principalmente de parte de participantes con cargos gerenciales de alto nivel.



## **OPORTUNIDADES DE MEJORAR ■**

- Condiciones de espacios físicos en algunos recintos universitarios
- Plataforma tecnológica y conectividad
- Mecanismos de monitoreo de la aplicación de la metodología pedagógica
- Procesos administrativos para la adecuada gestión económica del programa

## **LECCIONES APRENDIDAS ■**

La estructura de gestión y administración del programa, la conformación de un equipo de conducción interinstitucional y el flujo de comunicación e interacción entre ellos resultaron aspectos claves para el éxito del programa.

- El desarrollo de 25 grupos de forma simultánea fue un gran desafío. Los mecanismos de monitoreo de este número de grupos deben ser muy estricto y con una plataforma que permita supervisión presencial de aspectos claves de la administración y gestión docente.
- El diseño de un proyecto de intervención para el abordaje de una problemática identificada en la especialidad como trabajo final del programa, es un elemento innovador y de impacto significativo para la transformación de realidades existentes en las áreas de intervención; siempre y cuando se encuentren los apoyos necesarios para la eventual implementación de los mismos.
- La coincidencia de profesionales y auxiliares en un mismo proceso de formación representa un elemento enriquecedor del programa, sin embargo se observa la necesidad de algún tipo de proceso de nivelación previo al inicio del programa de clases para garantizar el mayor aprovechamiento de esta fortaleza.
- El servicio deberá tomar en cuenta el compromiso de los participantes con la especialidad para no asignarles otras tareas de capacitación que coincidan con la docencia.
- La deserción es uno de los riesgos que hay que enfrentar para su minimización; dentro de los factores a tomar en cuenta están aspectos de adherencia personal al programa, así como aspectos del entorno de trabajo que no deja suficiente espacio para las actividades de formación. En el caso particular de este programa, los cambios políticos de gerentes en algunas regiones por el cambio del Ministro de Salud, motivó la deserción de un importante número de participantes. ☹



---

# LA FORMACIÓN INTEGRAL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN CUBA DESDE LA RELACIÓN UNIVERSIDAD-COMUNIDAD

MIRNA LEÓN ACEBO

MAYRA ACEBO RIVERA

UNIVERSIDAD DE LAS TUNAS, CUBA

## INTRODUCCIÓN ■

En Cuba se ha fortalecido la estrategia de Promoción de Salud mediante la implementación de programas para el mejoramiento de la calidad de vida de la población. De esta forma se consolida la participación social en salud, la reorientación de los servicios y la Atención Primaria de Salud en la comunidad.

Se necesita por tanto integrar la docencia, los servicios y la investigación para garantizar la calidad de la práctica profesional, apoyada en el principio de la educación cubana de vincular al ser humano con la vida y a la educación con el trabajo.

Esta estrategia tiene como modelo el programa del médico y la enfermera de la familia en cada uno de los consultorios médicos enclavados en la comunidad, perfeccionado en el año 2011, sistematizando la participación social en salud desde la formación médica en Cuba. Esto es en correspondencia con el modelo del profesional médico y el perfil de salida, que reconocen la formación en relación con su contexto histórico, social y cultural. Esto se evidencia en la formación del médico en los escenarios de la Atención Primaria de Salud a través de la Educación en el Trabajo, forma fundamental de organización de la enseñanza-aprendizaje en las carreras de la salud.

Las transformaciones anteriores, insuficientes aún para satisfacer las demandas crecientes de la sociedad —relacionadas con un profesional de la salud que combine el estudio y el trabajo, la escuela con la vida y la enseñanza-aprendizaje en la comunidad— constituye uno de los problemas sociales que en la actualidad enfrenta Cuba.

Las investigaciones más significativas para contribuir a perfeccionar la enseñanza-aprendizaje de la medicina en la comunidad resultaron ser:

1. El diseño de un sistema de procedimientos en la Educación en el Trabajo para favorecer el proceso de formación praxiológica docente en el Médico General en función de preservar la salud del sujeto, la familia y la comunidad.
2. La formación del médico mediante la Educación en el Trabajo donde el individuo, sano o enfermo, se constituye en el principal recurso formativo en la comunidad.
3. El diseño de una Estrategia Pedagógica Interventiva, para favorecer el desempeño profesional de los estudiantes y egresados de la carrera de Medicina en las Urgencias Médicas a nivel de la Atención Primaria de Salud en la comunidad.
4. El diseño de una estrategia para la materialización de la concepción pedagógica del proceso de formación humanista en los estudiantes de la carrera de Medicina.
5. La influencia del maestro en la enseñanza mediante el método clínico y la formación clínica de los estudiantes en Cuba.

El análisis de las investigaciones revela que el tema ha sido trabajado por varios autores, pero aún son insuficientes los estudios sobre la Educación en el Trabajo en la enseñanza-aprendizaje de la medicina que corroboren la importancia del aspecto social en la formación profesional.

Las insuficiencias en los componentes de la didáctica que organiza la Educación en el Trabajo, como forma de organización de la enseñanza-aprendizaje de la medicina, fueron el motivo para desarrollar la presente investigación. El objetivo de esta investigación está encaminado a diseñar un programa de esta forma de organización, que contiene una programación por áreas de trabajo del policlínico universitario, para perfeccionar la Educación en el Trabajo y contribuir a la Promoción de Salud y a la prevención de enfermedades en la comunidad desde la formación integral del médico.

## **MATERIAL Y MÉTODOS ■**

El trabajo es resultado de investigación del proyecto “Formación del Profesional de la Salud”. Se realizó el diagnóstico de la educación en el trabajo en el proceso de enseñanza-aprendizaje de las disciplinas biomédicas con una muestra de 24 estudiantes de primer año de la carrera de Medicina, del Policlínico Universitario y 19 profesionales de la salud que laboran en este policlínico del Municipio de Las Tunas.

La muestra de estudiantes fue seguida desde el primer año en el curso 2013-2014, hasta finalizar el ciclo básico de la carrera en el curso 2014-2015, con la peculiaridad de que en el primer año se implementó la programación por áreas de trabajo para el ciclo básico de la carrera y en el segundo año se siguió a los estudiantes, utilizando la concepción de educación en el trabajo

establecida en los documentos oficiales, para poder comparar los resultados de la aplicación de ambas concepciones teórico-prácticas.

Para comprobar el conocimiento que estudiantes de medicina, docentes y profesionales de la salud de las áreas de trabajo del policlínico universitario tienen sobre el desarrollo de la Educación en el Trabajo, el equipo de investigación aplicó la guía de observación a la muestra, para constatar el contenido a desarrollar en la Educación en el Trabajo y los procedimientos y acciones a realizar por estudiantes de medicina y profesionales de la salud en esta forma de organización.

Se aplicó el cuestionario a 58 profesionales de la salud, directivos, metodólogos, tutores y profesionales, para constatar las potencialidades e insuficiencias de la Educación en el Trabajo. Además, se aplicó la guía de entrevista para obtener información acerca del nivel de satisfacción sobre el desarrollo de la Educación en el Trabajo en aspectos tales como potencialidades y debilidades que tiene actualmente la Educación en el Trabajo. Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: nivel de información que contienen los documentos oficiales de la carrera para la preparación de los profesionales de la salud; componentes de la didáctica de la medicina que organiza la Educación en el Trabajo, así como la valoración de las acciones metodológicas o de superación recibidas para el desarrollo de esta forma de organización.

Se revisó la guía para la confección de los cuadernos de los estudiantes para anotar las observaciones en la Educación en el Trabajo, para que el estudiante lleve un registro sistemático de sus vivencias en las diferentes áreas de trabajo. Se tuvo presente el análisis de informes de visitas metodológicas al policlínico, planes de estudios, programas de las asignaturas y disciplinas.

Los instrumentos y técnicas aplicadas fueron analizados por el equipo de investigación a partir de los siguientes indicadores: concepciones de estudiantes de medicina y profesionales de la salud sobre el desarrollo de la Educación en el Trabajo, conceptualización teórica de la Educación en el Trabajo y características de sus orientaciones metodológicas contenidas en documentos estatales y resoluciones ministeriales y la relación que se establece entre la Educación en el Trabajo y los componentes de la didáctica de las disciplinas biomédicas que organiza.

Se aplicó una valoración, equivalente al juicio de expertos, de talleres de opinión crítica y elaboración colectiva con profesores de diez o más años de experiencia en la enseñanza-aprendizaje de la medicina en las Ciencias Médicas. El objetivo de estos talleres fue el análisis crítico del programa para corroborar la validez y viabilidad del mismo.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ■**

Al realizar el análisis de los resultados derivados de la aplicación de los instrumentos a estudiantes de medicina y profesionales de la salud, se constata que la mayoría de los profesionales de la salud, en su función de tutores, realizan una planificación heterogénea de las actividades a desarrollar en la Educación en el Trabajo, lo que afecta el aprendizaje adecuado de los estudiantes. Es insuficiente el tratamiento a objetivos, contenidos y métodos a través de los cuales se dirigen las actividades.

Los estudiantes no se sienten suficientemente atendidos; expresan que la mayoría de las ocasiones lo que realizan no tiene relación con lo que reciben en las clases de las asignaturas en el aula, sobre todo en Morfofisiología Humana. En las orientaciones para el desarrollo de la Educación en el Trabajo se evidencia que las mismas van dirigidas al aspecto metodológico de carácter general, no contienen elementos de la didáctica como objetivos, contenidos y métodos a utilizar. Esto revela la existencia de insuficiencias en su estructura y organización.

No obstante, como aspectos favorables, la mayoría de los profesionales de la salud comprendió la necesidad de la investigación para perfeccionar esta forma de organización de la enseñanza-aprendizaje en la formación del futuro médico y se mostraron dispuestos a realizar la implementación y socialización de esta.

Durante la implementación del programa los estudiantes se sintieron inmersos en el proceso salud-enfermedad de la comunidad mediante la realización de acciones de Promoción de Salud, se favorecieron las relaciones interpersonales, la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades profesionales y se refleja un cambio en el modo de actuación del estudiante, referido a su labor de Promoción de Salud y prevención de enfermedades en la comunidad. A continuación, se presenta el Programa de Educación en el Trabajo.

## **PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN EL TRABAJO ■**

### ***Datos preliminares***

Carrera: Medicina

Forma de Organización: Educación en el Trabajo

Ciclo: Básico

Tiempo Lectivo: 216 horas

Frecuencia: 3 semanales

## **FUNDAMENTACIÓN DEL PROGRAMA ■**

El Programa de Educación en el Trabajo para el ciclo básico de la carrera de Medicina se ha elaborado para perfeccionar la integración teórico-práctica en la Educación en el Trabajo. Esta es una forma fundamental de organización de la enseñanza-aprendizaje que tiene como esencia aprender trabajando en las áreas del policlínico universitario de la comunidad para contribuir a la transformación de sus miembros y a su vez a la formación en los estudiantes del valor identidad profesional médica, máxima aspiración del modelo del profesional de la Escuela Cubana de Medicina.

En la formación de la identidad profesional médica, se asume de M. Acebo (2005) las fases de identificación y concientización identitarias por las que transita el sujeto, en este caso, el estudiante de medicina.

Este programa sobrepasa los marcos de las orientaciones generales emanadas de las disciplinas biomédicas, al profundizar en las relaciones interdisciplinarias de las mismas en interrelación con la actividad práctica de los profesionales de la salud en las áreas de trabajo del policlínico; este facilita la elaboración de la programación por áreas de trabajo profesional para contribuir a eliminar el carácter espontáneo en el desarrollo de la Educación en el Trabajo que aún prevalece.

## **OBJETIVO ■**

Sistematizar el contenido de las disciplinas biomédicas mediante su contextualización en las áreas de trabajo del contexto educativo policlínico universitario en la comunidad.

## **CONTENIDO A DESARROLLAR EN LA EDUCACIÓN EN EL TRABAJO ■**

Sistema de conocimientos y habilidades profesionales:

- Examinar al ser humano desde la relación morfofisiológica y psicosocial en las áreas del policlínico: consultorio médico de la familia y laboratorio.
- Examinar a pacientes con enfermedades neurológicas, endocrinas, cardiovasculares, respiratorias, renales, digestivas y de los sistemas locomotor y tegumentario desde el conocimiento normal de la morfología y fisiología del organismo humano en las áreas del policlínico: consultorio médico de la familia, rehabilitación, cuerpo de guardia y consultas especializadas.
- Prevenir alteraciones del desarrollo prenatal desde el conocimiento de la anatomía del desarrollo humano y las técnicas de comunicación en la relación médico-paciente en las áreas del policlínico: consultorio médico de la familia, imagenología y regulación menstrual.
- Diagnosticar la situación de salud de algunas familias de la comunidad desde el conocimiento de los métodos clínico y epidemiológico en el área del policlínico: consultorio médico de la familia.

- Prevenir enfermedades que afectan a la comunidad desde el conocimiento de los principales procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados en la Atención Primaria de Salud en las áreas del policlínico: consultorio médico de la familia y cuerpo de guardia.

### **SISTEMA DE VALORES ■**

Se propone contribuir a formar el valor identidad profesional médica, para fortalecer la ética profesional en el estudiante de medicina, en las áreas de trabajo de la Atención Primaria de Salud mediante la interrelación entre conocimientos, habilidades profesionales y los nueve valores declarados fundamentales a reforzar en la sociedad cubana actual. Estos valores se van jerarquizando por áreas de trabajo profesional para darles tratamiento como parte del contenido, como se propone a continuación:

- Consultorio médico de la familia: se jerarquiza el valor laboriosidad en la atención a la persona, familia y comunidad en consultas y visitas de terreno, como manifestación de ser humano digno y patriota cubano para contribuir al logro de los objetivos del modelo del egresado.
- Laboratorio: se jerarquiza el valor responsabilidad en la toma y manejo de las muestras para evitar el contacto directo con las mismas y la posibilidad de contraer una enfermedad, así como cambios en la entrega de los resultados a los pacientes.
- Regulación menstrual: se jerarquiza el valor humanismo, en la orientación a las pacientes sobre el desarrollo de la nueva vida que se está formando y provoca un sentimiento de amor en su madre.
- Imagenología: mediante la ultrasonografía se jerarquizan los valores responsabilidad y solidaridad, en la observación de forma minuciosa por el médico y/o técnico del producto de la concepción (embrión-feto) para emitir un diagnóstico lo más certero posible y evitar el nacimiento de niños con defectos congénitos, alteraciones en su crecimiento y desarrollo y solidarizarse con la pareja que acude en busca de asesoramiento médico para determinar la mejor conducta a seguir.
- Cuerpo de guardia: se jerarquizan los valores de humanismo y solidaridad al sensibilizarse los profesionales de la salud y estudiantes de medicina con la situación de enfermedad de los pacientes y estar dispuestos a brindar ayuda solidaria a los que acuden a esta área de trabajo profesional.

### **MÉTODOS A DESARROLLAR EN LA EDUCACIÓN EN EL TRABAJO ■**

Los métodos más utilizados para el desarrollo de esta forma de organización lo constituyen los métodos para el diagnóstico epidemiológico y clínico, este último en sus dos dimensiones identificadas por M. León (2012): la dimensión pedagógica —denominada por la autora de aprehensión médica— para contribuir a la enseñanza-aprendizaje de la medicina, y la dimensión diagnóstica para la prescripción de enfermedades que afectan a la población.



La autora define método clínico como un sistema de procedimientos, que contiene en sus dimensiones diagnóstica y pedagógica, la atención individual y colectiva de la población en universidades y escenarios de la atención primaria y secundaria de salud.

Esta autora plantea que estas dimensiones del método clínico tienen una orientación hacia la acción social en la comunidad, a través de acciones de Promoción de Salud y prevención de enfermedades. Identifica además dos funciones.

La primera función es una de contextualización del aprendizaje, que permite vincular el contenido de las disciplinas biomédicas con la actividad práctica de los profesionales de la salud para lograr la vinculación teórico-práctica del contenido biomédico en las diferentes formas de organización de la enseñanza-aprendizaje en las carreras de la salud. Esto, a partir de las vivencias del estudiante durante su tránsito por las áreas de trabajo del policlínico universitario: en la atención primaria de salud en la comunidad y en la atención secundaria de salud en los hospitales.

La segunda función es la axiológica, dada por su contribución a la formación en los estudiantes del valor identidad profesional médica al dinamizar el contenido en la relación entre la adquisición de conocimientos teórico-prácticos, el desarrollo de habilidades profesionales y el reforzamiento de los valores morales, considerados fundamentales para la sociedad cubana.

## **PROCEDIMIENTOS Y ACCIONES DE LA DIMENSIÓN PEDAGÓGICA. APREHENSIÓN MÉDICA DEL MÉTODO CLÍNICO A DESARROLLAR POR ESTUDIANTES DE MEDICINA Y PROFESIONALES DE LA SALUD ■**

***Primer procedimiento:*** Acercamiento profesional en las áreas de trabajo donde laboran los profesionales de la salud del contexto educativo policlínico universitario

Acciones a realizar por los profesionales de la salud:

### *Metodólogo de la Carrera de Medicina*

- Orientación al colectivo de año en la realización del diagnóstico del estado de los recursos humanos y materiales del contexto educativo policlínico universitario para el desarrollo de la Educación en el Trabajo.

### *Profesor guía del grupo*

- Elaboración del diagnóstico del estado de los recursos humanos y materiales con la participación de tutores y jefes de áreas de trabajo.

### *Jefe de cada área de trabajo*

- Análisis y discusión, con el colectivo que dirige, de la programación de actividades correspondiente a su área.

- Aprobación y/o propuesta de otras actividades a desarrollar por los estudiantes de medicina en su área de trabajo.

*Profesionales de la salud de cada área de trabajo*

- Dirección y control de los estudiantes en la actividad práctica.

Acciones a realizar por los estudiantes de medicina:

- Observación de la actividad práctica de los profesionales de la salud en cada área de trabajo.
- Análisis y síntesis de lo observado en la actividad práctica, en interrelación con los conocimientos de las disciplinas biomédicas contextualizados en cada área.
- Ejecución médica de la actividad práctica de los profesionales de la salud por áreas de trabajo.

**Segundo procedimiento:** Facilitación de la dinámica de grupo

- Acciones a realizar por los profesionales de la salud de cada área de trabajo:
- Socialización de conocimientos y experiencia práctica con los estudiantes de medicina.
- Acciones a realizar por los estudiantes de medicina:
- Intercambio con los profesionales de la salud sobre los conocimientos de las disciplinas biomédicas recibidos en el área del aula.

**Tercer procedimiento:** Interiorización del contenido profesional médico

- Acciones a realizar por los profesionales de la salud de cada área de trabajo:
- Evaluación de lo aprendido, a partir de las acciones realizadas por los estudiantes de medicina por áreas de trabajo.
- Orientación de la autoevaluación y la coevaluación de los estudiantes de medicina por áreas de trabajo.

Acciones a realizar por los estudiantes de medicina:

- Valoración de lo observado y ejecutado en cada área de trabajo.
- Autoevaluación y evaluación de sus compañeros por áreas de trabajo, teniendo en cuenta los conocimientos, habilidades profesionales y valores que se contribuyen a formar.

## **EVALUACIÓN ■**

La evaluación en la Educación en el Trabajo se ajusta a lo establecido en el Plan de Estudio de la Carrera de Medicina, en lo referido a las evaluaciones frecuentes. Esta se realizará sistemáticamente mediante la autoevaluación y coevaluación de los estudiantes de medicina y la evaluación por los profesionales de la salud de las áreas de trabajo.

## **BIBLIOGRAFÍA DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN EL TRABAJO ■**

### *Bibliografía básica*

Llanio Navarro, R. *Propedéutica clínica y semiología médica*. Tomo 1. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana, 2008.

### *Bibliografía complementaria*

Materiales didácticos confeccionados por los profesionales de la salud de cada área de trabajo, así como textos especializados

Puertas Hernández, N. *Ultrasonido gineco-obstétrico*. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana, 2006.

Rigol Ricardo, O. Sistema reproductor masculino y femenino. En *Obstetricia y Ginecología*. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana, 2004.

## **ORIENTACIONES METODOLÓGICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN EL TRABAJO ■**

- Para la implementación del programa es necesario que el profesional de la salud domine los resultados del diagnóstico integral de los estudiantes, los recursos humanos y materiales del contexto educativo policlínico universitario y el espacio-tiempo. Los profesionales de la salud deben tener una preparación teórico-metodológica en el puesto de trabajo.
- El profesional de la salud designado para la organización de la Educación en el Trabajo debe diseñar la preparación teórico-metodológica, que puede contener la entrega del programa a los profesionales de la salud acompañado de las siguientes orientaciones: 1) Seleccionar los conocimientos, habilidades profesionales y valores que, según su criterio, se concretan en el área de trabajo donde usted labora 2) Interrelacione conocimientos, habilidades profesionales y valores del programa con los procedimientos y acciones desarrollados por usted en el área donde labora.
- Debe elaborar el objetivo de la actividad y las acciones a desarrollar por estudiantes de medicina en el área donde trabaja, teniendo en cuenta el objetivo general del programa y los conocimientos, habilidades profesionales y valores seleccionados para su área de trabajo. A partir del programa debe elaborar un diseño de programación de actividades a desarrollar en su área de trabajo, según la estructura siguiente: 1) Área de trabajo profesional; 2) Objetivos; y 3) Acciones a realizar por estudiantes de medicina.
- Se entrega el proyecto elaborado al profesional del área rectora (consultorio médico de la familia) con las siguientes orientaciones: 1) Estudio de la propuesta de programación de actividades y resumen de aspectos positivos, negativos y sugerencias para mejorar la propuesta si fuera necesario; 2) Devolución de la propuesta a los profesionales de la salud en el área de trabajo que corresponda para su valoración crítica en el colectivo de profesionales;

- y 3) Aprobación del diseño definitivo de la programación de actividades de todas las áreas de trabajo profesional en el colectivo de año.
- Se deberán organizar las actividades del programa por rotaciones por áreas de trabajo. La rotación por áreas de trabajo se debe realizar en las sesiones semanales previstas en el horario docente. Al iniciar cada rotación, el profesional de la salud designado para la organización de la misma debe dedicar parte del tiempo asignado para realizar la orientación de la rotación médica, utilizando la información recibida en las teleclases, la literatura impresa y digital. En las sesiones de la Educación en el Trabajo los estudiantes deben rotar por dos áreas a la vez: el consultorio médico de la familia (área rectora) alternando semanalmente con una de las restantes áreas seleccionadas.
  - En cada área de trabajo profesional se debe tener en cuenta la sistematización de los contenidos de las disciplinas biomédicas, recibidos por los estudiantes en el aula, en interrelación con la adquisición de conocimientos teórico-prácticos, desarrollo de habilidades profesionales e identificación y concientización de la identidad profesional médica. Al finalizar la rotación por cada área de trabajo profesional se dedica una sesión al debate de las vivencias profesionales en la educación en el trabajo.

## CONCLUSIONES ■

El programa contribuye a la sistematización de los conocimientos, contextualizándolos en el policlínico universitario mediante un sistema de procedimientos y acciones del método clínico en sus dimensiones diagnóstica y pedagógica, para contribuir a la Promoción de Salud y prevención de enfermedades en la comunidad y a la formación integral del profesional de la salud. ☼

## BIBLIOGRAFÍA

Acebo Rivera, M. y León Acebo, M. (2016). La formación de valores identitarios en el profesional de la Universidad Cubana Contemporánea. En *Revista Electrónica Didasc@lia* Vol. 7, número 5 (Monográfico Especial) ISSN: 2224-2643.

Acebo Rivera, M. y León Acebo, M. (2016). Fundamentos axiológicos en las investigaciones educacionales. En *Revista Electrónica Opuntia Brava* (Monográfico Especial) ISSN: 2222-081X RPNS: 2074.

Castro Bosch, M., Espinosa Rodríguez, R. y Pujals Victoria, N. (2012). Lo social en el currículo de formación de profesionales de la salud. En *Revista Electrónica Educ Med Super* 26(3): 259-70. [citado 22 de noviembre 2015]; Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/53/43>.

Díaz Velis Martínez, E. y Ramos Ramírez, R. (2013). Reflexiones orientadoras sobre la Didáctica Especial en las asignaturas clínicas. En *Revista Electrónica EDUMECENTRO* 5(1). [citado 20 de Septiembre 2013]; Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view>

Fajardo Tornes, YL. y Matos Hernández, E. (2013) Dinámica de la formación praxiológica docente en el Médico General. En *Revista Electrónica EDUMECENTRO* 5(3): 45-51. [citado 22 de noviembre 2015]; Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/260>.

García Gascón, A. y Querts Méndez, O. (2015). Estrategia pedagógica para la formación profesional en las ciencias biomédicas. En *Revista Electrónica MEDISAN* 19(2). [citado 22 de noviembre 2015]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>.

García Pérez, RP. (2015). El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica. En *Revista Electrónica Educ Med Super* 29(3): 259-70. [citado 22 de noviembre 2015]; Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index>.

Hernández Rodríguez, IM. (2014). *La concepción pedagógica del proceso de formación humanista para los estudiantes de la carrera de medicina. Estrategia para su implementación en la universidad de ciencias médicas de Pinar del Río*. La Habana: Repositorio de tesis, Biblioteca Virtual de Salud; Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/792/>.

León Acebo, M. (2012). El método aprehensión médica en la formación de valores. En *Revista Didasc@lia*. ISSN 2224-2643.

León Acebo, M. (2012). Estudio histórico de la educación en el trabajo en el ciclo básico de la carrera de Medicina. En *Revista IPLAC* ISSN: 1993-6850.

León Acebo, M. y Acebo Rivera, M. (2015) Actividades para la educación en el trabajo de estudiantes de la carrera de Medicina. En *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* Vol. 40, número 12 ISSN: 1029-3027 | RNPS 1824. 9.

Pichs García, LA. (2014). *Estrategia Pedagógica Interventiva para favorecer el desempeño profesional de los estudiantes y egresados de la carrera de Medicina en las Urgencias Médicas a nivel de la Atención Primaria de Salud*. La Habana: Repositorio de tesis, Biblioteca Virtual de Salud; Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/798/>

Salas Perea, RS. y Salas Mainegra, A. (2012). La educación médica cubana. Su estado actual. En *Revista de Docencia Universitaria*. REDU 10 (extraordinario): 293-326. [citado 20 de Septiembre 2013]; Disponible en: <http://red-u.net/redu/index.php/redu/article/view/477>.

Salas Perea, R. y Salas Mainegra A. (2014). La educación en el trabajo y el individuo como principal recurso para el aprendizaje. En *Revista Electrónica EDUMECENTRO* 6(1): 45-51. [citado 22 de noviembre 2015]; Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/362>

Vela Valdés, J., Fernández Sacasas, JA. y Álvarez Sintés, R. (2012). Política de formación médica para la atención primaria de salud y el papel de la asignatura Medicina General Integral en el currículo. En *Revista Electrónica Educ Med Super* 26(2): 259-70. [citado 20 de Septiembre 2013]; Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_)



---

# PERTINENCIA DE LA ESPECIALIDAD Y EL DIPLOMADO EN ENFERMERÍA Y SALUD MENTAL DE CUBA

MARTA OTERO CEBALLOS

MARICELA TORRES ESPERÓN

ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE CUBA

## INTRODUCCIÓN ■

La globalización es un fenómeno mundial que ha favorecido el proceso de la internacionalización para las ciencias de la salud. No se concibe la formación de profesionales que no tenga en cuenta estos elementos y, a su vez, se exige que los profesionales y los programas docentes que se ofertan para su formación sean de calidad. Un elemento que lo garantiza es que sean pertinentes para cubrir las necesidades de salud siempre cambiantes en el mundo, requerimientos profesionales que generalmente están a tono con las exigencias de los contextos.

Las universidades médicas tienen la responsabilidad de formar profesionales con competencias suficientes para desempeñarse en la práctica cotidiana de manera pertinente y con calidad. La pertinencia en la formación de profesionales se puede analizar desde dos aristas: en las instituciones formadoras y en los programas universitarios. Ambas constituyen elementos esenciales que la determinan en sí misma.

En tal sentido el concepto de *pertinencia* de la educación superior ha evolucionado hacia una concepción amplia de estrecha vinculación con la calidad, la equidad, la responsabilidad social, la diversidad, el diálogo intercultural y los contextos en que se desenvuelve. Todo esto apunta a fortalecer la convicción de que las instituciones de educación superior tienen una ineludible responsabilidad social, y no solo académica y profesional. Lo más importante es que dicha responsabilidad social, en última instancia, es la que realmente determina su pertinencia y calidad.<sup>11</sup>

El currículo de la especialidad y el Diplomado de Enfermería y Salud Mental se diseñó para dotar de competencias al personal de enfermería que trabaja en esa especialidad en Cuba. Este

artículo tiene el objetivo de determinar la pertinencia de la especialidad y el Diplomado en Enfermería y Salud Mental en Cuba.

### **DISEÑO METODOLÓGICO ■**

Se realizó una investigación de desarrollo donde se utilizaron técnicas cualitativas como la revisión documental y bibliográfica en el año 2015 en Cuba. Para confirmar la pertinencia de la especialidad y el Diplomado en Enfermería y Salud Mental, se utilizó la triangulación de varios métodos que se citan a continuación:

- Análisis del encargo social de las formas organizativas del posgrado. Se midió a partir de la indagación de las necesidades de aprendizaje de los profesionales de enfermería que trabajan en salud mental, la estructuración y reorientación de los servicios, y el cuadro de salud mental de la población en Cuba y en el mundo
- Comparación con otros diseños curriculares. Se comparó con cinco programas correspondientes a especialidades de enfermería y uno de medicina en salud mental, asignaturas, cursos y diplomados.
- Análisis de la coherencia de la especialidad y el diplomado de Enfermería y Salud Mental con los tres principios rectores que rigen las transformaciones en el campo de la salud y que se consideran como criterios fundamentales para una evaluación adecuada de la pertinencia de la formación médica.
- Correspondencia con las políticas de salud internacionales. En tal sentido, se revisaron las propuestas de prioridades de investigación en enfermería en la región de las Américas para el próximo quinquenio y su relación con los contenidos que se abordan en la especialidad y el diplomado.

### **DESARROLLO ■**

La pertinencia de un programa universitario responde en primer lugar a que la universidad como institución académica sea responsable de la formación de los profesionales, de manera que logre funcionar en interrelación dialéctica con la sociedad y satisfaga las necesidades del tipo de profesional por formar (encargo social), con un enfoque hacia y desde la sociedad.<sup>12</sup>

Desde estas dos perspectivas, analizar la pertinencia de los currículos que se presentan en este estudio se debe centrar en el encargo social, pues, dadas las características del sistema de educación superior cubano, está garantizada la responsabilidad social de las instituciones.

En cuanto al encargo social, los resultados de las necesidades de aprendizaje aportaron evidencias que justifican los diseños de las formas organizativas del posgrado que se proponen. Asimismo el cuadro de salud de la población y la reorientación de la salud mental en Cuba



proporcionan otros argumentos que demuestran la pertinencia.

La Organización Mundial de Salud (OMS), reconoce que 450 millones de personas sufren de trastornos mentales y que cerca de la mitad se manifiestan antes de los 14 años, de manera que el 20% de los niños y adolescentes del mundo padecen algún trastorno mental. Estos están ligados al consumo de sustancias y son la causa de cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad. La estigmatización y la discriminación de que son víctimas los enfermos y sus familiares disuaden a las personas de recurrir a los servicios.<sup>13</sup>

La demencia y la disfunción cognitiva ya son las principales enfermedades crónicas que contribuyen a la discapacidad y la dependencia en las personas mayores de todo el mundo, problema que afecta a más de 47 millones de personas. Se espera que esta cifra, impulsada por el envejecimiento de la población, se triplique para el 2050.<sup>14</sup>

Desde la década de 1990 la salud mental en Cuba ha atravesado un proceso de reorientación hacia la atención primaria. Esto trajo aparejado un aumento de la cantidad de centros y servicios comunitarios, con el consecuente aumento de la cantidad de personal de enfermería que se desempeña en ellos. Además, este proceso hizo necesario un cambio de concepción en las prestaciones y en la formación profesional que hasta ese momento se brindaban.

En segundo término, como ya se ha planteado, el concepto ha evolucionado hacia una concepción más amplia: su estrecha vinculación social e internacional, la diversidad, el dialogo intercultural y los contextos exigen programas docentes que trasciendan fronteras y saberes.<sup>15,16</sup> En tal sentido, otro análisis que pudiera comprobar la pertinencia de las formas organizativas de posgrado que se proponen es la comparación con otros diseños, como es el caso de cinco programas correspondientes a especialidades de enfermería y uno de medicina en salud mental, asignaturas, cursos y diplomados<sup>17, 18, 19, 20, 21</sup> en los cuales se observó correspondencia entre los contenidos, como se explica a continuación.

- Las cinco especialidades revisadas tienen similitudes con los cinco primeros cursos del diplomado y la especialidad.
- Los diplomados que se revisaron coinciden con los dos primeros, el quinto y sexto curso del diplomado y la especialidad.
- Las asignaturas que se revisaron tienen mayor relación con algunos cursos del diplomado y la especialidad.
- Existe coincidencia con todos los programas revisados al abordar conocimientos sobre generalidades de la psiquiatría y la salud mental, ética y legalidad y psicopatología.
- En ninguno de los programas de enfermería revisados<sup>22, 23</sup> se tratan temas sobre psicoterapia.

pia o sobre cómo abordar la crisis y la urgencia psiquiátrica como cursos independientes o específicos. Estos solo se encontraron en el programa de la residencia cubana en Psiquiatría.

A juicio de la autora, en el contexto cubano es necesario tratar estos temas por la calificación que tiene el profesional de enfermería y por el papel que desempeña dentro del equipo de salud, que le permite intervenir en situaciones de crisis. Este aspecto, además, hace novedoso el diseño de los programas de Cuba en el campo internacional.

Otra forma de analizar la pertinencia de las propuestas de esta investigación se refiere a tres principios rectores que rigen las transformaciones en el campo de la salud y que se consideran criterios fundamentales para una evaluación adecuada de la pertinencia de la formación médica. Estos principios, universalmente compartidos, son los siguientes:<sup>24, 25</sup>

1. El nuevo paradigma acerca de la interacción entre el desarrollo socioeconómico, la salud y la equidad.
2. El valor estratégico que actualmente se asigna a los recursos humanos para el mejoramiento de los sistemas de atención de la salud, tanto en su eficiencia como en su equidad.
3. Lo que se ha denominado el ciclo interactivo de la calidad de la educación médica y la calidad de la atención de la salud.

En relación con el primer principio, cabe destacar que tradicionalmente el concepto de *desarrollo social* ha tenido una connotación eminentemente económica y, en consecuencia, los planes de acción y las políticas nacionales han sido centrados casi exclusivamente en el crecimiento económico, negando la dimensión humana. La inclusión de esta última lleva a la comprensión del desarrollo humano como un proceso continuo al cual todo los seres humanos, y todos los países, tienen derecho a acceder plenamente y participar, en forma solidaria, de los logros económicos, sociales, culturales y políticos que propicien su bienestar y el disfrute de los bienes espirituales y materiales consustanciales a la dignidad humana.<sup>26</sup> Esta concepción para el abordaje de la salud del pueblo es requisito indispensable para que las instituciones de educación tomen en cuenta, al formar los recursos humanos, qué requiere cada tiempo y cada contexto.

Existe preocupación global por el mejoramiento de la eficiencia y equidad de los sistemas de salud en momentos en que hay una crisis económica y política prolongada que afecta al sector público, que provoca el aumento de las inequidades y la agudización de la pobreza. El diplomado y la especialidad que se proponen abordan contenidos relacionados con los determinantes sociales de la salud, la ética y la equidad. En la definición de la OPS/OMS de la “salud como un bien público”<sup>27</sup> se destaca la relación entre el desarrollo económico-social y humano de los países y las condiciones de salud de la población. En estas formas organizativas, se abordan la reorientación de la salud mental hacia la comunidad y las prioridades regionales de investigación en enfermería para el avance de la cobertura universal de salud 2015–2017.

En relación con el segundo principio, el personal de enfermería desempeña un importante papel en estos escenarios, cuya competencia es esencial para ofrecer prestaciones de calidad. La concepción de que estos recursos humanos son los prestadores de cuidados por excelencia en el equipo de salud, y que son el elemento esencial de la calidad de los servicios, hace que la atención en salud mental tenga un enfoque más equitativo. El cambio sería orientar las acciones hacia la preservación de la salud y la cobertura universal. Sus acciones están orientadas a promover estilos de vida saludables, a elevar la eficiencia en las prestaciones con competencias específicas, lo que se traduce en mejor salud mental para la población

En cuanto al tercer principio, para el cumplimiento de la misión social y sanitaria de contribuir al mejoramiento de la eficiencia y la equidad en la atención de salud de la población se precisa el compromiso de las instituciones docentes de transmitir nuevos modelos de ejercicio profesional en el área de la salud y de valorar para ello el análisis de los contextos y sus realidades concretas. En este sentido, la investigación partió de la indagación hecha en 2003 por la Dirección Nacional de Enfermería y la Cátedra de Gestión de Enfermería, y continuada en el 2006, que aparece explicada en el apartado anterior, donde se identificaron las necesidades de aprendizaje de los profesionales. Ello y el propio hecho de que las circunstancias no permitieran la aplicación de la especialidad propiciaron una solución alternativa y válida, que fue el diplomado. La exploración de la percepción de egresadas y empleadores es otra manifestación de la relación con este principio.

Por último, otra perspectiva que pudiera considerarse para el análisis de la pertinencia de los diseños curriculares que se presentan en esta investigación, es su correspondencia con las políticas de salud internacionales. En tal sentido, se revisaron las propuestas de prioridades de investigación en enfermería en la región de las Américas para el próximo quinquenio,<sup>28, 29, 30</sup> y se encontró coincidencia con los siguientes tópicos:

- Estudios comparativos de los procesos de regulación y formación de profesionales de enfermería en los niveles de enseñanza: auxiliar, técnico, licenciatura, especialización, maestría y doctorado.
- Modificaciones curriculares e innovaciones educativas y tecnológicas en la formación de recursos humanos en enfermería.
- Análisis de modelos curriculares relacionados con la práctica interprofesional.
- Formación y gestión interprofesional para promover competencias relacionadas con el trabajo en el equipo multidisciplinario.

## CONCLUSIONES ■

Los resultados de la identificación de las necesidades de aprendizaje, la contextualización lograda con la revisión documental y el trabajo con expertos permitieron el diseño curricular por competencias de dos formas de organización del posgrado en Salud Mental para enfermería, cuya aplicación es pertinente para mejorar el desempeño de estos profesionales y, por tanto, la atención de salud a la población.

El diseño por competencias del diplomado tiene una estrecha relación con la especialidad. Luego de su implementación se considera pertinente para este tipo de formación. ☼

## BIBLIOGRAFÍA

- Añorga, J. et al. (2010) La parametrización en la investigación educativa. *Revista Varona*. (43)8: 8.
- Añorga, J. (2012) La educación avanzada y el mejoramiento humano. Tesis doctoral de segundo grado. La Habana, pp. 170-178.
- Borroto Cruz, Eugenio Radamés et al. (2010, marzo) Un nuevo modelo formativo de médicos en la Universidad Barrio Adentro, República Bolivariana de Venezuela. *Revista Educ Med Super*. 24(1): 111 -135. Citado 2013, 27 de noviembre. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412010000100013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000100013&lng=es)
- Borroto Cruz, Eugenio Radamés et al. (1999) El reto por la calidad y la pertinencia: la evaluación desde una visión cubana. *Revista Educ Med Super*; 13(1): 70-79. Citado 2015, 5 de junio. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21411999000100011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411999000100011&lng=es).
- Castell Florit-Serrate, P. y Gispert Abreu, E. (2010) El Sistema Nacional de Salud cubano y su orientación hacia el perfeccionamiento continuo. Citado 2012, 22 de octubre. Disponible en: <http://fnsp.udea.edu.co/fnsp/congresosp7PCastellFlorit.pdf>.
- Castell Florit-Serrate, P. (2003) La intersectorialidad. Conceptualización. Panorama internacional y de Cuba. *Rev Educ Med Super*; 15(1):9-21. Citado 2012, 19 de octubre. Disponible en: [http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte\\_sanitario/edicion-2003\\_sep\\_dic/hsv2n3\\_intersectorialidad\\_castell.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/edicion-2003_sep_dic/hsv2n3_intersectorialidad_castell.pdf)
- Fernández-Carbonell, MJ et al. (2012) Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. *Anales Psicología*. 2012;28(2). Citado 2012, 4 de noviembre. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16723135008>
- González Cárdenas L. (2010) La especialidad de Medicina Familiar en la formación de los recursos humanos en Cuba. *O Mundo da Saúde, São Paulo*; 34(3):404-406.
- Dai, H. et al. (2013). Family Medicine Training in China. *Fam Med*; 45(5):341-342. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421412001000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412001000100002&lng=es)
- Iñiguez Rojas L. (2012) Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. ;38(1):109-25. Citado 2014, 26 de enero. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000100011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100011&lng=es)
- Izquierdo, R. (2012). La comunicación interpersonal en la familia con un miembro consumidor de sustancias ilícitas. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias Pedagógicas. La Habana.
- Leao, CD y Caldeira, AP. (2011, noviembre). Assessment of the association between the qualification of physicians and nurses in primary healthcare and the quality of care. *CienSaude Colet*.; 16 (11):4415-23.
- Medina González, I. et al. (2014, abril). Los métodos de trabajo educativo, su expresión en la formación de los recursos humanos de la carrera de enfermería. *Rev Ciencias Médicas*; 18(2): 297-305 Citado 2015, 21 de octubre. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942014000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000200013&lng=es).
- Suárez Conejero J. et al. (2013). Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Pública*; 34(1):47-53.
- Urbina Laza, O. et al. (2005, junio). Identificación de competencias en el profesional de Enfermería del servicio de Neonatología. *Rev Educ Med Super*;19(2): 1-1. Citado 2014, 4 de noviembre. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412005000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000200005&lng=es)
- Valcárcel N., Martín R. (2010). Las competencias profesionales de los docentes de la Educación Técnica-Profesional. Material impreso. Seminario Nacional. MINED. La Habana, Cuba.
- WONCA European. (2011) The european definition of general practice/ family medicine. WONCA EUROPE

---

## **PENSAMIENTO IBEROAMERICANO CON RELACIÓN AL MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD Y LA CARTA DE OKANAGAN<sup>1</sup>**

**ANA M. MARTÍNEZ PÉREZ, ECUADOR (COORDINADORA)**

**HIRAM V. ARROYO, PUERTO RICO**

**CARMEN GALLARDO PINO, ESPAÑA**

**MAYELA AVENDAÑO SALAS, COSTA RICA**

**ADRIÁN MOYA ESCALERA, MÉXICO**

**SUSANA TERRY GONZÁLEZ, CUBA**

**JAIME BREILH, ECUADOR**

**MONICA CASTILLO ROSALES, CHILE**

**MARÍA C. GRANADOS MENDOZA, COLOMBIA**

### **FIRMA DE LA CARTA DE OKANAGAN - 2015 ■**

En el mes de junio de 2015 tuvo lugar en el campus de Okanagan, de la Universidad de British Columbia, Canadá, un congreso y la firma de una Carta de Promoción de la Salud en las Instituciones de Educación Superior a nivel global. Este año se celebraban los diez años de la Carta de Edmonton para las universidades como instituciones promotoras de la salud y ha sido convocado el VII Congreso desde que en 2003 se celebró el primer encuentro en Santiago de Chile y de forma bianual se han desarrollado los siguientes hasta la actualidad (Edmonton, Canadá, 2005; Ciudad Juárez, México, 2007; Pamplona, España, 2009; San José, Costa Rica, 2011; San Juan, Puerto Rico, 2013; Kelowna, Canadá, 2015).

Durante los seis meses previos al evento, un grupo de trabajo fue coordinando la redacción del documento que se firmó en forma de Carta para servir de guía para promover la salud en las universidades de todo el planeta. Este grupo de trabajo ha estado conformado por una de las coordinadoras del Congreso (Claire Budgen), por expertos en promoción de la salud de diferentes instituciones de Canadá (Cheryl Washburn –University of British Columbia, Tara Black-Simon Fraser University), por un representante de la Organización Panamericana de la

---

<sup>1</sup> Para beneficio de los lectores se incluye, al final de este trabajo, el texto íntegro traducido de la Carta de Okanagan, así como el enlace al texto original en inglés publicado en el sitio de internet de la Fundación para la para la Salud (FUNDADEPS).

Salud (Alfonso Contreras), una representante de UNESCO-Santiago de Chile (Mary Guinn Delaney), representante de la Red inglesa de Universidades Saludables (Sharon Doherty), representante de la Red alemana de Universidades Promotoras de Salud (Sigrid Michel), representante de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (Ana Martínez).

Los miembros de las diferentes redes de Universidades Promotoras de la Salud fueron consultados mediante una encuesta en español y en inglés, además de llevarse a cabo una serie de entrevistas a informantes clave en cada contexto regional. De los resultados obtenidos se compuso un documento conjunto que fue sometido a debate en las jornadas de trabajo previas a la firma de la Carta, día 25 de junio de 2015.

En la sesión dedicada a debatir el borrador de la Carta, hubo una serie de propuestas que el grupo de hablantes de español llegados de diferentes países de América Latina y de España articuló de forma conjunta. Para este grupo la palabra clave es *igualdad*, la idea principal es el énfasis en la vinculación con la comunidad y la frase destacada de la Carta de Okanagan es “Garantizar la acción en promoción de la salud desde los principios de igualdad, justicia social y diversidad, mientras se reconoce la interconexión entre la salud, la sostenibilidad y el cambio ecológico global”. La salud se reconoce como la vida vivida con autonomía, solidaridad y placer desde un enfoque salutogénico. Las universidades promotoras de salud son por definición una parte esencial de la estrategia de promoción de la salud, trabajando colaborativamente desde posicionamientos interdisciplinarios, transversales e intersectoriales.

Al final, el día 25 de junio de 2015 fue firmada la carta por el Rector de la Universidad de British Columbia, Canadá, el representante de los estudiantes, del profesorado y los administrativos, además de por los representantes de 18 redes nacionales presentes en el evento. El acuerdo consignado en la Carta de Okanagan nos lleva a comprometernos en dos llamados a la acción. En primer lugar, nos vincula a promover la salud en las instituciones de educación superior, en todas sus políticas, en sus departamentos, creando entornos de apoyo y servicios de bienestar. En segundo lugar, nos comprometemos a liderar la acción y colaborar en la promoción de la salud a nivel local, nacional y regional, enseñando, capacitando, investigando y evaluando la promoción de la salud que se hace en las comunidades con las que nos relacionamos.

## **ANTECEDENTES ■**

La historia de la promoción de la salud como modelo de actuación y reflexión sobre acciones para la mejora de las condiciones de vida de la población podría ser vista como una sucesión de documentos y declaraciones de intenciones desde la Carta de Ottawa de 1986 hasta nuestros días. Esta secuencia de acuerdos y disensos tiene la particularidad de haber sido concebida mayoritariamente desde posiciones geoestratégicas dominantes en el panorama de las políti-

cas públicas en torno a la salud. Sin embargo, la salud en general y la promoción de la salud en particular implican una manera de actuación que sólo puede darse desde la participación y el trabajo en red a nivel global. En estas coordenadas de realidad, surge en la década de los noventa del pasado siglo, un movimiento que aúna el interés por la salud y por la educación en unas instituciones de educación superior que son el escenario más adecuado para unir estas dos políticas. En efecto, las universidades y escuelas politécnicas reúnen al colectivo de estudiantes, futuros líderes de equipos de trabajo, con las plantillas de trabajadores y trabajadoras académicos y administrativos enfocados en la capacitación de esos futuros líderes. Los profesionales de la academia, además, se dedican a la investigación de modos y maneras de mejorar salud y educación de la población en su conjunto, con lo que las instituciones que los aglutinan terminan siendo entornos laborales, laboratorios sociales y espacios para la reflexión de cómo queremos que sea el mundo.

Este texto pretende aglutinar las opiniones en torno a la promoción de la salud desde las instituciones de educación superior de la región de América Latina y España de un grupo de expertos representantes de las redes de Universidades Promotoras de Salud (UPS) con el fin de aportar experiencias y lecciones aprendidas ante la redacción de una nueva carta internacional en junio de 2015 en Kelowna, Canadá. Tenemos interés en una perspectiva inclusiva con un posicionamiento no desplazado hacia el norte sino con vocación de globalidad y visión de futuro. La salud y la educación entendidas como maneras de mejorar las condiciones de vida desde unas universidades críticas y en permanente contacto con las comunidades a las que se deben y con las que interactúan.

## **OBJETIVOS ■**

Conocer la situación del movimiento de universidades promotoras de salud en Iberoamérica en el contexto global prestando atención a los aspectos a tener en cuenta para la redacción consensuada de una nueva carta internacional de promoción de la salud en las instituciones de educación superior.

- Mapear el movimiento de universidades promotoras de salud en el contexto de América Latina, Caribe y España, dentro de la Red iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud, RIUPS.
- Establecer un análisis comparativo de las diferentes visiones de las redes nacionales de UPS en el panorama global de la promoción de la salud en las universidades.
- Conocer la visión de los grupos de interés en promoción de la salud en Iberoamérica sobre los aspectos para tener en cuenta para la redacción de la nueva carta internacional que será promulgada en Kelowna, el 25 de junio de 2015

## **METODOLOGÍA ■**

Para el primer objetivo, realizamos una búsqueda bibliográfica y una consulta pormenorizada de los documentos generados en la región de las Américas sobre promoción de la salud que presentamos en otro documento. Además de la recopilación de fuentes secundarias tradujimos al inglés de los documentos más relevantes con el fin de dar a conocer a la comunidad científica internacional los avances llevados a cabo en estos países.

El segundo objetivo se llevó a cabo mediante el análisis comparativo de los diferentes enfoques de cada red nacional de UPS, para la comparación, trabajamos con análisis de contenido de los documentos generados en colaboración y de las páginas web de cada red o institución responsable.

El tercer objetivo se realizó mediante un breve cuestionario en español enviado electrónicamente a los países de América Latina y España, con un total de 52 respuestas analizadas. De forma paralela, se entrevistó a los ocho representantes de otras tantas redes nacionales de la región (RIUPS, REUS-España, Red Puertorriqueña, Red Costarricense, Red Colombiana, Red Chilena, Red Cubana, Red Ecuatoriana). El trabajo de campo fue realizado durante los meses de abril y mayo de 2015. Las entrevistas se realizaron vía correo electrónico o vía Skype, grabadas, transcritas y analizadas según los objetivos de esta investigación. La duración de cada entrevista osciló entre los 30 y los 90 minutos dado que algunas personas entrevistadas tienen el doble rol de coordinar redes nacionales e internacionales. Incorporamos al análisis los resúmenes presentados al Congreso Internacional “10 años después de la Carta de Edmontón” (2015 International Conference on Health Promoting Universities and Colleges).

## **ANÁLISIS Y RESULTADOS ■**

Finalizado el trabajo de campo, llevamos a cabo el análisis de las fuentes primarias y secundarias generadas en forma de respuestas al cuestionario y las entrevistas en profundidad, además de consultados los resúmenes presentados como ponencia al congreso. Cada una de las redes nacionales que componen la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud, RIUPS, tiene una vocación o un carácter dependiendo del momento de su fundación y del grupo de universidades que la impulsaron, así como de la relación que establecen con sus gobiernos o autoridades regionales.

### **1. Reflexiones en torno a la promulgación de las Cartas y Declaraciones de Promoción de la Salud y la experiencia acumulada**

Desde América Latina y España se reclama una mayor y mejor comunicación entre la comunidad científica de las diferentes partes del mundo, argumentando como problema una falta de conocimiento del Norte con respecto a los documentos generados en el contexto de RIUPS y aunque en menor medida también del Sur hacia otras latitudes. Siendo el trabajo realizado por



las redes de UPS en América Latina y España importante para el movimiento de UPS a nivel global, los entrevistados reconocen que se parte del lugar común de la Carta de Ottawa como fundacional y de ahí, a los documentos de las Declaraciones de Ciudad Juárez, Pamplona, San José y San Juan casi sin citar la Carta de Edmonton, que se conoce, pero se utiliza poco en general.

La conferencia internacional de Promoción de la Salud de México en 2007 es reconocida como el evento dinamizador de la creación de RIUPS en Ciudad Juárez meses después y como ejemplo de declaración de intenciones con un adecuado desarrollo posterior para la aplicabilidad de los acuerdos. Esta es una de las recomendaciones de los informantes clave consultados, que la nueva carta promulgada en Okanagan no se quede en un documento de mínimos sin posibilidad de ser aplicado en las universidades que consignent el acuerdo. Así mismo, se pone el énfasis en la participación de los estudiantes tanto para la elaboración del documento como en el desarrollo de los principios que la carta establezca.

Desde alguna de las redes de América Latina, se pone también acento en la necesidad de redefinir el concepto de salud/promoción de la salud y puntualizar quiénes son los sujetos de la promoción de la salud, tanto para no quedarnos en abordajes teóricos como para que no sea una definición del Norte para todo el planeta, esto es, para que el Sur no siga siendo invisibilizado en la promoción de la salud a nivel global.

Partiendo de la experiencia previa en la redacción o uso de las cartas anteriores, las personas consultadas creen que las Universidades y el movimiento deberían tener más presencia en otros escenarios en los que se tramitan temas relacionados con la salud y la promoción de la salud. Lograda esta participación, y ya de vuelta a los países de cada red, presentar evidencia, resultados de investigaciones y tener una voz organizada que recupere y devuelva experiencias institucionales a nivel nacional y global, como estrategia que ayude a visibilizar avances.

Las redes de RIUPS solicitan un esfuerzo por aunar categorías y criterios comunes a nivel global y para ello la nueva carta es una oportunidad, puesto que favorecerá la compatibilidad, la sostenibilidad y el apoyo mutuo. Llegado el consenso, se pueden y deben establecer modelos de evaluación entre pares que nos permitan intercambiar experiencias y presentar la evidencia necesaria a las autoridades de educación superior, en función de que la promoción de la salud en las universidades mejora la calidad de la educación y la salud en la comunidad en su conjunto.

Con respecto al formato, los informantes consultados refieren la importancia de que figuren los logos de las diferentes redes o instituciones presentes en el proceso de elaboración de la Carta. Piden brevedad hasta el punto de proponer un formato de una sola página o esquemas que de forma sintética permitan reunir más información en menos espacio. En el formato final se tiene

que reflejar la doble función que cumple el documento, por un lado una declaración de intenciones y un compromiso consignado por diferentes instituciones, y por otro, una herramienta técnica de base para las estrategias a seguir en promoción de la salud en las IES. La estructura que se plantea tiene los siguientes ítems: principios de las UPS, glosario de términos de interés, objetivos del movimiento de UPS y estrategias a seguir, compromisos y acciones a desarrollar.

## **2. Valores y conceptos para la nueva carta**

Los entrevistados resaltan la importancia de la abogacía en salud unida a la alfabetización en salud de la comunidad universitaria, no sólo de los estudiantes o del profesorado también del personal de administración y servicios y los directivos de las instituciones. Todos los esfuerzos en empoderar a la comunidad derivarán en mejorar la equidad y en reforzar los vínculos entre las universidades y las sociedades a las que se deben, pero habrán de hacerse impulsando modelos participativos sin los que no podría haber promoción de la salud. En las redes se menciona especialmente el interés por vincular el movimiento de las universidades promotoras de salud al de otras redes como las de sostenibilidad y las de responsabilidad social, ética o vinculación con la comunidad. También se recalca la necesidad de un nuevo modelo de liderazgo que posibilite estos procesos garantizando la participación, la toma de decisiones horizontal y la rendición de cuentas en pro de unas instituciones más democráticas.

