

pública que facilitan la generación de ganancias para los sectores empresariales. Sobre este problema conflictivo, Julio Osorio, médico y dirigente de COMENENAL, aporta un artículo que analiza la coyuntura panameña y las luchas en defensa de la seguridad social de los trabajadores.

Tareas también se propuso llevar a sus lectores un mensaje de José Renán Esquivel, el salubrista público más destacado de Panamá. Kurt Dillon y Jorge Ventocilla, miembros del Comité Directivo del CELA, se sentaron a conversar con Esquivel y se produjo un documento de incalculable valor. El eje central del mismo destaca el compromiso social que debe tener el trabajador de la salud.

En honor a su centenario, la portada de este número de *Tareas* es ilustrada por una foto de Salvador Allende, fallecido a raíz del golpe de Estado perpetrado por los militares en Chile, hace 35 años. Allende encarna el compromiso social del médico y de todo ser humano que lucha por una mejor sociedad. Mario Amorós presenta una síntesis biográfica de Allende, el médico, el socialista, el presidente de Chile, el mártir cuyo sacrificio abrirá las grandes alamedas por donde avanzarán los nuevos hombres y mujeres libres latinoamericanos.

En la sección Nuestra América, *Tareas* presenta una conferencia del vicepresidente de Bolivia, Álvaro García Linera, quien analiza la relación entre el pensamiento marxista y las teorías surgidas de las experiencias indígenas en Los Andes. El trabajo de García Linera representa un aporte significativo al mejor conocimiento de los problemas actuales y, además, a la comprensión de los avances de las transformaciones sociales que caracterizan a Bolivia.

Héctor Alimonda aborda la cuestión ambiental en la obra de Mariátegui, el pensador marxista latinoamericano más destacado de la primera mitad del siglo XX. Alimonda revisa la teoría ecológica del pensador peruano dándole seguimiento a sus publicaciones en la revista *Amauta*.

La sección cierra con un artículo-homenaje a la memoria de André G. Frank, preparado por Theotonio dos Santos. Ambos mantuvieron una relación de trabajo y amistad por casi 50 años y han contribuido de manera significativa a la teoría de la dependencia.

En *Tareas* sobre la Marcha se reproduce un comunicado del Relator especial de la ONU sobre Asuntos Indígenas denunciando la persecución de comunidades del pueblo Ngobe, en la provincia de Bocas del Toro, por una empresa extranjera interesada en construir una represa hidroeléctrica.

SALUD

CRÍTICA A LA CONCEPCIÓN DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD EN PANAMÁ*

Francisco Díaz Mérida**

Mientras la creación y el mantenimiento de unas condiciones de vida decentes para todas las personas no sean reconocidos como una obligación natural por todos los pueblos y países -mientras tanto- no podremos hablar, con un cierto grado de justificación, de una humanidad civilizada.

Albert Einstein, 1945.

1. Introducción

Henderson en el documento *La salud pública más allá del año 2000*¹ se pregunta “¿es la salud pública una parte de la medicina? Según el autor “tradicionalmente, la mayoría de los programas de salud se han configurado y administrado como dos actividades independientes: una, relacionada con la medicina curativa y la otra con las actividades de salud pública. Basándose en el razonamiento lógico de que, al fin y al cabo, el objetivo de ambas actividades es la salud y el bienestar de la sociedad en su totalidad, los funcionarios de salud han realizado esfuerzos periódicos por fusionar las dos actividades y, en la mayoría de los casos, le han asignado las res-

*En este número, por razones de espacio, *Tareas* presenta sólo la primera parte del artículo original.

**Médico, salubrista público.

ponsabilidades de salud pública a los médicos que están a cargo de los programas de atención curativa”. Prosigue afirmando que, entonces, “no es sorprendente que los resultados hayan sido decepcionantes”. Los fracasos para crear un sistema de salud unitario, capaz de reunir armónicamente a los programas curativos y de salud pública en forma efectiva, se deben, según este autor, a la falta de comprensión sobre la naturaleza diferente de ambas actividades.

Nadie puede negar que la salud pública y la medicina curativa, tal como las conocemos en el presente, pudieron alcanzar su desarrollo actual únicamente a partir de los numerosos puentes prácticos y conceptuales que establecieron a lo largo de su historia. Empero, aceptar que ambas disciplinas han estado siempre estrechamente ligadas no implica que, necesariamente, alguna de ellas sea o haya sido parte de la otra. En apoyo de esta hipótesis pueden esgrimirse algunos datos históricos. El esfuerzo de la sociedad por desarrollar instrumentos capaces de salvaguardar la salud de sus miembros ha seguido dos estrategias, esencialmente distintas, a través de su historia: por un lado, se encuentra el desarrollo de una práctica y un saber basados en la atención de los enfermos, con el propósito explícito de restablecer en ellos aquellas condiciones anatómicas y funcionales cuya presencia es reconocida socialmente como salud y cuya pérdida llamamos enfermedad. Por definición, esta estrategia trabaja con el enfermo y su principal objeto de estudio es la enfermedad. Este objeto de estudio determina la lógica de su desarrollo y el conjunto de métodos y técnicas que debe desplegar para su estudio.

En resumen, el saber de la medicina es un saber sobre la enfermedad y su ámbito de acción es la persona enferma; esta precisa delimitación metodológica y conceptual ha sido probablemente una de las razones del enorme éxito de la medicina para contender con su objeto de transformación. La segunda estrategia, por su parte, está orientada a dotar a todos los miembros de la sociedad de aquellas condiciones capaces de salvaguardar su salud antes de que ésta se pierda. Esta provisión de condiciones de protección (que se despliega principalmente desde las estructuras administrativa, política y económica de la sociedad), constituye lo que tradicionalmente se ha llamado salud pública. En este caso, el objeto de

estudio no es la enfermedad, sino la salud considerada como un fenómeno colectivo, y el espacio de las acciones desplegadas se encuentra en el ámbito poblacional”. Esta disyuntiva entre salud pública y medicina curativa ha sido la espada de Damocles del sistema público de salud del país, en cuanto que si es bien cierto se han hecho avances importantes en el terreno de la salud pública en términos globales no lo ha sido así localmente. Las asimetrías y desigualdades en salud preventiva como curativa son enormes entre las diferentes regiones del país y dentro de las mismas. En este escenario el peso mayor del gasto público en salud ha sido orientado a las instalaciones de salud de mediana y alta complejidad (policlínicas, centros de salud, hospitales) a expensas de las instalaciones para los pobres y desfavorecidos socialmente. En efecto, a pesar de que la estrategia de atención primaria definida en Alma-Ata (1978) se sustenta en una visión holística de salud, desde la década de 1980 se desarrolló una práctica sanitaria basada en la concepción de “atención primaria primitiva” o “atención primaria para pobres”.² En el primer caso, el autor indica que “la contextualización de la atención primaria de salud está dada, en primera instancia, por el sistema de salud en que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial: es decir, la atención primaria de salud puede tener un significado concreto, el que le otorga su inserción en un sistema de salud o tener un significado abstracto, que corresponde a su definición ideológica con una propuesta aislada tal como se ha tratado de vender en el país por el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Caja de Seguro Social (CSS) desde hace más de 20 años. La clave del problema descansa en la calidad de la atención para evitar errores diagnósticos y terapéuticos. Si se entiende la atención primaria como la puerta de entrada al sistema de servicios de salud (del enfermo o del sano) las funciones a desarrollar en este nivel debe ser dada por personal de alta calificación para lo cual existen diversas opciones organizativas.

