
AIRES ENCONTRADOS EN EL CUIDADO DE LA SALUD

GUILLERMO SOBERÓN ACEVEDO
Consejo Consultivo de Ciencia

Es para mí un alto honor recibir este reconocimiento que lleva el nombre de una de las personas más significadas en el esfuerzo para alcanzar más altos niveles de salud en los pueblos de la región. El nombre de Abraham Hortwitz ha sido recogido por la Organización Panamericana de la Salud para dar realce, con toda justicia, a la labor ejemplar de un hombre que ha dedicado su fructífera existencia al mejoramiento de la salud en las Américas.

Esta ocasión me permite reflexionar sobre la evolución que ha tenido el cuidado de la salud en las cuatro décadas de mi vida profesional. En buena parte de ese trecho me ha tocado asumir responsabilidades vinculadas, de una u otra manera, con la consolidación de los servicios de salud en mi Patria.

He sido testigo de diferentes tendencias que han ido surgiendo y de la variación en el peso de distintos factores intervinientes. Se configuran cambios en diversas direcciones y se superponen condiciones determinantes e intereses cuyo valor también ha sido cambiante. De ahí el futuro de esta breve disertación "Aires encontrados en el cuidado de la salud".

Me siento muy afortunado de haber participado en los avatares de la salud; más aún por el hecho de que he podido adentrarme a través de diversos accesos. En efecto, he podido incidir en la medicina clínica, las ciencias biomédicas, la formación y el desarrollo de recursos humanos, la salud pública, la administración de servicios, la promoción de la salud y el fortalecimiento institucional.

He podido pues, vislumbrar la salud desde distintas atalayas, lo que me ha enriquecido sobremanera y en esa perspectiva global se insertan estas reflexiones.

Antes de entrar en el contenido de esta disertación deseo dejar algunos testimonios.

Mi vida profesional ha sido posible por el respaldo que, en todo momento, me ha brindado mi esposa y por la comprensión y el apoyo de mis hijos.

He sido, asimismo, afortunado al contar con la sabia guía de ilustres personas, auténticos maestros: mi propio padre, Salvador Zubirán, Ignacio Chávez, Manuel Martínez Báez, Miguel E. Bustamante, Bernardo Sepúlveda, Philip P. Cohen. Me he beneficiado de la sabiduría de Abraham Hortwitz en variadas ocasiones; me honra la amistad que me ha dispensado y su repetido aliento a mis tareas.

He compartido esfuerzos con profesionales dedicados, versados en las más diversas especialidades médicas y no médicas; su contribución, desde las posiciones que han ocupado y ocupan, han sido factores fundamentales para lograr méritos que se me atribuyen y por los que ahora se me distingue. Imposible hacer una enumeración de todos ellos, tan solo deseo evocarlos en la persona de Cuauhtémoc Valdés con quien he compartido los pensamientos aquí expresados.

Mi agradecimiento al Secretario de Salud, Jesús Kumate, por la propuesta que hizo a la OPS para considerar mi candidatura el Premio Abraham Hortwitz. Son más de tres décadas en que nuestra labor profesional se ha vinculado, lo cual ha cimentado una sólida amistad.

Mi gratitud, en fin, al Dr. Carlyle Guerra de Macedo, con quien he tenido una cercana relación de trabajo y de carácter fraterno de lo que mucho me precia, y a las personas que decidieron concederme esta presea.

En el correr de las cuatro últimas décadas se pueden reconocer ciertas grandes tendencias, a manera de transiciones: el cambio demográfico, el económico, el cultural, el educativo y el político. En todos ellos esta inmersa la salud, por eso conviene referirse primero a ellos.

En los últimos diez lustros la Humanidad ha vivido cambios sin parangón en su historia. Al episodio del conflicto bélico que el mundo sufrió en los albores de la década de los cuarenta, siguió un período de recuperación en las naciones de Europa y en Japón. A la vuelta de los años, los países fueron adoptando uno de los dos modelos

económicos que marcaron la pauta de su desarrollo. De una parte, imperó un modelo de desarrollo estabilizador que fue la base de las economías capitalistas; de otra, las naciones del Este de Europa, China y posteriormente Cuba, afianzaron su economía en un marco socialista. Las naciones de América Latina se involucraron, en los años sesenta en la Alianza para el Progreso, ejercicio que pretendió hacer ingresar nuestras economías a la modernización y que llevó a implantar la planeación como metodología para fincar el desarrollo en proyectos de beneficio social. Fue entonces cuando surgió el enfoque OPS/CENDES para los servicios de salud.

