

Análisis crítico de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias

Gastão Wagner de Sousa Campos¹

Resumen:

Se realiza un análisis sistemático de algunas contribuciones del cuerpo de teorías de la salud pública a los sistemas locales y a la consolidación de los sistemas públicos de salud. Se utilizan como evidencias analíticas, tanto los aspectos reiterativos como los rasgos de omnipotencia contenidos en la episteme propia de la Salud Pública. Estos elementos son comparados con dificultades concretas enfrentadas por los sistemas de salud latinoamericanos.

Palabras clave

Salud pública. Teoría y práctica de la salud pública. Servicios de atención médica. Experiencias de reforma.

Key words

Public health. Public health's theory and practices. Health care services. Reform experiences.

I. Análisis asistemático: una metodología centrada en reiteraciones del discurso, incluso cuando se enfrenta con evidencia del fracaso de sus prácticas

Años de movimiento sanitario. ¿Cómo juzgarlos? Fueron años de mi vida. ¿Qué hicimos? ¿Qué hice? Cómo separar una cuestión de la otra y escribir un artículo científico y objetivo, frío. Jamás podría, podré. Hace algunos días fui presentado en la Conferencia Estatal de Salud de Pernambuco, Brasil, como profesor y sanitarista polémico. ¿Será una marca permanente? Medalla por los servicios y no-servicios prestados, inseparables.

Ahora, evalúo, sería el momento de recomponer fuer-

1. Profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Campinas.

Abstract:

A systematic analysis is performed of some contributions by the body of public health theories to the local systems and to the consolidation of public health systems. For analytical evidence, utilization is made, equally of the repetitive aspects and of the "omnipotence" features contained in the Public Health episteme. These elements are compared with concrete difficulties encountered by the Latin American health systems.

zas. Sumar resistencias. Luchar en pro de una sociedad más justa y solidaria es muy difícil. Exceso de derrotas, exceso de pragmatismo, de realismo cínico. El pensamiento "neoliberal" tiene un peso muy grande, todos estamos obligados a cargarlo. Algunos para mejor disfrute propio y personal; otros solamente para combatirlo mejor. La cohesión de los especialistas en Salud Pública se despedazó, divididos en escuelas con capital de saber que preservamos compulsivamente de la contaminación ajena —paranoias aparte— en grupos de interés montados para hacer carrera en las instituciones —vanidades y ambiciones aparte— en tendencias partidarias o semi partidarias, cuidando corrales donde pocos aceptan encerrarse; pues, bien, excesivamente divididos raramente logramos oposición concreta al peso de esta alforja neoliberal. Tendríamos que descubrir puntos de convergencia.

Convergencia, sin embargo, nunca podría significar también unanimidad. Esto no sería posible, ni agradable, ni saludable. Tampoco sería adecuado volver a crear un centro dirigente para el movimiento de salud pública. Tal vez construir una plataforma operativa, directrices más concretas que permitieran la neoconstrucción de los saberes y prácticas en salud. Relevar las diferencias; revelándolas al mismo tiempo. Cuidar con cariño de nuestra falta de certezas, abrirlas al sol del debate libre. Hacer esto sin que el disenso implique la desarticulación del frente político en defensa de la Salud Pública, de la democracia y de la justicia social. Por esto ya no quiero ser polémico, sueño con participar de un movimiento que acumule victorias, que resulte eficaz en la defensa de la vida, que evidencie la potencia de las experiencias en las cuales la solidaridad sea el cemento de unión entre las personas.

Además, no es posible desconocer que los Estados latinoamericanos —Estados operados por actores realmente existentes, con identidad bien marcada— vienen ellos mismos dificultando la efectiva implantación de Sistemas Públicos de Salud. Primero, porque no los financian de manera conveniente; segundo, porque al gerenciarlos no han buscado calidad y eficacia de la atención; tercero, porque no realizan reformas de la máquina administrativa y

asistencial sin las cuales los sistemas públicos no conseguirán ir más allá del papel. Después, estos mismos actores de la destrucción o de la inercia claman contra el estatismo, alegan que el saber en Salud Pública no sería razonable, está todavía muy atrasado, lejos de lo post-moderno, resistente a las verdades neoliberales, y proponen esquemas para destruirlo. ¡Nuestro saber, nuestra experiencia, nuestras sólidas incertidumbres! Sugieren el retorno a la privatización, olvidando que en la mayor parte de América Latina la atención individual siempre estuvo privatizada y la cosa nunca funcionó. Es un descaro más, con certeza, al corto plazo, irán Presidente y Ministros de Salud a hablar juntos, del desmonte de la red pública, de la privatización de los hospitales públicos, etc.

No obstante, si examinamos la historia de la Salud Pública encontraremos respuestas para muchos de estos problemas. Además, ya se probó en innumerables experiencias locales que los Servicios Públicos pueden funcionar. Esto amarga la vida de los privatistas compulsivos. Finalmente, en diferentes municipios se demostraron las potencialidades de los modelos de atención que venimos inventando. Son docenas de ciudades en las cuales el sistema de salud avanzó mucho, citar alguna sería injusto para las otras. Son decenas, pero no son todavía una mayoría. En la mayoría de las localidades la población sufre con desatención. Ni la salud colectiva, ni la atención individual se articularon bien en la mayoría de los países. La mayoría sufre de desatención, sufre epidemias interminables, y peor, sufre un constante bombardeo de los *media* y de los portavoces del “neoliberalismo”, responsabilizando a los saberes y las prácticas en Salud Pública de los males derivados del mal gobierno de autoridades que se eximen de responsabilidad, responsabilizando a la tradición sanitaria. El presidente de la República del Brasil es profesor titular en este juego.