En las respuestas dadas al cuestionario en español se pone el énfasis, en cambio, en la equidad como valor considerado importante o muy importante para un 96%, siendo alfabetización en salud y bienestar los valores con mayor porcentaje de respuestas (100%), y la visión holística de la salud o la sostenibilidad ambiental los que le siguen (98%). Con respecto a las respuestas dadas al cuestionario en inglés, llama la atención la coincidencia prácticamente total en la importancia concedida a estos valores, excepción hecha del concepto de Respeto, que pasa a ocupar el primer puesto. También la idea de empoderar a los grupos de interés tiene una importancia, absoluta y relativa, más baja en el caso del cuestionario en versión inglesa. En las sociedades donde la salud todavía no es un “derecho positivo” (Susser, 1993) resulta lógico que las personas vean en el valor “Equidad” su primera opción para promover la salud de un modo adecuado.

En las redes nacionales consultadas para este análisis previo a la nueva carta internacional, se establece la prioridad de que las instituciones de educación superior sean reconocidas como actores indispensables para la estrategia a seguir en promoción de la salud a nivel global. De tal suerte que las universidades tomemos, al fin, un papel protagónico y de liderazgo en los procesos de promoción de la salud sirviéndonos del trabajo en redes regionales, nacionales e incluso internacionales, como RIUPS. Nuestra epistemología de trabajo ha de ser el desarrollo comunitario, de ahí que entendamos la necesidad de hacer promoción de la salud no sólo en la educación superior sino en el sistema educativo en su conjunto. Tal y como la Red Mexicana especifica

en una de sus reuniones: “partiendo de la definición de promoción de la salud que da la OMS, como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud, entendemos que se pone en práctica usando enfoques participativos, individual y colectivamente, para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para toda la comunidad” (UAM-Xochimilco).

En la Red Española, REUS, se parte del llamado Octaedro de la alfabetización en salud para articular las funciones de las universidades con un programa de promoción de la salud adecuado para estos entornos. Los conceptos de entorno saludable, habilidades para la vida, gestión de la diversidad y salutogénesis sirven como bases conceptuales para poder desarrollar un modelo de educación para la salud o alfabetización en salud dirigido a toda la comunidad universitaria. Al fin, se trata de que sean las universidades las que lideren la promoción de la salud, generando procesos salud y bienestar para toda la comunidad (local, regional, nacional, global) y trabajando de un modo participativo y en red. No podemos olvidar que el modelo de liderazgo que buscamos habrá de ser sostenible, esto es que cumpla con las condiciones de “profundidad, duración, amplitud, justicia, diversidad, iniciativa y conservación” como bien definen Hargreaves y Fink (2008) para los centros educativos. Del mismo modo, toda acción de promoción de la salud liderada por las redes de universidades promotoras de salud habrá de ser evaluada como el proceso de empoderamiento en trabajo grupal que es. Para ello proponemos un modelo de evaluación continuada como el de Kasmel y Tanggaard (2011) desarrollado y validado en Estonia, adaptable a otras latitudes.

### **3. Estrategias relevantes en la educación superior y formas sugeridas de movilización para la salud en los campus universitarios**

Las entrevistas dejan ver un antagonismo entre la visión asistencialista y preventivista del modelo de estilos de vida saludables y el planteamiento crítico de la determinación social. Este enfrentamiento dialéctico se ve muy reforzado por la falta de autonomía de alguna de las redes nacionales de UPS que quedan controladas por los gobiernos y al servicio de modelos de prevención de riesgos que ponen su énfasis en la enfermedad y no tanto en la salud. Los representantes de la mayoría de las redes consultadas entienden que la mejor estrategia consiste en responder a la idea de salud en todas las políticas, esto es, otorgar a la promoción de la salud una transversalidad en toda la institución con un equipo de trabajo estable y si es posible que la promoción esté incluida en el Plan estratégico de la institución de educación superior. Conviene para ello, definir espacios de participación política a nivel de la promoción de la salud en cada país, en los que también las autoridades universitarias se involucren y comprometan como agentes promotores de salud.

La responsabilidad social universitaria no cuenta con estrategias bien definidas, de tal modo que hay políticas que no se llegan a desarrollar porque cambian las autoridades y no hay una

iniciativa clara a nivel global. Destaca de forma importante el interés por lograr identificar claramente la apuesta por la *promoción de la salud*, dado que en muchos espacios no está bien definido el avance y los reportes dan cuenta más de acciones preventivas que de promoción.

Resulta también fundamental favorecer la construcción colectiva de conocimiento a nivel de la promoción de la salud: las dificultades en los procesos muestran cosas importantes que debemos identificar, analizar, entender y mostrar caminos para mejorar; no es suficiente presentar experiencias exitosas es fundamental recuperar procesos, marcos teóricos y metodologías comparativas. No contamos con sistemas potentes de información que permitan lograr sinergias en temas comunes, recuperar investigaciones para replicarlas, abrir canales de comunicación entre actores que están interesados en temas comunes de promoción de la salud en las universidades.

En la reunión de la Red Mexicana que tuvo lugar en la Universidad Autónoma Metropolitana de México de 11 de octubre de 2013, se establecieron las bases para implementar un programa Universidad Saludable o Promotora de Salud:

1. Conocer el estado de la salud (diagnóstico) en cada universidad para diseñar a qué necesitamos dar respuesta.
2. Incorporar la promoción de la salud al currículum en un formato de educación continua o Life long learning que sirva como alfabetización en salud para la comunidad.
3. Docencia e Investigación en promoción de la salud han de articularse de un modo transversal para que estén presentes en todas las disciplinas y no sólo en Ciencias de la Salud.
4. Dirigir la formación en salud desde un enfoque interdisciplinar a todos los sectores para que se constituyan en agentes promotores de salud.
5. Generar bases de datos de los estudiantes como talento humano para procesos de formación de aprendizaje servicio solidario y que puedan ser acreditados.
6. Vincularnos en redes de trabajo con otras universidades, instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil.
7. Requerimos de la voluntad política para impulsar el programa y la colaboración de las diferentes instancias de la universidad. Institucionalizar el programa con la coordinación de los grupos de trabajo en un comité Universidad Saludable.
8. Adquiere relevancia la difusión y la comunicación de lo que hacemos.
9. Optimizar recursos humanos y técnicos para generar sinergias que faciliten la labor.
10. Diseñar un plan de desarrollo de capacidades dirigido a los diferentes grupos de modo que estén incluidas competencias psicosociales o habilidades para la vida.

A nivel de RIUPS, en las entrevistas en profundidad, se enuncian una serie de estrategias que quedan ordenadas por orden de importancia en la siguiente relación:

- Incorporar la promoción de la salud en la universidad al Plan estratégico de la institución.
- Prestar servicios de salud y bienestar en el contexto universitario y para toda la comunidad.
- Establecer una acción por la salud sistemática y coordinada.
- Proponer un formato de certificación o acreditación internacional para el reconocimiento de las UPS que en la región podría conceder OPS/PAHO.
- Actuar desde la colaboración, la cooperación y la participación de las instituciones miembros de cada red.

Sin embargo, el cuestionario es respondido de acuerdo con unas propuestas cerradas que ordenan las estrategias a seguir. Vemos la coincidencia entre la posición predominante de la idea de salud en todas las políticas de la universidad y también la mención de los servicios de salud y bienestar. No obstante, la idea de entornos saludables como estrategia de acción en salud, figura en un primer lugar en las respuestas dadas al cuestionario y no fue considerado tan relevante en las entrevistas en profundidad. La explicación que podemos darle al hecho es que el concepto de “entorno saludable” engloba todo lo que venimos concibiendo como universidad promotora de salud, por lo tanto, se da por hecho y no facilita la necesidad de operacionalizar procesos, no ayuda a aterrizar en lo concreto.

#### **4. Experiencias desde el trabajo en red de la RIUPS y redes nacionales**

La evidencia de la eficacia del trabajo en red se encuentra en dos indicadores. Por un lado, los eventos celebrados en el contexto de la red en las últimas décadas:

- Doce años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud, entre 2003-2015.
- Seis Congresos Internacionales de UPS (Chile 2003, Canadá 2005, México 2007, España 2009, Costa Rica 2011, Puerto Rico 2013).
- Cuatro Asambleas generales de RIUPS en el contexto de los últimos cuatro congresos desde su constitución en 2007.
- Cinco documentos declaratorios (Edmonton, Ciudad Juárez, Pamplona, San José, San Juan).
- Institucionalización de la Red Iberoamericana RIUPS en el 2007 en Ciudad Juárez.
- Incremento de instituciones universitarias afiliadas hasta llegar a x miembros y 8 redes nacionales.
- Alicante es sede del VII Congreso Internacional de UPS en el 2017.
- Eventos de las redes nacionales de UPS en el 2014 y 2015: Argentina, España, Colombia, México, Perú, Brasil y Ecuador.
- Evento Internacional en Canadá en 2015 con la celebración de la Asamblea general de RIUPS el día 22 de junio de 2015. (Caracterización de la RIUPS desarrollado por Hiram V. Arroyo, 2016).

Por otro lado, el hecho, como dice alguna de las personas entrevistadas, de que las universidades se reúnan para trabajar en red por la promoción de la salud sin ninguna compensación económica ni de acreditación o reconocimiento, manteniendo en la mayoría de los casos, la autonomía universitaria en la toma de decisiones frente a los gobiernos nacionales, regionales y locales ya es en sí misma una evidencia de la eficacia de esta acción conjunta. Los compromisos a los que nos lleva esta situación son en primer lugar, una más intensa y mejor articulada acción por la salud, haciendo una lectura crítica de la promoción de la salud (frecuentemente solapada en la prevención de riesgos o enfermedades), formando a las comunidades universitarias y locales o regionales para ser agentes promotores de salud en su vida cotidiana, fomentar una vida activa y una nutrición equilibrada, sostenible y adecuada a la soberanía alimentaria de cada lugar. Nuestro quinto y último compromiso tiene que ver con la voluntad de trabajar mapeando redes de universidades promotoras de salud en un constante intercambio de buenas prácticas y experiencias innovadoras que nos permitan avanzar.

Al integrarnos en grupos de trabajo de las redes nacionales e internacionales obtenemos la gratificación del acompañamiento en los procesos, pero también la cohesión por el énfasis en el enfoque de los activos en salud como objetivo compartido. Sin embargo, falta un reconocimiento internacional del trabajo que las redes nacionales hacen desde hace más de una década. Esta nueva carta y el evento de Canadá deben ser un revulsivo para que esta situación cambie. Otra cosa que debería sufrir una profunda transformación sería el modelo de civilización que tenemos, puesto que nos aleja de la promoción de la salud por estar tan orientado a la destrucción medioambiental y de otras índoles. Es por ello que desarrollamos el concepto integral de unas “universidades sostenibles, saludables y solidarias” en la Declaración de Pamplona (2009). Perseguimos una idea de salud más colectiva y menos como salud pública (gubernamental) o salud privada (empresarial).

El trabajo en red resulta imprescindible para la construcción colectiva de la promoción de la salud y para la conformación de un cuerpo teórico de conocimiento que genere avances, articulando teoría y práctica en una praxis de la promoción en las UPS. Las guías nacionales para el fortalecimiento y evaluación de UPS, publicadas ya en Chile, Colombia y Costa Rica (en prensa) permiten la inclusión del tema en planes nacionales de desarrollo desde los Ministerios de Salud Pública; es decir, procesos consolidados a nivel institucional que se sustentan en políticas públicas. Finalmente, se apunta a la necesidad de recuperar aprendizajes en torno a la relación entre las Universidades y el Estado para favorecer la sostenibilidad de los procesos preservando la autonomía de las universidades.

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN ■

En una encuesta realizada a cincuenta instituciones miembros de RIUPS (Arroyo, 2013) se ordenaron las prioridades estratégicas para el futuro de la Red.

- Posicionamiento político
- Fortalecimiento del trabajo en red
- Desarrollo de capacidades
- Investigación y evaluación
- Desarrollo técnico de las UPS
- Formación académica y profesional
- Comunicación
- Gobernanza / Administración de la Red
- Reuniones y eventos de la Red

De tal modo, que hay un interés evidente en el trabajo en red con un compromiso político e institucional traducido en capacitación e investigación de promoción de la salud en la región de las Américas y España. Este orden de prioridades supone una apuesta por modelo de promoción de la salud concebido desde el Sur para ser inclusivo y crítico con otras perspectivas menos salutogénicas. Dicho de un modo resumido sería transformar las acciones de “promoción de la salud” por un movimiento proactivo que podríamos titular en gerundio “promoviendo salud”, o traducido al inglés, pasar de “*health promotion*” a “*promoting health*”. En la nueva carta internacional, convendría revisar las cinco estrategias de Ottawa y las seis prioridades de Yakarta para saber cómo queremos hacer promoción de la salud desde las instituciones de educación superior.

En la región de América Latina, el trabajo en redes de promoción de la salud se establece desde un marco teórico distinto al que se da en Europa o América del Norte (Waitzkin, 2011). En efecto, según constata la revisión bibliográfica adjunta, existe un paradigma distinto que plantea de un modo más transformador que reformador los supuestos de partida de la promoción de la salud. La salud es entendida de forma compleja y multidimensional, aunque también en la contradicción de que vivimos en una civilización malsana en la que pretendemos promover la salud (Breilh, 2013). De tal modo que, en el decir de este autor latinoamericano, “somos como un niño que sopla un barco de papel ante la corriente adversa del río Paraná”: promovemos la salud (*wellness*) en un modelo económico que sitúa en la enfermedad (*illness*) su margen de beneficio, y por tanto, de interés.

Desde las instituciones de educación superior de América Latina y España, desde RIUPS, se percibe la necesidad de fomentar una alfabetización y un empoderamiento en salud para toda la comunidad y no sólo para la población universitaria, para el conjunto de sistema educativo y

con repercusión en todo el sistema de salud. Las universidades debemos trabajar por una verdadera transferencia de conocimiento entre la sociedad y la academia, siendo la salud parte de la responsabilidad social universitaria y de la ética de la comunidad científica internacional. Se trata de articular el *hardware* (promoción de la salud en las IES) y el *software* (responsabilidad social universitaria) para que se dé una coherencia entre las acciones intrínsecas y extrínsecas de la universidad con respecto a la comunidad. Para lograr este objetivo, requerimos empezar a capacitar a los estudiantes y profesorado en las competencias en promoción de la salud (CompHP, 2012), como se ha ido haciendo con el modelo de Habilidades para la vida en las Escuelas promotoras de salud de la región (Ippolito-Sheperd, 2010). ☼

## BIBLIOGRAFÍA

Arroyo, H. V. (2013). *Perfil descriptivo del Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud*.

Breilh, J. (2013). "La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica". Ponencia presentada en el *VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI*. Marzo 4-6 de 2013, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Barry, M. M., Battel-Kirk, B., Davison, H., Dempsey, C., Parish, R., Schipperen, M., Speller, Zilnyk, A. (2012). *The CompHP Project Handbooks*. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), París.

Gallardo, C. y Martínez, A. (2012). "Health literacy in higher education: The training plan for health at URJC". Trabajo presentado en la conferencia internacional 9<sup>th</sup> European IUHPE Health Promotion Conference. Septiembre 27-29 de 2012, Tallinn, Estonia. Inédito.

Hargreaves y Fink. (2008). *El Liderazgo Sostenible. Siete principios para el liderazgo en centros educativos innovadores*. Madrid: Morata.

Kasmel, A. y Tanggaard, P. (2011). Conceptualizing organizational domains of community empowerment through empowerment evaluation in Estonian communities. *Societies*; (1) 3-29.

Ippolito-Sheperd. (2010). *Promoción de la salud, experiencias internacionales en Escuelas y Universidades*, Buenos Aires: Paidós.

Susser, M. (1993). "Health as a Human Right: An Epidemiologist's Perspective on Public Health." *American Journal for Public Health* 83: 418.

Waitzkin. (2011). *Medicine and public health at the end of empire*. Boulder: Paradigm Publishers.



## ANEJO

### CARTA DE OKANAGAN: UNA CARTA INTERNACIONAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UNIVERSIDADES E INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR<sup>2</sup>

#### RECONOCIMIENTO ■

Reconocemos que esta Carta fue desarrollada en el territorio de la Nación Okanagan.

*Esta tierra no nos pertenece. Esta tierra pertenece a siete generaciones futuras. Rezo para que el agua que bebemos, el agua en la que nadamos esté ahí disponible para nuestros tataras tataras nietos. Al igual que en todo el mundo. Rezo para que la tierra en la que caminamos, los árboles que disfrutamos estén ahí disponibles para las generaciones venideras. Todas estas cosas vienen junto con la salud. La salud de los seres humanos. La salud de los animales. Y la salud de la Madre Tierra.*

Oración de cierre hecha por Grouse Barnes  
Líder y educador indígena del pueblo Sylix de Okanagan  
British Columbia, Canadá  
Conferencia Internacional 2015  
Promoción de la Salud en Universidades  
e Instituciones de Educación Superior

#### UNA VISIÓN TRANSFORMADORA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UNIVERSIDADES E INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR ■

La promoción de la salud en las universidades e instituciones de educación superior transforma la salud y la sostenibilidad de nuestras sociedades actuales y futuras, fortalece a las comunidades y contribuye al bienestar de las personas, de los lugares y del planeta.

#### ASPIRACIONES COMPARTIDAS ■

La promoción de la salud en universidades e instituciones de educación superior incorpora la salud en las operaciones diarias, las prácticas de negocios y las obligaciones académicas. De esta forma, la promoción de la salud en universidades e instituciones de educación superior aumenta el éxito de nuestras instituciones; crea culturas humanitarias en el campus, de bienestar, equidad y justicia social; mejora la salud de las personas que viven, aprenden, trabajan, juegan y aman en

<sup>2</sup> Ver el texto íntegro en inglés de la Carta de Okanagan en <https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/735/carta-okanagan.pdf>

nuestros campus; y fortalece la sostenibilidad ecológica, social y económica de nuestras comunidades y de la sociedad de forma más amplia.

### **PROPÓSITO DE LA CARTA DE OKANAGAN ■**

El propósito de la Carta es triple:

1. Guiar e inspirar la acción proporcionando un marco que refleje los más recientes conceptos, procesos y principios relevantes para un movimiento de Promoción de la Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior, construido a partir de los avances de la Carta de Edmonton de 2005.
2. Generar el diálogo y la investigación que expanda redes locales, regionales, nacionales e internacionales y acelere la acción dentro, fuera y entre los campus.
3. Movilizar la acción internacional transversal para la integración de la salud en todas las políticas y prácticas, avanzando así hacia un desarrollo continuo de la promoción de la salud en las universidades e instituciones de educación superior.

### **DOS LLAMADOS A LA ACCIÓN ■**

La Carta tiene dos Convocatorias a la Acción para las instituciones de educación superior:

1. A incorporar la salud en todos los aspectos de la cultura del campus, a través de su misión administrativa, académica y de gestión.
2. A liderar la acción y la colaboración en promoción de la salud local y globalmente.

### **PROMOCIÓN DE LA SALUD ■**

La acción en promoción de la acción de salud se construye sobre la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, que enfatiza la conexión entre los individuos y su medio ambiente, y reconoce que la “salud es creada y vivida por las personas dentro de los marcos de su vida diaria: donde ellos aprenden, trabajan, juegan y aman”. La salud es percibida de forma holística, reflejando el “bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad o dolencia.”

La promoción de la salud requiere un enfoque positivo, proactivo, que vaya “más allá del foco en el comportamiento individual hacia una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales”, que cree, y mejore y contemple la salud en los diferentes escenarios, organizaciones y sistemas decisivos para ello. Como tal, la promoción de la salud no es solo responsabilidad del sector de la salud, sino que debe comprometer a todos los sectores para que tomen una postura explícita a favor de la salud, equidad, justicia social y sostenibilidad para todos, reconociendo al mismo tiempo que el bienestar de las personas, los lugares y el planeta son interdependientes.

*La salud se entiende como un concepto en expansión que se define a través de una conversación incipiente sobre la salud y el bienestar.*

*La promoción de la salud se entiende como “el proceso que posibilita que las personas aumenten el control sobre la salud y sus determinantes y que de ese modo la mejoren.”*

*La salud de las personas depende de los ecosistemas que sustentan la vida del planeta que “es posible debido a la biodiversidad y los productos y servicios que se derivan de ella” tales como el oxígeno, el agua limpia, los alimentos, un clima habitable, la experiencia estética y espiritual, la subsistencia y la recreación.*

## **EL PAPEL ÚNICO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR ■**

La educación superior tiene un papel central en todos los aspectos del desarrollo de las personas, las comunidades, sociedades y culturas – local y globalmente.

La educación superior tiene una oportunidad única y la responsabilidad de proveer una educación transformadora, de involucrar la opinión del alumno, de desarrollar un nuevo conocimiento y comprensión, de liderar a través del ejemplo y de abogar por la salud ante quienes toman decisiones para el beneficio de la sociedad. En la sociedad de conocimiento emergente, las instituciones de educación superior están en situación de generar, compartir e implementar descubrimientos para mejorar la salud de la ciudadanía y las comunidades ahora y en el futuro.

Una Universidad o Institución de Educación Superior es, por naturaleza, parte esencial de cualquier estrategia sistémica de promoción de la salud, trabajando colaborativamente de forma interdisciplinar e intersectorial.

Esta Carta convoca a las instituciones de educación superior a incorporar los valores y principios de la salud dentro de su misión, visión y planes estratégicos, y a modelar y someter a prueba los enfoques de forma más amplia para la comunidad y la sociedad.

Existen las siguientes oportunidades en los campus:

- Promover las obligaciones fundamentales de la educación superior mejorando la salud humana y del medio ambiente y el bienestar, que son factores decisivos del aprendizaje, la productividad y el compromiso.
- Liderar e influir incorporando la salud en la producción de conocimiento, el desarrollo de los estudiantes, las políticas institucionales y las culturas de los campus, beneficiando así las competencias de las comunidades universitarias y convirtiéndose en un ejemplo para la promoción de la salud en contextos más amplios.

- Alinearse con las agendas globales tales como la Acción Intersectorial y Salud en todas las políticas de la Organización Mundial de la Salud en la Agenda de Desarrollo de Naciones Unidas Post 2015, abordando de esta forma los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y mejorando la equidad, el bienestar mental y físico, la justicia social, el respeto por la diversidad, la sostenibilidad y la seguridad alimentaria.
- Proporcionar una enseñanza transformadora y ambientes de aprendizaje que les permitan e inspiren a los estudiantes, la facultad y al personal a transformarse en ciudadanos saludables y comprometidos y en líderes locales y globales.

## UN MARCO DE ACCIÓN PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR ■

El siguiente marco proporciona dos Llamados a la Acción con iniciativas clave y principios generales que guían el desarrollo de la Promoción de la Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior.

### **Llamado a la Acción 1: Incorporar la salud en todos los aspectos de la cultura universitaria, en la administración, y tareas y académicas**

- 1.1 Incorporar a la salud en todas las políticas del campus.** Analizar, crear y coordinar las políticas y prácticas del campus con relación a la salud, el bienestar y la sostenibilidad, para que toda la planificación y toma de decisiones considere y apoye la prosperidad de las personas, los campus, las comunidades y nuestro planeta.
- 1.2 Crear entornos solidarios en los campus universitarios.** Mejorar el ambiente del campus como un laboratorio vivo, identificando las oportunidades para conocer y apoyar la salud y el bienestar, al igual que la sostenibilidad y la resiliencia en entornos construidos, naturales, sociales, económicos, culturales, académicos, organizacionales y de aprendizaje.
- 1.3 Generar comunidades prósperas y una cultura de bienestar.** Ser proactivo y tener el propósito de crear comunidades universitarias empoderadas, conectadas y resilientes que fomenten una ética de cuidado, compasión, colaboración y acción comunitaria.
- 1.4 Apoyar el desarrollo personal.** Desarrollar y crear oportunidades para construir la resiliencia, las competencias, la capacidad personal y la vida mejorando las habilidades de los estudiantes, del personal y los docentes, y de esa forma apoyar para progresar y alcanzar su potencial pleno y comprometerse a ser ciudadanos globales que respeten el medio ambiente.
- 1.5 Crear o reorientar los servicios de los campus.** Coordinar y diseñar servicios en las universidades para apoyar el acceso justo, mejorar la salud y el bienestar, optimizar el potencial humano y del ecosistema y promover una cultura organizacional solidaria.

## **Llamado a la Acción 2: Liderar la acción y la colaboración en promoción de la salud local y globalmente.**

- 2.1 Integrar la salud, el bienestar y la sostenibilidad en múltiples disciplinas para capacitar agentes de cambio.** Usar enfoques transversales para incorporar la comprensión y el compromiso con la salud, el bienestar y la sostenibilidad en todas las disciplinas y planes de estudios (o mallas curriculares), asegurando de esta forma el desarrollo de futuros ciudadanos que tengan la capacidad de actuar como agentes para promover el cambio más allá de los campus.
- 2.2 Avanzar en la investigación, la enseñanza y la capacitación para la promoción del conocimiento y la acción en salud.** Contribuir a la producción de conocimiento sobre la salud, la aplicación, el establecimiento de estándares y la evaluación que fomenten agendas multidisciplinares y transdisciplinares relevantes para los objetivos del mundo real, y también garantizar la capacitación, el aprendizaje, la enseñanza y el intercambio de conocimiento en beneficio del bienestar futuro de nuestras comunidades, sociedades y planeta.
- 2.3 Liderar y establecer vínculos.** Construir y apoyar relaciones y colaboraciones inspiradoras y efectivas dentro y fuera del campus para desarrollar, combinar y movilizar el conocimiento y la acción para la promoción de la salud tanto local como globalmente.

### **PRINCIPIOS CLAVE PARA LA ACCIÓN ■**

Los siguientes son los principios rectores para movilizar la acción sistémica y completa de las universidades.

- **Usar marcos y enfoques sistémicos holísticos**

Usar marcos y sistemas holísticos para la investigación y la intervención, prestando atención eficaz a las oportunidades para crear condiciones de salud en la educación superior. Servir como ejemplo para la acción en la promoción de la salud en otros escenarios.

- **Garantizar enfoques amplios y que abarquen cualquier función universitaria.**

Desarrollar e implementar estrategias múltiples interconectadas que se enfoquen en todas las tareas de la comunidad universitaria.

- **Usar enfoques participativos e involucrar tanto a los estudiantes como al resto de la comunidad universitaria.**

Establecer metas ambiciosas y permitir que surjan soluciones y estrategias a través del uso de enfoques participativos para involucrar a todas las partes interesadas, incluyendo a los estudiantes, el personal de administración y servicios, los docentes, y a quienes toman decisiones. Establecer prioridades y construir compromisos para la acción a todo nivel.

- **Desarrollar la colaboración transdisciplinar y transversal entre los sectores**

Desarrollar colaboración transdisciplinar y transversal entre los sectores, dentro de la comunidad del campus y con los socios locales y globales, para apoyar el desarrollo de la acción para la salud y la creación del conocimiento y la acción para la promoción de la salud para la comunidad universitaria y en las comunidades de forma más amplia.

- **Promover la investigación, la innovación y la acción basada en la evidencia informada.**

Garantizar que la investigación y la innovación contribuyan a generar evidencia para guiar la formulación de políticas y prácticas que mejoren la salud, fortaleciendo de este modo la salud y la sostenibilidad en las comunidades del campus y de la sociedad de forma más amplia. De acuerdo con la evidencia, revisar la acción de forma continuada.

- **Construir sobre las fortalezas**

Usar un enfoque basado en los activos en salud y salutogénico para reconocer las fortalezas, entender los problemas, celebrar los éxitos y compartir las lecciones aprendidas, creando oportunidades para la mejoría continua de la salud y el bienestar en las universidades en el campus.

- **Valorar los contextos y las prioridades de las comunidades locales e indígenas**

Progresar en la promoción de la salud a través del compromiso y una comprensión adecuada de los contextos y las prioridades de las comunidades locales e indígenas, y de la consideración de las perspectivas y experiencias de los habitantes vulnerables y que están en tránsito.

- **Actuar sobre una responsabilidad universal existente**

Actuar sobre el “derecho a la salud” consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos para garantizar que la promoción de la salud integre los principios de justicia social, equidad, dignidad y respeto de la diversidad al igual que reconozca la interconexión entre la salud de las personas y los determinantes, incluyendo los sistemas sociales y económicos y el cambio ecológico global.

## **SOBRE EL DESARROLLO DE LA CARTA DE OKANAGAN ■**

Esta Carta internacional fue el resultado de la Conferencia Internacional 2015 para la Promoción de la Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior realizada en el campus de la Universidad de Columbia Británica en Okanagan, Kelowna, Canadá entre el 22 y 25 de junio. El proceso de desarrollo de la Carta involucró a investigadores, médicos, administrativos, estudiantes y personas que desarrollan políticas de 45 países. El primer borrador de la Carta se basó en los aportes de 225 personas a través de una encuesta previa a la conferencia y entrevistas con expertos al igual que un análisis de las Cartas y Declaraciones existentes.

En la Conferencia, con el apoyo de un equipo de redacción, 380 delegados formularon sus críticas y perfeccionaron la Carta en un laboratorio de diseño y en sesiones de desarrollo. Los delegados fueron invitados a presentar ideas para el desarrollo de la Carta, desde múltiples plenarios y sesiones simultáneas incluidas en el programa científico.

El último día de la Conferencia, líderes de educación superior y delegados, incluyendo a representantes de la red y la organización, firmaron un Compromiso para traer la Carta a la realidad de sus entornos para inspirar y canalizar una mejor acción hacia la creación de universidades e instituciones de educación superior promotoras de salud.

Los representantes de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura se unieron a este Compromiso.

A través de la difusión y el uso de la Carta de Promoción de la Salud en la Educación Superior, la construcción de redes y futuras conferencias, nuestra esperanza es que la promoción de la salud avance internacionalmente. 🌐





---

**PERSPECTIVAS Y  
DESAFÍOS  
NACIONALES**

---



---

## ROSTROS Y VOCES QUE RECLAMAN SOLIDARIDAD POLÍTICA Y CIUDADANA POR LA SALUD

**JOSEFINA PANTOJA OQUENDO**

ABOGADA Y ACTIVISTA FEMINISTA  
PUERTO RICO

La solidaridad es una actitud, un modo de actuar que cobra mayor importancia en un mundo cada vez más afectado por la desigualdad, el abuso del poder económico, el discrimen en cualquiera de sus manifestaciones, el resultado de los fenómenos naturales, especialmente sobre las poblaciones más vulnerables. En Puerto Rico, el llamado a la solidaridad se convierte en un grito de gran resonancia ante la crisis económica que ha profundizado los graves problemas que ya sufríamos por la ausencia de poderes como nación y definición política, de estrategias claras de desarrollo económico y por el alto grado de partidismo y de burocracia en el gobierno, independientemente de cuál sea el color que prevalezca en cada cuatrienio. Sin apoyarnos unos a otros, sin la búsqueda de soluciones colectivas, sin la denuncia vocal y activa de las decisiones y políticas que otros toman sin que se establezca como prioridad el bienestar de la gente, no lograremos salir adelante.

La invitación a participar de este panel en torno al fundamental tema de la salud, estando tan alejado de mi formación profesional, me obliga a enfocar la reflexión en mis observaciones a partir de las experiencias que he tenido como activista feminista y como abogada de estudiantes con diversidad funcional. No albergo dudas, por el temario del programa que durante estos días se ha desarrollado en esta conferencia, de que el trabajo no se ha limitado a la salud física, que es tan importante, sino que la mental, emocional y social han sido parte de la ecuación. En treinta y cuatro años de vida, la Organización Puertorriqueña de la Mujer Trabajadora (OPMT), a la cual pertenezco, ha tenido la oportunidad de solidarizarse con los justos reclamos de diversos sectores por su derecho a la salud y de hacer una pequeña contribución por medio del activismo para visibilizar cada causa particular, para que fuera escuchada, acogida y recibiera una respuesta. Compartiré algunas experiencias, así como mis reflexiones sobre el trabajo que tenemos por delante.

## **LA LUCHA DE LAS TRABAJADORAS DE GUANAJIBO EN MAYAGÜEZ ■**

Esta situación estaba vinculada a serias condiciones de salud sufridas por trabajadoras de la zona industrial de Guanajibo en Mayagüez —ciudad de la región oeste de Puerto Rico— a causa de la exposición a materiales contaminantes que se utilizaban en las diferentes fábricas donde laboraban. La disyuntiva de las obreras era si quedarse calladas para que sus empleos no se vieran afectados, siendo la mayoría jefas de familia cuyos hogares dependían de ese ingreso, o si se debían hacerse escuchar en un reclamo solidario con las compañeras que ya habían enfermado, denunciar la situación y solicitar investigaciones, como en efecto hicieron finalmente.

Los patronos apostaron por su dinero y prefirieron cerrar las fábricas antes que tomar las medidas de salud ocupacional necesarias. La experiencia nos motivó a escribir un pequeño libro sobre Salud y Seguridad Ocupacional en el empleo. La valentía de aquellas mujeres fue ejemplar y no se arrepintieron de la decisión que tomaron. Las acompañamos en sus protestas, apoyamos las actividades de educación comunitaria y de militancia en la calle que ellas llevaron a cabo, a pesar de la enfermedad de gran parte del grupo.

## **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ■**

En nuestra historia organizativa hemos estado presentes en las batallas del movimiento feminista relacionadas con la salud sexual y reproductiva como un derecho humano de las mujeres que continuamente es amenazado o violentado. El trabajo en favor de este reclamo ha difícil por estar más cercano a la intimidación de las mujeres y por el acoso de la organizaciones y religiones fundamentalistas que no respetan la disposición que establece la garantía de separación entre la Iglesia y el Estado. Hemos promovido la acción solidaria por medio de esfuerzos diversos, que han incluido desde la educación para que se conozcan los derechos, como lo es el hecho de que el aborto es legal en Puerto Rico debido a que prevalecen las decisiones del Tribunal Supremo de Estados Unidos, hasta la defensa física del acceso a clínicas donde se llevan a cabo procedimientos de terminación de embarazos para que las mujeres que así lo desearan pudieran entrar a ellas cuando sacerdotes con nombre de jugo de uva y sus seguidores pretendieron impedirlo. (A principios de la década de 1990, un sacerdote católico norteamericano de apellido Welch, como la marca de jugo de uva, Patrick Welch, se dedicó a tratar de impedir el acceso a las clínicas de planificación familiar junto a un puñado de sus feligreses).

## **AGENDA PENDIENTE SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ■**

Sobre el tema de la salud sexual y reproductiva nos queda mucho trabajo por hacer. A pesar de que el aborto es legal, el gobierno limita grandemente el acceso a esa opción ya que es viable principalmente a través de entidades privadas a las que muchas no tienen acceso por estar ubicadas en su mayoría en el área metropolitana además de ser costosas. La más confiable de esas organizaciones es Pro Familia. (<https://www.profamiliaspr.org/>)

En cuanto a los métodos anticonceptivos y de prevención de enfermedades de transmisión sexual, existen muchas dificultades para acceder a ellos por medio del Plan de Salud del Gobierno y también a través de planes médicos privados, sin hablar de las mujeres que no cualifican para la cobertura gubernamental de servicios, la Reforma de Salud, pero tampoco tienen ingresos para pagar una póliza privada. Sobre este asunto particular, la solidaridad tiene mucho que ver con las acciones que podemos tomar para divulgar información sobre los derechos vigentes, exigir que estos se puedan ejercer libremente en la práctica, actuar colectivamente en defensa del Estado laico y, en el plano individual, que siempre es tan importante, dar apoyo a las amigas, compañeras y familiares que necesitan acompañamiento, cariño y comprensión en momentos de vulnerabilidad relacionados con la salud sexual y reproductiva.

### **LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA ■**

La solidaridad inquebrantable de las organizaciones de mujeres y de compañeras en su carácter individual fue lo que caracterizó el trabajo para visibilizar este problema de discriminación por género en su más grave manifestación, definido como un asunto público que degrada a la sociedad que lo tolera y que debe ser sacado del ámbito privado para prevenirlo y, una vez ocurre, penalizarlo como el delito grave que es. Como sabemos, hubo varios intentos antes del 15 de agosto de 1989, cuando se aprobó la Ley para la Prevención e Intervención Contra la Violencia Doméstica. (Aprovecho para hacer un reconocimiento a la gran mujer que fue la exsenadora, legisladora municipal, actriz y, sobre todo, extraordinaria puertorriqueña Velda González, recientemente fallecida, sin cuya solidaridad con las luchas de las mujeres y compromiso con la justicia y equidad de género, la aprobación de la Ley 54 y otras legislaciones de justicia social no hubieran sido posibles.)

El activismo en todas sus manifestaciones y la unión de voluntades fue necesario para enfrentar la actitud opositora de legisladores de los partidos mayoritarios, así como de sectores conservadores y de grupos religiosos de corte fundamentalista. Tuvimos participación en la redacción del proyecto de ley y realizamos un intenso trabajo de cabildeo en la Legislatura; hicimos manifestaciones frente al Capitolio y marchas reclamando que se estableciera una política pública contra la violencia machista y que se aprobara legislación; convocamos conferencias de prensa para dar a conocer el reclamo; y estuvimos en vigilancia en las gradas del Capitolio en San Juan para evitar traiciones al final del proceso. Los intentos no faltaron, pero allí estábamos para evitarlo. Luego vino la defensa de la legislación hasta en los Tribunales, donde fue impugnada, sin éxito, por sus detractores.

La jornada de solidaridad relacionada con la legislación sobre violencia doméstica puede ser utilizada como modelo para la defensa de la salud en todas sus expresiones, sumando, por supuesto, lo que entonces no teníamos: tecnología avanzada, redes sociales, diversidad de medios audiovisuales, la rapidez con que puede lograrse el apoyo a las causas.

## LA CRISIS ECONÓMICA Y EL DERECHO DE LOS ESTUDIANTES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL ■

Una de las más dramáticas consecuencias que ha tenido la crisis económica del país es la violación del derecho de estudiantes con diversidad funcional a recibir una educación pública o gratuita adecuada a sus necesidades individuales y en el ambiente menos restrictivo posible. La mayor parte de sus necesidades se deben a condiciones de salud física, emocionales, mentales y sensoriales. Desde el 1993, trabajo asalariadamente con la defensa de los derechos de esta población, la cual se ha incrementado de forma sostenida a través de los años. Este aumento registrado ha sido especialmente en los diagnósticos dentro del espectro del autismo y las condiciones de salud mental. Han sido múltiples los problemas relacionados con la limitación en los servicios y la violación del derecho constitucional a la educación. Como consecuencia de la crisis fiscal y de las consiguientes medidas de recortes de servicios, diariamente forman parte de las primeras planas de los medios de comunicación las denuncias sobre los atropellos que enfrenta esta población. Vinculadas al aspecto de salud, están las diversas terapias que estudiantes del Programa de Educación Especial deben recibir para poder acceder a los servicios educativos, por ejemplo, terapia del habla y del lenguaje; terapia física, ocupacional y psicológica; y terapias de procesamiento visual y de funcionamiento auditivo. El problema afecta también el acceso a las evaluaciones correspondientes para poder recibir los servicios.

La escasez de dinero disponible en las arcas gubernamentales ha retrasado de forma alarmante los pagos a los proveedores de servicios, tanto de las compañías contratadas por el Departamento de Educación como las especialistas del Remedio Provisional, mecanismo creado como consecuencia de la demanda de clase *Rosa Lydia Vélez vs. Departamento de Educación* (K PE1980-1738) mediante el cual, en ausencia de los servicios que debe proveer el Departamento de Educación, el Estado debe pagar los servicios que las familias tiene que recibir de profesionales y entidades privadas. El prolongado incumplimiento con los pagos ha tenido el efecto de que muchos proveedores y entidades han interrumpido los servicios, con lo que miles de estudiantes han quedado desprovistos, principalmente de terapias. Lo mismo ha ocurrido de forma repetida con la transportación para los servicios educativos y relacionados, y con las y los asistentes que ofrecen apoyo en la escuela para higiene, alimentación, manejo de conducta o compañía en el transporte. Los problemas que ha acarreado el incumplimiento de pagos han tenido como consecuencia múltiples protestas en las calles realizadas por los contratistas afectados por el impago a los servicios que prestaron y por las familias que se manifiestan a diario en defensa de los derechos de sus hijas e hijos.

Hemos visto una respuesta solidaria a estos reclamos de la comunidad en general, de los medios de comunicación a través de editoriales y de los comentaristas de noticias, por tratarse de un sector de la población vulnerable que no debería ser afectado por la crisis económica.

## EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL ■

Muy relacionados con el impacto de los entuertos económicos que atraviesa el país en el acceso a la salud de estudiantes con diversidad funcional, están los servicios de salud mental. En mi práctica legal, y en la de otras compañeras y compañeros, hemos observado un incremento no solo en los casos con diagnósticos dentro del espectro del autismo, sino también en las personas con condiciones son de salud mental. Llamam mucho la atención los casos de menores con diagnósticos de bipolaridad o psicosis infantil, entre otros, que requieren de servicios especializados, frecuentes e integrados con los educativos, ofrecidos en escenarios escolares especializados para atender sus necesidades. Estas opciones son prácticamente inexistentes en Puerto Rico, excepto, tal vez, en dos entidades privadas.

A lo anterior se suma el hecho de que los servicios de salud mental ambulatorios que muchos estudiantes con diversidad funcional requieren adolecen de falta de la calidad, continuidad, frecuencia e integración necesaria con los servicios de educación especial. El fraccionamiento de los servicios limita su efectividad. Como regla general, la Reforma de Salud y las privatizadoras contratadas proveen servicios psiquiátricos una vez cada dos meses; los psicológicos, una vez al mes; y recetan los medicamentos más atrasados por razones de costos. Programas gubernamentales que fueron muy buenos en el pasado como el de Niños y Adolescentes en el Hospital Psiquiátrico de Bayamón y el de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) en el Hospital Pediátrico de Río Piedras, han perdido importantes recursos económicos y humanos y, por lo tanto, efectividad.

La realidad antes descrita no es considerada por un gran sector del personal docente y administrativo de las escuelas que les requiere a las familias que mediquen a sus hijas e hijos para recibirles en los salones, en abierta violación a la legislación de Puerto Rico y de Estados Unidos que protege a esta población.

Al resumen anterior se añade lo que ya sabemos respecto a los aspectos que profundizan las heridas de la salud de la población boricua, especialmente en los caso de los sectores que dependen de la Reforma de Salud y de quienes no cualifican para esta pero tampoco pueden encarar el pago de una póliza privada. Nos referimos a problemas como la emigración de médicos y otro personal de la Salud; a la reducción de recursos humanos en los hospitales por consideraciones económicas, se deban estas a razones reales o porque se sobrepone el afán de lucro; al empobrecimiento de nuestra gente, que les pone a escoger entre comer o comprar sus medicamentos.

## CONCLUSIÓN ■

Estos son tiempos difíciles que requieren que miremos más allá de nuestro ombligo, de los problemas que como personas, como familias, profesiones, oficios u organizaciones enfrentamos. Es necesario trascender fronteras para ver lo que ocurre en otros espacios y lugares del mundo, especialmente en nuestras Américas, en este maravilloso Caribe. De allá podemos aprender, desde acá podemos enseñar. Como país estamos en uno de nuestros peores momentos, sobre todo, por la falta de destrezas del timonel que se supone nos guíe y porque los que deberían ayudar a llevar el barco a puerto están poniendo sus propios intereses por encima del bienestar común. Pero, por nosotras y nosotros y, más importante aún, por las futuras generaciones, nos corresponde aunar esfuerzos, inteligencias, destrezas y voluntades para salir adelante; para al menos denunciar lo que no está bien y perjudica el interés social, el beneficio de la colectividad. Callarnos, ser indiferentes y no canalizar de forma positiva la indignación y el coraje no puede ser la solución.

De la misma forma que cuando una persona querida de nuestra comunidad cercana, o inclusive no tan cercana, cuyas necesidades de salud la obligan a solicitar ayuda económica en la calle o a recurrir a los medios de comunicación para recaudar el dinero necesario para que un ser querido pueda recibir la intervención de salud que el Estado no le ha provisto, y que en solitario no puede costear, recibe la solidaridad de quienes tienen la sensibilidad de identificarse con esa causa, tenemos que responder al llamado que la Patria exige hoy. Lejos de instalarnos en la desesperanza debemos buscar dónde insertarnos para hacer nuestra aportación, para hacer las propuestas que podrían ser consideradas y escuchar las de otras personas.

Es momento de “resistencia y lucha” como dice nuestro querido Oscar López Rivera<sup>1</sup>, a quien el pasado fin de semana visité en la prisión con la compañera María Dolores Fernós y nos insufló entusiasmo y esperanza para continuar nuestros trabajos de solidaridad a pesar de la tormenta que nos azota. Recabo de ustedes ese espíritu solidario que nos permitirá avanzar como pueblo no importa que la tormenta venga disfrazada de Junta de Control Fiscal o de otra manifestación descarnada del coloniaje, o de cualquier otro adefesio. ☪

---

<sup>1</sup> Oscar López Rivera fue liberado en mayo de 2017, un año después de la celebración de este panel en la Quinta Conferencia Puertorriqueña, tras estar más de 35 años en prisión. Su liberación fue resultado de una intensa y prolongada campaña solidaria por su libertad.



---

## LA SOLIDARIDAD POLÍTICA Y CIUDADANA PARA TRANSFORMAR LA SITUACIÓN ACTUAL

**MARÍA DOLORES FERNÓS**

ABOGADA Y FEMINISTA  
EX PROCURADORA DE LAS MUJERES

Se me ha solicitado que reflexione aquí en esta sesión plenaria de cierre de la Quinta Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública sobre cómo podemos transformar como ciudadanos y ciudadanas solidarias la situación actual de nuestro país. En los minutos que me han brindado para hablar quisiera compartirles unas reflexiones sobre los problemas que nuestra situación entraña y la necesidad de la solidaridad política y ciudadana. Quisiera comenzar compartiendo unas ideas precisamente sobre estos tres días en los que hemos escuchado excelentes presentaciones que en la mayoría de los casos nos despiertan grandes preocupaciones, o tal vez es mejor decir que intensifican nuestras preocupaciones ya existentes, que ya de por sí eran muchas. El artista Toño Martorell, que nos acompaña hoy, diría: “Éramos muchos y parió la abuela”.

Siempre he vivido bajo el convencimiento de que todo conocimiento es ventaja. Es mejor conocer los problemas que desconocerlos. Por ello, la importancia de estos eventos, porque aprendemos. Corresponde entonces que nos preguntemos, ¿qué ventaja nos confiere el conocimiento que hemos adquirido a través de estas presentaciones? ¿Qué corresponde hagamos con los conocimientos que adquirimos aquí y a través de otras lecturas en la Internet o en los periódicos sobre los sucesos de los últimos meses, que nos revelan una crisis como no habíamos conocido en nuestro país en décadas?

Mi generación, la de los “baby boomers”, que ya se acerca a los 70 años, fue muy afortunada y nosotros nunca hemos conocido una crisis económica de esta magnitud. Menos aún la ha conocido la generación de nuestros hijos y ni hablar de nuestros nietos. Estamos sorprendidos, preocupados, tristes, alarmados. Y con razón. Lo que se avecina no es agradable. Pero lo que no podemos es desesperarnos, ni deprimirnos o paralizarnos. Esa actitud no resuelve nada. Es momento de actuar, tanto individual como colectivamente, solidariamente con nuestro seme-

jante que necesite apoyo, y solidariamente como pueblo para poder salir de este pantano. Pero, ¿qué podemos hacer? ¿En qué dirección debemos caminar? Comencemos por las acciones en el plano individual.

En ese plano debemos, primero, hacer una profunda introspección y examinar nuestras realidades y necesidades familiares dentro de los contextos laborales, pues habrá despidos en el sector público y privado, o de retiro, pues tal vez no habrá dinero para la vejez en unos fondos de retiro, como los maestros o los empleados públicos. Tenemos que estar preparados para vivir una vida diferente a la que conocemos y tener la mayor madurez emocional, paz interior y salud mental posible para que podamos tomar las mejores decisiones en los momentos críticos que se avecinan. Tenemos que prepararnos para una tormenta, realmente para un huracán categoría cinco, estacionario y.....sin FEMA.

En segundo lugar, tenemos que decidir no actuar como hemos actuado hasta ahora en el plano político. Quienes han creado las situaciones que nos agobian, no deben seguir en posición de continuar haciéndolo. Es decir, como uno de los instrumentos más poderosos de la ciudadanía en una democracia es el voto cada cuatro años, no votemos igual. No elijamos a los que elegimos antes. Leamos, ilustrémonos, sobre cuáles son las mejores opciones para el país y las que deben evitarse a toda costa. Miremos hacia otros países, miremos las acciones que otros pueblos toman en su defensa, miremos cómo se organizan, como crean nuevas alternativas, como se están moviendo los jóvenes, los viejos, las mujeres. Miremos, sobre todo, lo que está haciendo la diáspora.

En el plano colectivo tomemos como ejemplo lo acontecido en esta Conferencia de Salud Pública. Aquí se han planteado problemas pero casi todos esos planteamientos han venido acompañados de propuestas de acción, o de recomendaciones para resolver o aminorar el problema.

Pues les propongo que hagamos esa exigencia a todos aquellos que nos presenten una lista de problemas. Exijamos para cualquier señalamiento crítico una propuesta solución a corto plazo y otra a largo plazo. No podemos quedarnos en la queja o señalando culpas sobre todo lo que está mal y necesita corregirse. Hagamos la pregunta, ¿hay alguna forma en la que podamos iniciar nosotros mismos el camino a resolverla, como ciudadanos, es decir, sin la intervención del gobierno? ¿Podemos dar solos al menos tres de los cinco pasos que se necesitan?

Las investigaciones sociológicas nos evidencian que trabajar comunitariamente no sólo logra la construcción de obras pequeñas (o no tan pequeñas) sino que nos aumenta el sentido de logro personal, a la par que también forja unos lazos más estrechos entre los seres humanos, es decir, nos humaniza. Nos sentimos mejor mientras como grupo construimos algo bueno para todos. Sabemos que es más fácil comprar entre varias personas una paila de pintura y remozar una

estructura en una comunidad que hacerlo una persona sola. Entre todos es más fácil comprar el aro, la malla, la bola de baloncesto y pintar las líneas de la cancha abandonada que hacerlo una sola persona.

Pero, por el otro lado, tampoco elaborando propuestas irrealizables en la coyuntura actual aporta mucho. Todos, incluyendo la academia, tenemos que aceptar que proponer para Puerto Rico soluciones implantadas en países desarrollados, lo que aporta muchas veces es desilusión, frustración y deseos de hacer maletas. No fomentemos el desencanto con propuestas que no pueden lograrse en este momento. Empecemos por aceptar que no somos un país del primer mundo y no somos ni nunca hemos sido un país rico. Somos un país sin dinero en las arcas del estado, aunque un número reducido de personas se pavonean en Mercedes y BMWs, con mucho dinero en las cuentas bancarias mientras la inmensa mayoría padece grandes infortunios.

Necesitamos reconocer que todos, sin excepción, vamos a sufrir las consecuencias de que no haya suficiente movimiento económico, de que el estado esté quebrado, de que no haya acceso a crédito, de que no haya ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas de la población.

Un problema fundamental en Puerto Rico es que aquí no se producen suficientes productos para suplir la demanda de nuestra población y, por eso, compramos productos manufacturados en otros lugares. Y todo el dinero que pagamos por esas mercancías y bienes esa misma noche sale de Puerto Rico. Con menos dinero en nuestras manos nos empobrecemos cada día. Pero la pregunta que tenemos que hacernos es ¿Por qué no se producen aquí esos productos? ¿Por qué, por ejemplo, aquí no se producen almohadas? ¿Por qué aquí no se producen mapas y escobas, muebles y losetas? Antes se producían...¿Será posible que seamos el único país que no sabe cómo producir para consumir y exportar, que no sabe resolver solo sus problemas?

Como dije al inicio, éramos muchos y parió la abuela. La Junta de Control Fiscal que se propone por congresistas tiene como propósito único que se les pague a los bonistas. Lo han dicho claramente algunos congresistas y hoy lo expone más claramente un artículo del periodista José A. Delgado en El Nuevo Día. ¿No estamos viendo los anuncios que están saliendo por la televisión a todo Estados Unidos para que los norteamericanos les exijan a sus congresistas que no se le permita reestructurar su deuda a Puerto Rico porque hay que pagarle a quienes compraron los bonos? ¿Quiénes pagan esos anuncios, que ya han costado sobre 10 millones? Los bonistas. ¿Quiénes sometieron la idea a los congresistas de una Junta Fiscal para Puerto Rico? ¿Los bonistas! Si la Junta se aprueba en el Congreso, sería una indignidad política y una acción antidemocrática. Y, sin embargo, un alto por ciento del país expresa que respalda que se apruebe porque mucha gente piensa que la Junta viene a acabar con los abusos de los políticos, que viene a meter preso a los corruptos. ¿De dónde sale esa idea? ¿Qué beneficios le ven a que

una Junta de extraños gobierne y tome las decisiones que nos afectan? La ley como presentada dice que no se puede demandar a los integrantes de esa Junta por lo que decidan o hagan, que no le va a responder a nadie en Puerto Rico, que va a tener el poder de veto sobre el presupuesto y las legislaciones que apruebe la Asamblea Legislativa. ¿Cómo vamos a ver eso con buenos ojos? Pero sabemos que hay tanta molestia con los abusos y la corrupción de la clase política y los que viven y roban con ellos, que queremos botar el nene con el agua sucia.

El Congreso ha dicho que no va a haber ayuda para la crisis de Puerto Rico, que no habrá tampoco préstamos beneficiosos, y que tampoco habrá legislación que promueva el desarrollo económico. Eso puede cambiar pero es la realidad hasta hoy. El proyecto de ley 4900, llamado PROMESA por sus siglas, que el juez Torruellas en un excelente escrito publicado en días recientes ha dicho lo debe haber ideado “un cínico con un morbosos sentido de humor”, de aprobarse, va a cambiar dramáticamente la vida que conocemos.

Si tenemos que resolver nuestros problemas sin ayuda de Estados Unidos entonces necesitamos todos los instrumentos que tienen a su disposición los demás países del mundo. Hay países que podrían entrar en acuerdos comerciales con nosotros para beneficio mutuo. Pero, esos acuerdos implican un toma y daca, un intercambio de bienes. Para comprar y pagar, tenemos que vender y cobrar. Pero, ¿qué vamos a vender? ¿Cómo generar producción para el consumo interno y para exportar y hacer intercambio comercial?

Ahora mismo tenemos obstáculos para lograr ese necesario objetivo. Por ejemplo, nos ahoga Walmart y los centros comerciales llenos de tiendas extranjeras que se llevan todos los días todo nuestro dinero fuera del país. Antes de que llegara Walmart y todas esas tiendas extranjeras habían miles de negocios y tiendas de puertorriqueños. Muchos se acordarán de González Padín, de Velasco, de las Ferretería de García Comercial, etc. Todas fueron desapareciendo según aparecían las norteamericanas. Acabaron con nuestra economía nacional, una por una: tiendas, farmacias, ferreterías, mueblerías.

Nos ha pasado antes. En la década de los 30 habían acabado con el café, esencialmente de capital puertorriqueño, para convertir el país en una enorme plantación de azúcar de capital norteamericano. Las tierras de puertorriqueños terminaron en manos de terratenientes norteamericanos. Y estábamos muriendo de hambre. La historia se está repitiendo.

Mega negocios, como Walmart, son como pulpos, que estrangulan a nuestros comerciantes. Y por eso no hay agencias de viaje,” beauty parlors,” barberías, colmados, nada que pueda sostenerse cerca de Walmart. ¿No hemos visto cómo han ido desapareciendo frente a nuestros ojos? ¡Todo lo que nos rodea no es nuestro! No hay hoteles nuestros, solo pequeños paradores de

empresarios empeñados en no morir. Nada es nuestro: ni las farmacéuticas, ni la industria electrónica, ni la manufactura, en su mayoría.