En un país como Panamá con un sistema de salud diferenciado que privilegia a los sectores socialmente más favorecidos (basta pensar dónde se concentran los recursos humanos tecnológicos e instalaciones) la atención primaria se

transforma en un mecanismo de focalización para los menos favorecidos sobre la base de dos consideraciones fundamentales:

1. El diseño de una atención primaria como forma de disminuir el gasto social para la salud aunque ello signifique ineficiencias en el sistema³ y
2. El uso de recursos menos especializados

En el contexto actual, lo anterior explica, porque de las 837 instalaciones de salud existentes en el país (2005), 520 corresponden a subcentros y puestos de salud. Es decir, el 62 por ciento del total de las mismas. Estas instalaciones funcionan con recursos humanos de baja calificación y de baja tecnología sanitaria y corresponden al único servicio disponible para dichas poblaciones. El autor concluye que la diferencia sustantiva entre “atención primaria y la atención primitiva está dada por el derecho real del usuario de acceder a toda la red asistencial”, lo cual implica la dotación presupuestaria requerida. No es casual el desarrollo de los Programas de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) mediante las opciones privatizadoras de las organizaciones extrainstitucionales (OEI) responsables de lo acontecido en Chirú (comarca Ngöbe Buglé) en 2007. Cabe destacar que en dicha comarca el 88 por ciento de las instalaciones de salud corresponden a la atención primitiva.

Los problemas que afectan al sistema de salud del país datan de más de 50 años como resultado de la incapacidad del mismo, de adaptarse a los cambios que ocurren desde el punto de vista demográfico y epidemiológico pero sobre todo de lo que ocurre en la base de la economía de la sociedad y en el mundo. Ello ha conducido a que en muchas ocasiones se planteen modelos de salud que han fracasado en otros países (como cobertura y prestaciones) o se recurra a modelos de atención que en su momento correspondían a un avance cualitativo en las prestaciones en salud pero que en la actualidad están desfasadas en sus contenidos programáticos. Por otro lado, se han planteado diversas opciones para la organización de las prestaciones en salud que van desde la óptica privatizadora oculta hasta las formas más ostensibles de este proceso,

pasando por los intentos de colapsar la CSS. En efecto se ha planteado y se sigue planteando que la CSS asuma la responsabilidad de la atención de toda la población panameña y el MINSA como autoridad rectora de formular políticas y estrategias, supervisar hospitales y la supuesta excelencia de las prestaciones médicas. En este contexto se afirma que cada institución financiera lo que le corresponde en relación a su población, 70 por ciento la CSS y 30 por ciento el MINSA, en 2006.⁴ Sin embargo, ¿qué garantía se tiene de que el Estado pagaría sus compromisos en efectivo y no en bonos redimibles? En este último caso sería, entonces, la CSS quién asumiría esa responsabilidad financiera y cuando requiriera de efectivo el Estado respondería con más bonos redimibles. En consecuencia, esta opción conspira contra la CSS, vulnera los fondos del Programa de Enfermedad y Maternidad (PEM) y del Programa de Riesgos Profesionales (PRP) y conduciría a un traslado de funciones de producción, sobre todo la atención discrecional al sector privado de la salud, como una supuesta forma de salvar a la CSS. En otros planteamientos, se tiene como opción, a partir de premisas que son correctas pero que no compartimos sus conclusiones, un sistema mixto de salud público-privado en el que se integra el sector privado al sistema de salud público, vía licitaciones. En este último caso, hay que entender que en materia de la reforma de salud, según Sergio del Prete hay “dos corrientes de pensamiento: La corriente neoliberal y la corriente sanitaria.”^{4a}

La primera, por lo general, presiona desde el exterior al sistema de salud público y se enmarca en la economía de mercado y procura encontrar soluciones financieras y estructurales a las complejas relaciones y dinámica de la atención de salud sobre la base de los siguientes cuatro principios:

1. La administración privada de los servicios de salud
2. La libertad de mercados para las aseguradoras
3. La libre elección del individuo
4. El rol subsidiario del estado

La segunda corriente de pensamiento, visualiza la necesidad de reformar el modelo sanitario desde el reconocimiento de los problemas inherentes al sector que incluyen cam-

bios en la organización y financiamiento de la salud , sin dejar de lado el paradigma que define la salud como un proceso de construcción social permanente vinculado a la capacidad de mantener las raíces sociales y culturales de la organización sanitaria, su relación estrecha con el desarrollo económico, el crecimiento demográfico y la percepción de las demandas que surgen de la población. Este modelo denominado sanitario, procura crear un nexo coherente entre los valores sociales y la estructura y organización de las instituciones de salud. Se dirige no solo a obtener mejor eficiencia y calidad de atención, sino a vincularse estrechamente con los problemas reales y concretos de los sistemas de salud, no solo financieros, tecnológicos, organizacionales, sino a vincularse en componentes propios epidemiológicos, demográficos, sociales y culturales” En este sentido es necesario admitir que por “regla general , los países en los cuales el sistema de salud ha sido el resultado de normas liberales y autorreguladas entre un oligopolio de proveedores, por una parte, y un oligopsonio de financiadores/aseguradoras están muy lejos de la equidad”.^{4b} En este sentido es obvio que el modelo solidario basado en que los costos del cuidado de la salud sean subsidiados en forma cruzada y progresiva desde los jóvenes a los ancianos, desde los ricos a los pobres y desde los sanos a los enfermos, seguirá siendo la única manera que el estado garantice la equidad.

2. Salud pública, medicina preventiva y medicina curativa

Según Frenk⁵ cualquier proyecto para renovar la salud pública sería inútil si no partiera de un esfuerzo sistemático por precisar su significado actual y deslindarlo de concepciones obsoletas. Debido a ello intentaremos primero definir las dos caras de la salud pública: como campo de investigación y como ámbito para la acción. En el caso de la investigación propondremos una tipología y haremos una reflexión sobre la contribución de las distintas disciplinas científicas a la salud pública. También examinaremos las razones por las cuales consideramos que el término “salud pública” debe mantenerse. En efecto, siempre que se le defina con rigor, este término resulta superior a las alternativas que han propuesto otros proyectos renovadores. La actualización que hoy exige la sa-

lud pública debe ser realmente conceptual y no únicamente terminológica.

Ahora bien, un desarrollo conceptual completo no puede limitarse a las definiciones, sino que debe también abordar los modelos que han guiado a la salud pública.

Definición de salud pública

El término *salud pública* está cargado de significados ambiguos. En su historia han sido particularmente prominentes cinco connotaciones. La primera equipara el adjetivo *pública* con la acción gubernamental, esto es, el sector público. El segundo significado es un poco más amplio, pues incluye no sólo la participación del gobierno sino de la comunidad organizada, es decir, el *público*. El tercer uso identifica la salud pública con los llamados *servicios no personales de salud*, es decir, aquellos que se aplican al ambiente (por ejemplo, el saneamiento) o a la colectividad (por ejemplo, la educación de las masas de modo que acepten los programas de salud) y que por lo tanto no son apropiables por un individuo específico. El siguiente uso va un poco más allá del tercero, al cual le añade una serie de servicios personales de naturaleza preventiva dirigidos a grupos vulnerables (por ejemplo, los programas de atención materno-infantil). 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 peligrosidad.

También existen asociaciones entre estos diferentes significados. Por ejemplo, en algunos países industrializados ha habido una tendencia a que el sector privado preste la mayor parte de los servicios terapéuticos personales, mientras que el sector público ha asumido la responsabilidad de los servicios preventivos y no personales, los cuales suelen ocuparse de problemas que se producen con alta frecuencia. Ello ha reforzado la noción de la *salud pública* como un subsistema separado de servicios, proporcionados por el Estado y paralelos a la corriente principal de la medicina curativa de alta tecnología.

¿Qué es salud pública? Esta pregunta no tiene una respuesta fácil. Diversas definiciones se han planteado para intentar especificar este concepto. Uno de los principales innovadores en el desarrollo conceptual de la salud pública fue, en

1920, C. E. Winslow.⁶ Según Winslow, la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

Concepto de salud pública de Winslow

La salud pública es el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. Organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad.

Fuente: *Revista Salud Pública y Nutrición*, vol.2, N°1, enero-marzo 2001.

