

# Entrevista al Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director Emérito OPS

*Dr. C. Sepúlveda-Alvarez\**

**Dr. Carlyle Guerra de Macedo**, Director Regional Emérito de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) -título que comparte con el fallecido Dr. Abraham Horwitz- estuvo en Santiago después de unos 10 años de ausencia. Su propósito fue celebrar los diez años del Programa regional de Bioética que se iniciase en 1994 en acuerdo tripartito firmado por OPS con el Gobierno Aylwin y la Universidad de Chile. En el interregno, sí vino a Santiago, varias veces, en paradillas de 24-36 horas que no alcanzan el calificativo de "estadías". El interregno es largo, nostálgico, invitando la "saudade" nativa de nuestro entrevistado.

Ya en su discurso frente a los invitados de la celebración bioética, Carlyle habló de su deseo de "tener el corazón lo suficientemente amplio para abarcar este Chile de Arica a Punta Arenas". Chile es, en sus propias palabras, su segunda patria. La reminiscencia asoma ya, al cruzar la intersección de calles Holanda y Providencia, al divisar el edificio que lo acomodase con su familia durante los años setenta, cuando se desempeñara, en CEPAL, como Director de Adiestramiento del Centro Panamericano de Planificación de Salud.

Fué allí donde nos conocimos. En 1971, como Jefe de Planificación del Ministerio de Salud y del SNS, mi afinidad con el Centro era natural, en cuanto alumno y colaborador. Así, contribuiríamos ambos al desarrollo conceptual de un método de Formulación de Políticas y Estrategias en Salud, documento que -dice él hoy- aún tiene vigencia, al distinguir entre políticas "declarativas" y políticas "reales". Y no sólo en la salud, sino en todo el ámbito

político. Qué duda cabe! Basta comparar los discursos de candidatos y líderes continentales, con las acciones "reales" que desarrollan luego en el ejercicio de las funciones conseguidas.

## **Dr. Guerra, ¿Qué espera para la próxima década del movimiento por la Bioética, cuyo Programa para las Américas impulsase y que hoy celebra diez años de existencia?**

El progreso es lento. Verá Ud., la iniciativa bioética -que tenía proponentes poderosos en Chile mismo, el Doctor Julio Montt por ejemplo, a la sazón Ministro de Salud- debe ir más allá, pero incluyéndolas, de la deontología médica tradicional, más allá de la relación médico paciente. Se trata de los valores mismos de la vida en sociedad, de la raíz biológica del comportamiento, por ejemplo, de la inclusión de las preocupaciones de la moderna genética en la determinación de la conducta humana. Por tanto, en la determinación de las políticas públicas, expresión colectiva de tales conductas. Al crearse el programa de bioética -hoy Unidad de Bioética- yo esperaba llegar al análisis ético de esas políticas -un análisis crítico, centrado en los valores humanos. El avance de las políticas neo-liberales, el sacrificio de todo objetivo a aquéllos de ajuste macroeconómico, sin parar mientes en las personas, requería un instrumento de análisis ético de las propuestas sociales, gubernamentales o de la sociedad civil. La Organización Panamericana de la Salud no estaba preparada para este desafío que ya se aplicaba desde un punto de vista ambiental, enfoque que sí había logrado consenso internacional

\* MD. MPH, BSC (Anthr) Consejero General Colegio Medico de Chile, ex-Director Regional Adjunto, UNICEF.<csepulvedaal@mi.cl>

para evaluar políticas de desarrollo. Piénsese en el Acuerdo de Río de Janeiro ("la Agenda 21", por siglo XXI). Como Ud. dice, Claudio, hay aquí un cierto paralelo, cierta analogía, con el movimiento por los derechos, sobre todo de los niños, -que Ud. viviera intensamente. Hay una deuda del movimiento bioético con el de "Ajuste con rostro Humano" que UNICEF propulsase con efectividad en los años ochenta (los dos volúmenes de aquel estudio, liderado por Sir Richard Jolly, salen a relucir de un estante de mi biblioteca). No estamos aun allí, pero espero que el programa de bioética lo logre, en su momento.

### **¿Cómo compara este Programa con aquél de Planificación de Salud para las Américas que co-dirigiese con David Tejada, aún antes de ser elegido Director Regional de OPS? Qué impacto le otorga a aquellos años de esfuerzo?**

Son muy diferentes. El Programa de Planificación, la técnica misma sobre la que se basaba -el OPS-CENDES, recuerda?- era esencialmente un instrumento de gestión, una técnica de programación local, de micro-programación, a pesar de nuestros esfuerzos por desarrollar técnicas complementarias como la formulación de políticas y estrategias, el análisis legal, o el diagnóstico sectorial e institucional. Así, el enfoque era casi presupuestario, basado en una racionalidad que la conducta humana raras veces sigue: poner "todo" en orden. Como en esos circos chinos en que se hace girar un platillo de porcelana al tope de una larga pértiga: seis, siete, ocho... esperando que todos permanezcan girando, que ninguno se caiga. Qué esperanza !En algún momento, los ordenados platillos iniciales empiezan a caer y quebrarse! La búsqueda ética toma el camino inverso al de la micro-programación, pretende el ordenamiento de la acción política en salud por su extremo normativo, por los derechos que todos reconocemos, aun si en la practica, la violación es más la regla que la excepción.