Y lo obsceno es que nos dijeran, y nos creyéramos, que eso significaba progreso. ¡Qué ingeniosos ellos! ¡Que ignorantes e inocentes nosotros! Hemos sido incapaces de sumar que dos más dos son cuatro.

Encima de ello, cada vez que el gobierno de Puerto Rico intenta imponerles alguna limitación, como contribuciones por todos los millones que obtienen de sus ventas en Puerto Rico, (como lo fue recientemente el 4% de sus ganancias, como el llamado B to B) o limitar el número de tiendas que pueden abrir en un área geográfica, (como a través de los Certificados de Necesidad y Conveniencia), o la Ley de Quiebra Criolla para darnos un respiro reestructurando la deuda, inmediatamente impugna la medida en el tribunal federal, y este tribunal declara inválida las medidas dejándonos sin instrumentos para defendernos. Y crecen en cada esquina los Walgreens y los CVS.

Ahí es que entonces se encuentra el problema nuestro: no tenemos, bajo la estructura política actual y bajo nuestra relación colonial con Estados Unidos, poder alguno, instrumento alguno, para echar adelante cualquier negocio, cualquier industria, cualquier comercio agrícola. Y así no se puede desarrollar riqueza en Puerto Rico. Este pueblo merece más y puede hacer más. Si otros han podido, ¿por qué nosotros no? Cuando hemos actuado unidos hemos logrado alcanzar los objetivos que deseábamos, ¿por qué pensar que ahora no?

Pero no es solo nuestra relación con Estados Unidos la que tenemos que cambiar, sino nuestra manera de pensar y de vernos a nosotros mismos. Tenemos que cambiar nosotros porque la idea de que alguien de afuera nos venga a salvar nos paraliza y nos hunde. Necesitamos confiar en nosotros mismos, necesitamos ser solidarios y solidarias con cada uno y una, con el entendimiento de que no puede haber salvaciones individuales. Son las decisiones colectivas las que beneficiarán al colectivo.

Ante el trato injusto, debemos y tenemos que unirnos; movilizarnos, como ciudadanos y ciudadanas, en un frente común. No puede cada uno tirar para su lado y exigir fondos para su causa particular y olvidarse de los demás. Todos tenemos que sacrificar algo. Mostremos el descontento, mostremos indignación, no nos quedemos pasivos esperando que un Congreso dominado por intereses económicos nos destruya jurídicamente, económicamente y psicológicamente también.

La diáspora, sin embargo, ¡qué gran lección nos está dando! ¡Qué gran lección de amor, de patriotismo y de solidaridad! ¡Qué gran modelo de unidad de propósitos! ¡Qué gran orgullo

debemos sentir al ver cómo se han movlizado, superando grandes diferencias para evitar la aprobación de medidas que nos quieren imponer sin nuestro aval, sin nuestro consentimiento y en contra de nuestra voluntad mayoritaria!

La presión económica puede llevar a nuestro pueblo al límite nuestras reservas emocionales. Por eso es importante que estemos todos y todas conscientes de lo que está sucediendo ahora mismo, de las verdaderas alternativas, no de ilusiones o engaños. Busquemos el consenso estratégico de las fuerzas políticas y sociales. Iniciemos una gran jornada solidaria.

Termino con una nota del más allá. En una Carta del lector en el periódico El Nuevo Día se cita una expresión de Gabriel García Márquez sobre nosotros los puertorriqueños. Según la carta, dijo el autor: “No he ido a Puerto Rico porque allí se lo han inventado todo. Son muy inteligentes.”

Lo somos, Gabo, lo somos.

¡Inventemos nuestro futuro!

Muchas gracias. ☀

---

## EL ARTE DE LA SALUD / LA SALUD DEL ARTE

ANTONIO MARTORELL

ARTISTA RESIDENTE  
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO, RECINTO DE CAYEY

Se preguntarán ustedes con toda razón, como decimos en Puerto Rico, ¿qué pito toca un artista en la Conferencia Puertorriqueña Salud Pública? También me lo pregunté yo al recibir la gentil invitación de mis amigos salubristas. Y todavía sigo explorando contestaciones que tengan sentido para mí y espero que para ustedes.

Seguro que no es porque el color verde en las paredes y los uniformes del ámbito médico ejerza un efecto tranquilizante en los pacientes. Tampoco creo que sea que, al pintar flores y paisajes, estos alegren el ambiente, alivien el dolor y aviven la esperanza de recuperar la salud perdida. Ni que el arte como inversión a futuro redunde en beneficio económico para la empresa hospitalaria.

Aunque los tres factores mencionados son, sin duda, positivos y reales, no son en absoluto la razón de mi presencia ante ustedes ni lo que considero el aporte más significativo del ejercicio de las artes en su relación con la salud tanto pública como privada. No es casualidad que sea en estos tiempos aciagos que vivimos todos, y muy en particular en este Puerto Rico cada vez más pobre, que consideremos la vital relación entre las artes de la salud y la salud del arte. No es ningún secreto que vivimos en el seno de una sociedad enferma en más de un modo. Ya lo apuntó el médico y escritor Manuel Zeno Gandía a principios del siglo pasado con su trilogía de novelas titulada **Crónicas de un mundo enfermo**, y así también lo demostró y combatió antes, en la política y en las letras, al igual que en la práctica médica, Ramón Emeterio Betances. De igual manera, nos brindó el consuelo y el saber de la botánica Agustín Stahl con sus bellas acuarelas. Si bien estos distinguidos científicos sirvieron en vidas paralelas a las ciencias y a las artes, su mayor empeño fue una devoción patriótica en la curación de males tan físicos como espirituales, tan sociales como económicos, tan políticos como estéticos. Fueron en su tiempo, y permanece su legado, ejemplo duradero de solidaridad.

Si algo quiero aclarar en esta breve alocución es el nexo creador entre las artes y la salud: pienso en el arte como instrumento de conocimiento, como herramienta de salud individual y colectiva que es, al afirmar una voluntad de transformar la realidad, de hacer otros mundos posibles, de imaginar, de brindarle imagen al sueño y cuerpo al deseo, desterrando las pesadillas.

Comencemos por un reconocimiento ineludible y deslumbrante. No tengo memoria de un momento histórico en el que las artes hayan proliferado en nuestro país en tal cantidad, calidad y variedad como el que vivimos, el cual se da, además, en medio de circunstancias sociales, políticas y económicas tan adversas. “It was the worst of times; it was the best of times”. “Era el peor de los tiempos, era el mejor de los tiempos”, escribió con voz profética el novelista inglés del siglo 19 Charles Dickens en su *A Tale of Two Cities* o *Historia de dos ciudades*.

Nadie duda ya que nuestro emergente país cuya gestación, a veces placentera, pero las más, dolorosa, lleva siglos de parto y que no acaba de emerger. Más bien, se hunde cada vez más en la quiebra económica, víctima de los daños colaterales y contribuyentes de criminalidad y corrupción, de desempleo y emigración masiva. No deja de sorprender, entonces, que las artes todas —la plástica, la literatura, la música, el teatro, la danza, la cinematografía— vivan los mejores momentos, huérfanas casi en su totalidad de apoyo institucional.

La autogestión no ha sido opción, sino la única tabla de salvación posible. Pero no ha sido un acto mágico ni milagroso el nuestro. El quehacer artístico es en esencia el ¿qué hacer? aprendido en el ejercicio del oficio mismo del arte. Un artista no hace lo que sabe, un artista aprende haciendo. El arte es una disciplina del conocimiento tan eficiente y rigurosa como las ciencias y las matemáticas, y como bien saben ustedes, el conocimiento es curativo; la ignorancia enferma. Al mismo tiempo tenemos que reconocer que las ciencias y las matemáticas son tan imaginativas y creadoras como las artes. Dividir las arbitrariamente es un error craso que conduce a ignorancias paralelas.

También es cierto que las artes transitan senderos misteriosos que evaden la razón, gozan de la contradicción, se alimentan de la paradoja. Tienen a su haber un elemento de placer sostenido, tanto en su ejecución como en su recepción: gozan al provocar placer en el otro. En eso son parientes cercanas del amor, criaturas de la caricia trascendiendo al mundo de lo espiritual por la vía de los sentidos.

Si bien es cierto que un cuerpo sano alberga una mente sana, también lo es a la inversa: una mente sana, creadora, anima el cuerpo: muchas de las artes suponen movimiento, esfuerzo, desarrollo de destrezas físicas que tonifican articulaciones y músculos, balance y elasticidad. El



arte ahuyenta temores, incita a la aventura, desafía el cansancio, es enemigo del tedio. Las artes son hijas y madres de la libertad. Suponen la libertad para explorar, provocar el cambio, crear nuevo conocimiento, descubrir verdades que tarde o temprano son superadas por nuevas verdades camino a un similar destino.

La salud de una sociedad se mide no solo por la disponibilidad de vacunas, de camas en los hospitales o de dietas balanceadas. Las artes proveen de modo directo e indirecto talleres de interacción comunitaria, ensayo en la toma de decisiones, estreno de capacidades hasta entonces ignoradas. Las artes se adelantan impacientes en su poder adivinador y alucinante, se niegan a fronteras artificiales y categorías estancadas. En estos tiempos de miedo y penuria, de deuda y exilio es más necesario que nunca el considerar el desarrollo en la autogestión del arte un medicamento más efectivo que muchos fármacos supuestamente milagrosos.

En una isla cercada por el mar desde donde siempre hemos recibido bienes y males, limitada por un océano que provoca saltos mortales con la esperanza de una nueva vida allende a los mares y lejos de los males, el arte, por el contrario, mira hacia adentro, explora tanto la intimidad como la colectividad cotidiana que en el acto creador deviene extraordinaria, revela recursos insospechados, nos regala su riqueza negada. Puerto Rico entonces deja de ser solo puerto y se hace más rico al ser descubierto por nosotros mismos. Al adentrarnos en la isla nos sentimos menos aislados, se impone la solidaridad en la cercanía, el reconocimiento de nuestras semejanzas y diferencias, la necesidad compartida.

Importantes adelantos científicos y desarrollos empresariales acompañan y sustentan este quehacer. No estamos solos los artistas en nuestro empeño. En la práctica, el factor creación vuelve a unir las artes y las ciencias. El elemento humano es el mismo; nos asiste y nos une la urgencia. Ha sido la carencia, la falta, el deseo insatisfecho y el motor que nos hermana. “Era el peor de los tiempos, era el mejor de los tiempos”. La célebre cita, si nos fijamos bien, está escrita en el tiempo pasado: era, que supone un tránsito, un antes y un después.

Este Puerto Rico, que ya no es rico, y que experimentamos ahora y por fuerza como algo más que un puerto en el que adentrarnos, se desplaza ante nuestros ojos tanto en el tiempo como en el espacio. La emigración masiva nos despoja, entre otros servicios vitales, de personal médico aunque aumentan las enfermedades a dimensiones epidémicas. El país de población envejeciente sufre todavía, sin embargo, las tribulaciones e inseguridades de una adolescencia por siglos prolongada, padece la dependencia malsana y la delegación de poderes, ambas cosas que nos debilitan. Pero las artes de la salud y la salud de las artes ensayan con éxito la autogestión aventurada y valiente. Nos reconocemos los unos a los otros en la fortaleza de nuestros actos, en el producto de nuestro esfuerzo. Encontramos la solidaridad en su ejercicio. Aprendemos y mejoramos haciendo.

El colonialismo es una enfermedad mortal y contagiosa, un mal tan individual como colectivo, que inhibe el crecimiento y fomenta el miedo. En cambio, la libertad en la creación y la creación de la libertad es una ecuación generatriz: crear es salud.

Salud y mis saludos a todos ustedes. ☺

---

## LA MIGRACIÓN EN PUERTO RICO: FLUJOS, REALIDADES Y DESAFÍOS

**LUZ E. LEÓN LEÓN LÓPEZ**

DEPARTAMENTO DE DEMOGRAFÍA  
ESCUELA GRADUADA DE SALUD PÚBLICA

**ALBERTO L. VELÁZQUEZ ESTRADA**

INSTITUTO DE ESTADÍSTICAS

**EMMA E. BRUNO QUIROZ**

DEMÓGRAFA, MMM HOLDINGS

**DHARMA RODRÍGUEZ PAGÁN**

ESTUDIANTE, DEPARTAMENTO DE DEMOGRAFÍA  
ESCUELA GRADUADA DE SALUD PÚBLICA

La isla de Puerto Rico transita en la actualidad por cambios demográficos extraordinarios no experimentados en pasados tiempos, al menos no en la magnitud en que se manifiestan al presente. Entre estos, se destaca un descenso acelerado en el número de habitantes que reside en el país. Las variables protagonistas de esta inusitada dinámica demográfica son la natalidad y la migración. En las últimas décadas, se ha observado un descenso tan marcado en el número de nacimientos, que se estima que para 2017 el número de muertes sobrepasará el total de nacidos en el país. Por otro lado, el evento migratorio experimentado en lo que va del siglo XXI es uno sin precedentes. Es precisamente esta variable la que ostenta el papel de mayor relevancia entre los factores demográficos responsables de los actuales cambios en la población del país.

Ante la peculiaridad de ciertos eventos demográficos sin precedentes en la isla, la migración se perfila como uno al que se debe prestar particular atención. Su magnitud y características presentan retos y desafíos meritorios de discusión, análisis, investigación y gestión pública dirigida a la vigilancia continua de esta tendencia. La Quinta Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública ofreció la oportunidad de discutir asuntos apremiantes de este acontecimiento demo-

gráfico y de reflexionar acerca de acciones que entiendan y tomen en cuenta la complejidad del fenómeno. A través de una sesión especial, se presentaron varios temas relacionados con el tema. Entre estos, se consideró el asunto de las estadísticas actuales sobre la migración, incluyendo el volumen y características de los migrantes en la isla. El principal lugar de destino de los emigrantes de la isla fue reseñado como un componente al que se le debe brindar atención, tanto desde la perspectiva del país emisor como desde el punto de vista del lugar de destino. Se integró un nuevo ángulo a la reflexión al incluir el análisis de la forma en que los medios de comunicación exponen el tema de la emigración en Puerto Rico.

### **FLUJOS MIGRATORIOS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS MIGRANTES ■**

El primer tema discutido tuvo como objetivo principal describir los flujos migratorios y las características de la población que migra en la isla. Las principales fuentes de datos utilizadas para el análisis fueron el American Community Survey (ACS) y el Puerto Rico Community Survey (PRCS) para la fecha de 2014, y las Encuestas de Viajeros correspondientes a 2010-2011 y 2011-2012. Las primeras dos encuestas son realizadas por el Negociado del Censo de los Estados Unidos. La tercera es el resultado de un proyecto de colaboración entre la Junta de Planificación, la Compañía de Turismo, la Autoridad para las Alianzas Público Privadas y el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. Los flujos migratorios analizados corresponden a los movimientos entre Puerto Rico y los Estados Unidos.

A lo largo de la historia de los siglos 20 y 21, Puerto Rico se ha caracterizado por ser un país emisor de migrantes, y ha prevalecido el flujo de emigrantes al compararlo con el de inmigrantes. Esta variable ha tenido sus épocas de protagonismo, como el observado en la década de 1950, en la que cerca de medio millón de personas se mudaron a los Estados Unidos, según el estudio La población de Puerto Rico y su trayectoria histórica de José L. Vázquez Calzada, publicado por la Escuela Graduada de Salud Pública en 1988. No es hasta las primeras décadas del siglo 21 que la isla vuelve a exhibir flujos migratorios de considerable magnitud, a un nivel que sobrepasó los observados en la década del 50 de la anterior centuria. Tal y como señaló Alberto Velázquez Estrada en su ponencia Perfil del migrante 2014, ofrecida en esta conferencia, en los últimos 10 años (2005-2014) han emigrado aproximadamente 673,000 personas, cifra que equivale a un promedio anual de cerca de 67,000 personas. Es importante resaltar, no obstante, que cuando se observan las cifras específicas para el período, estas muestran una tendencia ascendente. De un total de aproximadamente 47,000 personas en 2005, la cifra de personas que dejaron el país aumentó a cerca de 84,000 para 2014, lo que refleja un cambio de un 78 por ciento en el número de emigrantes entre las dos fechas (PRCS, 2005 al 2014).

El análisis de los flujos migratorios debe recalcar tanto el número de personas que salen de la isla como la cuantía de los que entran. Según puntualizó Velázquez Estrada, para el 2014 salieron de

la isla alrededor de 84,000 personas, mientras que solo entraron unas 20,000, reflejando un saldo migratorio neto de -64,000. Al considerar específicamente el número de personas que se muda al país, en el 2005 entraron aproximadamente 35,000 personas, cifra que disminuyó considerablemente, reduciéndose a cerca de 20,000 para el año 2014. Esto equivale a una inmigración promedio de 1,500 personas menos cada año durante este periodo.

Al considerar el lugar de destino de los emigrantes de Puerto Rico, más de la mitad de estos se traslada a la región sur de los Estados Unidos (52%). Le sigue como destino de preferencia la región noreste, ya que cerca de 3 de cada 10 personas que salen de la isla se ubican en esa área. Cada región tiene a su vez estados donde los emigrantes de la isla tienden a situarse en mayor proporción. El ponente destacó que para 2014 los estados que recibieron más inmigrantes procedentes de la isla fueron Florida, Texas, Pennsylvania, California y Connecticut. Alrededor de 50,000 emigrantes se trasladaron a estos estados, cifra que equivale a 6 de cada 10 emigrantes. Destacó Velázquez Estrada que el estado de Florida se distancia considerablemente del resto, al recibir el 30 por ciento del total de inmigrantes que llegan a los Estados Unidos procedentes de la isla. Alrededor de 28,000 emigrantes se mudaron a Florida ese año. El segundo y el tercer estado que reciben más inmigrantes procedentes de Puerto Rico son Pennsylvania y Texas, con cerca de 7,000 y 6,000, respectivamente. Estos tres estados reciben cerca de la mitad de los habitantes que salen de la isla hacia los Estados Unidos (49.2%).

Por otro lado, el ponente destacó que en 2014 inmigraron a Puerto Rico, procedentes de estados como Florida, Pennsylvania, Massachusetts y New York, entre 3,000 y 4,000 personas por estado. Aunque estos datos indican que la isla continúa recibiendo población que se muda desde los Estados Unidos, las cifras de salidas hacia esos cuatro estados sobrepasan las de entradas desde estos. El caso más marcado es el de la Florida, hacia donde emigraron, para 2014, 27,596 habitantes, en comparación con solo 4,299 que inmigraron al país procedentes del mismo lugar. Esto demuestra que se van a ese estado cerca de 23,000 personas más de las que se mudan del mismo hacia Puerto Rico.

En relación con las características de los migrantes, se destacó que entre 2013 y 2014, se observó un aumento en la proporción de emigrantes masculinos mientras que ocurrió una disminución en la cifra de inmigrantes de dicho grupo a la isla. Para 2014, un 52% de las personas que se mudaron a la isla y un 53% de las que salieron eran del sexo masculino.

Otra característica de gran importancia al considerar los movimientos geográficos es la edad. La salida o entrada de personas de edades específicas, dependiendo de su magnitud, puede alterar la estructura de esta variable, tanto en la población de origen como en la de destino. En el caso de Puerto Rico, el demógrafo Velázquez Estrada subrayó que se observan diferencias marcadas

en la edad de la población que emigra e inmigra. La mediana de edad de los que salieron en 2014 fue 28 años. Por otro lado, este indicador fue de 41.5 años para la población que se muda a la isla. Puerto Rico refleja una estructura de edad vieja, y no cabe duda de que la salida de gente joven y la entrada de personas de mayor edad continuará aportando al envejecimiento de la población del país.

Las características socioeconómicas de los migrantes son datos de gran interés al analizar el efecto que puede tener la migración sobre el desarrollo social y económico de un país. El demógrafo trajo a colación las tendencias entre los migrantes con un nivel de educación de post-secundaria o más. Durante el periodo de 2005 al 2014, los flujos migratorios presentaron una enorme variedad de fluctuaciones. Sin embargo, se puede distinguir una tendencia general a una mayor proporción en este nivel de educación entre la población que sale del país. Al considerar el cambio ocurrido entre los años 2013 y 2014, el ponente destacó que los datos indicaron una reducción en la proporción de personas que salen con este nivel educativo y un aumento entre la población que se muda a la isla (47.0% frente a 48.0 respectivamente). Es importante señalar sin embargo, que las cifras son bastantes similares.

La variable participación laboral mostró, al igual que la educación, varias fluctuaciones durante el periodo estudiado. Sin embargo, se puede generalizar que, a partir del 2010, se observó una tendencia general hacia una mayor proporción de entrada al país de personas que se encontraban fuera de la fuerza laboral. Por otro lado, los hallazgos indicaron lo opuesto entre los que se mudan de la isla, mostrando una tendencia descendente, con la excepción de 2013, donde hubo un alto por ciento de personas desempleadas entre la población que emigró. Para 2014, el por ciento de población que se encontraba fuera de la fuerza laboral fue de 57% entre los inmigrantes; y de 38%, entre los emigrantes. Diversos aspectos pueden estar asociados con estas cifras. Unos de estos, el hecho de que la población que entra a la isla posee una estructura de edad más vieja y en este grupo puede haber un mayor número de jubilados. Por otro lado, el descenso en la proporción de personas que se encontraban fuera de la fuerza laboral al momento de salir de la isla puede ser un indicador de que la búsqueda de una mejor calidad de vida sea uno de los factores de atracción relacionados con la migración para esta población.

Las cifras de ocupación de los emigrantes e inmigrantes mostraron diferencias. Entre la población que se muda de la isla predominaron las siguientes categorías de ocupación: gerencial, profesional y ocupaciones relacionadas (27%) y las ventas y oficina (25%). Entre la población que inmigró predominaron ocupaciones de servicios (28.7%) y gerencial, profesional y ocupaciones relacionadas (25.5%). Por otro lado, tanto emigrantes como inmigrantes mostraron medianas ingresos similares (\$13,000 vs \$12,000).

El ponente concluyó la sección de hallazgos de su presentación exponiendo las razones para migrar de las personas que salen del país. Estos datos se basaron en información que provee la Encuesta del Viajero en Puerto Rico. Para ambos sexos, se destacan como razones principales: trabajar o buscar trabajo; vivir de la jubilación; y atender un familiar. Según la encuesta de 2011-12, un 84% de los hombres en comparación con un 67% de las mujeres indicó mudarse con el propósito de buscar empleo. Se destacó el hecho de que el por ciento de mujeres que se muda para cuidar de un familiar cuadruplica la cifra correspondiente a la población masculina en esta categoría (16% frente al 4% respectivamente).

Velázquez Estrada puntualizó que los hallazgos invitan a continuar observando de cerca el fenómeno migratorio en la isla. La migración neta registrada de -64 mil personas entre Puerto Rico y los Estados Unidos durante el año natural 2014 representa el 1.8% de la población de Puerto Rico. El investigador indicó que, en términos generales, los datos mostraron que entre 2013 y 2014, el perfil de la población que emigró entre Puerto Rico y los Estados Unidos cambió de varias maneras. La diferencia en la mediana de edad de la población emigrante e inmigrante de Puerto Rico se duplicó, siendo los emigrantes los más jóvenes. En términos absolutos, el número de personas con alguna educación postsecundaria que emigró de Puerto Rico a los Estados Unidos en 2014 sobrepasó por 17 mil personas la cantidad de personas que inmigraron con este nivel educativo desde ese país a la isla. El por ciento de la población que se encuentra fuera de la fuerza laboral y que se muda de la isla disminuyó en puntos porcentuales de 52% a 39%. El área ocupacional con mayor número de emigrantes fue el área de gerencia, profesional y de ocupaciones relacionadas, seguida del área de ventas y trabajos de oficina. Puntualizó el ponente el aumento por cuatro años consecutivos, desde 2010, en la proporción de los emigrantes con ocupación en el área de gerencia, profesional y ocupaciones relacionadas. La población emigrante de Puerto Rico a los Estados Unidos tuvo más ingresos, con una mediana de ingresos de 17% mayor que el año 2013.

Concluyó el ponente indicando que, no muy distinto al movimiento migratorio de los años cincuenta que había descrito Vázquez Calzada en 1988, las condiciones socio-económicas indeseables son factores protagónicos del comportamiento del flujo migratorio. Asimismo, Velázquez Estrada apuntó que las características de la fuerza laboral de la población que emigró revelan que el éxodo de gente desde Puerto Rico no se trata tanto de las capacidades del individuo para participar en el mercado laboral sino más bien de si el mercado laboral tiene la demanda para absorberlo mediante la oferta de empleos. En cuanto al ingreso de las personas, no se trata de la capacidad del individuo para obtener ingresos, sino de que el mercado laboral en Puerto Rico paga menos en frente a otras jurisdicciones.

## LOS INMIGRANTES PUERTORRIQUEÑOS EN FLORIDA ■

El principal lugar de destino de los emigrantes puertorriqueños históricamente ha sido Estados Unidos. Diferentes estados han recibido inmigrantes procedentes de Puerto Rico a través del tiempo. A principios del siglo 20, Hawaii —entonces un territorio que no se incorporaría como el estado número 50 de la unión hasta 1959— se destacó por recibir un mayor número de emigrantes puertorriqueños, estos atraídos por la disponibilidad de trabajo en la industria azucarera (Vázquez Calzada, 1988). Igualmente, a finales de la década del 20, Arizona los recibió para trabajar en los campos de algodón. Sin embargo, es a partir de la década de 1940 que se observa una elevada cantidad de emigrantes trasladándose hacia EE.UU. En los años 50, el estado de Nueva York se convirtió en el principal destino de los migrantes puertorriqueños. A partir de la segunda mitad del siglo 20, diversos estados localizados en el noreste de EE. UU. fungieron como importantes áreas receptoras.

La década de 1970 marcó un nuevo lugar de asentamiento para la población residente en la isla que decidió emigrar. El estado de Florida comenzó a recibir un mayor flujo de inmigrantes procedentes de la isla. Sin embargo, es la década de 2000 la que ve florecer este estado como una nueva localización para los puertorriqueños. Esta tendencia sienta las bases para que en años posteriores se observara un gran flujo migratorio hacia este lugar. Los datos de 2014 del Puerto Rico Community Survey señalan que para esa fecha residían en Florida 1,006,542 personas de origen puertorriqueño. De estas, 432,207 habían nacido en Puerto Rico. Este dato refleja que del total personas en la diáspora puertorriqueña ubicada en ese estado, un 43 por ciento corresponde a puertorriqueños nacidos en la isla. A su vez, la población de origen puertorriqueño representa el 21% de la población total de la Florida que se identificó en la encuesta como latino o hispano.

Al presente, Florida continúa destacándose como el estado que recibe el mayor número de inmigrantes puertorriqueños. Para 2014, cerca del 33 por ciento de los emigrantes de Puerto Rico se relocalizaron en ese estado. Al considerar la migración, es de suma importancia analizar el flujo tanto desde la perspectiva del lugar de origen como de la del de destino. Tomando esto en consideración, en la sesión especial desarrollada sobre este tema, se presentó un análisis del volumen y características de las personas nacidas en Puerto Rico que residen en este Florida. La fuente principal de datos utilizada fue el American Community Survey de Estados Unidos correspondiente al periodo de 2010-2013 y al año 2014. Como parte del análisis, se describió la población de la Florida nacida en Puerto Rico de acuerdo al año de inmigración a ese estado, tomando en consideración tres periodos y fechas de entrada: antes de 2000, entre el año 2000 y el 2013, y el año 2014.



Los datos reflejaron una realidad demográfica de interés tanto para Puerto Rico como para el estado la Florida. En términos generales, se observó desde la década de 1920 una tendencia ascendente en el número de inmigrantes puertorriqueños nacidos en la isla residentes en Florida. Al presente, este estado es el principal lugar de destino de las personas que se mudan de la isla. En su ponencia sobre este tema presentada en la Quinta Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública, Emma Bruno Quiroz señaló que los inmigrantes puertorriqueños establecidos dentro del estado de Florida para las tres fechas o periodos analizados, se ubican en mayor proporción en Orange County. Se destaca el hecho de que para fechas recientes los inmigrantes procedentes de la isla se han situado en mayor proporción en este condado. Para 2014, cerca de 3 de cada 10 inmigrantes puertorriqueños se mudó a esta área. Por otro lado, los condados de Hillsborough y Osceola se destacan entre los destinos de mayor preferencia de ubicación de los emigrantes puertorriqueños. Durante 2014, cerca de un 60% de los inmigrantes a Florida procedentes de la isla, se asentaron en estos tres condados (Orange, Hillsborough u Osceola). Antes del año 2000 Miami Dade County se destacó entre los lugares donde residen más puertorriqueños nativos de la isla.

Al considerar las características de los emigrantes puertorriqueños al estado de Florida, se observaron importantes diferencias para varias de la características sociodemográficas de la población nacida en la isla que ha migrado a ese estado a través de los años. En términos de la variable sexo de los migrantes, no se observaron diferencias marcadas. El sexo femenino predominó entre todos los puertorriqueños residentes en Florida, independientemente de la fecha de entrada. Aproximadamente un 52% de los inmigrantes eran del sexo femenino comparado con un 48% correspondiente a su contraparte masculina. Destacó Bruno Quiroz que la edad de los inmigrantes puertorriqueños residentes en Florida que llegaron recientemente se concentra en aquellas que se consideran productivas y reproductivas. La investigadora precisó que la mediana de edad entre los residentes de la Florida nacidos en la isla, y que emigraron antes del 2000, casi duplica la correspondiente a la población que salió luego de esta fecha (53 frente 31, respectivamente). Esto hecho responde al gran número de años que llevan estos inmigrantes residiendo en ese estado.

El estado marital siempre ha sido considerado un diferencial de migración. Existe una mayor tendencia a emigrar entre la población soltera. Los hallazgos para la población nacida en la isla que emigró a Florida en fechas recientes apuntan en esa dirección. Según la demógrafa, las proporciones más altas se encuentran al totalizar la sumatoria de aquellas personas nunca casadas, divorciadas y viudas. Sin embargo, se observó que esta proporción fue más alta en aquellos que inmigraron luego del año 2000 en comparación con los que lo hicieron a partir de esta fecha (52.5% frente a 45.7% respectivamente). Este aspecto era previsible pues es posible que, al momento de emigrar, esta población haya tenido una alta proporción de solteros. Sin embargo,

al llevar residiendo varios años y hasta décadas en ese estado, se espera que los mismos hayan formado sus familias en su nuevo lugar de residencia. Así lo evidencian datos que indican que la proporción de casados que inmigraron a Florida antes del 2000 es más alta que la correspondiente al periodo más reciente (51.2% frente al 43.9%). El por ciento de la población soltera que ha inmigrado a Florida recientemente coincide con el aumento discutido anteriormente en la proporción de personas jóvenes mudándose hacia ese estado. Esto lo confirma, además, el hecho de que un 30.2% de la población que se ha mudado en la recientemente corresponde a los nunca casados en comparación con un 21.2% en el caso de los que inmigraron antes del año 2000.

Al considerar el nivel de educación de los residentes de la Florida nacidos en la isla, no se observaron diferencias tan marcadas. Sin embargo, Bruno Quiroz puntualizó algunas de estas. Las divergencias más evidentes se observaron para la población con un nivel de educación menor a escuela superior. La proporción de población en esta categoría que inmigró antes del año 2000 fue de 24.7% mientras que se limita al 15.1% en el caso de aquellos que lo hicieron a partir del 2000. De igual forma, se observó que un 11.6% de los que entraron a ese estado antes del año 2000 había alcanzado un nivel de bachillerato en comparación con un 18.9% de aquellos que lo hicieron a partir de esa fecha. Por otro lado, las diferencias entre estos dos grupos para las personas con grados académicos superiores al nivel de bachillerato, fueron mínimas (5.8% antes del año 2000 frente a 6.7% a partir de esta fecha). La observación de que la población que se ha mudado en fechas más recientes posee un nivel de educación más alta que la de los nacidos en la isla que ya llevan residiendo varios años en ese estado, es un indicador de que en la actualidad se está trasladando hacia Florida una población mejor preparada a nivel educativo.

Las características socioeconómicas de la población que se muda a Florida muestran un panorama al que se debe prestar atención. Señaló la demógrafa que al analizar la variable estado de empleo, los hallazgos indican que la proporción de personas nacidas en la isla residentes en ese estado que llegaron recientemente y que se encontraban desempleadas, prácticamente duplica la cifra correspondiente a las personas que inmigraron en fechas anteriores (6.7% antes del año 2000 frente al 12.2% luego de 1999). Aun así, la isla continúa perdiendo alrededor de un 88% del total de personas que se fueron a la Florida después de 1999 y que estaban empleadas al momento de emigrar. Este dato indica que existe un número considerable de emigrantes que posiblemente estén buscando mejorar su calidad de vida, y que no necesariamente se mudan debido a una condición de desempleo. En cuanto los ingresos de los emigrantes, se observó una disminución entre las personas que han salido en fechas más recientes. Al considerar la proporción de personas que se encontraban bajo el nivel de pobreza, los que inmigraron luego del año 2000 mostraron una cifra que aproximadamente duplica la correspondiente a las personas nacidas en la isla que entraron a el estado antes de ese año.

La ponente puntualizó que hay que destacar que la población nacida en Puerto Rico que reside en Florida y que se mudó a ese estado antes del 2000 se encuentra en una mejor posición socio-económica que la de inmigrantes recientes procedentes de la isla. Entre los primeros se observan mayores ingresos y un menor estado de pobreza. Además, muestran una mayor proporción de personas empleadas. Un dato antes mencionado que cabe relacionar este aspecto, es el hecho de que los hallazgos tienden a indicar que la población puertorriqueña que ha emigrado hacia ese estado en fechas recientes presenta un nivel más alto de educación.

## **MIGRACIÓN Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN ■**

Al considerar la migración es importante destacar ángulos relacionados con este evento, el cual tiene dos componentes protagónicos: los aspectos que competen a los flujos de migración en sí y los elementos subjetivos que conciernen a la persona que emigra. Por tanto, esta variable plantea diferentes matices de análisis en los que inciden diversos factores a diferentes niveles, tanto macro como micro, desde el contexto social. Desde una perspectiva de carácter macro-social, en la sesión especial se presentó un análisis referente al tema de la migración y los medios de comunicación en Puerto Rico. El objetivo fue presentar un análisis del tema de la emigración según se muestra en la prensa escrita en Puerto Rico.

En fechas recientes la salida de la población residente en la isla ha mostrado un aumento considerable. Este dato invita a la investigación científica tanto de los flujos emigratorios como de los diversos aspectos que encuadran el evento. Uno de estos aspectos se plantea en el análisis de la presencia o ausencia de este tema en el entorno social mediático del país. Señaló Dharma Rodríguez Pagán que el tema de la emigración en los medios de comunicación es un asunto poco discutido desde una perspectiva científica en la isla. Cabe destacar que este tipo de análisis por lo general se ha realizado en los países catalogados como receptores de inmigrantes, con un enfoque dirigido a examinar la imagen o estereotipos del inmigrante que presentan los medios.

El tema discutido en la sesión giró en torno al contenido relacionado con el tema de la emigración en la prensa escrita en Puerto Rico. Como marco conceptual de referencia al establecer la pertinencia del tema, se utilizó el concepto de encuadre noticioso. El proceso de encuadrar o framing implica la selección de algunos aspectos de la realidad percibida, que se resaltan en el texto (Igartua et al., 2007). De esta forma, se centra la atención en un punto o puntos específicos del tema tratado. En el análisis de la pertinencia que puede tener el tipo de información sobre el tema de la emigración que presentan los rotativos del país, se partió de las siguientes dos premisas que se destacan en la literatura sobre el tema: 1) la información que presentan los medios de comunicación forma parte de la visión de la realidad que tiene el receptor y 2) que la información que se consume puede llevar a la adopción de determinadas actitudes y comportamiento colectivo.

El acercamiento investigativo que se utilizó fue de tipo exploratorio. El mismo pretendió ofrecer una visión general del tema bajo análisis. En el estudio se consideró el evento que incorpora la salida de las personas que residían en la isla y se mudan hacia otro país (emigración). Se seleccionó la prensa escrita como el medio de comunicación a ser estudiado, utilizando de referencia los años 2013-2014. Se consideraron tanto los medios de prensa escrita con más años de haber sido establecidos, como medios fundados más recientemente. Entre los primeros se seleccionó a los siguientes rotativos: El Nuevo Día, El Vocero y Claridad. Entre los de origen más reciente fueron seleccionados Diálogo y Metro.

El estudio realizado incorporó los siguientes componentes: importancia de la información, presencia y análisis de las fotografías, y el carácter evaluativo del tema de la emigración. Cada uno de estos a su vez fue examinado a través de diversos indicadores específicos. Aspectos como la ubicación de la noticia, su tamaño y la inclusión de elementos gráficos formaron parte de la medición de la importancia de la misma. El análisis de las fotografías incorporó elementos relativos a la presencia de individuos, características de las personas migrantes y además, la presencia de alguna imagen concerniente al acto de emigrar. El carácter evaluativo, por su parte, utilizó indicadores referentes a los aspectos positivos y negativos de los que hizo mención o presentó gráficamente la noticia.

Se analizó de forma cualitativa el contenido de unas 32 noticias. Se calculó el índice de importancia que el rotativo le brindó a la noticia. Este índice fluctuó entre 0 y 7. Señaló la ponente que los datos presentaron una mediana de 4 para este índice, colocando al tema como uno relativamente importante en la información que presenta la prensa escrita del país. El 25% de las noticias ocuparon un titular en la portada del rotativo, aspecto que le brinda mayor relevancia al tema en los medios. Cerca de la mitad de las noticias estaban ubicadas en su totalidad o en parte en una página par. Se tomó en cuenta este aspecto ya que es las noticias que se ubican en páginas pares tienden a leerse más que aquellas en las impares.

La inclusión de imágenes en una noticia tiende a agregar mayor relevancia al tema discutido desde la perspectiva del lector. Comentó Rodríguez Pagán, que el 81% de las noticias analizadas estaban complementadas con alguna imagen, fotografía u otro elemento gráfico. Un 53% de estas incluyeron algún tipo de imagen o símbolo concerniente a la economía de Puerto Rico. Los datos indican que más de la mitad de las noticias contenían imágenes que incluían personas, elemento que humaniza el evento de migrar y crea identificación con el mismo. Aproximadamente 2 de cada 10 noticias, incluían niños, jóvenes o familias como elementos complementarios. En las imágenes no predominó ninguno de los dos sexos, ni el masculino ni el femenino. Las teorías de migración señalan que la población migrante tiende a concentrarse en edades productivas y reproductivas, entre los adultos jóvenes. Los datos indicaron que 6 de cada 10 noticias presen-

taban adultos donde la edad aproximada sobrepasaba los 35 años. Esto es un posible indicador de que la noticia quiera enfatizar que no son solo los adultos más jóvenes los que se están yendo.

El carácter evaluativo del tema de la emigración en la noticia fue analizado usando como base la mención de indicadores positivos y negativos, asociados con Puerto Rico, que la noticia de una u otra forma relacionaba con el evento de emigrar. Los indicadores de naturaleza negativa dominaron las noticias. En relación al total de noticias analizadas, se encontraron: 5 indicadores positivos por noticia, en comparación con 1.5 de índole negativa. Entre los indicadores positivos mencionados asociados al acto de mudarse de la isla hacia los Estados Unidos estaban: mejor calidad de vida, mejor bienestar, variedad de empleos y una mejor economía en ese país. Como parte de los aspectos negativos alusivos a Puerto Rico se mencionaron: la mala calidad de vida, los problemas económicos, la criminalidad y el desempleo.

En términos generales la ponente puntualizó diferentes aspectos entre los hallazgos. Se destacó el hecho de que las imágenes tienden a presentar una cantidad similar de hombres y mujeres. La inclusión de imágenes de edades alusivas a personas de adultos mayores también es un aspecto que llamó la atención. El predominio de imágenes o símbolos pertinentes a la economía se distinguió entre otros tipos. Destacó Rodríguez Pagán que la presencia tan marcada de indicadores negativos sobre Puerto Rico fue un rasgo distintivo de las noticias.

Los medios de comunicación forman parte importante de la información sobre el tema de la migración que reciben las poblaciones en general. El imaginario que crea en el público la idea de la migración o el evento de migrar podría estar influenciado por la información que se presenta sobre el mismo en los medios. La concepción o probabilidad que tiene un individuo de la idea de migrar o el evento de migrar puede ser transformada por la información que continuamente se recibe a través de los medios de comunicación.

#### **LA MIGRACIÓN EN PUERTO RICO: ALGUNOS APUNTES, RETOS Y DESAFÍOS ■**

Durante el periodo de 2005 a 2014 se ha mudado hacia EE. UU. más de medio millón de personas. El mayor número de emigrantes se observó en 2014, donde se fueron cerca de 84,000 personas, unas 7,000 personas mensuales. El comienzo del siglo XXI muestra cifras considerables para la población que se ha mudado a Estados Unidos. Esta cifra histórica abona al descenso marcado en población y al envejecimiento de la misma.

Además, las personas que salen del país se encuentran en edades reproductivas y productivas, lo que apunta hacia la pérdida de talentos. No se prevé que en un futuro inmediato se registre un aumento en los nacimientos ni que disminuya la emigración. Mientras tanto, la expectativa de vida continúa en aumento y el acelerado envejecimiento poblacional que se observa en una isla

que ya posee una estructura de edad vieja, presenta retos para el país en general, en especial para los sectores económicos, sociales y de salud. Este tipo de dinámica demográfica compromete la garantía de servicios de salud tanto en términos del volumen como de la calidad de los mismos. De igual forma, será necesario disponer de profesionales con especialización en tratar enfermedades de alta prevalencia en etapas longevas, entre otros aspectos. Por otro lado, la pérdida de talento genera serios retos económicos que a su vez afectan el desarrollo social del país.

La movilidad geográfica es parte esencial de la vida de los seres humanos. Este fenómeno es diverso en su origen, causas y consecuencias para la humanidad. Los flujos migratorios que se observan en un país tienen múltiples consecuencias en diversas áreas incluyendo el componente de salud. No cabe duda de que Puerto Rico atraviesa una situación demográfica y económica que presenta una enorme cantidad de retos que afrontar. Un descenso marcado de la población, un continuo decrecimiento de los niveles de natalidad y una considerable cantidad de personas que están emigrando caracterizan la dinámica demográfica actual, la cual al considerarse de manera concomitante con la crisis económica que atraviesa el país, constituye un panorama al que debe prestársele atención urgente.

La magnitud de los flujos migratorios, las características de los migrantes y la mirada del entorno social en el que se desarrolla un evento migratorio forman parte del análisis sobre este. Debido a su componente dinámico, estos aspectos requieren de investigación y discusión continua. A su vez, es necesario que este apoyo empírico se traduzca en el desarrollo e implementación de política pública eficaz para atender de manera satisfactoria el panorama cambiante al que se enfrenta el país. El desafío está latente y es imperante tomar iniciativas dirigidas a retener el talento que produce el país. El logro de las mismas no le compete solo al estado, requiere la convergencia y el compromiso de los diferentes sectores que día a día conviven en nuestro entorno social. ☼

## BIBLIOGRAFÍA

Bruno Quiroz, Emma (2016, mayo). *Los emigrantes de Puerto Rico al estado de Florida: sus características sociodemográficas*. Ponencia presentada en la V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. San Juan, Puerto Rico.

Igartua Perosanz, J.; Muñiz Muriel, C., Otero Parra, J. y De la Fuente, J. (2007, enero). *El tratamiento informativo de la inmigración en los medios de comunicación españoles. Un análisis de contenido desde la Teoría del Framing*. Estudios sobre el Mensaje Periodístico, 13. Disponible en <http://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/ESMP0707110091>

Negociado del Censo de Estados Unidos. (2014) *Encuesta de la Comunidad de los Estados Unidos*.

Negociado del Censo de Estados Unidos. (2014) *Encuesta de la Comunidad de Puerto Rico*.

Negociado del Censo de Estados Unidos. (2010-2013) *Encuesta de la Comunidad de los Estados Unidos*.

Rodríguez Pagán, Dharma (2016, mayo). *Migración y medios de comunicación en Puerto Rico*. Ponencia presentada en la V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. San Juan, Puerto Rico.

Vázquez Calzada, José L. (1988). *La población de Puerto Rico y su trayectoria histórica*. San Juan: Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Velázquez Estrada, Alberto (2016, mayo). *Perfil del migrante 2014*. Ponencia presentada en la V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. San Juan, Puerto Rico.

---

# **PERFIL DE SALUD Y GASTOS EN SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN PUERTO RICO EN 2013: ANÁLISIS SECUNDARIO DE UNA BASE DE DATOS DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**JOSÉ R. CARRIÓN-BARALT, PHD, MPH**

**NATALIA B. PAGÁN GUADALUPE, MPH**

**LUIS G. DÍAZ LOGROÑO, MPH**

**JOEL A. VÉLEZ EGIPCIAO, MPH**

**PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA  
ESCUELA GRADUADA DE SALUD PÚBLICA  
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO**

El presente documento resume los hallazgos principales de cuatro informes basados en el trabajo realizado por tres estudiantes, hoy egresados, del programa de Maestría en Salud Pública con especialidad en Gerontología: Natalia B. Pagán Guadalupe, Joel A. Vélez Egipciaco y Luis Díaz-Logroño.

Los alumnos llevaron a cabo su trabajo bajo la supervisión del Dr. José R. Carrión-Baralt durante su Laboratorio de Comunidad en el segundo trimestre del año académico 2015-2016, experiencia culminante de sus estudios de Maestría. Estos informes presentan los resultados de un análisis secundario de una base de datos de utilización de servicios de salud que se describe más adelante, y que buscó proveer:

1. Perfil de salud de las personas de 65 años o más en Puerto Rico en 2013
2. Perfil de salud de las personas entre 50 y 64 años de edad en Puerto Rico en 2013
3. Prevalencia de cáncer entre las personas de 65 años o más en Puerto Rico en 2013
4. Gastos de salud en personas de 65 años o más en Puerto Rico en 2013

## INTRODUCCIÓN ■

Sabemos, por datos del Censo de los Estados Unidos, que la población de adultos mayores en Puerto Rico está en aumento. También presumimos, por datos del Censo de los Estados Unidos y por estudios anteriores como Puerto Rican Elderly: Health Conditions (2007) que las prevalencias de hábitos poco saludables, enfermedades crónicas e impedimentos son muy altas en esta población. Sin embargo, carecemos de datos precisos actualizados. Es importante contar con un estudio abarcador del estado de salud de la población de personas de edad avanzada que sirva como fundamento educativo y guía para la planificación de servicios de salud efectivos para cubrir las necesidades de los adultos mayores.

El informe Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre el Envejecimiento y la Salud, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015, incluye como quinto objetivo estratégico mejorar la medición, el seguimiento y la investigación de problemas y tendencias relacionadas con la edad. Este informe propone que se debe promover la investigación en diversos campos específicos relacionados con el envejecimiento y la salud, de una manera multidisciplinaria, para que los datos sean representativos de la diversidad de esta población. Para poder contestar preguntas relacionadas con la salud de los adultos mayores, la OMS considera necesaria la recopilación de datos estadísticos y encuestas de la población de adultos mayores en general, para así poder realizar un análisis comprensivo de su situación de salud, y para que las investigaciones incluyan medidas apropiadas del envejecimiento saludable, sus determinantes y su distribución. Es por esta razón que la OMS propone la siguiente acción fundamental: “Conocer más sobre el estado de salud y las necesidades de las poblaciones de adultos mayores, y en qué medida se satisfacen estas necesidades”.

El presente trabajo investigativo respondió al llamado de la OMS, y se propuso realizar el estudio de salud del adulto mayor más completo que se haya hecho en Puerto Rico hasta ahora. Aunque se han realizado algunos estudios sobre el estado de salud de la población de personas de edad avanzada en la isla, algunos de esos datos representan el estado de salud de los adultos mayores en la década pasada, no en la actualidad. Otros datos disponibles son el resultado de estudios que tienen importantes limitaciones metodológicas. Las bases de datos de utilización de servicios de salud representan una gran oportunidad para crear un perfil de salud de las personas de edad avanzada en Puerto Rico, acorde con la necesidad y los cambios demográficos que han ocurrido en la isla durante la última década. Los datos de salud actualizados permitirán determinar, de una manera más precisa, los servicios de salud que necesitan, ahora y en el futuro cercano, los adultos mayores de la isla. Por esta razón, estos datos serán de gran utilidad para planificar eficientemente los servicios de salud a ofrecer, incluyendo el aspecto financiero de los mismos.



## **METODOLOGÍA COMÚN DE LOS CUATRO INFORMES ■**

Este trabajo investigativo es un análisis secundario de una base de datos compilada por el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) que contiene información sobre la utilización de servicios de salud facturados por la mayoría de las aseguradoras del país durante el año calendario 2013.

La base de datos incluye información provista por los siguientes planes médicos: First Medical Health Plan, Inc.; Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.; MCS Advantage, Inc.; MCS Health Management Options, Inc.; Mennonite General Hospital, Inc.; MMM Healthcare, Inc.; Plan de Servicios de Salud Bella Vista; Preferred Medical Choice; Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.; Pan American Life Insurance Co. of Puerto Rico y Triple S Salud (Privado y Reforma). Según el DSPR, los asegurados de estos planes médicos representan el 95.9% de las personas aseguradas en Puerto Rico. En esta base de datos no se incluye información del sistema de salud de la Administración de Veteranos en Puerto Rico, los Centros 330, Salud Correccional, ACAA, algunos planes médicos pequeños ni de personas no aseguradas.

La base de datos se nutre de la información contenida en reclamaciones por servicios de salud prestados durante el año calendario 2013 y facturados a una de las aseguradoras antes mencionadas. En cada reclamación se encontraba la información personal y sociodemográfica del asegurado, así como los diagnósticos asignados por el médico en esa visita o servicio. Cada reclamación podría tener hasta 6 diagnósticos de los incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades-Novena Revisión, o CIE-9, conocida ampliamente por sus siglas en inglés como ICD-9.

Se crearon nuevas variables dicótomas, es decir, variables que permiten solo una de dos opciones como respuesta, para las 100 enfermedades más comunes en la base de datos. Estas variables dicótomas identificaban la presencia o ausencia de un diagnóstico X (por ejemplo, Diabetes: Sí o No). Luego de la creación de las variables, se le asignó a cada variable dicótoma en cada factura el valor 1 (a las personas con al menos un código perteneciente al diagnóstico X) ó 0 (a las personas sin ningún código perteneciente al diagnóstico X). Esto permitió identificar si, en cada una de las facturas, en los diagnósticos del 1 al 6, el paciente tenía al menos uno de los códigos correspondientes al diagnóstico X. De tener al menos uno de los códigos en cualquiera de sus facturas, a esa persona se le asignaba el número 1 en la variable dicótoma correspondiente en su récord agregado final. Se transformaron los datos de un formato de facturas a un formato de “récord electrónico” de cada asegurado. Se crearon, además, las variables Multimorbilidad, Trío Metabólico, Diabetes e Hipertensión, Número de Facturas y Grupo de Edad.

Para proteger la confidencialidad de los pacientes, la base de datos con identificadores personales fue depurada y analizada en las instalaciones de la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo del Departamento de Salud de Puerto Rico. Para proteger la identidad de los asegurados, se eliminaron las siguientes variables: Número de Seguro Social, Nombre, Código de la Aseguradora, Segundo Nombre, Apellido Materno, Apellido Paterno y Fecha de Nacimiento. Solo se dejó el Identificador Único (Local ID), que no se asociaba con ninguna de las variables eliminadas. Durante la duración de este estudio investigativo ningún dato con identificadores personales se extrajo o utilizó fuera de las instalaciones; la base de datos sin identificadores fue extraída con la debida autorización por escrito del Departamento de Salud.

El paquete de programación (“software”) utilizado para guardar los datos y realizar los análisis estadísticos en las bases de datos fue IBM SPSS, versión 17. Para la creación de tablas y gráficas se utilizó Microsoft Excel 2010. Este estudio investigativo (Perfil de Salud del Adulto Mayor en Puerto Rico para el año 2013: Condiciones Físicas, Mentales y Costos) fue aprobado por la Oficina del IRB del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (número de protocolo: 6560115). Las siglas IRB se refieren al Institutional Review Board o las juntas institucionales para la protección de los derechos de personas que participan como sujetos de una investigación o cuyos datos son utilizados.

## **INFORME I: PERFIL DE SALUD DE PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS ■**

Los objetivos de este informe fueron:

- Desarrollar un perfil de salud del adulto mayor en Puerto Rico para el año natural 2013
- Identificar y reportar las enfermedades más comunes entre las personas de 65 años o más en Puerto Rico durante el año 2013
- Evaluar la prevalencia y distribución de estas enfermedades por sexo, grupo de edad y región geográfica
- Identificar y reportar las enfermedades más comunes por sistemas, en total y por sexo, entre las personas de 65 años o más en Puerto Rico durante el año 2013
- Evaluar la prevalencia y distribución entre esta población de las variables Trío Metabólico, Diabetes e Hipertensión, y Multimorbilidad

## **METODOLOGÍA ESPECÍFICA DEL INFORME I ■**

Para determinar la prevalencia de las enfermedades más comunes en la población de personas de 65 años o más se realizó un análisis de frecuencias para las variables dicótomas creadas para dichas enfermedades. Las variables utilizadas en este análisis de frecuencia fueron: Hipertensión, Desórdenes del Metabolismo de Lípidos, Diabetes, Hipotiroidismo, Anemia, Infección del Tracto Urinario, Desorden de Hueso y Cartílago, Dolor en Articulaciones, Otros desórdenes de la espalda, Aterosclerosis Coronaria, Neoplasmas Malignos, Enfermedad Crónica del Riñón, Asma, Angina de Pecho, Fallo Cardíaco, Depresión Mayor, Otros Desórdenes del Seno, Alzheimer, Otros Desórdenes de la Región Cervical, Artritis, Neoplasma Maligno de la Próstata, Aterosclerosis, Neoplasmas Malignos del Seno, Apnea del Sueño, Lesiones no Alopáticas, HIV y Otras Demencias. Otras variables en las cuales se realizaron análisis de frecuencia fueron: Trío Metabólico, Diabetes e Hipertensión, y Multimorbilidad. Para cada una de estas variables, la prevalencia se calculó dividiendo el número de personas que tenía cada una de estas enfermedades o combinaciones de enfermedades, entre el número total de personas en la muestra. Este mismo análisis se realizó por sexo y grupo de edad.

## **RESULTADOS ESPECÍFICOS DEL INFORME I ■**

- Los datos aquí presentados cubren un total de 14,047,532 reclamaciones, de un estimado de 424,479 asegurados de 65 años o más. De los asegurados, 247,556 (58.3%) eran mujeres y 379,453 (89.4%) tenían seguro privado.
- La edad promedio de los individuos fue de 74.89 años y el número promedio de reclamaciones por asegurado fue de 33.09. Las reclamaciones promedio, por persona, por tipo de encuentro fueron: 29.29 en Servicios Ambulatorios, 2.41 en Hospital, 1.35 en Salas de Emergencias y 0.04 en Oficina Dental.
- Las cinco enfermedades de mayor prevalencia fueron: Hipertensión (70.2%), Desorden del Metabolismo de Lípidos (62.2%), Diabetes (53.6%), Hipotiroidismo (35.1%) y Anemia (33.2%). Aproximadamente el 10% tenía un diagnóstico de algún tipo de demencia.
- Se analizó la prevalencia de Diabetes, Hipertensión y Desórdenes del Metabolismo de Lípidos en la variable combinada llamada Trío Metabólico. El 18.3% de esta población no padecía ninguna de las condiciones del Trío Metabólico, el 15.6% al menos tenía una de las enfermedades, 27.9% padecía dos de las condiciones y 38.2% padecía las tres enfermedades del trío metabólico.
- Para el año 2013, el 46% padecía tanto de Diabetes como de Hipertensión. La variable Multimorbilidad busca analizar la prevalencia de múltiples enfermedades diagnosticadas en la población de adultos mayores.
- El 13% de los adultos mayores no padecía de ninguna enfermedad, 6.9% de al menos una, 38% de dos a cinco, 32.9% de seis a nueve y el 9.2% de 10 a 21 condiciones de salud.

