

planificación de salud en américa latina: un replanteo

Tal vez haya sido más determinante la influencia que las formas iniciales de categorización han tenido en el desarrollo del pensamiento sobre planificación de salud que lo perceptible de manera inmediata. Todos los que comenzamos a ocuparnos del tema, iniciamos nuestras deliberaciones intentando definir operativamente la categoría salud, o sea en forma precisa, cuantificable y que conduzca a acciones definidas. Con mayor o menor sofisticación, todos fracasamos. En consecuencia pasamos a operar en torno a la categoría enfermedad, la cual participa de esas características operativas que señalamos antes. Aquí los planificadores tradicionales cometimos un error fundamental que, parafraseando un viejo tema de los administradores norteamericanos, podría caracterizarse así: al no poder definir lo que queríamos, quisimos lo que podíamos definir. La consecuencia de esa posición fue el énfasis de la planificación de salud en los aspectos preventivo asistenciales o, más generalmente, médicos del problema. Algunas concesiones se hacían, sin embargo, a los aspectos epidemiológicos a través de introducir programas de dotación de agua y mejoramiento de viviendas en los planes de salud, pero aún la justificación de los mismos era en términos de su contribución para la prevención de las enfermedades, siendo ésta última la categoría clave. Todo este esquema se montaba sobre la exigencia de algunas definiciones políticas previas, de las cuales la principal era someter la administración a los dictados del plan. A partir de allí, la organización del sector salud quedaba definida por las necesidades de la ejecución. Extraña inocencia.

Recapitemos: pensar la planificación desde la perspectiva de la enfermedad significa ir de las causas inmediatas de las mismas (etiología) a las causas mediatas (patogenia), al contexto causal (epidemiología) y por fin al contexto político social (sociología). Ese orden de pensamiento no hace sino duplicar la experiencia de resolución de los problemas. Pensar en etiología conduce a un enfoque asistencial; la patogenia lleva a la prevención; la epidemiología induce a mejorar las condiciones de vida, la sociología plantea como prioritaria la lucha por la organización o, en términos más crudos, por el poder. Este ordenamiento empírico de prioridades es el que transmitan la generalidad de los países, casi todos los de América Latina muchos de los cuales no han pasado de la 2da. etapa; pero además es difícil que pasen, porque lo siguiente sería tratar de impactar seriamente las condiciones de vida de la población lo cual, en términos concretos, significa mejorar la vivienda, las condiciones de trabajo, la higiene del ambiente y la educación del conjunto de la población. Estos propósitos estén en contraposición con la estructura socio-económica de los países subdesarrollados.

La combinación de capitalismo liberal y "favelas" no estimula la solución de la oferta de viviendas para los grupos de menor ingreso o marginales; si en esas condiciones el subsidio para la construcción de viviendas para estos grupos es "acusado" de socializante, el problema no tiene salida, ganan las favelas.

Las condiciones de trabajo inciden ampliamente sobre la tasa de ganancia del empresario: eliminar el ruido, calor o sustancias nocivas de un ambiente fabril eleva enormemente el costo de producción, lo cual elimina empresas marginales de mercados competitivos, o reduce el margen de ganancia a niveles no aceptables para empresarios de países subdesarrollados. En esas condiciones ocurren dos cosas: muchos obreros "aprovechan" el riesgo aumentado para obtener ventajas salariales que inciden menos en el costo que la solución del problema y la medicina del trabajo se transforma en un control policial del ausentismo; el resultado es un aumento de las enfermedades producido por las condiciones de trabajo.

La higiene del ambiente es otro de los problemas que se discute ampliamente y creo que mal, en la actualidad. Lo primero que debe percibirse es que la contaminación de la que se habla en los países desarrollados no es la misma que la del subdesarrollo y la miseria, a pesar de algunos aspectos comunes. Del lado industrial existe los residuos de la producción que causan trastornos por el vuelco de sustancias nocivas en el suelo, las corrientes de agua y el aire. Por parte del consumidor también se ejerce una acción contaminante al "producir" una cierta cantidad de residuos del consumo. Esos residuos son de distinto carácter en países pobres y ricos, lo cual supone problemas y soluciones diferentes. Como siempre, los países subdesarrollados se encuentran en las peores condiciones para enfrentar esos problemas, ya que no pueden implementar tecnologías no contaminantes (por su alto costo) ni enfrentar adecuadamente la eliminación de los residuos por una constelación de razones de las cuales creo que es predominante el grado de desorganización social. Pero además las países dominantes tienen un interés activo en mantener esta situación, ya que la división internacional del trabajo, dentro de una misma empresa multinacional, significa una importante reducción de los costos de esas empresas al utilizar mano de obra y tecnología más barata que la de los países centrales. El resultado para nuestros países es importar contaminación y exportar plusvalía.