Después de una década de relativa bonanza en los años setenta, los vaivenes de la economía, las luchas fratricidas regionales y la creciente presencia de las naciones en vías de desarrollo empeñadas en defenderse de la inadecuada explotación de sus recursos naturales, sobrevino la década de los ochenta, la llamada década perdida, en la cual la crisis económica implicó el ahogamiento de las economías, precipitada, primordialmente, por el peso de la deuda externa y, concomitantemente, las drásticas reducciones a los gastos sociales y, en consecuencia, el aumento de la ominosa deuda social. En especial, el gasto destinado a los satisfactores básicos, entre ellos los servicios de salud, se vio gravemente disminuido, lo cual tuvo que traducirse en un abatimiento de los niveles de salud; el cual no obstante, no ha sido sustanciado plenamente por los indicadores habituales.

En los últimos años nos ha tocado en suerte, vivir otras alteraciones profundas en las economías de las naciones. Cada vez más nos adentramos en una globalización de los mercados, a una mayor interrelación de los países, a una mayor competitividad que, venturosamente podría llevarnos a una época de paz y prosperidad, de adelanto y aprovechamiento de la fuerza y capacidad de los pueblos para que una mejor humanidad pueda acceder al Siglo XXI.

El cambio ha sido, pues, la constante en el desarrollo de la humanidad en los últimos tiempos. En México, al igual que en otras naciones, la vertiginosa dinámica en que se ha vivido, no sólo se ha debido a la rapidez de la transformación, sino también porque responde a una pluralidad de situaciones, de patrones culturales, de estilos de vida y de distintas capacidades económicas de las regiones que componen la nación. El México de hoy es muy diferente al México de nuestros padres. En las décadas recientes se ha ido consolidando el desarrollo nacional y éste se ha manifestado en una mejor infraestructura institucional, en fin, en una sociedad cada vez más comprometida con su propio mejoramiento.

La población en México ha pasado por cambios significativos en lo que va del siglo XX. El número de habitantes ha aumentado en forma acelerada; en los últimos cincuenta años se cuadruplicó al pasar de 19.7 millones de habitantes en 1940 a 81.1 millones en 1990. México adoptó, y ha sostenido desde 1973, una política demográfica cuya legitimación, adopción y aplicación, principalmente en programas de ablación y planificación familiar, se ha traducido en un crecimiento regulado de la población.

En buena medida la dinámica demográfica ha sido consecuencia de la combinación de una disminución persistente de la mortalidad, en especial de la infantil y del descenso en la natalidad, a consecuencia de una baja de la fecundidad.

De otra parte, México ha pasado de ser una nación eminentemente rural a una esencialmente urbana. El flujo migratorio interno ha ocasionado un fenómeno dual: una alta concentración de la población en unas cuantas ciudades y una gran dispersión en el medio rural.

Cualitativamente, la población mexicana también ha cambiado, según lo reflejan algunos indicadores educativos: el analfabetismo ha disminuido tanto en términos relativos como absolutos; el perfil educativo observa mejoras en el nivel de escolaridad alcanzada, el crecimiento del sistema educativo es persistente, la conformación de la pirámide educativa se va acercando a un perfil más adecuado.

México aspira a ser un participante activo en el avance de la ciencia y la tecnología en campos específicos del conocimiento. También se han producido profundos cambios culturales como resultado de la vida urbana y de la introducción de estilos de vida de los países desarrollados. Las modalidades de trabajo han cambiado: hay una mayor participación femenina en la educación y en el empleo. Hay modificaciones en la organización de la familia, y en el comportamiento de los jóvenes ante la sociedad; los medios de comunicación masiva juegan un papel importante en el curso de los acontecimientos y tienen un impacto significativo en nuestra convivencia cotidiana.