## **DISCUSIÓN / CONCLUSIONES DEL INFORME I ■**

El 13% de estos adultos mayores no padecía de ninguna enfermedad; 6.9% de una, 38% de dos a cinco condiciones de salud, 32.9% de seis a nueve condiciones y el 9.2% de 10 a 21 condiciones de salud. Más de un 40% tenía seis o más enfermedades diagnosticadas. Esto demuestra la complejidad del paciente geriátrico y la importancia de la visión integral de la persona, la previsión y prevención de posibles complicaciones y el manejo adecuado de los medicamentos (polifarmacia), lo cual requiere un adiestramiento especializado de los profesionales de la salud.

La diferencia entre la prevalencia de diagnósticos de diabetes en este estudio y la prevalencia menor auto-reportada en los estudios anteriores sugiere que hay mucha gente diagnosticada que no sabe o no acepta que tiene diabetes.

La alta prevalencia de personas con las enfermedades del Trío Metabólico sugiere que hay un alto número de personas en riesgo de desarrollar otras morbilidades, discapacidad y, sobre todo, demencia tipo Alzheimer o Vascular.

## **INFORME II: PERFIL DE SALUD DE PERSONAS DE 50 A 64 AÑOS ■**

Los objetivos de este informe fueron:

- Desarrollar un perfil de salud (incluyendo los gastos asociados) en la población de 50 a 64 años en Puerto Rico para el año natural 2013
- Identificar y reportar las enfermedades más comunes entre las personas de 50 a 64 años en Puerto Rico durante el año 2013
- Evaluar la prevalencia y distribución de estas enfermedades por sexo
- Identificar y reportar las enfermedades más comunes por sistemas, total y por sexo, entre las personas de 50 a 64 años en Puerto Rico durante el año 2013
- Evaluar la prevalencia y distribución entre esta población de las variables Trío Metabólico, Diabetes e Hipertensión, y Multimorbilidad

## **METODOLOGÍA ESPECÍFICA DEL INFORME II ■**

Aparte de los análisis de frecuencias similares a los del grupo de 65 o más, para este informe se realizó un análisis sencillo de gastos con el propósito de comparar con dicha población con la de 50 a 64 años, grupo estudiado en el Informe II. Para esto se realizó un análisis descriptivo del número total de facturas, y los gastos totales y promedio para el asegurado y la compañía aseguradora.

## **RESULTADOS ESPECÍFICOS DEL INFORME II ■**

- Estos datos cubren 12,343,743 reclamaciones de 519,860 asegurados, de los cuales 300,880 (57.9%) eran mujeres y 349,929 (67.3%) tenían seguro privado.
- La edad promedio fue de 57.03 años y el número promedio de reclamaciones por asegurado fue de 23.74 (22.19 para los hombres y 24.88 para las mujeres). Las reclamaciones promedio, por persona, por tipo de encuentro fueron: 18.47 en Servicios Ambulatorios, 3.83 en Hospital, 2.21 en Salas de Emergencias y 0.24 en Oficina Dental.
- Las cinco enfermedades de mayor prevalencia fueron: Hipertensión (49.80%), Desórdenes del Metabolismo de Lípidos (41.50%), Diabetes (34.30%) Hipotiroidismo (24.40%) e Infección del Tracto Urinario (20.30%).
- Cerca del 50% de la población de puertorriqueños entre las edades de 50 a 64 años padece de Hipertensión.
- El 24% de esta población padecía tanto de Diabetes como de Hipertensión.
- El 47.9% estaba diagnosticado con entre dos a cinco enfermedades. 17.3% padecía de 6 o más enfermedades.
- 11.30% estaba diagnosticado con Depresión Mayor.
- Casi 1% de esta población estaba diagnosticada con VIH (1.40% entre los hombres).
- El gasto total de utilización de servicios para las aseguradoras fue de \$1,119,536,495 (casi mil ciento veinte millones de dólares); para los asegurados fue de \$261,843,468 (más de doscientos sesenta millones de dólares).
- El gasto facturado promedio, por persona asegurada, para las compañías aseguradoras, en el año 2013 fue \$2,153.55; para los asegurados fue \$507.30.
- Las personas con Anemia resultaron ser el grupo con un gasto promedio mayor entre los adultos asegurados (\$1,407.95) y para las compañías aseguradoras (\$4,003.04).
- El gasto facturado aumenta significativamente con cada enfermedad del trío metabólico.

## **DISCUSIÓN / CONCLUSIONES DEL INFORME II ■**

Estos datos contrastan grandemente con la creencia o expectativa de que los Baby Boomers son un grupo diferente, que ha cuidado su salud a lo largo de su vida y que va a llegar a los 65 años de edad saludable y sin mayores problemas físicos. Por el contrario, números importantes de personas con Depresión y VIH, aparte de las otras enfermedades, presentarán cuadros más complejos para los que los profesionales de la salud tendrán que prepararse.

### **INFORME III: PREVALENCIA DE CÁNCER EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS ■**

Los objetivos de este informe fueron:

- Determinar la prevalencia del cáncer y sus tipos entre las personas de 65 años o más en Puerto Rico
- Evaluar la distribución por sexo del cáncer y sus tipos entre las personas de 65 años o más en Puerto Rico para el 2013

### **METODOLOGÍA ESPECÍFICA DEL INFORME III ■**

Se crearon nuevas variables dicótomas para los tipos de cáncer específicos. Estas variables dicótomas identificaban la presencia o ausencia de un diagnóstico de cáncer tipo X. (por ejemplo, Cáncer de Seno: Sí o No; Cáncer de Próstata: Sí o No). También se crearon variables dicótomas nuevas para las variables de cernimiento de neoplasmas. Se llevó a cabo un análisis de prevalencia de cáncer entre las personas de 65 años o más. Para esto se realizó un análisis de frecuencia de Neoplasmas Malignos y Neoplasmas Benignos en esta población. Para cada una de estas variables, la prevalencia se calculó dividiendo el número de personas que tenía cada una de estas enfermedades entre el número total de personas. El mismo análisis se realizó separadamente por sexo.

Luego, tomando en cuenta únicamente la población con neoplasma maligno, se determinó la proporción de los distintos tipos de cáncer en la población de personas con neoplasma maligno. Para esto se realizó unos análisis de frecuencia de estos tipos de cáncer: Próstata, Seno, Colon y Recto, Linfoma No Hodgkin, Ovario, Tiroides, Vejiga Urinaria, Pulmones y Bronquios, Leucemia, Hígado y Ducto Biliar, Riñón y Pelvis Renal, Oral y Faringe, Estómago, Cérvix y Útero. Para cada una de estas variables, la proporción se calculó dividiendo el número de personas que tenía cada uno de estos tipos de cáncer entre el número total de personas con cáncer. El mismo análisis se realizó separadamente por sexo.

### **RESULTADOS ESPECÍFICOS DEL INFORME III ■**

Estos datos cubren un total de 14,047,532 reclamaciones sometidas por servicios provistos a 424,479 asegurados, de los cuales 247,556 (58.3%) eran mujeres y 379,453 (89.4%) tenían seguro privado. La edad promedio de los individuos fue de 74.89 años y el número promedio de reclamaciones por asegurado fue de 33.09.

La prevalencia de neoplasma fue de 24% (102,548 personas). Se obtuvo una prevalencia de Neoplasma Benigno de 10.37% (44,012 personas), una prevalencia de Carcinoma In Situ de 2.68% (11,415 personas) y una prevalencia de Cáncer o Neoplasma Maligno de 14.83% (62,956 personas). Dentro de la población con cáncer, 57.8% fueron hombres.

El tipo de cáncer más común entre las personas diagnosticadas con cáncer, con aproximadamente un 40%, fue el cáncer de Próstata, seguido por el cáncer de Colon y Recto (17.6%) y el cáncer de Seno con poco más del 15%.

Los cánceres de Próstata, Seno, Colon y Recto comprendieron más del 70% de los casos de cáncer en la población de 65 años o más en 2013 en Puerto Rico.

Los hombres tuvieron mayor proporción de cáncer de Próstata (67.7%), seguido por cáncer de Colon y Recto (14.3%). Las mujeres, por su lado, tuvieron mayor proporción de cáncer de Seno (36.7%) seguido por cáncer de Colon y Recto (22.1%)

En esta población de adultos mayores diagnosticados con cáncer, un 51% tuvo de 6 a 9 enfermedades y 24.7% de 10 a 21. Entre las personas con cáncer, 59.1% tuvo un diagnóstico de Diabetes e Hipertensión (ambas enfermedades a la vez), comparado con 43.7% entre las personas sin cáncer. Entre las personas con cáncer, más de la mitad (51.1%) tuvo las 3 enfermedades del Trío Metabólico.

En esta población de 65 años o más, hubo una prevalencia de Cernimiento de Cáncer (Neoplasma Maligno) de 18.80%, de Cernimiento de Neoplasma Maligno del Seno de 11.60%, de Cernimiento Mamográfico de 10.90% y de Otro Cernimiento de Examinación del Seno de 0.10%.

### **DISCUSIÓN / CONCLUSIONES DEL INFORME III ■**

Se observó que un 75% de adultos mayores con cáncer tiene de 6 a 21 enfermedades. Esto es algo importante, dado a que los estudios indican que un mayor número de morbilidades en adultos mayores con cáncer, en muchos de los casos limita su tratamiento y se observa una baja sobrevivencia en éstos (Sogaard y colaboradores, 2013). Para la variable de Diabetes e Hipertensión, la población con cáncer tuvo una mayor proporción, al compararla con la población sin cáncer, con una diferencia en proporción de 15.4%. Esta diferencia es importante debido a que estas dos enfermedades están asociadas con la mortalidad de cáncer (Coughlin y colaboradores, 2004; Grossman y colaboradores, 2002). Para la variable del Trío Metabólico, una proporción mayor (15.2% mayor) de las personas cáncer tuvieron las 3 enfermedades, en comparación con la población sin cáncer. Una de cada 2 personas con cáncer tiene las 3 enfermedades del Trío Metabólico. Esta información es importante, debido a que los estudios indican que el síndrome metabólico se asocia con el desarrollo, crecimiento y metástasis del cáncer (Zelenko, y Gallagher, 2014).

## **INFORME IV: GASTOS DE SALUD EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS EN 2013 ■**

Los objetivos de este informe fueron:

- Realizar un análisis de los gastos asociados a la utilización de servicios de salud del adulto mayor en Puerto Rico.
- Reportar los gastos, totales y promedio, de utilización de servicios de salud para las compañías aseguradoras y los asegurados, en la población de 65 años o más en Puerto Rico durante el año 2013.
- Reportar los gastos por Tipo de Encuentro, Sexo y Región Geográfica.
- Identificar el impacto de algunas de las enfermedades más prevalentes entre los adultos mayores de Puerto Rico sobre los gastos de salud de asegurados y aseguradoras.

### **METODOLOGÍA ESPECÍFICA DEL INFORME IV ■**

Se analizaron los gastos de utilización de servicios de salud en la población de 65 años o más. Para esto se realizó un análisis descriptivo de los gastos para las compañías aseguradoras y los co-pagos de los asegurados, totales y promedio. Este mismo análisis se realizó separadamente, por sexo, por grupo de edad, por tipo de encuentro y por región geográfica. También se realizó un análisis descriptivo del número total de facturas. Luego se calcularon los gastos promedio, para las aseguradoras y los co-pagos de los asegurados, de las 10 enfermedades más prevalentes (Hipertensión, Desorden del Metabolismo de Lípidos, Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Anemia, Infección del Tracto Urinario, Desórdenes del Hueso y el Cartilago, Dolor en Articulaciones, Otros Desórdenes de la Espalda y Aterosclerosis Coronaria), así como Depresión, Alzheimer y las variables Diabetes e Hipertensión, Multimorbilidad y Trío Metabólico. Además, se compararon los gastos y co-pagos asociados a las enfermedades más comunes entre las personas con cada uno de esos diagnósticos y las personas sin el diagnóstico. Se realizó un análisis comparativo de los gastos para la compañía aseguradora y los co-pagos de los asegurados, asociados a la variable Trío Metabólico (Diabetes, Hipertensión y Desorden del Metabolismo de Lípidos) y a la variable Multimorbilidad.

### **RESULTADOS ESPECÍFICOS DEL INFORME IV ■**

Hallazgos principales:

- El gasto total de utilización de servicios para las compañías aseguradoras fue de \$726,068,783; para los asegurados, el total de co-pagos fue de \$861,749,118. El gasto total combinado fue \$1,587,817,901.
- El gasto facturado promedio para las compañías aseguradoras en el año 2013 fue \$1,710.50; para los asegurados el co-pago promedio anual fue \$2,032.97.



- Para los asegurados y para las aseguradoras, dentro de las enfermedades comunes, el padecimiento que representó un co-pago o gasto promedio anual mayor fue Aterosclerosis Coronaria: \$5,249.32 para los asegurados y \$3,383.20 para las aseguradoras.
- Padecer de 10 a 21 morbilidades (enfermedades) significó un co-pago promedio anual para los asegurados de \$7,130.19, y para las aseguradoras un gasto promedio \$4,192.46. Padecer de 6 a 9 morbilidades representó un co-pago promedio anual para los asegurados de \$3,131.44 y para las aseguradoras un gasto de \$2,182.86. Tener de 2 a 5 morbilidades representó un co-pago promedio para los asegurados de \$865.46 y para la aseguradora un gasto de \$1,328.29. Para la persona asegurada, el padecer una sola morbilidad representó un co-pago promedio de \$141.14 y para la aseguradora un gasto de \$775.65.
- Se analizó el gasto promedio anual de Diabetes, Hipertensión y Desórdenes de Metabolismo de Lípidos en una variable combinada llamada Trío Metabólico. El gasto promedio para los asegurados con las tres condiciones del Trío Metabólico fue de \$3,503.64 y para la aseguradora de \$2,192.57. El padecer dos condiciones del Trío Metabólico representó un gasto promedio en los asegurados de \$1,912.73 y para las aseguradoras de \$1,771.63. El padecer una condición del Trío Metabólico representó un gasto promedio para los asegurados de \$842.75 y para las aseguradoras de \$1,614.05.
- El gasto total de servicios de salud para las mujeres aseguradas fue de \$479,766,420, siendo \$97,783,723 más alto que el gasto total para los hombres asegurados. Sin embargo, los hombres tuvieron un gasto promedio anual por asegurado de \$2,148.53, \$199.04 mayor que el gasto promedio de mujeres aseguradas (\$1,949.49). El grupo de edad con el mayor gasto promedio por asegurado fue el de 85 años en adelante, con un gasto promedio de \$2,472.13. Para las aseguradoras, este grupo de edad (85 años en adelante) también fue el que tuvo mayor gasto promedio en servicios de utilización, con un gasto anual de \$1,834.19. Esto implica que las personas aseguradas de 85 años en adelante en promedio pagaron por sus gastos de salud \$637.94 dólares más que las compañías aseguradoras. El tipo de encuentro más costoso fue el de visitas al Hospital con un gasto promedio para los asegurados de \$226.94 y para las aseguradoras de \$279.83. La Región Geográfica de Puerto Rico en la cual se observó un mayor gasto promedio para los adultos mayores asegurados fue la Región de San Juan con \$2,910.75. Para las aseguradoras, sin embargo, la Región Geográfica con mayor gasto promedio fue la región “Fuera de Puerto Rico” con \$2,573.55.
- Para los asegurados, las cinco condiciones con el gasto promedio anual más alto fueron Aterosclerosis Coronaria (\$5,249.32), Enfermedad de Alzheimer (\$4,320.05), Anemia (\$3,888.57), Depresión (\$3,664.39) e Infección del Tracto Urinario (\$3,561.48). Para las aseguradoras, las más costosas fueron Aterosclerosis Coronaria (\$3,383.2), Anemia

(\$2,744.65), Alzheimer (\$2,660.1), Dolor de las Articulaciones (\$2,610.49) e Infección del Tracto Urinario (\$2,604.53).

- Es importante observar el gasto asociado con la Anemia, debido a que esta resultó ser la tercera enfermedad más costosa y en el informe titulado Perfil de Salud de la Población de 65 años o más en Puerto Rico en 2013 se encontró que 33.2% de los adultos mayores fueron diagnosticados con Anemia siendo esta la quinta enfermedad más diagnosticada en los adultos mayores. La Anemia tiene una importancia significativa debido a que está dentro de las cinco enfermedades más costosas y las cinco enfermedades más comunes, queriendo decir esto que un tercio de los adultos mayores costean casi cuatro mil dólares anuales en promedio en el tratamiento de Anemia.

#### **DISCUSIÓN / CONCLUSIONES DEL INFORME IV ■**

El Departamento de Salud indica que los gastos informados en esta base de datos incluyen gastos de visitas médicas y medicamentos, para los asegurados y las aseguradoras, de reclamaciones sometidas por los proveedores de servicios de salud a las aseguradoras, pero no incluyen gastos de cuidado informal o formal en el hogar, alimentación especial y transporte, entre otros. Al analizar los resultados presentados en este informe se puede observar cómo las personas aseguradas incurrieron en mayores gastos por concepto de salud que sus compañías aseguradoras. Esto puede observarse al comparar los gastos de enfermedades, tipos de visitas, gastos totales y promedios para los asegurados y aseguradoras. Esto es cónsono con los hallazgos de uno de los informes de Agencia de Investigación y Calidad en Cuidado de Salud de Estados Unidos (“Agency for Healthcare Research and Quality”), cuando informó que los gastos de servicios de salud para las personas de edad avanzada han ido en aumento (Soni & Roemer, 2011). El Negociado del Censo Federal informó que entre los años 2007 y 2011 el 41.2% de las personas de 65 años o más estaban bajo el nivel de pobreza en Puerto Rico. Teniendo en cuenta los ingresos de esta población y los gastos de cuidado de salud, es necesario entender que cada dólar que se gasta en servicios de salud implica una disminución en la posible utilización de ingresos del adulto mayor para otras necesidades básicas como vivienda, alimentación o transporte (Junta de Planificación de Puerto Rico, 2013). El incremento anual de los gastos de servicios de salud posiblemente traiga consigo efectos perjudiciales para la calidad de vida del adulto mayor. Si analizamos el Perfil de Salud de la Población de 65 años o más en Puerto Rico en 2013 (Informe I) se puede observar que, cuanto mayor es la persona, más enfermedades padece y esto explicaría el aumento en los gastos de servicios de salud según aumenta la edad.

## LIMITACIONES GENERALES ■

Las bases de datos de las compañías aseguradoras de Puerto Rico, presentan múltiples retos y limitaciones, a saber (Departamento de Salud, 2015):

1. Hay variables con poca o ninguna información reportada. Por ejemplo: Variables de Estado Marital, Ocupación, Ingreso Anual e Ingreso Familiar, Educación, Peso, Altura, Número de Dependientes, Abuso de Alcohol, Dependencia de Tabaco, Historial de Tabaco, Inactividad Física. Estas variables pudieran ser útiles para hacer otros análisis y es deseable que se incluyan en futuras ediciones de esta base de datos.
2. Problemas con la identificación del paciente único. Cada asegurador tiene un método de identificar al individuo como paciente único y el número de Seguro Social de por sí a veces no resulta ser un buen mecanismo para reconocer a una persona. Se observaron algunas personas con el mismo número de seguro social, en ocasiones personas de distinto sexo. Para facilitar la preparación de este tipo de informe en el futuro es deseable que las compañías aseguradoras adopten un sistema común de asignación de código de identificación de paciente único.
3. El gasto que se reporta en la base de datos es englobado. No se provee el gasto específico que realiza cada persona en cuanto a deducibles y medicamentos. Sin este desglose es imposible realizar análisis importantes, como el de los costos de los medicamentos.
4. Los datos aquí reportados, a pesar de comprender la muestra más grande de cualquier estudio de salud hecho con personas de estas edades en Puerto Rico, dejó fuera casi 30% de la población de 65 años o más en Puerto Rico. Es importante que, para estudios futuros, se cuente con la mayor cantidad posible de la población, de modo que no se excluyan grupos que pudieran tener necesidades particulares.
5. Los datos aquí reportados no incluyen los datos de APS Healthcare Puerto Rico, compañía proveedora de servicios de salud mental de la Reforma de Salud de Puerto Rico, por lo que es muy posible que las prevalencias de enfermedades mentales hayan sido subestimadas u omitidas completamente.

## RECOMENDACIONES ■

- Adiestrar a los profesionales de la salud en el manejo y atención de pacientes geriátricos, con múltiples enfermedades, necesidades particulares y posiblemente múltiples tratamientos farmacológicos simultáneos.
- Enfocar los esfuerzos de salud pública en la prevención, detección temprana y tratamiento óptimo de las enfermedades más comunes, con el fin de mejorar la calidad de vida de esta población y reducir gastos de salud.
- Continuar produciendo trabajos investigativos que utilicen bases de datos de utilización de servicios para poder desarrollar un cuadro longitudinal del perfil de salud de los adultos

mayores en Puerto Rico y ajustar los servicios, recursos y programas de acuerdo a los cambios observados.

- Desarrollar política pública que esté enfocada en la promoción de salud en los adultos mayores.
- Convocar y asegurar una acción multisectorial de salud pública integral sobre el envejecimiento, en la cual los sectores Privado, Público y de la Comunidad se unan con el fin de desarrollar estrategias y planes de acción, enfocados no sólo en la prolongación de la vida, sino más aún en lograr que los adultos mayores tengan un envejecimiento saludable y digno.
- En cuanto a las Compañías Aseguradoras, se recomienda que reporten de una manera más completa la información de todas las variables en la base de Datos. De la misma forma, es importante utilizar un identificador único consistente. ☼

## BIBLIOGRAFÍA

Coughlin, S. S., Calle, E. E., Teras, L. R., Petrelli, J., & Thun, M. J. (2004). *Diabetes mellitus as a predictor of cancer mortality in a large cohort of US adults*. *American journal of epidemiology*, 159(12), 1160-1167.

Departamento de Salud (2015). *Informe de la Salud en Puerto Rico 2015*. San Juan, Puerto Rico. Recuperado de [http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Publicaciones/Informe%20de%20la%20Salud%20en%20Puerto%20Rico%202015\\_FINAL.pdf](http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Publicaciones/Informe%20de%20la%20Salud%20en%20Puerto%20Rico%202015_FINAL.pdf)

Grossman, E., Messerli, F. H., Boyko, V., & Goldbourt, U. (2002). *Is there an association between hypertension and cancer mortality?*. *The American journal of medicine*, 112(6), 479-486.

Junta de Planificación de Puerto Rico (2013). *Resumen Económico de Puerto Rico Suplemento Especial: Adultos Mayores*. Recuperado de [http://gis.jp.pr.gov/Externo\\_Econ/Reto%20Demogr%C3%A1fico/Suplemento%20Adultos%20Mayores%20Diciembre%202013.pdf](http://gis.jp.pr.gov/Externo_Econ/Reto%20Demogr%C3%A1fico/Suplemento%20Adultos%20Mayores%20Diciembre%202013.pdf)

Organización Mundial de la Salud OMS (2015). *Proyecto 1. Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre Envejecimiento y Salud*. World Health Organization. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>

*Puerto Rican Elderly: Health Conditions (PREHCO)*. (2007). Proyecto PREHCO I 2002–2003 Informe Metodológico [Methods report, PREHCO I Project 2002–2003]. Madison, WI: University of Wisconsin, Center for Demography and Ecology; and University of Puerto Rico, Graduate School of Public Health.

Sogaard, M., Thomsen, R. W., Bossen, K. S., Sorensen, H. T., & Norgaard, M. (2013). *The impact of comorbidity on cancer survival: a review*. *Clin Epidemiol*, 5(Suppl 1), 3-29.

Soni, A. y Roemer, M. (2011). *Top five most costly conditions among the elderly, Age 65 and Older, 2008: Estimates for the US Civilian Noninstitutionalized Adult Population*. Stat Brief, 327. Agency for Healthcare Research and Quality. Recuperado de [http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data\\_files/publications/st327/stat327.pdf](http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st327/stat327.pdf)

Zelenko, Z., & Gallagher, E. J. (2014). *Diabetes and cancer*. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 43(1), 167-185.

---

## CONFIABILIDAD DE LAS ESTADÍSTICAS DE SALUD EN PUERTO RICO

**MARIO MARAZZI SANTIAGO**

**ORVILLE DISDIER FLORES**

**IDANIA R. RODRÍGUEZ AYUSO**

**ALBERTO R. VELÁZQUEZ ESTRADA**  
INSTITUTO DE ESTADÍSTICAS DE PUERTO RICO

**DRA. ANA LUISA DÁVILA**  
PROGRAMA GRADUADO DE DEMOGRAFÍA  
ESCUELA GRADUADA DE SALUD PÚBLICA  
UPR- RECINTO CIENCIAS MÉDICAS

El presente texto constituye un resumen que aspira a recopilar las ideas, datos y análisis que se ofrecieron en esta sesión especial en torno a la confiabilidad de las estadísticas en Puerto Rico, resultado de la variada labor llevada a cabo por la plantilla, los gerentes de proyecto y el director del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. Se han mantenido muchas de las citas de sus presentaciones y se espera haber traducido el pensar de los autores en este resumen preparado por la moderadora del panel, la doctora Ana Luisa Dávila.

Las cuatro presentaciones realizadas por el equipo del Instituto fueron: Confiabilidad de las estadísticas de salud en Puerto Rico, correspondencia con la misión educativa, del doctor Orville Disdier Flores; Proyectos de salud del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico: Estadísticas vitales - Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud para Sistemas de Salud Mental (WHO-AIMS) y Sistemas de vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a la Conducta de Puerto Rico 2010 (PR-BRFSS), de la doctora Idania R. Rodríguez Ayuso; Datos censales relacionados a la salud y gestiones que aseguren estadísticas confiables, del doctor Alberto R. Velázquez Estrada; y Cuando las estadísticas federales no son confiables, del doctor Mario Marazzi.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Precisamos aquí los cargos de cada uno de los ponentes del equipo del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico al momento de presentarse el panel: Dr. Mario Marazzi, Director Ejecutivo; Orville Disdier Flores, Gerente Senior de Proyectos Estadísticos - Educación y Familia; Dra. Idania R. Rodríguez Ayuso, Gerente Senior de Proyectos Estadísticos - Salud y Justicia; Alberto R. Velázquez Estrada, MS, Gerente de Proyectos Estadísticos - Demografía.

Indistintamente de la definición de salud pública que se adopte, desde la definición de Winslow —en su artículo “The untilled fields of public health” publicado en marzo de 1920 en la revista *Modern Medicine*— hasta las más recientes, se entiende que

*La salud pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir las enfermedades, las discapacidades, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado. (Winslow)*

La Organización Panamericana de la Salud expresó en su informe *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*, de 2002, el resumen del concepto de esta manera:

*La salud pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo. (p.47)*

Cualquiera de las disciplinas de la salud pública con que se trate necesita de conocimiento cabal y real de la situación de la sociedad y sus instituciones para emprender acciones y atender las necesidades siempre crecientes de la población. De ahí que los datos y las estadísticas que puedan generarse sean de vital importancia para documentar el estado de salud de la población sujeto y objeto de la salud pública y poder actuar sobre el mismo.

El Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, establecido mediante la Ley Número 209 del 28 Agosto de 2003, como entidad líder en estadísticas tiene la misión de garantizar al país estadísticas completas, confiables, y de acceso rápido y universal para fomentar confianza, seriedad y prestigio por los altos estándares metodológicos de los que se vale. También es de su interés promover el uso de normas y modelos universales que ayuden a estimular la capacidad investigativa entre las nuevas generaciones de profesionales del sector público y privado. Coordinar la producción de estadísticas implica promover estadísticas: completas - útiles, pertinentes y comparables; de acceso rápido - oportunas y puntuales; de acceso mundial - fáciles de acceder y bien documentadas.

El Instituto considera igualmente importante el uso de la tecnología, el trabajo en equipo para servir y unir los diferentes sectores de la sociedad y la comunidad en el estudio y comprensión de asuntos que le competen a la salud pública. Entre estos asuntos, cabe mencionar la prevención de las enfermedades; la educación y promoción de la salud; el saneamiento del ambiente;

y el desarrollo de esfuerzos para sostener y alcanzar un nivel de vida adecuado para todos los sectores de la población. Además, y no menos importante, es la divulgación de estadísticas y la preparación de trabajos que presenten problemática de interés para la política pública.

El manejo de las estadísticas requiere del conocimiento de los datos, el dominio de la metodología, la capacidad de análisis y el cuidado en el escogido de los indicadores que mejor respondan a la realidad estudiada. La observación de la evolución de los fenómenos es de vital importancia al momento de detectar irregularidades en la descripción de circunstancias que afectan la situación de salud de un país o una comunidad. Para la sesión especial Confiabilidad de las estadísticas de salud en Puerto Rico se escogieron trabajos pertinentes a la salud pública llevados a cabo por los expertos del Instituto. Se presentaron cuatro temas que tratan: la dimensión educativa, la estimación de las cifras de población, algunos proyectos relacionados con la salud y el cuestionamiento de las cifras utilizadas por agencias federales respecto, entre otros temas, al costo de la vivienda y de la vida, y las implicaciones de estas metodologías.

#### **ESTADÍSTICAS DE EDUCACIÓN Y FAMILIA RELACIONADAS CON LA SALUD ■**

El doctor Orville M. Disdier, investigador experto y encargado del ámbito de la educación, dio a conocer datos importantes sobre la alfabetización, los logros formativos, los métodos de enseñanza para personas con retos especiales y materias relacionadas al maltrato de menores. La alfabetización es esencial para erradicar la pobreza, reducir la mortalidad infantil, detener el crecimiento demográfico, instaurar la igualdad entre los sexos y garantizar el desarrollo sostenible, la paz y la democracia. En 1990, al adoptarse el mismo cuestionario del Censo de Población y Vivienda de los Estados Unidos, se excluyó la pregunta “¿Sabe usted leer y escribir?”. De ahí que se interrumpiera la serie que se había iniciado cuando los Estados Unidos tomaron control de la Isla.

La Encuesta de Alfabetización de Puerto Rico: Año Natural 2010 se llevó a cabo, a petición del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, como suplemento del Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo Asociados a la Conducta de Puerto Rico 2010 (PR-BRFSS, por sus siglas en inglés). Se trata de un sistema continuo de vigilancia epidemiológica que se lidera en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, (mejor conocido por sus siglas en inglés, CDC, o Centers for Diseases Control and Prevention). Este sistema utiliza un cuestionario estandarizado, aplicado a través de entrevistas telefónicas, para determinar la distribución de las conductas de riesgo y prácticas de salud entre adultos de 18 años o más en Puerto Rico.

Por medio del cuestionario utilizado por el Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo Asociados a la Conducta de Puerto Rico 2010, en las entrevistas telefónicas las preguntas básicas o core questions se formulan sin interrupción año tras año. Se hacen también, aunque con menor frecuencia, otras preguntas que no figuran entre las core questions. Para obtener información

sobre la alfabetización en Puerto Rico, se le añadió un suplemento especial de once preguntas sobre alfabetización al cuestionario regular del ya mencionado Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo Asociados a la Conducta. El formulario utilizado está disponible a través de la siguiente dirección en Internet: <http://www.estadisticas.gobierno.pr/iepr/LinkClick.aspx?fileticket=8NEU4IHNE%3d&tabid163>. La base de datos y su diccionario de variables se puede obtener a través del siguiente enlace: <http://www.estadisticas.gobierno.pr/iepr/Publicaciones/Encuestas/Alfabetizaci%C3%B3n.aspx>.

Disdier presentó datos precisos sobre la evolución del analfabetismo en Puerto Rico desde 1899 hasta el 1990. Explicó que la Encuesta de Alfabetización en 2010 encontró un 8% de las personas adultas, de 18 años o más, en Puerto Rico eran analfabetas en (7.9 – 8.1, IC 95%). Dos de cada 25 adultos son analfabetos. La proporción de mujeres alfabetizadas es algo mayor que la de los hombres alfabetizados y, en ambas instancias, el número de personas que sabe leer y escribir desciende con la edad. Estudiosos de la materia plantean que la pobreza es un factor limitante que impide el desarrollo de la educación, o que la pobreza provoca exclusión social y carencia de educación.

En Puerto Rico, los datos del Censo de Población y Vivienda de 1990 sugieren la existencia de una relación estadística entre la alfabetización y la pobreza a nivel municipal. El gráfico presenta la tasa de alfabetización y el porcentaje de familias viviendo bajo el umbral de pobreza para cada municipio. Los datos del Censo 1990 revelan que los municipios con mayores niveles de pobreza eran los que contaban con las tasas más bajas de alfabetización adulta. En el municipio de Adjuntas, por ejemplo, el porcentaje de familias viviendo bajo el nivel de pobreza era del 79% y el índice de analfabetismo era del 30%, seguido por Maricao, con 22% de analfabetismo y una tasa de pobreza del 71%.

La importancia de la alfabetización va más allá de las habilidades para leer, escribir y calcular, e incluye la capacidad para mantener un estado de salud adecuado. Las personas alfabetizadas tienen una mayor probabilidad de experimentar un mejor estado de salud y menor prevalencia de diabetes e hipertensión. Los datos presentados en los gráficos están ponderados y proceden de una muestra que incluye teléfonos móviles y teléfonos fijos.

La probabilidad de disfrutar de buena salud es función de la escolaridad y el ingreso, esta aumenta según se incrementa el nivel de educación y el ingreso. La probabilidad de una persona de 18 años o más, con un nivel de escolaridad hasta escuela superior, disfrute de buena salud es dos veces mayor que la de una persona que no alcanzó ese nivel. También, las personas cuyos ingresos oscilan entre 15,000 y 25,000 dólares tienen el doble de probabilidades de gozar de buena salud que aquellas cuyos ingresos anuales son de menos de 15,000 dólares. Esta probabilidad



es cuatro veces mayor para aquéllos que tienen grados postsecundarios no universitarios y seis veces mayor para las que lograron un grado universitario, en comparación con las de menor escolaridad (menos de escuela superior). Contrastado con el grupo de menor ingreso (menos de 15,000 dólares), la probabilidad de disfrutar de buena salud es cuatro veces mayor para las que cuentan con ingresos que fluctúan entre 25,000 y 35,000 dólares; cinco veces superior para el nivel de ingreso entre 35,000 y 50,000 dólares; y siete veces más quienes disponen de más de 50,000 dólares anuales. De otra parte, el 46.2% de los residentes en Puerto Rico se encuentra bajo el nivel de pobreza, proporción que duplica la de Mississippi (21.5%), que es el estado con la población más alta bajo el nivel de pobreza en Estados Unidos.

Según los datos del Common Core of Data (por sus siglas en inglés CCD), “Local Education Agency Universe Survey” en 2000-2001 había 65,576 estudiantes de educación especial matriculados en escuelas del Departamento de Educación de Puerto Rico, cifras que mostraron tendencia ascendente hasta llegar a 123,754 en 2013-2014. Esto implica que más de uno de cada cuatro estudiantes (27.5%) es de educación especial. En 2014, poco más de 50,000 de niños o niñas tiene problemas específicos de aprendizaje y casi 41,000 presentan dificultades de habla y lenguaje.

El Departamento de la Familia es la agencia gubernamental responsable del proceso de identificación y procesamiento de los casos de maltrato de menores en Puerto Rico. De los datos provenientes de la Administración de Familias y Niños (ADFAN) del Departamento de la Familia y contenidos en la base de datos llamada Sistema de Información de Registro Central y Servicios (SIRCSe), manejada por Softek, Inc. --una compañía puertorriqueña especializada en tecnología de la información-- se desprende que 9.6 de cada 1,000 menores de 18 años fueron víctimas de maltrato en 2012-2013.

El maltrato de menores es ligeramente mayor en las niñas (50.7%). Disminuye cuando aumenta la edad, 18% entre los y las menores de 2 años; 19% para los y las de 3 a 5 años; 19% para los y las de 6 a 8 años; 15% para los y las de 9 a 11 años; 17% para los y las de 12 a 14 años; y 13% para los y las de 15 a 18 años.

Según estos datos, el 58.9% de los y las menores han sido víctimas de negligencia, definida esta como un tipo de maltrato que consiste en faltar a los deberes o dejar de ejercer las facultades de proveer adecuadamente los alimentos, ropa, albergue, educación o atención de salud a un menor; faltar al deber de supervisión; no visitar al menor o la menor o no haber mantenido contacto o comunicación frecuente con el o la menor. El 28% ha sufrido maltrato físico y 4% abuso sexual<sup>17</sup>. Las tasas de maltrato son mayores en el este y el sureste de Puerto Rico, seguidos del centro de la isla.

## ESTADÍSTICAS DE SALUD Y JUSTICIA ■

La doctora Idania Rodríguez Ayuso, investigadora experta y encargada del ámbito de la salud y la justicia, presentó datos relacionados con problema de salud visual en Puerto Rico, obtenidos mediante un módulo especial que se añadió al cuestionario del Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo Asociados a la Conducta.

La prevalencia de problemas de visión se estimó en 32.1% para la población total, lo que significa 3 de cada 10 personas de 18 años o más, siendo mayor entre las mujeres. 7.2% de la población ha sufrido de cataratas y 3.1% por glaucoma. Se percibe poca diferencia entre los aquejados y las aquejadas por miopía y astigmatismo. Los adultos con dificultades de visión tienen mayor prevalencia de padecimientos como infarto al miocardio, enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares y artritis. La proporción de personas deprimidas entre quienes padecen de la vista casi duplica la reportada por los adultos sin problemas de visión. El 17.5% de las personas con problemas de visión son diabéticos, en comparación con 13.6% sin problemas de la vista.

Del Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en Puerto Rico, que utilizó el Instrumento de Evaluación de la Organización Mundial de la Salud para Sistemas de Salud Mental (OMS-IESM), se desprende que para el año fiscal 2011- 2012, se destinó el 10% del presupuesto gubernamental para la atención de salud mental. De esta partida, el 15% estuvo dirigido a los hospitales psiquiátricos estatales.

Los servicios de salud mental en Puerto Rico estaban organizados de una forma híbrida y fragmentada. Esta situación supuso un panorama complejo en términos del manejo de la atención de la salud mental. A nivel público la Administración de Seguros de Salud estaba organizada en ocho regiones de salud; y la Administración de Seguros de Salud Mental y Contra la Adicción, en seis regiones administrativas. Los servicios de salud mental incluyeron evaluación, ceñimiento y tratamiento, servicios ambulatorios, hospitalarios, hospitalización parcial y estabilización. También se brindaron servicios de desintoxicación, ambulancia y cubierta de farmacia. Sin embargo, se desconoce la magnitud de los servicios brindados a las personas con seguro médico privado.

La información utilizada procede de diferentes fuentes, a saber, entre muchas otras, información de APS Healthcare, compañía contratada por la Administración de Seguros de Salud; la Administración de Seguros de Salud Mental Contra la Adicción; el Departamento de Salud de Puerto Rico; diferentes agencias gubernamentales locales y federales; varias asociaciones de profesionales; y cuestionarios completados por una muestra no necesariamente representativa de médicos. La mayor parte de los datos que se utilizaron corresponden a la población atendida con fondos

públicos y provienen de los servicios facturados y pagados, los cuales no necesariamente incluyen la totalidad de los servicios brindados.

En el país había ocho unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y seis hospitales psiquiátricos. Más de la mitad de las admisiones fueron hombres, mientras que el 16% de las camas en los hospitales psiquiátricos estaban destinadas a niños, niñas y adolescentes.

Para el 2012, se utilizaron el 68% de las camas de psiquiatría autorizadas. A su vez, hubo una disminución de 3% en las camas utilizadas entre el 2008 y el 2012 para un total de 6.4 camas por cada 100,000 habitantes. El 47% de las camas de psiquiatría estaban ubicadas en San Juan. Aunque la distribución de los diagnósticos varía de acuerdo al establecimiento, los trastornos afectivos son más prevalentes en todos ellos. En las unidades de pacientes internos (hospitales de base comunitaria) y hospitales psiquiátricos, los trastornos mentales por abuso de sustancias son el segundo diagnóstico de mayor prevalencia.

De 2008 a 2012, del total de publicaciones científicas de salud en el país, el 17% trataba sobre salud mental. Estas investigaciones se enfocaron principalmente en estudios epidemiológicos en muestras de comunidad.

La doctora Rodríguez expuso con relativos detalles la situación respecto a los Informes de Estadísticas Vitales del Departamento de Salud. El Departamento de Salud de Puerto Rico (DS), al igual que el Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos (National Center for Health Statistics, o NCHS, por sus siglas en inglés) prepara datos de las muertes ocurridas cada año en Puerto Rico. Aunque históricamente el número de defunciones por causa básica de cada agencia ha diferido, estos comenzaron a diferenciarse de manera más notable a partir de 2005. Los cambios ocurrieron en ciertas enfermedades crónicas, tales como la diabetes y el cáncer, entre otras. A su vez ocurrieron cambios de igual magnitud, pero de dirección opuesta, en otros padecimientos relacionados, tales como la neumonía y la septicemia. Por ejemplo, entre el 2004 y 2005, el Departamento de Salud informó una reducción de aproximadamente 300 defunciones causadas por cáncer y un aumento de sobre 400 casos por septicemia, una complicación que típicamente se adquiere durante una estadía prolongada en un hospital como la que experimentan los pacientes de cáncer.

Estos cambios absolutos en el número de defunciones podrían ser considerados poco significativos si la población a la cual se refiere fuera lo suficientemente grande. Sin embargo, para la población de Puerto Rico dichos cambios representan movimientos significativos en las correspondientes tasas de mortalidad de ciertas causas. Por ejemplo, la tasa de mortalidad de enferme-

dades hipertensivas se redujo a casi la mitad, mientras que las tasas de septicemia y neumonía casi se duplicaron. De hecho, este estudio documenta que las tasas de mortalidad de 6 de las primeras 10 causas de muerte informadas por el Departamento de Salud exhibieron cambios estadísticamente significativos entre el 2004 y 2005.

Como ya se indicó, la Ley Núm. 209 del 28 de agosto de 2003, creó el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico con el propósito de promover cambios significativos en los sistemas de recopilación de datos y estadísticas del Gobierno para que estos sean completos, confiables y de rápido y universal acceso. Además, la Ley dispone que el Instituto tiene el poder y el deber de llevar a cabo por sí mismo estudios e investigaciones relacionados con los sistemas de recopilación de datos y estadísticas.

El 8 de agosto de 2008 la Junta de Directores del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico aprobó la Resolución Número 2008-001 para examinar los cambios drásticos registrados entre el 2004 y 2005 en las estadísticas de mortalidad de Puerto Rico. Conforme a ello, el Instituto, en ejercicio de sus funciones asignadas por Ley, debió preparar y rendir un informe a su Junta de Directores con tres propósitos:

1. Explicar los cambios drásticos en las estadísticas de mortalidad en Puerto Rico reportados por el Departamento de Salud para el 2005,
2. Evaluar el efecto de la implantación del “Mortality Medical Data System en Puerto Rico”
3. Presentar recomendaciones que promuevan la calidad de las estadísticas de mortalidad, buscando que las mismas sean más exactas, puntuales y oportunas

Los resultados del estudio se resumen como sigue:

- Un error de interpretación del sistema de clasificación fue responsable por los cambios significativos en las tasas específicas de varias causas.
- Además, se detectó un porcentaje considerable de muertes que no se contabilizan en las estadísticas de mortalidad, debido a que se recibían luego de la fecha establecida para ser consideradas en las estadísticas oficiales de mortalidad (fecha de cierre).
- Se corrigieron las diferencias importantes en seis de las diez principales causas de muerte entre 2004 y 2005

Para subsanar estos asuntos, el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico recomendó hacer los siguientes cambios metodológicos en los informes de estadísticas vitales:

- Automatizar el registro de los certificados de defunción - Implantación del “Mortality Medical Data System”, que es un programado gratuito desarrollado por los Centros para la prevención y control de las enfermedades.

- Este facilita el proceso de codificación y clasificación de las causas de muerte que se registran en los certificados de defunción y eliminan los cambios drásticos.
- Alterar la fecha de cierre de las estadísticas de mortalidad.
- La fecha de cierre que el Departamento de Salud había estado utilizando se cambió hasta el 31 de diciembre del año siguiente de la defunción. Esto redujo el subregistro de defunciones de Puerto Rico durante el periodo de 2000 a 2008 de 1.4% a menos de 0.4%.
- Estimar de tasas ajustadas de mortalidad.
- Las tasas de mortalidad se ajustan por una distribución estándar de edad para no dar una impresión equivocada al comparar las tasas no ajustadas (o crudas) de distintos sitios o de distintos años.
- Publicar de las tasas del subregistro en el Informe de Estadísticas Vitales.
- Incluir en su Informe de Estadísticas Vitales una tabla especial con el tamaño del subregistro por año de ocurrencia para permitir el análisis del problema de registro tardío de defunciones
- Actualizar las clasificaciones utilizadas en el certificado de defunción. El certificado de defunción recopila información sobre distintos temas, utilizando sistemas de clasificación estándares. Estos sistemas son actualizados frecuentemente y es importante asegurar que las clasificaciones en el certificado de defunción se mantengan actualizadas.
- Por ejemplo, la industria en la que laboraba el difunto se clasifica haciendo uso del “Standard Industrial Classification (SIC)”, sistema que se dejó de utilizar hace una década. El nuevo sistema implantado es el “North American Industry Classification System (NAICS)”, acordado por Estados Unidos, Canadá y México. De otra parte, la ocupación del difunto se clasifica utilizando una modificación de una de las primeras versiones del “Standard Occupational Classification (SOC)”. Es importante que las nomenclaturas de industria e ocupación se actualicen para asegurar la comparabilidad de los datos.
- Revisar el certificado de defunción
- Planificar la implantación del Índice de clasificación de enfermedades 11 (Index of Classification of disease (ICD-11 por sus siglas en inglés)
- Adiestrar a los médicos en los aspectos estadísticos de su profesión.
- Es necesario que los médicos llenen el certificado de defunción completamente, incluyendo información sobre todos los eventos que condujeron a la muerte de la persona
- Asegurarse que los certificados contengan toda la información que se requiere
- Facilitar el acceso universal al Informe de Estadísticas Vitales

## ESTADÍSTICAS EN TORNO A DEMOGRAFÍA ■

El gerente de proyectos estadísticos relacionados con los censos, Alberto L. Velázquez Estrada, expuso algunos de los datos contenidos en las publicaciones del Negociado del Censo de los Estados Unidos que pueden ser de relevancia para los estudiosos en el área de la salud. En Puerto Rico, la Encuesta de la Comunidad comenzó en 2004 y sustituyó el cuestionario largo del Censo Decenal de Población y Vivienda, que se administró por última vez en 2000. Las preguntas relacionadas con los planes médicos y los impedimentos para trabajar se añadieron al cuestionario en 2006. Más tarde, los ítems relacionados con la discapacidad han ido cambiando y ampliándose hasta que en 2014 se captaron datos sobre diferentes discapacidades. Estos datos se recogen con la pregunta: “¿Tiene una dificultad seria para....?” De esta forma, se obtiene información acerca de la audición, visión, ambulación, estado cognoscitivo, facultad para vivir independiente, y cuidado y aseo personal. Esta encuesta, además de proveer las características sociodemográficas de la población, provee estimados de población basados en las bases de datos anuales, trienales y quinquenales.

Los datos obtenidos en los censos y las estimaciones llevadas a cabo por el Negociado sirven para los denominadores de las tasas. La proporción de personas con cubierta de seguro médico aumentó de 91.6% en 2009, cuando se comenzó a recoger la información, a 93.9% en 2014.

El porcentaje de hombres sin seguro médico es mayor que el de las mujeres, y es cercano al 60% desde 2009 hasta 2014. Mientras la proporción de asegurados y aseguradas en el sector público ha aumentado hasta superar el 60%, la población cubierta por seguros privados ha disminuido hasta situarse en menos de 40%.

Según la Encuesta de la Comunidad de 2014, poco más de dos quintas partes, 42.3%, de la población de 18 a 64 años se encuentra fuera de la fuerza trabajadora, y 18.7% estaban desempleados. La proporción de personas libres de discapacidad alcanza 91.4%; en los empleados y las empleadas es ligeramente inferior: 88.9%, entre los desempleados y las desempleadas, y se sitúa en 69.6% para las personas que no participan de la fuerza trabajadora.

La diferencia en las proporciones de personas con dificultades auditivas y visuales difieren poco según la participación en la fuerza trabajadora, mientras que en las demás (cuido personal, ambulación, cognoscitiva y vida independiente) son mayores en las personas que no participan en la fuerza laboral.

Es un dato destacable que el 41.8% de los trabajadores y las trabajadoras contestaron positivamente a la pregunta: “¿Tiene esta persona una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?”

El señor Velázquez puntualizó sobre los acuerdos formalizados entre el Negociado del Censo de los Estados Unidos y el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, a saber, el Programa Cooperativo entre Estados para las Estimaciones de Población (Federal-State Cooperative for Population Estimates- FSC, por sus siglas en inglés), los Memorandos de Entendimiento (Memorandum of Agreement-MOA) sobre la Encuesta de la Comunidad, la Redistribución Electoral, el Censo Económico de 2017 y el Censo Decenal de 2020. Respecto a este último, el Instituto de Estadísticas ha colaborado con pruebas censales que brindan una oportunidad para ensayar distintos métodos de recopilación basados en tecnologías emergentes que deben poder funcionar de manera independiente. Se esperan que den lugar a una experiencia sin contratiempos para las personas en Puerto Rico al momento de proveer la información que se usará para propósitos censales en el 2020.

Por otra parte, el Instituto de Estadísticas participó en la Prueba Nacional del Contenido del Cuestionario del 2015 (National Content Text-NCT 2015 por sus siglas en inglés) como parte de la planificación del Censo del 2020. La modalidad de la prueba, conocida como Prueba Nacional del Contenido del Cuestionario de 2015, consiste en un envío y respuesta por internet o correo postal a una muestra probabilística de 20,000 unidades de viviendas en el municipio de San Juan.

Las viviendas seleccionadas recibirán la notificación e instrucciones por correo para llenar el cuestionario en línea por internet, o completar el cuestionario en papel y enviarlo a vuelta de correo postal. La prueba representa una valiosa coyuntura para poder evaluar el contenido del cuestionario, perfeccionar nuevos procedimientos y métodos diseñados para fortalecer el conteo del eventual censo decenal. El experimento abarcó lo siguiente:

- Realizar pruebas del contenido para preguntas sobre la raza y el origen hispano (por ejemplo, combinar la pregunta sobre raza y el origen hispano en una sola pregunta además de usar preguntas separadas), parentesco (introducir las categorías de parentesco entre personas del mismo sexo) y cobertura (un mejor enfoque para asegurar una cobertura precisa dentro del hogar);
- Continuar probando los modos de auto-respuesta y las estrategias para establecer contacto (por ejemplo, el momento en que se envían las invitaciones y las notificaciones postales) y optimizar la aplicación para la recopilación de datos por Internet para los aparatos móviles; y
- Una reentrevista (de una submuestra de personas entrevistadas) para evaluar la precisión y confiabilidad de las alternativas para preguntas sobre raza, origen hispano y cobertura dentro del hogar.

En febrero de 2017, el Negociado del Censo probará nuevas tecnologías, operaciones y procedimientos para el censo del 2020 de Puerto Rico. Estos experimentos se llevarán a cabo en áreas

seleccionadas de Puerto Rico a partir de febrero de 2017. Aproximadamente 123,000 unidades de vivienda en Carolina, Loíza y Trujillo Alto participarán. Se seleccionó a estos municipios porque es probable que los residentes que viven en esas áreas usen una variedad de opciones de respuesta como internet desde computadoras, dispositivos móviles, cuestionarios en papel y teléfono. Además, el Negociado del Censo someterá a más pruebas y perfeccionará la operación de recorrido de direcciones. La prueba evaluará la eficacia del recorrido de direcciones y la integración de los métodos de recopilación de datos, principalmente, la recopilación de datos orientada a la respuesta sin necesidad de una visita de los empleados del censo y al seguimiento por falta de respuesta (la operación que se lleva a cabo para visitar en persona los hogares que no respondan al censo). Es una de las primeras veces que en Puerto Rico se hace físicamente trabajo de campo que permitirá evaluar estos procesos de cara a un censo decenal.

La operación en Puerto Rico del Programa de Centro de Datos en los Estados (State Data Center-SDC por sus siglas en inglés) es responsabilidad Instituto de Estadísticas. El propósito del programa es facilitar la disponibilidad de los datos producidos por el Negociado del Censo de los Estados Unidos a nivel local a través de una red de agencias estatales, universidades, bibliotecas, gobiernos regionales y locales. Además de disseminar los datos, dar apoyo a los usuarios para mayor utilidad y entendimiento de la información, ha de educar sobre las encuestas y los censos del Negociado del Censo y dar a conocerlas. En doce localidades afiliadas al Programa, principalmente en recintos universitarios, se ofrecen estos servicios.

En el plano internacional, el Instituto de Estadísticas tiene también el compromiso de proporcionar la información de los cuestionarios a la Organización de las Naciones Unidas para sus publicaciones. El conferenciante advierte sobre el cuidado que se debe guardar cuando se seleccionan las fuentes de datos. Si bien los documentos oficiales de los organismos internacionales difunden las referencias enviadas por las instituciones autorizadas por los países, estas no necesariamente son puestas al día con regularidad, por lo que es preferible, mientras sea posible, valerse de la información de la entidad encargada de producir las cifras en cuestión. Es recomendable abordar la versión del Negociado del Censo, que es el equipo de trabajo consagrado a proporcionar las estimaciones oficiales. También se recalca la importancia de referirse a las notas al calce de cada tabla para tener presente los beneficios o limitaciones de los datos. Según las últimas estimaciones elaboradas por el Federal-State Cooperative for Population Estimates (FSCPE por sus siglas en inglés) del Negociado del Censo, la población de Puerto Rico al 1 de julio de 2015 alcanzó 3,484,132.



## LAS ESTADÍSTICAS FEDERALES Y SU CONFIABILIDAD ■

La sesión la cerró el doctor Mario Marazzi Santiago, director ejecutivo del Instituto de Estadísticas, con una presentación en la que alertaba sobre las limitaciones o imprecisiones de las estadísticas federales publicadas en diferentes estudios. Como ejemplo, repasó algunos informes o impresos, como los del Servicio de Investigación del Congreso de los Estados Unidos, que ha publicado varios informes basados en el Negociado de Análisis Económico de los Estados Unidos. Aun cuando especifican que no se trata de trabajos comprensivos, sugieren que el costo de vida en Puerto Rico es el más bajo en todos los Estados Unidos:

*\$1.00 in Puerto Rico has greater purchasing power ( i.e., can buy more goods and services) than the same \$1.00 in the states*

También mencionó un estudio basado en el índice de precios del Negociado del Trabajo de los Estados Unidos, el cual se limita a la información de los Estados Unidos y no se basa en observaciones de los precios en Puerto Rico. Sin embargo, se incluye a la Isla sin mayor preocupación. Aunque el Servicio de Investigación del Congreso de Estados Unidos tiene un estándar de publicación muy bajo, incluye sin mayor preocupación por el rigor, datos incompletos experimentales, y que no son oficiales, para apoyar sus conclusiones. Ante la realidad desplegada por estos artículos es necesario “un ejército de data scientists para combatir esta manipulación de información a una escala masiva”, indicó Marazzi.

Se espera, según el Dr. Marazzi, que con la inclusión formal en 2016 del Área Metropolitana Estándar de San Juan-Guaynabo-Carolina-Caguas (Puerto Rico Metropolitan Standard Area-PR-MSA, por sus siglas en inglés) en la publicación del Índice de Costo de Vida (Cost-of-Living Index (COLI- por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, que se lleva realizando desde 1968, se puedan utilizar cifras más cercanas a la realidad para efectuar las comparaciones.