La educación es importante porque sirve para conocer mejor el mundo e intentar convivir más adecuadamente en las condiciones del mismo o transformarlo. Por eso es que cuanto más gente sabe más, las condiciones de vida mejoran, aunque ese mejoramiento depende de la adecuación de la educación impartida a las condiciones del país en cuestión y de la estructura social del mismo, en el sentido de que las diversas "redes" (en el sentido que le dan Baudelot y Establet a este término) educativas tienden a reproducir las condiciones de reproducción social. A pesar de esta importante restricción política, la afirmación inicial sigue siendo válida. Sin embargo el enfoque que se da a la educación es el de insumo de producción, con la educación media como una especie de insumo generalizado por lo cual se insiste en su universalización, en tanto que la educación superior es un insumo específico, lo que condiciona la limitación a las perspectivas económicas. Consideramos este enfoque totalmente errado pero insuperable en las condiciones del subdesarrollo capitalista. Como el subdesarrollo capitalista siempre es dependiente, los excedentes de educación que a veces se producen son captados por los países centrales, llegándose al extremo que muchos países muy dependientes producen educación para los países centrales. Esta es una de las características diferenciales entre los países dominantes y dependientes, que demuestra la desigualdad en el comportamiento de unos y otros, al mismo tiempo que la consolida. De nuevo, es de interés de los países centrales mantener esta situación, eficazmente ayudados por el manejo que los grupos sociales dominantes en los países dependientes hacen del sistema educativo. Estas formas distorsionadas de educación no contribuyen para mejorar las condiciones de vida de la población en general.

Sólo un país de América Latina, se ocupó de la fase organizativa que se mencionó antes. Los resultados, en términos de salud de la población, fueron tan extraordinarios, que su ejemplo debe inducirnos a repensar la manera en que debe ser encarada la planificación. O sea, debemos intentar ver las consecuencias posibles de invertir la dirección de nuestro razonamiento, en cierta forma de pensar desde el punto de vista de la salud y no de la enfermedad.

El estado de perfecto bienestar físico mental y social no existe. Esta difundida definición de la Organización Mundial de la Salud no sólo es ahistórica y en consecuencia ideológica, sino que responde a una perspectiva de la clase burguesa en las formaciones capitalistas. Existe una estrecha correspondencia entre tener la propiedad (el dominio) y la posesión (el manejo) de los medios de producción, con la capacidad de los capitalistas para autodefinir su salud en los términos de la OMS. Para la clase obrera, ajena tanto a la propiedad como a la posesión de los medios de producción, su salud le es definida, implícitamente ya que no conviene hacerlo en forma explícita, como el mantenimiento de su capacidad de trabajo. Las consecuencias de este doble patrón para la organización de los servicios de salud es evidente: seguro social para los trabajadores, medicina privada de alta complejidad y sofisticación para la burguesía. Pero lo que sí existe es un condicionamiento social de la vida de cada individuo. El punto de partida debe ser, entonces, las condiciones en que se desenvuelve la vida social que son pertinentes para la situación de salud de la población. Esas condiciones constituyen la cuarta fase de la descripción anterior, o la primera fase del pensamiento sobre salud puesto ahora con los pies sobre la tierra. El enfoque sociológico lo que debe discutir, en concreto, es el poder en el terreno de la salud, su condicionamiento, la lucha por conquistarlo, las formas de su ejercicio, las organizaciones que lo canalizan, su coherencia y sus contradicciones. El aspecto dinámico de ese análisis es la historia, que no sólo explica la situación actual, sino que permite inferir las potencialidades futuras de su desarrollo. Esta manera de comenzar a pensar la salud, destaca inmediatamente el contenido político de la misma y el compromiso que debe asumir el planificador o administrador frente al problema.

