

# Atención ¿primaria o primitiva? de salud

Mario Testa \*

## INTRODUCCIÓN

En otros trabajos (ver “Cientificismo y Dependencia” en el número 29-30 de *Cuadernos Médico Sociales*) hemos enfatizado la necesidad de contextualizar los objetos de trabajo. Esa necesidad reaparece en el caso que nos ocupa, lo cual significa que no es posible considerar la atención primaria de salud como un concepto totalizante, con la misma validez en cualquier país y circunstancia. Sin embargo, ese aislamiento conceptual aparece en las formulaciones habituales con que se nos presenta el problema. Aparece así, sobre todo, en lo que los organismos internacionales y las agencias de salud de los países centrales propagandizan como las políticas a desarrollar en todo el mundo para salir definitivamente del subdesarrollo sanitario. Una de esas supuestas políticas de salud es la difundida actualmente como la que nos permitirá acceder a la salud para todos en el mítico año 2000: la atención primaria.

## EL SISTEMA DE SALUD

La contextualidad de la atención primaria de salud (APS) está dada, en primera instancia, por el sistema de salud en que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de la APS en el nivel de la organización sectorial. Es decir, la APS puede tener un significado concreto, el que le otorga su inserción en un sistema de salud, o tener un significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica como la que puede observarse en los documentos de la Organización Mundial de la Salud.

De los diferentes puntos de vista en que puede considerarse la APS conviene destacar el que corresponde a su inserción en un sistema de salud y el que entiende la propuesta como un fenómeno aislado.

Para los países donde se ha logrado conformar un sistema de atención de salud, la APS es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica — diagnóstica y terapéutica— y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Ello implica una red de establecimientos interconectados por claros

procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordenan la circulación interna de los pacientes en el sistema: también implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue más o menos disciplinadamente, las normas de ingreso y circulación. El tipo de atención que se presta en esos establecimientos no implica una disminución de la calidad de la atención, por el contrario, debe tener la calidad necesaria para poder realizar la distribución señalada, de lo contrario puede aumentar el riesgo de errores diagnósticos y terapéuticos extemporáneos.

## CALIDAD Y PUERTA DE ENTRADA

Hay varias maneras como puede considerarse el problema de la calidad en la APS, las cuales corresponden a las formas organizativas concretas implementadas en ese nivel de atención, dependientes a su vez de una conceptualización más profunda acerca del proceso salud-enfermedad y de las formas sociales de respuesta frente a los mismos; en síntesis, se trata de la vieja discusión entre los generalistas y los especialistas, en este caso llevada hasta la atención en el nivel más elemental.

El problema consiste en decidir si la atención médica de **cualquier** paciente debe estar a cargo de generalistas o especialistas. Planteado en estos términos el problema no tiene una solución única sino buenas o malas formas organizativas según la opción elegida y también significaciones sociales distintas. Lo que importa aquí es tener en cuenta que este nivel de atención es el primer contacto del paciente —o el sano— con el complejo de servicios que deben estar a su disposición en la medida que ello sea necesario para resolver el problema de salud que presenta, de manera que una mejor forma de conceptualizar este servicio es como **puerta de entrada** al sistema de servicios de salud.

Si se piensa en la APS como puerta de entrada, entonces, es claro que la función que debe cumplirse en ese nivel debe estar a cargo de personal muy bien calificado, para poder responder adecuada-

\* Investigador del Centro de Estudios para la Transformación Argentina (CETRA - Buenos Aires).

mente a las exigencias de orientación que van a poner a los demandantes en un determinado rumbo dentro del sistema —inclusive definiendo su salida del mismo a partir de ese primer contacto— y aunque ese rumbo pueda ser corregido más adelante, la mala orientación es un costo adicional que grava en forma cuantiosa a todos los servicios de salud.

Las principales opciones organizativas son: la existencia de un médico general que atienda los casos que llegan al servicio resolviendo los que estén a su alcance y distribuyendo los restantes a las consultas correspondientes según su criterio; la atención por especialistas de nivel primario —pediatra, tocoginecólogo, clínico y cirujano general— a los cuales el paciente accede directamente o a través de un procedimiento de examen preliminar que orienta el diagnóstico hacia los especialistas de primero o segundo nivel sin intentar resolverlo. Cada uno de estos procedimientos globales tienen muchas variantes pero lo que es claro es que cualquiera sea la forma que se adopte existe una exigencia de alta calidad que garantice la puesta en marcha del proceso de atención.