El Concilio para la Comunidad e Investigación Económica (Council for Community and Economic Research, o C2ER, por sus siglas en inglés) calcula el Índice de Costo de Vida de Estados Unidos, lo que permite comparar el costo de vida relativo de una familia profesional o gerencial de altos o medianos ingresos en unas 300 áreas urbanas y rurales de los Estados Unidos, y ahora en Puerto Rico. Como resultado, el Concilio para la Comunidad e Investigación Económica sirve, por ejemplo, para que una persona pueda saber cuánto va a costar vivir en distintas partes de los Estados Unidos. Además, la inserción de Puerto Rico en el Concilio para la Comunidad e Investigación Económica es instrumental para la Isla. Varios programas federales utilizan el costo de vida de los distintos sitios como criterio para determinar los fondos federales que le toca a cada lugar.

San Juan-PRMSA, ocupa la trigésimonovena posición en términos de costos de vida de un total de 306 áreas similares. Así, si se compara con el costo de vida en los Estados Unidos con Puerto Rico: el costo de vida en general es más alto, particularmente en los renglones de bienes y servicios; supermercado y servicios públicos. El costo de todos los bienes y servicios es un 13% más alto que en Estados Unidos; los costos de compra en supermercados es un 24% más elevado; los costos de servicios públicos son un 72% más altos. Por otra parte, los costos de cuidados médicos son un 46% más bajos y los costos de vivienda un 1% más bajos.

El doctor Mario Marazzi hizo énfasis en cuestionarse la confiabilidad de las estadísticas elaboradas por las agencias federales a raíz de los resultados que arrojó un estudio que el Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico le comisionó al Instituto en relación con las estadísticas oficiales que se utilizan para computar el Índice del Costo de la Práctica por Geografía (Geographic Practice Cost Index, GPCI, por sus siglas en inglés) preparado por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services –CMS por sus siglas en inglés). Este índice se aplica para determinar la compensación que reciben los médicos en Puerto Rico por ofrecer servicios a pacientes de Medicare Parte B y Medicare Advantage. Los GPCI se actualizan cada 3 años a base de estadísticas oficiales para ajustar los diferenciales en los costos de ofrecer servicios médicos en unas 89 diferentes regiones de los Estados Unidos, Puerto Rico y las Islas Vírgenes. Se dispone de varios renglones. Entre las 89 regiones de Medicare, Puerto Rico obtiene GPCI, o Índices de Costo de la Práctica por Geografía, más bajos en todos los renglones.

En 2012, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid dejaron de utilizar estadísticas del mercado de alquiler desarrollados por el Departamento de la Vivienda de los Estados Unidos (United States Department of Housing and Urban Development-HUD por sus siglas en Inglés) como insumo para el cálculo de GPCI, o Índices de Costo de la Práctica por Geografía. En su lugar, comenzó a servirse de sus propias estadísticas basadas en la Encuesta de la Comunidad para estimar la mediana del alquiler de una unidad de vivienda de dos dormitorios en diferentes regiones de los Estados Unidos y Puerto Rico. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid emplean estas estadísticas sobre el alquiler residencial como un proxy para el costo promedio del alquiler comercial de una oficina médica en diferentes regiones de los Estados Unidos y Puerto Rico. A su vez, esto determina la compensación que reciben los médicos en estas distintas regiones.

Los resultados del estudio se resumen a continuación:

- Se identificó un sesgo estadístico en la manera en que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid usa los datos de la Encuesta de la Comunidad para estimar la mediana de alquiler. En específico, estos centros calculan la mediana de alquiler incluyendo aquellas de las

unidades de vivienda pública. Esto causa que la mediana se reduzca en aquellas regiones que tienen un número elevado de estas unidades. Cuando se excluyen las públicas, la mediana de alquiler aumenta en todas las regiones de Estados Unidos y Puerto Rico, de una manera estadísticamente significativa.

- Entre todas las regiones de Medicare, Puerto Rico obtiene la mediana de alquiler residencial (\$360 por mes) más baja. Una vez se excluyen las unidades de vivienda pública, la mediana de alquiler de Puerto Rico (\$510 por mes) sigue siendo la más baja entre todas las regiones de Medicare. Pero, en el caso de Puerto Rico, esto representa un aumento estadísticamente significativo del 42%, el mayor incremento porcentual entre todas las regiones de Medicare.
- Los médicos en Puerto Rico se han visto afectados por este sesgo más que los médicos en cualquier parte de los Estados Unidos. Se estima que este sesgo estadístico reduce artificialmente el GPCI, o Índice de Costo de la Práctica por Geografía de Puerto Rico, en un 4%. De acuerdo con un panel de expertos convocados por el Instituto de Estadísticas, el impacto económico total de este sesgo podría alcanzar \$120 millones al año o \$480 millones desde 2012.
- El Departamento de Vivienda Federal ha recurrido durante muchos años a la Encuesta de la Comunidad para estimar la mediana de alquiler residencial adecuadamente; es decir, sin incluir las unidades de vivienda pública. El resultado son las Estadísticas del Mercado Justo de Alquileres (Fair Market Rent-FMR, por sus siglas en inglés) que dicha agencia federal produce. De hecho, antes del año 2012, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid utilizaban las estadísticas del Mercado Justo de Alquileres, en vez de sus propios estimados. Cuando cambió a sus propios estimados en el 2012, el componente del GPCI, o Índice de Costo de la Práctica por Geografía de Puerto Rico, se redujo en un 20%, el por ciento de mayor caída en todas las regiones de Medicare.
- Hay evidencia que sugiere que el alquiler de una unidad de vivienda residencial de alta calidad en el Área Metropolitana de San Juan es mucho mayor que los estimados que preparan los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o el Departamento de la Vivienda de los Estados Unidos. En específico, el Índice de Costo de Vida del Consejo Investigativo Económico de la Comunidad (Council for Community and Economic Research, o CCER por sus siglas en inglés, con sede en Washington, DC, sugiere que la renta podría ser tan alta como en Beaumont, Texas o Chicago, Illinois.

El Dr. Mario Marazzi-Santiago puntualizó:

*El error estadístico federal identificado en el estudio nos ha costado \$360 millones de dólares para nuestra salud y para nuestra economía, hasta el presente. Los puertorriqueños asalariados pagamos el mismo porcentaje de nuestro salario a Medicare. No hay justificación posible para que Medicare continúe esta práctica. Ya documentado el sesgo estadístico, confiamos en que la remediación de esta situación no tenga que esperar mucho más tiempo adicional.*

Como este programa, hay varios otros que podrían ver ajustes en los próximos años a raíz de la inclusión de Puerto Rico en el Índice de Costo de Vida. La inclusión formal de Puerto Rico en el Índice de Costo de Vida convierte a este en una de las mejores herramientas para convencer al gobierno federal sobre la necesidad de ajustar las aportaciones que recibimos en Puerto Rico para que reflejen de manera correcta los verdaderos costos de operación y de vida a los cuales todos nos enfrentamos aquí.

La Oficina de Gerencia y Presupuesto apuesta a la optimización de fondos federales para ayudar a paliar la difícil situación fiscal. Vale recalcar que muchos de ellos dependen de fórmulas que, por su parte, requieren estadísticas confiables y actualizadas sobre Puerto Rico.

El Instituto será una entidad pública ágil, con un sentido claro de misión y dirección, y líder en el uso de la tecnología como herramienta de trabajo y servicio, que modelará el trabajo en equipo, la camaradería y convocará a la creación de una comunidad profesional de aprendizaje sobre la metodología estadística, de manera que une a académicos, investigadores, funcionarios públicos, el sector privado y organizaciones sin fines de lucro. ☪

## BIBLIOGRAFÍA

- Aten, Bettina H. (2007, noviembre) *Estimates of State Price Levels for Consumption Goods and Services: a First Brush*. Recuperado el 28 de junio de 2016 de [http://www.bea.gov/papers/pdf/estimates\\_of\\_state\\_price\\_levels\\_oct2007.pdf](http://www.bea.gov/papers/pdf/estimates_of_state_price_levels_oct2007.pdf)
- Colón Reyes, Linda. (2006). *Pobreza en Puerto Rico: Radiografía del proyecto americano*, editorial Luna Nueva, San Juan Puerto Rico. 2006.
- Colón, W. (2000, junio 25). "Sin herramientas para saber quién no lee ni escribe". El Nuevo Día. <http://www.adendi.com/archivo.asp?num=415002&year=2000&month=6&keyword=-alfabetización>.
- Departamento de Comercio de los E.U. Negociado del Censo. Administración de Economía y Estadísticas. (1993). *Censo de población de 1990. Características sociales y económicas. Puerto Rico*. Sección 1 de 2. (1990 CP-2-53). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Departamento de Comercio de los E.U. Negociado del Censo. Administración de Economía y Estadísticas. (1993b). *Censo de población de 1990. Características sociales y económicas. Puerto Rico*. Sección 2 de 2. (1990 CP-2-53). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- UNESCO. (2011d). *Educación*. Recuperado el 23 de septiembre de 2011. <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/education-building-blocks/literacy/>.
- Bennett J, Boyle PA, James BD, Bennett DA. (2012). "Correlates of health and financial literacy in older adults without dementia". *BMC Geriatrics* 2012, 12:30 Recuperado el 4 de diciembre de 2012. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/12/30>.
- Berkman ND, DeWalt DA, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L, Sutton SF, Swinson, Bonito AJ. (2004, enero) "Literacy and Health Outcomes" *Evidence Report/Technology Assessment No. 87* (Preparado por RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0016). AHRQ Publication No. 04-E007-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Disdier, O.M. (2015, 2011) *Perfil del sistema educativo de Puerto Rico: 2015. Perfil del Sistema Educativo de Puerto Rico: 2010-2011*. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. Recuperado el 26 de junio de 2016 de [www.estadisticas.gobierno.pr](http://www.estadisticas.gobierno.pr)
- Disdier, O.M., Lugo, R., Irizarry, M. (2015). *Perfil del Maltrato de Menores en Puerto Rico: Año Fiscal Federal 2012-2013*. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico y Departamento de la Familia. Recuperado el 26 de junio de 2016 de [www.estadisticas.gobierno.pr](http://www.estadisticas.gobierno.pr)

Disdier, O.M., Pesante, F., Marazzi, M. (2012). *Encuesta de Alfabetización de Puerto Rico: 2010*. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. Obtenido el 26 de junio de 2016 de [www.estadisticas.gobierno.pr.Publica.pd](http://www.estadisticas.gobierno.pr/Publica.pd)

Figuerola de López, Sandra. (2012) *Introducción a la salud pública*. Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de ciencias Médicas. Unidad Didáctica de Salud Pública. Recuperado el 26 de junio de 2016. <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/salud-publica-2012.pdf>

IEMS-OMS. (2015, noviembre) *Informe sobre los sistemas de Salud Mental en Puerto Rico*. Recuperado el 26 de junio de 2016 [www.estadisticas.gobierno.pr](http://www.estadisticas.gobierno.pr)

Mach I. Annie. (2015, noviembre) *Puerto Rico and Health Care Finance: Frequently Asked Questions*. Recuperado el 28 de junio de 2016 de <https://pierluisi.house.gov/sites/pierluisi.house.gov/files/Congressional%20Research%20Service,%20Puerto%20Rico%20and%20Health%20Care%20Finance,%20Frequently%20Asked%20Questions,%20November%2018,%202015.pdf>

Marazzi Santiago Mario. (2016, 6 de julio) "Estadísticas y desarrollo económico". En Tribuna invitada. El Nuevo Día. Tribuna invitada, el 28 de junio de 2016 de <http://www.elnuevodia.com/opinion/columnas/estadisticasydesarrolloeconomico-columna-2218084/>

Marazzi Mario. Blog del director del instituto de Estadísticas, *Estadísticas y fondos federales*. Recuperado el 28 de junio de 2016 de <http://www.estadisticas.gobierno.pr/blog/category/fondos-federales/>

Navarro, Vicente. (1998) "Concepto actual de salud pública". en Salud pública. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado el 26 de junio de 2016. <https://ifdcsluis-slu.infed.edu.ar/sitio/upload/navarro.pdf>

Estado Libre Asociado de Puerto Rico (2003). *Ley del Instituto de Estadísticas*. <http://www.estadisticas.pr/iepr/LinkClick.aspx?fileticket=-NOP8IGsdGA%3d&tabid=277&mid=244884>

Organización de las Naciones Unidas. (2003) *Principios y recomendaciones para los Sistemas de Estadísticas Vitales*. Revisión 2, 2003: [http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM\\_19rev2S.pdf](http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_19rev2S.pdf).

Rodríguez Ayuso, Idalia (2015). *Encuesta sobre problemas de visión 2012*. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. Recuperado el 26 de junio de 2016 de [www.estadisticas.gobierno.pr](http://www.estadisticas.gobierno.pr)

Rodríguez Ayuso, Idalia (2010). *Nuevas Estadísticas de mortalidad*. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. Recuperado el 26 de junio de 2016 de [www.estadisticas.gobierno.pr](http://www.estadisticas.gobierno.pr)

Rodríguez Ayuso, Idalia et al. (2009) *Informe a la Junta de Directores sobre la Resolución Número 2008-001*. Recuperado el 26 de junio de 2016 de [http://www.estadisticas.gobierno.pr/iepr/LinkClick.aspx?fileticket=oxO\\_GibciLY%3D&tabid=165](http://www.estadisticas.gobierno.pr/iepr/LinkClick.aspx?fileticket=oxO_GibciLY%3D&tabid=165)



---

# DESDE LA SOCIEDAD CIVIL: VOCES DE CAMBIO EN EL SISTEMA DE SALUD EN PUERTO RICO Y NUEVA YORK

MARINILDA RIVERA DÍAZ

MATT ANDERSON

ANTHONY FELICIANO

SARAH HUERTAS

## INTRODUCCIÓN ■

Los sistemas de salud en Estados Unidos y Puerto Rico han sido secuestrados y están en diversos puntos de secuestro en muchos de los países representados en esta conferencia. Están secuestrados por el afán de lucro y las corporaciones. Las aseguradoras de salud, la industria farmacéutica, las cadenas hospitalarias con fines de lucro y otras industrias de servicios y productos, con su enorme poder económico, han logrado en gran medida dominar la formulación, desarrollo e implantación de la política pública en salud. Igualmente, controlan la organización y prestación de servicios, lo que han logrado a través de su enorme influencia sobre los gobiernos y los medios de comunicación masiva. Ciertamente, ese ha sido el caso en Puerto Rico.

La Organización de Cooperación Económica y Desarrollo (OCED), que agrupa a los países de mayor desarrollo económico en el mundo más desarrollo, y varios autores han documentado el impacto en la salud del modelo privatizado con fines de lucro: aumentos en el costo de los servicios, inequidad, fragmentación y destrucción paulatina del sistema público y del cuidado preventivo (Dreschler, D. y Jutting, J ( 2005); Colombo, F. y Tapy, N. 2004).

Podemos añadir, como resultado de los procesos de privatización, la experiencia en Puerto Rico de la falta de transparencia y rendición de cuentas a la ciudadanía, al pueblo. Esta falta de transparencia afecta tanto asuntos como el acceso a los servicios de salud y su calidad como aspectos fiscales. Quizás uno de los impactos más nefastos es la limitada participación de la ciudadanía en los procesos desicionales y su sentido de impotencia. Se continúa argumentando que el

modelo privatizado con fines de lucro no tiene marcha atrás y mucho lo asumen como cierto. Recientemente, la prensa de Puerto Rico citaba las declaraciones de un ex secretario de salud de Puerto Rico que apuntaba que las aseguradoras son muy poderosas y no se van a poder tocar, a lo que proponía como solución negociar y hacerles pagar un poco más al gobierno para tratar de resolver la crisis fiscal que enfrenta el sistema de salud y el país. Aunque recogía la percepción y el sentir común en varios sectores del país, la realidad es que una mirada a la historia permite refutar esa pretendida indefensión de la gente ante estas situaciones.

Dos libros muy conocidos, *A People's History of the United States*, de Howard Zinn (1980); y *A People's History of the World: From the Stone Age to the New Millenium*, de Chris Harman (2008) narran la historia desde un punto de vista diferente, ya no desde la mirada de aquellos en el poder, sino desde la perspectiva de las constantes luchas de la gente común, a través del tiempo y en diferentes lugares del mundo, por lograr justicia y participación en los procesos que gobiernan sus vidas. De ahí la idea de este panel, que surgió del convencimiento de los participantes, de la importancia de la participación de la ciudadanía para lograr cambios significativos en los sistemas de salud. El objetivo fue examinar, aunque de manera breve, importantes experiencias, tanto históricas como recientes, de participación comunitaria activa que logró cambios en el sistema de salud.

Aunque se comentaron algunas experiencias internacionales, el panel se concentró —de una manera modesta y en dentro del espacio limitado que con contamos— en la revisión de algunas instancias de lo que la sociedad civil, lo que los ciudadanos han estado haciendo en dos localidades: Nueva York y Puerto Rico. El propósito era abrir camino en la batalla contra la desesperanza y a favor de la propuesta activa para mejorar nuestros sistemas de salud y la salud de nuestra gente.

¿Por qué Puerto Rico y Nueva York? Los modelos de salud en general son similares, pero con marcada diferencia en recursos. Debemos recordar que el de la isla sigue el modelo estadounidense de salud basado en la salud como negocio, y no como derecho. Esto ha acarreado consecuencias terribles para Estados Unidos en términos de falta de acceso, altos índices de mortandad y dificultades para enfrentar los costos de salud, aun en el caso del estado de Nueva York, uno de los más ricos de Estados Unidos. La situación ya ha propiciado varios intentos de reforma. Puerto Rico, por ser un país de recursos económicos modestos, ha sido golpeado todavía más duramente, lo cual tiene implicaciones serias no solo para la salud sino para la economía del país.

Recientemente se han ido produciendo dos fenómenos relacionados. En uno, el gobierno de Puerto Rico ha ido a Nueva York a buscar alternativas. Por medio de una alianza de colabora-



ción desde el nivel de la gobernación de Puerto Rico y la administración del estado de NY, se ha buscado dar soluciones a la crisis fiscal de los servicios públicos en Puerto Rico. Mediante el plan establecido, se logró ahorrarle dos billones de dólares en servicios de salud al programa de Medicaid. Por otro lado, ha ocurrido un fenómeno de creciente “rapprochement” o acercamiento entre la sociedad civil de los dos lugares, con la notable participación de puertorriqueños de la diáspora residentes de Nueva York y otros lugares en Estados Unidos. Como ya se ha indicado, las presentaciones del panel proveyeron un breve repaso sobre la participación comunitaria en los sistemas de salud y sus logros en favor de mejores sistemas desde las perspectivas de panelistas muy informados y activos tanto en Nueva York como Puerto Rico.

Aunque el director de la Comisión Sobre el Sistema de Salud del Público, Anthony Feliciano, no pudo asistir debida a compromisos relacionados con sus gestiones de abogacía, estimamos que era importante que se conociera su organización y las actividades que Feliciano realiza. Estas son un ejemplo adicional de la movilización y organización de ciudadanos en torno al problema de la salud. Por tal razón, se incluyó una descripción de su trabajo, tomada de la página electrónica de su organización, cuyo lema es “Putting the public back in public health”.

*CPHS was formed out of a strong belief that decisions about health care must include public input and address the diverse needs of New York City communities. The Commission on the Public's Health System was founded in 1991 as a challenge to the Barondess Commission, appointed to study the public hospital system. While most of the Barondess Commission members were health professionals from the private health sector, CPHS was formed by community groups, advocates, health workers, and unions, many of whom had worked together on earlier campaigns to save the public hospitals. ( [www.cphsnyc.org](http://www.cphsnyc.org))*

En relación con otras luchas por el acceso a la salud en New York, el doctor Matt Anderson discutió brevemente la historia de iniciativas populares en ese estado y algunas iniciativas internacionales que trajeron y continúan trayendo la voz y las necesidades del pueblo a los espacios donde se toman decisiones sobre los sistemas de salud.

## **BREVE TRASFONDO HISTÓRICO ■**

Empezamos por destacar la labor pionera realizada en Suráfrica por Sidney y Emily Kark. Esta pareja de médicos aplicó valores democráticos orientados a los ciudadanos y su participación, y combinó principios clínicos con principios comunitarios (lo que hoy llamaríamos determinantes sociales de salud ) para crear centro de salud comunitarios para atender los enormes problemas de salud de los Zulu. Estos servicios comunitarios fueron muy exitosos en las décadas de 1940 y 1950. Se trató del modelo de salud centrado en las necesidades de los pacientes y de la población, con énfasis en su participación, en la oferta de servicios preventivos y en la consideración de factores socioeconómicos y su efecto en la salud.

Este modelo de servicio de salud fue llevado a Estados Unidos y otros países, incluyendo Puerto Rico, por estudiantes y observadores impresionados con sus resultados. Esto tuvo como resultado el florecimiento en EE. UU. y Puerto Rico de centros comunitarios de atención primaria, que fueron adoptados nacionalmente como política pública bajo la presidencia de Lyndon B. Johnson en los años 60. Es del estudio y desarrollo de aquellos modelos originales que toma fuerza la gestión comunitaria en el proceso de salud y los cuidados primarios de salud orientados a la comunidad.

Otro hito importante en el desarrollo de un modelo de salud centrado en la comunidad, fueron las acciones de lucha y logros de movimientos radicales de los años 1960 y 1970 en la ciudad de Nueva York. La insatisfacción de los ciudadanos con los servicios de salud y, en particular, con el Hospital Lincoln en El Bronx quedó plasmada en una caricatura incluida en la edición del 17 de julio de 1970 del periódico *Palante*, que publicaba en inglés y español el *Young Lords Party*. El dibujo presentaba el hospital como una carnicería en la que dos cerdos vestidos de médicos “operaban” a un paciente. Dicha insatisfacción y la movilización de grupos activistas en la ciudad, como los propios *Young Lords* y los *Black Panthers* fue parte de lo que llevó a la “toma” del Hospital en 1970.

Como resultado de estas acciones, más tarde vino la construcción de un nuevo Hospital Lincoln para la comunidad y el desarrollo de múltiples proyectos de salud como clínicas de salud gratuitas y servicios de salud para mujeres. Grupos como los *Black Panthers* desarrollaron clínicas móviles (*People’s Free Health Clinics*) y, más, tarde hicieron su aparición grupos independientes como los “*Street Medics*”.

### **EL ESTADO DE SITUACIÓN HOY EN NUEVA YORK (Y EN LA NACIÓN) ■**

La prestación de servicios ha sido corporativizada. Los servicios clínicos son conceptualizados y llevados a cabo como “líneas de producción”. Los pacientes se convierten en “clientes”.

Presionados por el estado de situación del sistema, los Centros Comunitarios de Salud aún existentes, han perdido en gran medida los valores democráticos y sus modelos originales de servicio a pacientes y comunidades. Así, aunque muchos de ellos continúan teniendo juntas comunitarias, dichas juntas y los centros están sujetos a presiones político-partidistas no necesariamente relacionadas con temas de salud y presiones económicas. Además, sufren de inadecuada fiscalización gubernamental e incluso, de actividades abiertamente criminales.

Nuevos esfuerzos activistas surgidos más recientemente, como el movimiento *Occupy* y los movimientos en favor del *Pagador Único*, han confrontado problemas de autoridad, organización y legitimación comunitaria. Sin embargo, es posible que hayan tenido un rol de “*invernadero*”, es decir, de continuar gestando genuinos movimientos democráticos de base para la solución de problemas de la gente, incluyendo los relacionados con la salud.

El Affordable Care Act (ACA) de 2010, estableció la obligación de crear un plan comunitario, e incentivos para el estudio y evaluación de estos. Sin embargo, hasta ahora, aunque ACA ha tenido algunos logros en aumentar moderadamente la población con cubierta de seguro y ha contribuido a limitar negaciones de cubierta y limitaciones de servicios por las aseguradoras, existe gran descontento en la nación. La cubierta de seguros no es universal; el 11.5% de la población entre 18-64 años aún no tiene seguro de ningún tipo y, más aún, en grupos minoritarios como los latinos, el 30% no tiene seguro de salud de ningún tipo. Buena parte del aumento en cobertura ha venido a través de Medicaid, donde los estados tienen que aportar más, a pesar de estar en su mayoría en situaciones económicas críticas. Además, los costos de los seguros médicos privados continúan en aumento.

Hoy hay un intenso activismo, extendido por todo Estados Unidos e incluyendo el Estado de Nueva York, en contra de ACA. Este se encuentra encabezado por sindicatos, incluyendo National Nurses United y Service Employee International Union (SEIU). A su vez, legisladores del estado de NY, entre otros estados, han logrado aprobar proyectos en alguna de las cámaras o, como en el caso de Colorado, un sistema de salud universal con pagador único y participación administrativa y decisional del pueblo. Este será sometido a referéndum por el pueblo para aprobación en algunos meses.

El modelo de financiamiento de pagador único, un modelo de “Medicare for All”, permite la cobertura universal y propicia la equidad, la costo-efectividad y los valores democráticos recogidos en los orígenes de los movimientos de orientación comunitaria ya descritos.

### **BUENAS NUEVAS: LA MEDICINA SOCIAL SIEMPRE RENACE ■**

Las buenas nuevas son que varios países del mundo, e incluso en algunas localidades de Estados Unidos, se continúan creando modelos y enseñando los principios básicos de la medicina social comunitaria.

A nivel de modelos de salud nacionales, se mencionan los casos de Brasil, Nicaragua y Cuba. Al nivel local, se mencionan clínicas comunitarias de Grecia y la experiencia del Distrito Federal de México.

A nivel internacional, se menciona el Movimiento de Salud de los Pueblos (MSP) o People’s Health Movement” ([phmovement.org](http://phmovement.org)). Este movimiento fundado en el año 2000 es una red internacional que aglutina a activistas de la salud, organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas de todo el mundo. Algunos de sus objetivos son:

- Promover la salud para todos y todas a través de un movimiento intersectorial fundamentado en la equidad y la participación, como cuestión de derechos.

- Abogar por el acceso universal a la atención de salud, educación, y servicios sociales de calidad conforme las necesidades de los pueblos y no según su capacidad de pago.
- Promover la participación popular y de las organizaciones de base en la formulación, aplicación y evaluación de todas las políticas y programas sociales y de salud.
- Instar a los pueblos a que encuentren sus propias soluciones a los problemas locales de salud.
- Exigir la rendición de cuentas por autoridades gubernamentales, empresas y organizaciones internacionales

### **EL FUTURO: LA PRÓXIMA GENERACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD ■**

En el Condado del Bronx, Nueva York, el Sistema de Salud Montefiore cobija desde 1970 programas para el adiestramiento de médicos en Medicina Social. Cerca de 800 médicos se han adiestrado en Medicina de Familia, Pediatría y Medicina Interna con un enfoque social-comunitario. Este programa les ofrece extensa experiencia con grupos comunitarios —incluyendo poblaciones de escasos recursos, minorías, población LGBT, confinados o personas con problemas de abuso de sustancias— y experiencia en derechos reproductivos, asuntos ambientales, activismo comunitario y el trasfondo teórico para la medicina social. Además, cumplen, desde luego, con los requisitos tradicionales establecidos por las especialidades mencionadas.

Para cerrar esta sección sobre la nueva generación de profesionales de la salud con visión comunitaria, vale la pena recordar aquí una foto de los participantes del programa de Montefiore, incluida en la presentación del doctor Matt Anderson, en la que se le ve ¡en pleno invierno!, manifestándose en la calle para abogar por la salud y el reconocimiento de la desigualdad como causa de enfermedades.

### **VOCES DE CAMBIO DESDE LA SOCIEDAD CIVIL: PUERTO RICO ■**

La presentación de la Dra Marinilda Rivera Díaz tuvo el propósito de discutir colectivamente dos iniciativas surgidas desde la sociedad civil para la defensa del derecho humano a la salud y la transformación del sistema de salud en Puerto Rico: la Alianza de Salud para el Pueblo y el Colectivo Somos Dign@s. Además, le permitió compartir con la audiencia los logros obtenidos dentro de estas dos iniciativas para adelantar la justicia en materia de salud para nuestro pueblo. Para comenzar, se reconoce que la relación política colonial con los Estados Unidos, siendo Puerto Rico la colonia más antigua del mundo, ha provocado en el escenario de la salud una provisión totalmente desarticulada de los servicios y ha socavado el derecho a la salud del pueblo. Agravan esta situación, entre otros factores, la injerencia de las políticas neoliberales por las pasadas casi tres décadas; la implementación del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, mejor conocido como la Reforma de Salud; y la actual crisis fiscal que por la atraviesa el país con sus efectos sobre pueblo puertorriqueño. Si bien es cierto que la globalización acompañada

de políticas neoliberales que propician la mercantilización de las condiciones de acceso a los derechos humanos más básicos, como es la salud, se impone desde los sectores de poder, desde arriba hacia abajo, autores como De Sousa Santos (2002) han planteado que la complejidad de los derechos humanos radica en que pueden ser concebidos desde una globalización contrahegemónica, es decir, desde abajo. En su propuesta, este proceso aniquilador para la humanidad pudiera revertirse si se plantea precisamente desde abajo hacia arriba ¿Qué significaría esto? Dicha globalización implicaría la convergencia de iniciativas y movimientos sociales. En el sector salud en Puerto Rico, dicha convergencia requiere del reconocimiento y reclamación de dos derechos básicos: a) el derecho a la participación ciudadana y b) el derecho a la salud.

## **EL DERECHO HUMANO A LA SALUD Y A LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA ■**

La salud como un derecho humano ha sido reconocida en diversas convenciones y organismos a nivel internacional. El Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 establece que:

*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. ([http://www.ichrp.org/es/articulo\\_25\\_dudh](http://www.ichrp.org/es/articulo_25_dudh))*

De igual manera, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, en su Artículo 12, indica que los “Estados Partes en este acto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental...”. (<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>)

Por otro lado, aunque pueda parecer un concepto emergente o de moda, la participación ciudadana, al igual que la salud, es un derecho humano. La misma, aunque algo limitada por el elemento de la representatividad, fue también recogida en la Declaración de Derechos Humanos de 1948, en su Artículo 21, que indica: “Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos”. ([http://ichrp.org/es/articulo\\_21\\_dudh](http://ichrp.org/es/articulo_21_dudh)). Además, el artículo 25 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 indica: “Todos los ciudadanos gozarán de los siguientes derechos y oportunidades: a) Participar en la dirección de los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes libremente elegidos”. La participación ciudadana es una dimensión esencial de la vida de una democracia, pues se convierte en instrumento para la defensa y promoción de los derechos humanos fundamentales como lo es la salud. Además, establece una responsabilidad compartida entre el Estado y la ciudadanía.

Actualmente, pudiéramos decir que tenemos dos modelos de ciudadanía que dentro de nuestra democracia. Estos modelos de ciudadanía hay que comprenderlos para entender por qué a veces nos quejamos de la “pasividad” de algunos sectores en diferentes ámbitos de la política social y para dirigir esfuerzos hacia el movimiento de una ciudadanía que viabilice un nuevo tejido social y, en nuestro caso, asuma posicionamientos en la transformación de nuestro sistema de salud.

El primer modelo es el conocido como ciudadanía asistida, producto de la racionalidad capitalista, donde las personas se convierten en un código, un número, un caso (Bustelo, 2008). En este tipo de ciudadanía, la desigualdad en nuestra sociedad es vista como producto de la naturaleza humana y del propio sujeto, que debe atender su propio porvenir mientras que el Estado simplemente le asiste. Es una mirada muy individualista. Es por ello, que la racionalidad de los sujetos puertorriqueños dentro de esta ciudadanía construida por el mismo sistema capitalista es de “que al menos tengo la tarjetita de la Reforma”. Este tipo de ciudadanía asistida entra en nuestras vidas provocando un estado de conformismo por la supuesta beneficencia que provee el Estado “para ayudarles”.

La otra ciudadanía, conocida como la ciudadanía emancipadora, es aquella donde la igualdad social es un valor central y es entendida como un derecho de las personas a iguales oportunidades (Bustelo, 2008). Es una visión colectiva del desarrollo, un racionamiento desde el “nosotros”. En el campo de la salud, las personas no son pacientes, sino actores de una dimensión individual/social. El fin de esta ciudadanía, aplicada al caso de Puerto Rico en materia de salud, sería servir a todos y todas de una forma más justa y eficiente. Para ello se requiere de una visión de un “nosotros y nosotras”, donde podamos dar dirección acertada a un sistema de salud que actualmente violenta la dignidad y la vida de las personas. Ante esto, la próxima pregunta a hacernos sería, ¿y por qué surge la necesidad de un pueblo de activarse y participar? Las respuestas a esta pregunta son variadas, ya que van desde factores sociales, económicos y políticos.

Primero, la ciudadanía entiende que las instituciones sociales ya no responden a las necesidades humanas básicas que enfrentan (alimentación, salud, educación). Segundo, la ciudadanía ha perdido la confianza en los gobiernos por razones tales como la corrupción y falta de transparencia. Tercero, la injerencia extrema de los intereses privados en las políticas sociales y derechos humanos, ha ido anteponiendo su fin individual al del colectivo. Cuarto, la ciudadanía tiene un mayor acceso a la información a través de los medios de comunicación masiva, aunque esto de igual manera sea una limitación en cuanto al tipo de información a que puede acceder. Quinto, los rápidos cambios sociales que ha enfrentado la sociedad, que han provocado mayor desigualdad e inequidad a nivel global. Estos son algunos factores que establecen la coyuntura histórica en nuestro país, así como en otros países para movernos de una ciudadanía asistida a una participación ciudadana emancipadora.

Tanto el derecho a la salud como a la participación han sido atentados por la racionalidad capitalista y la injerencia de políticas neoliberales en el espacio de los derechos humanos. En el escenario de la salud, nuestro país ha presenciado el desarrollo de políticas que abastecen los intereses del mercado neoliberal, específicamente la industria médica y farmacéutica. El neoliberalismo, como ideología económica se ha infiltrado en las instituciones del Estado con el fin de desplazar las diversas formas de protección social construidas a través de la historia amparándose en que las intervenciones estatales son económicamente ineficientes. Para ello entonces propone la privatización de los derechos básicos como lo son la educación y la salud y le resta importancia a los espacios de reclamos desde los sectores más vulnerabilizados.

Como consecuencia, el desempleo y la pobreza ocupan las vidas de muchos ciudadanos, ensanchando las brechas entre las clases sociales, aumentando la desigualdad, violentando su dignidad y fragilizando su estabilidad y su capacidad de hacerse valer como ciudadanos y ciudadanas. De manera que son cada vez más las personas que quedan excluidas por no hacerse parte de los procesos que exigen el mercado y la producción de bienes. Esther Custo (2008), trabajadora social argentina coincide en las implicaciones que tiene el neoliberalismo en los sujetos y sostiene que éste va "...generando situaciones de incertidumbre, fragilización, crisis de identidades, de participación, de representación, ruptura del entramado social, el temor de un horizonte que amenaza, produciendo malestar y sufrimiento del ser humano..." (p.12.). En este contexto se manifiestan toda una serie de situaciones conflictivas que amenaza las relaciones sociales y familiares, el surgimiento de personas enfermas, y oprimidas. Como consecuencia, el deterioro del ejercicio de la ciudadanía de los sectores más vulnerabilizados no se hace esperar.

El derecho a participar en salud parte de reconocer la autonomía y responsabilidad de la población, tanto en el ámbito individual como colectivo. Además, reconoce a la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo. Es por ello, que debemos aspirar a una participación ciudadana donde conozcamos cuándo, dónde y cómo se toman las decisiones, se nos informe de la política pública, y seamos parte de los procesos de toma de decisiones (gobernanza democrática) integrándonos u organizando grupos y alianzas con diversos sectores que abogan por los derechos humanos. A continuación expongo dos ejemplos de grupos que reconociendo la importancia de la ciudadanía emancipadora, creyendo firmemente en la gobernanza democrática y defendiendo fehacientemente el derecho humano a la salud, se dieron a la tarea de forjar una agenda en común para Puerto Rico.

#### **ALIANZA DE SALUD PARA EL PUEBLO ■**

La Alianza de Salud para el Pueblo nace en julio del año 2011. Es un grupo multisectorial de orientación salubrista, voluntario, sin fines de lucro compuesto inicialmente por la Unión General de Trabajadores y el grupo A SU Salud, Inc. Su propuesta es establecer un Sistema

Universal de Salud con Pagador Único para Puerto Rico. Un sistema universal de salud (SUS) es uno que atiende las necesidades de salud de todos nuestros habitantes de una manera integrada, incluyendo el cuidado directo de los individuos y la atención a las condiciones sociales, e intervenciones poblacionales que facilitan, promueven y determinan la salud y previenen la enfermedad.

Como parte de sus esfuerzos, y luego de varios años del grupo A SU Salud, Inc. estudiar modelos de salud a nivel internacional, consultar con expertos en el área de política económica en salud, economistas, abogados en materia de salud y reglamentación estatal y federal, la Alianza de Salud para el Pueblo junto a más de una veintena de organizaciones, en el mes de mayo 2013 sometió por petición el Proyecto de la Cámara 1185. Él mismo reconoció como principio rector el derecho a la Salud. El pasado mes de diciembre de 2015, luego de múltiples esfuerzos el P. de la C. 1185 fue firmado por el gobernador, convirtiendo este proyecto en la actual Ley 235, creando el Primer Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico electo por los diversos grupos de la sociedad civil. El Consejo viabilizará la implementación de un Sistema de Salud justo reconociendo la salud como un derecho y no como un bien de consumo. Este Consejo garantizará la representación de todos los sectores en el diseño, implementación y toma de decisiones del sistema de salud, ejerciendo la gobernanza democrática, transparente y participativa. Dentro de los principios rectores de la Ley 235 se encuentran:

- a. La salud es un derecho humano. Es un asunto de naturaleza ética, de justicia y de derechos humanos sobre el ánimo de lucro. La salud no debe ser visualizada ni manejada como un bien de consumo más.
- b. El modelo organizacional a recomendar deberá: Permitir el acceso a los servicios y necesidades de salud de todos los habitantes de Puerto Rico de manera integral, igualitaria y justa; Viabilizar la meta de reducir las desigualdades en la prestación de los servicios de salud a los habitantes de Puerto Rico; Atender tanto el cuidado directo como las condiciones sociales que determinan la salud, ser lo más abarcador posible, incluyendo la planificación, organización y la integración de servicios por niveles, desde la prevención y el cuidado primario, hasta cuidados hospitalarios y de rehabilitación. Integración de servicios de salud mental, uso de sustancias y salud en general.
- c. Adaptarse a las particularidades de Puerto Rico con el modelo de financiamiento más adecuado, sin importar género, edad, origen, impedimento, ideología o afiliación política, raza, orientación sexual, identidad de género, condición económica, condición de salud y condición social.
- d. Ser fiscalizado de una forma transparente y participativa
- e. Garantizar la recopilación de información, evaluación de la calidad y resultados y velar por



la creación de recursos para el sistema tales como recursos humanos, medicamentos, facilidades y tecnología e investigación.

- f. Organizar la prestación de servicios de manera que continúe siendo combinada como hasta ahora, tanto pública como privada y procurar viabilizar, en lo posible que todo tipo de instituciones privadas puedan ser partícipes de la prestación de servicios en el modelo
- g. Educar para promover que participantes asuman responsabilidad social y participen a todos los niveles del sistema.

Otro grupo que amparado en su agenda de los derechos humanos, se ha unido en una sola agenda con la Alianza de Salud para el Pueblo para la defensa del derecho a la salud de Puerto Rico lo es el Colectivo Somos Dign@s.

### **COLECTIVO SOMOS DIGN@S ■**

El Colectivo Somos Dign@s nace como resultado de la preocupación sobre la crisis de los derechos humanos y libertades civiles que quedaron evidenciados en el proceso huelgario de estudiantes universitarios de la Universidad de Puerto Rico de 2010, específicamente los sucesos del Capitolio donde decenas de estudiantes, profesores y ciudadanos y ciudadanas solidarios fueron abatidos por la uniformada. Los principios que rigen este colectivo son: a) reclamos de justicia social y equidad; b) Promoción del respeto a la persona; y c) Proclamación que todos y todas Somos Dign@s. Como parte de las actividades realizadas por el Colectivo, se encuentra la campaña nacional por los derechos humanos, titulada “Trayecto Dignidad”. Dicha campaña fue inspirada en la experiencia de los Freedom Riders o Viajeros de la Libertad de los Estados Unidos en la década de los 60.

Esta campaña de educación, concienciación e investigación de los derechos humanos se lleva a cabo haciendo recorridos en guaguas por toda la isla. Este recorrido se divide en tres rutas realizadas simultáneamente donde cada guagua realiza paradas en diversos espacios públicos tales como balnearios y plazas públicas. Al presente, se han realizado tres campañas a saber:

- a. Trayecto Dignidad 1 (2011)- realizó un estudio sobre la percepción, valoración y conocimiento sobre los derechos humanos y civiles que tenía la ciudadanía en Puerto Rico.
- b. Trayecto Dignidad 2 (2013)- realizó un estudio sobre las experiencias de discrimen y racismo de la ciudadanía en Puerto Rico
- c. Trayecto Dignidad 3 (2015)- realizó un estudio sobre el derecho a la salud y las experiencias con los servicios de salud y acceso por parte de la ciudadanía en Puerto Rico.

La campaña Trayecto Dignidad 3 fue realizada con el auspicio de decenas de organizaciones profesionales y comunitarias tales como:

- A SU Salud, Inc.
- Alianza de Salud para el Pueblo
- Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico
- Universidad de Puerto Rico
- Universidad Interamericana
- Unión General de Trabajadores
- Colegio de Profesionales del Trabajo Social
- Fundación Médica del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico
- Amnistía Internacional, Capítulo de Puerto Rico
- Movimiento Pro Justicia Social
- SEIU
- Fundación por un Mejor País
- ACLU (American Civil Liberties Union), Capítulo de Puerto Rico
- Colectivo Sembrando Conciencias
- Colegio de Abogados de Puerto Rico

La misma se llevó a cabo en marzo de 2015 y tenía como misión desarrollar un recorrido nacional investigativo dirigido a la recopilación de datos sobre la experiencia del pueblo con los servicios de salud. La propuesta de investigación acción de corte cuantitativo fue sometida y aprobada por el Comité para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico. Este tipo de investigación integra varias técnicas para la participación y concienciación de la problemática bajo estudio: a) Dimensión investigativa, b) Dimensión artística, c) Dimensión educativa, y d) Dimensión acción socio política. Como parte de la dimensión investigativa, se administró una encuesta con 39 preguntas cerradas y una pregunta abierta. Sus propósitos eran:

- Explorar con ciudadanos y ciudadanas alrededor de la isla las experiencias con el acceso a servicios de salud en Puerto Rico.
- Explorar el conocimiento que ellos y ellas tienen sobre el derecho a la salud como un derecho humano.

Como parte del trabajo educativo se repartieron 1,500 expedientes educativos, se realizaron

adiestramientos de capacitación para todo el personal que asistió en la campaña; se distribuyeron 5,000 documentos educativos a la ciudadanía; y se realizaron conversatorios públicos durante el Trayecto. Además, la Federación de Médicos del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico llevó a cabo clínicas de salud ambulatorias en cada una de las regiones y paradas realizadas. En relación al componente de las artes y la música, el colectivo Sembrando Conciencias de la Escuela de Artes Plásticas realizó actividades utilizando la pintura corporal, la música y expresiones teatrales todas alusivas al tema del derecho a la salud, cautivando a toda la ciudadanía durante los tres días de recorrido. En cuanto a la dimensión política, el Colectivo Som@s Dign@s en compañía de otras organizaciones se unieron a diversas actividades de corte político, reiterando su apoyo a la defensa del derecho a la salud a través de su participación en vistas públicas en el Senado en respaldo al PC 1185, vistas en el Colegio de Abogados de Puerto Rico y manifestaciones en el Capitolio.

Los resultados de la campaña Trayecto 3 se encuentran en proceso de publicación. Sin embargo, aquí se comparten alguna de las voces recogidas a través de esta experiencia: “La salud no debe ser un negocio” (TD3); “Necesitamos un sistema de salud que nos respete como seres humanos” (TD4); “Por no atender a mi madre a tiempo, le dio un derrame cerebral” (TD5); “Yo fui uno que cuando fui diagnosticado con cáncer se me hizo tan difícil el tratamiento en Puerto Rico que tuve que viajar y tuve que renunciar a mi trabajo de enfermería, todo fue tan difícil.” (TD2); “El gobierno debería ser el encargado de la salud y no las aseguradoras” (TD6).

#### **SOM@S DIGN@S Y LA ALIANZA: UNA SOLA AGENDA ■**

En este tránsito en lucha por el derecho a la salud del pueblo de Puerto Rico, el Colectivo Som@s Dign@s y la Alianza de Salud para el Pueblo han unido esfuerzos y voces con una agenda en común. Actualmente, entre los proyectos compartidos se encuentran:

- La implementación del Proyecto Latinoamericano de Capacitación, Intercambio de Conocimiento y Desarrollo de Sistemas Universales de Salud.
- La publicación de los resultados finales de “Trayecto Dignidad 3” para conocimiento de la comunidad académica y comunidad en general.
- El desarrollo de un seminario en derecho a la salud a realizarse con la colaboración de profesores de la Universidad de Puerto Rico y Universidad Interamericana.
- Insertarnos en una participación activa en el Consejo Multisectorial de Salud creado por virtud de la Ley #235, antes P de la C. 1185.
- Continuar los procesos de conciencia-acción y educación de diversos sectores sobre derecho a la salud y sistema universal de salud.

- Continuar con la realización de foros comunitarios, académicos y profesionales
- Integración de la Alianza y el Colectivo Som@s Dign@s a otras alianzas y colectivos
- Planificación de Trayecto Dignidad 4

## CONCLUSIÓN ■

Esperamos que estas ponencias sirvan como ejemplos de lo valioso e importante de los trabajos desde la sociedad civil rebelada en lucha por una sociedad más justa para todos y todas. Para concluir, parece muy acertada una cita de los escritores Joan Benach, Montse Vergara y Carles Muntaner del 2008 en el que nos invitan a comprometernos con la defensa del derecho a la salud en tiempos de tanta barbarie:

*En un tiempo de inmoralidad y barbarie, donde el pragmatismo todo lo invade, la codicia es omnipresente, se idolatra al dinero, se manipula la información, se falsea la historia, y donde casi todo se maquilla, es preciso comprometerse con el derecho a la protección y promoción de la salud que deben tener todos los habitantes del planeta. No caben excusas, nos va en ello nuestra salud. (Benach, Vergara & Muntaner, 2008). ☼*

## BIBLIOGRAFÍA

Benach, J., Vergara, M., & Muntaner, C. (2008). *Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI*. Papeles, 103, 29-40. Accedido en [https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad\\_en\\_salud\\_.pdf](https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad_en_salud_.pdf)

Boaventura de Sousa Santos. (2002). *Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos*. Bogotá: ILSA. *El otro Derecho*, 28, 59-83. Accedido en [http://www.uba.ar/archivos\\_ddhh/image/Sousa%20-%20Concepci%C3%B3n%20multicultural%20de%20DDHH.pdf](http://www.uba.ar/archivos_ddhh/image/Sousa%20-%20Concepci%C3%B3n%20multicultural%20de%20DDHH.pdf)

Bustelo, E. (1998). *Expansión de la Ciudadanía y Construcción Democrática. Todos Entran. Propuestas para Sociedades Excluyentes*. Unicef-Colección de Cuadernos de Debate. Santa Fe, Bogotá, Colombia.

Bustelo, E. (2008). *La Política Social Sin Política. Trabajo presentado al Encuentro Internacional Políticas Sociales e Institucionalidad Pública*. Organizado por la Universidad Andina Simón Bolívar. Quito, Ecuador. 28 al 30 de abril de 2008.

Custo, E. (2008). *Salud mental y ciudadanía: Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Argentina: Editorial Espacio.

Garces, L.; Lucero, M.; Estévez, F.; Icazzati, M.; Sabeti, C. & Ríos, C. (2006). *Visiones Teóricas acerca de la Ciudadanía Social*. *Kairos*. Revista de Temas Sociales. 10, (18).

*La participación ciudadana en la sanidad pública catalana: Concepto, Análisis y Propuestas*. [www.caps.cat](http://www.caps.cat)

Organización de las Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado. *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx><http://www.asturias.es/>

Organización de las Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Organización de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>



---

## ENFOQUE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PUERTO RICO

**YISELLY VÁZQUEZ GUZMÁN**  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN<sup>1</sup>

La estructura del Departamento de Salud de Puerto Rico incluye el componente de Promoción de la Salud. El mismo es liderado por la Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud (SAPS). Dicha dependencia del Departamento de Salud fue creada por la Orden Administrativa 179 de enero del 2003. La SAPS fomenta la reorientación de los servicios clínicos hacia un modelo basado en la promoción y el mantenimiento de la salud a nivel regional, municipal y finalmente hacia un nivel de comunidad. Promueve, además, la consolidación de alianzas intersectoriales que eviten la duplicidad de servicios, que integren los recursos disponibles, fomente la participación ciudadana y enfatice en el seguimiento fundamentado en la evaluación continua de los esfuerzos realizados.

La SAPS agrupa programas y actividades dirigidas al bienestar pleno del individuo, enfocadas en el mantenimiento y fomento de la salud. Tiene como meta fomentar la participación ciudadana en asuntos relacionados con la promoción de la salud de forma integrada y coordinada, desde un contexto comunitario y de acuerdo con las necesidades y prioridades identificadas por los residentes de las comunidades. Sus programas están dirigidos a modificar la conducta individual para fomentar que las personas adopten estilos de vida más saludables y adquieran las herramientas necesarias para hacerlo en su entorno social. Durante la Quinta Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública, la SAPS tuvo la oportunidad de presentar diversos proyectos que evidencian el trabajo para la promoción de estilos de vida saludable y la reducción de la carga de las enfermedades crónicas en Puerto Rico.

---

<sup>1</sup> Colaboraron en la preparación de esta presentación las siguientes personas: Sr. Antonio Cases Rosario; Lcda. Bianca Escotto Morales; Lcda. Ibis Montalvo Félix, Dra. Jessica Irizarry Ramos, Sr. John Rodríguez Adames, Sr. Kelvin Cintrón Torres, Sr. Leonardo Pérez Rivera, Sra. Lizzie Flores, Sr. Marcos Felici Giovanini, Sra. Mayra Hernández Félix, Sra. Miriam Ramos Colón, Sra. Swanni Oliveras Sánchez y el Dr. William Torres Figueroa. Se reconoce la labor de edición de la doctora Madeline Reyes García.

En nuestro país, seis de las primeras causas de muerte son enfermedades crónicas, siendo el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el Alzheimer las principales, con tasas ajustadas (por 100,000 habitantes) que van desde 115.5 hasta 47, respectivamente (Departamento de Salud, 2015). Cada una de estas condiciones de salud son prevenibles y sus complicaciones pueden ser menores si se atienden por medio de la adopción de estilos de vida saludables.

Al considerar lo antes expuesto, la SAPS ha desarrollado iniciativas y alianzas que garantizan la atención a asuntos de salud prioritarios en Puerto Rico. En primer lugar se diseñó una campaña de comunicación en salud dirigida a promover el consumo de agua, resaltando sus beneficios y presentando los daños de las bebidas azucaradas. Esta campaña, con el lema ¡Agua es lo que es! Fue reseñada alrededor de todo Puerto Rico en medios de prensa escrita, redes sociales, televisión, afiches en oficinas regionales de agencias de gobierno, así como la creación de murales.

La iniciativa y sus resultados se presentaron en una de las dos sesiones especiales de la SAPS. La sesión titulada: Promoción del agua en la prevención de obesidad y costos de Salud en Puerto Rico reseñó los esfuerzos de Puerto Rico, Nueva York y México para la promoción del consumo de agua y la disminución del consumo de bebidas azucaradas. En dicha sesión, se llevó a cabo un panel compuesto por el Sr. Kelvin Cintrón, facilitador de promoción y divulgación de la SAPS, el Sr. Jeffrey Escoffier, ex director de medios en salud y mercadeo para el Departamento de Salud e Higiene Mental de Nueva York, el Sr. Alejandro Calvillo, director de El Poder del Consumidor en México y la Hon. Luisa “Piti” Gándara de la Cámara de Representantes de Puerto Rico. Esta última hizo especial mención a la aprobación de la ley 256 del 31 de diciembre de 2015 que permite a los consumidores seleccionar el agua como bebida, sin costo adicional, al comprar un combo en un restaurante de comida rápida. La sesión contó una participación estimada de más de 30 profesionales de la salud y fue divulgada mediante comunicado de prensa post-evento, generando cobertura en 4 periódicos impresos y más de 10 medios digitales locales e internacionales. Todos expusieron el éxito de iniciativas de comunicación en salud y política pública para reducir el consumo de bebidas azucaradas, ya que existe una clara asociación entre éste y el desarrollo de obesidad y otras condiciones crónicas. Nueva York reseñó que su campaña “Pouring the Pounds” logró más de 1.5 millones de impresiones digitales de la campaña y desalentó el consumo de bebidas azucaradas en más de 45% de encuestados en su región. México, destacó que la implementación de un impuesto logró recaudos de 18 mil millones de pesos mexicanos en el primer año y sobre estos productos logró un descenso en el consumo de 8% de bebidas azucaradas y un descenso de consumo de refrescos de 6% aproximadamente entre la población durante el primer año.

La siguiente sesión especial: El camino andado: Reseña de esfuerzos de Promoción de la Salud en Puerto Rico presentó los trabajos de las divisiones y programas de la SAPS desde la experiencia en: alianzas y colaboraciones (División para el Control y Prevención de Enfermedades



Crónicas), trabajo para el desarrollo y la promoción de política pública (División de Control de Tabaco y Salud Oral), movilización comunitaria para promover la salud de los individuos y su entorno (Programa de Promoción y Educación) y la promoción de escenarios de trabajo saludables (Programa de Salud y Bienestar). Se resaltó el trabajo que realiza la SAPS para la promoción de estilos de vida saludables, principalmente la nutrición balanceada y la actividad física, así como el manejo de las principales condiciones crónicas.

Las alianzas y colaboraciones son esenciales para atender asuntos de salud pública. Es por esta razón que desde la División para el Control y Prevención de Enfermedades Crónicas se han gestado un sinnúmero de colaboraciones relacionadas con el Plan de Acción para el Control de Enfermedades Crónicas en Puerto Rico 2014-2020, bajo la premisa de los ámbitos para la prevención y el control: Epidemiología y Vigilancia, Enlaces Clínico Comunitarios, Sistema de Salud y Cambios Ambientales. Algunos ejemplos exitosos se han gestado desde la Alianza para el Control de Enfermedades Crónicas y el Grupo Asesor de Alzheimer, desarrollando iniciativas de capacitación a profesionales y concienciación en asuntos medulares para la atención adecuada de las enfermedades crónicas.

El componente de política pública es otro asunto de interés para la SAPS. La División de Control de Tabaco expuso su experiencia en el trabajo con la defensa y promoción de más de 10 políticas públicas a nivel estatal y el trabajo con más de 20 municipios. Dichos esfuerzos son sumamente exitosos. Evidencia de esto es la prevalencia total de uso de tabaco en Puerto Rico: 11.3%, una de las más bajas entre estados y territorios de los Estados Unidos. El trabajo de política pública se complementa con iniciativas de comunicación en salud y el apoyo de la línea de cesación de fumar.