Esta concepción de Winslow:

...subordina el amplio campo de la atención médica, en una forma un tanto artificial, a la salud pública, pues la primera es básicamente un campo interdisciplinario en donde intervienen un conjunto de profesionales de distintas disciplinas y la atención médica es impartida por un conjunto homogéneo de profesionales del área de la salud altamente especializados, que manejan complejos y costosos aparatos de diagnóstico y tratamiento, auxiliados por profesionales paramédicos.

Si se siguiera la línea marcada por el concepto anterior

resultaría por demás difícil subordinar a los profesionales de la medicina, sobre todo a los superespecialistas que tienen un enfoque restringido y a veces elitista de sus respectivos campos de acción.

Estas diferencias de criterio han contribuido a la disociación de la salud pública y la atención médica, las cuales deben estar completamente coordinadas. En última instancia, la potenciación de las acciones conjuntas produce mayor beneficio a menor costo.⁷

En 1990 Milton Terris introdujo una modificación a la definición de salud pública que había formulado Winslow en 1920. Así escribió Terris:

... es necesario modificar la definición de Winslow de manera que tome en cuenta los recientes acontecimientos. He intentado hacerlo del siguiente modo: La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.⁸

Esta nueva definición incorpora la atención médica y la rehabilitación como parte de la salud pública.

La confusión y el abuso de la terminología medicalizada ha conducido a confundir la salud pública con medicina preventiva, medicina comunitaria y medicina social. A este propósito Milton Terris⁹ afirma “que los términos de salud pública y medicina social o comunitaria o preventiva no son sinónimos”. Hablar de salud pública, según el autor, es hablar de “salud” y no “medicina”. Por lo tanto la medicina es un área de la salud pública. De la misma manera distintas ramas (aunque con identidad propia) se han querido diferenciar de la salud pública tales como salud comunitaria, salud familiar y

salud de los trabajadores, cuando no son otra cosa que la expresión y aplicación de los principios de la salud pública en las comunidades, en la familia y en los centros de trabajo y trabajadores. Es necesario comprender que la medicina comunitaria, la medicina familiar y la medicina de los trabajadores o del trabajo son los equivalentes médicos de estas ramas.

La medicina preventiva es la parte de la medicina encargada de la prevención de las enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos. Salvo excepciones, es muy difícil separar la medicina preventiva de la medicina curativa, porque cualquier acto médico previene una situación clínica de peor pronóstico. El campo de actuación de la medicina preventiva es mucho más restringido que el de la salud pública, en la que intervienen esfuerzos organizativos de la comunidad o los gobiernos.

La medicina preventiva se aplica en el nivel asistencial en atención especializada u hospitalaria y constituye el eje cardinal de la medicina en la estrategia de atención primaria.

Henderson¹⁰ señala:

..el desarrollo de la medicina está constituido por el progreso de un saber especial (ya sea en forma acumulativa o mediante saltos) encaminado a la atención de la enfermedad de los pacientes, considerados individualmente. El desarrollo de la salud pública, en cambio, puede resumirse como el progreso de otro saber especial, en este caso encaminado a la conservación de aquellas condiciones en las que la salud, considerada en su expresión colectiva, se encuentra protegida. Para distinguir claramente esta relación puede seguirse la separación galénica del *pathos* y el *nosos*. Mientras que la medicina curativa se encarga del estudio del *pathos* (la enfermedad de facto, es decir, la enfermedad como un evento real, asentado en un organismo biológico), la salud pública se encarga del estudio del *nosos* (es decir, la enfermedad en potencia, como posibilidad). En este caso, el objeto de estudio (la enfermedad en potencia) está ubicado no sólo en el interior sino, sobre todo, en el exterior del organismo biológico. La enfermedad en potencia es lo que actualmente llamamos riesgo, en su sentido más amplio. La salud pública no es

parte de la medicina curativa. Ambas tienen el compromiso de lograr el máximo grado posible de salud de la población y sus miembros, pero sus objetos de estudio son muy diferentes.

Según el mencionado autor:

La aparición de una autoridad sanitaria que no es propiamente una autoridad médica (y que, incluso en ocasiones, no es un médico) y que posee el carácter de autoridad social capaz de emitir un reglamento, formular una ley y tomar decisiones relativas a un campo que rebasa el cuerpo del enfermo, constituye propiamente el momento en el que se inaugura la salud pública en su sentido moderno. A partir del surgimiento de la medicina de Estado, las acciones de salud involucrarán, formalmente, todos aquellos espacios restringidos para la medicina curativa. Los campos de intervención sanitaria ahora serán mucho más que los que son propios del enfermo: la autoridad de salud pública tendrá responsabilidad sobre el aire, el agua, las construcciones, el trabajo, etc.

Debemos reconocer que existe un grave problema de salud pública en el país y que los enfoques tradicionales de la salud pública han sido superados por los cambios que se han producido en la sociedad y en el mundo. No es casual que se hayan definidos como las principales categorías de las funciones esenciales de salud pública (FESP), en el estudio Delphi de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1998, las siguientes:

- Monitoreo de la situación de salud
- Protección del ambiente
- Promoción de la salud
- Prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmisibles
- Legislación y regulación de la salud pública
- Salud ocupacional
- Servicios de salud pública
- Gerencia de la salud pública
- Atención de poblaciones vulnerables y de alto riesgo

En nuestra opinión a tales funciones esenciales de la salud pública hay que agregarle dos más. La garantía de la medicina asistencial a toda la población y la rehabilitación de las personas con discapacidad para evitar los efectos de la discrecionalidad (modalidades de privatización) de la reforma neoliberal en salud. El enfoque de salud de la población, bien entendido y aplicado, no deja fuera de la responsabilidad estatal y de las funciones de la salud pública la función asistencial

Según el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Las funciones esenciales de la salud pública*:

Las actuaciones en materia de salud pública se llevan a cabo sobre objetos sustantivos de su campo de actuación, tales como la salud ambiental, salud ocupacional, salud materno infantil, enfermedades crónicas, etc. La intervención en esas áreas de actuación es posible gracias a la ejecución de funciones genéricas que se aplican sobre los diversos campos de actuación específicos o programáticos. Estas funciones genéricas conforman así el núcleo de la capacidad de actuación de la salud pública. Son ejemplos de estas funciones el seguimiento del estado de salud, la vigilancia de la salud pública, la regulación y fiscalización, etc. Si las funciones esenciales son definidas adecuadamente e incluyen las capacidades requeridas para la buena práctica de la salud pública, su funcionamiento apropiado estará asegurado en todas y cada una de las áreas de trabajo.

Las funciones esenciales de la salud pública, según la OPS, tampoco toman en cuenta las dos funciones que hemos añadido anteriormente.

Funciones esenciales de la salud pública (FESP)

- FESP 1 Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
- FESP 2 Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

- FESP 3 Promoción de la salud
- FESP 4 Participación de los ciudadanos en la salud
- FESP 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública
- FESP 6 Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
- FESP 7 Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
- FESP 8 Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
- FESP 9 Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud
- FESP 10 Investigación en salud pública
- FESP 11 Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Las funciones esenciales de la salud pública no son sinónimo de las prácticas sociales que afectan la salud. Las prácticas sociales configuran ámbitos mucho más amplios que el de las funciones esenciales de la salud pública y son actuaciones de toda la sociedad aunque las realicen, específicamente, unos sectores o actores particulares. En cambio, las funciones esenciales son las actuaciones de un segmento específico y funcional del sistema de salud. Sin embargo, las prácticas sociales en materia de salud y las funciones esenciales de la salud pública están íntimamente vinculadas, ya que ambas pertenecen a la sociedad y las prácticas sociales son la matriz principal para la conformación de las funciones, a la vez que éstas deben servir como instrumento para el desarrollo de aquéllas. En efecto, las funciones esenciales de la salud pública deben ser vistas e identificadas, en primer lugar, como funciones que nacen de las prácticas sociales y al mismo tiempo tienen como uno de sus fines principales promover y reforzar prácticas sociales saludables. Es decir, que integren y promuevan simultáneamente las prácticas sociales. Asimismo, uno de los fines estratégicos principales de la salud pública es, concretamente, la comprensión de las prácticas sociales y la contribución para el desarrollo

de sus beneficios para la salud. La práctica de la salud pública, a través de sus funciones esenciales, viene así a formar parte de las prácticas sociales en materia de salud, que en último término la determinan y, al mismo tiempo, están afectadas por ella.¹¹