Lo malo de muchas de las soluciones propuestas es que se fundamentan sobre otras consideraciones, dejando de lado las que corresponden a las necesidades de los pacientes. Ello ocurre, en nuestros países, como consecuencia de una doble circunstancia: por una parte por la existencia de servicios diferenciados para distintos grupos sociales, de manera que la discusión no se realiza en torno a la cuestión de los servicios para **toda** la población sino sólo para aquélla que se encuentra en situación menos favorecida; en segundo lugar pero estrechamente relacionado con lo anterior, entran las consideraciones de costos, de modo que la APS se diseña como forma de disminuir el gasto social para salud, aunque ello introduzca fuertes ineficiencias en el funcionamiento de todo el sistema.

De modo que existen diversas razones que dificultan la instalación de una APS que sirva a las necesidades de la población. En países que no han conseguido establecer un sistema de esas característi-

cas, esto es regionalizado y con adecuado sistema de referencia, la APS se transforma en atención **primitiva** de salud, en un servicio de segunda categoría para población **ídem**. Y aún admitiendo que es mejor alguna atención que ninguna, no es posible escapar al hecho elemental que en los países donde no funciona la regionalización ni la referencia, la APS no es la puerta de entrada al sistema de salud —lo cual podría garantizar una asistencia adecuada— sino el único servicio disponible para la población a la que está destinada. Con esta caracterización, la calidad del servicio prestado en esas condiciones, no puede alcanzar el nivel requerido.

El personal que se destina a prestar ese servicio, en los países capitalistas dependientes es, en general, el de menor nivel de capacitación: estudiantes o médicos recién graduados sin la necesaria experiencia para desempeñar la función que tiene la **mayor responsabilidad** en el funcionamiento del sistema.

Para empeorar las cosas, desde hace algún tiempo ha avanzado la propuesta de incorporar personal empírico no profesional para cumplir ese cometido, pero solo en algunas regiones y destinado a grupos sociales determinados. Aquí existe una deliberada confusión entre la función de algunas alternativas **culturales** implementadas en muchos países desde tiempo inmemorial —me refiero a **curanderos** o similares— que no forman parte del sistema de salud en el sentido de puerta de entrada al mismo, sino que constituyen una **propuesta** alternativa a la medicina tradicional. Se está intentando **oficializar** esos grupos como la **parte informal** del sistema formal de salud.

#### SISTEMA SOCIAL Y SISTEMA DE SALUD

Demás está señalar que la primera forma de APS funciona en los países de la órbita socialista y en algunos capitalistas avanzados de régimen socialdemócrata, en tanto que la segunda es la que padecen los países capitalistas subdesarrollados y dependientes.

Un cuadro expresivo de las relaciones señaladas sería de suma utilidad y significación para los estudios comparativos, a partir de una matriz del siguiente tipo:

| SISTEMA DE SALUD                 | SISTEMA ECONOMICO SOCIAL |                           |                   |            |          |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------|------------|----------|
|                                  | Capitalismo              |                           |                   | Socialismo |          |
|                                  | Liberal avanzado         | Subdesarrollo dependiente | Democracia social | Maduro     | Reciente |
| Puerta de entrada<br>Circulación |                          |                           |                   |            |          |

La diferencia más importante entre países capitalistas y socialistas es la existencia —en los segundos— de un sistema único de salud, es decir donde todos los servicios responden a una sola administración. Ello introduce la posibilidad de un tratamiento uniforme de los problemas en todos los niveles y, por consiguiente, de una igualdad de pres-

taciones y beneficios para toda la población. Dentro de esta característica general existen importantes diferencias entre los países socialistas que aquí se categorizan como maduros o recientes. En los primeros, el largo período organizativo condujo a un elevado grado de **disciplina social**, lo cual permite una normatización importante que permea desde los

procedimientos de planificación hasta los comportamientos más o menos espontáneos de la población. En ese sentido, la organización del sistema de salud en los países socialistas maduros se aproxima al ideal del socialismo como la **administración de las cosas**.