En términos del trabajo directo con la comunidad, el Programa de Promoción y Educación tiene la oportunidad de diseñar intervenciones educativas en torno a las prioridades de la SAPS y presentarlos a grupos en comunidad. Este elemento resulta fundamental, pues a través de estos trabajos se recopilan experiencias, se llevan los mensajes clave y se reajustan las estrategias, para que trabajen en función de los principios de la SAPS. Por otra parte, para atender el componente de salud corporativa, el Programa de Salud y Bienestar ofrece la asistencia técnica a los patronos para establecer de forma coordinada e integral estrategias, programas, políticas, beneficios, entornos y vínculos con la comunidad circundante al centro de trabajo para promover el bienestar y seguridad de los empleados.

El personal de la SAPS presentó además varias sesiones orales, entre las que se encuentran: Proyecto Demostrativo de Sistema de Salud Integrados: Promoción de estilos de vida saludables para la prevención y automanejo de enfermedades crónicas en la Región Noroeste de Puerto

Rico, donde se reseñaron las iniciativas diseñadas e implementadas en siete municipios del noroeste de la isla (Aguada, Aguadilla, Añasco, Isabela, Moca, San Sebastián y Rincón) con una visión que integra al equipo del Departamento de Salud con el personal clínico de los principales grupos médicos de la región y los gobiernos municipales, utilizando como marco de referencia el Modelo de Cuidados Crónicos de la Organización Mundial de la Salud.

Otras presentaciones de iniciativas de la SAPS reseñaron esfuerzos de maneras diversas. A continuación se presentan dos ejemplos. El trabajo con la comunidad desde un enfoque biopsicosocial, utilizó la técnica de foto-voz para presentar el trabajo en comunidad que realiza el Programa de Promoción y Educación. El foto-voz es una herramienta de investigación-acción participativa que emplea la fotografía para ayudar a las personas a identificar, representar y fortalecer su comunidad. Esta experiencia le permitió al equipo del programa mostrar cómo se atienden los principales factores de riesgo: nutrición, actividad física, cesación de uso de tabaco y salud socioemocional. El rol de las colaboraciones para combatir el sobrepeso y la obesidad en Puerto Rico compartió los logros y aprendizajes de la colaboración de la SAPS con la Fundación El Ángel del ex boxeador profesional Miguel Cotto para el desarrollo e implantación de iniciativas de prevención de obesidad infantil en Puerto Rico.

Otras actividades realizadas por la SAPS en los años recientes se presentaron mediante carteles. Esto les permitía a los participantes compartir experiencias y establecer posibles colaboraciones con otros campos en el área de la salud. Algunos de los temas reseñados se presentan a continuación:

- *Proyecto especial de expansión del Programa de Salud Oral del Departamento de Salud*: explica el proyecto especial de expansión del Programa a partir del 2012 al ser recipientes de fondos HRSA- Oral Health Workforce for State Activities. El programa tuvo la capacidad de reclutar personal de apoyo administrativo, la Oficial Dental del Estado y personal profesional dental: dentistas y asistentes dentales con funciones expandidas que permitió el incremento de los servicios a las escuelas del sistema de educación pública del país y el establecimiento y liderazgo de la Coalición de Salud Oral. Se integró por primera vez, el componente clínico preventivo donde además de proveer educación sobre salud oral, se realizaban exámenes orales, aplicación de barniz de fluoruro y referidos. Se hicieron esfuerzos de capacitación a profesionales de la salud y dentistas de diversas regiones promoviendo el voluntarismo e integración del profesional con la comunidad y en esfuerzos de salud pública.
- *Uso de tabaco en la población de mujeres lesbianas y bisexuales en Puerto Rico durante el período de 2011–2013*: La literatura científica ha demostrado que las mujeres lesbianas y bisexuales reportan mayor prevalencia de uso de tabaco en comparación con las mujeres heterosexuales. El objetivo principal de este estudio fue realizar el primer perfil epidemiológico a nivel poblacional sobre uso de tabaco en las mujeres lesbianas y bisexuales

en Puerto Rico. Como objetivo secundario, se determinó si existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la prevalencia de condiciones de salud entre mujeres lesbianas, bisexuales y heterosexuales que fuman.

Utilizando la metodología de un estudio transversal se analizaron los datos del “Puerto Rico Behavioral Risk Surveillance System” durante el periodo de 2011-2013. Mediante un análisis univariado se obtuvo el perfil epidemiológico sobre uso de tabaco en las mujeres lesbianas y bisexuales. De igual forma, se realizó un análisis bivariado para comparar a las mujeres lesbianas, bisexuales y heterosexuales que fuman e identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en términos de condiciones de salud. Las mujeres lesbianas (22.6%) y bisexuales (39.8%) reportaron mayor prevalencia de uso de tabaco en comparación con las mujeres heterosexuales (8.3%) ( $p < .001$ ). Al comparar los tres grupos, las mujeres lesbianas que fuman reportaron mayor prevalencia de sobrepeso/obesidad, angina o enfermedad coronaria y depresión en comparación con las mujeres bisexuales y heterosexuales que fuman. En términos de las mujeres bisexuales que fuman, estas reportaron mayor prevalencia de artritis, diabetes e hipercolesterolemia en comparación con las mujeres lesbianas y heterosexuales que fuman. Finalmente, las mujeres heterosexuales que fuman reportaron mayor prevalencia de ataques al corazón, apoplejía, asma, COPD, enfermedad renal e hipertensión en comparación con las mujeres lesbianas y bisexuales que fuman. Los resultados del estudio pueden ser utilizados en el mejoramiento de los programas de cesación de fumar existentes con el fin de alcanzar efectivamente a la población de mujeres lesbianas y bisexuales.

- *Puerto Rico, una isla libre de humo de tabaco: ¿Cómo lo logramos y hacia dónde nos dirigimos?*: El objetivo principal de este trabajo es establecer cómo los esfuerzos realizados por diferentes entidades han contribuido a que Puerto Rico sea una isla libre de humo de tabaco. Como objetivo secundario se exponen los próximos pasos a seguir, según el Plan Estratégico de Control de Tabaco 2016-2020. Las siguientes fuentes de datos fueron analizadas: Microjuris, Puerto Rico “Behavioral Risk Factor Surveillance System”, Consulta Juvenil, Departamento de Hacienda y el Plan Estratégico de Control de Tabaco 2016-2020. La prevalencia de uso de tabaco en Puerto Rico disminuyó de 14.8% en el 2011 a 11.3% en el 2014. Este logro posicionó a la isla entre las jurisdicciones de Estados Unidos con las prevalencias de uso de tabaco más bajas en la nación. Como parte de los objetivos de los Centros de Control de Enfermedades del Gobierno Federal se estableció que para el año 2020 los estados y territorios deberían reducir la prevalencia de uso de tabaco a 12% o menos. Al analizar los datos, podemos observar que desde el 2013 Puerto Rico ha sobrepasado la meta establecida por el gobierno federal. La política pública establecida, el acceso a servicios de cesación, las campañas educativas, así como estrategias basadas en evidencia han contribuido a la reducción del fumar en Puerto Rico.

Mediante este trabajo queda establecido que la reducción de la prevalencia de uso de tabaco ha sido el producto de un esfuerzo conjunto del sector público, el sector privado y la academia. Para mantener e incrementar los logros alcanzados es necesario continuar trabajando en la disminución de la prevalencia de uso de tabaco mediante estrategias basadas en evidencia que se ajusten a la necesidad actual de nuestra población.

- *Perfil de salud la población Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero y Transexual (LGBTT) en Puerto Rico durante el periodo de 2011–2013:* El objetivo de este estudio fue realizar un perfil epidemiológico de salud de la Población LGBTT en Puerto Rico durante el periodo 2011-2013. De igual forma, se compararon la población LGBTT con la población heterosexual para establecer si existen diferencias estadísticamente significativas en términos de las condiciones de salud más prevalentes. El estudio es de tipo transversal y se analizaron los datos del “Puerto Rico Behavioral Risk Surveillance System” correspondiente a los años 2011, 2012 y 2013. El perfil sociodemográfico y las prevalencias de las condiciones de salud se obtuvieron mediante un análisis univariado. El análisis bivariado se realizó para comparar la población LGBTT y la población heterosexual en términos de condiciones de salud. Según los datos analizados durante el período 2011-2013, el 1.8% de la personas de 18 años o más reportaron ser parte de la población LGBTT. En términos de salud, las condiciones más prevalentes en esta población fueron el colesterol elevado, artritis, diabetes, asma, entre otras. De igual forma, la población LGBTT reportó tener mayor riesgo de padecer cáncer de la piel, enfermedad renal y diabetes en comparación a la población heterosexual. La equidad en salud es la base para el desarrollo de las sociedades. Por tal razón, es de suma importancia continuar fomentando la recolección, análisis y diseminación de datos a nivel poblacional de los grupos marginados. Esto permitirá que obtengamos un panorama más claro de las necesidades existentes en estos grupos, lo que contribuirá a alcanzar la equidad en salud.
- *Campaña de concienciación: Actúa hoy...saborea el mañana: prevenir y controlar la diabetes está en tu plato:* La campaña educativa tuvo el propósito de fomentar el consumo de alimentos saludables a través del ciclo de vida para prevenir y controlar la diabetes, aceptando la convocatoria de la Federación Internacional de Diabetes y la OMS en respuesta a la preocupación por el crecimiento de la amenaza sanitaria que supone la diabetes. El Departamento de Salud de Puerto Rico estableció una Alianza Interagencial entre la Oficina de la Primera Dama del Gobierno de PR; Oficina del Procurador del Paciente; Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada; Departamento de Educación; Programa WIC; Comisión de Alimentación y Nutrición; Programa de Salud y Bienestar; Quality Improvement Professional Research Organization, Inc. (QIPRO)/TMF; Fundación Sugar Free Kids y la Alianza para el Control de Enfermedades Crónicas en Puerto Rico para desarrollar e implementar en diferentes escenarios actividades alusivas a la campaña educativa. La campaña contó con estrategias difundidas por la redes sociales y a través de la entidades participantes; desarro-

llo de una cápsula de concienciación para radio y televisión con la participación de la Primera Dama Wilma Pastrana Jiménez; guía sugerida de actividades para la implementación de la campaña; afiches alusivos a cada ciclo de vida y cada tipo de diabetes y divulgación y difusión a través de los medios de comunicación. Como resultado, se unieron otras entidades y celebraron actividades educativas y de capacitación en todo el país.

- *Estrategias de automanejo de enfermedades crónicas: Empoderando a la población en Puerto Rico:* La División de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas del Departamento de Salud de Puerto Rico implementa los siguientes modelos de auto manejo de enfermedades crónicas los cuales son estrategias basadas en evidencia: 1. “Tomando Control de Su Salud”(CDSMP) y “Manejo Personal de la Diabetes”(DSMP) son dos programas independientes desarrollados por la Universidad de Stanford. CDSMP está dirigido a la población con condiciones crónicas y DSMP dirigido a la población con diabetes. Estos programas permiten a esta población mantener y/o mejorar su condición de salud, ayudándolos a conservar su independencia en la comunidad y reduciendo sus gastos médico- hospitalarios. Se discuten temas como: técnicas para lidiar con frustración, fatiga, dolor; ejercicio y actividad física- flexibilidad, fortaleza; comunicación efectiva- familia, médicos; nutrición; cómo evaluar nuevos tratamientos y uso apropiado de medicamentos. 2. Programa Educativo de Empoderamiento en Diabetes (DEEP, por sus siglas en inglés) desarrollado por la Universidad de Illinois en Chicago. Este programa provee las herramientas para manejar mejor la condición con el fin de reducir las complicaciones y llevar vidas más saludables y duraderas basándose en principios de capacitación y educación para adultos. Los módulos son: entendiendo el cuerpo humano; la diabetes y sus factores de riesgo; monitoreo; actividad física; nutrición; complicaciones; medicación y prevención; comunicación con su proveedor y manejo de estrés. Se han establecido acuerdos de colaboración entre entidades como Centros de Salud Primaria; Acción Social, Aseguradoras de Salud y Consejo Renal entre otras. Entre el 2014-2015 se han adiestrado alrededor de 150 líderes en ambos modelos. Se han realizado alrededor de 100 talleres en la comunidad impactando a más de 1,500 personas con condiciones crónicas a través de la isla.
- *Registro Electrónico de Alzheimer: Datos para describir el perfil epidemiológico de las personas que viven con Alzheimer en PR:* La enfermedad de Alzheimer (EA) es la cuarta causa de muerte en Puerto Rico (PR). En 1999, la Asamblea Legislativa aprobó un proyecto de Ley estableciendo el Registro de Alzheimer (RA) en el Departamento de Salud de P.R. A pesar de que hubo varios esfuerzos para establecer el Registro, no fue hasta el 1 de mayo de 2014, que se inauguró un registro electrónico que puede accederse por el internet. El objetivo de este trabajo es presentar el análisis de los datos del Registro. El RA recibe datos de casos de personas con EA de 45 hospitales y de varios médicos. La información recibida inclu-

ye datos sociodemográficos, historial médico y familiar y tratamiento farmacológico entre otros. El RA provee el mecanismo de minimizar los duplicados mediante la creación de un identificador único. La base de datos que se genera es fácil de exportar a otros paquetes de análisis estadísticos. El paquete estadístico utilizado es R versión 3.1.2. Hasta abril de 2016 se han reportado 9,662 casos al RA, lo que representa aproximadamente el 28% de los casos diagnosticados en PR. La mayoría de los casos eran mujeres (64.5%) y tenían 65 años o más de edad (97.4%). Los municipios con mayor número de casos reportados por cada 1000 habitantes de 65 años o más lo fueron Dorado, Ponce y Mayagüez. Las comorbilidades más comunes eran diabetes y enfermedades cardiovasculares. Casi todos los casos reportados tenían seguro médico. La distribución sociodemográfica de los casos reportados al RA, es similar a las reportadas en otros estudios poblacionales. En el futuro se redoblará el esfuerzo para incluir más proveedores que reporten al RA, de la manera más completa posible. Esto permitirá entender mejor el perfil epidemiológico de la EA en P.R. y permitirá planificar servicios para las personas con EA, sus cuidadores y familiares.

- *Evaluación sobre el conocimiento de la enfermedad de Alzheimer en Centros de Servicios Múltiples en Puerto Rico:* La transición demográfica en Puerto Rico (PR) ha traído consigo unos cambios epidemiológicos que afectan la prestación de servicios de salud. El envejecimiento de la población ha venido acompañado con un aumento en las enfermedades relacionadas a la cognición. La enfermedad de Alzheimer (EA), un trastorno neuro-cognitivo, ocupa la cuarta causa de muerte en Puerto Rico. Se estima que su prevalencia irá en aumento, ya que el primer factor de riesgo para desarrollarla es la edad avanzada. El objetivo del estudio fue explorar el conocimiento de la EA entre empleados de centros de actividades múltiples. Los participantes completaron un cuestionario auto-administrado que incluyó preguntas sociodemográficas, percepción del conocimiento de la EA y una escala de conocimiento. El instrumento de evaluación fue desarrollado por una colaboración entre el Departamento de Salud de P.R. y la Universidad de Carolina del Sur. El análisis fue realizado a través del programado SPSS 20. En el estudio participaron 148 sujetos, la mayoría mujeres (76%). Entre los participantes se encontraron las siguientes profesiones: amas de llave (23%), personal de preparación de alimentos (17%), personal administrativo (14%), choferes (14%), entre otros. La mayoría reportó tener más de 5 años de experiencia trabajando con adultos mayores (63%). Aunque el 86% mencionó haber tomado cursos en gerontología, la mayoría no conocía aspectos generales de la EA como: definición, procesos normales de la vejez, factores de riesgo y terapias no farmacológicas. Aunque los participantes perciben tener un alto conocimiento en aspectos de la EA, el estudio evidenció que existe un gran desconocimiento de la condición. Los resultados nos permitirán planificar y desarrollar estrategias de educación para personas que trabajen con adultos mayores y personas con la EA. Además,

los hallazgos indican la importancia de crear acuerdos de colaboración entre las agencias que brindan servicios a esta población.

- *A miras del envejecimiento de la población: Estrategias de políticas públicas relacionadas al Alzheimer:* El envejecimiento poblacional ha traído consigo el aumento en prevalencia de enfermedades crónicas tales como cáncer, enfermedades del corazón, diabetes, accidentes cerebro-vasculares y demencia. La enfermedad de Alzheimer (EA) es considerada mundialmente como una prioridad de salud pública debido al aumento en su prevalencia, y por la carga social y económica que esta representa. En Puerto Rico, la EA ocupa la cuarta causa de muerte desde el 2008, presentándose como un síndrome clínico caracterizado por un grupo de signos y síntomas. Estos se manifiestan como: fallas de memoria, disturbios del lenguaje, cambios psicológicos y el deterioro de las actividades de la vida diaria. Según la Asociación de Alzheimer de Estados Unidos (2015), la enfermedad no tiene una cura conocida aún y puede comenzar a una edad tan temprana como a los 35 años o en una vejez tardía posterior a los 65 años. El principal factor de riesgo para desarrollar la condición es la edad avanzada, por lo que se espera que su prevalencia aumente con el tiempo. En Puerto Rico el aumento en la expectativa de vida, la disminución en las tasas de natalidad y el patrón migratorio han sido clave en el aumento de la proporción de la población de 65 años o más; proyectándose así, un aumento en la incidencia y la prevalencia de la EA.
- *Un Café por el Alzheimer:* Los acuerdos colaborativos como estrategias de educación en salud.
- *NutriActiva: Trabajando hacia estilos de vida más saludables:* El ambiente laboral juega un papel importante en la salud de los empleados. Este trabajo cumplió con el objetivo de presentar los tres componentes principales de la estrategia de bienestar en el escenario de trabajo: cambios en políticas organizacionales, resultados obtenidos en cambios en conocimiento sobre nutrición y actividad física. Nos permitió interactuar con los participantes de la Conferencia de Salud Pública, compartir nuestras experiencias en el desarrollo, implementación y evaluación de Nutriactiva. Fue una excelente oportunidad para ofrecer recomendaciones de cómo replicar el modelo en diferentes escenarios de trabajo y establecer lazos de colaboración.

La participación del equipo se complementó con un exhibidor donde se compartió más información relacionada con las iniciativas trabajadas en la SAPS, cobrando especial interés la celebración del Día Mundial del Asma (3 de mayo) y los materiales de la campaña de promoción de consumo de agua. También se compartió material para la promoción de estilos de vida saludables y algunas condiciones como el cáncer, asma y Alzheimer. La oportunidad de compartir toda la información mencionada anteriormente en un foro como la V Conferencia de Salud

Pública, fue una excelente herramienta para la divulgación del trabajo realizado, además del establecimiento de nuevas relaciones de colaboración, que garantizan la expansión de nuestros esfuerzos. ☀

***Referencias:***

Departamento de Salud (2015). *Informe de salud en Puerto Rico 2015*. Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo. Puerto Rico.



---

## LA PRENSA Y LA SALUD PÚBLICA EN PUERTO RICO

**AMÉRICA FACUNDO**  
ESCUELA DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO CIENCIAS MÉDICAS

**WILDA RODRÍGUEZ**  
PERIODISTA INDEPENDIENTE

La prensa, tanto escrita, como radial o televisiva, es fundamental para que la población reciba información pertinente a la salud pública. Tiene alta influencia en las opiniones, actitudes y conductas de la comunidad. No obstante, las noticias y reportajes pueden ser basadas en evidencia, informada por los expertos en la materia, o puede ser especulativa y tornarse en lo que llamamos “terrorismo mediático.” Esto último es lo que ocurre cuando se informa de algunas enfermedades o condiciones ambientales de las cuales no hay suficientes datos, pero se convierten en objeto de primera plana causando alarma en la población. Es típico de la forma de cubrir las noticias por la “prensa amarilla”, que es aquella que manipula las noticias con el objetivo de crear sobre-excitación emocional en la población y así aumentar sus ventas. En Puerto Rico padecemos mucho de este último tipo de prensa que provoca desinformación.

La prensa seria, por el contrario, es vital para alertar acerca de potenciales o inminentes peligros, así como para mensajes pertinentes a la prevención para el mantenimiento de la salud. Es vehículo imprescindible de comunicación entre los salubristas y las comunidades. Esto requiere de un alto sentido ético referente a cuándo y cómo debe cubrirse la información.

La actualidad, el ser “noticia”, son aspectos de vital importancia para que la información de salud reciba cubierta de prensa. Si la información no es “noticia”, es improbable que sea cubierta por los medios de comunicación masiva. En consecuencia, es necesario conocer cuáles son las prioridades de los periodistas, sus rutinas profesionales, sus objetivos y sus limitaciones. Es im-

prescindible conocer, sobre todo, cuáles son las prioridades y los compromisos de los dueños de los medios de comunicación masiva.

Las investigaciones nos indican que los temas relacionados a salud reproductiva, sexo, deporte, nutrición, enfermedades transmisibles, enfermedades que amenazan la vida y enfermedades crónicas, reciben alta cubierta de prensa en muchos países. Es necesario saber cuál es la situación en Puerto Rico. Con este propósito se convocó el panel de Prensa y Salud Pública en la V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública, llevada a cabo del 2 al 4 de mayo de 2016. Se solicitó a las periodistas invitadas atender el tema de la conexión necesaria entre los salubristas y la prensa, las características que debe tener la información para que se convierta en noticia, y cómo perciben la responsabilidad de la prensa relativa a la salud de la población.

La periodista Wilda Rodríguez, quien fue jefa de información del periódico El Nuevo Día y actualmente conduce un programa de radio de análisis social, económico y político, afirmó que “el impacto de la prensa en la salud pública es muy poco.” Durante el panel se elaboraron los siguientes elementos de análisis.

El sistema de salud pública de Puerto Rico dejó de serlo cuando se convirtió en un negocio privado sujeto a la política partidista y la corrupción gubernamental. Hace dos décadas perdió su valor social y adquirió precio comercial bajo un gobernante neoliberal que decidió privatizar el sistema y entregarlo a empresas con fines de lucro: las aseguradoras. Desde entonces dejamos de referirnos al sistema de salud para referirnos a la “industria de la salud”... una industria con fines de lucro sujeta a la avaricia cada día mayor de las aseguradoras.

A partir de ahí, la salud pública también dejó de ser tema de interés social para los medios de comunicación masiva. El negocio de la salud se convirtió en un “buen cliente.” Desde entonces, los medios dirigen y monitorean a sus reporteros sobre temas de salud con más celo – aunque con disimulo - para no afectar el otro negocio de la publicidad. Los departamentos de publicidad están muy pendientes a las noticias que pueden molestar a uno de sus mejores y más lucrativos clientes, las aseguradoras. Noticias de valor incalculable son descartadas para no provocar fricción.

Anteriormente, cuando se trataba de fiscalizar y responsabilizar al gobierno por los errores y carencias del sistema de salud pública, era más fácil para los medios. Actualmente, cuando se trata de afectar la salud económica de clientes como las aseguradoras, es otra situación.

Ahora los reportajes profundos sobre problemas de salud pública son más escasos. Por lo regular recaen en medios alternativos a los grandes medios comerciales de comunicación. Los titulares de éstos son sobre problemas inmediatos y crisis inminentes, no sobre las razones estructurales de la crisis de salud pública y las soluciones, no sobre la raíz del problema, no sobre las consecuencias del problema. Son sobre la economía de la industria aseguradora que no tiene mecanismo de saciedad para el dinero.

Nos hemos acostumbrado a referirnos a la salud pública como un privilegio costoso, no como un derecho. La preocupación es “cuánto más necesita la industria aseguradora”, no el paciente. No es la humillación en camillas en pasillos de las salas de emergencia de hospitales, ni las filas interminables para recibir un servicio de salud que es regateado. No es los que mueren silenciosamente por no tener acceso al “privilegio” de la salud. La noticia es que no hay dinero suficiente. Y nunca habrá suficiente dinero debido a que lo absorben los intermediarios. No hay manera de sostener un sistema de salud basado en el lucro de unos pocos.

Por otro lado, son pocos los periodistas que han hecho del tema de la salud su cruzada profesional. En un país cuyos indicadores de enfermedad, tanto física como mental, son de alta prevalencia, el tema no es fácil... abruma, deprime, irrita, requiere mucho tiempo, mucha investigación y tiene el riesgo de procurar enemigos poderosos.

A eso se suma el miedo. El oficio del periodismo cada día pierde más plazas. Los despidos son la orden del día. Como dice el periodista español Pedro Simón: “un periodista que ve peligrar su trabajo tiene miedo. Un periodista que tiene miedo no encaja con el oficio de contar la verdad. Un periodista que no tiene intención de contar la verdad no es periodista, sino un sujeto a sueldo del hampa”.

Sabido es el poco apoyo que recibe un periodista de sus jefes a la hora de cubrir un tema de la pobreza, a menos que haya muertes o escándalos evidentes. La pobreza nunca ha sido atractiva como tema de primera plana. Cuesta mucho trabajo, energía y frustración convencer a los directivos de cualquier redacción para que envíe a un periodista o reportero a cubrir, por ejemplo, la lucha de los residentes pobres en un pueblo del sur, Peñuelas, que está tratando de evitar el depósito de cenizas tóxicas en su vertedero. Solo es noticia si se le enfrentan a la policía para detener los camiones de la carbonera y corre la sangre. La confrontación es lo que convierte el problema en noticia, no la salud de los habitantes.

Con esa conclusión de que el sistema de salud de Puerto Rico se ha convertido en un problema político y económico que elude el escrutinio riguroso de la prensa, se podría cumplir con el propósito de este foro. Así de escueto es el problema.

Pero no nos podemos quedar ahí, porque a Puerto Rico le va la vida en el deterioro de su salud. Se está hablando públicamente de la posibilidad de que el sistema de salud de Puerto Rico colapse próximamente. Falso. El sistema ya colapsó. Con frecuencia se cierran pisos completos de hospitales. Se han marchado de Puerto Rico sobre 500 médicos del país, sobre todo especialistas. Se ha disparado una escasez sin precedente de cirujanos, cardiólogos, obstetras, urólogos y sub-especialistas pediátricos. En todo el país hay un anestesiólogo pediátrico, dos alergistas pediátricos, seis cirujanos de la mano y ocho cirujanos de colon y recto. Hay 90 ginecólogos para una tasa anual de 36,000 nacimientos. Entre el 2015 y el 2016 se han despedido unos 3,000 empleados de la salud. [www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/peligranlosserviciosdesaludenlaisla-2193022/](http://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/peligranlosserviciosdesaludenlaisla-2193022/)

La solución no puede ser más dinero. En 1970 en Puerto Rico se gastaba en servicios de salud unos \$500 millones anuales y éramos número 14 del mundo en expectativa de vida. Ahora se gasta \$12,000 millones y retrocedimos a la posición número 36. La inversión aproximada de \$3,000 por paciente es la más alta del mundo. Entonces, ¿a donde va el dinero? A las aseguradoras que son las que manejan y controlan la industria de la salud. Ese es el problema que los medios de comunicación manejan con pinzas, porque el problema de la salud en Puerto Rico es un problema político y de corrupción. Esos son temas neurálgicos.

Fue un médico, político de ideología neoliberal, Pedro Rosselló, quien cambió un sistema emblemático de salud pública en Puerto Rico, que fue modelo para otros países de América Latina, por un negocio lucrativo a imagen y semejanza del sistema de Estados Unidos, el más costoso del mundo. Ese médico desmanteló el sistema de salud que había sido implantado en Puerto Rico por el Dr. Guillermo Arbona, un proyecto de regionalización del sistema de salud mediante el que se establecieron tres niveles de servicio de cuidado médico en cada una de las siete regiones que se delimitaron. El nivel primario estaba constituido por una Unidad de Salud Pública; el secundario, por un Hospital de área; y el terciario, por un Hospital Regional. En contraste, bajo la administración de Rosselló, se vendieron los centros de salud y los hospitales públicos al sector empresarial a precio de ganga y se privatizó la administración de los servicios de salud pública, poniéndola en manos de compañías aseguradoras con fines de lucro. Convirtió la salud del pueblo en mercancía. Se cambió el concepto de las clínicas llamadas Unidades de Salud Pública, por el concepto de Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT). Eso cambió el foco en la prevención para atender solamente la enfermedad.

Hace apenas cuatro años la plataforma electoral del Partido Popular Democrático que ahora gobierna dedicó 25 páginas en su programa a una promesa salubrista, centrado en el paciente, en prevenir enfermedades, mantener a la población saludable y controlar gastos. Parecía un regreso al sistema de salud pública establecido por el Dr. Arbona. En solo un año el gobernante se

retractó y abandonó la agenda salubrista. El nombre del proyecto cambió cosméticamente por “MiSALUD”, y los gastos se multiplicaron. Aumentaron los déficits operacionales y las deudas acumuladas. La agenda ahora es buscar más fondos federales de Medicaid-Medicare para seguir sosteniendo el lucrativo negocio de la salud. Sin embargo, la descripción del plan en la página cibernética de MiSALUD parece que fuera de otro país: “Es un plan médico enfocado en lo que realmente es importante para ti. MiSALUD es un sistema que integra los servicios de salud física y mental de forma accesible y enfocados en el paciente, es además, un plan de salud justo y de superior calidad, con una diversidad de profesionales dispuestos a ofrecerte el mejor servicio de salud.” <http://www2.pr.gov/agencias/ases/pages/mi-salud.aspx>

El salario de un Principal Oficial Ejecutivo (CEO) de una aseguradora, incluyendo gastos de representación y otros beneficios, supera varios millones anuales. Según publicado por la organización Physicians for a National Health Program de Estados Unidos, en el 2014 el “CEO” de Aetna” recibió un salario de \$30 millones y el de “Humana” \$13 millones. El patrón es que esos ingresos de los altos ejecutivos aumentan cada año. [www.pnhp.org/news/2014/june/skyrocketing-salaries-for-health-insurance-ceos](http://www.pnhp.org/news/2014/june/skyrocketing-salaries-for-health-insurance-ceos)

En contraste, según el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, el salario anual promedio por trabajador en 2013 fue de \$26,935. Desde entonces, la pérdida de empleos y la emigración han sido la orden del día. <http://trabajo.pr.gov/pdf/Estadisticas/2015/QCEW/2013/Empleo%20y%20Salarios%20Cubiertos%202013%20rev.pdf>

Las aseguradoras, que tienen su asiento de poder en el gobierno, son las que controlan los servicios de salud a la población de Puerto Rico, tanto en el plan público como en los privados. Son las que rechazan, racionan y comprometen acceso a cuidado y calidad para aumentar sus ganancias. Eso, sin contar que unos 400 mil puertorriqueños no tienen cubierta de salud de ningún tipo debido a que no cualifican para el plan “público” y no pueden pagar el privado. En 2015 se discutió aumentar de \$400 a \$550 el nivel de pobreza para ser elegible al programa de MiSalud. ([www.noticel.com/noticia/171018/aprueban-aumento-a-nivel-de-pobreza-para-mi-salud.html](http://www.noticel.com/noticia/171018/aprueban-aumento-a-nivel-de-pobreza-para-mi-salud.html)). Esa cantidad representa \$6.6 mil al año. Con el costo de vida en Puerto Rico, nos preguntamos cómo se puede vivir con \$6 mil anuales. Es un dato comprobado que la pobreza es el mayor factor de riesgo para problemas de salud.

Los servicios de salud se han convertido en un privilegio del que puede pagar o salir del país para tratamiento. El problema no se limita al acceso a los servicios de salud. El control de las aseguradoras arropa también el acceso a medicamentos. No hay mecanismo de control de precios a las farmacéuticas.

En octubre de 2015 El Nuevo Día informó que el gobierno de Puerto Rico autorizó un drástico aumento en los precios de 41 medicamentos para condiciones tales como catarro, asma, diabe-

tes y dolor, de uso común por la población de Puerto Rico. Flovent (inhalador para el asma), Humalog (insulina), Synthroid (para el hipotiroidismo), Crestor (para controlar el colesterol), Celebrex (para el dolor), Lyrica (para la fibromialgia) y Premarin (para la menopausia), entre otros. Un frasco de 100 pastillas de Naproxen (Anaprox), medicamento para el dolor, aumentó de \$7.26 a \$146.15. Un frasco de 100 pastillas de Fioricet (versión genérica) aumentó de \$56.00 a \$111.04. Esta situación, que se convirtió en objeto de una investigación en el congreso de Estados Unidos, ocurrió en Puerto Rico en detrimento de las condiciones de enfermedad de miles de ciudadanos.

El secretario del Departamento de Asuntos del Consumidor (DACO), Nery Adames, reconoció que los deducibles de ciertos medicamentos pueden ser muy altos y que hay medicinas no cubiertas por las aseguradoras, por lo cual el consumidor debe costearlas de su bolsillo.

[www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/drasticoaumentoenlospreciosdelasmedicinas-2108326/](http://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/drasticoaumentoenlospreciosdelasmedicinas-2108326/)

Ese es uno de los problemas que la prensa en Puerto Rico denuncia, pero no le da seguimiento hasta lograr resultados. El capitalismo que los medios de comunicación sostienen como ideología propia, es incompatible con el derecho a la salud y a los servicios de salud.

Esta situación obliga a que los currículos de las Escuelas de Medicina incluyan en la educación de los estudiantes el costo de los medicamentos. No puede haber una desconexión entre lo que el médico considera el mejor medicamento para la condición del paciente y la capacidad de ese paciente para pagarlo. Dadas las circunstancias, la educación médica está obligada a incluir esta información en el contexto más amplio de lo que son las disparidades en salud. Desde el principio los estudiantes de medicina deben conocer la situación de las comunidades pobres y desventajadas en Puerto Rico. Deben saber cuáles son los determinantes que han provocado el que Puerto Rico esté ubicado en las primeras posiciones del mundo de todas las enfermedades crónicas, tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias, el cáncer.

Asimismo, deben conocer datos relacionados con la salud pública de la población, tales como el bajo nivel educativo de gran parte de la población (aunque estén en la escuela), las implicaciones para la salud del desempleo, del discrimen, de los estigmas y de la exclusión social. Deben saber que el racismo, el sexismo, el clasismo y la homofobia permean nuestra sociedad. Deben conocer que los problemas de nutrición están relacionados al alto costo de los alimentos saludables y a la ausencia de un desarrollo agrícola que permita alimentar a la población de nuestro país a un costo más razonable. Deben saber que la inactividad física es también consecuencia de la ausencia de sistemas eficientes de transporte colectivo.

La violencia y la criminalidad desenfrenada, así como el narcotráfico reciben atención de la prensa de forma desvinculada. Cuando diaria o semanalmente se informa el número de asesinatos, la prensa no se ocupa de investigar cómo compara Puerto Rico con países que utilizan medidas salubristas para proteger la calidad de vida de su población.

Diversas escuelas del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, tales como la Escuela de Medicina y la Escuela Graduada de Salud Pública, están atendiendo estos asuntos de salud pública, no solo en la educación de sus estudiantes, sino también en el desarrollo de su facultad.

La salud pública es el problema que la Prensa en el país debería estar atendiendo todos los días. Es un problema más crucial que el de la deuda pública. Es preciso reconocer que un país enfermo no puede pagar absolutamente nada.

Los que abogamos por un Sistema Universal de Salud, con igual acceso y calidad para toda la ciudadanía, basado en servicios y no en el lucro, no condicionado a perder el acceso a los servicios de salud si se pierde el empleo, recibimos poca atención de la prensa.

El tema del panel y de este escrito es la Prensa y su Impacto en la Salud Pública de Puerto Rico. Nuestra respuesta es: muy poco. La Prensa solo va a atender el problema de la salud pública como se merece cuando empecemos a morirnos de nada. ☸





---

## **ECONOMÍA POLÍTICA EN LA DEMOGRAFÍA DE DONALD TRUMP Y EN LA CRISIS FISCAL EN SALUD EN PUERTO RICO**

**LUIS A. AVILÉS**

**RAQUEL CORCHADO**

**NYLCA MUÑOZ**

La anécdota con la que vamos a empezar hace recordar la pregunta que hace un visir a sus sabios consejeros en uno de los cuentos de Las Mil y Una Noches, pero trasladada al contexto de la debacle financiera del 2008.

Cuando Su Majestad, la Reina, visitó la London School of Economics, en noviembre del 2008, preguntó cómo era posible que ningún economista hubiese previsto la crisis financiera. Seis meses después, los economistas de la Academia Británica enviaron una especie de carta apolo-gética. “En resumen, Su Majestad”, así concluía, “el fracaso en anticipar el momento, la extensión y la severidad de la crisis y prevenirla, a pesar de que tiene muchas causas, fue principalmente el fracaso de la imaginación colectiva de muchas personas brillantes, tanto en este país como in-ternacionalmente, por no entender los riesgos del sistema como un todo” (Harvey, 2010, p.235).

El autor de la narración aclara que no es su interés sojuzgar a los economistas, sino afirmar que si las ideas tienen consecuencias, las ideas incorrectas tienen consecuencias devastadoras (p.236). La idea incorrecta identificada por los economistas fue no haber tenido una visión del sistema como un todo para entender sus riesgos. Para poder entender el mundo actual y transformarlo en uno más justo y humano con solidaridad política, hace falta una visión de la totalidad social y de los procesos históricos de cambio social, elementos que son esenciales, como veremos más adelante, para una perspectiva de economía política.

El concepto de solidaridad política y ciudadana por la salud implica un entendimiento de la salud como susceptible a cambios a partir de acciones políticas y ciudadanas. En la medida en que las acciones políticas intenten cambiar las condiciones que facilitan u obstaculizan la salud,

o más específicamente, la equidad en salud, se hace prioritario reflexionar sobre la salud como un lugar en el que inciden múltiples conflictos y luchas sociales. Este escrito toma como base la afirmación categórica de que “sin teoría la observación es ciega y la explicación imposible” expresada por la epidemióloga social Nancy Krieger (2011, p.3). Observar y explicar las acciones de solidaridad política y ciudadana en salud requiere de una teoría, que en nuestro caso será la economía política.

Cuatro décadas después de que Vicente Navarro publicara *Medicine under Capitalism* (1976), la economía política de la salud sigue siendo poco utilizada en EE. UU. y Puerto Rico. Durante estas décadas se han publicado importantes libros en el mundo angloparlante con esta perspectiva, tanto en el Reino Unido (Doyal y Pennell, 1979; Doyal, 1995; Hart, 2006) como en Estados Unidos (Minkler y Estees, 1991; Waitzkin, 2000; Navarro, 2007). En América Latina, la perspectiva de la “medicina social latinoamericana” (Waitzkin, Iriart, Estrada y Lamadrid, 2001; Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy, 2002) ha asumido una economía política de la salud, pero ha trascendido los umbrales de dicha disciplina al hacer una innovadora aportación epistemológica en el campo de la epidemiología (Almeida-Filho, 2000; Breilh, 2003). Aunque en el presente escrito reconocemos la importancia de la difusión de la medicina social latinoamericana, nuestra mayor influencia proviene de la producción intelectual angloparlante en economía política.

¿En qué consiste la perspectiva de la economía política? En su libro sobre la economía política de las comunicaciones, Vincent Mosco (2009, p. 2), define la economía política como “el estudio de las relaciones sociales, particularmente las relaciones de poder, que constituyen mutuamente la producción, distribución y consumo de recursos”. Esta definición otorga importancia a la identificación de mecanismos por los cuales el poder económico confiere poder político a unos grupos sociales, los cuales utilizan dicho poder político para avanzar sus intereses económicos. Vincent Mosco identifica los siguientes elementos como comunes a las diferentes escuelas de pensamiento en economía política: (1) la explicación de la totalidad social como punto de partida para entender otros fenómenos; (2) la explicación de los cambios sociales y las transformaciones históricas; (3) la adopción de un marco de filosofía moral; y (4) el convencimiento de la praxis.

El libro *Manufacturing Consent: The Political Economy of the Mass Media* (Herman y Chomsky, 1988) parte de la totalidad social para explicar cómo existe un consentimiento generalizado entre la población de Estados Unidos a sus políticas económicas y sociales. Los autores afirman que la información que reciben los ciudadanos ha sido debidamente filtrada, lo cual dificulta que estos se expongan a perspectivas críticas del status quo. El análisis del libro parte de una sociedad norteamericana, profundamente dividida en clases sociales, en la cual la clase corporativa es la dueña de los grandes medios de producción de noticias a través de empresas de perió-

dicos y de estaciones de televisión. Esta clase social ejerce un fuerte y muy discreto control sobre la información que difunden sus corporaciones, lo cual evita recurrir a una abierta y vulgar censura. Las corporaciones dueñas de los medios de comunicación establecen líneas editoriales que no antagonizan con los propios intereses de dichas corporaciones. En la medida en que las fuentes de financiamiento de un periódico, por ejemplo, dependen de anuncios y pautas comerciales, el contenido de la información a diseminarse por dicho periódico no debe antagonizar los intereses de los auspiciadores comerciales del periódico.

¿Cómo explican los economistas políticos que el fútbol o balompié sea el deporte de más popularidad a nivel mundial? Terry Eagleton (2010) se refiere a la popularidad del fútbol como un nuevo “opio de las masas”, pues distrae al pueblo de las injusticias que sufre al proveer un espectáculo fundamentado en una experiencia que las sociedades contemporáneas les niegan, la idea de la solidaridad. Una leyenda del fútbol británico, el jamaiquino John Barnes, explica que el Reino Unido no ganará una Copa Mundial hasta que sus equipos entiendan que este deporte es uno esencialmente socialista, así como lo han entendido los exitosos equipos de otras naciones (Hattenstone, 2010). Un riguroso análisis basado en economía política tiene que considerar los cambios sociales y las transformaciones históricas en la organización económica del fútbol. Antes del 1980 la transmisión en vivo de juegos de fútbol en Europa era relativamente esporádica; a principios de la década de 1980 los equipos de fútbol del norte de Europa comenzaron a utilizar técnicas de mercadeo de sus respectivas marcas (branding); para la década del 1990 ya se establecieron fuertes alianzas económicas entre los equipos de fútbol y las corporaciones dueñas de canales de televisión que transmitían los partidos (Giulianutti, 2005). Ya en el nuevo siglo algunas corporaciones de medios de comunicación se hicieron también dueñas de los equipos de fútbol, lo que facilitó la creación de un mercado mundial del fútbol (Giulianutti, 2005).

La disciplina de la economía, como se conoce hoy, surgió de un rompimiento con las premisas de filosofía moral de la economía política (Mosco, 2009), con la falsa expectativa de poder alcanzar una mayor rigurosidad científica. Los economistas políticos no aceptan la idea de que se puede realizar una ciencia neutral y de que existe una separación entre el científico que observa y describe los procesos económicos y aquellas personas que abogan por alguna alternativa económica en particular. En su análisis del “derecho a la ciudad”, luego las protestas que tomaron las plazas de El Cairo, Atenas, Madrid, Londres y Nueva York, David Harvey (2012) hizo explícito que lo que se entiende como deseable en una ciudad no se puede divorciar de las preguntas sobre qué tipo de persona nosotros queremos ser, qué tipo de relaciones sociales buscamos, qué relación con la naturaleza es la que valoramos, qué estilo de vida anhelamos y qué valores estéticos mantenemos (Harvey, 2012, p.23). Y es precisamente este tipo de preguntas enraizadas en filosofía moral la que no puede evadirse cuando se desea hacer un análisis desde de la economía política.

La tradición de la medicina social latinoamericana es un singular ejemplo del elemento de praxis de la economía política como la unión creativa entre la teoría y la práctica (Waitzkin, 2011). En primer lugar, dicha tradición está conscientemente fundamentada en teoría, lo cual contrasta con la tendencia en la investigación en el mundo angloparlante en el cual todavía predominan las investigaciones ateóricas y ahistóricas (Doyal y Penell, 1979). Más aún, en el mundo angloparlante también existen actitudes antiteóricas (Waitzkin, 2011), lo cual implica no tan sólo ausencia, sino hostilidad hacia la teoría. En la medicina social latinoamericana la teoría ha servido de guía para describir la realidad y para generar insatisfacción con dicha realidad. Esto ha inspirado el interés y el compromiso por el cambio social, alcanzando la praxis a través de la articulación del pensamiento teórico con acciones políticas (Tajer, 2003). Por otro lado, debido a la praxis, muchos líderes de la medicina social en América Latina enfrentaron dramáticas consecuencias personales, desde la pérdida de prestigio profesional e inseguridad laboral, hasta la represión política, el encarcelamiento y la tortura (Waitzkin, 2011).

El informe Subsanan las desigualdades en salud en una generación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2010) es heredero de la tradición de la economía política de la salud en la medida en que recomienda “luchar contra la desigualdad del poder, el dinero y los recursos”. Dicho informe asume una incompleta economía política de la salud, pues se abstiene de preguntar quiénes pierden y quiénes se benefician de la desigualdad social (Nancy Krieger, 2011, p.180). Un análisis minucioso del informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud demuestra su carácter “profundamente apolítico” (Navarro, 2009) y su al menos ambivalente, cuando no errada, teorización del funcionamiento del poder económico, de la llamada responsabilidad social corporativa y de los movimientos sociales (Birn, 2009). Aún así, coincidimos con Navarro (2009) en su reclamo de que la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud era merecedora de ser nominada al Premio Nobel en Medicina y reconocemos que dicha comisión ha sido responsable por la gran resonancia a nivel mundial que ha tenido el tema de los determinantes sociales de la salud.

Los trabajos que presentamos a continuación son afines a la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, pero conscientemente se diferencian de ella al plantear la pregunta: ¿quién se beneficia de la desigualdad? Es nuestro interés abordar la demografía y la organización del sistema de salud como objetos del análisis de la economía política. Confiamos en que esta línea de investigación inspire entusiasmo pues hoy más que nunca se necesita de praxis. La incertidumbre de nuestro país exige firmeza en el actuar, por lo cual se hace imprescindible teorizar para no divagar.

## LA DEMOGRAFÍA POLÍTICA DE DONALD TRUMP ■

No hay nada extraño en que candidatos a presidente de Estados Unidos figuren como objetos de caricaturas con amplia difusión pública. En la caricatura de Barack Obama y su esposa Michelle hecha por Barry Blitt para la portada de la revista *The New Yorker* (14 de julio de 2008) el entonces candidato presidencial, con turbante y túnica, fue dibujado como seguidor de Osama Bin Laden, mientras que su esposa fue dibujada como una Angela Davis con rifle AK-47 a sus espaldas. En la actual campaña presidencial, las caricaturas de Donald Trump inundan a diario los medios de comunicación. El caricaturista Michael Cavanaugh (20 de mayo de 2016) asevera que si bien el prominente peinado de Trump, anaranjado color batata mameya, y su desorbitada personalidad eran objetos de mofa, más recientemente la boca del candidato ha eclipsado a su cabello como su más definitorio rasgo caricaturesco. En Puerto Rico, la escritora Ana Lydia Vega (2015) describió a Trump como un lengüisuelto “candidato trompeta” —más extremista que los líderes del fascistoide Frente Nacional francés— que ofrece restablecer un pasado de continuas victorias militares y viene a ser “el mesías de los carapálidas” que tienen “sed de blancura” luego de la presidencia de Barack Obama.

Tomando como cierto que “...las caricaturas pueden exagerar la realidad, pero no inventarla; pueden distorsionar, pero nunca mentir” (Vázquez, 2013, p.41) se debe escudriñar con rigor científico aquellas promesas de campaña —a todas luces irrealizables y algunas caricaturescas— en las cuales Trump capitaliza de las “fobias demográficas del electorado” (Vega, 2015). Este escrito tiene como propósito identificar el pensamiento demográfico de Trump y explicarlo. En nuestro afán de buscar una lógica a sus expresiones recurrimos a la economía política de la población como cuerpo teórico que inspira nuestras observaciones y facilita nuestro análisis.

## MARCO DE REFERENCIA: LA ECONOMÍA POLÍTICA DE LA POBLACIÓN ■

Para la década del 1950, el entonces ex presidente de la Asociación Americana de Sociología, Rupert Vance tenía la esperanza de que la demografía desarrollara un cuerpo teórico. A pesar de que existían académicos que teorizaban procesos demográficos, estos eran unos “lobos solitarios” pues la dieta de la demografía, rica en datos crudos que no se digerían bien, perjudicaban el desarrollo de la musculatura teórica (Vance, 1952). Medio siglo más tarde, la demografía se seguía considerando en Estados Unidos como una disciplina de “todo método y nada de teoría” (Greenhalgh, 1996). Sin embargo, fuera del mundo académico de Estados Unidos, la situación ha sido diferente. En varios países de América Latina la demografía se ha fundamentado en tradiciones teóricas afines a la economía política de la población, evidenciada por su crítica al imperialismo (Consuegra, 1969; Mass, 1978), crítica al colonialismo (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983) y su análisis de la dinámica poblacional en relación al mercado de trabajo (Duarte, 1980). En África, la perspectiva de economía política ha estado

presente tanto en estudios del pasado demográfico (Marindo, 1999) así como en las explicaciones de cambios poblacionales presentes y futuros (Clapham, 2006).

Siguiendo las características ya esbozadas por Mosco (2009), presentamos los cuatro elementos fundamentales de la economía política de la población. En primer lugar, la visión de la totalidad social se observa en los estudios de población que afirman que el problema fundamental de nuestra época no es el crecimiento poblacional sino la creciente desigualdad económica a nivel global (Bandarage, 1997, p.12). Esta aseveración exige relegar a un segundo plano el análisis del tamaño y el crecimiento de la población en general y priorizar el estudio de las complejas relaciones socio-demográficas entre las clases sociales, los grupos raciales y étnicos y las regiones geográficas, con sus implicaciones económicas, políticas y geopolíticas (Bandarage, 1997, p.15). Al tomar en consideración la totalidad social, el fenómeno de la migración se analiza a partir de la necesidad apremiante de llenar vacíos en el mercado laboral entre regiones y naciones. Como caso emblemático se encuentra la fuga de cerebros, proceso de migración de personas altamente cualificadas que beneficia al país de destino y descapitaliza las regiones o naciones de origen.

En segundo lugar, el interés en explicar los cambios sociales y las transformaciones históricas se observa a partir de la crítica a la aseveración —defendida por Malthus y sus seguidores— de que existe una ley natural (o unos límites naturales) que gobierna el crecimiento de la población en todo lugar del planeta en todo momento histórico. Para la economía política, las transformaciones históricas en los patrones de aumento o disminución de la fecundidad, por ejemplo, deben explicarse para cada grupo social prestando atención a las relaciones interdependientes de género y clase social en el contexto de una estructura económica en particular (Bandarage, 1997, p.169). La región de más alta fecundidad en el planeta, luego del África sub-sahariana, es el medio oriente, con su próspera economía fundamentada en la exportaciones del petróleo. Esta alta fecundidad tiene que considerar que los beneficios de la riqueza de esas naciones no han alcanzado a la mayoría de las mujeres de la región, quienes se ven obligadas a dedicarse a tareas domésticas pues su acceso a la educación es muy limitado y su participación laboral prácticamente inexistente (Bandarage, 1997, p.169).

En tercer lugar, los economistas políticos de la población parten de una filosofía moral de profundo respeto a la conciencia de los individuos y las parejas con respecto a sus decisiones reproductivas. En contraste, los promotores del control poblacional, en su insistencia de disminuir el crecimiento poblacional, parten de la premisa de que ellos conocen mejor que nadie el tamaño ideal de la familia que le conviene a las parejas y al país (Connelly, 2008; Consuegra, 1969; Mass, 1978; Ramírez de Arellano y Seipp, 1983). En términos de praxis, los economistas políticos reconocen la importancia de los movimientos feministas transnacionales como un

instrumento fundamental de lucha contra la imposición de una mentalidad demográfica del Primer Mundo sobre el resto del planeta (Petchesky, 2003).

### FUENTES DE INFORMACIÓN: LOS DEBATES PRIMARISTAS ■

Los debates entre los precandidatos presidenciales del GOP de Estados Unidos (Partido Republicano) constituyen una buena fuente de información para determinar el pensamiento político, económico y social de sus participantes. Esta fuente de información tiene una ventaja particular sobre los discursos escritos, las entrevistas pre-arregladas y los videos personalizados, pues quienes debaten tienden a ser espontáneos al contestar las preguntas no anticipadas de los periodistas o al tratar de rebatir los comentarios de sus adversarios, aún a pesar de la intensa preparación que reciben de sus respectivos relacionistas públicos. Los debates del Partido Republicano se extendieron por siete meses, comenzaron en agosto del 2015 y terminaron en marzo de 2016 (Ver Tabla 1). En estos debates, el periodista típicamente limitaba el tiempo de respuesta del debatiente entre 45 y 90 segundos. A medida que avanzaba la carrera primarista, diferentes precandidatos se retiraban oficialmente de la contienda. El primer debate contó con diez precandidatos y el último terminó con cuatro. (Ver Tabla 2)

**TABLA 1. DEBATES DE PRECANDIDATOS PRESIDENCIALES DEL PARTIDO REPUBLICANO, 2015-2016**

DEBATE	FECHA	LUGAR	CANAL
1	6 de agosto de 2015	Ohio	Fox News
2	16 de septiembre de 2015	California	CNN   Salem Radio
3	28 de octubre de 2015	Colorado	CNBC
4	10 de noviembre de 2015	Wisconsin	Fox Business   Wall Street Journal
5	15 de diciembre de 2015	Nevada	CNN   Salem Radio
6	14 de enero de 2016	Carolina del Sur	Fox Business
7	28 de enero de 2016	Iowa	Fox News
8	6 de febrero de 2016	New Hampshire	ABC News   IJ Review
9	13 de febrero de 2016	Carolina del Sur	CBS News
10	25 de febrero de 2016	Texas	CNN   Salem Radio   Telemundo
11	3 de marzo de 2016	Michigan	Fox News
12	10 de marzo de 2016	Florida	Florida CNN   Salem Radio   Washington Times

**TABLA 2. PARTICIPACIÓN DE TRUMP EN DEBATES PRESIDENCIALES REPUBLICANOS**

DEBATE	CANDIDATOS	DURACIÓN EN MINUTOS	POR CIENTO DE TIEMPO UTILIZADO POR TRUMP
1	10		12.3
2	11		12.3
3	10		9.1
4	8		11.1
5	9		10.7
6	7	133	15.9
7*	No participó	—	—
8	6	119	13.4
9	5	99	19
10	4	123	30.8
11	4	102	36.1
12	4	111	26.2

\* Nota: Trump fue invitado pero no participó en el séptimo debate.

Los videos de cada uno de los debates fueron observados en varias ocasiones, a través de la página de internet youtube.com, para realizar transcripciones de aquellas instancias en donde participó Donald Trump. Una de las integrantes del equipo de investigación transcribió cada una de las intervenciones de Trump. Se realizó un análisis sistemático de las transcripciones para identificar temas demográficos relacionados a asuntos de crecimiento de la población, natalidad, mortalidad y migración. Más allá del polémico tema de la migración, no hubo ningún otro tema demográfico en esta serie de debates. Es aquí donde se observa una limitación de nuestra fuente de información. Para poder hacer una adecuada descripción de la visión demográfica de Trump se necesitará de fuentes adicionales de información, lo cual rebasa los objetivos de este trabajo de investigación.

### **LA POLÍTICA MIGRATORIA DE TRUMP ■**

La postura oficial de Donald Trump en política de migración aparece en el portal cibernético de su campaña: [www.donaldjtrump.com](http://www.donaldjtrump.com). Esta se fundamenta en tres puntos: (1) una nación sin fronteras no es una nación; (2) una nación sin leyes no es una nación; (3) una nación que no le sirve a sus propios ciudadanos no es una nación (2015). Estas premisas, deliberadamente o no, confunden la nación con el Estado y con el territorio del Estado. Las naciones no tienen fron-



teras, los estados sí; las naciones no tienen ciudadanos, los estados sí. Aclaremos con ejemplos: bajo el territorio del Estado español se encuentran diversas naciones como la del País Vasco y Cataluña; mientras que la nación del pueblo kurdo se encuentra en un área geográfica localizada bajo los estados de Turquía, Siria, Iraq e Irán. La confusión de nación con Estado y con territorio del Estado facilita presentar a EEUU como una nación vulnerable y asediada que urge de una política de inmigración como estrategia de supervivencia (Ver Tabla 3).