Debe cambiar algún día. Como lo sabe Ud., soy y continuo siendo, un optimista.

### **¿Con beneficio de inventario: qué se quedo en el tintero durante su "tenure" en OPS?**

Más de lo que yo quisiera. Son tantas las demandas, el solo "rodaje" de la organización requiere ingente esfuerzo, dedicación... y tiempo. Pero si de-

biese destacar prioridades, diría que, en primer lugar, la **administración del conocimiento científico**, una dimensión que pusiésemos en el tapete y que hoy apoya e implementa con singular energía Mirtha Roses (flamante nueva Directora Regional, después de dos periodos de Sir George Alleyne, sucesor directo del Dr. de Macedo al frente de OPS). El conocimiento biológico y médico ha crecido exponencialmente en los últimos veinticinco años, desde las nuevas neurofisiología, inmunología e imagenología hasta la decodificación del genoma humano (De hecho, estamos ya cerca de lo que Edward O. Wilson bautizara como la "genética volicional": la humanidad podrá decidir, o no, qué pool genético prefiere; el dilema mefistofélico aggiornado por la ciencia !) Es preciso que el conocimiento no sólo se produzca, sino que se difunda... a tiempo, que "llegue" a destino, que justifique la confianza y los recursos que la sociedad le ha entregado a la ciencia.

También, la **prioridad política de la salud humana** como indicador de desarrollo. Una versión refinada del Índice de Desarrollo Humano, esa iniciativa que -en su momento- le predije al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que sería la obra que dejarían para la posteridad. Ya hoy, el Índice de Desarrollo Humano -imperfecto como es- permite reemplazar evaluaciones economicistas como el PIB per caput. Aún de mayor exactitud sería un indicador de la salud de los pueblos que diese la medida de la calidad de vida de esa sociedad. El economicismo fracasa en tal tarea.

### **¿Cómo evalúa Ud. el proceso de Reforma de la salud que se desarrolla en el Continente?**

Es una reforma de la fiscalidad, no una reforma de salud. Una reforma que, en su economicismo, trata de implementar los principios del Acuerdo de Washington, en momentos en que la mayoría re-piensa el tal acuerdo, considerándolo obsoleto y, aún, equivocado en gran parte de sus orientaciones. Comparado con los principios de Atención primaria de la Conferencia de Alma-Ata, me parece una contra-reforma. Aún así, la consideración del capital social -un gran avance de la teoría del desarrollo social- tiene a imponerse en su dimensión humana y ello permite abrigar esperanzas de redireccionamiento de la actual reforma de salud en el continente. La Reforma en Brasil es expresión de tal tendencia aún si su camino no ha sido, ni es, fácil. No es el caso de Chile -ya que me lo pregunta- lo que conozco de la reforma aquí, no es sino otra manifestación de reforma

fiscal, no de la salud. Ni lo es la reforma en Colombia, donde la ley 100 es la quintaesencia, del paradigma economicista aún imperante en el Banco Mundial, a pesar de los esfuerzos de Wolfenson (Presidente del Banco Mundial) para centrarse en la derrota de la pobreza, con enorme oposición interna. Por ello considero valiosa la declaración del nuevo Director General de OMS, Dr. Lee Jong-Wook -a quién conozco desde su ingreso a la organización- a *The Lancet*, en diciembre de 2003, donde enfatiza el regreso a los principios de APS, principios que él contribuyó a aplicar, con gran éxito, en su Corea natal. Creo que bajo su liderazgo asistiremos a un fortalecimiento y re-lanzamiento de la atención de salud primaria. El Banco Mundial deberá revisar posiciones, como ya empieza a hacerlo en su más reciente informe.

