

¿Crisis en el Sector Salud? *

Paulo Alexandre **

A. CRISIS DE COSTOS

1

El costo de la salud es un tema debatido con frecuencia desde hace muchos años, tanto que se ha llegado a considerar un lugar común la afirmación de que “los costos de salud son crecientes”. Ello conduce a la necesidad de tomar medidas que permitan sortear la crisis que genera ese encarecimiento por encima de lo que la sociedad puede pagar.

Pero un costo no es una ley natural, sino que está compuesto por el valor comercial, o valor de cambio, del conjunto de recursos que conforman el bien o servicio que se transa, a lo que se agrega en los casos en que la transacción se hace en un “mercado”, una tasa de ganancia determinada por lo que se considere “normal” en una circunstancia y lugar determinado.

Antes de reflexionar sobre la composición del costo de salud, veamos de qué tipo de actividades se trata. El hecho es que la mención de costos crecientes en salud hace siempre referencia a los costos de la atención médica, que es una de las particulares actividades que el sector salud en su conjunto debe desarrollar. Pero la salud es algo más que eso, y no sería difícil demostrar que las actividades de salud que no son atención médica, aunque imprecisas en su definición (¿qué es una actividad de salud?), han incrementado sus costos, digamos en los últimos 20 años, en una magnitud mucho menor que los correspondientes a la atención médica. Esas “otras” actividades incluyen aspectos tales como la alimentación, la creación de ambientes higiénicos, la salubridad del trabajo y todas aquellas medidas preventivas, específicas e inespecíficas, que posibilitan una vida sana, cualesquiera que sea la definición de salud que se acepte.

2

No es posible entender las implicaciones de una crisis de costos sin una clara visión de la manera como se financia el funcionamiento del sector donde esa

crisis se manifiesta. Es decir, se excluye de este análisis el financiamiento de la inversión.

El financiamiento de una actividad es la manera como se asignan los recursos para su cumplimiento lo cual se reduce, en una situación de mercado, el pago de un costo. En una asignación presupuestaria ese pago se hace por anticipado.

La importancia de las formas de financiamiento de la atención médica es que ordenan organizativamente al sector, facilitando la dominación de ciertos grupos sociales dentro del mismo.

La atención médica tiene en América Latina y en Venezuela tres subsectores principales con mecanismos de financiamiento diferentes, que han ido evolucionando en los últimos años arrastrados por la “crisis de costos”.

En el subsector privado el esquema inicial es un médico prestador del servicio a un paciente que paga la totalidad del costo del mismo, incluidos los exámenes complementarios, los medicamentos, etc. Las necesidades de internación se solucionan mediante clínicas privadas donde se brinda una atención en general confortable y hasta lujosa. La organización informal de este subsector es eficiente, en tanto hay una población dispuesta a pagar el costo de este servicio personalizado. Pero el incremento de sus costos, por la utilización de recursos cada vez más complejos en medicina ambulatoria y en su internación hace que la clientela comience a resistir esa carga económica. Además el subsector privado no siempre está en condiciones de crear la infraestructura altamente sofisticada y cara que se necesita para los diagnósticos y tratamientos de alta complejidad. La consecuencia es que el subsector privado tiene que negociar, en parte, con alguno de los otros subsectores una forma de supervivencia. De manera simultánea con este proceso se ha dado la transformación del médico de generalista, cada vez más en “especialista”, impulsado simultáneamente por el avance de la medicina “científica”, la complejización instrumental y, por supuesto, la tasa de ganancia.

* Recibido para su publicación el 10/02/1981.