**TABLA 3. REFERENCIAS DE TRUMP A EE.UU. COMO NACIÓN VULNERABLE Y ASEDIADA**

DEBATE	EXPRESIONES DE TRUMP
1	Si no fuera por mí, no estarían hablando de inmigración ilegal. Muchos asesinatos, crímenes, drogas se derraman a través de la frontera.
6	...podría ser el gran Caballo de Troya, las personas pueden realizar una gran destrucción y yo miro a la migración, yo miro la fila y me pregunto, ¿dónde están las mujeres?
12	Hay grandes mezquitas de todo el Oriente Medio, que tiene la gente gritando “¡Muerte a los Estados Unidos!”

En EEUU hay cerca de 40 millones de personas que nacieron en otros países, lo que representa 12.9% de la población total (Grieco, Acosta, de la Cruz, et al, 2012). La población de inmigrantes no autorizados se estima en 11.2 millones (Passel, 2015), lo que representa el 3.7% de la población general, pero el 5.2% de su fuerza laboral (labor force) (Passel y Cohn, 2011). Al analizar la migración como un fenómeno de migración de mano de obra, se deben considerar tres distintas poblaciones: (1) inmigrantes no autorizados, (2) inmigrantes con permiso temporero de trabajo y (3) inmigrantes con permisos de trabajo permanente. La política inmigratoria de Trump sobre los inmigrantes no autorizados es categórica, estos ocasionan un daño económico a la nación (Ver Tabla 4).

**TABLA 4. REFERENCIAS DE TRUMP A LA INMIGRACIÓN NO AUTORIZADA**

DEBATE	EXPRESIONES DE TRUMP
2	La inmigración ilegal nos está costando más de \$200 millones al año, para simplemente mantener lo que tenemos.
4	Tenemos que detener la inmigración ilegal. Nos está perjudicando económicamente, nos está haciendo daño desde todo punto de vista

Esta posición de Trump desafía una explicación fundamentada en economía política, pues como empresario, Trump debería ser consciente de las ventajas económicas para EEUU que

representa el trabajo realizado por migrantes. Aún en tiempos de alto desempleo, en EEUU hay necesidad de mano de obra que la población de EEUU no ha podido llenar (West, 2013), por lo cual el propio desarrollo económico de EEUU se fortalecería con una política migratoria que respondiera a estos fines. Por otro lado, el trabajo de los inmigrantes aumenta los ingresos de los residentes de EEUU, al permitir que la economía utilice los recursos domésticos de una manera más eficiente (Hanson, 2007). De hecho, según explicara el precandidato presidencial Marco Rubio, Donald Trump conocía personalmente sobre los beneficios económicos de la mano de obra inmigrante (Ver Tabla 5).

**TABLA 5. PALABRAS DE MARCO RUBIO Y DONALD TRUMP SOBRE USO DE MANO DE OBRA INMIGRANTE**

DEBATE	EXPRESIONES DE RUBIO Y TRUMP
10	<p><b>Rubio:</b> Él [Donald Trump] tuvo que pagar un millón de dólares para la contratación de trabajadores de Polonia.</p> <p><b>Trump:</b> Él [Marco Rubio] trae algo de hace 30 años. Todo salió muy bien, todo el mundo estaba contento.</p> <p><b>Rubio:</b> Si él [Donald Trump] construye una muralla [en la frontera entre EEUU y México] como construyó Trump Towers, va a utilizar mano de obra de inmigrantes ilegales para hacerlo.</p>

El caso de las visas de trabajo tipo H1B demuestra la ambivalencia de Trump con respecto a su política de inmigración. Estas visas permiten a los patronos contratar trabajadores extranjeros de manera temporera para cierto tipo de ocupación en particular, típicamente aquellas relacionadas con empresas de alta tecnología. En los debates como precandidato presidencial Trump se distanció de la posición oficial expresada en su portal cibernético sobre este tipo de visa (Ver Tabla 6). Esta ambivalencia de Trump refleja los intereses de su clase social la cual se beneficia del crecimiento económico de EEUU.

**TABLA 6. PALABRAS DE DONALD TRUMP SOBRE LAS VISAS DE TRABAJO**

DEBATE	EXPRESIONES DE TRUMP
3	<p><b>Moderador:</b> Usted ha sido crítico de Mark Zuckerberg de Facebook quien ha querido aumentar el número de visas H1B.</p> <p><b>Trump:</b> Yo no he sido crítico de él.</p> <p><b>Moderador:</b> Cito: “El senador personal de Mark Zuckerberg, Marco Rubio, está en favor de triplicar las visas H1B que diezma a las mujeres y minorías” [trabajando en Silicon Valley].</p>

11	<p><b>Trump:</b> Estoy a favor de las personas que llegan a este país legalmente. Respecto a las visas, si necesitamos a gente, está bien</p> <p><b>Moderador:</b> Hasta el día de hoy dice que las visas H1B van a “diezmar a los trabajadores estadounidenses” [trabajando en Silicon Valley], sin embargo en el debate de CNBC habló con entusiasmo a favor de estas, ¿Cual es su posición?</p> <p><b>Trump:</b> Estoy cambiando. Estoy cambiando. Necesitamos personas altamente cualificadas en este país y si no podemos hacerlo vamos a traerlos</p>
----	---

## CONCLUSIÓN ■

La visión demográfica de Trump expresada en la serie de debates presidenciales del Partido Republicano resulta ser contradictoria y ambivalente. Éste ha defendido una política migratoria que resulta contraria con los intereses de la clase social a la que él pertenece. La perspectiva de la economía política de la población anticipa que una persona de la clase social de Trump asuma unas posiciones menos virulentas contra la población de inmigrantes, ya sean autorizados o no, debido a que ellos contribuyen al crecimiento económico de EEUU, del cual dicha clase social se beneficia. La ambivalencia en el transcurso de los debates es señal de que sus propios intereses de clase comenzaron a debilitar o resquebrajar su categórica posición anti-inmigración.

La economía política de la población confronta importantes limitaciones al analizar un fenómeno como este, lo cual sugiere incorporar otras perspectivas de análisis. En la actual coyuntura histórica de EEUU, con su ego nacional particularmente maltrecho, se entienden las palabras de Trump en el debate número 5, «A nosotros ya no se nos respeta como nación. No tenemos ese nivel de respeto que necesitamos. No podemos ser un país estúpido. Todo el mundo se ríe de nosotros». El análisis estructural de la economía política junto con el análisis de la cultura nacional de EEUU ofrece ricas oportunidades de trabajo intelectual para teorizar los fenómenos demográficos. Tanto hoy como en la década del 1950 la demografía tendrá una gran deuda con los «lobos solitarios» que insisten en teorizar como prerrequisito para investigar.

## CRISIS, COSTOS Y DEUDAS EN SALUD: CUI BONO

### Los inversionistas árabes

Quienes realizan investigación en política pública estudian meticulosamente diversos documentos gubernamentales para observar en cada uno de ellos la información provista, identificar sus argumentos explícitos e implícitos y contrastar lo que el documento presenta, con lo que no presenta, con lo que disimula o con lo que esconde. En ocasiones, fuentes de información que no aparecen en los documentos oficiales resultan ser más reveladoras de la política pública que los voluminosos informes gubernamentales. La noticia de Parés Arroyo (2015) con el título “Apuestan a los inversionistas árabes” ilustra esta situación.

Luego de un año desde que los bonos de obligación general del gobierno de Puerto Rico se degradaran a nivel Ba2 con perspectiva negativa (“bonos chatarra” con posibilidad de futuras degradaciones) (Moody’s Investor’s Service, 2014), la Administración de Seguros de Salud (ASES) enfrentó la negativa del Banco Gubernamental de Fomento y de la banca privada para otorgar o renovar su financiamiento. La noticia presentó el interés del jefe de dicha corporación pública, ante la posibilidad de que unos inversionistas árabes otorgaran una línea de crédito. El periodista Benjamín Torres Gotay (2015) describió a estos miembros del capital financiero con las siguientes palabras:

...[no] son benévolos filántropos... [que] vinieron a Puerto Rico a darnos una ayudita para que los pobres no sufran tanto... son inversionistas que ven a un gobierno vulnerable y desesperado que ve derrumbarse como un castillo decrepito la ilusión de país de primer mundo y vienen a pescar en río revuelto. Más claro todavía: vienen a aprovecharse de nuestra desgracia.

La política pública de salud implícita en la noticia de Parés Arroyo es clara: (1) buscar soluciones financieras para lidiar a corto plazo con una deuda y (2) no transformar, no discutir, ni siquiera pensar o identificar los mecanismos o las causas que originan la deuda en primer lugar. Esta política pública de salud emula la política económica de Puerto Rico de las últimas décadas pues busca una solución financiera a corto plazo, aunque se acumule más deuda, y pospone enfrentar los factores estructurales que origina el problema en primer lugar. ¿Cómo explicar esta situación? Este ensayo utiliza la perspectiva de la economía política de la salud para encontrarle lógica a las decisiones del sector salud. Esta perspectiva nos guía para observar la información de los documentos oficiales que no ha sido debidamente analizada y diseminada en los estudios de nuestra política de salud.

#### **CUATRO TENDENCIAS EN EL SECTOR SALUD ■**

Hasta el 1993 existió en Puerto Rico un sistema de salud dual, bajo el cual el estado era el proveedor principal de servicios de salud para la población pobre a través de un sistema regionalizado de centros de salud primaria y hospitales que le pertenecían al estado. La Administración de Facilidades y Servicios de Salud de Puerto Rico (AFASS) era el brazo administrativo y operacional del Departamento de Salud encargado de la red de facilidades hospitalarias, a la cual tenía acceso todo el pueblo de Puerto Rico libre de costo (Ley Núm 26 de 1975). Este sistema coexistía con una serie de hospitales privados que atendían principalmente a la población con un plan médico privado. Una reforma privatizadora de los servicios de salud implementada por regiones desde 1994, eliminó la función del estado como proveedor de servicios de salud. Se creó una nueva corporación pública, ASES, con el fin de crear un sistema de seguros de salud que ofreciera servicios de salud independientes de la capacidad de pago de la población, mediante contratos con compañías de seguros de salud (Ley Núm. 72 de 1973). Luego de más de treinta enmiendas a la ley de ASES, los fundamentos de dicho sistema han permanecido sin cambio

alguno: los fondos del estado se ofrecen a compañías de seguro que funcionan como intermediarios y contratan a proveedores de servicios de salud. Los hospitales propiedad del estado fueron privatizados, con la excepción de aquellos del Centro Médico que funcionan bajo la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM), una agencia gubernamental adscrita al Departamento de Salud. La agencia gubernamental AFAS fue disuelta jurídicamente en 1998, sus funciones se consolidaron con el Departamento de Salud y sus empleados se transfirieron a dicho Departamento (Ley Núm 187 de 1998).

### 1. AUMENTO CONSISTENTE EN LOS COSTOS DE SALUD ■

El presupuesto combinado del Departamento de Salud y sus administraciones afines (ASES, ASEM Y AFASS) totalizaba \$1,673,900,000 casi \$1.7 billones para el 1998 (vea Tabla 7). Al haberse extendido la reforma privatizadora de la salud a todas las regiones de Puerto Rico era de esperarse que el presupuesto de ASES aumentara y el de AFASS se redujera. Lo que resulta notable es el aumento en el presupuesto combinado, que llegó a \$1,801,591,000, o \$1.8 billones, para el 2001, lo que representa un aumento de 7.6% en tres años.

**TABLA 7: PRESUPUESTO COMBINADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y ADMINISTRACIONES AFINES (ASES, ASEM Y AFASS)**

AÑO	DEPTO. DE SALUD	ASES	ASEM	AFASS	TOTAL
1998	316,195,000	657,001,000	126,359,000	574,345,000	1,673,900,000
1999	362,431,000	856,637,000	238,112,000	574,345,000	2,031,525,000
2000	405,410,000	1,001,947,000	126,359,000	84,000,000	1,617,716,000
2001	363,772,000	1,301,687,000	136,132,000	0	1,801,591,000

\* Fuente: Oficina de Gerencia y Presupuesto de Puerto Rico (OGP). Presupuestos aprobados, documentos individuales desde el año fiscal 1998-99 hasta el 2014-15.

El presupuesto combinado del Departamento de Salud y las administraciones afines (ASES, ASEM Y AFASS, hasta el 2000; ASES Y ASEM, a partir del 2001) experimentó un aumento vertiginoso. En un periodo de casi 20 años, mientras la población de Puerto Rico disminuye, el presupuesto combinado de estas agencias se ha duplicado.

## **2. AUMENTO EN COSTOS ES PRINCIPALMENTE CAUSADO POR AUMENTO EN LOS COSTOS DE ASES ■**

Para el año 2000 la agencia AFASS fue efectivamente disuelta, lo que implicó la culminación de la privatización de hospitales públicos que dicha agencia administraba. La comparación de costos de ASES debe partir por lo tanto del presupuesto para el 2001, el cual fue de \$1,301,687, básicamente, \$1.3 billones. Para el 2015, el presupuesto fue de \$2.2 billones. Al observar las tendencias en los aumentos presupuestarios del Departamento de Salud, de ASES y ASEM se hace evidente que el aumento en el presupuesto combinado se debe principalmente al aumento en el presupuesto de ASES.

## **3. EL AUMENTO EN LOS COSTOS DE ASES HA AGRAVADO LA DEUDA DEL PAÍS ■**

El Informe de Transición del año 2000, en el cual el gobierno saliente rinde cuentas de su gestión gubernamental al gobierno entrante, reveló una información que el país desconocía hasta entonces, la existencia de una deuda extraconstitucional. La Constitución prohíbe al gobierno garantizar bonos o pagarés que impliquen obligaciones mayores al 15% del promedio del presupuesto general de los previos dos años. En el año 2000, la deuda constitucional fue de \$5,573 millones; en el 2001 la deuda extraconstitucional fue de \$5,898 millones (Agosto Alicea, 2011). El 39% de la deuda extraconstitucional, \$2,300 millones, correspondieron a la deuda de AFASS y del Departamento de Salud (Agosto Alicea, 2011). Para subsanar el déficit dejado por la deuda extraconstitucional en el 2001, se aprobó la Ley Núm. 164 de 2001. Esta legislación estableció que anualmente se separarían \$225 millones del Fondo General para pagar la deuda extraconstitucional en un período de 30 años. El desglose de esta deuda refleja que el Departamento de Salud había heredado una deuda de AFASS de casi \$757 millones (\$756,584,000) y tenía una deuda por \$250 millones (como adelanto para cubrir el costo de gastos operacionales) ambas pagaderas al Banco Gubernamental de Fomento (Ley Núm. 164 de 2001).

Por años ASES no presupuestó la totalidad del gasto real de sus operaciones, por lo que acumuló un déficit que para el 2008 ascendía a \$481 millones (Ley Núm. 173 de 2010). Ya que para el año fiscal 2010-2011 se le asignó a ASES un presupuesto total de \$1.87 billones (\$1,871,797,000), se autorizó a dicha agencia mediante ley a incurrir en obligaciones hasta la suma principal de \$187 millones para el pago de aseguradoras de salud, proveedores y suplidores (Ley Núm. 173 de 2010), lo cual representó el 10% de su presupuesto para ese año. Según expresado en dicha ley, la deuda a contraer iba dirigida a cubrir gastos operacionales. En menos de un año, se aprueba una nueva Ley que en la práctica cambia el tope de la deuda a contraer por ASES, al autorizarle a obtener del Banco Gubernamental de Fomento (BGF) o de cualquier institución financiera privada, una línea de crédito rotativa por la cantidad que autorizase el BGF (Ley Núm. 205 de 2011). Más recientemente, se autorizó el aumento en la capacidad de ASES para contraer deuda, de \$187 millones a \$400 millones (Ley 172 de 2015). La emisión de deuda por parte de una agen-

cia gubernamental puede justificarse cuando el propósito es financiar mejoras permanentes, pero no se justifica si su uso va dirigido a financiar gastos operacionales.

#### **4. CORPORACIONES DE SALUD AUMENTAN SUS INGRESOS ■**

Por varios años el periódico Caribbean Business ha publicado su lista de “Top 400 Locally Owned Companies” en la que presentan las empresas locales con mayores ingresos (Carmona, 2015). La corporación Triple S Management, Inc. ha sido seleccionada por los pasados seis años como la empresa número 1, la cual generó para el 2014, ingresos ascendentes a \$2.32 billones desde que se estableció en el 1988. En segundo lugar se encuentra la aseguradora de salud First Medical Health Plan, Inc. con ingresos de \$586 millones de dólares. Estas compañías aseguradoras de salud han sustituido a la industria de la banca en ocupar los primeros lugares de dicha lista. Corporaciones hospitalarias también ocuparon primeras posiciones en esta lista, como Metro Pavía Health Systems (posición núm. 3) y Grupo HIMA San Pablo, Inc., (posición núm. 7).

Un análisis periodístico (Criollo-Otero, 2016) de algunos de los aspectos más sobresalientes de los informes financieros sometidos por Triple S a la Oficina de la Comisionada de Seguros de Puerto Rico, establece lo siguiente: Triple S, por ejemplo, mostró un aumento en su capital total de \$69,248,971 millones entre 2011 y 2015, año en que comenzó a recrudecer la precaria situación económica del País. Asimismo, el total de ganancias revelado en el historial de datos de los pasados cinco años de la compañía refleja un alza descomunal de \$473,750,444 millones en 2011 a casi \$1.1 mil millones (\$1,097,289,945) con apenas un total de gastos administrativos de \$147,531,931 en 2015. Mientras en el sector gubernamental de la salud se acumulan pérdidas, déficit y deudas, el sector corporativo en salud es de los que acumula más ingresos en toda la economía del país.

#### **CONCLUSIONES FINALES: ¿CUI BONO? ■**

“¿Hacen falta inversionistas árabes para resolver los problemas del sistema de salud?” es una pregunta que tiende más a confundir que a esclarecer las posibles alternativas. Para resolver los problemas del sistema de salud, la pregunta que se debe hacer es mucho más sencilla: ¿Cui bono? ¿Quién se beneficia? suele ser la traducción que se ofrece de este término. La expresión Cui bono fue utilizada por Cicerón (1994) en su Segunda Filípica, al referirse a la necesidad de identificar a los responsables de una acción entre aquellas personas que más se benefician de la misma. En un artículo titulado “Cui bono?”, Douglas Black (1977), afirma que si los asuntos económicos de un sistema de salud se dejan en manos de políticos, administradores y economistas sin conocimiento de medicina, dicho sistema enfrentará serios peligros. En las actuales circunstancias de Puerto Rico valdría añadir que para contestar la pregunta cui bono también se hace imprescindible algunas ideas de economía política.

La disciplina de la economía política con su interés en sostener una visión de la totalidad social, exige que al analizar un sistema de salud y sus propuestas de cambio, se pregunte ¿quiénes se benefician? La evidencia de las corporaciones que se benefician económicamente de este sistema de salud está muy clara. Sus intereses individuales como corporaciones se fortalecen cuando se entorpece el establecimiento de un modelo de salud solidario, cuya finalidad sea la prevención de la enfermedad y el mejoramiento de la salud a través de un sistema que no esté mediado por el afán de lucro. ☼

## BIBLIOGRAFÍA

- Agosto Alicea, J. (2011) *Crisis al borde de la quiebra*. Bogotá: Panamericana Formas e Impresos.
- Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bandarage, A. (1997). *Women, Population and Global Crisis: A Political-economic Analysis*. London: Zed Books.
- Birn, A. E. (2009). "¿Politiéndolo o puliéndolo? Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud." *Medicina Social*, 4(3), 289-301.
- Black, D. (1977). *Cui bono?* *British Medical Journal*, 2(6095), 1109.
- Blitt, B. (2008, 14 de julio). "The Politics of Fear". *The New Yorker*. Recuperado de <http://thenewyorker.com>
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Carmona, J. (2015, 19 de noviembre). "Top 400 Locally Owned Companies Weather the Storm". *Caribbean Business*.
- Cavna, M. (2016, 20 de mayo). "Here's The Trick to Drawing the Perfect Donald Trump". *The Washington Post*. Recuperado de <https://www.washingtonpost.com>
- Cicerón, M. T. (1994). *Filípicas*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Clapham, C. (2006). "The Political Economy of Population Change in Africa". *Population and Development Review*, 32(S1), 96-114.
- Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2010). *Subsana las Desigualdades en Salud en Una Generación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Connelly, M. (2008). *Fatal Misconception: The Struggle to Control Population*. Cambridge: Harvard University Press.
- Consuegra, H. J. (1969). *El control de la natalidad como arma del imperialismo*. Buenos Aires: Galerna.
- Criollo-Otero, A. (2016, 9 de mayo). "A pesar de crisis, se multiplican las ganancias de aseguradoras de salud". *Noticel*. Recuperado de <http://www.noticel.com/noticia/189929/a-pesar-de-crisis-se-multiplican-las-ganancias-de-aseguradoras-de-salud-documentos.html>
- Doyal, L. (1995). *What Makes Women Sick: Gender And The Political Economy Of Health*. United Kingdom: Macmillan Press LTD.
- Doyal, L., & Pennell, I. (1979). *The Political Economy of Health*. London: Pluto Press.
- Duarte, I. (1980). *Capitalismo y superpoblación en Santo Domingo: Mercado de trabajo rural y ejército de reserva urbano*. Santo Domingo: Codia.
- Eagleton, T. (2010, 15 de junio). "Football: A Dear Friend to Capitalism". *The Guardian*. Recuperado de <http://www.theguardian.com/commentisfree/2010/jun/15/football-socialism-crack-cocaine-people>
- Giulianotti, R. (2005). "Playing an Aerial Game: The New Political Economy of Soccer". Nauright, J. y Schimmel, K. (editores.) *The Political Economy of Sport*. London: Palgrave Macmillan UK.
- Greenhalgh, S. (1996). "The social Construction of Population Science: An Intellectual, Institutional, and Political History of Twentieth-century Demography." *Comparative Studies in Society and History*, 38(1), 26-66.
- Grieco, E. M., Acosta, Y. D., de la Cruz, G. P., Gambino, C., Gryn, T., Larsen, L.K., Trevelyan, E. N. & Walters, N. P. (2012). *The Foreign-born Population in the United States: 2010*. American Community Survey Reports (ACS-19). Washington DC: US Census Bureau.



- Hanson, G. H. (2007). *The Economic Logic of Illegal Immigration*. Washington, DC: Council on Foreign Relations Press.
- Hart, J. T. (2006). *The Political Economy of Health Care: A Clinical Perspective*. Bristol: Policy Press.
- Harvey, D. (2012). *Rebel Cities: From The Right to the City to Urban Revolution*. London: Verso Books.
- Harvey, D. (2010). *The Enigma of Capital: And The Crises of Capitalism*. London: Profile Books.
- Hattenstone, S. (2010, 6 de junio). "Football's Debt to socialism". *The Guardian*. Recuperado de <http://www.theguardian.com/commentisfree/2010/jul/06/footballs-debt-socialism-world-cup>
- Herman, E. & Chomsky, N. (1988). *Manufacturing Consent: The Political Economy of the Mass Media*. New York: Pantheon Books.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). "Medicina social latinoamericana: Aportes y desafíos." *Rev Panam Salud Pública*, 12(2), 128-136.
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and The People's Health: Theory and Context*. New York: Oxford University Press.
- Ley Núm. 172 de 2015. Para enmendar las Secciones 2-A y 2-B del Artículo IV de la Ley Núm. 72 de 1993, Ley de Administración de Seguros de Salud.
- Ley Núm. 205 de 2011. Para autorizar a la Administración de Seguros de Salud a obtener del Banco Gubernamental de Fomento o de cualquier institución financiera privada, una línea de crédito rotativa.
- Ley Núm. 173 de 2010. A los fines de autorizar a la Administración de Seguros de Salud a incurrir en obligaciones hasta la cantidad de ciento ochenta y siete millones de dólares (187,000,000).
- Ley Núm. 164 de 2001. Para requerir a varias corporaciones públicas y otras entidades gubernamentales a formalizar sus adelantos y compromisos de repago y reestructurar y financiar sus deudas con el Banco Gubernamental de Fomento.
- Ley Núm. 187 de 1998. Derogar la Ley de Administración de Facilidades y Servicios de Salud de Puerto Rico.
- Ley Núm. 26 de 1975. Ley de la Administración de Facilidades y Servicios de Salud de Puerto Rico.
- Ley Núm. 72 de 1973. Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- Maas, B. (1978). *Population Target: The Political Economy of Population Control in Latin America*. London: Zed Books.
- Marindo, R. (1999). "Death Colonized: Historical Adult Mortality in Rhodesia (Zimbabwe)". *Zambezia*, 26(2), 145-68.
- Minkler, M., & Estes, C. L. (1991). *Critical Perspective On Aging: The Political and Moral Economy of Growing Old*. Amityville, NY: Baywood.
- Moody's Investor's Service. (2014, 7 de febrero). "Moody's Downgrades Puerto Rico GO and Related Bonds to Ba2, Notched Bonds To Ba3 and Cofina Bonds To Baa1, Baa2; Outlook Negative". Recuperado de [https://www.moody.com/research/Moodys-downgrades-Puerto-Rico-GO-and-related-bonds-to-Ba2--PR\\_292399](https://www.moody.com/research/Moodys-downgrades-Puerto-Rico-GO-and-related-bonds-to-Ba2--PR_292399)
- Mosco, V. (2009). *The Political Economy Of Communications: Rethinking And Renewal*. Los Angeles: Sage.
- Navarro, V. (2009). "What we mean by social determinants of health". *International Journal of Health Services*, 39(3), 423-441.
- Navarro, V., editor. (2007). *Neoliberalism, Globalization, and Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*. Amityville, NY: Baywood.
- Navarro, V. (1976). *Medicine under Capitalism*. New York: Prodist.
- Oficina de Gerencia y Presupuesto. Serie de Presupuestos Aprobados (Desde el año fiscal 1998-1999 hasta el año fiscal 2014-2015). San Juan: Oficina de Gerencia y Presupuesto.
- Página oficial de la campaña presidencial de Donald Trump. "Immigration Reform that Will Make America Great Again". (2015). Recuperado el 15 de febrero de 2016 de <https://www.donaldjtrump.com/positions/immigration-reform>
- Parés Arroyo, M. (2015, 15 de abril). "Apuestan a inversionistas árabes". *El Nuevo Día*, pp.14.
- Passel, J. (2015). *Defining The Current Population Living In The Shadows And Addressing Future Flows*. Written testimony submitted to U.S. Senate Committee on Homeland Security and Governmental Affairs Hearing on Securing the Border. Washington DC: Pew Research Center.
- Passel, J. & Cohn, V. (2011). *Unauthorized Immigrant Population: National and State trends*. Washington DC: Pew Research Center.
- Petchesky, R. (2003). *Global Prescriptions: Gendering Health and Human Rights*. London: Zed Books.
- Ramírez de Arellano, A. & Seipp, C. (1983). *Colonialism, Catholicism, and Contraception: A History of Birth Control Methods in Puerto Rico*. Chapel Hill: North Carolina University Press.

- Tajer, D. (2003). "Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s, and Current Challenges". *American Journal of Public Health*, 93(12), 2023-2027.
- Torres Gotay, B. (2015, 19 de abril). "Los inversionistas". *Las cosas por su nombre*. *El Nuevo Día*. Recuperado de <http://blogs.elnuevodia.com/las-cosas-por-su-nombre/2015/04/19/los-inversionistas>
- Vance, R. B. (1952). "Is theory for demographers?" *Social Forces*, 31(1), 9-13.
- Vázquez, J. G. (2013). *Las reputaciones*. España: Alfabara.
- Vega, A. L. (2015, 6 de septiembre). "El candidato trompeta". *El Nuevo Día*, pp. 55.
- Waitzkin, H. (2011). *Medicine and Public Health at The End Of Empire*. Boulder: Paradigm Publishers.
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A., & Lamadrid, S. (2001). "Social medicine then and now: Lessons from Latin America". *American Journal of Public Health*, 91(10), 1592-1601.
- Waitzkin, H. (2000). *The Second Sickness: The Contradictions of Health Care*. New York: Rowman & Littlefield.
- West, D. (2013). *The Paradox of Worker Shortages at A Time Of High National Unemployment*. Washington, DC: The Brookings Institute.

---

## EL PROGRAMA GRADUADO DE DEMOGRAFÍA: LOGROS, PERTINENCIA Y RETOS FUTUROS EN EL QUEHACER SALUBRISTA DE PUERTO RICO

LUZ E. LEÓN LÓPEZ

ANA L. DÁVILA

ANA J. MONTALVO-BURKE

NANCY VEGA RAMOS

RAÚL FIGUEROA RODRÍGUEZ

*La población es lo más importante del mundo.*

*Todo lo que hacemos es para su bienestar*

***José L. Vázquez Calzada***

La Quinta Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública constituyó el marco para conmemorar y celebrar los 50 años de gestión académica, investigación y servicio del Programa de Demografía. Su trayectoria a lo largo de estas cinco décadas de trabajo fue considerada en el evento por medio de una sesión especial. En la misma, varios ponentes compartieron con la audiencia una presentación que valoraron el desempeño del programa de estudios, como uno que ha tenido una línea de vida exitosa, que ha superado múltiples desafíos y que enfrenta retos futuros tanto en el quehacer académico como en su labor investigativa y de aportación al campo de la salud pública.

Los temas abordados en el panel fueron los siguientes: Desarrollo histórico; Logros y desafíos del Programa de Demografía; Desempeño del demógrafo como profesional exitoso; Demografía y política pública; y Retos demográficos actuales en Puerto Rico. Participaron en el panel que se resume en este texto, sus autores: Luz E. León López, catedrática y coordinadora del Programa; Ana L. Dávila, catedrática en el Programa; Ana J. Montalvo-Burke, demógrafa estadística de la Oficina del Censo de Estados Unidos; Nancy Vega Ramos, directora ejecutiva del Registro Demográfico de Puerto Rico; y Raúl Figueroa Rodríguez, consultor en demografía.

## DESARROLLO HISTÓRICO Y LOGROS DEL PROGRAMA DE DEMOGRAFÍA ■

En la actualidad el Programa de Demografía forma parte del Departamento de Ciencias Sociales de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas. Sus orígenes se remontan a 1966, fecha en la que se instituyó formalmente, aunque los documentos del Consejo de Educación Superior le otorgan oficialidad en junio de 1967.

Este es el único programa académico en demografía que existe en Puerto Rico. El compromiso, misión y visión del programa se puede resumir en una frase acuñada por uno de los fundadores del mismo, el Dr. José L. Vázquez Calzada: “No se puede entender cabalmente la historia de un país si no se conoce la dinámica de su pueblo. Y no se puede planificar y tomar decisiones sabias en un país, si no se considera cuidadosamente su situación demográfica y sus perspectivas futuras”. En el transcurso de sus 50 años, el programa ha madurado hasta alcanzar un sitial académico exclusivo y distintivo en la disciplina de la demografía en Puerto Rico.

Además de su quehacer académico-curricular, el programa se ha destacado por su aportación al campo de la investigación demográfica y al servicio especializado en asesoría y manejo de datos estadísticos. El mismo posee un cuerpo diverso de egresados que se ha desempeñado de manera exitosa en puestos de enseñanza, investigación, desarrollo de política pública, gestión y manejo de datos demográficos, entre múltiples otras, a nivel local e internacional. Aunque, como señaló en su ponencia la Dra. Dávila, no se conoce con exactitud el número de estudiantes que ha graduado el Programa de Demografía, se estima que el número de egresados ronda los doscientos, ya que se tiene constancia de 168 tesis defendidas.

La recopilación y manejo de información relacionada con los nacimientos, las muertes y los matrimonios en Puerto Rico fue un elemento clave del inicio del estudio formal de la población en la isla, particularmente en los comienzos de esta materia como disciplina académica en el país. En la década de 1950, el doctor Vázquez Calzada, en calidad de estadístico del Registro Demográfico de Puerto Rico, y el Dr. José Janer, por entonces director del mismo, empezaron a dar forma a la idea de crear un programa para preparar formalmente a profesionales en el campo de la demografía en Puerto Rico.

El Dr. Vázquez Calzada se educó formalmente en la disciplina, completando sus estudios graduados a principios de la década del 1960. Esto lo llevó a ocupar el cargo de director del Registro Demográfico del Departamento de Salud de Puerto Rico y, con el tiempo, se incorporó en calidad de profesor de bioestadísticas al Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva en la Escuela de Medicina Tropical. Desde su rol como docente, y contando con la colaboración del Dr. Janer, juntos se dieron a la tarea de crear el Programa de Demografía. El Dr. Vázquez Calzada y el profesor Severo Rivera constituyeron la facultad inicial del Programa, y junto con

otros profesores visitantes graduaron la primera clase en mayo de 1968. Dos egresadas de esta primera clase, Zoraida Morales y Judith Rodríguez, se integraron más tarde al programa como parte de la facultad.

Desde sus comienzos el programa ha constituido un pilar en el desarrollo del estudio formal de los asuntos demográficos en Puerto Rico. Una enorme gama de escritos en torno a la transformación demográfica experimentada a través de los años en la isla, evidencian parte de este esfuerzo. Muchos de estos trabajos propiciados por el compromiso e interés en la disciplina de los primeros egresados del Programa, o sea los primeros demógrafos formados académicamente en la isla, proporcionaron el comienzo del estudio empírico de asuntos en la materia en Puerto Rico.

Una diversidad de iniciativas y logros fueron parte del desarrollo del programa a través de estas cinco décadas de vida. También, el emprendimiento de proyectos que fortalecieron los cimientos del currículo, la investigación y el servicio han coexistido aportó a su gestión, éxito y progreso. Entre las numerosas ideas que han contribuido a adelantar los objetivos del programa se destacan: el Centro de Datos Censales Doctor José L. Vázquez Calzada y el portal cibernético del programa. Tal y como planteó la Dra. Dávila, “el Centro de Datos Censales está orientado a brindar a la comunidad información, orientación y asesoría técnica en la interpretación y manejo de los datos de los censos, la Encuesta de la Comunidad y las estimaciones de población y cualquier otra información de referencia que ofrezca el Negociado del Censo de los Estados Unidos”. Este, diferente a otros Centros de Datos Censales situados en la isla, ubica las colecciones de censos, datos y archivos de estadísticas vitales del Departamento de Salud de Puerto Rico, y datos de agencias estatales y federales relevantes al estudio de la población.

Dávila resaltó, igualmente, que “hace alrededor de una década el escenario virtual forma parte integrante e importante del Programa, así se ensancharon sus canales de comunicación y el Programa se ubica en los mares del cosmos de la automatización. Al tocar a sus puertas se encontrarán: la descripción y pormenores del programa académico, copias digitalizadas de textos de referencia de las áreas de estudio de la demografía, glosarios de términos, obras alusivas a las teorías y políticas de población, entre otros”. Este cobija además, un extenso acervo de la investigación generada a través de estas cinco décadas por los académicos del programa; podría indicarse que al presente es el depositario más completo de la bibliografía y trabajos originados por los demógrafos puertorriqueños. El Dr. Arnaldo Torres es el formador y custodio de este portal cibernético. Este ha procurado que la iniciativa se haya convertido en testigo de la convergencia digital de la historia pasada del programa y su realidad presente.

## EL DESEMPEÑO PROFESIONAL EXITOSO DEL DEMÓGRAFO ■

El desempeño de los egresados del Programa de Demografía ha estado lleno de éxitos y aportaciones al bienestar de la población. La demógrafa Montalvo-Burke, en alusión a este tema, presentó un transcurrir por el programa del egresado considerando la formación de los titulares como mecanismo de transportar a la audiencia hasta el plano profesional de estos, enfatizando en la diversidad y pertinencia del desempeño de nuestros egresados en campos que se vinculan en la práctica, con el quehacer de un demógrafo. Un análisis de los componentes de la formación académica de los graduados inició la discusión de este tema. En el mismo se destacó el caudal de herramientas que conforman esta preparación como elemento distintivo para una integración efectiva a la fuerza laboral. Aspectos como la exposición a diferentes oportunidades que surgen y se promueven en el programa, las cuales facilitan esta transición desde la formación académica hasta el plano laboral, fueron destacados. Entre estos, las exitosas experiencias de participar en internados en sectores del campo de la salud, las estadísticas, geografía y otras disciplinas relacionadas. Se destacó, la experiencia positiva de participar en internados en el Negociado del Censo de los Estados Unidos. Señaló Montalvo-Burke que la gran mayoría de estos culminan en ofertas de empleo que le ofrecen al egresado carreras de enorme crecimiento profesional y que los coloca en posiciones no solo de formidable pertinencia en el campo de la demografía, sino que le brindan oportunidades de aportar al análisis de datos demográficos que abonan en la toma de decisiones y desarrollo de políticas de interés público. En este análisis se distinguieron además, oportunidades de crecimiento que ofrecen experiencias como las siguientes: presentar en foros científicos, publicación de artículos, participación en conferencias profesionales dentro y fuera de la isla y la oportunidad de poder contar con un profesorado altamente calificado en las distintas áreas que conforman la disciplina de la demografía.

La diversidad en el desempeño profesional de los demógrafos egresados del programa es formidable y ha sido una exitosa. Cabe destacar el hecho de que los titulados se desempeñan en carreras relacionadas con la demografía no solo en Puerto Rico sino alrededor del mundo. Países como los Estados Unidos, España, Colombia, Venezuela, entre otros, cuentan en su plantilla laboral con graduados del programa. El quehacer del demógrafo se distingue, entre muchos otros aspectos, por la estrecha relación que guarda la disciplina con otras afines, entre estas: bioestadísticas, economía, geografía, sociología, matemáticas, salud pública, salud ambiental, gerontología, biología, historia, política, y el derecho. Este distintivo provoca una apertura amplia de oportunidades para el desempeño profesional de sus egresados. Subrayó la demógrafa Montalvo-Burke, la diversidad en la demanda de datos demográficos y la utilidad del análisis de los mismos por demógrafos en múltiples sectores laborales. Entre estos la academia, agencias de salud, organizaciones gubernamentales y aquellas en sectores fuera del gobierno. Tanto el sector público como el privado así como las grandes y pequeñas empresas disponen de ocupaciones

en el campo de la demografía. Además, el servicio de consultoría en el área forma parte de las oportunidades para aportar en el campo laboral relacionado con la disciplina.

Es preponderante la necesidad de datos demográficos para aspectos como: distribución de fondos estatales y federales, definición de límites electorales, planificación urbana, análisis de mercados y publicidad, desarrollo de estrategias de prevención en salud, análisis de la demanda laboral y de necesidades de servicios de salud y el desarrollo de política pública, entre otros. Un análisis más ponderado hacia la ejecutoria de los demógrafos en la Oficina del Censo de los Estados Unidos fue ofrecido por Montalvo-Burke. Esta ha laborado en dicha agencia por espacio de 11 años.

La Oficina del Censo de los EE. UU. ofrece oportunidades al demógrafo para trabajar en diferentes áreas o subdivisiones como las divisiones de: Población, Estadísticas Sociales, Económicas y de Vivienda y Administrativas del Censo. La agencia brinda coyunturas para aplicar destrezas desarrolladas por el estudiantado en el Programa de Demografía las cuales pueden ser utilizadas en tareas como el diseño y operación del Censo de Población y Vivienda y la Encuesta de la Comunidad de Puerto Rico, estimados y proyecciones de población, análisis de poblaciones especiales de acuerdo a características demográficas como la edad, el sexo y la etnicidad, ingreso, estructura familiar, uso y análisis de contenido relacionado con el idioma español y el estudio relacionado con dinámicas de bienestar social. Además, los demógrafos que laboran en esta agencia federal se mantienen colaborando activamente con el proceso y desarrollo del Censo de Población y Vivienda y la Encuesta de la Comunidad de Puerto Rico. De igual forma, abonan en el análisis de datos provenientes de estas encuestas y en el desarrollo de indicadores demográficos para isla.

Un componente importante desde la perspectiva del desempeño del demógrafo es la aplicación de la disciplina al campo de la salud y la salud pública. Tanto el Dr. José Janer como el Dr. José L. Vázquez Calzada, fundadores del Programa de Demografía, fungieron en algún momento de sus carreras como directores del Registro Demográfico del Departamento de Salud de Puerto Rico. Eventualmente diferentes destacados demógrafos estuvieron a la cabeza del Registro Demográfico y otros han laborado como asesores o directivos en materia de demografía y salud del gobernador, Secretarios de Salud, el Senado de Puerto Rico y agencias aseguradoras, entre otros.

El vínculo de la disciplina con el campo de la salud y la salud pública no se limita a puestos directivos o asesoría. El mismo tiene una inmensa ramificación de roles que atañen al demógrafo. Este profesional desempeña un extenso y variado conjunto de tareas en esta área, entre estas: el diseño, desarrollo y operacionalización de encuestas de salud, desarrollo de propuestas, estudios de necesidades de salud, recopilación y análisis de datos de natalidad, morbilidad y mortalidad,

y desarrollo de parámetros de calidad para programas como Medicare y Medicaid, entre otros.

## **DEMOGRAFÍA Y POLÍTICA PÚBLICA ■**

La demografía como disciplina es generalmente conocida como una ciencia que aporta al conocimiento a través de las cifras e indicadores que describen el estado y dinámica de las poblaciones humanas. Sin embargo, esta trasciende los números. La necesidad de identificar los valores que midan el comportamiento demográfico de un lugar es sumamente importante. Más aún, el poder de estas cifras trasciende el acopio o constructo de las mismas. Los indicadores adquieren vida al ser utilizados en el análisis de las circunstancias y realidad de los seres humanos, comunidades y poblaciones en general. Por tanto, uno de los aspectos que posiciona a la disciplina de la demografía en un sitio que a su vez la ubica en armonía o desarmonía con su entorno, es precisamente la utilización de sus técnicas de análisis para el desarrollo de medidas dirigidas a trabajar por el bienestar de las poblaciones humanas. La demografía posee un vínculo estrecho con los cambios sociales, el desarrollo histórico y político y económico de un país y la vida de las personas en general. Ante esta realidad se destaca la injerencia de este campo en el desarrollo de políticas públicas.

Es relevante destacar que no es lo mismo originar datos demográficos, que desarrollar metodología para el análisis de los mismos y utilizar esta, para producir conocimiento. Sin embargo, es imperante que este conocimiento se traduzca en acciones dirigidas a promover la salud y el bienestar general de las poblaciones. Es precisamente dentro de esta gama de factores y variables vinculadas entre sí mismas que emerge la oficiosidad de la disciplina para el desarrollo de política pública. En fin, el avío de bienes y servicios estará dictaminado en gran medida por las políticas públicas existentes en cada país. Se espera que el estado gestione y desarrolle sus planes de acción y desarrollo en congruencia con las políticas sociales existentes.

Nancy Vega Ramos hizo referencia a la política pública desde diferentes definiciones del concepto. Indica esta que según Dye (2008) política pública es “todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer”. Se planteó además, la definición concebida por Aguilar Villanueva (1996) donde el autor hace referencia al término como “el diseño de una acción intencional y el curso que efectivamente toma la acción como resultado de las muchas decisiones e interacciones que comporta, y en consecuencia, los hechos reales que la acción colectiva produce”. Ambas definiciones apuntan hacia la gestión por parte del gobierno con la intención de intervenir en el curso de acción de determinado aspecto que intercede o pueda incidir en el bienestar de las poblaciones. Por otro lado, la ponente enfatizó en la definición de Oszlak y O'Donnell (1981) quienes puntualizan lo siguiente “las políticas estatales (o públicas) en nuestra definición las concebimos como un conjunto de acciones u omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad ci-



vil". En esta definición se destaca la gestión de otros protagonistas de la política pública que aluden a estas como un plan de acción o intervención que no es exclusivo del estado.

Vega Ramos trajo a colación la Ley de Política Pública del Gobierno de Puerto Rico para el Control Comprensivo de Cáncer en Puerto Rico (Ley Núm. 49 del 8 de abril de 2011). Esta Ley se presentó como una iniciativa que en su Artículo 5. Declaración de Política Pública, establece seis grandes áreas de enfoque, entre las cuales se presenta la necesidad de datos y vigilancia epidemiológica como uno de los elementos imperiosos para el desarrollo de políticas sociales concernientes al cáncer en Puerto Rico. Los datos relacionados con los cambios en la dinámica demográfica presente en la isla requieren ser considerados también en las políticas de desarrollo económico del país. Aspectos como el envejecimiento acelerado de la población deberán ser sensatamente avistados en las acciones que tome el gobierno en temas conexos a aspectos como la edad de retiro y cambios en los planes de pensiones a jubilados. Este componente constituye una pieza de desafío en la gestión del estado y los diferentes grupos u organizaciones que componen la sociedad en pro del bienestar general de su población.

Vega Ramos destacó la importancia de la correcta utilización de los datos como aliados de políticas sociales efectivas. La misma puntualizó la relación ente las estadísticas vitales como la mortalidad infantil y el descenso marcado en la natalidad, con la pertinencia de considerar no solo las tendencias en los datos, sino también concienciar acerca de diligentemente examinar la literatura científica concerniente al tema que se considere, para así poder establecer acciones asertivas. Se destacó la incidencia y prevalencia del zika en Puerto Rico y su relación con políticas públicas dirigidas al control de la fecundidad como producto de los casos reportados por esta condición y la posible asociación de esta con daños permanentes al feto. Destacó la ponente que ambos indicadores deben de ser analizados en su justa perspectiva y consecuencias para la salud individual y colectiva antes de establecer planes de acción por parte del estado.

La Ley Núm. 199 del año 2010 creó en Puerto Rico el Comité de la Ley del Reto Demográfico. La intención principal según erige la misma, es establecer la política pública del Gobierno de Puerto Rico declarando el reto demográfico como uno meritorio para la planificación y la asignación de recursos. En su exposición de motivos, la Ley enfatiza la necesidad de un comité multisectorial y multidisciplinario de gobierno, academia y empresa privada para el desarrollo de un plan integral y comprensivo relacionado con la expectativa demográfica presente y futura del país. El objetivo de este comité sería según lo indica la Ley, esbozar un plan para enfrentar el reto demográfico. Uno de los desafíos que esta presenta queda evidenciado precisamente por la composición de este comité. La Ley original no estableció la inclusión de un demógrafo o demógrafos ya sea en su carácter individual, profesional o como organización que pueda contribuir en la asesoría de temas demográficos y su relación con eventos afines que atañen a la

sociedad puertorriqueña en la actualidad. Más adelante dicha Ley fue enmendada y se incluyó al Programa de Demografía.

La ponente expresó que la Agenda para la Recuperación Económica de Puerto Rico 2014-2018 reconoce los cambios ocurridos en la base demográfica del país y los destaca como elementos importantes en las acciones de desarrollo y como componentes a considerar para mover al país hacia una mejor salud económica. El documento describe los principales cambios demográficos que experimenta el país al presente y resalta la importancia de los mismos indicando lo siguiente “Esto impone nuevos retos a los servicios públicos y cambia la dinámica de la fuerza laboral de Puerto Rico. Como sociedad debemos prepararnos para afrontar esta realidad demográfica y para brindarles servicios públicos adecuados, oportunidades laborales, servicios de salud y vivienda digna a un costo razonable” (p. 11).

Vega Ramos trajo a colación expresiones de Ángel Rafael Rivera (2013) que abonan ciertamente a la importancia de que las políticas públicas emanen de un proceso político democrático donde converjan diversos sectores. Acentuó en su presentación la importancia de que estas decisiones fueran unas informadas donde la investigación demográfica en unión a otros datos es esencial. Esta señaló que Rivera describe de forma excelente este aspecto al indicar lo siguiente: “Es muy importante reconocer que a las buenas políticas públicas se llega mejor mediante la deliberación informada, el diálogo sobre opciones y las decisiones producto de un proceso concienzudo de análisis y discusión en el espacio público”.

## **RETOS DEMOGRÁFICOS ACTUALES EN PUERTO RICO ■**

No cabe duda de la pertinencia de los datos estadísticos y de índole demográfica en el desarrollo de políticas públicas más acertadas y que vayan acorde con las necesidades que presenta la población puertorriqueña en la actualidad. Son diversos los retos que ostenta esta relación ineludible. Algunos de estos estriban en los aspectos asociados con la recolección, depuración, disponibilidad y accesibilidad de los datos demográficos para que los mismos conformen una parte esencial de los elementos claves en la formulación de políticas sociales en Puerto Rico. El país ha avanzado considerablemente en esta dirección, aunque aún falta camino por recorrer. Sin embargo, cabe destacar que este es un ejercicio que nunca perderá su carácter de continuidad en la medida que se haga referencia al estado de la población, aspecto que se ve afectado por la dinámica demográfica que presentan las poblaciones. Definitivamente no es meramente la ausencia de datos lo que urge atender. Hay retos mayores según indican Alom-Alemán y Castillo Muñoz (2015). Los autores expresan lo siguiente: “quizás el mayor reto a nivel de país está en cómo se integran los datos de múltiples registros y cómo se articula la información para fundamentar la política pública”

El tema de los retos demográficos que enfrenta Puerto Rico al presente fue el que ofreció el cierre temático de esta sesión especial. El demógrafo Raúl Figueroa comenzó su exposición destacando de forma muy acertada que “los retos de hoy comenzaron en el pasado”. Este denunció que los retos que experimenta la isla no son consecuencia exclusiva del comportamiento o interacción de las variables de índole demográfica. Los mismos comparten la carga con otros factores que también han contribuido, entre estos: las acciones administrativas gubernamentales y los comportamientos de diferentes grupos de las poblacionales.

El país ha caminado por una ruta segura hacia una pérdida de población. Esta comenzó con la emigración masiva de puertorriqueños hacia los Estados Unidos durante la década de 1950. La misma fue el resultado de aspectos como la escasez de empleos y una estructura de edad joven en conjunto con un alto número de nacimientos. Se destacó además, la existencia de políticas por parte del gobierno de un apoyo indirecto a la salida de puertorriqueños del país. Ante el alto crecimiento de población que experimentaba la isla se apostó a las variables migración y fecundidad para trabajar este asunto. Se promovió la emigración de poblaciones específicas hacia los Estados Unidos. Muchas de estas políticas fueron concertadas entre los gobiernos de ambos países. En esa época se establecieron programas de planificación familiar dirigidos al control de la natalidad, se probó el uso de anticonceptivos entre nuestras mujeres y se premió la esterilización femenina como método anticonceptivo.

Las políticas de población inexistentes, de forma aparente y explícita, formaron parte en tiempos pasados de las estrategias de desarrollo económico del país. Estas identificaron el aumento acelerado de la población como un obstáculo para el desarrollo, promoviendo entonces la necesidad de controlar el crecimiento de la población en la isla. Este fue el inicio de una ruta hacia un descenso en población que a la altura de los tiempos actuales coloca al país en un panorama totalmente diferente al de la década del 1950 en términos demográficos. La única variable que emula el comportamiento observado en esa fecha lo es la migración, la cual se estima que en un futuro cercano sobrepase las enormes cifras observadas para entonces. La Isla cuenta al presente con un comportamiento demográfico que representa varios retos e impone desafíos para la gestión gubernamental y civil. La fecundidad por su parte es muy baja y el país cuenta con una estructura de edad vieja. Por otro lado, la acción conjunta de estas variables, en particular el descenso en los nacimientos y el alto volumen migratorio han posicionado al país en una ruta de población descendiente desde el año 2004.

La pérdida de población, en particular el descenso en la proporción de población joven, la enorme oleada migratoria y el envejecimiento acelerado representan los principales retos demográficos que a voz de Figueroa Rodríguez enfrenta Puerto Rico en la actualidad. Este trajo a colación datos específicos alusivos a la dinámica demográfica que mantienen el perfil actual del país y más importante aún, que podrían agravar el mismo sino se toman medidas

cautelosas para atender la situación. El hecho de que las cifras correspondientes al número de nacimientos y muertes continúan acercándose, es un dato que merece vigilancia. Más aún, cuando se estima que pronto el número de muertes totales sobrepasará la cantidad de nacimientos. Otro dato que el demógrafo puntualizó, fue la existencia de una tendencia general de aumento en el número de emigrantes mientras se observa una disminución en la cantidad de personas que inmigran.

Es imprescindible que el país se prepare para experimentar una población más pequeña y con una estructura de edad más vieja, añadiendo a esto el que se contará con un número cada vez menor de población en las edades de trabajo. El comportamiento demográfico observado en Puerto Rico tiene consecuencias serias tanto a nivel social como económico para el país. Además, cabe destacar que este tendrá un impacto directo en la salud de la población. Un aumento en enfermedades crónicas y degenerativas y un mantenimiento de la salud por un número mayor de años abonarán a un gasto bastante oneroso en los servicios de salud que afectará a su vez la calidad de vida de la población.

El ponente destacó la necesidad de datos válidos y confiables para poder utilizarlos en el desarrollo de acciones sociales dirigidas a promover el bienestar general de la población. Este exhortó además, a una participación más activa y vocal de parte de la academia. Figueroa Rodríguez enfatizó que no debe considerarse la dinámica demográfica de la población como el problema central. La realidad que vive Puerto Rico es consecuencia del comportamiento de múltiples factores. Entre estos, componentes como la recesión económica y el desarrollo de políticas desacertadas para manejar la situación que enfrenta el país. El elemento de indiferencia y la inacción ante los cambios demográficos es también parte importante del escenario que encara la isla. La situación actual es un asunto donde no hay espacio para improvisación ni para personas o profesionales faltos de conocimiento en la disciplina desarrollando políticas de población. Las acciones desacertadas comprometen la calidad de vida de todos y de las futuras generaciones.

#### Cinco décadas de vida y una agenda llena de retos y desafíos

La transición demográfica que ha experimentado Puerto Rico no cabe duda de que presenta innumerables retos cuya atención el país no debe posponer. Dilatar el desarrollo de propuestas y estrategias de acción tendrían un efecto en detrimento de la salud pública del país. Estos retos demandan desafíos que emergen de acciones pasadas, prácticas presentes y futuras agendas propuestas para el desarrollo. Ante tal perfil se requiere de forma apremiante acciones concretas con metas y objetivos claramente definidos. Estas acciones requieren la inclusión de diversos protagonistas para poder ser implementadas de forma acertada. La academia forma parte del conglomerado de actores al que le concierne responder a estos desafíos.

El trabajo en favor de promover la salud pública de un país no puede realizarse de forma exclusiva desde el seno del estado. La academia debe propiciar un rol más activo en esta gestión. Su agenda de enseñanza, investigación y servicio no puede darse fuera de la realidad del país en el cual se desempeña esta labor. El Programa de Demografía ha transitado la historia de nuestro país dejando un legado que se ha manifestado a través de la formación de un profesional comprometido con la disciplina, su país y el bienestar de la población en general. La coyuntura histórica que enfrenta nuestro país al presente requiere que esta responsabilidad se revalide y que conjuntamente con otros gestores y hacedores de políticas sociales respondamos a estos desafíos con un proyecto de país, que incluya al sector académico.

El Programa de Demografía ha hecho una aportación robusta en favor del bienestar de la población. Los elementos de una afanosa historia de gestión académica, investigativa y de servicios resultan en un llamado a continuar con el legado de esta labor. El programa de Demografía deberá velar por atemperarse a las nuevas tendencias de la disciplina, y comprender su relación con otras áreas metodológicas, para robustecer la preparación académica y profesional de sus graduados.

Resta defender el espacio adquirido y salvaguardado durante este medio siglo ante la amenaza que se cierne sobre la educación superior del País en estos tiempos de crisis. Para ello toca, además de graduar demógrafos y demógrafas, hacer esta disciplina indispensable. Es imperante cumplir con la responsabilidad de preparar y divulgar indicadores pertinentes y certeros, siguiendo un rigor metodológico que permita a los planificadores y planificadoras, hacedores y hacedoras de política pública, tomar decisiones documentadas para satisfacer las necesidades siempre crecientes de la población, optar por los niveles superiores de bienestar y optimizar, entre otros aspectos, la salud de la población. ☼

## BIBLIOGRAFÍA

Alom-Alemán, Antoinette y Castillo-Muñoz, Juana. (2015). Sinopsis sobre las instancias desde donde se producen los datos estadísticos en Puerto Rico y sus efectos en la generación de política pública (Panel 2). CIDE digital, abril, 6(1), 10-17.