En lo relativo al contexto político, cabe apuntar que hemos podido advenir a formas más democráticas de expresión política y de participación en los procesos sociales. La pluralidad ideológica y la participación en los procesos sociales también son elementos importantes del cambio. En la transición política se ha enfatizado el refuerzo al federalismo y a la modernización, así como el impulso a la descentralización de la vida nacional, que determinan una injerencia creciente de las comunidades, las localidades, los municipios y los gobiernos de los

estados, así como de los sectores social y privado, en la atención y solución de problemas que les atañen, y en la aplicación de medidas para su solución. La unidad, la cooperación y la solidaridad son valores que guían la asunción progresiva de la sociedad civil en mayores responsabilidades y en un aporte de más recursos para fomentar actividades que favorecen el desarrollo nacional.

Historia y circunstancia; soberanía nacional e interacción con el resto del mundo; modernidad y tradición; riqueza y restricciones económicas; desigualdad y equidad; seguridad e incertidumbre, son elementos encontrados que han ocurrido tanto en el rápido tránsito de la bonanza a la crisis como ahora a una esperada y promisoría recuperación y que, por cierto, también se hacen presentes ostensiblemente en la salud. La situación económica de México ha resistido los vaivenes de la dinámica y la complejidad de la económica mundial, cada vez más interrelacionada.

Así, en el periodo que va de 1970 a nuestros días se puede imaginar una nación que aparentaba una bonanza que asombró a propios y extraños. El desarrollo basado en el petróleo llevó a un supuesto auge que impulsó proyectos sociales y económicos de gran envergadura. Sin embargo, al inicio de la década de 1980, México entró en una de las crisis más significativas en el correr del Siglo XX. Crisis que se ha manifestado, en lo general, por insuficiencias en el ahorro interno y escasez de divisas y desigualdades en la distribución de los beneficios del desarrollo.

En esas circunstancias, México decidió hacer de la crisis una oportunidad de superación al introducir cambios en el proceso global de la Nación, precisamente para buscar vencer la crisis y prevenir su recurrencia futura. Las condiciones vigentes y la aplicación de severas políticas económicas, así como la renegociación de la deuda externa parecen indicar una situación más favorable. Por otra parte, si bien hay algunos alentadores, ya hemos aprendido que todavía falta mucho por hacer de modo que no hay cabida para la complacencia, mucho menos para el triunfalismo.

En lo que corresponde al cuidado de la salud, vamos transitando de una óptica curativa de carácter individual a una visión holística, integral de la salud, como causa y consecuencia del desarrollo de las personas, las comunidades y las naciones. Piedra angular en este cambio de concepción es la Declaración de Alma-Ata en 1978, por la cual las naciones del Orbe se han comprometido a hacer todo lo posible para que al finalizar el segundo milenio, los habitantes del mundo tengan acceso a servicios básicos de salud. La meta asumida de brindar Salud para Todos, se ha fundado en una estrategia fundamental del cuidado de la salud, el de la Atención Primaria a la Salud. Justo es consignar, por lo demás, que en 1972 la OPS había convocado a los ministros de salud de las américas para establecer el Plan Decenal de Salud, ejercicio que implicaba los elementos considerados.

En los tiempos en los que hemos sido partícipes, ciertos acontecimientos se han significado, entre los más notables:

1) La constitución de la Organización Mundial de la Salud, así como por el desarrollo de programas globales enfocados al mejoramiento de las condiciones de salud, por ejemplo, en forma conspicua los siguientes programas: Ampliado de Inmunización Control de Diarreas, Investigación en Enfermedades Tropicales, Mundial del SIDA, y Reproducción Humana, entre otros. En nuestro continente, la OPS, cuyo antecedente remoto es muy anterior, ha sido pivote esencial en esos mismos esfuerzos y va introduciendo, además, exitosamente, niveles de colaboración subregional y sistemas de cooperación técnica entre países;

2) El avance en el conocimiento del fenómeno biológico por el progreso explosivo de las ciencias biomédicas, que han permitido ahondar en el origen de la vida, en la naturaleza de las enfermedades y en las formas para prevenirlas y combatirlas;

3) El desarrollo acelerado de la innovación tecnológica, principalmente en los campos de la biotecnología, las comunicaciones, la electrónica, la física, la química y la informática, que han permitido el desarrollo de nuevos y más poderosos medicamentos y otros recursos terapéuticos, más efectivos medios diagnósticos, mejores y más eficaces vacunas y medios idóneos para educar a la población en el cuidado de la salud;

4) La incorporación de modernas técnicas y el uso más racional de recursos que han llevado a fortalecer los servicios públicos de salud y a una mejor organización y a una mayor capacidad de gestión en los niveles operativos.