** Docente - Investigador del Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), Universidad Central de Venezuela.

En el subsector público se caracteriza porque el costo no se traslada al precio; el servicio es gratis, con variantes que incluyen o no los medicamentos y servicios auxiliares (Rx, laboratorio, etc.). El Estado es el financiador, destinando a ello parte de sus ingresos provenientes de la tributación al conjunto de la población. Pero lo que interesa destacar aquí es que, en la medida en que el mecanismo tributario sea progresivo, los grupos sociales que aportan los fondos van a ser distintos que los que perciben los beneficios del subsector público. Esta contradicción se verá agravada por el intento de los médicos privados por derivar parte de los recursos públicos hacia su clientela, a través de la utilización de ciertos servicios en forma gratuita. La consecuencia va a ser alguna forma de negociación con los otros subsectores, en general poniendo la capacidad pública al servicio de alguno de éstos contra el pago parcial del costo, con variantes que llegan hasta el intento de privatización de los servicios públicos de atención médica.

En cuanto al subsector de Seguros Sociales, se trata de una manera de socializar parcialmente el pago del servicio. Un grupo de población aporta el financiamiento, en general participando los trabajadores, los empresarios y el gobierno, definiéndose quiénes son los que tienen acceso a los servicios. En este caso se transforma en muy decisivo el grupo que "canaliza" los fondos. En razón de la escasa capacidad de infraestructura en este subsector, también se ve obligado a negociar con los otros dos.

Esta red de interrelaciones necesarias que se crea entre los tres subsectores principales, configura la organización que asume el sector salud en lo que respecta a atención médica y señala los desplazamientos de una de las formas de poder —la administración del dinero— entre distintos grupos sociales.

3

¿Cuáles son las razones que han conducido a este fenómeno de incremento incontrolado de los costos de atención médica? Para insinuar una respuesta debemos examinar algunos componentes de ese costo, en especial los que más inciden en el mismo, dejando de lado algunos que son generales, como transporte y construcción, y que en consecuencia afectan a todas las actividades que los utilizan.

a) El médico tiene, sin duda, una gran importancia en el incremento de costos de atención médica. El proceso de revalorización de la actividad del médico se inicia en el mismo momento en que la medicina deja de ser una actividad empírica y artesanal para transformarse en una actividad científica y profesional. La necesaria profundización de conocimientos que implica esta transformación es uno de los impulsos que lleva a la especialización, lo cual es inmediatamente reforzado por el incremento de "status", que ello implica. En sentido contrario el médico generalista que trabaja solo (y en especial el médico rural) ve desvalorizada su situación y abandona progresivamente su

práctica para engrosar las filas de los especialistas urbanos, o las del creciente "proletariado médico" que opera como empleado obrero en el subsector del seguro social y en el privado, crecientemente institucionalizado.

b) Un segundo elemento de alta incidencia en el costo es el que corresponde a la administración de los servicios, sobre todo en aquéllos que han avanzado más en cuanto a su sofisticación. El paso del antiguo hospital "para pobres" a la institución moderna, altamente compleja arrastra consigo un enorme desarrollo de la maquinaria burocrática, en la que el médico que ocupaba parte de su tiempo en tareas de administración deja lugar a una serie de mecanismos organizativos de control, supervisión y decisiones especializadas, que incluyen en algunos casos maquinarias avanzadas tales como departamentos de computación. Esto implica no sólo un incremento del costo, sino también un desplazamiento del control de la actividad desde el grupo médico hacia los especialistas en administración.

c) Un tercer aspecto es el que corresponde a los medicamentos, sobre los cuales existe una abundante literatura que marca el papel preponderante que este componente adquiere en la conformación del costo de la atención médica. La utilización creciente de este recurso está ligada también a la acentuación de los aspectos científicos de la medicina. Cada vez más posible "diseñar" drogas con efectos específicos sobre los delicados funcionamientos biológicos; desde los antibióticos, las hormonas y las vitaminas, pasando por toda la gama de sustancias estimulantes y depresoras, hasta los más recientes inventos, aún en fase experimental, de la transformación de los mecanismos genéticos con sus asombrosas posibilidades (ya existe una empresa comercial en Estados Unidos —Genetech— que ha anunciado a breve plazo la fabricación de insulina con bacterias "mutadas" artificialmente).

d) Hay que considerar, por fin, el importantísimo papel que juegan los modernos equipos de diagnóstico y tratamiento. Lo que en una época se resolvía mediante una observación clínica aguda y penetrante (por ej.: Neumann describe, a mediados del siglo pasado, que los tuberculosos cuyo vello púbico es de distinto color al cabello hacen formas graves de la enfermedad) es reemplazado en la actualidad por mediciones exactas de ciertos parámetros "objetivos", lo cual requiere el uso de aparatos complicados y de técnicas elaboradas. La gravedad de un paciente se puede medir, en la actualidad, por la cantidad de cables y tubos que lo conectan a los centros de monitoreo continuo.