O sea, necesitamos componer un bloque cohesionado para asegurar la divulgación y la multiplicación de estas experiencias que lograron algún éxito. Respetar el trabajo ajeno. Reconocer el trabajo ajeno. Apoyarnos en el trabajo ajeno. Escapar de la mezquin-

dad de las vanidades de autoría, de la estrechez del interés político partidario colocado frente a todo lo demás; huir del cálculo menudo de la disputa por cargos burocráticos, es preciso. Es necesario ser más generosos y osados. Sin embargo, la búsqueda de acción unitaria no podría redundar en el congelamiento de las discusiones, de los debates, de la búsqueda de nuevos modelos, de nuevas maneras de responder a los desafíos sanitarios y políticos. De lo contrario sería un discurso moralista, vacío esta apelación a la unificación de los defensores de la Salud Pública.

Soy polémico, sí. No encuentro otra forma viable de vivir. En verdad, tal vez me haya faltado equilibrio para dosificar el respeto al trabajo pasado —el de los otros y el mío propio— con críticas elaboradas *a posteriori*. Saber combinar el reconocimiento con la crítica, el respeto a la tradición con la reconstrucción de nuevos proyectos, es arte para sabios. Y a pesar de mi edad, estamos, muchos, todavía lejos de la sabiduría. No obstante, siempre nos gustaría buscarla.

De cualquier modo, afirmo que hoy lo haría diferente. Fui secretario de salud de una gran ciudad brasileña, médico y director en varios servicios de salud, profesor, editor y ensayista. Hoy, haría todo eso de otra manera. O sea, ejercito la más rigurosa polémica contra mi propia obra. Que admito, no fue tan mía, así, exclusiva; trabajo colectivo de muchos, hasta los libros en los que coloqué mi firma solitaria, los debo también al trabajo de otros, de muchos otros con los que peleé, dialogué, concordé, imité, robé conceptos para reconstruirlos en este o en aquél sentido, etc.

O sea, considero conveniente seguir analizando críticamente los modos como hacemos salud. Permaneceremos abiertos a lo nuevo, a descubrimientos que solamente se producirán si no pasteurizamos el debate y, sobre todo, la experimentación.

En este artículo, subrayaré puntos de algunas experiencias locales que, según mi entendimiento, arrojaron luces o sombras sobre nuestras doctrinas preestablecidas. Examinaré acontecimientos o proyectos que, o bien reafirmaron certezas que construíamos, o crearon campos de dudas y de incertidumbres. En las cuales ahora nos atora-

mos. Intentaré avanzar en esta línea, sin intención de derrotar a nadie más que a los adversarios de la Salud Pública, sin otra pretensión que la de contribuir para la reflexión de todos aquellos involucrados en la construcción de una sociedad más justa. Y, como goiano (natural del estado de Goiás, Brasil) antiguo que soy, voy luego repitiendo como mis antepasados: —discúlpenme, cualquier cosa... cualquier cosa. Finalmente, las cosas no son controlables, nadie las controla, ni los planificadores más estratégicos. En ninguna situación. En laboratorios y en programas de computación, tal vez, ¿quién sabe? se invente apariencia de control que nos tranquilizaría. ¡En la vida real es mejor, disculparse, en principio, por el descontrol!

Analizaré circuitos reiterativos, hablas que repetimos y caminos que insistimos en recorrer en reiteraciones “neuróticas”. Neuróticas porque, a veces, no nos permitimos la libertad de repensar teorías reprobadas en ¿nombre? del principio de realidad. Así, haré análisis asistemático. La elección de los temas examinados se me ocurre solamente por la insistencia con la que los repetimos en nuestro discurso. Este sería el método.

II. En medio del camino, entre lo general y lo particular, hay todo un mundo desconocido a ser explorado

Eduardo Menéndez y Ricardo Bruno contribuyeron a la reconstrucción del concepto de modelo de atención a la salud. El primero adaptó al campo de las prácticas sanitarias las nociones de modelo médico hegemónico y de modelos alternativos de organización de acciones de salud (Menéndez 1985); el segundo elaboró el concepto de modelos tecnológicos para designar determinada composición de tecnologías incorporadas en programas específicos (Bruno Gonçalves 1994). Es un rico filón proseguir en la línea de estos autores, tomando modelo como una categoría de mediación entre la determinación histórico estructural de las políticas sociales y las prácticas de salud. O sea, una instancia en la cual actores sociales reelaborarían determinantes macro so-

ciales y determinantes disciplinarios en función de sus proyectos singulares. Tomaré la implantación concreta de modelos como un espacio de autonomía relativa de sujetos colectivos actuando en instituciones o en organizaciones del campo de la salud. Mario Testa, Emerson Merhy y muchos otros estudiosos han trabajado en esto. (Merhy y Onocko 1997; Testa 1996). Esto promete aumentar nuestra capacidad de proponer soluciones críticas y cargadas de positividad: pensar y actuar en salud con más creatividad.