El propio Horwitz destaca cinco grandes tendencias fundamentales ocurridas en América Latina y el Caribe, para jerarquizar y eficiencia a la salud pública, a saber:

- 1) La introducción del método científico para investigar e interpretar los fenómenos de la salud y la enfermedad;
- 2) La aceptación del concepto de medición para determinar la dinámica de los problemas de salud;
- 3) La introducción de técnicas de la administración de empresas y de gerencias;
- 4) La participación activa e informada de las comunidades en la formulación de planes y programas de salud, y en su aplicación y evaluación;
- 5) El fin del debate estéril sobre si la salud representa un gasto o una inversión, si contribuye al desarrollo económico y social, si satisface o no una necesidad básica.

Como resultado de todo lo anterior, la fisonomía de la patología prevalente también se altera. No obstante, tal como ha sido señalado por Frenk y colaboradores, el proceso de transición epidemiológica experimentado en México, durante este siglo, difiere del ocurrido en países desarrollados.

Entre nosotros priva una situación que se ha denominado "modelo prolongado y polarizado", el cual se caracteriza por cuatro atributos principales:

- 1) Falta de resolución de la transición en un sentido definido. El tiempo en que persisten las enfermedades se prolonga más del aceptable, a pesar de la tecnología disponible (transición prolongada).

- 2) Los perfiles epidemiológicos definidos superponen. En México persisten enfermedades propias del subdesarrollo. También connotadas como desatendidas, tales como la desnutrición, las diarreas, la amibiasis, la tuberculosis, el dengue y el paludismo, así como aquellas propias de un estilo de vida en países industrializados, tales como el cáncer, la diabetes mellitus, las cardiopatías, los tumores malignos, los accidentes y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, así como otros padecimientos derivados de la vida urbana, de manera conspicua las adicciones (traslape de etapas).

- 3) Se observan desigualdades en el estado de salud entre grupos sociales y económicos. Las enfermedades atacan con mayor severidad a los grupos menos favorecidos y se encuentran en las regiones con menos posibilidades; las diferencias en los indicadores de morbilidad y mortalidad, así como los de salud positiva, son bien marcados entre grupos y regiones (polarización epidemiológica).

- 4) La progresión de cambios de perfiles de morbilidad son reversibles pues enfermedades que se habían controlado surgen de nueva cuenta. Tal es el caso, por ejemplo, del paludismo, del dengue, del sarampión y, recientemente, del cólera (contratransiciones).

Como se ha referido, el concepto de salud ha ido evolucionando de una atención médica curativa de tipo individual al cuidado de la salud integral de la población. Así pues, donde la confrontación de las tendencias se ha hecho más visible.

La atención se centra en el individuo y en la cura de una enfermedad que ya se hizo manifiesta; la salud integral se orienta al cuidado de grupos humanos y promueve la salud; mientras que la primera aborda el problema a través de los numeradores, es decir la ocurrencia de casos, la segunda lo hace por los denominadores, esto es, las poblaciones susceptibles; así una está inclinada a reparar el daño, la otra a evitar el riesgo. Otra diferencia importante; la atención médica curativa se agota en el individuo, en cambio la salud basada en poblaciones va más allá de la persona. Una más, la primera reacciona, la segunda anticipa; una se base en la demanda de servicios de atención médica, la otra lo hace en función de las necesidades de salud de la población.

En cambio, el paradigma plantea ciertas transformaciones en la prestación de servicios que conviene subrayar. El sitio central de la atención se extiende del hospital a las unidades o clínicas de atención primaria. El personal eje de la atención pasa del especialista al médico familiar, sin olvidar la participación del primero para problemas de mayor complejidad. El énfasis en el desarrollo del sistema se amplía de la cobertura como gran objetivo a la búsqueda de elementos que propicien la calidad y la eficiencia de los servicios. La organización de los servicios transcurre de una diversidad heterogénea de sitios inconexos a establecimientos de distinta complejidad, vinculados para configurar redes integradas. Ahora se intenta pasar de una inequidad del financiamiento a la búsqueda de fuentes alternas que propicien una diversidad más equitativa, entre otros elementos estructurales que también deban apuntar en la dirección de la salud integral.