**¿Dónde deja el proceso de reforma, a la salud pública como campo interdisciplinario?**

**Fué Ud. guía principal del proceso y la publicación sobre renovación de la Salud Pública en las Américas que impulsase su sucesor, el Dr. Alleyne, publicado en 2002.**

**¿Qué destacaría de sus conclusiones?**

No hay duda que la salud pública necesita adaptarse a las nuevas condiciones del conocimiento, las nuevas realidades poblacionales y las demandas éticas, resistiendo las deformaciones introducidas por el mecanismo de mercado en salud. La Salud Pública debe reafirmar que la salud, de todos y de cada uno, es fruto de la existencia colectiva, no de la individualidad y ello no sólo a nivel psicológico donde es autoevidente -vivir en aislamiento es ya una dimensión de desequilibrio- sino en sus diferentes niveles bio-socio-psico-culturales. Que la Medicina y la Salud clínicas tienen su fundamento en la salud colectiva y el equilibrio ecológico. Que la responsabilidad por la salud es una responsabilidad colectiva, del Estado que cada sociedad se ha dado para evitar retroceder a condiciones pre-humanas, y que sólo es manifestación ilustrativa en el estado de salud de cada individuo. El rol subsidiario que el paradigma utilitario neoliberal pretende dar al Estado -al menos, en salud- es un retroceso de proporciones, que olvida la complejidad de los sistemas ecológicos, biológicos y humanos. No puede haber responsabilidad "individual" cuando el colectivo social contamina aguas, tierras y aire con residuos industriales, pesticidas y emanaciones -como los tetrafluoruros que depletan

la capa de ozono, en su mayoría a partir de países a los cuales NO se pertenece-, cuando no protege a sus infantes con alimentación y educación mínimas, cuando deja a una tercera edad en aumento sin los beneficios de una pensión y un acceso expedito y digno a servicios que se necesitan con frecuencia y profundidad acrecentadas. Debe reconocerse que la variabilidad de las condiciones de vida, y del conocimiento para enfrentarlas, hace todo arreglo institucional transitorio.

No obstante, un buen estado de salud, dinámico y equilibrante, que se presenta como configuración personal permanente, -nuestro "yo"- NO es transitorio, es una demanda permanente, afín a la vida misma.

**Con su experiencia, podemos pedirle una mirada a la "Bola de cristal". ¿Cuál sería su "imagen-objetivo de salud para las Américas" (recordemos la planificación de los años '70!!) para el año 2015 que, de acuerdo a la Cumbre del Milenio, debiera haber erradicado la pobreza...?**

Demasiado corto el plazo!! Una década apenas no es tiempo suficiente para alcanzar un nuevo equilibrio de las fuerzas ambientales -el propio ser humano entre ellas, convertido en fuerza casi tectónica que cambia el clima, la productividad agrícola, la penetración de los rayos ultravioletas, que agota recursos naturales almacenados por milenios, que amenaza modificar el propio genoma desarrollado a través de cientos de millones de años. No, no podría dar tal "imagen objetivo de salud". Pero sí podría indicar algunas de las prioridades más inmediatas. Controlar el hambre, primero. La Revolución verde se desgasta ya, bajan las reservas ambientales obtenidas en los años setenta y ochenta del pasado siglo. Luego, erradicar o controlar las enfermedades transmisibles e inmunizables, como ya lo hicéramos con la viruela, el sarampión, la poliomielitis quizá, las Américas a la vanguardia de tales logros. Alcanzar así, el acceso a la Salud para todos y **por todos**, ese objetivo primordial de la atención primaria de salud, de los servicios de salud, sólo realizable con el concurso activo, decisonal, de toda la población. Reconocer que el envejecimiento progresivo de la población mundial, consustancial al equilibrio demográfico estable -a obtener allá por mediados del siglo XXI- plantea problemas de atención nunca vistos hasta ahora, debidos a la masa demográfica misma, a la fragilidad de la edad tercera, por la emergencia sostenida de desequilibrios que eran sólo fugaces dada

la corta expectativa de vida que, hoy, rápidamente alcanza la centena de años como promedio.

Y, en paralelo, hacer frente a las nuevas patologías surgidas de la mayor libertad de mujeres, adolescentes y jóvenes, de la abundancia relativa del consumo, de la anomia que pervade las sociedades del mundo del siglo XXI y que pareciera ir de la mano con el progreso técnico y la adopción de valores intermedios -economicistas e inmediatistas- con pérdida de aquellos objetivos que han permitido la humanización progresiva de la especie homo sapiens y su posible libertad plena. La destrucción del equili-

brio ecológico "natural" conseguida (!) hasta hoy, requiere de un nuevo equilibrio -como se ha definido con razón, a la salud, pero a nivel superior- y cuya clave aún desconocemos pero que, más bien, rechazamos, en una carrera desenfrenada contra la Gaia original y que bien pudiera terminar en hecatombe o retrocesos tanto más graves cuanto perfectamente discernibles para las ciencias biológicas y sociales del nuevo siglo.

*Conceptos recogidos por Dr. Claudio Sepúlveda Alvarez.  
Santiago, 16 de Enero de 2004.*