Para analizar los modos como se han transformado las políticas públicas de salud en realidad habría que considerar dos dimensiones. Una de orden más macro, donde condicionantes económicos, políticos y sociales demarcarían espacios potenciales que podrían o no ser ocupados por actores concretos. La segunda dimensión, aunque envuelta por estos determinantes más generales, sería también un espacio de embate político e ideológico que influenciaría las prácticas sanitarias concretamente implementadas. La mayoría de los estudios ha otorgado más énfasis a la primera de estas dimensiones. En este trabajo estaré más cerca de la segunda.

No se trata de que la dimensión socioeconómica sea menos importante. Al contrario. Hay todo un contexto de enfrentamiento obligatorio para cualquier actor interesado en implantar políticas de salud de recorte más democrático. La hegemonía neoliberal es un obstáculo pesado para todo proyecto redistributivo. Desde el valor atribuido a la vida humana por la sociedad, hasta la cantidad de dinero invertida en salud, todo está en transformación y en disputa.

El tema del financiamiento; sin duda existe falta de recursos. Sin embargo, se engañaría quien imaginara que un mayor aporte resolvería automáticamente el acceso o la calidad de los servicios públicos de salud. No. El actual modelo de organización de las prácticas es inadecuado. Corruptela latinizada del modo norteamericano de atención: especialización creciente, resolutivez cada vez menor de cada servicio o de cada agente, desvalorización de la clínica y de la salud pública e hipervalorización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos sin consideración por todo el proceso de atención, centra-

alidad del hospital que funciona a la vez como puerta de entrada y como línea de salida. O sea, sin la modificación del modelo de atención sería realmente utópico pensar en la universalidad y gratuidad de la atención. De prevalecer la lógica médica tradicional la atención de salud, sería, realmente, una bolsa sin fondo. No habría dinero que cubriera el número creciente de intervenciones, de prácticas especializadas, etc. La universalización y la gratuidad presuponen alteración del modelo, por lo tanto. No privatización, como sugieren los neoliberales y sus seguidores, la mercantilización de la salud recrea el modelo norteamericano, siempre, automáticamente. O sea, la receta de los neoliberales, si fuera implementada, agravaría el problema que querían resolver. Ironía desvergonzada y trágica.

En Brasil, con la municipalización surgieron innumerables experiencias alternativas de construcción y operacionalización de políticas de salud. Cada una de estas experiencias reelaboró aspectos del pensamiento, del saber y de las prácticas tradicionales. Particularmente estos proyectos de cambio se enfrentaron con la práctica médica tradicional, con el biologismo prevalente en las Escuelas de medicina, enfermería, odontología, etc.; pero también con aspectos de regulación corporativa; con la lógica del mercado tan presente en el ejercicio profesional; esto sin mencionar la manera clientelista y autoritaria de gestionar los servicios públicos y, por lo tanto, también de administrar los Sistemas Locales de Salud. Estos proyectos innovadores, para oponerse a todas estas dificultades, se apoyaron en doctrinas elaboradas por la salud colectiva (medicina social, epidemiología, ciencias sociales, planificación y administración de lo público, etc.); en el cuerpo programático de entidades como OPS/OMS; e incluso en líneas reformistas del pensamiento clínico, que vinieron divulgando programas con una visión más holística de los determinantes del proceso de salud-enfermedad y con propuestas más amplias de intervención. Sin duda, la actuación de partidos políticos, movimientos sociales y agrupamientos específicos (por ejemplo, el de la reforma psiquiátrica, o el más amplio todavía de la reforma sanitaria), también contribuyeron para la

construcción y experimentación de distintos modelos de atención.

Por último, valdría considerar que innumerables gobiernos locales respaldaron estas iniciativas reformistas. Si hubo centenares de municipios en los que los gobernantes no ¿se atrevieron a? “hacer cumplir la ley” que creó el Sistema Único de Salud (SUS), no hay por ello que dejar de considerar el papel de algunas decenas de gobiernos municipales que funcionaron como testimonios, probando con su acción que los servicios públicos de salud pueden funcionar muy bien y dar cuenta de la tarea social que les correspondería por la Constitución brasileña.

En este sentido, las directivas ético-políticas del SUS, transcritas en el texto constitucional, tomaron distintas apariencias al transformarse en proyectos operativos en Sistemas Locales específicos. Es posible identificar cierto patrón dominante (más frecuente) del modelo técnico asistencial implantado en la mayoría de los municipios brasileños. Sin embargo, aun siendo hegemónico, este patrón no es el único. Hay importante heterogeneidad en la forma como estas directivas del SUS fueron pasando a la práctica. Algunos municipios avanzaron más y promovieron más cambios que otros. E incluso en estos avances hubo desigualdades.

El examen reflexivo de estas experiencias nos indica algunas certezas, que podríamos ya tomar como lecciones; pero nos apuntan también algunas incertidumbres, campos de posibilidades, que deberían quebrar la dureza doctrinaria con la cual la Salud Colectiva ha esgrimido una serie de dogmas.

III. Salud Pública: de la omnipotencia del discurso a una casi impotencia de las prácticas

Evidencia 1: Si bien el discurso de la Salud Pública evidencia omnipotencia; su práctica —fuera de programas muy específicos, como los de vacunación o de control de la mortalidad infantil— es de una impotencia inocente, sin culpa, ya que los motivos de la inoperancia estarían localizados en otros sujetos, o en otras determinaciones, siempre distantes de la misma Salud Pública.