La forma de iniciar el examen de una situación de salud (y no de enfermedad) es examinar la estructura de poder en lo que puede definirse como el sector, sistema u organizativas.

Una de las formas más frecuentes en que se maneja el poder administrativo sobre todo en los países capitalistas, es a través del financiamiento, pero no es la única; por ejemplo, la apropiación de ciertos recursos puede hacerse en forma directa, a través de empresas que pertenezcan al Estado. En este caso hay que financiar la producción del insumo (por ejemplo medicamentos) pero su apropiación y asignación puede hacerse en forma directa para los establecimientos usuarios propios, o a través de la venta (que contribuye al financiamiento de la producción a instituciones ajenas. En países de organización socialista esas formas directas de apropiación y asignación son frecuentes y una de las características importantes de los mismos.

En cuanto a los recursos humanos habrá que examinar fundamentalmente las formas de gestión, la composición o estructura y la utilización, pero sobre todo la coherencia entre las decisiones de gestión y utilización.

El manejo de la tecnología de salud es uno de los aspectos claves del manejo del poder en el sector. Está relacionado con la acumulación de capital y, sobre todo, con la dependencia del exterior. El prestigio de la tecnología "de punta" a través de los equipos sofisticados y el con-

trol del insumo aislado más importante de la actual tecnología de salud, el medicamento, pone en manos de los países avanzados el poder en el sector, pero además es responsable, en buena medida, de los cambios organizativos que vienen ocurriendo desde hace algunos años en los países subdesarrollados como consecuencia del incremento de los costos, atribuibles en gran parte a esos dos procesos que son la sofisticación y el monopolio internacional de medicamentos. El análisis de la tecnología conviene hacerlo incorporando las nociones de técnicas "empresocéntricas" y "pueblocéntricas", en la terminología de Oscar Varsavsky.

El poder político se efectiviza a través de la movilización de personas la cual puede realizarse en dos niveles de distinta significación: grupos especializados en algún segmento del sistema político o población organizada. Los primeros son grupos que asumen o se forman para, de alguna manera, institucionalizar la circulación, o que preexisten en defensa de intereses particulares (colegios profesionales, agrupaciones de industriales nacionales o extranjeros, sindicalistas, etc).

El nivel más interesante del poder político en salud, se plantea respecto de la población organizada. Considero este tema como el punto final con el cual debe medirse la resolución de los problemas que presenta la fase organizativa o primer nivel de determinación de la salud. Digo punto final porque la perspectiva de una organización de todo el pueblo que toma las decisiones sobre salud no me parece superable en cuanto a la distribución del poder, ya que la distribución igualitaria del poder político implica, necesariamente, la distribución igualitaria (por lo menos a mediano y largo plazo) del poder administrativo y técnico. Por supuesto que esa etapa final tiene períodos intermedios tácticos que pasan, por ejemplo, por la incorporación de los trabajadores de salud en las decisiones del sector, por la participación de la población en tareas de ejecución y control, por formar parte del sistema periférico (sensores) de información, hasta llegar a participar en las decisiones.

El examen de la situación organizativa debe completarse con el análisis histórico de la misma, destacando los cambios importantes ocurridos y, si posible, su relación con coyunturas sociales (económicas, políticas, culturales) generales. Este análisis es utilitario, lo que se busca no es una descripción sino una explicación de la situación organizativa con el propósito de tener elementos para el diseño de una estrategia de poder.

La estrategia de poder no se agota con la propuesta organizativa. Esto significa que todas las proposiciones que se hagan a cualquiera de los cuatro niveles de determinación de la salud, deben ser coherentes, aún en el caso de que no se haga ninguna proposición a nivel organizativo. O sea que la posición que tiene el planificador respecto del poder debe informar la totalidad de la propuesta, en los cuatro niveles.