La importancia de los dos últimos desarrollos señalados no se encuentra sólo en la fenomenal inci-

dencia que tienen sobre los costos de la atención médica, sino en que insertan este problema en los circuitos económicos de acumulación de capital al nivel más desarrollado de éste, es decir, a nivel de las empresas internacionales que producen esos medicamentos y equipos. Son esas empresas las que se han transformado en las grandes defensoras de la tecnología médica “científica”, llevadas por la necesidad de mantener esa acumulación de capital imprescindible para su desarrollo. Pero, de nuevo, hay que destacar que interviene aquí un desplazamiento de posiciones de dominación entre los distintos grupos sociales con intereses en el sector salud. Una y otra vez la historia de muchos proyectos y negociaciones entre países subdesarrollados y centrales muestra el peso que tienen las empresas multinacionales, en especial de medicamentos, en las decisiones del sector salud. No en vano el financiamiento y la impulsión de programas en el ámbito de salud, sobre todo de la educación médica, ha estado a cargo de fundaciones que representan al gran capital.

4

Para resumir lo dicho hasta aquí, señalemos que la crisis de costos se basa en los siguientes puntos:

- a) Un desplazamiento de las actividades de salud hacia la atención médica, cuyos costos han aumentado mucho más que el de esas actividades.
- b) El incremento de los costos de atención médica tiene cuatro componentes principales que son: los médicos, la administración, los medicamentos y los equipos, siendo estos dos últimos los más importantes en el sentido de que relacionan los costos de salud con la acumulación de capital, (especialmente internacional), siendo por lo tanto las empresas dominantes en la producción de esos bienes las que más han apoyado el desplazamiento señalado en el punto a.
- c) El origen, canalización y destino de los fondos que financian al sector salud, se hace de manera diferencial en cada uno de los tres subsectores principales que conforman el sector salud en Venezuela y América Latina. Esas diferencias crean contradicciones internas y desplazamientos de grupos dominantes dentro del sector, específicas en cada circunstancia y lugar, al mismo tiempo que ordenan la conformación sectorial y se entrelazan con las formas de dominación que crean los circuitos de acumulación señalados en b.
- d) Es indudable que hay una crisis de costos en el sector salud, crisis que debe obligarnos a meditar para resolverla. Pero lo que no podemos permitirnos es un razonamiento de tipo lineal, por ejemplo: si hay una crisis de costos nuestros esfuerzos deben tender a disminuirlos. No, lo que debemos hacer es estudiar en profundidad lo que existe detrás de la simple fachada del aumento de precio de los servicios médicos.

Preguntarnos cuáles son los servicios responsables del incremento, cómo están conformados esos servicios, cuál es el mecanismo a través del cual se financian, por qué se ha producido el desequilibrio, qué intereses movilizan el cambio, qué consecuencias tiene, quiénes ganan y quiénes pierden en ese proceso.

Está claro quiénes han sido hasta ahora los ganadores: en primer lugar los grandes capitalistas a través de la acumulación de capital; en segundo término una parte del grupo médico que ha logrado transformarse en “empresarios de salud” o en especialistas, siendo los mejores aliados del grupo anterior, y finalmente algunos grupos emergentes que aprovechan la coyuntura brindada por los cambios organizativos señalados (por ej.: los que canalizan el financiamiento en el subsector de seguro social, y la burocracia administrativa). Los que pierden son: la población sin mecanismos de defensa ante una tan sólida conjunción de factores adversos, y el grueso de médicos que no han accedido a los niveles empresariales o de especialización, a pesar de ser potencialmente aliados de los mismos grupos dominantes que los explotan. Por eso mismo, sobre estos últimos se concentrará la lucha que ahora se confronta.