Para cualquiera estudioso de la salud pública se hace evidente que la separación entre salud pública y provisión de servicios de salud o medicina curativa en nuestro país es una falacia, ya que desnaturaliza la primera de la cual hace parte la segunda. Cuales son las razones que se mueven en este sentido, a nuestro juicio, son las siguientes:

- Aumentar la ineficiencia e ineficacia del sistema público de salud
- Trasladar las actividades de mayor costo a la seguridad social con el objeto de lograr su colapso
- Profundizar el proceso de traslado de funciones de producción en salud del Estado al sector privado
- Producir cambios en las relaciones laborales del sector salud con miras a su abaratamiento
- Priorizar las acciones de salud individuales sobre las colectivas

Hay que destacar que dentro de las cuatro opciones ideológicas de la salud pública: 1) Médico liberal de Pareto, 2) Médico social de Marx, 3) Holístico-liberal de Weber y 4) Holístico comunitario de Durkheim, la salud pública nacional se ubica en la médico liberal de Pareto. Es decir, en la fragmentación de lo colectivo de lo individual con mayor énfasis en esta última. Esta constituye la base ideológica que, hasta la fecha, ha sustentado los modelos de atención como expresión de la salud pública nacional.

“La medicalización de la salud pública, al compartir la medicina mayoritariamente los principios del experimentalismo positivista, limita en la salud pública el uso de los enfoques que provienen tanto de las ciencias sociales (especialmente los no positivistas) como de las ciencias morales y política”.¹²

Como resultado de lo anterior, las propuestas de *modelos de atención* realizadas hasta la fecha y en incipiente desarro-

llo descansan en los llamados “médicos de cabecera” como instrumentos para la prevención secundaria ajenos a la prevención primaria, a la promoción de la salud y rompiendo todo vínculo de carácter epidemiológico con su población de cobertura.

En este escenario es imperativo destacar que a partir de la década de 1990 ha surgido una tendencia sanitaria denominada “medicina basada en la evidencia”. Según los estudios de Cochrane,¹³ se puede definir la medicina basada en la evidencia como “el intento de usar la mejor información, fruto de los metaanálisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados como base para el diseño de estrategias y guías de práctica clínica, en aras de cerrar o aminorar el vacío existente entre la teoría racionalmente demostrada y la práctica clínica intuitiva. En ocasiones la mejor información no proviene de los ensayos clínicos y hay que recogerla de estudios con menor nivel de evidencia”.¹⁴

La medicina basada en la evidencia corresponde al neopositivismo o positivismo lógico que se ha desarrollado desde el siglo XIX, cuyo impacto en la gestión sanitaria y clínica puede producir problemas de carácter ético - organizativo, ya que se privilegian “los hechos que hayan sido contrastados o hayan demostrados ser las mejores soluciones, dejando de lado las percepciones sensoriales”.¹⁵ Las críticas hacia la medicina basada en la evidencia nacen de la escuela de Francfort que señala los siguientes hechos:

- El intento de una explicación matemática de la experiencia
- La generalización de la práctica científica en la vida cotidiana
- La aplicación de conceptos éticos a unos valores que estaban determinados previamente a la toma de decisiones

No cabe la menor duda de que las críticas que nacen desde la filosofía hacia la medicina basada en la evidencia, destacan sus debilidades y la necesidad de adoptar posturas relativas de sus resultados; de suerte que se transforme en buen elemento de juicio a la hora de la gestión sanitaria y/o clínica.

Para concluir nos parece que solo armados de enfoques

epidemiológicos no tradicionales, tomando en consideración la vida cotidiana de las personas en sus distintos escenarios: el ambiente natural, el trabajo, la familia, la escuela, el ambiente social, cultural, en otras palabras los factores determinantes de la salud, estaremos en grado de intervenir para que no se produzca la enfermedad y estar de lado de la prevención sin descuidar la curación y la rehabilitación.

3. Sistema de salud y estrategia de atención primaria

El *sistema de salud* abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud.¹⁶ Es decir, el sistema de salud está integrado por todos los elementos sectoriales y extrasectoriales que pueden influir sobre la salud, incluye la totalidad de elementos o componentes del sistema social que se relacionan, en forma directa o indirecta, con la salud de la población. *Por sistema de atención sanitaria*, en cambio, entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos. En este contexto “los dispensadores de atención sanitaria suelen participar en la promoción de entornos favorables a la salud en la comunidad. *Es más, esta relación entre la función de atención a los pacientes y la función de salud pública constituye uno de los rasgos definitorios de la atención primaria.*¹⁷ En este escenario es imperativo esclarecer algunos conceptos relativos al enfoque sistémico de salud:

1. *Sistema de producción de salud*: son los mecanismos sectoriales y extrasectoriales que se combinan para que los factores determinantes de la salud logren su objetivo
2. *El sistema de atención en salud* corresponde a los componentes del sistema social que se han diferenciado, formal o informalmente, para brindar acciones de salud a una población. Está compuesto por el sistema institucional de servicios de salud, el sistema tradicional comunitario y el sistema popular
3. *El sistema de servicios de salud* como el conjunto de recursos destinados a producir y ofrecer servicios a los seres humanos, al ambiente tanto en el momento reproductivo y pro-

ductivo del ciclo vital humano, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención y recuperación y rehabilitación de la salud

4. El término de *sistema nacional de salud* varía según el país. A veces es usado como sinónimo de sistemas de servicios de salud y en otros se refiere a la parte estatal del sistema

5. *El sistema de prestaciones en salud* define las modalidades y tipo de atención que brindan los servicios de salud

La estrategia de atención primaria de salud (APS) definida en Alma-Ata (Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, efectuada en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978) fue considerada como un instrumento válido para el aumento de cobertura poblacional y una mayor equidad sanitaria. Sin embargo, su enfoque integral se ha ido paulatinamente desintegrando para transformarse en el primer nivel de atención, prevención primaria, sin servicios básicos de salud o canasta básica de salud.

“Tal como fue propuesto en Alma-Ata, el concepto de APS tenía fuertes implicaciones sociopolíticas. Primero, apuntaba explícitamente la necesidad de una estrategia de salud integral que no sólo abasteciera de servicios de salud, sino que afrontara las causas fundamentales, *sociales, económicas y políticas de la falta de salud*. En concreto, tal como se concibió en Alma-Ata, dicha estrategia debía promover una distribución más justa de los recursos. Aunque en una forma ambivalente la APS también hacía hincapié en la estrecha relación entre salud y desarrollo en los sectores más empobrecidos de la comunidad. La Declaración de Alma-Ata también mantiene que, para plantear y llevar a la práctica de forma eficaz la APS, la participación comunitaria ha de ser fundamental.

La notable participación de los usuarios había sido un signo común de los programas basados en la comunidad que habían sido estudiados en el proceso de elaboración de la Declaración. Esta afirma que “la autoestima y la conciencia social son factores clave en el desarrollo humano” y recalca la importancia de “la participación comunitaria en la decisión de las estrategias y en planificar, poner en marcha y controlar los programas de desarrollo.

Los programas comunitarios de salud que fueron la inspiración para la APS no eran sólo iniciativas sobre salud. Formaban parte de una lucha más amplia de la gente marginada por mejorar su bienestar y sus derechos. Como tales, se encontraban a menudo con una seria oposición. Incluso, programas que no proponían de forma explícita cambios sociales en sus objetivos suponían una amenaza para los intereses creados, por su insistencia en señalar las causas originales de la falta de salud y por querer “poner primero a los últimos”. Tanto la organización comunitaria, como la forma de despertar conciencias dirigidas a ese fin, eran vistas a menudo por las autoridades locales como una fuente de problemas. Los esfuerzos de las bases para poner la salud en manos del pueblo se convirtieron en una seria amenaza no sólo para las elites y los gobiernos, sino también para la clase médica que durante largo tiempo había mantenido un poderoso monopolio del saber y de la capacidad de curar. Su aversión a abandonar este control, combinado con los procedimientos burocráticos de los gobiernos, acarreó grandes obstáculos al desarrollo de estos nuevos programas.