En los países socialistas recientes, o mejor aún, que se encuentran en la fase de construcción del socialismo, el sistema de salud presenta algunas variaciones importantes respecto al socialismo maduro. La principal de esas diferencias es la **enorme** importancia de la participación popular, la cual cumple con uno de los requerimientos de la fase constructiva, la movilización de la población, al mismo tiempo que facilita el desarrollo de muchas actividades de salud: las **campañas** en primer lugar pero también cuestiones menos puntuales que acompañan el crecimiento de la **conciencia sanitaria**. Además de esa diferencia principal, existen otras que dependen de cuestiones no tan ligadas a la fase de desarrollo sociopolítico alcanzado: el volumen, capacitación y distribución de fuerza de trabajo y recursos materiales y las condiciones geográficas particulares entre otros, lo cual obliga a adoptar algunas decisiones que pueden reverse cuando las condiciones cambian.

De todos modos, en el socialismo la APS es una verdadera puerta de entrada al sistema de salud, que funciona muy eficazmente en el socialismo maduro y no tanto en el reciente. Existen también normas de circulación interna que presentan esas mismas características de eficacia en uno y otro casos. La estrecha relación de estos hechos con el desarrollo alcanzado dentro de la concepción socialista se explica a través de las formas organizativas intermedias que generan las distintas fases del proceso.

En los países capitalistas lo general para todos ellos es la multiplicidad organizativa: la existencia de más de una institucionalidad subsectorial —en ocasiones **muchas** más— lo cual complica el funcionamiento del sector como sistema. Dentro de esa uniformidad existen considerables diferencias, mayores aún que las que se comprueban en el socialismo. Dos ejes permiten ordenar mejor las diferencias; el que corresponde al grado de liberalismo y el que separa los países avanzados de los subdesarrollados.

En el primer eje, que sintetizaremos como liberal en un extremo y socialdemócrata en el otro, las diferencias responden básicamente al grado de respeto por las leyes de la oferta y la demanda, mucho mayor en los países estrictamente liberales, en los cuales el concepto de puerta de entrada no tiene sentido, dado que se entra al sistema por cualquier parte, dependiendo de cuál sea la oferta que los agentes a través de los cuales se determina la demanda —los médicos— consideren más conveniente o adecuada para su cliente o para sí mismos; en consonancia con esto, tampoco existen normas de circulación interna aplicándose aquí los mismos principios señalados para la entrada. En esas condiciones los grupos de población menos favorecidos enfrentan una situación muy riesgosa cuando no pueden pagar el precio fija-

do monopolísticamente por la oferta, dado que ni siquiera controlan su propia demanda que, como se señaló, se encuentra en manos del grupo oferente.

En el extremo socialdemócrata del mismo eje la situación cambia radicalmente. No existe caos organizativo sectorial sino, por el contrario, una organización que puede ser múltiple —en general una doble institucionalidad que se concreta en un subsector privado y otro público o semipúblico— pero que funciona con un elevado grado de eficacia y eficiencia: las puertas de entrada y las normas de circulación están claramente establecidas y se cumplen tan disciplinadamente como en el socialismo maduro, del cual el conjunto del sistema y su funcionamiento se diferencian escasamente.

El otro eje es el correspondiente a desarrollo subdesarrollo. Los países liberales y socialdemócratas se encuentran generalmente ubicados en el primer polo de este eje, de manera que la configuración de ambos ejes en conjunto es asimétrica (una T en lugar de un +) lo cual significa que los países subdesarrollados no son ni liberales a ultranza ni socialdemócratas sino dependientes. Esto apunta —dicho sea de paso— a que la independencia es una condición de aquellas situaciones.

Lo que une a los países liberales y socialdemócratas en su expresión sectorial de salud es la abundancia relativa de recursos, aunque todo lo demás los separe. La combinación de abundancia y organización determina la posición que ocupan los países socialistas, socialdemócratas y liberales en cuanto a los indicadores que señalan el estado de salud de sus poblaciones.

Los países subdesarrollados dependientes carecen de los recursos de los desarrollados y no tienen la disciplina social del socialismo o la socialdemocracia, pero además **ejercen** su dependencia a través de la copia ineficaz de lo que funciona en otros países, en base a otras condiciones globales que así lo determinan. Por eso es que hay muchos tipos de sistemas —formales— en el subdesarrollo, casi todos ellos considerablemente ineficaces.

La ineficacia e ineficiencia de los sistemas de salud en los países subdesarrollados y dependientes se sustenta sobre el trípode de la escasez de recursos, la indisciplina social y la incoherencia entre las formas organizativas y los propósitos que buscan alcanzarse. Pero además el sistema de salud es, junto con un terreno de acciones específicas para resolver problemas muy sentidos por el conjunto de la población, una arena donde se debate el conflicto político —la lucha por el poder— y un campo de apropiación de recursos financieros por distintos grupos con intereses muy particulares.