B. CRISIS DE ACCESIBILIDAD

1

En la última década, y especialmente a partir de la Conferencia Panamericana de Ministros de Salud realizada en Santiago de Chile en 1971, se ha llegado a la conclusión de que los servicios de salud no extienden sus beneficios a toda la población. A partir de este notable descubrimiento se generó una política: la extensión de cobertura. En forma simultánea se comenzó a estudiar el fenómeno hasta que su conocimiento llegó a configurar una situación de crisis: la crisis de accesibilidad.

La accesibilidad tiene varios componentes: el geográfico o la distancia a los servicios, el económico o el pago de la cuenta, el psicológico o la distancia cultural entre el prestador y el paciente. Cada uno de estos componentes suscita una respuesta: acortar las distancias o mejorar el transporte, subsidiar o socializar el pago o disminuir el costo, cambiar la relación prestador paciente. Varias combinaciones de estas respuestas posibles han sido ensayadas en Venezuela y América Latina, y su significación debe ser interpretada a través de la relación que existe entre acceso y subdesarrollo. Veamos esto con mayor detalle.

2

Desde hace unos quince años y hasta una fecha relativamente reciente, estuvo en boga una teoría que hablaba de la existencia simultánea, en cada país subdesarrollado, de dos países contrapuestos: uno atrasado y otro moderno. Es decir, cada país estaba constituido por un sector, de mayor o menor extensión, con características tradicionales en todos los

aspectos económico-sociales que podrían resumirse en: desempleo, baja productividad, actividad económica principalmente primaria, criterios sociales adscriptivos, etc.; en medio del cual existían "islas" de modernidad: industrias, empleo pleno, tecnología actual, alta productividad, etc.

Un trabajo de la escuela de Manchester llamado "Desarrollo económico con oferta infinita de mano de obra", cuyo autor es Arthur Lewis, señala que el problema del subdesarrollo se soluciona cuando el sector atrasado se incorpora al moderno, pudiendo hacerse esa transición sin conflictos serios. En esta perspectiva, la masa de población que forma parte del país realmente subdesarrollado, no está incorporada a la actividad económica del otro sector más que como una reserva de mano de obra a la que se echa mano donde y cuando se la necesita. Pero lo importante es que hasta que no se la "incorpora" no forma parte del sector desarrollado.

En esa sociedad "dual" el sector moderno no se interesa por lo que ocurre con la salud del sector tradicional. Los fondos que pudieran destinarse al cuidado de la salud son mejor invertidos en el crecimiento económico. Desde un punto de vista teórico, ese uso de los fondos se justifica aun en términos de salud, ya que permitirá el paso de una parte de la población al sector desarrollado de la economía.

Esa teoría de la dualidad tuvo una expresión física en el terreno de la salud. El acceso no era posible para gran parte de la población, simplemente porque los servicios no existían.

De unos pocos años a hoy cambió la teoría. Los científicos sociales de América Latina comenzaron a señalar no solo que el país dual era un mito, sino que la existencia de una masa de población que vivía en la pobreza y el desempleo o subempleo, era una condición necesaria del capitalismo dependiente. Esta tesis, liderada en parte por CEPAL y de la cual dan cuenta los trabajos de Fernando Henrique Cardoso, Celso Furtado, Rodolfo Stavenhagen y muchos otros, tuvo consecuencias importantes en el terreno de la salud. Si los países subdesarrollados (que ahora pasaron a llamarse países "en vías de desarrollo") estaban integrados a través de una relación dialéctica, era necesario atender a la salud de toda su población. Había que crear vías de acceso a la salud a la población que hasta entonces estaba totalmente desprotegida. De ese modo surgió la necesidad de una política de extensión de la cobertura.