Ahora, casi dos décadas después de la Declaración de Alma-Ata, muchos críticos han concluido que la APS fue un *experimento que fracasó*. Otros argumentan que, en su sentido pleno, liberador, la atención primaria de salud nunca se intentó llevar a cabo. Sin embargo, el peor ataque a la APS vino desde el propio sistema internacional de salud pública. Las poderosas instituciones mundiales de salud pusieron en marcha una campaña internacional para despojar a la APS de sus componentes de más alcance, potencialmente revolucionarios, y reducirla así a un planteamiento limitado con el cual las estructuras de poder nacionales y mundiales pudieran sentirse más cómodas

Por las razones que hemos comentado, el modelo de Alma-Ata de atención primaria de salud fue atacado casi desde el principio. Este ataque surgió incluso del mismo sector de la salud pública. Ya en 1979, antes de que la crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural fueran usados como argumento en contra, Julia A. Walsh y Kenneth S. Warren de la Fundación Rockefeller argumentaban que la versión *integral* de la atención primaria de salud (APS-I) enunciada en la de-

claración de Alma-Ata era demasiado cara y poco realista. Si se querían mejorar las estadísticas de salud, planteaban, habría que “apuntar” a los grupos de alto riesgo mediante intervenciones eficientes elegidas con mucho cuidado. Esta nueva intervención más limitada se conoce como *atención primaria de salud selectiva* (APS-S).

Este nuevo planteamiento despoja a la APS de sus conceptos clave. La insistencia en el desarrollo social y económico fue eliminada, de la misma forma que lo fue la necesidad de incluir a todos los sectores relacionados con la salud en el planteamiento de los programas. Además, desapareció la piedra angular que era la participación de las comunidades en la planificación, decisión y control de la APS. Esta versión selectiva y sin contenido político (y por tanto inofensiva) de la APS se redujo así a unas pocas intervenciones tecnológicas de alta prioridad, determinadas no por las comunidades sino por expertos internacionales en salud. De esta forma, la atención primaria de salud selectiva, fue rápidamente aceptada por gobiernos nacionales, ministros de salud y muchas de las organizaciones internacionales más grandes e importantes.¹⁸

Si se considera la Declaración de ALMA-ATA de 1978 se entiende por *atención primaria como estrategia*

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto - responsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Se entiende el porqué de las críticas a su actual concepción selectiva y no integral. Al confundir la atención primaria con el primer nivel de atención y vaciar sus contenidos programáticos como estrategia de salud lo que se pretende es la segmentación y diversificación de los servicios médicos y de salud según el patrón de estratificación social vigente. Es lo que Mario Testa (*Pensar en salud*) denomina la “atención primitiva” o “atención para los pobres”, según otros autores, cuyo significado expresa como diseño de la atención primaria la disminución del gasto en salud y como opción para las poblaciones menos favorecidas. Esta es la razón de las denominadas canastas básicas de prestaciones o paquetes de servicios de salud (PAISS) que se plantean en el Programa Multifásico (PN-0076) firmado por el Ministerio de Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y que se constituyen en parte integrante de los planteamientos relativos a la integración de los servicios de salud. Por otro lado, en el lenguaje del Banco Mundial este planteamiento implica servicios clínicos esenciales para las poblaciones menos favorecidas. De suerte que los servicios discrecionales serían ofertados a los grupos sociales más favorecidos económicamente configurando así una oferta cada vez más diferenciada entre opciones privadas y públicas de diverso grado de desarrollo en función de su nivel adquisitivo y la capacidad efectiva de cobertura de la modalidad de financiación. El concepto de *integral* entendido como la disposición del sistema para garantizar las respuestas sanitarias que requiera la población en cualquier momento le son secuestradas y focalizadas en grupos vulnerables. Por otro lado se confunde lo integral tanto en términos individuales como colectivos en cuanto que se excluye:

1. *El ciclo vital humano* en sus dos componentes: Las condiciones de producción y las condiciones de reproducción.¹⁹ Se excluye el trabajo como categoría histórica determinante del proceso salud –enfermedad
 2. *El ciclo vital familiar*, entendido como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución.²⁰
- A pesar de los graves cambios introducidos en la atención

primaria de salud desde 1978 y hasta la fecha, el Banco Mundial se ha visto cada vez más involucrado en cuestiones sobre políticas de salud para el Tercer Mundo, tanto a través de créditos para programas de salud como incluyendo reformas de la política sanitaria en las condiciones de los préstamos de ajuste estructural. Los objetivos del Banco para rectificar las políticas sanitarias y reestructurar los sistemas de salud del Tercer Mundo se exponen en su informe sobre el desarrollo mundial de 1993, titulado *Investing in Health* (Inversión en salud). Este informe ha tenido (y continúa teniendo) una profunda influencia sobre las políticas de salud de los países subdesarrollados. Los países dispuestos a llevar a cabo las políticas recomendadas por el Banco son considerados candidatos adecuados para la ayuda oficial, y el Banco recomienda a otras instituciones donantes que ayuden a estos países a financiar los costes del cambio estructural del sector de la salud.

Este organismo, bajo el pretexto de promover sistemas de salud económicamente rentables, descentralizados y apropiados para cada país, ha hecho recomendaciones que han disminuido los niveles de salud allí donde han sido aplicadas. Según la receta del Banco Mundial, con el fin de ahorrar “millones de vidas y miles de millones de dólares”, los gobiernos deben adoptar un planteamiento triple para sus políticas de reforma sanitaria:

1. Fomentar un ambiente que permita a las familias mejorar su salud es una vuelta al desarrollo que “gotea desde arriba”. Las políticas para el crecimiento macroeconómico son prioritarias. La salud de la familia mejorará cuando los ingresos de sus miembros comiencen a aumentar.
2. Aumentar el gasto gubernamental en salud significa ajustar el gasto pasando de ofrecer un servicio integral a un pequeño número de programas planificados de forma vertical, seleccionados según su relación coste-efectividad: en otras palabras, *una nueva forma de atención primaria de salud selectiva*. También significa cobrar a los usuarios, pidiendo a las familias desfavorecidas que paguen sus propios gastos sanitarios, pese al hecho de que para muchos el coste de los servicios sanitarios será prohibitivo.
3. Facilitar la participación del sector privado significa entre-

gar a los médicos y empresas privadas y lucrativas la mayoría de los servicios gubernamentales que atendían a los pobres de forma gratuita o subvencionada... en otras palabras, *privatización de la mayoría de los servicios médicos y de salud*. Esto pondría los precios de muchas intervenciones fuera del alcance de los más necesitados.