El segundo nivel de análisis correspondería al contexto causal o enfoque ecológico de la salud. Lo que destaca en este enfoque es el relacionamiento entre los distintos aspectos que conforman la totalidad de la vida, entre los cuales destaca el hombre como el principal transformador de esa red de relacionamientos. O sea, se entiende la vida y la salud como un sistema de funcionamiento complejo.

La parte de este esquema que describe y explica el comportamiento de las enfermedades se llama epidemiología, pero el enfoque ecológico excede ese aspecto parcial al estudiar básicamente lo que podríamos denominar los diversos "ambientes" donde se desenvuelve la acción del

hombre. De entre esos ambientes los más importantes son aquellos donde el hombre vive y trabaja. Como ambientes "totales" se diferencian el urbano y el rural, con la importantísima diferencia de que el primero, desde el punto de vista ecológico, de ninguna manera puede ser considerado una comunidad mayor (cerrada, autosustentable).

El enfoque ecológico "de la enfermedad" siempre puso el acento en ésta como la consecuencia de la reacción frente a las agresiones del medio y el triunfo del medio agresivo. Es decir, los estímulos que parten del medio (incluido el hombre como parte del mismo) son tomados siempre en su carácter agresivo, negativo. Esta posición es inaceptable, ya que es inconcebible el desarrollo biológico y psicológico —para no mencionar el social— del hombre sin la función positivamente estimulante del medio. Esto vale, en el nivel biológico por lo menos, no sólo para el hombre sino también para cualquier otro ser vivo. Esto no implica una toma de posición extrema frente a la disputa tradicional entre partidarios de la función genética y la educativa, que llevó a tan desagradables extremos como la calificación de "reaccionarias" a las leyes mendelianas.

Lo que destaca en la concepción ecológica como una red de estímulos es que abra camino a proposiciones políticas importantes: si existen estímulos que pueden ser considerados favorables y otros desfavorables para el desarrollo humano, el dominio de la naturaleza y la construcción del ambiente (sobre todo del urbano que puede entenderse como una concentración de estímulos) debe propenderse al desarrollo de los primeros y la limitación de los segundos.

Esta concepción ya ha ganado amplios ambientes profesionales y políticos, una de cuyas expresiones fue la conferencia "Habitat" en Vancouver, en 1976.

El hecho señalado anteriormente de que una ciudad no es una comunidad mayor, sirve para enfocar el importante problema de ecología humana que significa la alimentación del hombre. En este terreno hay que destacar dos cosas principales: la necesidad de un intercambio relativamente equilibrado entre campo y ciudad y las implicaciones de no utilizar el enfoque propuesto (ecológico) en el análisis de la alimentación; el mejor ejemplo de esto último es el aumento de la desnutrición y el hambre entre las poblaciones campesinas de algunas de las regiones "favorecidas" por la propagandizada "revolución verde".

Algunos aspectos de la medicina se ocuparon principalmente de ambientes limitados. Uno de los más importantes aspectos es el que se refiere a la medicina del trabajo. De nuevo, este puede ser enfocado desde el ángulo de las condiciones en que el trabajador desenvuelve su tarea o desde el de recuperar lo más rápido posible al trabajador enfermo. Otros ambientes estudiados han sido el escolar, el de deportes y últimamente el de los cosmonautas, todos ellos han dado origen a "especialidades" médicas, no siempre con el mismo éxito o interés (compárese, por ejemplo, el primero y el último de los tres citados).

Donde la medicina que podríamos llamar "ecológica" ha obtenido sus éxitos más significativos ha sido donde las cadenas epidemiológicas de la enfermedad han sido más simples y breves, como en las enfermedades pestilenciales. Aquí, esa medicina que se define por tratar simultáneamente a los individuos enfermos y al ambiente, se han observado transformaciones radicales con medios relativamente simples. La erradicación de algunas pestes en la casi totalidad de la Tierra es ejemplo suficiente. Pero debe notarse que es posible tratar "ecológicamente" a un enfermo palúdico o tratarlo "Médicamente". Proseguir con el enfoque ecológico es ahora más

complicado, ya que no basta desecar pantanos o matar mosquitos, puesto que las enfermedades que quedan dependen de cadenas epidemiológicas más complicadas y difíciles de controlar.