La práctica —en varias ciudades y en varios Sistemas Locales— demostró la eficacia de algunos programas preventivos con enfoque puntual. Se demostró que la mortalidad infantil vinculada a desnutrición, a diarreas o a enfermedades prevenibles por vacunación es controlable. Gracias a la articulación de agentes de salud, intervención en la comunidad, atención llevada hasta los domicilios y poquísimos médicos —algunos de familia, otros pediatras, o epidemiólogos o sanitaristas— y voluntad política, y milagro: en dos o tres años los índices de mortalidad infantil tardía bajaron y alcanzaron niveles más expresivos de nuestra noción de civilización. Cuando a estas iniciativas emergenciales se suman otras más estructuradas —vivienda y saneamiento básico— allí, entonces, los resultados son maravillosos. Varios municipios consiguieron esto.

Problema: considerando el innegable éxito de estos programas, varios intelectuales han transformado estas líneas de trabajo en el modelo ideal. No se trataría solamente de una alternativa para enfrentar determinados problemas de salud, sino que estaríamos ante el modelo. Acciones que acertaron para enfrentar algunos acontecimientos productores de enfermedades son transformadas en recetas para todos los procesos.

Sin embargo, el resultado no ha sido el mismo cuando los daños a la salud provienen de la violencia o de enfermedades crónico-degenerativas, por ejemplo. Este estilo de programa puede poco contra asesinatos en masa de jóvenes en la periferia de las grandes ciudades. Tampoco ha interferido para prevenir el embarazo precoz no deseado, o el ciclo del SIDA, o accidentes de trabajo, o interferir en la ampliación de la calidad y cantidad de vida de los ancianos, de los diabéticos, o en problemas de salud mental. Son factores de riesgo y enfermedades que exigirían modelos más complejos, intervenciones más crónicas y más amplias.

El pensamiento predominante en Salud Pública, según mi percepción, ha simplificado el proceso salud/enfermedad/atención. Eduardo Menéndez, percibiendo estas limitaciones, sugiere agregar a la doble polaridad salud/enfermedad, con la que hemos trabajado generalmente, un tercer factor —los

mecanismos de cuidado— sugiriendo con esto que no nos olvidemos, al analizar estos procesos, de la interferencia permanente y deliberada de la sociedad y de los servicios de salud en esta dinámica (Menéndez 1985).

Más allá de este aspecto, las teorías dominantes en el campo de la Salud Pública practicarían todavía otras simplificaciones. Primero, al adoptar el concepto positivista y mecanicista de determinación para los procesos de salud/enfermedad/ intervención. Incluso cuando la salud colectiva atribuye a lo social la determinación básica, lo hace cristalizando esta línea de condicionamiento. O sea, en el fondo, se supone que solamente por medio de la eliminación de un factor que originó un perfil de enfermedad, se conseguiría modificar este perfil. Lo que no es cierto, felizmente. Los resultados sanitarios arriba indicados confirman esta crítica. No hubo cambio significativo de los estándares de distribución de ingreso entre aquellas poblaciones y, incluso así, hubo reducción de la mortalidad infantil, de la incidencia de polio y de sarampión. Parece reaccionario admitir esto. Creo que más conservadora todavía sería la postura que se negara a reconocer los clamores de lo empírico. Se tornarían empecinamiento para toda y cualquier reelaboración teórica, transformando herramientas de intervención en dogmas inmutables y, por lo tanto, inútiles en la mayoría de las situaciones. No reconocer y no analizar evidencias mata el espíritu crítico y la creatividad de inventar nuevas formas de intervención.

El control de la poliomielitis es otro analizador. El hecho que la salud pública brasileña haya actuado en una línea secundaria de la cadena de determinación de la incidencia de polio, la inmunidad humana, ¿disminuiría el valor de los resultados que alcanzamos? En Europa, la mejora de las condiciones de salubridad actuó antes que campañas masivas de vacunación ¿y de ahí? Aquí, vacunamos obligatoriamente mientras continuábamos impotentes para mejorar las condiciones de vida. ¿Será que universalizar la vacunación no tendría impacto sobre la noción de ciudadanía? ¿ni un poquito? Al introducir un programa de rehidratación oral —evitar muertes inmediatas por diarrea— ¿no se podría movilizar la ciudadanía, jun-

to, al mismo tiempo, en tanto, específicamente, con recursos característicos de la salud pública más tradicional, iríamos salvando vidas?

La medicina social, desde su origen, insinuó la utopía que la sociedad justa sería una sociedad sin enfermedades. Así sucedió con el pensamiento sanitario de la revolución francesa y el de la medicina social alemana (Rosen 1994). Después, la epidemiología social y la salud colectiva revitalizaron esta tradición crítica más simplificadora de la realidad. No se trata de que las reformas sociales y el buen gobierno no produzcan salud. La producen, y hay una serie de cuestiones que solamente se equilibrarían con el desarrollo social justo y armónico. Y la Salud Pública tiene la obligación de revelar estas evidencias. El problema estaría en la eliminación concomitante de la importancia específica de los servicios de salud en la producción de salud. Y, en consecuencia, en la sobreestimación de ciertas recetas —las reformas sociales no eliminarían todas las enfermedades, sólo cambiarían el perfil prevalente de enfermedades—; y, por paradójico que parezca, en la subestimación de la potencia de algunos tipos de intervención. Me refiero a la práctica clínica en general, o incluso a algunos proyectos de salud pública que no interferirían directamente con los determinantes principales del proceso salud/enfermedad, pero que, en el límite, producirían, en alguna medida, salud para muchos.