De hecho, el cambio en el paradigma del cuidado de la salud fue el factor determinante para implantar en

México lo que se ha denominado el cambio estructural de la salud, que denota el arreglo de los componentes del Sistema Nacional de Salud para que cada uno asuma las responsabilidades que les han sido asignadas al tiempo que se fortalece su estructura y relación funcional. Desde el inicio de la década de 1980, se fueron perfilando las estrategias instrumentales para fundamentar el cambio estructural. Se llegó así, en 1983, a la coordinación sectorial, a la descentralización de los servicios, a la modernización de la Secretaría de Salud, a la coordinación intersectorial, a la participación comunitaria. El fortalecimiento de los Institutos Nacionales de Salud fue, asimismo, una acción prioritaria. Más adelante se incorporaron el financiamiento de la salud y el fortalecimiento de la capacidad de gestión en los niveles locales.

Pilar indispensable del cambio estructural fue la renovación jurídica de la salud que determinó, como se ha señalado, la incorporación del Derecho de Protección de la Salud en nuestra Carta Magna. Hoy día, en México como en otros países, la salud constituye una garantía social. En consecuencia, corresponde al Estado hacer todo lo conducente para darle creciente efectividad; y a la sociedad y a las personas, hacer lo correspondiente para procurarla. Siguió a la formulación de ese derecho: la formulación de la Ley general de Salud y una ley para regular la asistencia social; la emisión de seis reglamentos específicos y más de 300 normas técnicas. No obstante, el pilar del cambio tendrá que ser el desarrollo de recursos humanos adecuados. Por eso, hoy la formación del personal de salud y el desarrollo de la investigación en salud van más acordes a las necesidades del Sistema Nacional de Salud.

Jesús Kumate y el de la voz, en 1988, planteamos que se deberá pugnar por: asumir la atención primaria como eje del modelo de atención; modernizarla y adecuar a ese propósito los recursos humanos y la infraestructura; reafirmar el papel del Sector Salud en la coordinación multisectorial; avanzar en la descentralización de los servicios; disminuir la inequidad en salud; aumentar y hacer homogénea la calidad de la atención; crear instancias de corresponsabilidad en la participación entre población y gobierno; apoyar el desarrollo de la investigación necesaria para mejor conocer la naturaleza y magnitud de los problemas de salud.

El cambio estructural tiene que contender, asimismo, con situaciones ambivalentes, determinadas en buena medida con la limitación de recursos. He aquí algunos ejemplos:

1) ¿Cómo garantizar el derecho a la salud, al tiempo que disminuye el intervencionismo del Estado y se entra en una mayor liberalidad?

2) ¿Cómo encauzar las tendencias positivas de la transición epidemiológica cuando se estimulan estilos de vida que atentan contra la salud?

3) ¿Cómo contender con el repunte de situaciones adversas cuando todavía no se resuelven condiciones sanitarias elementales?

4) ¿Cómo atemperar la demanda de compleja y costosa tecnología a fin de poder implantar intervenciones de favorable relación costo/beneficio?

5) ¿Cómo mantener una visión coherente y sistemática en el cuidado de la salud frente a corrientes de pluralidad, dispersión, diferenciación y atomización?

6) ¿Cómo conciliar acciones globales a la responsabilidad de organismos internacionales con actividades a nivel de países y, al interior de éstos, políticas centrales con decisiones locales?

En fin, la lista de cuestionamientos pueden seguir aumentando.

Hoy debemos comprometernos a profundizar en problemas relativos al fortalecimiento de la gestión pública en salud. Precisamente el Foro Internacional sobre Gestión Pública en Salud: el Caso de México, auspiciado por la OPS, que justamente finaliza su primera etapa, ha identificado como temas básicos de discusión para profundizar en ellos a los siguientes: cobertura, descentralización, eficiencia, diversidad financiera, integración al bienestar social, participación social, tecnología en salud y prioridades en salud.

Los "aires encontrados" no deberían ser, en sentido estricto, una confrontación. Simplemente son tendencias que coexisten y que van surgiendo y que por ello se tocan. Quiero decir que no necesariamente son valores opuestos. Nos corresponde encauzarles y darles acomodo de manera que se armonicen y puedan todas coadyuvar en alcanzar el gran desideratum: Salud para Todos. Este es el gran desafío. Ese es el compromiso a que nos obliga la vida ejemplar de Abraham Horwitz.

Octubre 3 de 1991.