Con su petición de “mayor diversidad y competencia en la oferta de servicios de salud, promoviendo actividades generadoras de competitividad, (y) fomentando una mayor participación de organizaciones no gubernamentales y otras de carácter privado”, la nueva política del Banco para el Tercer Mundo recuerda al modelo de salud de Estados Unidos. Argumenta que la oferta sanitaria privada da mayor satisfacción y poder de elección al individuo y es más eficiente. Pero hay muy pocas evidencias que apoyen esta afirmación. El sistema de salud estadounidense, dominado por un poderoso sector privado hambriento de ganancias, es con mucho el más caro del mundo y, aún así, las estadísticas de salud de ese país se encuentran entre las peores de los países industrializados. Es más, Washington DC, que posee mucha población con bajos ingresos, tiene peores tasas de mortalidad materno infantil que Jamaica. La política del Banco Mundial es poco más que vino viejo en botellas nuevas: una mezcla de las estrategias conservadoras que han dado al traste con la atención primaria de salud integral a las que se han añadido elementos del ajuste estructural. Es una versión de la atención primaria de salud selectiva “amiga del mercado”, complementada con privatización de servicios médicos y recuperación de costes a cargo de los usuarios. Como otros esquemas de APS-S, se centra en las intervenciones tecnológicas y pasa por alto los determinantes sociales y legislativos de la salud. David Legge observa que el informe del Banco Mundial está “orientado sobre todo a medidas técnicas antes que cualquier análisis de las causas estructurales de la mala salud de los pobres; se centra en una *pobreza más saludable*”.²¹

En este escenario donde se observa a qué se ha reducido la estrategia de atención primaria de Alma-Ata, se requiere rescatar los contenidos de esa Declaración exigiendo la puesta en marcha de aspectos fundamentales para dicha estrategia:

1. La atención primaria no es primer nivel de atención, por lo tanto no son los subcentros de salud o puestos de salud los instrumentos de su desarrollo
2. La atención primaria no es el uso de baja tecnología y de personal no calificado en salud
3. La atención primaria exige la asignación de recursos económicos, humanos etc. suficiente para obtener el mejor sistema de salud para la población
4. La atención primaria exige que el costo *per cápita* en salud esté en función de los grupos de edades y los distintos niveles de atención y de complejidad, desde la promoción de la salud hasta las más finas inversiones tecnológicas
5. La atención primaria de salud descansa en la participación social de la población en la toma de decisiones sobre su salud desde el nivel más periférico.
6. La atención primaria de salud exige que la red de instalaciones de salud en sus distintos niveles estén disponible para la población independientemente de la naturaleza de los problemas de salud
7. Para lograr, lo anterior se requiere, entre otras, las siguientes condiciones:

- Democracia participativa
- Lucha real contra la pobreza
- Distribución equitativa del ingreso
- Sistema educativo liberador

De manera que, a la hora de evaluar cualquier estrategia de salud o desarrollo, deberíamos preguntarnos constantemente:

¿Hasta qué punto la estrategia promueve la participación activa y significativa y la capacitación de aquellos que tienen peor salud (generalmente los miembros más pobres y con menos poder de la sociedad)? ¿Sirven los métodos usados para ayudar o para obstaculizar el proceso a largo plazo de corrección de las causas sociales, económicas y políticas que subyacen bajo la falta de salud?

Observando el proceso de concienciación y liberación de grupos marginados, podemos aprender algo de las estrategias y métodos que parecen funcionar. La tesis que subyace en este

escrito es que la salud para todos sólo se puede lograr mediante una distribución más justa de la riqueza, los recursos, las oportunidades y, en último término, del poder. Si esto es así, ¿cómo se pueden realizar los profundos cambios sociales necesarios para realizar este objetivo? Hay personas desfavorecidas y gente comprometida de todo el mundo buscando formas de forjar una vía alternativa de desarrollo que nos lleve a una comunidad mundial más sana, más compasiva y más sostenible. En este sentido cuando nos toque valorar cualquiera iniciativa en salud deberíamos responder a las siguientes preguntas:

- ¿Ayuda esta iniciativa a que la gente logre más control sobre su salud y su vida?
- ¿Les ayuda a desarrollar la confianza y habilidad colectiva para resolver sus propios problemas y defender sus derechos?
- ¿Ayuda a los más desfavorecidos a adquirir las habilidades analíticas, organizativas, comunicativas y de otro tipo que necesitarán para defender sus derechos?
- ¿Refuerza la base económica o incrementa la influencia política de los miembros más débiles de la comunidad respecto a los más fuertes?
- ¿Facilita o impide los cambios estructurales a largo plazo necesarios para lograr mejoras importantes y duraderas en la salud?

David Saunders ²² ha propuesto algunas estrategias para mejorar y democratizar el sector sanitario tanto en los países desarrollados como subdesarrollados que incluyen:

- Lucha por el control democrático de la atención de salud mediante representantes de la mayoría del pueblo en lugar de por los designados por el estado;
- Disminución del monopolio de la profesión médica sobre el conocimiento médico, que les permite mantener un control sobre la atención de salud;
- Limitación de los abusos de las empresas de salud (públicas y privadas) exponiendo sus operaciones a la vista del público.

He aquí las bases para la recuperación de la estrategia de la atención primaria:

- La participación activa de la población en el quehacer de la salud pública
- Desarrollo de la epidemiología comunitaria desde la perspectiva de la población
- Democratización del sistema de salud desburocratizando la toma de decisiones
- La rendición de cuentas en función de lo planificado con la población
- La atención primaria integral desechando la atención primaria selectiva

La política sanitaria del país ha carecido de un sustento epidemiológico que lleve a cabo programas permanentes de prevención y atención en la población. En cambio, son las políticas de corte clínico y la atención basada en la prescripción de medidas curativas en las que se ha sustentado la política sanitaria del país. Basta ver la manera en que se ha privilegiado la investigación clínica en detrimento de la valoración social de la enfermedad y muerte. Asimismo, el destino de la inversión en salud hacia una infraestructura encargada de atender a la enfermedad y no la prevención y manejo comunitario de medidas que alienten la toma de conciencia a favor de la salud como un problema y como un bien social. Según Francisco Rojas Ochoa²³

..las estrategias deben cubrir un amplio rango de determinantes de la salud: 1) ingreso y posición social, 2) educación, 3) entorno físico, 4) empleo y condiciones de trabajo, 5) características biológicas y condición genética, 6) desarrollo del niño sano, 7) redes de apoyo social, 8) servicios de salud. El sector salud no puede actuar solo, porque la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera de su competencia. Esto revela la necesidad del enfoque intersectorial. La estrategia para el desarrollo de la política de salud de la población contempla al menos tres direcciones: 1) fortalecer la comprensión de la población sobre los factores determinantes de la salud, y promover la participación popular en acciones que mejoren la salud de la población, 2) fortalecer la comprensión de los factores determinantes de la salud y apoyar el enfoque de salud de la pobla-

ción en otros sectores de gobierno, distinto al de salud y en organismos de masa y sociales, 3) promover y desarrollar iniciativas integrales, interdisciplinarias e intersectoriales de salud de la población para prioridades clave que potencialmente puedan repercutir de modo importante en la salud de la población).

El autor sostiene que el siglo XXI será el siglo de la aplicación de las ciencias sociales a la solución de los problemas de salud:

La tarea consiste, en primer término, en el estudio de la salud y las enfermedades como estados de la vida humana de todas las épocas y culturas, teniendo en cuenta plenamente la condición al mismo tiempo biológica, social y personal del hombre. Ello significa analizar las enfermedades como realidades biológicas cambiantes y sometidas a circunstancias ambientales determinadas, como fenómenos sociales condicionados por estructuras socioeconómicas e integrados en patrones socioculturales concretos y como vivencias personales existentes en cada situación histórica.²⁴

En todas las sociedades la medicina se ocupa de la lucha contra las enfermedades, no obstante se ha abierto paso, de modo lento, pero firme, el criterio de que la salud humana requiere que la organización de la sociedad dedique atención, con prioridad, a prevenir la enfermedad y promover la salud. Los sistemas de salud deben ser considerados simultáneamente como sistemas sociales y culturales. No sólo sistemas de atención médica curativa.²⁵

“En ningún sitio se encuentra la enfermedad humana como ‘mera naturaleza’, ya que siempre está condicionada y modificada por la actividad social y por el ambiente cultural que crea tal actividad”.²⁶

El enfoque de salud de la población se diferencia del concepto tradicional de atención médica en dos aspectos principales:

- Las estrategias de salud de la población abordan un amplio rango de los patrones determinantes de la salud. La atención tradicional se concreta en los riesgos y los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas.

- Las estrategias de salud de la población están diseñadas para llegar a toda la población. La atención de salud está dirigida a las personas en forma individual, frecuentemente a aquellas que ya presentan un problema de salud o para las cuales el riesgo de presentar un problema es significativo.