La otra característica común a los países subdesarrollados —la primera es la ineficacia e ineficiencia— es la multiplicidad institucional. Esa multiplicidad es no sólo subsectorial, sino que se repite dentro de cada subsector de modo que cada servicio que forma parte del mismo se encuentra parcial o totalmente aislado de los restantes.

## SOLUCIONES Y FRACASOS

Estas características básicas de los seudosistemas de salud en los países subdesarrollados dependientes, forman parte de la **cultura del subdesarrollo**, lo que en otro trabajo (*¿Cuál ciencia?*) llamo **cultura institucional**, pero ello no impide que se intente copiar organizaciones de otros sistemas político-sociales, en particular socialistas o socialdemócratas, sin excluir el liberalismo, y no sólo secuencialmente sino simultáneamente, con el resultado fácilmente previsible de un notable incremento en todas las características negativas del cúmulo de servicios que se prestan. En estas condiciones la APS sólo puede agregar un elemento más de caotización al caos existente. Ello ocurre porque se quiere resolver **técnicamente** una cuestión que sólo puede encontrar un inicio de respuesta en un **proceso político**, es decir, en un proceso que tome debida cuenta que la discusión es acerca del poder que dispone cada uno de los grupos sociales en relación con la cuestión. Estas consideraciones nos llevan a reflexionar sobre los intentos que se realizan para resolver los problemas generados en cada situación sociopolítica.

En los países socialistas, socialdemócratas y liberales, esto es el polo avanzado del eje desarrollo subdesarrollo, las soluciones que se buscan a los problemas emergentes consisten en una mezcla de mejor organización y más recursos, insistiendo los países socialistas en el primer término y los liberales en el segundo, aunque ninguno de los dos desprecia el término de segunda instancia. Además la priorización —más recursos o mejor reorganización— dependen de la circunstancia enfrentada y de la posición más o menos progresista —en el sentido de favorecer a los grupos más desprovistos— de los segmentos dirigentes. La escala iría desde mejorar la organización de la población y su institucionalización en el socialismo reciente, la normatización de los procedimientos en el socialismo maduro, una mezcla de esto último más incremento de recursos en la socialdemocracia, a una mayor asignación de financiamiento en el liberalismo. Insistimos en que esta descripción estereotípica admite variantes y altibajos (un país liberal como Inglaterra acentúa las cuestiones organizativas, USA impone el Medicare y el Medicaid aunque los desmantela parcialmente durante el gobierno ultra reaccionario de Reagan, etc.).

Los países subdesarrollados dependientes, tal como hemos dicho antes, copian soluciones organizativas —el aumento de asignación presupuestaria les está parcialmente vedado— que les parecen exitosas o que simplemente son bien propagandizadas por agentes con intereses económicos (vide infra) desplazándose así entre el Centro de Salud soviético, el Hospital Comunitario norteamericano, los médicos descalzos chinos, la policía médica alemana, la medicina socializada inglesa, la seguridad social europea u otras propuestas que constituyen sucesivos y reiterados fracasos. La última de esas propuestas en el nivel de APS, es la reactivación del médico de fami-

lia, ahora en carácter de **especialista en generalidades**. Esta propuesta, originada en EEUU para resolver un problema interno y local de su organización médica, es copiada por los países subdesarrollados y dependientes como si fuera lo que estos necesitan desde el punto de vista técnico para resolver sus problemas de salud.

## PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

La **onda** reciente sobre la que se asientan todos estos procesos es la participación de la comunidad. La introducción de la propuesta participativa surge en la década del cuarenta, por una parte como una necesidad de reforzar los mecanismos de democracia real deteriorados a partir de la crisis mundial entre las dos grandes guerras y también como una manera de desplazar las responsabilidades crecientes del Estado moderno hacia los ciudadanos. La experiencia de los **grass root movements** en los Estados Unidos es un importante antecedente para el desarrollo de la propuesta participativa. A partir de aquí, e inducido por esas necesidades y esa experiencia, todos los proyectos que los países centrales impulsan en la periferia contienen esa propuesta.

Salud no escapa a estas consideraciones y así es que surgen una variedad de formas de participación, que van siendo sustituidas unas por otras en la medida de su sucesivo fracaso. Nuestro problema es explorar las razones de esos constantes fracasos y también las razones de la insistencia **a pesar de lo reiterado de los mismos**.