Sin embargo, a pesar de la obvia relación que existe entre cadenas epidemiológicas simples y eficacia de la intervención, el fracaso relativo a largo plazo de algunas campañas de erradicación (malaria) en algunos países, lleva a pensar que la visión tradicional de una epidemiología limitada a las nociones de vector, agente y huésped, debe expandirse para dar lugar a otras consideraciones de una mayor capacidad explicativa y, en consecuencia, de una búsqueda de soluciones más eficaces y permanentes.

Lo que ya resulta claro, después de examinar estos dos primeros niveles de determinación de la salud, es que cada nivel, comenzando por el de organización, implica los demás. O sea, a una determinada organización corresponde, dentro de sus límites estructurales, una cierta actitud ecológica y también una manera preventiva asistencial. Esto podría llevar a pensar que no vale la pena intervenir sino en el nivel organizativo. No es así por dos razones: una es que los límites estructurales pueden dejar un rango dentro del cual haya lugar para una intervención operativa favorable; la segunda es más importante y se refiere al carácter de la intervención cuando ésta no se realiza al nivel organizativo. Ese carácter es doble: es operativo cuando no se intenta modificar el nivel organizativo y es estratégico cuando sí se quiere hacerlo. En este último caso surgen interesantes problemas de evaluación. La estrategia se refiere, por supuesto, a la modificación de las condiciones que permitan, más adelante, una intervención en el nivel organizativo.

El tercer nivel de determinación es el de las causas mediatas o de la predisposición del organismo para adquirir enfermedades. lo que da origen a un enfoque específicamente preventivo (en cierta forma, pero no totalmente, el nivel anterior puede ser considerado como de prevención "inespecífica"). Esa prevención puede hacerse en el doble terreno de la inmunidad biológica y de la herencia genética. La primera se encuentra en un estado más avanzado que la segunda ya que dispone de un mecanismo "natural" rápido como el que se consigue a través de la vacunación, en cuanto intervención médica basado en la inmunidad espontánea cruzada (ejem: vacuna-viruela). En el terreno de la herencia genética es poco lo realizado hasta ahora, pero los resultados obtenidos por la investigación en los últimos años han abierto un campo de intervención de insospechables posibilidades (y peligros), que cambiará la manera en que el problema genético ha sido tratado hasta ahora, o sea, desaconsejar la génesis de las combinaciones más obviamente desfavorables o permitir la sobrevivencia de individuos con caracteres aparentemente poco deseables lo que aumenta la probabilidad de su reproducción.

Pero lo interesante de este nivel desde el ángulo de la planificación, no son las perspectivas futuras sino que se trata de un terreno todavía tributario de lo que podría calificarse como investigación "básica" (¡Mala palabra!). Este terreno es enormemente sensitivo porque es a través del cual puede consolidarse la dependencia en el terreno de la salud. Lo que se plantea aquí es el espinoso problema de la planificación de la investigación biológica que no se puede analizar aquí, pero sí señalar ciertos puntos: en primer lugar, debe rebasarse la separación entre investigación "básica" y "aplicada", impuesta por los países desarrollados, tal vez para sugerir inicialmente alguna forma de división del trabajo científico (los países desarrollados ya no mantienen esa posición, en la actualidad estimulan el desarrollo de investigaciones "básicas" parcia-

les en países subdesarrollados para aplicaciones en problemas nuevos sólo pertinentes a países centrales, v.gr.: alteraciones biológicas en ciertos tejidos en condiciones de gravedad nula). Hay que hacer investigación básica y aplicada simultáneamente en "líneas" de investigación integradas que tiendan a resolver problemas propios (desde la electromicroscopia de la intoxicación por plomo hasta las formas legales de control del uso del mismo, pasando por los mecanismos laboratoriales de detección preclínica de acumulación del plomo en el organismo). En segundo lugar, está el hecho de que no toda investigación dirigida a estudiar un problema de interés nacional se hace con actitud "participante". Se puede estudiar la inmunología del chagas en un laboratorio de Chiapas con la misma actitud que desde un laboratorio en Minnessota. Desde el punto de vista de las propuestas de operación, este nivel de determinación de la salud-enfermedad se une con el siguiente para formar una sola proposición de tipo preventivo asistencial.