Invertir en un enfoque de salud de la población ofrece beneficios en tres áreas principales. Mayor prosperidad, ya que una población sana contribuye a una economía dinámica. Menores gastos en salud y problemas sociales. Además, un clima general de estabilidad social y bienestar para los países.²⁷

¿Cuáles son los determinantes de la salud, que en un amplio rango deberán condicionar las estrategias sectoriales? El documento citado propone:

1. Ingreso y posición social. Este es el determinante más importante. El estado de salud mejora con el aumento de los ingresos y más elevada posición social.
2. Educación. El estado de salud mejora con un nivel de educación más alto.
3. Entorno físico. La calidad del agua, del suelo y del aire son influencias claves en la salud.
4. Empleo y condiciones de trabajo. Las personas que tienen un mayor control de las circunstancias de su trabajo y ambiente de trabajo sano y saludable
5. Características biológicas y dotación genética. La dotación genética del individuo y los procesos de desarrollo y envejecimiento son factores fundamentales que determinan la salud.
6. Hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación. Los ambientes sociales y estilos de vida sanos, al igual que conocimientos, comportamientos y aptitudes de adaptación para hacer frente a la vida de manera sana, son influencias claves en la salud.
7. Desarrollo del niño sano. El efecto ulterior de las experiencias prenatales y de la infancia temprana en la salud, el bienestar, las aptitudes de adaptación y la competencia, es muy fuerte.
8. Redes de apoyo social. El apoyo de las familias, los amigos y

las comunidades va asociado a un mejor estado de salud.

9. Servicios de salud. Los servicios de salud, en particular los diseñados para mantener y promover la salud y prevenir las enfermedades, contribuyen a la salud de la población.

En este escenario hay que tener cuidado del “discurso neoliberal ya que este puede asumir como propio el enfoque de salud de la población e introducir distorsiones como la de no tomar acciones en relación a la asistencia de los enfermos y discapacitados, dejando esta esfera a la práctica privada. Tal es la concepción que nos ofrece la tesis de las funciones esenciales de la salud pública. Al enumerarlas no la incluye y define otras once, ciertas, pero dejando la cuestión asistencial a la reforma neoliberal que privatiza estos servicios y otros que deben ser públicos. El enfoque de salud de la población, bien entendido y aplicado, no deja fuera de la responsabilidad estatal y de las funciones de la salud pública la función asistencial”.²⁸

La radiografía nacional de instalaciones de salud, recurso humanos especializado o calificados en salud demuestra su concentración en las áreas de mayor concentración poblacional y con mayores ingresos (aún si al interno de ellas se manifiestan situaciones similares a las de mayor pobreza). En 30 años, en Panamá, se ha avanzado muy poco en el desarrollo de la atención primaria como estrategia, El énfasis mayor se ha hecho en una APS de tipo selectiva (atención primitiva) y no integral, según el mandato de los organismos internacionales.

4. Globalización y neoliberalismo en salud

De las diferentes versiones o fenómenos explicativos de la globalización se destacan dos: una está dada por la sucesiva expansión del sistema capitalista, como lo ve el enfoque del sistema-mundo.²⁹ La otra corresponde a la revolución tecnológica y electrónica actual, que soporta redes complejas que atrapan a todos los individuos en los mercados financieros y en los medios de comunicación, incluidos los actores sociales, culturales y políticos y no solo los económicos.³⁰

Lo político ha sido subordinado a lo económico, al interés universalista de las fuerzas económicas y del capital finan-

ciero internacional. Esta es la cara perversa de la globalización: la de “no hay alternativa”, la de “menos Estado y más mercado”,³¹ la del “pensamiento único”, que oculta las tremendas desigualdades existentes en el mundo, entre el centro y la periferia. Al respecto, Monsalve³² recoge varias interpretaciones sobre las tendencias de la globalización en una sociedad capitalista:

- La globalización podría entenderse como una mega cognición, como el planetarismo o como la totalidad (comprensión): consiste en superar marcos locales, regionales...
- “Las distancias se acortan dramáticamente, el tiempo se concentra... vivimos en directo acontecimientos lejanos... el mundo inmerso en nuestra casa (en nuestra privacidad)...”
- “Conjunto de interacciones económicas, políticas, culturales y valorativas a nivel planetario”.
- Globalización: conjunto de procesos, conocimientos y valores particulares que se universalizan y de universalismos que se localizan.
- Conjunto de sociedades interrelacionadas, cruzadas de conflictos y problemas transnacionales (distintos a los nacionales).

En la globalización se entrecruzan: economía de mercado transnacional, profundas asimetrías, aparición de órdenes jurídicos estatales supranacionales. Florecen las autonomías, la cultura del consumismo, la informática y los medios de comunicación electrónicos a escala mundial (conciencia global). Se universalizan el conocimiento científico-técnico y los problemas que atañen a la humanidad en conflicto.

Se globalizan la economía de mercado, las corporaciones transnacionales y el consumismo. Se localizan enclaves de libre comercio, agotamiento de recursos naturales y la degradación ambiental. Sus expresiones:

- Expansión de la economía de mercado
- Desmonte y crisis del Estado de bienestar
- Origen de grandes bloques económicos y políticos en el mundo

- Pauperización y marginación de los Estados periféricos (ajuste estructural)
- Pérdida de soberanía de los Estados
- Expansión del concepto de “democracia norteamericana” en el mundo
- Globalización de valores e ideologización (colonización del mundo de la vida por los subsistemas de la economía y la administración de políticas)
- Alternativos: globalización de localismos positivos y democráticos, de derechos, libertades y solidaridad

La expansión del neoliberalismo en América latina se dio en la década de 1980 a partir de la aplicación de las reformas de ajuste estructural (ajuste económico) para superar la “crisis”: reformas promovidas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) que se fueron convirtiendo en la receta para superar el déficit público y estabilizar las economías. Esas propuestas fueron posteriormente denominadas “Consenso de Washington” por John Williamson, investigador del Institute for International Economies en Estados Unidos (ITE), que se sintetizan en los siguientes diez puntos:

1. Establecer una disciplina fiscal
2. Priorizar el gasto público en educación y salud de tipo focalizada
3. Llevar a cabo una reforma tributaria
4. Establecer tasas de interés positivas, determinadas por el mercado
5. Lograr tipos de cambio competitivos
6. Desarrollar políticas comerciales liberales
7. Una mayor apertura a la inversión extranjera
8. Privatizar las empresas públicas
9. Llevar a cabo una profunda desregulación
10. Garantizar la protección de la propiedad privada

El Consenso defiende las reformas y la retórica neoliberal para su legitimación en el continente, con argumentos como el de que las políticas neoliberales pueden tener un costo social alto (en el mediano plazo) pero (en el largo plazo) son la única salida para obtener las condiciones necesarias para un

desarrollo con equidad. El resultado no se hizo esperar: reducción del gasto público como porcentaje del PIB, privatización y aumento del gasto familiar, segmentación y dualización de servicios sociales, con diferenciaciones urbano-rurales y por clase social, y empeoramiento de la calidad de los servicios.³³

Las recomendaciones hechas en la década de 1980 por el Banco Mundial

..se refieren a la eliminación del déficit fiscal, estabilización de los precios, comercio internacional, así como, de manera muy puntual, a la reducción del papel del Estado en la política social y en la economía. Sin embargo, las consecuencias de la aplicación de estas medidas que teóricamente tenían el cometido de superar la crisis, fueron el empobrecimiento de amplios sectores de la población, pues aunque se logró reducir los niveles de inflación que se tenían, el comportamiento macroeconómico se mantuvo lejos de las aspiraciones previstas y supuso, como en el caso de México, privilegiar el destino de recursos al pago de la deuda externa, en aras de sanear la economía disminuyendo los desequilibrios financieros. Como contrapartida, se redujo el gasto social, siendo la salud una de las áreas más afectadas y más vulnerables por las condiciones de vida en que sobrevive la población. Por otro lado, es importante advertir la manera en que el trabajo de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre los de mayor presencia en el ámbito mundial, han sujetado su trabajo y las líneas de la política sanitaria internacional a las disposiciones de los organismos financieros con influencias supranacionales.