3

Es legítimo preguntarse aquí cuál es el contenido real de una política, en salud o en cualquier otro sector. Nuestra postulación es que una política es una proposición de hecho sobre el poder. Para ser más claros, decimos que una política es la proposición de realizar algo con la intención de que el poder, en el sector en cuestión, permanezca en el mismo grupo social que ya lo tiene, o tienda a desplazarse hacia otro grupo social.

Lo cual quiere decir que una acción propuesta no tiene contenido político si no señala, explícita o implícitamente, hacia qué grupo social se quiere desplazar el poder. Por lo tanto, si bien la acción "extensión de cobertura" no es en sí misma una política, sí contiene una política en la forma como se pretende realizar esa acción. Es decir, si la extensión de cobertura se hace de una manera tal que se facilite el acceso de grupos populares al manejo del poder en el terreno de la salud, su contenido político será diametralmente opuesto al mismo proyecto diseñado de forma que el control permanezca, o se concentre, en los grupos actualmente dominantes.

En Venezuela y América Latina se han desarrollado muchos proyectos de extensión de cobertura. Todos tienen contenido político, es decir, son "políticos" en el sentido expresado en el párrafo anterior y algunos de ellos intentan efectivamente crear las condiciones para el acceso de grupos populares a alguna forma de poder en el terreno de la salud, a través de la participación amplia de la población en base a sus propias formas de organización. Otros, en cambio, buscan solamente ejercer un mejor control sobre esa misma población. Para dilucidar cuál es ese contenido, hay que examinar las formas organizativas concretas de participación popular que determinan cada proyecto. No cualquier forma de "salud por el pueblo" (según el feliz, pero engañoso término utilizado por Kenneth Newell) es una política de salud "progresista".

En la actualidad existen programas de extensión basados en distintas técnicas y en diversas composiciones de recursos humanos de salud, popularizados con denominaciones variadas: médicos descalzos, con zapatillas o con botas, medicina simplificada, paramedicina (ésta tiene hasta una serie de televisión en USA) son algunos ejemplos que, sin embargo, no permiten identificar la política real, mientras no se examine la manera en que la población tiene acceso organizado al manejo de los recursos y a las decisiones que la afectan.

Los últimos intentos de extensión que se están realizando en la actualidad, son el análisis y la posible incorporación de formas tradicionales de medicina popular, lo cual ha reactivado las investigaciones antropológicas en comunidades "primitivas", para tratar de integrar esas formas de medicina al sistema "oficial" de salud.

4

Es obvio que cualquier política de salud sensata debe extender la cobertura de sus servicios hasta alcanzar la totalidad de la población. Reflexionemos brevemente sin embargo, acerca del papel que en esa extensión juegan los médicos y el resto del personal de salud.

Un tema que periódicamente reaparece en la discusión de salud es el del "equipo de trabajo", aunque, salvo notorias excepciones, éste no ha sido implementado en ningún lado con las características que un equipo debiera tener, es decir, con la perma-

nente coordinación del trabajo y la jerarquización de las tareas ordenadas por su precedencia técnica; en cambio, lo que se ve cuando existe un remedo de "equipo" es un médico rodeado por auxiliares cuyas tareas son siempre dirigidas por aquél y que sirven solo como proveedores de información o como ejecutores de sus instrucciones, en tanto que sería más lógico que la conducción del equipo estuviera en manos de quien, en cada momento, enfrenta la tarea principal frente a un paciente. El personal que más ha sufrido esta situación ha sido, sin duda, el de enfermería, pero también los trabajadores sociales quienes en la mayoría de los casos deben enfrentar al médico para lograr alguna solución parcial a problemas acuciantes, por lo general de mayor importancia para la salud del paciente que la misma enfermedad que lo lleva a la consulta.