En los años sesenta, los sectores más puristas de la Salud Pública, predicaban la revolución. Solamente el pueblo organizado en forma autónoma y enfrentando al capitalismo produciría salud. Desde allí se desarrollaron movimientos sociales que lucharon por salud y alcanzaron, en algunos países, leyes que institucionalizaron Consejos Populares de Salud. Ahora, la revolución dejó de estar de moda. Pero la salud colectiva continúa predicando que la producción de salud dependería del buen gobierno. Cierto, ciertísimo. De allí surgieron las propuestas de ciudades saludables, valorizándose la inevitable acción intersectorial. Muy bien. Sucede que los proyectos elaborados a partir de esta concepción aclaran el papel del gobierno y de la sociedad en la producción de salud, pero explicitan

poco sobre el papel específico de los servicios de salud. Además de super-egos sociales, ¿qué más correspondería a los servicios de salud? Analizar la red de determinaciones complejas de los procesos de salud enfermedad, exigiendo acción y reformas. Muy bien. Pero, y los servicios de salud, ¿qué harían? ¿Ingeniería de tránsito, educación pública, urbanismo, distribución de ingreso, reforma agraria, abastecimiento?

No hay aquí demérito para esta lógica. Hay crítica. Falta todavía precisar qué haremos con nuestros instrumentos específicos: las herramientas de la salud pública y de la atención individual. ¿Cómo potencializarlas? ¿En qué medida invertimos específicamente en ellas? ¿Cómo reorganizarlas? ¿Cuáles son nuestros límites de competencia y de responsabilidad?

Omnipotencia del análisis, pequeña potencia de la práctica. En el fondo, vendemos la idea que la promoción de la salud y la prevención agotarían todo el menú de ofertas de los sistemas de salud. O sea, promoción y prevención serían El Modelo. “El” artículo definido, transformado en “OM” místico,² en la idea totalitaria de un holismo que produce bellas declaraciones en una punta e impotencia en la otra. Todo determinado por lo social, y lo social solamente podría ser cambiado con acciones “OM”. Proyecto de macro-política. Ecuación complicada de manejar, porque contiene dentro de ella verdad y mentira, al mismo tiempo.

Uno de los síntomas de la omnipotencia es la arrogancia con la que se suceden afirmaciones totalizadoras. La Salud Pública, en el fondo, también se imagina autosuficiente para definir necesidades. Las necesidades epidemiológicamente definidas serían más necesarias que las otras, en principio. Si, por un lado, jamás podríamos renunciar al mirar crítico que la epidemiología nos proporciona; por otro, sería bueno que recordáramos la noción de salud de Canguilhem. Para él, salud sería la mayor o menor capacidad de cada uno para gastar su propia vida (Canguilhem 1992). Los proyectos existenciales conllevan riesgos, algunos, elegidos por las personas, otros, impuestos por las circunstancias. Corredores de Fórmula Uno cambian seguridad por gloria y riqueza. Choferes profesionales que re-

2. “OM” grito practicado por los budistas y que simbolizaría el Todo (*Nota del traductor*: hay aquí un juego de palabras intraducible al español, el artículo definido “el” en portugués es “o”).

corren las calles brasileñas se arriesgan para sobrevivir, choferes turistas se arriesgan para divertirse. Trabajo, gozo, salud, enfermedad y muerte: todo mezclado, imbricado.

Frecuentemente la salud colectiva ha producido un discurso moralista sobre estilos de vida, intentando presentar un determinado modo de andar la vida como más racional, o más saludable. La Salud Pública oficial, en muchas situaciones, bordea el fundamentalismo más torpe. Estaría planteado para la salud colectiva el desafío de combinar su discurso sobre lo saludable con las declaraciones en que los diferentes agrupamientos de la sociedad civil reelaborarían estas definiciones. El viejo dilema de la participación, pero también el de aprender a escuchar otras formas en las que se expresa la sociedad. Por medio de la demanda de servicios de salud, entre otros, por ejemplo. Sería tiempo de reconocer la complejidad de los mensajes inscriptos en la demanda. Hay pilas y pilas de texto comprobando el movimiento medicalizante y consumista de este flujo “espontáneo”. Hay montañas de estudios atestiguando la inducción de este espontáneo por el aparato médico/hospitalario/industrial (Illich 1975). Sin embargo, habría que reconocer que este movimiento por atención también traería, dentro suyo, sufrimiento, dolor, miedo de morir, riesgos reales de muerte, dudas, etc. ¿Cómo dialogar con la demanda si no es hablando con ella.? ¿Cómo inventar un modelo que actúe tanto sobre las necesidades definidas epidemiológicamente como sobre la demanda por atención?

Es verdad que al elegir ese recorrido la Salud Pública se preocupaba por contraponerse al saber médico tradicional. Saber limitado, como ya tanto hemos demostrado. Sin embargo, pienso que nuestra crítica pierde fuerza cuando se deja disolver en lo social. Además de estas elaboraciones más generales —histórico estructurales— habría que reconstruir el pensamiento médico, pasar por él para superarlo, para enriquecerlo. Ignorarlo o negarlo solamente ha empobrecido nuestro discurso.