Vamos a plantear esta exploración desarrollando la idea del significado de la participación comunitaria según las condiciones en las que ella surge y se desenvuelve o, lo que es lo mismo, según sus condiciones de abstracción concreción.

En lo que respecta al surgimiento de la participación, hay dos maneras principales en que ello ocurre: como un proceso nacido desde el conocimiento de las necesidades sufridas y sentidas por la población, junto con el **convencimiento** de que la acción grupal puede superar los problemas que la acción individual no puede resolver, o como una **propuesta o proyecto organizativo** de alguna autoridad tendiente a resolver las necesidades señaladas. En el primer caso, el proceso está ligado a toda la vivencia comunitaria y basado en un requisito de intersubjetividad que es origen y resultado de ese proceso: es una cuestión **concreta**. En el segundo el proyecto se encuentra fuera de contexto real, lo cual conduce inevitablemente a su fracaso pues se trata de una simple abstracción.

¿Por qué entonces la razón de la insistencia? Para algunos, realmente convencidos de las indudables ventajas de la participación, la insistencia corresponde a la intención de superar los supuestos errores operativos que en circunstancias previas condujeron al fracaso. Para los más avisados, dicha insistencia no es más que una **pantalla de legitimación** que cumple parcialmente esa función esencial en el mantenimiento de cualquier sistema social.



## REGIONES

Existen otras diferencias internas a los países subdesarrollados, que son las correspondientes a las áreas urbanas y rurales por una parte, centrales y periféricas por otra. Lo que se observa en todos los países subdesarrollados dependientes es una concentración de recursos en las áreas urbanas centrales en primer lugar, disminuyendo bruscamente en el resto para quedar las rurales periféricas —en la práctica— totalmente desprotegidas en la asignación de recursos para las mismas. Las otras regiones intermedias —urbanas periféricas y rurales centrales— presentan situaciones variables pero que están en todos los casos muy alejadas de las urbanas centrales. Si a esto se agrega que generalmente existe solo una región urbana central por país, se concluye que el nivel de desprotección de la mayoría de la población es verdaderamente abismal. Además debe tenerse en cuenta que la desigualdad no es sólo del **volumen** de recursos comprometidos sino también de la **calidad** de los mismos.

Todas estas distinciones de significaciones y circunstancias, hacen necesario tomar en cuenta de manera adecuada los marcos referenciales de la investigación.

## LOS GRUPOS SOCIALES

Un segundo aspecto a ser considerado es la constelación de grupos sociales interesados, por razones diversas, en la APS y las razones mismas de su interés. Esta identificación es útil para analizar la viabilidad de los proyectos en discusión y para el diseño de la estrategia de implementación. Las razones del interés pueden ir desde la necesidad de acceder a ciertos servicios para la población destinataria, hasta la de ampliar el mercado de productos farmacéuticos para las empresas productoras de los mismos, pasando por la formación de una **clientela** política —legitimación— para los responsables de la decisión, o la apropiación del dinero disponible para el financiamiento del servicio por prestatarios o intermediarios.

En principio, los grupos que pueden identificarse como interesados en las cuestiones de salud son los demandantes de servicios —la población— y los

oferentes en sus distintas calidades de empresarios, decisores y administradores. Esto establece una primera diferencia entre ambos conjuntos primarios, que se ahonda cuando se consideran los intereses particulares que existen dentro de cada uno de los grupos mencionados.

En el correspondiente a población, esas diferencias van a constituirse en relación con las categorías utilizadas en su identificación y también con las características específicas de las mismas (el nivel de conciencia de clase alcanzado, por ejemplo). En el caso de los empresarios debe diferenciarse entre los que son proveedores de servicios directos a los demandantes —atención de salud— de los proveedores de insumos y equipos (a su vez separados en nacionales y extranjeros) a los primeros, puesto que pueden existir intereses conflictivos, además que la **lógica acumulativa** difiere para cada uno de ellos. El grupo de los políticos se enfrentará en lo específicamente político ideológico —derecha, centro, izquierda— utilizando el terreno de la salud como una arena de contiendas en la lucha por el acceso o la conservación del poder alcanzado. Por último, los administradores también tendrán una conflictividad interna basada en la disputa entre eficacia y eficiencia, siendo defensores de la primera los administradores provenientes del campo médico y de la segunda los que se han formado en el terreno específicamente administrativo.