En el caso particular que nos ocupa, la propuesta de una atención sanitaria focalizada, hecha por el Banco Mundial, supone una manera de enfrentar los problemas de salud desde una óptica de costo/eficacia, centrando su atención en la disminución de la incidencia de la enfermedad y la muerte, sobre todo de ciertos padecimientos, a partir de un paquete básico de servicios y atención.³⁴

En lo que a la salud se refiere, las pruebas acumuladas hasta el momento muestran que la globalización tiene poco interés por la promoción de una sociedad saludable. Es más, los efectos de la globalización han perjudicado las condiciones del estado de salud en muchas partes del mundo.

Las relaciones entre globalización y salud no son buenas. Con la globalización se comprueba la relación entre los planes de ajuste estructural y la ruptura de las redes de protección social y el incremento de la exclusión; las enfermedades aumentan con la exportación legal e ilegal de bienes, como drogas y tabaco; el movimiento de personas facilita la transmisión de enfermedades; con la degradación ambiental se deteriora la salud; la política de patentes se enfrenta con la incapacidad de millones de personas de acceder a las nuevas medicinas.³⁵

El conjunto de los sectores públicos y privados que están detrás de la globalización gastan 1300 billones anuales en investigación sanitaria, pero lo distribuyen de modo injusto, ya que las enfermedades que causan el 90 por ciento de la mortalidad e incapacidad en el mundo sólo reciben el 10 por ciento de ese dinero, porque la mayor parte de los presupuestos de investigación está en manos de unos pocos países, que dan prioridad a sus propios problemas sanitarios. Los países de rentas bajas y medias agrupan al 85 por ciento de la población mundial y soportan el 92 por ciento de la denominada carga de enfermedad (estimada a partir de la mortalidad prematura, la incapacidad y la pérdida de calidad de vida por causas patológicas), mientras que los países ricos, con el 15 por ciento de la población mundial, soportan sólo el 8 por ciento de esa carga.³⁶

El discurso globalizador intenta responsabilizar a la seguridad social de la crisis económica. Aunque la doctrina neoliberal puede tener dificultades para dismantelar estos sistemas de protección en países donde están muy arraigados, como es el caso de Panamá, poco a poco se van introduciendo reformas parciales que abren el camino a la mercantilización de los servicios públicos. Hay planes privados de pensiones (sistema de capitalización individual), gestión privada de

servicios públicos externalización tercerización (caso del Hospital San Miguel Arcángel (HISMA) y otros.

En 1987, el Banco Mundial, en su documento “Financiación de los servicios sanitarios de los países en desarrollo” plantea un programa de reformas y recomienda: 1) trasladar a los usuarios los gastos en la utilización de las prestaciones, 2) ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales casos de riesgo, 3) utilizar de forma eficaz los recursos privados y 4) descentralizar los servicios sanitarios públicos.

Notas bibliográficas

1. Henderson, D., “La salud pública más allá del año 2000”, en OPS, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica no. 540), 1992, pp. 97-98.
2. Testa, M., *Pensar en salud*, Lugar Editorial, 1993, pp. 161-176.
3. Ibid.
4. Caja de Seguro Social, Departamento de Estadísticas, Boletín 2000-2006
- 4a. Sergio del Prete, 2000, “Reforma económica o reforma sanitaria. *El ruido privatizador*”, Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CIESS).
- 4b. Idem.
5. Frenk, J., *La salud de la población: Hacia una nueva salud pública*.
6. Winslow, C.E.A., “The Untilled Fields of Public Health”, *Science* 51, 1920, pp 23-33.
7. Barquín Calderón, M., La moderna salud pública. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS)*, vol. 40, 2002, 483-486.
8. Terris, M., “Tendencias actuales en la salud pública”, en Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*, Washington, D.C., OPS, 1992, pp. 185-204.
9. Idem.
10. Henderson, D., “La salud pública más allá del año 2000”, en OPS, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica no. 540), 1992, pp. 97-98.
11. Alvarez-Dardet Díaz, C., *La salud pública. Proyecto docente*, Universidad de Alicante.
12. Idem.
13. Ortega Calvo, M., Cayuela Domínguez, A., “Medicina basada en la evidencia: Una crítica filosófica sobre su aplicación en la atención primaria”, *Revista Española de Salud Pública*, marzo-abril, vol. 76, No 2, 2002, pp. 115-120. Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
14. Idem.
15. Idem.
16. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, 2000, Organización Mundial de la Sa-

- lud.
17. Idem.
 18. Werner, David y David Sanders. *Cuestionando la solución: Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil*, 2000, Health Wrights.
 19. Díaz Mérida, F., “Elementos fundamentales para el abordaje en salud de los trabajadores”, *Salud y seguridad en el trabajo*, 2005, Editora Geminis.
 20. Zurro M., *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*, 1999, Harcourt Broce, IV edición.
 21. Werner, David y David Sanders. *Cuestionando la solución: Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil*, 2000, Health Wrights.
 22. Idem.
 23. Rojas Ochoa, F., “El componente social de la salud pública en el siglo XXI”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2004, 30, (3)
 24. López Piñero, J.M., “Los estudios históricos sociales sobre medicina”, en Lesky, E., *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984, p 29.
 25. Rojas Ochoa, F., “El componente social de la salud pública en el siglo XXI”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2004, 30, (3)
 26. Rosen, G., “Análisis histórico del concepto medicina social”, en: Lesky, E., *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984, p. 21
 27. Health Canadá, OPS, *Salud de la población. Conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense*. Washington, D.C., OPS, 2000, p. 8,13
 28. Rojas Ochoa, F., “El componente social de la salud pública en el siglo XXI”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2004, 30, (3)
 29. Sarmiento, L., *Sistema mundo capitalista. Fábrica de riqueza y miseria*, Bogotá, Ediciones Desde Abajo, 2004. y Gray, J., *Falso amanecer. Los engaños del capitalismo global*, Barcelona, Piados, 2000, p. 266.
 30. Hayek, F., *Los fundamentos de la libertad*, Madrid, Unión Editorial, 1998.
 31. Monsalve A., *Estado, sociedad internacional y derecho humanos en un mundo globalizado. Un estudio desde la ética argumentativa*, Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1998.
 32. Echavarría, J., *Telepolis*, Barcelona, Destino, 1994.
 33. Giraldo A., Franco, Presentación realizada en el IV Congreso Internacional de Salud Pública: Globalización Estado y Salud, organizado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Colombia, noviembre 2005.
 34. González, N., “Epidemiología y salud pública frente al proyecto neoliberal en México Ponencia presentada en el XXII Congreso de ALAS, celebrado en octubre de 1999, Concepción, Chile.
 35. Aguirre, M., “La globalización en el espejo de la salud”, *El País*, 18-04-01, p. 12.
 36. Palomo, L., *La globalización de la salud*, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2005.

¿QUÉ ES UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD?*

Vicente Navarro**

Desafortunadamente, la mayoría de los estados nación han interpretado “política de salud” como homologables a “política de atención médica”. La política de atención médica es sin embargo una sola variable dentro de la ecuación de la salud nacional. El artículo describe cuales deben ser los principales componentes de una política nacional de salud, incluyendo, 1) los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la salud que son los más importantes en cualquier país en explicar el nivel de salud de un país, 2) los estilos de vida que son los componentes más visibles de las políticas de promoción de la salud y 3) la socialización y el empoderamiento (empowerment) del individuo y de la población y que unen los primeros con los segundos componentes de una política nacional de salud, es decir, las intervenciones individuales y colectivas. El autor discute

*Este artículo es una versión de la intervención realizada ante la Asociación Internacional de Políticas en Salud en Barcelona, España el 21 de agosto de 2006, beneficiado con los aportes de Bo Burstrom y Margaret Whitehead. Traducción de Giovanni Apráez Ippolito.

**Profesor de Política Pública, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona y Johns Hopkins University, Baltimore.