El saber y la práctica sanitaria no podrán nunca escapar de la centralidad que la enfermedad ocupa en nuestro campo. Pretender tratar solamente la

salud, afirmar que los Centros de Salud no se deberían ocupar de la enfermedad sino de la salud, son reacciones delirantes de auto-afirmación ante el discurso médico hegemónico. Declaraciones cuyo efecto es más infantilizarnos que permitirnos superar las limitaciones de la práctica clínica mercantilizada. La especificidad de nuestro campo, tarea esperada y exigida por la sociedad, es la de pensar la enfermedad, el riesgo de enfermar, para desde allí inventar mecanismos para producir salud. Se espera que los profesionales y servicios de salud descubran medios de ampliar nuestro control sobre el cuerpo, sobre la cantidad y calidad de vida. Nuestro objetivo es la salud, cierto. Pero nuestro objeto de investigación y de trabajo es la enfermedad o el riesgo de enfermar. Parece herejía, pero no lo es. Afirmando que el objeto de la salud colectiva y de la clínica son los procesos de salud/enfermedad/atención. Nuestro objetivo, producir salud. Si no, confundiríamos nuestro papel con el de las instituciones políticas, o el de los movimientos sociales, o el de otras agencias gubernamentales.

Evidencia 2: Desgarrada entre la omnipotencia explicativa y la dificultad en operacionalizar proyectos, la Salud Pública es cada vez más, principalmente, sistema de informaciones o línea auxiliar de asesoría de otras instancias que ejecutarían acciones productoras de salud.

Observé, en varios municipios, la instalación de modernos Centros de Información, con mapeado de muertes, enfermedades o situaciones de riesgo por áreas homogéneas y hasta por domicilio, sin que a pesar de ello hubiera, como contrapartida, un aumento de la capacidad de intervención de los servicios de salud. Culto a la vigilancia, al escudriñamiento de las ciudades, sin creatividad correspondiente en lo tocante a las acciones prácticas.

Sin duda, aquí cabría una larga digresión sobre el poder. Muchas acciones de Salud Pública se enfrentan con intereses particulares. Polémica sobre distribución de recursos ¿qué ha sido, de hecho, priorizado? Dificultad para interferir en la dinámica de las organizaciones privadas —¡el mercado, un ser soberano!— y, en consecuencia, no

ha sido fácil fiscalizar fábricas para proteger la salud de los trabajadores, o controlar la industria de alimentos o de medicamentos, etc. etc.

Pese a ello, cuestiono, aquí, una cierta renuncia interna a los mismos agentes de la salud colectiva. Identifico señales de autocastración cuando inventamos con más frecuencia modos de conocer indicadores que de intervenir en la realidad. No es que las intervenciones sean simples, al contrario, identifico en nuestras prácticas más respeto a la propiedad privada que a la vida de los ciudadanos. Para la salud, la defensa de la vida debería aparecer en primer lugar, después, estaría el juego social, la disputa. Percibo cierto grado de renuncia *a priori*. Los desastres con centenas de muertes por contaminación en hemodiálisis en el nordeste brasileño, o las muertes por desnutrición en clínicas geriátricas en Río de Janeiro, entre millares de otros desastres evitables, lo demuestran. Habría, pese a la cultura neoliberal hegemónica, espacio para avanzar en la defensa de los consumidores y de los ciudadanos en general. Tanto que los sanitaristas terminan procesados por omisión, omisión impuesta por el sistema, es verdad. Mientras tanto, la Salud Pública no ha demostrado voluntad política de proceder de otra forma. Institución domesticada.

O sea, podríamos desempeñar el papel de vanguardia ante el desafío de defensa de la vida. Vanguardia, no. Ese término no está bien colocado. A la salud colectiva le correspondería el papel del actor social que más radicalmente defendiera la vida, es esto. Para ello, inventar modos diferentes de proceder. En realidad, ni siquiera hemos enfrentado estas batallas, una vez que ya nos derrotamos por anticipado al no atrevernos a enfrentar lógicas privatistas en defensa del interés colectivo. Nos correspondería la invención de otros modelos de acción sanitaria.

Problema: hay cada vez un mayor grado de especialización de los sistemas de información. En general están siendo organizados de manera estanca, separados de las instancias responsables por el planeamiento y la gestión de los equipos encargados de la intervención concreta en la realidad. Separación entre recolectores y analizadores de información y aquellos que tendrían

autoridad y capacidad para intervenir. Distanciamiento entre información e instancias responsables por la Planificación y Administración de los servicios. Fractura entre Vigilancia Epidemiológica y Vigilancia Sanitaria. La Salud Pública confinada a la epidemiología descriptiva.

No hay nada contra la posibilidad de conocer realidades epidemiológicas, al contrario. Se trataría de inventar mecanismos de aproximación de estos polos desgarrados. Por qué, por ejemplo, no ampliar la responsabilidad y el papel de estos Centros de Información Epidemiológica, transformándolos en Centros de Control de Enfermedades. Inteligencia acoplada a la responsabilidad interventora.

Superar la impotencia de esta supuesta omnisciencia.

Vi, con mis dos inmensos ojos asombrados, más de una ciudad donde geoprocesadores acompañaban, con minucia, epidemias de dengue —un puntito para cada nuevo caso—. Epidemias que la Salud Pública brasileña no consigue controlar y que la inteligencia sanitaria juzga imposible erradicar.

Considero necesario reforzar las instancias responsables por la salud colectiva. Trabajar con la directriz según la cual cada región, o municipio, o ¿por qué no? cada servicio de salud debería contar con por lo menos un equipo especializado en salud pública. Órgano que recogiera información y, al mismo tiempo, coordinara todas las acciones de promoción y prevención. Equipos que tanto actuarían directamente sobre el territorio, de manera complementaria a otros profesionales de salud, como también articularían las acciones de otros agentes, ya fueran de otros sectores o del mismo sistema de salud: médicos de familia, equipos de la red básica, etc.