El cuarto nivel de determinación está constituido por los factores etiológicos o causa inmediata de las enfermedades, que se traduce, operativamente, en el enfoque asistencial. Este es el terreno firme del sector salud, el de la atención médica.

Planteo su examen desde un doble punto de vista: es de las categorías etiológicas y el de las prácticas asistenciales. Ambos difieren en importancia. El primero es un enfoque crítico para señalar las consecuencias ideológicas de una categorización científica. El segundo es un análisis de las respuestas ante la enfermedad del cual deben surgir las nuevas formas que pueden asumir esas respuestas.

Las enfermedades están codificadas en la "Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte", que interesa menos por lo que contiene que por lo que le falta, lo que le falta es cualquier categorización "social". De hecho, desde el simple punto de vista de restituir la salud en forma permanente a un niño con gastroenteritis, interesa más saber que vive en una "favela" o que su padre gana el salario mínimo, que identificar exactamente el agente etiológico inmediato del episodio diarreico. Esas caracterizaciones "sociales" se encuentran, a veces, en estudios especiales, pero no se registran habitualmente a través de los sistemas de información.

En cuanto a las prácticas médicas tienen una larga historia, que se centra sucesivamente en "temas" distintos. Uno de los temas que más ha perdurado es el del hospital, cuyas transformaciones sucesivas abarcan buena parte de la historia de la salud pública. En las últimas décadas han adquirido relevancia una sucesión de temas nuevos, ligados a diferentes coyunturas políticas: los centros de salud y la regionalización aparecen con la revolución soviética, los sistemas de salud y sus diferentes tratamientos a través de procedimientos afines a la investigación operativa son posteriores a la segunda guerra mundial, los problemas de financiamiento de la atención médica y la organización de instituciones previdenciarias es consecuencia de los costos crecientes de la atención médica en los países capitalistas cuyos últimos coletazos son las formas de medicina simplificada aliada con programas de extensión de cobertura.

Estos temas pueden estar presentes de dos maneras: como discurso impuesto por un pensamiento teórico, muchas veces vehiculado por los organismos internacionales de salud, o como tendencia que responde a movimientos reales en respuesta a coyunturas político sociales. Como "la única verdad es la realidad", lo que interesa para el diseño de la estrategia es la segunda manera. Sin embargo, hay que estar sobre aviso acerca del discurso teórico, ya que éste es presentado muchas veces como la política que deben implementar los países subdesarrollados (véase,

por ejemplo, el informe de la Conferencia de Ministros de Salud de América Latina en Santiago de Chile, 1972) para obtener cambios en la salud de la población. Lo que hay que destacar es que una propuesta operativa a nivel preventivo asistencial (por ejemplo la extensión de cobertura en un sistema regionalizado con atención simplificada como puerta de entrada) no es una política sino el vehículo de una política. El contenido político lo da la referencia al primer nivel de determinación y su criterio de evaluación es el desplazamiento de poder (o la facilitación de ese desplazamiento) que ocasiona.

En resumen, lo que se ha planteado hasta aquí es que existe una cuádruple determinación de la situación de salud según niveles: sociológico, ecológico, patogénico y etiológico, habiendo sido, cada una de esas categorías manipulada en términos ideológicos para generar formas de respuesta correspondientes: organización, ordenamiento de ambientes, instituciones preventivo asistenciales. Es necesario diagnosticar cada nivel en sus propios términos y en sus relaciones recíprocas. La política que se decida es única para todos los niveles y su criterio de evaluación debe hacerse en términos de poder. Cada nivel, comenzando por el organizativo puede, o no, tener una estrategia propia pero coherente con la política única, la propuesta estratégica en cada nivel dependerá de la evaluación de las fuerzas propias o aliadas, la propuesta organizativa implica propuestas (coherentes) en los otros niveles. La incapacidad para hacer propuestas en el nivel organizativo transforma las de los otros niveles en propuestas tácticas, tendientes a acumular poder (propio, de grupos aliados) que permitan, más adelante, realizar las propuestas deseadas en el nivel organizativo. De modo que las propuestas estratégicas o tácticas pueden diferir según lo que ocurra en el primer nivel.

MARIO TESTA