Este proceder, en el que la división del trabajo dentro del equipo de salud (cuando existe), se decide en base a razones de prestigio social y de "status" profesional, es fuertemente reforzado desde la educación en las escuelas de medicina al acentuar la tarea médica y reducir a su mínima expresión la discusión sobre los aspectos sociales de la salud, en general ya limitados a unas intrascendentes estadísticas y epidemiología, más unas inútiles, por obsoletas, clases sobre administración o, peor aún, unas peligrosas nociones sobre teoría del comportamiento.

En una red de servicios de salud, las posiciones más periféricas son las de menor prestigio social, tanto así que hasta en países con abundancia de médicos han debido crearse categorías profesionales "menores" (paramédicos) para llenar el vacío de la periferia. En otros casos, la propuesta es que sea el médico "recién" graduado el que ocupe esa posición para resolver un problema al mismo tiempo que "adquiere experiencia". La irracionalidad técnica de esta concepción es tan obvia que ni siquiera amerita un comentario, sólo que este problema no es solucionable en tanto el trabajo se distribuya por razones sociales y no técnicas.

Una red de servicios estructurada sobre sucesivos equipos de salud y con una puerta de entrada cuya eficacia y eficiencia esté garantizada por la calidad técnica de sus componentes humanos, podría incrementar enormemente la capacidad de cobertura actual. Es en este sentido donde la propuesta de un médico general (o familiar o alguna otra denominación alternativa) adquiere su más sólida justificación, de la misma manera que se justifican cualquiera de las otras propuestas que sucesivamente han llenado el panorama de la salud pública y de la educación médica en América Latina, es decir, en el convencimiento de que la circunstancia que enfrentan no es más que una coyuntura o apariencia de una determinación oculta más real y permanente.

Bienvenido el médico familiar, como especialista en medicina general, siempre que las condiciones de su ejercicio destaquen, en lugar de ocultarla, la génesis social de los problemas de salud, al mismo tiempo que contribuyan efectivamente a la democra-

tización interna (hacia el equipo) y externa (hacia la población) que es condición indispensable, más que la solución coyuntural de cualquier crisis, del mejoramiento permanente de la salud del pueblo.

5

Es legítimo interrogarse por qué aparece la crisis de accesibilidad en el momento en que lo hace en los países subdesarrollados. Es obvio que la situación no se configura a nivel de una percepción consciente en el grueso de la población desprotegida. Esos grupos han mantenido sin cambios notables su considerable aporte al mantenimiento de las tasas de mortalidad, sin más que una resignada aceptación ante la fatalidad de la vida y de la muerte.

¿Cuál es, entonces, la crisis? A nuestro entender se trata de una crisis "fabricada" por la doble conjunción del reclamo progresista que significa la interpretación del subdesarrollo como un fenómeno integrado, en el que la miseria y el desempleo es una condición de la riqueza y la desigualdad, a lo que se agrega, de manera principal, una imperiosa necesidad del capital transnacional de transferir parte de sus inversiones a los países subdesarrollados para mantener márgenes de ganancia "tolerables", en base a una oferta de mano de obra barata, a la utilización de tecnologías contaminantes que ya no son aceptables en los países centrales, y a la conveniente facilidad de utilización del mecanismo crediticio interno, que se transforma así en la "celestina" de este proceso.

Las consecuencias son claras: hay que hacer extensión de la cobertura de servicios de salud para poder disponer del "ejército de reserva" adecuado a las necesidades del capital transferido, pero ello no puede hacerse de manera que lesione los intereses que lo promueven, de donde habría una medicina para ricos y otra para pobres, con distintos tipos de personal y distintas formas organizativas.

Es innecesario señalar que en este proceso ganan los mismos que con la crisis de costos. Algo, muy poco, recibe la población más desprotegida, algún acceso que antes le era negado. El grueso de los médicos también pierde sus posiciones privilegiadas, desplazado por personal de menor formación o transformado en un empleado que cumple funciones burocratizadas.

C. CRISIS DE EFICACIA

1

La eficacia de una actividad puede definirse como la medida en que la misma alcanza su propósito.