Además de todas estas diferencias entre los grupos sociales, que crean intereses conflictivos dentro de cada grupo, hay otra fuente de diferencias importantes que complica aún más la ya confusa configuración del cuadro de situación. Se trata de lo que en otros trabajos llamamos **conciencia sanitaria** (Testa, Díaz Polanco, Goldfeld, Vera, *Estructura de poder en el sector salud*) que consiste en la conceptualización que cada grupo tiene acerca del proceso de salud enfermedad. Este es el elemento central de lo que se puede identificar como la **ideología** sanitaria la cual, confrontada con la ideología social, constituye el núcleo de la conformación ideológica política en los conflictos que se suscitan en torno a los problemas de salud.

| IDEOLOGIA SANITARIA                                      | IDEOLOGIASOCIAL |                                    |
|--|-----------------|------------------------------------|
| <b>Biologicista</b><br><b>Ecológica</b><br><b>Social</b> | Clase dominante | Clase dominada                     |
|  |                 | en sí                      para sí |

Para la ideología sanitaria biologicista los problemas de salud son individuales y consisten en un apartarse de la normalidad biológica, cualquiera sea el criterio con que ésta se defina. La etiología y la patogenia de las enfermedades agotan la cuestión de la causalidad así como definen las formas de res-

puesta posibles, básicamente mediante la atención a los problemas de enfermedad que presentan las personas: atención médica.

Para la concepción ecológica la salud es un estado de equilibrio con el ambiente, lo cual admite también diversas interpretaciones en cuanto puede

incorporar el ambiente natural, construido o social, superando de esa manera la visión puramente individual pero conservando la determinación biológica a través del equilibrio que se realiza en esos términos entre el conjunto de individuos y el ambiente. La respuesta que se genera responde a las variantes que se introducen respecto del modelo anterior, prestandose entonces especial atención a los problemas ambientales.

La visión social implica una determinación de salud que se incorpora a la determinación de lo social general; es decir, que no se satisface mediante la incorporación de variables sociales en el análisis de los problemas de salud, sino que busca una misma y única explicación para las formas globales del comportamiento social —la economía, la política— y del comportamiento de la salud del conjunto de la población. Esta manera de pensar el problema engloba los niveles del pensamiento biológico y ecológico, adquiriendo una nueva dimensión que incorpora una visión totalizadora de la salud como cuestión social, fijando así un marco adecuado para la investigación de sus problemas particulares.

Por otra parte la ideología social, a partir de la cual se definen las condiciones del **conflicto social**, completa el cuadro de situación al permitir definir con precisión la ubicación de cada grupo social en ese conflicto con referencia a los problemas de salud. Esta ubicación resulta clave para entender el significado de las propuestas sectoriales, en nuestro caso particular la propuesta de APS según sus diversas definiciones y características, junto con la estrategia para crearles viabilidad. Esa estrategia —o forma particular mediante la cual se implementa una política— se basa en el doble eje de la ideología que marca el cuadro anterior.

## LA TECNOLOGÍA

Una tercera cuestión a considerar es el tipo de tecnología que se aplica en la APS. Dada la notoriedad que ha adquirido últimamente el término, parece necesario intentar el esclarecimiento de sus connotaciones técnicas y sociales. Desde el punto de vista técnico, la tecnología consiste en la organización del complejo de recursos que se destinan al cumplimiento de una determinada tarea; es decir, no se trata solamente de las maquinarias que entran en la composición del instrumento que se aplica para trabajar —que es la interpretación habitual del término— sino del ordenamiento que reciben los diversos instrumentos de trabajo para el procesamiento de los materiales de trabajo. En este ordenamiento, la forma organizativa misma es parte de la tecnología, precisamente la parte que da significación social a la misma, lo cual es la segunda connotación señalada al comienzo de este párrafo.

Cuando se habla de tecnología no se está hablando de otra cosa que del proceso de trabajo; también los egipcios de la segunda dinastía utilizaban una **tecnología** para construir las pirámides y para cultivar los cereales que les permitieron crear una civilización pujante. ¿Por qué entonces la insistencia

en el término? A mi entender se trata de destacar el enorme desarrollo que ha tenido la sofisticación de las máquinas en los países avanzados, lo cual viene a sustituir lo que hasta hace unos pocos años era el énfasis en los **recursos humanos**. Hablar de tecnología en los países subdesarrollados dependientes es equivalente a señalar la necesidad de modernización, una de cuyas consecuencias es la creciente composición orgánica del capital, con sus conocidas repercusiones sobre el empleo y la disminución de la tasa de ganancia.