Dávila Ana. L. (2016). El desarrollo histórico, logros y desafíos del Programa de Demografía de la Universidad de Puerto Rico. Ponencia presentada en la V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. San Juan, Puerto Rico.

Figueroa Rodríguez, Raúl y Rodríguez Figueroa, Judith (2016). Retos demográficos actuales en Puerto Rico. Ponencia presentada en la V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. San Juan, Puerto Rico.

Ley del Reto Demográfico. Ley Núm. 199 de 16 de diciembre de 2010. LexJuris, Puerto Rico. Recuperado de <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2010/lexl2010199.htm>

Manrique Abril, G.; Martínez Martín, A.; y Ospina Juan M. (2007). Apuntes del II Semestre del 2007. Recuperado de <file:///C:/Users/Xavier/AppData/Local/Temp/Dialnet-CrecimientoPoblacionalYPolíticasPublicas-4829134.pdf>

Montalvo-Burke, Ana J. (2016). El desempeño profesional exitoso del demógrafo. Ponencia presentada en la V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. San Juan, Puerto Rico.

Universidad de Puerto Rico (2016). Proclama del Quincuagésimo Aniversario del Programa Graduado de Demografía de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas. Uroyoán Walker Ramos, Presidente de la Universidad de Puerto Rico. Promulgada el 2 de mayo de mayo de 2016.

Vega Ramos, Nancy (2016). Demografía y política pública. Ponencia presentada en la V Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. San Juan, Puerto Rico



---

## DESARROLLO HISTÓRICO, LOGROS Y DESAFÍOS DEL PROGRAMA DE DEMOGRAFÍA DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

ANA LUISA DÁVILA, PH.D.

La fecha de exacta de creación del Programa de Demografía no se conoce con certeza. Sí se sabe con seguridad que germinó en el Registro de Demográfico, allá para mediados de la década de 1950. Fue para esos años que comenzó la generación de estadísticas de los nacimientos, matrimonios y defunciones. La iniciativa emergió ante la necesidad de otorgarle significado a los eventos que se inscriben diariamente y que cimientan la dinámica de la población. El reclutamiento de José Luis Vázquez Calzada como estadístico del Registro dio pie a que el doctor José Janer, entonces director del Registro Demográfico del Departamento de Salud, refinó la idea de preparar profesionales estudiosos de la materia. Bajo los auspicios del doctor Janer, Vázquez Calzada se trasladó a la Universidad de Chicago para hacerse de una maestría.

Después de su paso por el Registro y habiendo obtenido su doctorado en 1962, el doctor Vázquez Calzada pasó a formar parte del Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva de la Escuela de Medicina Tropical en San Juan. Junto al doctor Janer idearon y crearon el Programa de Demografía, pionero en esta disciplina en América Latina.

En 1966 se instituyó formalmente el Programa de Demografía, aunque los documentos del Consejo Superior le otorgan la oficialidad en junio de 1967. Desde entonces ha formado profesionales que trabajan explícita o implícitamente en el quehacer demográfico. A los egresados que tomaron otros derroteros, la disciplina les ha aportado herramientas primordiales para desempeñarse en otras ramas del saber. En sus inicios, el Programa dejó huellas en América Latina cuando titulaba alumnos de Centro y Suramérica que retornaban a sus lugares de origen para ejercer la disciplina e incluso ocupar posiciones de importantes para la implantación de políticas públicas.

El doctor Vázquez Calzada y Severo Rivera, primera facultad del Programa, junto a profesores visitantes de otras disciplinas, graduaron a la primera clase en mayo de 1968. Dos egresadas, Zoraida Morales y Judith Rodríguez, se integraron luego a la facultad. Además de enseñar cur-

sos, guiadas por el doctor Vázquez Calzada emprendieron investigaciones relacionadas con la demografía y estudios de población. Principiaban y provocaban el interés por la investigación demográfica en sus discípulos al adentrarse en varios temas de importancia para la disciplina y la sociedad puertorriqueña, entre otros, la trayectoria de la población, la fecundidad, la mortalidad, la migración, la mortalidad infantil, la nupcialidad, por solo mencionar algunos. Su facultad, además, ha entrado en temas relacionados con el ambiente y sus repercusiones en la salud materno-infantil, la salud ambiental o el uso del tabaco, y ha ampliado los estudios de envejecimiento de la población entre otros.

A través de todo el currículo, los estudiantes se exponen a la metodología demográfica en el análisis de la composición y dinámica de la población, la teoría y la mecánica de la disciplina, además de la interacción de la demografía con otras áreas del saber. Reciben adiestramiento en el manejo de cifras, el cálculo de tasas, la construcción de tablas de vida, el ajuste de tasas, las estimaciones y proyecciones de población, las teorías y políticas de población y la utilidad de los programados de datos por solo mencionar algunos. En virtud de los hallazgos de las investigaciones del Programa de Demografía los médicos, los planificadores, los elaboradores de políticas públicas y el lego cuentan con datos que abonan al estudio de las situaciones del país y que sirven de marco de referencia.

Además de ocuparse del análisis de datos secundarios, en el Programa se han gestado varias encuestas, específicamente, las de fecundidad y salud reproductiva. También, entre sus haberes se incluye la encuesta de “Condiciones de salud de las personas de edad mayor”, representativa de las personas de 60 años o más. Esta encuesta ha sido la más abarcadora que se haya llevado a cabo con seguimiento en una segunda ronda, única en su género.

El Centro de Datos Censales Doctor José Luis Vázquez Calzada, adscrito al Programa de Demografía, tiene como misión brindar a la comunidad información, orientación y asesoría técnica en la interpretación y manejo de los datos de los censos, la Encuesta de la Comunidad y las estimaciones de población y cualquier otra información de referencia que ofrezca el Negociado del Censo de los Estados Unidos. El Centro de Datos Censales hace disponible colecciones de censos, informes de estadísticas vitales y del Departamento de Salud de Puerto Rico, de agencias estatales y federales relevantes al estudio de la población prácticamente desde cualquier disciplina de provecho para el público, para los trabajadores de la salud y los planificadores, entre otros.

Los mapas junto con su documentación técnica son parte primordial del acervo de información que atesora el Centro de Datos Censales virtual. De la reorganización de la Oficina del Censo de la Junta de Planificación, el Centro de Datos Censales heredó las Memorias de límites territoriales de municipios y sus barrios, publicaciones que datan de 1947 a 1957 y que describen los



linderos y ofrecen pinceladas históricas de los pueblos. Este centro es lugar donde localizar la documentación del censo, series históricas y de tiempo de la población, de los eventos vitales y sucesos actuales. Se puede acceder a materiales del Centro a través de su portal <http://sp.rcm.upr.edu/demo/index.php/centro-de-datos-censales>.

Hace alrededor de una década el escenario virtual forma parte integral e importante del Programa. Al tocar a sus puertas se encontrarán: la descripción y pormenores del programa académico, copias digitalizadas de textos de referencia de las áreas de estudio de la demografía, glosarios de términos, obras alusivas a las teorías y políticas de población, entre otros.

En el portal cibernético del Centro de Investigación Demográfica o CIDE hay varias caminos conducentes a la recopilación de sus publicaciones, las más antiguas, las digitales y escritos y libros de alguna longevidad, unos extintos y otros difíciles de localizar en lugares tradicionales.

El formador y custodio del portal, el doctor Arnaldo Torres Degró, ha dispuesto una sección denominada Herramientas en la que se pueden encontrar bases bibliográficas, documentales, legislación y políticas, indicadores e instrumentos con fórmulas y explicaciones relacionadas con el quehacer demográfico. También hay noticias sobre la disciplina, datos e indicadores demográficos animados, al igual que enlaces de beneficio para los que rastrean información sobre la población en general y sobre Puerto Rico también se asientan en el portal.

De la misma manera, por medio del portal es posible obtener información sobre los egresados: de algunos se indica dónde ejercen; casi la totalidad está incluida en el índice de tesis de grado. Las mismas pueden consultarse en el Programa de Demografía o la Colección Puertorriqueña de la Biblioteca del Recinto de Ciencias Médicas Conrado Asenjo.

Aunque no se conoce con exactitud el número de estudiantes que ha graduado el Programa de Demografía, se estima que son aproximadamente 200, ya que se tiene constancia de 168 tesis. La coordinación del Programa no ha hurgado en la vida como técnicos o técnicas de todos los egresados y todas las egresadas. Lo que sí se ha podido comprobar es que la gran mayoría ha gozado o disfruta de una vida profesional exitosa. Una gran cantidad de los graduados del programa ha completado estudios posteriores; algunos se desenvuelven en el ámbito docente; y otros y otras ejercen cargos de liderato, inclusive a nivel internacional.

Con miras a redondear la formación de los estudiantes la Facultad del Programa, se les insta a interesarse por internados y a participar en foros y actividades de investigación a nivel nacional e internacional. Así, de cierta forma, completan su preparación profesional y se

exponen desde temprano en la discusión de asuntos relevantes a la demografía, al estudio de las poblaciones, a la problemática social y la interrelación de la disciplina con otros ámbitos.

Los egresados y las egresadas del Programa han emigrado. De hecho, es este el caso de al menos una veintena de sus mejores estudiantes, que nos acompañan en la tarde de hoy. Trabajan fuera de Puerto Rico, la mayor parte en agencias del gobierno federal. De cierta manera, el interés en nuestros egresados y nuestras egresadas por parte de agencias de prestigio valida la labor docente llevada a cabo. Las experiencias adquiridas van enriqueciendo el caudal de su conocimiento y ensanchando sus horizontes. Cuando en el abanico de las posibilidades de estos demógrafos y demógrafas expertos, contemplen la migración de retorno para beneficiar con su “expertise” al desarrollo social y económico de nuestra nación, el Programa de Demografía habrá cumplido cabalmente su cometido. Habrá descargado su responsabilidad como parte de la universidad del Estado, el proyecto social más importante de Puerto Rico: el de cosechar profesionales entendidos y entendidas de provecho para su patria.

Este es el año del cincuentenario del Programa de Demografía, a dos lustros para llegar la expectativa de vida cuando nació en la década de los sesenta. Habiendo alcanzado el medio siglo su expectativa de vida a este aniversario es de alrededor de tres décadas, meta que no se debe perder de vista y por la que hay que luchar como único Programa de Demografía en la isla en estos tiempos de adversidad. Tiene por delante una revisión curricular para atemperar su currículo a las nuevas tendencias de la disciplina y su relación con otras áreas metodológicas para robustecer la preparación académica y profesional de sus graduados. El desafío mayor de su facultad no estriba en forjar peritos técnicos en la materia. Reside en dotar a los y las estudiantes de principios éticos inquebrantables.

Le resta al Programa defender el espacio adquirido y salvaguardado durante este medio siglo ante la amenaza que atañe la educación superior del País en estos tiempos de crisis. Para ello toca además de graduar demógrafos y demógrafas hacer esta disciplina indispensable, cumplir con nuestra responsabilidad de preparar y divulgar indicadores pertinentes y certeros siguiendo un rigor metodológico que permitan a los planificadores y planificadoras, hacedores y hacedoras de política pública tomar decisiones documentadas. Esto es de suma importancia para satisfacer las necesidades siempre crecientes de la población, optar por los niveles superiores de bienestar y optimizar, entre otros, la salud de la población.

Nuestro agradecimiento a los y las que han contribuido a esta sobrevivencia. Sin pretender ser exhaustiva y, excusándome de antemano por cualquier olvido, doy las gracias estudiantes y egresados; a los usuarios y usuarias de nuestro trabajo; a los decanos y las decanas, los ad-

ministradores y las administradoras; a todo el personal de apoyo, en especial a Margie Roldán, Elena Escobar y Yaritza Morgado; a la facultad del Programa, compuesta por Zoraida Morales, Judith Rodríguez, Luz León, Hernando Mattei, Arnaldo Torres, Ana Luisa Dávila, Teresa Pedroso, y los demás profesores que han impartido clase a lo largo de los años y, por supuesto, a los fundadores del Programa que ya no están con nosotros y nosotras: José Janer, José Luis Vázquez Calzada y Severo Rivera. ☀



---

## **ESTUDIO SOBRE LAS MANIFESTACIONES Y ACTITUDES EN TORNO A LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA ENTRE JÓVENES**

**DRA. VIVIAN RODRÍGUEZ DEL TORO**

**DRA. ESTHER VICENTE**

**LCDA. MARÍA DOLORES FERNÓS**

**DRA. YANIRA REYES GIL**

**LCDA. MARILUCY GONZÁLEZ BÁEZ**

El propósito de esta investigación fue conocer el problema de la violencia en las relaciones de pareja de jóvenes entre los 13-18 años, sus manifestaciones y las actitudes que permiten su existencia y reproducción. Igualmente, la investigación se propuso identificar los procesos, protocolos, servicios así como los remedios existentes y su adecuación, para identificar hallazgos que permitan una discusión informada.

El equipo investigador formuló las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se manifiesta la violencia de género contra la pareja en la juventud desde la perspectiva de los/as adolescentes, sus familiares y los profesionales que trabajan con ellos?
2. ¿Cuáles son las actitudes en torno a la violencia de género contra la pareja que emergen de las narrativas de los y las adolescentes, de sus familiares y de los profesionales que trabajan con ellos?
3. ¿Qué narrativas emergen de las entrevistas y grupos focales en torno al acceso a la justicia disponible a los/as adolescentes que experimentan violencia de género de parte de su pareja?

Las investigadoras, cuatro profesoras de Derecho de la Facultad de Derecho de la U.I.P.R. y una profesora de Psicología del Recinto Metropolitano de la U.I.P.R., seleccionaron la metodología cualitativa, con un diseño de “Estudio de Casos Múltiples” para la realización de la investigación. Con base en el diseño de la investigación se estableció llevar a cabo entrevistas profundas

(individuales y audiograbadas) con maestros y maestras del nivel intermedio y superior; trabajadores y trabajadoras sociales que laboran en estos mismos niveles escolares; Procuradores y Procuradoras de Menores del Departamento de Justicia que atienden casos de menores en estas edades; y madres y padres de jóvenes entre los 13-18 años de edad.

También se llevaron a cabo cinco grupos focales de chicos y chicas entre las edades de 13 a 18 años. Estos grupos focales fueron segregados por sexo y edades (13-15 y 16-18 años) para facilitar y fomentar la discusión y participación de los y las jóvenes sobre sus experiencias, actitudes, opiniones y sentires en torno a la violencia en las relaciones de pareja en esas edades.

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE HALLAZGOS ■**

A continuación presentamos los hallazgos que surgieron de las entrevistas y grupos focales.

### *Manifestaciones de la violencia que se identifican en las relaciones de pareja entre jóvenes*

Para efectos de la investigación manifestaciones se refiere a las conductas, verbalizaciones, creencias, actos y acciones de violencia en las relaciones de pareja de jóvenes.

#### *Insultos, malos tratos verbales y escritos*

Todos los grupos participantes (maestras, maestros, trabajadoras sociales, Procuradoras de Menores, madres, padres y jóvenes participantes en los Grupos Focales) identificaron los insultos, uso de palabras soeces tanto verbal como escrita, como una de las manifestaciones más comunes de violencia entre parejas de jóvenes.

Entre los malos tratos verbales, todos los grupos participantes identificaron el uso de palabras soeces como la manifestación de violencia más frecuente. Es de notar que el uso de malas palabras se ha tornado práctica común en las generaciones de jóvenes, y las utilizan en diversos escenarios y contextos tanto chicos como chicas que pertenecen a diversos sectores sociales y económicos. Estas nuevas acepciones y forma común de trato no han eliminado las connotaciones tan negativas de estas palabras.

Todos los grupos participantes igualmente identificaron el uso de las redes sociales y mensajes de texto como un mecanismo frecuente para insultar y maltratar. Más aún, en algunos grupos focales de jóvenes resaltaron que luego de una discusión o pelea entre la pareja se utilizan también las redes y el Internet para insultarse. Todos expresaron preocupación de que las nuevas tecnologías brindan herramientas adicionales para el ejercicio del control de unos sobre otros.

#### *Violencia Psicológica (incluye manipulación, amenazas, intimidación, celos posesivos)*

Se identificaron diferencias entre las manifestaciones de violencia psicológica señala-

das por los maestros y las Procuradoras de Menores así como entre madres y los grupos de jóvenes. Los y las maestras identificaron como las manifestaciones más comunes las manipulaciones, ataques a la autoestima, como menosprecios y regaños en público, amenazas a la pareja e inclusive a sí mismo.

Las Procuradoras identificaron expresiones y actos de mayor gravedad que los señalados por las y los maestros pero ello se explica porque a esa Oficina del Departamento de Justicia solo llegan casos de mayor severidad, usualmente cuando ha habido ya un acto de violencia física, aunque comúnmente precedido por actos reiterados de violencia psicológica y agresiones verbales.

Sólo dos madres identificaron situaciones de amenazas o maltrato emocional.

De otro lado, los grupos de jóvenes, de ambos sexos, identificaron acciones y manifestaciones serias y variadas de manipulación, menosprecio y humillación emocional en el trato entre parejas de jóvenes. Destaca por su gravedad y por las implicaciones emocionales, la utilización de la automutilación, el “cortarse” los brazos por parte de las muchachas para mostrar su molestia y frustración ante acciones u omisiones de sus parejas.

#### *Violencia física (incluye violencia sexual)*

Se observaron igualmente diferencias entre los actos de violencia física identificados por los grupos participantes. Los y las maestras expresaron que han presenciado actos que incluyen manotazos y empujones, inclusive en el salón de clases.

Las maestras y trabajadoras sociales expresaron que conocen que ocurren situaciones que reflejan violencia defensiva de las chicas hacia los chicos y de los chicos hacia las chicas.

Se repitieron ante las trabajadoras sociales las mismas manifestaciones que relataron los y las maestras, aunque es de rigor señalar que la práctica es que las maestras y maestros refieren a las trabajadoras sociales los casos de mayor severidad.

Los casos que han llegado ante las Procuradoras se relacionan a actos de violencia física, aunque éstas relatan que la experiencia indica que los actos físicos vienen precedidos por un patrón de agresiones verbales y psicológicas. Este hallazgo confirma que la violencia escala en severidad de no atenderse o manejarse adecuadamente.

Las madres y el padre confirmaron los empujones, jalones, “jamaqueos”, como los actos que han presenciado entre parejas jóvenes.

Tanto los varones como las muchachas reconocieron que la violencia verbal es la más frecuente aunque expresan manifestaciones más serias de violencia física que las relatadas por maestras, trabajadoras sociales y madres. Aunque solo han visto casos aislados de violencia física, tanto las chicas como los chicos relataron actos de agarrar y sujetar por el brazo. Por otra parte, es interesante destacar que los chicos mencionaron el ejercicio de violencia física también de parte de las chicas y la riposta agresiva de parte del varón.

En términos de violencia sexual, maestras tanto como trabajadoras sociales y madres así como los jóvenes de ambos sexos, relataron no conocer casos de violencia sexual entre parejas de jóvenes. Las Procuradoras, por su parte, explicaron que el Código Penal se enmendó en el 2014 para establecer que no se configura el delito de violación si la joven tiene entre 14 y 16 años de edad y la diferencia en edad con la pareja es de menos de cuatro años. Es decir, para que se configure el delito tiene que haber una menor de entre 14 a 16 años y un varón cuatro años mayor que ella. Ante esa realidad jurídica las Procuradoras informaron que no habían atendido ningún caso de agresión sexual.

No debe concluirse que la ausencia de relatos de violencia sexual implica la ausencia de esta manifestación de violencia, ya que la misma ocurre en escenarios de mayor intimidad que los agarres y “jamaqueos”. Cabe reconocer que en los grupos focales no se indagó sobre esta forma de violencia por consideraciones de confidencialidad.

*Control (incluye persecución, acecho, uso de redes, hostigamiento y violencia económica)*

Todos los grupos participantes confirmaron que en las relaciones entre parejas jóvenes ambos sexos intentan ejercer control sobre la pareja, aunque vale destacar que se evidenciaron marcadas diferencias en las formas de control utilizadas por cada sexo. Este control se manifiesta usualmente mediante la vigilancia, la restricción de la ropa que se usa, las amistades, las salidas y horarios, y sobre todo mediante el uso del celular y de las redes sociales para indagar lo que hace la pareja, cuándo y con quién.

Los grupos participantes identificaron el control de la ropa de la pareja como un mecanismo frecuentemente utilizado, en especial por los varones. En todas las entrevistas surgió el control que los varones intentan ejercer sobre la forma de vestir de sus parejas.



Las chicas, en muy pocas ocasiones intentan o logran controlar la ropa que pueden usar sus parejas. Cuando lo hacen es igualmente para evitar la atracción que puedan generar sus parejas en otras muchachas.

En los grupos focales surgieron manifestaciones negativas hacia un tipo de mujer llamada “yale”, relacionada con el reggaetón y que describen de forma despectiva.

- “Son mujeres que salen a la calle con poca ropa...escotes con la camisa... más arriba de la barriga, pantalones súper cortitos, enseñando casi las cachas, exhibiendo su cuerpo, en tenis Jordan, con sus medias casi llegan a las rodillas, en chancletas, en dubi...por ahí, semidesnudas, sin brasier, pantalones sin pantis, se pasan gritando...” Grupo Focal #4- Chicos
- “Mastica chicle, y le gusta hacerse las tetas y todas las nalgas... y se visten con bien poca ropa... se le ven los pantis.” Grupo Focal #3- Chicas

Por otro lado, un grupo focal de chicas, al ser cuestionadas sobre el significado de “gata”, explicó que el término igualmente proviene de las canciones del reggaetón. Explicaron que esas canciones son las que más se escuchan y que los chicos quieren emular a los cantantes destacados de ese género musical para sentirse importantes.

El uso de las redes sociales, el celular, los mensajes de texto, el envío de fotos y todo tipo de tecnología es un mecanismo usual de control que ha crecido exponencialmente en los últimos años (Facebook, Instagram, WhatsApp, Facetime, Twitter, Snapchat...).

Entre todos los grupos de participantes, incluyendo los jóvenes de ambos sexos, surgió que el uso de aparatos tecnológicos como el GPS, celulares y las redes sociales son instrumentos de control tanto de las salidas como de los horarios, y los utilizan para verificar los movimientos y la veracidad de lo que dicen sus parejas. A su vez, ello provoca muchas tensiones y discusiones entre los jóvenes por las redes. Las parejas inclusive intercambian contraseñas y los emails. Los jóvenes se conocen mediante las redes y muchos comienzan sus relaciones de pareja sin haberse visto en persona.

Por otro lado, las llamadas telefónicas reiteradas se identificaron como el mecanismo de control que más frecuentemente utilizan las chicas sobre los chicos, aunque este mecanismo es igualmente utilizado por los varones. Ellas lo utilizan mayormente para cotejar las llamadas que él genera, y ellos para cotejar las llamadas que ellas reciben.

Todos los grupos participantes identificaron la limitación a las amistades de la pareja como un mecanismo de control que aunque utilizado por ambos, se evidencia como una expresa limitación por los chicos sobre su pareja. El resultado es el aislamiento de la pareja de su antiguo grupo de amistades. Esto cobra mayor importancia porque esas amistades pueden constituir el grupo de apoyo que pueden necesitar las jóvenes en caso de violencia.

Cabe destacarse la diferencia en la razón para el aislamiento: en el chico la prohibición a la chica produce el aislamiento de ésta, mientras que en los chicos el aislamiento de sus amistades, cuando se produce, es el resultado de un acto voluntario de él que prefiere estar con la pareja que con el antiguo grupo de amistades.

Se debe destacar la preocupación que presentó una maestra por el intento de un chico de usar la oferta de dinero para lograr que las jóvenes accedieran a salir con él. Igualmente relató la exigencia de un chico a tener acceso al celular de la chica, ya que él era quién lo costeaba. Por otro lado, surgió también en un grupo focal de chicas la referencia a mujeres, categorizadas como “chapiadoras”, definidas como aquellas mujeres que le gusta estar con hombres que le ofrecen dinero.

## **COMPARACIÓN DE LA MANIFESTACIÓN DE LA VIOLENCIA ENTRE JÓVENES Y ADULTOS ■**

Entre los grupos participantes parece existir la creencia de que la violencia que se manifiesta entre parejas de jóvenes, exhibe manifestaciones similares a la que ocurre entre adultos. Sin embargo, opinan que es menos frecuente y menos severa entre las parejas de jóvenes que entre las parejas de adultos.

## **VIOLENCIA EN PAREJAS DEL MISMO SEXO Y DIFERENCIAS CON LA VIOLENCIA ENTRE PAREJAS HETEROSEXUALES ■**

Todas las personas entrevistadas coincidieron en que no son muy visibles parejas de chicos o casos de violencia entre ellos en estas edades. Por el contrario, hubo consenso de que son más visibles las parejas de chicas, y se producen más incidentes y más agresividad entre parejas de chicas que entre parejas de chicos.

Las Procuradoras informaron que no han referido a sus oficinas casos de violencia entre parejas de jóvenes del mismo sexo.

### **Frecuencia** ¿Cuánta es la violencia entre las parejas de jóvenes?

La mayoría de los grupos participantes manifestaron que la violencia entre parejas de jóvenes es frecuente.

Los grupos participantes expresaron que la manifestación de violencia más frecuente entre parejas de jóvenes es la violencia verbal, los insultos, el control y las malas palabras. Hubo discrepancia en la apreciación de los y las profesionales entrevistados sobre la frecuencia de los incidentes de violencia física, pero esto, puede explicarse por el perfil de la población que cada una de ellas atiende. Las maestras, maestros y trabajadoras sociales expresan en que no es frecuente la violencia física, más sí la violencia verbal y las manifestaciones de control ya discutidas.

Las Procuradoras, por el contrario, reciben casos en los que ha ocurrido violencia física, la manifestación de violencia considerada más grave y más fácil de evidenciar en un tribunal. La violencia emocional, sea por control o por amenaza, depende de la credibilidad de los testigos y en el caso de la emocional, requiere de evidencia de un patrón de conducta reiterado. Eso puede explicar la ausencia de presentación de casos.

Vale destacar que, a pesar de que la pregunta sobre la frecuencia de la violencia en las parejas jóvenes no se le presentó a los grupos focales, las investigadoras pudieron observar que éstos identificaron las siguientes manifestaciones de violencia que ocurren frecuentemente: violencia verbal, control y algunas físicas como “jamaqueos”, jalones y apretones.

#### **COMPARACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES DE LA VIOLENCIA, CUANDO ÉSTA VIENE DEL HOMBRE HACIA LA MUJER O SI DE LA MUJER AL HOMBRE ■**

El consenso tanto de los profesionales como de madres y padres entrevistados es que usualmente el varón es la parte agresora, aunque no es inexistente la agresión de la chica hacia su pareja varón. La violencia de la chica hacia el varón en las parejas de jóvenes se presentó por los grupos participantes como una acción defensiva en reacción a una agresión previa del chico.

#### **ACTITUDES EN TORNO A LA VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA ENTRE JÓVENES ■**

Actitudes se refiere a la evaluación positiva o negativa de la violencia en las relaciones de pareja que se produce a través de creencias, pensamientos e ideas aprendidas social y culturalmente, sobre las relaciones entre los géneros.

#### **ACTITUDES DE LOS JÓVENES HACIA LA VIOLENCIA, SEGÚN LOS Y LAS ENTREVISTADAS ■**

##### *Normalización de la Violencia*

Todas las personas entrevistadas, así como las y los jóvenes que participaron en los grupos focales indicaron que rechazan la violencia en las relaciones de pareja de jóvenes. Sin embargo, señalaron que esta violencia se presenta de forma generalizada y se manifiesta en las parejas de

jóvenes de forma verbal, física, persecución a través de las redes sociales y el teléfono móvil, control de la ropa, las actividades y las amistades y los celos posesivos.

Este tipo de conducta, en muchas ocasiones, no se identifica como violencia contra la pareja. Los y las jóvenes interpretan estas conductas como parte normal de la relación e incluso, algunos justifican el uso de la violencia y el control como expresión de amor e interés en la pareja. Es interesante destacar que esta información emergió espontáneamente de las personas entrevistadas, incluyendo a los y las jóvenes, y no en respuesta a preguntas específicas de las investigadoras. No había una pregunta sobre cuán normal entendían esta violencia.

No es hasta que la violencia se torna física o si un adulto interviene que los jóvenes identifican como violencia expresiones verbales, malos tratos, amenazas y control.

### **VISIÓN DEL SENTIDO DE POSESIÓN COMO AMOR ■**

Esta categoría surgió en todas las respuestas de los tres grupos de profesionales entrevistados, las madres y las jóvenes que participaron en los grupos focales. Hay una actitud generalizada entre los jóvenes en relaciones de pareja que denota la visión de la posesión como expresión de amor; los varones ejercen acciones y reclamos de posesión sobre las chicas y estas las interpretan como expresiones de amor.

Las y los jóvenes identifican los celos como una conducta bastante común en las parejas de jóvenes, pero indican que en exceso denota inseguridad, falta de comunicación y desconfianza. De otra parte cuentan que algunas personas entienden que si su pareja no les cela es que no les quiere, así que observan la tendencia entre las y los jóvenes a aceptar manifestaciones de celos como amor.

### **ACTITUDES HACIA LAS RELACIONES DE PAREJA (DEFINICIÓN DE “NOVIAZGO”) ■**

Las entrevistas y los grupos focales revelan que las relaciones de pareja entre los jóvenes se inician de manera muy informal, hasta mediante mensaje de texto, y que entre la juventud no se utiliza frecuentemente el concepto novios. En su lugar, se utiliza una gama de vocablos para referirse a la pareja que incluyen desde los inocuos hasta los ofensivos, sobre todo para las mujeres: jevo, jeva, mi mujer, mi marido, saliendo juntos, amigos con privilegios, amiguitos, marinovios, gata, gato y bebé. Los y las jóvenes indicaron que los últimos dos conceptos son producto de la cultura popular, en particular el reggaetón.

## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES, MADRES Y PADRES HACIA LAS RELACIONES DE PAREJA DE JÓVENES ■**

Todas las personas entrevistadas tienden a compartir la visión de que las relaciones de pareja entre jóvenes son inestables, cambiantes, efímeras y en muchas ocasiones incluyen relaciones sexuales aún en los inicios de la misma, en las etapas en las que apenas se conocen.

Los profesionales entrevistados aceptan que es una realidad actual que los jóvenes establecen relaciones de pareja, incluyendo relaciones sexuales, en edades tempranas. Indicaron observar una tendencia y actitud entre las y los jóvenes a salir de una relación y entrar a otra con persona distinta con mucha facilidad generando así un cambia-cambia que fomenta situaciones de violencia. Dos de las tres madres entrevistadas, mostraron incomodidad ante las relaciones sexuales tempranas y las relaciones de pareja cambiantes.

## **ACTITUDES DE LAS Y LOS JÓVENES PARTICIPANTES HACIA LAS RELACIONES DE PAREJA DE LOS JÓVENES ■**

Las chicas que participaron en los grupos focales resaltaron la naturaleza poco formal de las relaciones de pareja entre jóvenes y adolescentes. Sus comentarios denotan diferencias entre los grupos de chicas. El Grupo Focal #1 compuesto por chicas entre las edades 13 a 15 años y provenientes de escuelas públicas del área oeste de la Isla, expresaron que las relaciones de pareja deben ser de confianza y llenar el vacío que pueden sentir ante situaciones de tensión o dificultades. Incluso algunas de las participantes en este grupo focal criticaron el tipo de relación que llamaron “truco” o “truquito”, relaciones en las que se besan, se tocan y hasta pueden tener relaciones sexuales pero sin compromiso alguno.

De otra parte, el Grupo Focal #3 de chicas entre las edades de 15 a 18 años, provenientes de escuelas privadas y públicas de la zona metropolitana mostraron una actitud más abierta hacia la exploración de relaciones de pareja más informales. Una de las participantes en este grupo focal mencionó con naturalidad el tipo de relación fuck buddy que resulta parecido al truquito criticado por las chicas del área oeste. Estas actitudes hacia las relaciones de pareja de jóvenes, podrían explicarse por las diferencias de edad, tipo de escuela a la que asisten o por la región geográfica en que residen y estudian.

## **ACTITUDES DE LOS Y LAS JÓVENES PARTICIPANTES HACIA LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA DE JÓVENES ■**

Los y las jóvenes que participaron en los grupos focales mostraron rechazo a la violencia en las relaciones de pareja. Entre los varones se mencionó el masoquismo como explicación para la violencia.

**ACTITUDES DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES SOBRE LAS  
DIFERENCIAS EN LA VIOLENCIA DE ACUERDO A SU ORIGEN  
(SI LA ORIGINA EL HOMBRE O LA MUJER) ■**

Se auscultó durante la investigación si la violencia en la pareja es igual cuando proviene de un chico hacia una chica a cuando es la chica quien ejerce la violencia. Hubo consenso entre las personas participantes en las entrevistas y los grupos focales de que la violencia ocurre mayormente de varones hacia mujeres.

Algunos, sin embargo, señalaron que las mujeres utilizan más la violencia verbal, mientras que los varones tienden a utilizar la violencia física, el control y los celos. Las chicas tratan de controlar la vida social de sus parejas, pero los chicos controlan desde la vida social, hasta la forma en que visten y a quién visitan sus parejas. Sin embargo, los varones que participaron en los grupos focales señalaron que las mujeres son las que le pelean a los varones aunque sí acotaron que los que “jamaquean” a las muchachas son los varones.

Algunos de los profesionales entrevistados mencionaron el aumento en los incidentes de violencia por parte de las chicas.

**ACTITUDES DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES SOBRE SI HAY  
DIFERENCIA EN LA VIOLENCIA ENTRE PAREJAS DE JÓVENES Y DE ADULTOS ■**

En torno a si la violencia entre parejas jóvenes es igual a la violencia entre adultos, encontramos consenso entre los profesionales entrevistados quienes indicaron que es similar. Sin embargo, la mayoría de las madres y el padre participantes tiende a sugerir la postura de que la violencia en parejas jóvenes es distinta a la violencia entre adultos, excepto por lo manifestado por una de los cuatro progenitores entrevistados.

Esta actitud es contraria a lo expresado en general por los y las profesionales entrevistadas, lo que puede denotar negación sobre la magnitud del problema o aceptación de ciertas formas de violencia como normales. De otra parte, la violencia en las parejas de jóvenes usualmente no ocurre en los hogares de estos, sino en los espacios donde interactúan, como la escuela o lugares de diversión, espacios en los que no se encuentran los progenitores. Estas circunstancias podrían explicar el que algunos de los jóvenes que participaron en los grupos focales comentaron que los padres no les atienden, no están al tanto de lo que les ocurre a los y las jóvenes.

Los y las jóvenes, de otra parte, entienden que la violencia ejercida en parejas de jóvenes es diferente a la que ejercen los adultos y ofrecen como explicación para dicha diferencia que las parejas no viven en el mismo lugar, no están casadas.

## **ACTITUDES SOBRE LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJAS DEL MISMO SEXO ■**

Sobre las parejas del mismo sexo y si se produce violencia entre estas, tanto los profesionales como los jóvenes confirmaron que en su entorno existen estas parejas y que son más aceptadas en la actualidad. Sin embargo, las jóvenes del grupo focal llevado a cabo en el área oeste de la Isla indicaron haber presenciado situaciones de acoso en las escuelas contra las parejas de chicas y actos grupales de violencia contra estas.

Por otro lado, los y las jóvenes expresan que las relaciones de parejas entre dos chicas son más visibles que las relaciones entre dos chicos. Indicaron que esto se debe a los roles que se asignan a los hombres en nuestras sociedades.

## **ACTITUDES Y CREENCIAS SOBRE LAS CAUSAS U ORÍGENES DE LA VIOLENCIA EN PAREJAS DE JÓVENES ■**

Todas las personas que participaron en la investigación indicaron que el modelaje en la familia y la falta de confianza en los progenitores y de atención por parte de estos son causas de la violencia en parejas de jóvenes. Sin embargo, es interesante notar, algunas diferencias entre las visiones de los jóvenes y las de los adultos. Los y las jóvenes resaltaron el impacto que tiene la cultura popular en el mantenimiento de los roles tradicionales de género y la violencia en la pareja y en general.

Los comentarios sobre las causas y orígenes de la violencia provenientes de las personas entrevistadas y de los y las jóvenes que participaron en los grupos focales denotaron algunas diferencias entre las y los profesionales, progenitores y jóvenes. Estas diferencias pueden estar cimentadas en el acceso a información que tiene cada grupo sobre el fenómeno de la violencia.

También se observan diferencias entre las chicas y los chicos. El Grupo Focal #3 de chicas, entre las edades de 15 y 18 años, resaltó la participación de la sociedad, la religión y la cultura popular - las telenovelas y el reggaetón - en el auge de la violencia en la pareja. En los grupos focales de varones se mencionó el masoquismo como una causa y se hizo referencia a programas de televisión que muestran a mujeres que no quieren que la Policía intervenga con el agresor. Es decir, aunque los varones aceptan que la violencia ocurre mayormente hacia las chicas, no asumen responsabilidad por dicha tendencia, sino que tienden a culpar a la víctima y a repetir mitos comunes en torno al masoquismo y la provocación como causas de la violencia.

Cabe resaltar que al finalizar el Grupo Focal #5 de chicos entre las edades de 15 y 18 años y residentes de Santurce, todos hablaron a la vez diciendo que la letra de las canciones de reggaetón

no las pueden ni repetir, “cosas horribles”. Buscaron canciones y facilitaron que las dos investigadoras que dirigieron el grupo focal escucharan unos minutos de dichas canciones en YouTube. Mencionaron específicamente las canciones de reggaetón: Esclava, Ella y yo, Tú me enamoraste. Relataron que si caminan por el residencial de un lado a otro, esa es la música que se oye todo el camino. Un chico en particular indicó que “Esa música desvaloriza a la mujer...”

### **CIRCUNSTANCIAS QUE AMARRAN ■**

Entre las circunstancias que amarran a una persona a una relación violenta, los profesionales entrevistados identificaron una red de eventos, emociones y situaciones confrontadas por las personas victimizadas que les hacen permanecer en dichas relaciones. Entre otras señalaron: el miedo, sentimientos de culpa, el machismo, falta de controles y apoyos familiares, sentimientos de amor hacia la pareja, desconocimiento de los remedios y servicios disponibles y ver la violencia como algo normal. Las madres y el padre señalaron el miedo al qué dirán como una de las razones por las que a veces no se interviene para romper el ciclo de violencia.

Los jóvenes, por su parte, resaltaron la falta de confianza con sus progenitores y la falta de atención y apoyo por parte de estos, mientras que los grupos de varones además mencionaron el masoquismo, que a las mujeres les gusta que les peguen y que ellas en ocasiones provocan la violencia. Nuevamente en este rubro resalta la diferencia entre las y los profesionales y los jóvenes varones quienes, por desconocimiento de la existencia de estudios e investigaciones científicas, utilizan los mitos generalizados sobre el fenómeno de la violencia para justificarla.

### **REMEDIOS DISPONIBLES A LOS ADOLESCENTES QUE RECIBEN VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA (ACCESO A LA JUSTICIA) ■**

#### *Adiestramientos/Educación*

Todos los grupos participantes informaron que no han recibido adiestramientos sobre el tema de violencia en las parejas jóvenes. Las Procuradoras indicaron que los Procuradores y Procuradoras no reciben adiestramientos específicos para atender y manejar los casos de violencia en la relación de parejas de menores de edad. Aunque se les adiestra sobre la Ley 54 y, más recientemente, sobre políticas de equidad.

Los/as funcionarios/as escolares indicaron que tampoco se les adiestra sobre esta problemática ni cómo educar o intervenir de ser necesario.

Los/as funcionarios/as escolares indicaron que en ocasiones han recibido materiales para educarse y educar a los estudiantes pero estos son muy esporádicos y no existe disposición



o curso permanente en el currículo. Indicaron que tampoco existe una política en la escuela para educar sobre la violencia.

Estos funcionarios escolares señalaron que las actividades educativas que se ofrecen son mayormente, por iniciativa de los mismos maestros, maestras o de los trabajadores y trabajadoras sociales.

Las madres y el padre indicaron que el Departamento de Educación no ofrece adiestramientos para los padres en temas de género o violencia en las parejas jóvenes.

Los y las jóvenes por su parte, indicaron que no hay adiestramientos sobre este tema en las escuelas o de haberlos son inadecuados.

Un hallazgo de fundamental es que se confirmó por los profesionales, que no hay psicólogos en las escuelas en incumplimiento con la Ley 170 del año 2000 que requiere la presencia de estos profesionales de la conducta en los planteles escolares.

## **PRÁCTICAS, PROCESOS Y PROTOCOLOS EN ESCUELAS PÚBLICAS, AGENCIAS Y COLEGIOS PRIVADOS ■**

Los funcionarios escolares y las Procuradoras señalaron que no existen protocolos específicos para atender las situaciones de violencia en parejas jóvenes en las escuelas públicas o privadas. Reconocieron además que no hay un protocolo en el Departamento de Justicia para el manejo particular de estas situaciones de menores. Aunque, existe un protocolo para situaciones de violencia entre adultos.

En ausencia de un protocolo formal, estos funcionarios indicaron que la práctica es referir la situación a la trabajadora social de la escuela cuando se adviene en conocimiento de una situación de violencia entre jóvenes.

Las trabajadoras sociales, a falta de protocolo, hacen una intervención en la que pueden optar por dar orientación, ofrecer charlas sobre algún tema, y luego de hablar con el director o directora de la escuela, llamar separadamente a los padres de cada joven. Si los padres no están de acuerdo con la solución identificada por la escuela, pueden denunciar la situación a la policía. En casos graves, las y los trabajadores sociales han llamado a la policía. En algunos planteles escolares parece haber agentes policíacos asignados que son los que investigan, citan al cuartel, y someten una investigación, si lo entienden, a la Oficina de los Procuradores de Menores.

La Procuraduría de Menores recibe situaciones que ya han sido manejadas por la División de Violencia Doméstica de la Policía o por la División de Delitos Sexuales. Los y las Procuradores entonces citan, entrevistan a las partes y testigos, y pueden ofrecer una orientación a las partes involucradas o someter formalmente un caso al tribunal.

Las madres y el padre indicaron que los procedimientos en la escuela son irregulares o inadecuados y que las trabajadoras o trabajadores sociales no atienden de manera efectiva los casos. Siguiendo la normativa jurídica vigente, los tribunales exigen la presencia de los padres para suplir la capacidad de los menores, ya que sin ellos no pueden someterse los casos, excepto que el Departamento de Familia tenga la custodia del o la menor.

Las Procuradoras aclararon que los tribunales expiden Órdenes de Protección bajo Ley 54 si hay relaciones sexuales y en caso de no haberlas, bajo Ley de Acecho. Expresaron que también utilizan diversas disposiciones del Código Penal.

Las Procuradoras de Menores expresaron que en colegios privados las situaciones de violencia entre parejas se trabajan internamente por la dirección. En consecuencia, estos incidentes nunca llegan a la Oficina de los Procuradores de Menores a menos que los padres de la estudiante perjudicada no estén de acuerdo con la solución promovida por la escuela y decidan denunciar formalmente a través del sistema de justicia.

Los y las jóvenes indicaron que en las escuelas, los casos de violencia en las parejas de jóvenes, se manejan internamente y como cualquier otro caso disciplinario que podría terminar en expulsión o cambio de escuela. Las y los jóvenes no mencionan intervenciones para manejar el asunto desde una perspectiva de género.

### **RESTRICCIONES A LA CAPACIDAD JURÍDICA DE OBRAR ■**

Al no reconocerles en el Código Civil a los menores de 21 años, capacidad jurídica para obrar, tanto los maestros, maestras, trabajadoras sociales y Procuradoras entienden limitada su posibilidad de intervenir sin la presencia y consentimiento de los padres y madres aun cuando la doctrina jurisprudencial reconoce derechos constitucionales a los/as menores.

### **ALEGACIÓN DE FALTA DE INTERÉS DE LA VÍCTIMA ■**

Las Procuradoras participantes en este estudio indicaron que los casos de violencia entre parejas de jóvenes en ocasiones no prosperan por lo que llaman “falta de interés de la víctima”. Sin embargo, ambas admitieron que las menores tienden a ofrecer la información necesaria para proceder cuando se buscan las maneras de infundirle sentido de confianza y seguridad, expli-

cándole las garantías de protección que pueden tomarse en su beneficio y recalcándoles que no son las responsables de la violencia en su contra.

Este relato de las Procuradoras entrevistadas evidencia que, en los casos de violencia entre parejas de menores, se repite la situación que se ha estudiado en los casos de adultos en las que la víctima expresa “no tener interés” o “no querer” proseguir con el caso. Innumerables investigaciones académicas publicadas reiteran que estas conductas muchas veces son estrategias defensivas motivadas por el miedo a represalias, por temor por su seguridad y por la desconfianza en la efectividad de las soluciones que puedan surgir del sistema judicial. Por ello, se recomienda que en la atención y manejo de estos casos se establezcan sistemas integrados de apoyo que provean información, servicios de apoyo y atención especializada a la persona que ha sufrido violencia por parte de su pareja.

Una de las madres entrevistadas sostuvo que esto sucede por temor a los padres.

### **INTERACCIÓN ENTRE AGENCIAS ■**

Los funcionarios escolares y Procuradoras de menores manifestaron diversas interacciones con otras agencias de gobierno. Al no existir un protocolo interagencial, sus acciones demostraron improvisación, falta de uniformidad en los referidos, falta de comunicación y seguimiento. Las maestras y maestros indicaron que luego de que refieren situaciones, no reciben información de cómo se trabajó la misma, ni si corresponde darle algún seguimiento.

Si los integrantes de la pareja son menores de edad, las trabajadoras sociales refieren el caso al Departamento de la Familia. Indicaron insatisfacción con la manera en que el Departamento atiende estos casos. Las Procuradoras de Menores indicaron que acuden al Departamento de la Familia si el menor incurso tiene un bebé para que obtenga servicios, por ejemplo, talleres de cómo ser buen padre.

Estas funcionarias indicaron además, que si el menor incurso quiere relacionarse con el bebé, lo refieren al Departamento de la Familia para hacer un estructurado para pueda recibir servicios y relacionarse con su hijo.

### **REMEDIOS Y SERVICIOS ■**

Todos los grupos participantes indicaron falta de acceso a remedios y servicios especializados para atender situaciones de violencia en parejas jóvenes. Las Procuradoras de Menores indicaron que existen servicios para los menores incursos, pero para las víctimas sobrevivientes solo existen referidos a la División de Víctimas y Testigos del Crimen. Reconocen que su trabajo les limita a atender solamente los casos desde el punto de vista legal.

Los funcionarios escolares indicaron que no hay servicios especializados para atender estas situaciones en las escuelas. Tampoco existen instituciones que ofrezcan estos servicios en la comunidad. Aunque, mencionaron algunos tales como, INSPIRA, ODIM, Centro de la Mujer Dominicana, Oficina de la Procuradora de las Mujeres. Por último expresaron desconocer si éstos ofrecen servicios a menores en relaciones violentas de pareja.

Las madres y el padre indicaron que los jóvenes no utilizan los servicios que están disponibles para trabajar con asuntos relacionados a violencia en la pareja.

Los y las jóvenes manifestaron total desconocimiento sobre la Ley de Violencia Doméstica, Ley de Acecho o que cualquier legislación de este tipo les aplique.

Algunos de los y las participantes informaron que existe duda sobre si los remedios legales deben ser utilizados en casos de menores de edad.

#### **¿A QUIÉNES ACUDEN LOS JÓVENES EN BUSCA DE AYUDA? ■**

Todos los grupos participantes coincidieron en que los y las jóvenes acuden a sus pares en busca de ayuda cuando surge una situación de violencia con su pareja. Indicaron que casi nunca acuden a sus padres, pero si lo hacen acuden a la madre o alguna maestra o adulto de su confianza. Los y las jóvenes expresaron que la razón para acudir a las amistades en primer lugar, es por temor o falta de confianza con los padres/madres. Es de interés particular que solo algunos de los jóvenes del Grupo Focal #4, mencionaron que acudirían al trabajador social de su escuela.

Pueden también acudir a una maestra con la que hayan desarrollado confianza. En ocasiones quien acude a la maestra o a la trabajadora social son las amigas, terceros que se toman la iniciativa de buscar orientación o ayuda.

Hay gran temor de que el relatar incidentes de violencia provoque la intervención de agencias del estado con consecuencias negativas para sí o su familia.

Los y las jóvenes indican de manera definitiva que en su gran mayoría acuden a sus amigos o amigas. Además, manifiestan que en ocasiones no acuden a sus padres o madres por temor.

#### **RECOMENDACIONES ■**

Las investigadoras analizamos e interpretamos las entrevistas, buscando contestar las preguntas de investigación con el propósito de formular unas recomendaciones. A base de la información recopilada y tomando en consideración las recomendaciones que los grupos participantes nos

presentaron, recomendamos unas acciones que atienden tanto las deficiencias en la prestación de servicios a esta población, como la falta de una campaña educativa coherente y efectiva que impacte a los y las jóvenes, en particular, a los profesionales que prestan servicios a éstos y a sus progenitores.

1. Adoptar mediante legislación u Orden Ejecutiva una política pública clara, coherente y coordinada dirigida a establecer mecanismos y estrategias educativas, de prevención y de intervención para atender específicamente la violencia entre jóvenes en relaciones de pareja.
2. Considerar la aprobación de legislación que permita a cualquier joven en situación de violencia en la pareja, acudir a los tribunales a obtener una orden de protección al amparo de la Ley 54.
3. Considerar la aprobación de legislación que permita el acceso a la protección de la Ley 54 cuando se trate de relaciones de pareja de jóvenes, sin tener que presentar prueba de relaciones sexuales.
4. Implementar y cumplir con la Ley 170 del año 2000, para que se garantice la presencia de psicólogos y psicólogas en los planteles escolares.
5. Desarrollar Protocolos de Intervención en cada agencia clave que contengan disposiciones para la atención coordinada entre estas en la prestación de servicios y en el manejo de las situaciones de violencia que surjan entre parejas de jóvenes.
6. Desarrollar un Plan de Acción que incluya el ofrecimiento mandatorio de adiestramientos al personal de esas agencias. El mismo debe incluir educar sobre las causas de la violencia entre parejas, el propósito y contenido de las políticas adoptadas, los protocolos aprobados y las obligaciones y responsabilidades específicas que surgen de dichos documentos para las respectivas agencias. El Plan de Acción debe incluir además estrategias de prevención y la creación de sistemas de adiestramiento y apoyo a los y las jóvenes así como a sus madres y padres.
7. Establecer una Comisión Interagencial con la facultad de fiscalizar el cumplimiento por parte de las agencias concernidas con las obligaciones establecidas en el Plan de Acción y en los protocolos adoptados. Esta Comisión debe estar integrada por representantes de las agencias clave así como de entidades especializadas en el tema de violencia entre parejas.
8. Establecer una agenda periódica y permanente de educación y actividades formativas que incluyan explicaciones sobre la conexión entre la violencia en la pareja y las concepciones tradicionales de género, cómo afectan las relaciones de pareja la visión histórica, tradicional sobre el rol de las mujeres en la sociedad y la familia, las diversas instituciones y prácticas sociales que inciden en que se perpetúe la violencia y en el hecho de que sean las mujeres las principales víctimas del problema, los mitos e ideas equivocadas sobre las causas y origen de la violencia y de los remedios disponibles.

Estas actividades educativas y formativas deben ofrecerse en varios niveles:

a. Departamento de Educación:

- i. A las y los funcionarios escolares que atienden a la población estudiantil, incluyendo al personal administrativo, de mantenimiento, de comedores escolares y guardias de seguridad, incluyendo instrucciones específicas sobre el manejo de casos y la sensibilización con perspectiva de género.
- ii. A los padres y las madres, con énfasis en orientarlos sobre cómo ayudar a los y las jóvenes a manejar situaciones de violencia, sensibilización con perspectiva de género y sobre comunicación efectiva con sus hijos e hijas.
- iii. A los y las estudiantes de nivel intermedio y superior, utilizando mecanismos diversos como, jóvenes que les hablen de situaciones de violencia que enfrentaron de con sus parejas, adiestramiento de pares, manejo de situaciones de violencia de sus amigos o amigas y sensibilización con perspectiva de género.

b. Departamento de Justicia y Tribunales:

- i. A los Procuradores y las Procuradoras de Menores, que incluyan instrucciones específicas sobre el manejo de casos y sensibilización con perspectiva de género.
- ii. A los Jueces y las Juezas, sobre las manifestaciones y actitudes particulares de la violencia en las relaciones de parejas de jóvenes.

9. Desarrollar campañas de sensibilización y concienciación dirigidas a los padres y madres sobre la necesidad de que presten atención y apoyo a sus hijos e hijas, particularmente ante situaciones de violencia con sus parejas.
10. Desarrollar campañas en las redes sociales, preparadas por y dirigidas a jóvenes, sobre las manifestaciones de la violencia en la pareja y los remedios disponibles.
11. Incorporación de los temas de violencia en la pareja en el currículo con perspectiva de género que está implantando el Departamento de Educación.
12. Establecer sistemas integrados de apoyo que provean información, servicios de apoyo y atención especializada a la persona que ha sufrido violencia por parte de su pareja, evitando así el miedo a represalias, temor a su seguridad y desconfianza el sistema judicial que, en ocasiones, llevan a la víctima a expresar no interés en proseguir el proceso contra la parte agresora.
13. Establecer mecanismos para hacer acopio de datos y estadísticas sobre las manifestaciones, frecuencia, e intervención con la violencia en parejas de jóvenes y publicarlas para conocimiento general.

Surgieron en el curso de la investigación unos temas y factores que no constituían en esta etapa parte de nuestro estudio pero que entendemos inciden de manera significativa en el análisis del problema de la violencia entre parejas de jóvenes y en la violencia de género en particular. Consideraciones sobre la inherencia del reggaetón y la cultura de sus “líricas”, los diversos mecanismos que utilizan las diferentes clases sociales en la búsqueda de estrategias para prevenir e intervenir con las manifestaciones de violencia entre los jóvenes, la comunicación entre padres/madres e hijos/hijas así como el señalamiento de las diferentes manifestaciones de comportamientos entre las parejas lesbianas y de varones homosexuales, merecen un análisis más profundo que nos aprestamos a acometer próximamente. ☼

Perspectivas y desafíos de la salud pública en Iberoamérica constituye la memoria de los trabajos de la Quinta Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública, celebrada del 2 al 4 de mayo de 2016 por iniciativa de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

El objetivo principal del encuentro fue discutir los temas más diversos y apremiantes de la salud pública a nivel global, y reunir en San Juan, Puerto Rico, a los principales profesionales, investigadores y académicos internacionales en el área de la promoción de la salud. A estos se unieron activistas, periodistas, artistas y expertos en gestión pública relacionada con temas de acceso a la salud para trabajar por tres días, bajo el lema “Solidaridad Política y Ciudadana por la Salud”, en lo que fue una invitación a la reflexión, análisis crítico y compromiso para la acción de los sectores sociales, comunitarios y universitarios por la salud.

Los temas discutidos y recogidos en la presente publicación responden a las siguientes unidades temáticas: la equidad, la justicia social y los derechos humanos en salud; los determinantes sociales de la salud; las políticas, los modelos y los sistemas de salud; la participación social, comunitaria y universitaria en salud; el desarrollo sostenible y la salud ambiental; la salud y la prevención en el ciclo de vida; el enfoque de los entornos saludables; el arte y la salud pública; y los desafíos de la salud pública y la promoción de la salud.

Participaron en la conferencia profesionales, académicos e investigadores de Puerto Rico y de diez países, a saber, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, Estados Unidos, México, República Dominicana y Uruguay.