Es sabido que la composición de las enfermedades que afectan a una población se va modificando a medida que un país se desarrolla. Esa modificación condiciona, a partir de un cierto nivel, una disminución de la eficacia de la atención médica, por el simple hecho de que las enfermedades que van quedando son las que resultan más difíciles de curar. De esa manera se va llegando, paulatinamente, a lo que se conoce como una "crisis de eficacia".

Hay dos maneras de enfrentar esa crisis: una es incrementar el conocimiento de los procesos patológicos que hay que enfrentar (investigación básica clínica), sumado a una mejor organización de la actividad en cuestión, la otra es redefinir el propósito de la atención médica.

En los países "centrales" se utilizan ambos procedimientos señalados. Como es innecesario referirse a la investigación y organización en esos países, destacaremos sólo la forma que ha tomado la redefinición de la atención médica.

Hace algunos años, sanitaristas norteamericanos plantearon que la atención médica debía enfrentar cuatro problemas que caracterizaron como las cuatro D: "death, disease, discomfort, disruption", es decir: muerte, enfermedad, malestar, perturbación, entendida esta última como los trastornos familiares y sociales que genera una persona enferma.

A medida que se evitan las muertes evitables y se curan las enfermedades curables, se produce un natural desplazamiento del propósito hacia el alivio del malestar y de las perturbaciones. Ese desplazamiento fue reconocido al afirmar que el propósito de la atención médica era cuidar y no curar ("to care, not cure") a los pacientes.

2

Las cosas no quedaron ahí. El paso siguiente fue la discusión en torno a las categorías que es necesario utilizar para estudiar los problemas de atención médica. Este desarrollo se realizó a través de las discusiones en torno a la investigación sobre utilización de atención médica, administrada por la Organización Mundial de la Salud y con fuerte apoyo de Universidades norteamericanas y europeas (también participaban algunos países subdesarrollados), llevada a cabo en varios países de ambos mundos entre 1971 y 1974 aproximadamente.

El ataque se dirigió contra la clasificación de enfermedades y causas de muerte (por otra parte fácilmente atacable por muchas otras razones), defendiendo el criterio de que los pacientes concurren a la consulta en razón de sus síntomas (dolor de cabeza o de estómago, dificultad para moverse) o signos (fiebre, tumoración) y que además los médicos se manejan la mayor parte del tiempo en esos términos. Es cierto, pero también lo es que esta manera de enfocar el problema es más importante cuando el objetivo es cuidar y no curar al enfermo, y además cuando desde el punto de vista de la organización de la atención hay que privilegiar la eficiencia del servicio, frente a la eficacia a la cual ya se ha renunciado (la eficacia se entiende aquí como la relación actividades-costos). En este caso, interesa más conocer la trayectoria probable de un paciente dentro del sistema de salud, para lo cual es más útil la categorización de síntomas y signos, que el diagnóstico preciso de su enfermedad.

3

Frente a este panorama de propósitos y categorías, veamos lo que ocurre en los países subdesarrollados.

Tal vez el mejor indicador del desarrollo sea la pirámide demográfica. Si observamos las pirámides correspondientes a Venezuela y América Latina, veremos en todos nuestros países una estructura intermedia entre la que corresponde a los países más atrasados y los más adelantados. La configuración particular de cada país señala alguna combinación de mortalidad general baja y natalidad alta, pero manteniendo una tasa de mortalidad infantil relativamente alta. Las tasas de mortalidad de los grupos jóvenes y adultos, si bien justifican una esperanza de vida satisfactoria, no alcanzan los niveles de los países desarrollados; estos elementos, si bien no permiten afirmaciones rigurosas apuntan a un proceso de urbanización e industrialización, acompañado de una serie de características económico-sociales pero, sobre todo, a un cierto cambio en la estructura de enfermedades. Este cambio es el que ocurre en todos los países, con mayor o menor rapidez, cuando se desarrollan actividades sistemáticas de salud, sobre todo del tipo que no es atención médica; la alimentación y las medidas de saneamiento ambiental, junto con otras aún más generales, son las responsables de la transformación que implica la eliminación de las enfermedades erradicables y la disminución porcentual de las reducibles.