La creciente composición orgánica del capital —una de las características del acelerado desarrollo tecnológico actual— conduce a una disminución del empleo —para un mismo nivel de producción— por una parte, y a una reorganización del proceso de trabajo, por otra. Lo que debe destacarse aquí es que estos cambios son liderados —en el sector salud lo mismo que en otros sectores de la economía— por el desarrollo de las máquinas, del cual pasa a depender centralmente la forma organizativa que se adopte.

En el campo de salud las consecuencias van a ser dobles, afectando por una parte al proceso de trabajo médico —en particular las relaciones internas del **equipo** de trabajo— y por otra a la relación entre ese proceso y los pacientes de los servicios —en particular la relación médico paciente—.

Lo que generalmente ocurre es que la incorporación de nueva tecnología redefine la labor del supuesto equipo concentrando aún más los conocimientos técnicos en manos de los médicos, lo cual fortalece el poder de los mismos sobre el resto del personal, que aparece cada vez más como personal **auxiliar**, derrotando así la noción de **equipo**.

En cuanto a la relación médico paciente se observa también un cambio importante al encontrarse cada vez más **intermediada** por la parafernalia electrónica que se interpone en el diálogo necesario entre los actores principales de este proceso. El diálogo queda reducido a un monólogo, a un discurso médico que nadie entiende, ni siquiera el que lo pronuncia.

Se observan importantes diferencias también en esto, sobre todo si se considera simultáneamente con la subsectorización, es decir si el servicio es prestado por el subsector público, privado o intermediado por la seguridad social u otro procedimiento de financiamiento. Las diferencias pueden presentarse de varias maneras; en algunos casos se llega a una gran sofisticación instrumental (en regiones urbanas centrales donde el servicio es prestado por el subsector privado y financiado por un sistema de seguros también privado, por ejemplo), frente a otros casos que hemos calificado más arriba como **primitivos**.

Pero la diferencia principal la vamos a encontrar seguramente en la parte de la tecnología **organizativa**, básicamente en lo que respecta al tipo de personal con que van a contar esos servicios. Aquí también van a surgir considerables problemas, debidos a las diferentes conceptualizaciones existentes y a las consecuencias de todo tipo que pueden derivarse por

la implementación de las mismas. Lo que está implícito en esta discusión remite de nuevo a la noción de **equipo** y la del tipo de personal asistencial retornando al **enfoque** de los recursos humanos —fuerza de trabajo— para el cual también se hacen sucesivas propuestas (la actual en los círculos internacionales dominantes es la del **médico de familia**). Su matriz de análisis tendría el aspecto siguiente:

| SUBSECTOR                              | TECNOLOGIA |             |              |
|--|------------|-------------|--------------|
|  | Física     |             | Organizativa |
|  | Adecuada   | Sofisticada |              |
| Público<br>Privado<br>Seguridad Social |            |             |              |

lo cual significa que deben tomarse en cuenta las relaciones hacia adentro y hacia afuera de los servicios.

La democratización interna de la organización sanitaria es, a mi juicio, uno de los eslabones imprescindibles para la transformación del sector salud en un sistema organizativo que se encuentre **realmente** al servicio del conjunto de la población. En las condiciones del subdesarrollo dependiente esto es una necesidad imperiosa debido a la relación que existe entre eficacia técnica y estímulo participativo —podríamos haber dicho entre eficacia técnica y eficacia política— en una fase del desarrollo que requiere la superación del individualismo para conformar un ideal social que permita superar los escollos que se presentan para la construcción de la sociedad.

En cualquier situación de crecimiento se requiere de un estímulo que desencadene el proceso correspondiente. El estímulo puede ser de muy diverso tipo según la especificidad del caso; cuando se trata de crecimiento biológico es necesario un complejo de circunstancias ambientales —las cuales en alguna interpretación son entendidas como agresiones: la presencia de bacterias, por ejemplo— para lograr el desarrollo de ciertos órganos y funciones (ver René Dubós, *Man Adapting*). Cuando se trata de la sociedad, en especial de una sociedad que necesita crecer en sentido cuantitativo y cualitativo, el mejor estímulo —tal vez el único— que puede desencadenar y sostener el proceso de crecimiento y desarrollo es la participación mayoritaria y real (vide supra) de la población en los diversos ámbitos y circunstancias en que esa participación es posible y necesaria. El estímulo participativo establece en consecuencia un vínculo estrecho entre eficacia operativa y democracia.