Con la descentralización de las prácticas sanitarias se volvió urgente la elección de centros que coordinen y complementen la acción de los niveles descentralizados locales. Equipos de sanitaristas localizados en Secretarías estatales que analicen informaciones de la región, propongan prioridades, programas, cronogramas articulados de intervención, y hasta actúen directamente en el campo auxiliando a los municipios. Por otro lado, equipos de sanitaristas en cada municipio que desempe-

ñen las mismas funciones, coordinando el trabajo de los profesionales de nivel local. Y, por fin, Equipos de Salud Pública, ubicados en los principales servicios de salud.

Estoy sugiriendo, por lo tanto, considerar la Salud Pública tanto una especialidad como un cuerpo de saberes, básico, para todas las profesiones de salud. O sea, acciones de salud colectiva serían atribución tanto de la red básica (centros de salud, programas de familia), como de los Núcleos de Salud Colectiva. Centros integradores de análisis de las informaciones con la operacionalización de programas considerados prioritarios según una perspectiva colectiva de actuación.

Evidencia 3: La compulsión por la integridad de la atención, muchas veces, ha impedido acciones parciales que podrían resolver los problemas capitales.

La integralidad de la atención estaría asegurada por el sistema como un todo, cada parte podría, en tesis, ejercer su papel de parte, sin culpa.

Propuestas simples, pero complejas para ser aplicadas. Sin adherir a las propuestas de “focalización” de las políticas sociales de recorte neoliberal—reducir la cobertura de los programas, atendiendo sólo a los extremadamente carenciados— estoy tentado a admitir que la salud pública, en tanto especialidad, solamente conseguiría poner en marcha proyectos eficaces si, antes, tuviera una definición muy precisa de prioridades. O sea, los instrumentos de la salud colectiva tienen destinos más o menos precisos. No hay cómo huir de esto. Estos Núcleos de Salud Colectiva deberían, siempre, coordinar la negociación de las prioridades de atención. Es imposible vigilar todo, es imposible prevenir todo. Las acciones de promoción son más inespecíficas, producen efectos en múltiples procesos de salud /enfermedad. Pero fuera de ellas, necesitamos pensar modelos de intervención para cada problema, o, a veces, para cada grupo homogéneo de problemas. Dengue o SIDA: necesitaríamos un programa nacional de lucha contra el dengue y el SIDA. Con ejecución y agregados complementarios descentralizados, pero, lo básico, tendría que articularlo el Ministerio de Salud,

las Secretarías de estados o municipios, y también los equipos de distrito. Lo mismo podríamos decir en cuanto a enfermedades crónicas o epidémicas.

Dentro de esta lógica no habría, en principio, un modelo mejor que otro. Ni habría por qué descartar, *a priori*, cualquier alternativa de intervención. Por ej. las campañas sanitarias. En algunas circunstancias podrían ser eficaces y racionales. Tomemos el ejemplo del cólera en Brasil. Comenzó por el Amazonas. Lo que hicimos fue implementar un complejo conjunto de medidas en todo el país. Sin embargo, ¿y si hubiéramos montado una campaña de cerco en la región por donde se introdujo la epidemia en el país? Caer matando sobre el vibrión. Y vigilar, nada más que vigilar lo que podríamos tener asegurado en la región norte.

Por otro lado, habría que reconocer la eficacia de algunos esquemas de intervención heterodoxos. La ciudad de Santos/San Pablo enfrentó los temas de salud mental y de SIDA con éxito relativo. Examinando su experiencia constatamos que fueron montados servicios específicos, articulados a una red, pero con un gran nivel de autonomía. Además, crearon servicios síntesis, que mezclaron, deliberadamente, la rigidez tradicional de la jerarquización asistencial. Los Núcleos de Apoyo Psicosocial hacen atención individual o en grupos, atención de urgencia, internación, rehabilitación, etc. Equipos especializados en DST/SIDA cuidando la enfermedad en sus distintas fases: previenen, tratan, cuidan la integración social y profesional de los pacientes y también se preocupan por la participación del resto del sistema: centros de salud, hospitales, etc.

Estamos abiertos a la creación de soluciones singulares, sin prejuicios, pero también sin dejar de considerar el estado del arte. Experiencias anteriores, saberes acumulados y las limitaciones del contexto institucional y político. Hacer salud es la regla básica. El resto, estaría abierto al análisis y al examen de alternativas. Siempre.

Evidencia 4: Exigimos mucho de atención primaria, prometemos mucho como resultado de la acción de centros de salud o de equipos de familia insertos en el primer nivel de atención. Sin embargo, la red básica no se transfor-

mó, en casi ningún país latinoamericano, en puerta de entrada al Sistema y no logró hacer toda la salud colectiva que insinuábamos. En Brasil, después de veinte años invirtiendo en la red básica, ahora, hay como una reticencia oficial en hacerla funcionar para garantizar atención integral.

Reconocimiento de la impotencia de promesas omnipotentes.

Como fuga hacia adelante, sin examen franco del relativo fracaso, surge una nueva receta, grandilocuente: médicos de familia y agentes de salud suprimirían todas las fallas de la atención primaria de la salud.