Sin embargo, el cambio estructural señalado deja aún un margen muy grande de progreso en la misma vía. Es decir, las medidas generales de salud pueden tener efectos aún considerables sobre la salud de la población. De modo que, tanto en el terreno de la atención médica, como en el de las otras actividades de salud, existe una reserva de eficacia posible totalmente diferente a la de los países desarrollados.

4

Una de las características más importantes del subdesarrollo es la dependencia, que los países centrales tratan de mantener porque es una de las condiciones principales de su desarrollo sostenido y, sin ninguna duda, de su dominación. La integración de la "dualidad" funciona no sólo a nivel de los países sino también a nivel internacional.

La dependencia se expresa de muchas maneras. Tal vez una de las más perniciosas sea la aceptación acrítica de cualquier producto, material o intelectual, que los países centrales estén interesados en vender, porque esta forma de dependencia es la condición de la introducción de todas las demás. Esto es fácil de ejemplificar en el caso que nos ocupa, ya que el aceptar acríticamente la noción de crisis de eficacia que se ha generado en Estados Unidos de Norteamérica tiene las siguientes (por lo menos) tres implicaciones:

- i) Menosprecia la distinción entre eficacia de la atención médica y eficacia de las otras actividades de salud, que de ninguna manera se justifica en los países subdesarrollados, dada la composición estructural de sus enfermedades.
- ii) Desconoce el hecho de que aún dentro de las enfermedades que llegan a los servicios de

atención en Venezuela y América Latina, su composición difiere de la habitual en los países superdesarrollados (digamos gastroenteritis versus accidentes cerebrovasculares), lo cual obliga a una diferente caracterización de la atención médica en una y otra situación.

- iii) Aún en el supuesto de que existiera, en Venezuela y América Latina, una crisis de eficacia, no es aceptable que la forma de enfrentarla sea por un cambio de propósitos de la atención médica, porque esa supuesta crisis puede resolverse por la vía mucho más lógica de la investigación y, sobre todo, de la organización de los servicios, áreas ambas crónicamente descuidadas, o simplemente dejadas al arbitrio de lo que opinan en esos terrenos los países desarrollados.

5

Es necesario volver sobre la noción de eficacia. En términos más rigurosos que los iniciales podríamos definir eficacia como: la probabilidad que una determinada acción alcance su objetivo (si vacuno 100 niños la eficacia se mide con el porcentaje que adquiere inmunidad). Esa probabilidad es tanto más fácil de reconocer cuanto más sencillo es el proceso causal en el que se quiere intervenir. En otros términos, la malaria es erradicable y la gastroenteritis no,

porque el proceso causal de aquella se conoce mejor que el de esta.

La afirmación anterior debe ser matizada. Porque ya es nuestra experiencia histórica que, si bien es posible erradicar la malaria, no es tan fácil mantener en todas partes el nivel de erradicación alcanzado. ¿Será, por acaso, que la interpretación que hacíamos del proceso causal de la malaria, adolecía de algunas lagunas conceptuales? Esto es lo que sostiene algunos epidemiólogos "sociales", al insistir en el papel que juegan, en la determinación de la enfermedad, las posiciones que se ocupan en el proceso de trabajo.

Lo que interesa destacar aquí, más que la validez de las interpretaciones posibles, es el hecho de que la noción de eficacia, en salud, está indisolublemente ligada a la visión epidemiológica del problema en cuestión. O, dicho de otra manera, a la responsabilidad que se adjudica a los posibles componentes que entran en el proceso de determinación de las enfermedades. Cuando la epidemiología destaca el papel del ambiente físico la noción de eficacia de la intervención es totalmente distinta a cuando se incluyen en esa determinación los componentes sociales.

En este último caso, hay algún grupo social que "tiene la culpa" de la enfermedad. El problema de la salud no puede desligarse del de la estructura social.