Para poner un solo ejemplo: el equipo de salud tiene una función de conjunto que puede verse desde sus determinaciones técnicas: la aplicación de las capacidades específicas de cada uno de los integrantes del equipo a la resolución de la parte correspondiente del problema común; esa función técnica debe cumplirse siempre, pero en la interpretación tecnocrática de la noción de equipo ello se traduce en una

## TECNOLOGÍA Y DEMOCRACIA

Estos aspectos, bajo su apariencia técnica, son de extrema importancia en cuanto a la relación que tienen los servicios de salud con una concepción global de sociedad. Si se quiere vivir en una sociedad democrática —entendiendo por democracia algo más que votar de vez en cuando y ser **iguales ante la ley**— los servicios de salud deben ser también **democráticos**,

microorganización jerarquizada burocráticamente y dirigida por una autoridad dominante (generalmente el médico), lo cual le confiere una significación política particular: la de aumentar la tendencia creciente hacia la burocratización del conjunto de la sociedad.

La relación entre salud y sociedad tiene múltiples expresiones, una de las cuales es la que existe entre el equipo de salud y la organización de la población. En ese sentido hay que considerar la doble significación de la democratización interna al equipo salud: 1) como condición necesaria de la eficacia operativa en el quehacer específico sectorial y 2) como creación de las condiciones que posibiliten la construcción de la democracia en la sociedad global.

## CONCLUSIÓN

Lo más importante a dilucidar con respecto a la APS es si se trata de una atención **primaria** o **primitiva**, es decir, si sus establecimientos conforman o no parte de la red asistencial. Esto no depende de una definición **legal** del establecimiento en cuestión, sino del derecho real del usuario a acceder a toda la red asistencial. En este sentido, más efectivo que la declaración de la existencia de una red regionalizada y con procedimientos de referencia —declaración formal vigente en todos los países del continente— es el mecanismo de financiamiento que es el que ordena subsectorialmente al sector. Ese ordenamiento se realiza a partir de la circulación de los fondos con punto de partida en los grupos sociales que los originan, los que los canalizan y aquéllos a quienes están destinados. Estas redes de circulación determinan la conformación organizativa subsectorial (ver Testa, *Aspectos sociales del financiamiento en el sector salud*) a través de la homogeneidad u heterogeneidad de los grupos que intervienen en cada nudo de la red. Además interviene otro componente que son las interrelaciones entre las tres sub-redes generadas, las cuales se concretan en los porcentajes de financiamiento originados en un subsector que van a cubrir necesidades de servicios en cada uno de ellos. Su cuadro de relaciones aparece a continuación:

| FINANCIAMIENTO                         | COBERTURA |         |                  |
|--|-----------|---------|------------------|
|  | Público   | Privado | Seguridad Social |
| Público<br>Privado<br>Seguridad Social |           |         |                  |

A pesar de lo dicho en el párrafo anterior, las relaciones entre la legalidad formal del sistema de salud y sus formas de financiamiento deben ser estudiadas a fondo en cada circunstancia concreta, tanto para cada uno de los subsectores que lo conforman como para los lazos múltiples que los interrelacionan. El esclarecimiento de esto en sus instancias formales e informales es la pieza central de la significación que puede adquirir la APS en relación a la seguridad social. La categoría que puede permitir ese esclarecimiento es la **accesibilidad**, entendida como el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad.

La importancia de la relación entre formas de financiamiento y legalidad es doble. En algunas circunstancias la legislación sanciona una situación de hecho, es decir reconoce como legítima esa situación y en ese caso la ley **se cumple siempre**. En otras cir-

cunstancias la ley intenta modificar la situación o el comportamiento vigente y entonces se cumplirá sólo si las fuerzas sociales interesadas en el sector tienen una disposición favorable al proyecto —o sea si la fuerza y la voluntad de jugarla en la lucha política de los grupos que están de acuerdo con el proyecto es mayor que la de los que están en contra— lo cual significa que la ley no cumple aquí el papel legitimador, sino un papel movilizador de los grupos que deben dar la batalla por la legitimación buscada.

En definitiva, la verdadera significación de la APS deberá tomar en consideración todos los elementos señalados pero vistos desde una conceptualización totalizante: la contextualidad en el sistema de salud, el interés, participación e ideología de los grupos sociales en relación con el sector, la tecnología en los diversos subsectores de salud y **sobre todo**, las relaciones que estos componentes en conjunto mantienen con la sociedad global y su inserción en los conflictos y luchas de la misma.