La propuesta de la salud colectiva para la red básica ha sido también muy “OM” totalizadora. Le correspondería simplemente funcionar como puerta de entrada —resolviendo el 90% de la demanda clínica— y, al mismo tiempo, ejecutar la mayoría de las acciones de salud pública. Salud del trabajador, vigilancia epidemiológica, visitas domiciliarias, intervención sobre la comunidad, prevención de epidemias y endemias. Sin duda, se trató de una exorbitancia. Super trabajadores de atención primaria. Y la cosa no ha funcionado.

Como ya sugerí, entiendo que las responsabilidades por la salud pública deberían ser divididas entre la red básica y núcleos de salud colectiva por cada distrito de salud. O sea, incluso cuando los equipos locales intervenirían directamente, deberían ser apoyados por grupos de sanitaristas. Y más aún, algunas medidas deberían estar a cargo de estos sanitaristas: vigilancia en salud del trabajador, por ejemplo; o coordinación de campañas para control del dengue, o investigación de una condición que se agrava en forma súbita e inesperada, etc.

En cuanto a la puerta de entrada... bien, asegurar acceso a toda la demanda es un mecanismo indispensable para identificar un sistema como integral. Y allí estamos también fallando. Y fallamos porque no se consiguió responsabilizar de hecho a los médicos por la atención clínica de calidad en el nivel básico. A lo sumo, algunos realizan urgencias —las famosas cuatro consultas por hora—. En verdad, se trata de elaborar un nuevo contrato de trabajo entre equipos multiprofesionales de la red básica y usuarios. El modelo de trabajo

sería semejante al propuesto para los médicos de familia. Además, está la gran incógnita que debería ser aclarada: ¿por qué razón nuestras autoridades proponen mecanismos de atención integral y resolutive, con responsabilización de los médicos y los auxiliares por el cuidado integral de un cierto número de pacientes, sólo para el programa de médicos de familia? ¿Por qué no organizar la puerta de entrada, para toda la red básica, dentro de estos principios? ¿Por qué ubicar al médico de familia fuera y distante de los centros o puestos de salud? ¿Temor de quebrar el compromiso sucio sellado entre médicos y gobernantes?

En fin, sin la creación de una puerta de entrada que asegure amplio acceso y recepción a los problemas de salud —o sea, universalidad—; intervención personalizada como proyectos terapéuticos singulares —equidad—; y alta resolutive, nunca tendremos sistemas públicos socialmente legitimados. No cuesta caro montar un sistema con estas características. Costaría transformaciones culturales, organizativas y de poder. Por ejemplo, delegar a los equipos locales, a los médicos de familia, a los clínicos, pediatras, el control sobre las internaciones y utilización de recursos especializados, públicos o contratados. Hay salidas, pero también hay un inmovilismo que asusta en relación a las medidas radicales de transformación de los actuales estándares de funcionamiento de la atención básica.

Sólo una evidencia delirante más: Por último, delirio omnipotente por delirio omnipotente, mejor delirios más pasibles de sublimación. ¿Más próximos a la realidad, tal vez? Hablo de la posibilidad de radicalizar las nociones de autocuidado y de construcción del mayor nivel de autonomía para pacientes, familias y comunidades. Quién sabe, incluyendo estas directivas en nuestro concepto de salud. Cuanto mayor la capacidad de autocuidado, cuanto mayores los coeficientes de autonomía, más saludables las personas ¿o no? Tal vez, sí. En este caso, por ejemplo, la Salud Pública no podría resolver la crisis estructural del empleo, pero podríamos invertir en proyectos que crearan espacio de trabajo para pacientes crónicamente vinculados a los ser-

vicios de salud, como en el caso de la salud mental, o de portadores de HIV, o de discapacidades físicas, o de enfermedades crónicas. Esta sería una vía tanto para la ampliación de nuestros horizontes terapéuticos como para aumentar la capacidad de negociación de la sociedad con el autoritarismo inherente a todas las prácticas de salud.

Son análisis parciales. Más sensaciones que certezas duras. Sin embargo, merecerían cierta consideración. Ser desmontados en función de otros descubrimientos, en razón de experimentos que desconozco. Solamente no soporto nuestras viejas reiteraciones. Finalmente, buena parte de ellas ya disfrutan *status* de argumento de autoridad, inscriptas como fueron en diversos manuales de respetabilidad científica. Señal inequívoca de envejecimiento, es un tiempo en que la Salud Pública solamente cultiva críticas hacia fuera —la medicina, los políticos, los *media*— olvidándose de examinar el propio ombligo. Mucho tiempo perdido entre certezas duras. Que nuevas voces y otros

oídos entren en escena, nuestras hablas perdieron claridad y nuestra escucha se ensordecía. Nada incurable, sólo exige algunos saltos hacia fuera de nuestros círculos de repetición onanista. Cuidado, sin embargo, no vale desprenderse de la vieja y avasallante esperanza de una sociedad de paz y justicia.

Bibliografía

Canguilhem G. 1982. *O Normal e o Patológico*, Río de Janeiro, Ed. Forense-universitária. Segunda edición.

Gonçalves RB. 1994. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*, São Paulo, Ed. Hucitec.

Illich I. 1975. *A Expropiação da Saúde: Némesis da Medicina*. Río de Janeiro, Ed. Nova Fronteira.

Menéndez E. 1985. "La crisis del modelo médico hegemónico". *Cuadernos Médico Sociales* 33: 55-65. Rosario.

Mehry E, Onocko R. 1996. *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público*. São Paulo, Ed. Hucitec.

Testa M. 1993. *Pensar en Salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial.