

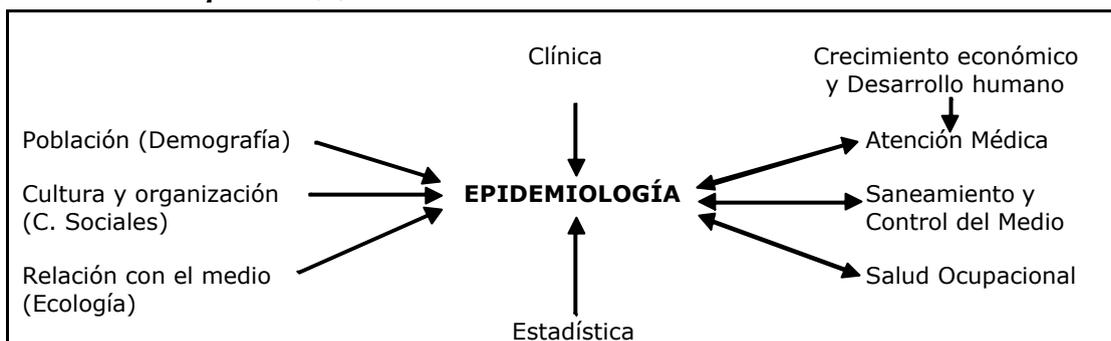
COMPONENTES DE LA SALUD PÚBLICA

Horacio Luis Barragán

1.- La Salud Pública tiene varios componentes

La Salud Pública estudia y se ocupa de la enfermedad y la salud de las poblaciones. A su vez, el estudio de la Epidemiología involucra, no solo el conocimiento del estado de salud-enfermedad de una comunidad, sino también de los recursos que tiene para asistirlo [Cuadro 1.a].

Sistema de salud pública (A)

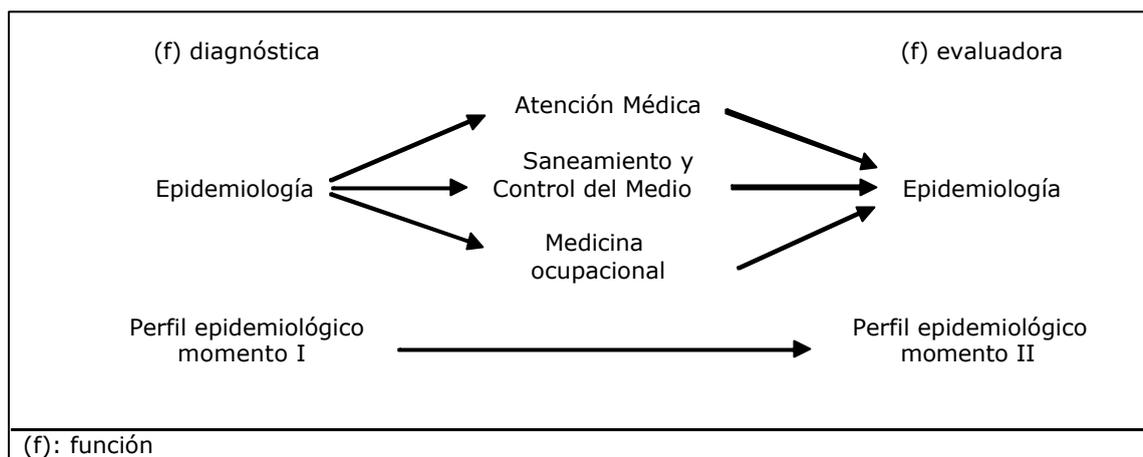


Cuadro 1.a

El conocimiento de aquel estado exige el de su sujeto: la población. A diferencia del enfoque asistencial cuyo sujeto es el enfermo o el sano cuya salud se promueve, en Salud Pública, se está ante un colectivo, una comunidad con tamaño, estructura, dinámica y distribución propias, cuyo estudio enfoca la Demografía. Toda comunidad humana tiene un estilo de vida que involucra su cultura y su organización, objetos de estudio de las Ciencias Sociales. Asimismo toda comunidad tiene interrelaciones con el medio natural y social en que vive, de lo que se ocupa la Ecología.

A su vez el conocimiento de la salud-enfermedad de una comunidad en sus perspectivas colectiva, social y ecológica requiere de definiciones clínicas precisas y métodos estadísticos que usa la Epidemiología. Es así como, dado un diagnóstico epidemiológico, los recursos de la comunidad organizada para corregirlo o mejorarlo son, además del Bienestar General, dependientes del Desarrollo Humano, la Atención Médica, el Saneamiento del Medio y la Salud Ocupacional. Doblemente, la Epidemiología estudia el diagnóstico inicial y el impacto que esos recursos producen sobre la situación, es decir las evalúa [Cuadro 1.b].

Sistema de Salud Pública (B)



Cuadro 1.b

En el cuadro se diferencian tres recursos, el primero, Atención Médica, es el conjunto de acciones específicas que el equipo de salud lleva a cabo directamente sobre las personas o grupos humanos. Se la llama también “servicios de salud” y comprenden las acciones individuales o servicios clínicos, sobre poblaciones o grupos seleccionados de riesgo y programas de conjunto o de salud pública.

El segundo y el tercero que son saneamiento y control del medio, y medicina ocupacional o de la actividad humana respectivamente, se definen en los puntos 4 y 5.

2.- La Atención Médica Individual debe ser personalizada

La Atención Médica individual tiene prioritaria dimensión humana. El maestro Fidel Schaposnik enseñaba: “La enfermedad representa, para la Patología Médica, la reacción del organismo frente a una noxa o estímulo anormal... pero la Clínica Médica es algo más que el estudio de ese proceso biológico; es la consideración de una experiencia que afecta profundamente la vida entera –física y psíquica– de un ser humano”... “ella se interesa por el enfermo en su integridad; no el concepto, el esquema que lo sustituye” (Shaposnik, 1974).

Cuando Marchand decía que la Medicina era descubrir y aprender las causas que perturbaban nuestra vida, no se quedaba en el diagnóstico, se proyectaba al intento de eliminar, corregir o atenuar el sufrimiento, alentar y consolar fraternalmente (Farreras, 1967).

El sufrimiento es, antes que nada, personal de un ser humano, cronológica y ontológicamente. Las causas pueden ser propias de su organismo, provenir del medio ambiente o de la interacción social.

Desde el paciente la enfermedad es algo personal, afecta no sólo al cuerpo “sino al sentimiento que el hombre tiene de su propia vida” (Lain Entralgo, 1966:60) como no sea una dolencia transitoria, casi inocente, que se tiene por anécdota o se olvida. Aquel sentimiento sume en algún grado de aislamiento, de soledad, con la incomunicabilidad del padecimiento, la aflicción y la amenaza.

La dimensión personal de la enfermedad no puede ser desconocida por la Salud Pública en tanto la practiquen quienes han visto, diagnosticado y tratado pacientes. Un sencillo interrogatorio, un pedido de explicación de la enfermedad o de un tratamiento traumático, así lo enseñan.

Diomka piensa en su pierna enferma

Solzhenitsyn relata el transcurrir de la vida enferma de los pacientes internados en el Pabellón de Cáncer (Solzhenitsyn, 1971). Describe la situación de cada uno en el capítulo “Las inquietudes de los pacientes” entre ellos, Diomka:

“Más allá, en la cama inmediata a la puerta, Diomka, el jovencito de dieciséis años, estaba con la pierna enferma extendida sobre la cama y se daba suaves e incesantes masajes, como caricias, en la zona que le atormentaba. Tenía la otra pierna encogida, como un gatito, y leía sin enterarse de lo que pasaba a su alrededor...” (Solzhenitsyn, 1971:60). “En el paso de sala, la médica jefe abre el interrogatorio: “¿Qué lees, Diomka?” y, a poco, comenzó a examinarlo: “¿Te duele aquí? Sí, y ¿aquí? Más, y arriba también. ¿Por qué callas, pues? ¡Vaya un héroe! Indícame donde sientas más dolor. Y le palpaba las inmediaciones de la zona dañada. ¿Te duele cuando no te tocas? ¿Por la noche? En la tersa cara de Diomka no había apuntado aún el vello. Pero su expresión permanentemente tensa le hacía parecer mucho mayor. Me agujonea tanto de día como de noche...”. “Sí. ¿Qué te parece Diomka? Ludmilla Afanasievna volvió a mirarle apreciativamente: ¿seguimos con los rayos X? ¡Naturalmente! accedió complacido el muchacho, mirándola agradecido. Pensaba que los rayos X evitarían la operación y creía que Dontsova opinaba lo mismo (pero lo que Dontsova tenía presente era que antes de operar en un hueso con sarcoma se imponía reprimir su actividad con las radiaciones, para prevenir las metástasis)” (Solzhenitsyn, 1971:63).

“Yevguenia Ustínovna se sentó a su lado. Se subió sin dificultad hacia el codo las mangas de la bata y del vestido. Sus finas y ágiles manos movieron por la pierna de Diomka como dos seres con vida.

-¿Te duele? ¿Te duele?- le repetía únicamente.

-Sí, sí- afirmaba, frunciendo más la frente.

-¿Sientes la pierna durante la noche?

-Sí...Pero Ludmilla Afanasievna...

Yevguenia Ustínovna movió comprensivamente la cabeza y le palmeó el hombro.

-Está bien, amiguito. Sigue con las radiaciones.

Y se miraron de nuevo a los ojos.

En la sala reinaba un silencio absoluto y podía oírse cada una de sus palabras” (Solzhenitsyn, 1971:143).

“En aquel momento leía *El agua viva* y no podía discernir si el libro era cargante o insustancial o se lo parecía por causa de su propio estado de ánimo.

Sentíase cada vez más abrumado por el agotamiento y la melancolía. ¿Deseaba realmente aconsejarse con alguien? ¿O lamentarse? ¿O humana y simplemente comentarlo para que le compadecieran un poco?

Tenía leído y oído que la compasión es un sentimiento humillante: humillante para quien la siente y humillante para el compadecido.

No obstante, quería que le compadecieran. Quizá porque en su vida jamás se compadeció nadie de él.

Allí en la sala era interesante charlar y escuchar lo que decían. Pero en ese instante no tenía el ánimo propicio para abordar esos temas ni para mantener ese tono. Y entre hombres se debía uno comportar como un hombre” (Solzhenitsyn, 1971:157).

“Sin embargo, el sábado después de la comida, cuando se fueron los doctores dejando a cada paciente con sus pensamientos, cuando el nuboso día aún brindaba cierta claridad a las salas y en los pasillos y vestíbulos lucían ya las lámparas, Diomka, cojeando, deambulaba por la clínica buscando precisamente a la reaccionaria tía Stiofa, que nada sensato podía aconsejarle, excepto resignación.

Que no se la quiten, que no le corten la pierna. Que no se vea obligado a consentir la amputación.

¿Se la dejaría cortar? ¿O no debía permitirlo?...

Aunque con aquel martirizante dolor, quizá fuera preferible que se la amputaran” (Solzhenitsyn, 1971:161).

A. Solzhenitsyn¹. Pabellón de Cáncer. (párrafos seleccionados)

Recuadro 1

1 Como lo hemos sostenido en otro escrito (Barragán, 1993) pocos recursos hay fuera de la literatura consagrada para explicitar los sentimientos de un paciente respecto a su enfermedad. Hemos recurrido a Alexander Solzhenitsyn que recibió el Premio Nobel de Literatura (1977) “por la fuerza ética con que ha seguido las tradiciones indispensables de la literatura rusa”. Crítico del gobierno de Stalin, fue encerrado en campos de concentración que denunció en “Archipiélago Gulag”. Sus obras pasaron clandestinamente a Occidente, se exilió y volvió a su país en 1990.

Nuestro tema es la Salud Pública y al abordarla nos parece preciso salvaguardar el carácter personal e íntimo del sufrimiento y la enfermedad. Diomka, uno de los jóvenes internados en el Pabellón de Cáncer, expresa en su interacción con los médicos y otros pacientes, sus sentimientos. Lo hace a medias, con reservas, con expresiones parciales y diferentes según el interlocutor, mientras en su interior transcurre, insustituible, el tema de la pierna afectada de un sarcoma que le han propuesto amputar. Su dolor y su pierna comprometen su presente y su futuro en distintas dimensiones. Este relato evoca un recuerdo del maestro Rodolfo Cosentino sobre las palabras con que explica a un joven de 14 años, con la misma enfermedad, lo que debe hacerle: “Tenemos que enfrentarnos a la realidad; lo que tengo que decir es duro, pero es la manera de curarte...: lo que está enfermo debe salir junto con parte de tu pierna... pero debes saber por anticipado que trataré tu pierna como si fuera mía...” (1993: 138). Cosentino asume las inquietudes de la intimidad del joven enfermo.

La suma de todas las penas de la Humanidad está constituida por aflicciones personales, agrupadas, comunicadas, expresadas o silentes, atendidas o descuidadas, aisladas o sumadas.

Decía Pierre **Teilhard de Chardin**²: “¡En cada momento el sufrimiento total de toda la tierra...! ¡Si pudiéramos asir, cubicar, pesar, numerar, analizar esa magnitud tremenda! ¡Qué masa astronómica! ¡Qué suma espantosa! ¡Y, de las torturas físicas a las angustias morales, qué espectro, definido de matices dolorosos! Y si también, a través de una conductibilidad que se estableciera de pronto entre los cuerpos y las almas, se mezclara toda la Pena y toda la Alegría del Mundo, ¿quién podría decir en qué lado quedaría el equilibrio: en el lado de la Pena o en el lado de la Alegría?”. Responde con la “asombrosa revelación cristiana de un sufrimiento transformable (con tal que se acepte bien) en expresión de amor y en principio de unión”. Define el sufrimiento en tal sentido como “un sobreamiento de Espíritu que nace de un defecto de materia” (Teilhard de Chardin, 1967:229-232).

La misión del médico en el ámbito del sufrimiento es “Guérir parfois, soulanger souvent, consoler toujours”³ (Bérard y Gubler, en Lain Entralgo, 1964:193). Entonces la Salud Pública nace y madura desde su semilla.

3.- La Atención Médica de Conjunto es eficaz y eficiente

Las acciones de conjunto más efectivas son las inmunizaciones, sobre lo que ya se hizo referencia. La vacuna antivariólica logró erradicar la enfermedad del mundo, en 1979. El último caso notificado fue en la ciudad de Merca (Somalia), en octubre de 1977. La viruela, diez años antes (1967) había producido casi 2 millones de muertes, medio millón de ciegos y 10 millones de pacientes con graves secuelas en la piel (Banco Mundial, 1993:18).

La poliomielitis causó extendidas epidemias en la década de 1950. La investigación médica logró aislar el virus, cultivarlo y preparar las vacunas Salk y Sabin (VOP) cuya aplicación controló la enfermedad en los países desarrollados a principios de la década de 1960. Se erradicó de las Américas alrededor de 1991. El subdesarrollo y las guerras regionales impidieron su aplicación universal y aún los países libres de polio arriesgan rebrotes generados desde zonas de endemia.

La vacuna antisarampionosa, lograda en 1963, se administró en servicios desde 1997. No obstante, la enfermedad produce aún el 10% de las muertes de menores de 5 años (WHO, 1998:65). La vacuna antitetánica redujo más del 70% de las muertes por tétano neonatorum, que en la década de 1980 alcanzaban a un millón. La vacuna antidiftérica tuvo efectos similares, pero su descuido en la Federación Rusa produjo una epidemia en 1994.

Las vacunas se conjugaron en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI: ingl: EPI) y los niños vacunados con antipolio -DTP- antisarampionosa pasaron del 5% en 1977 al 80 en 1990 (Banco Mundial, 1993:75). El costo completo del PAI era de U\$A 15 por niño y su éxito depende de la accesibilidad a las vacunas, la cadena de frío, la organización de los servicios regulares y las campañas, la aceptación y movilización de la comunidad.

2 Sacerdote Jesuita francés (1881-1955) que estudió y trabajó en Paleontología contribuyendo al descubrimiento de fósiles humanos claves en el proceso de evolución, proceso que integró en una visión teológica. Sus numerosas obras fueron publicadas por Le Seuil (Paris) y las traducciones españolas por Taurus (Madrid).

3 “Curar a veces, mejorar frecuentemente y consolar siempre”.

No obstante el Programa Ampliado de Inmunizaciones, en 1988 seguían muriendo en el mundo 2 millones de niños por año por enfermedades inmunoprevenibles. El contagio se produce en bolsones de pobreza suburbana y en zonas de guerra. Pero las campañas de “barrido” y los acuerdos de “días de paz” para vacunar durante esas jornadas, tienden a reducir los casos.

La estrategia desplegada contra las enfermedades inmunoprevenibles del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se modificó en 1974 con el PAI PLUS por el agregado de dos micronutrientes: a) la Vitamina A, cuya deficiencia produce xeroftalmia y ceguera en más de 250 millones de niños de 75 países y cuyo poder modelador inmunitario resta gravedad a las diarreas y al sarampión (WHO:75); b) el Yodo, cuya carencia genera bocio en más de 800 millones de personas, mortinatalidad, abortos espontáneos, anomalías congénitas, bajo peso al nacer, daño cerebral y cretinismo.

A estos ejemplos pueden agregarse, etapa por etapa del ciclo vital, programas cada vez más numerosos de Salud Pública para el control de enfermedades infecciosas, de malnutrición, crónicas, trastornos de conducta, accidentes y violencias. Los ejemplos intentan demostrar la eficacia y equidad de los programas de Salud Pública.

Los programas de salud colectiva en la infancia tienden a integrarse en la estrategia IMOCHI (Integrated Management of Childhood Illness), que involucra la atención de la demanda espontánea en paralelo con acciones sobre la nutrición y las patologías prevalentes.

4.- El Saneamiento y Control Ambiental son esenciales a la salud humana

El saneamiento y el control del medio ambiente es el conjunto de acciones específicas que lleva a cabo un equipo más amplio (vg. ingenieros, veterinarios, agrónomos) indirectamente sobre las personas y grupos humanos ofreciendo condiciones ambientales favorables.

El saneamiento es un sector de los servicios públicos, que forman parte de la “infraestructura social” (Banco Mundial, 1994:2). Se trata de: abastecimiento de agua corriente, alcantarillado para aguas cloacales y de lluvia, tratamiento de desechos sólidos, prevención de la contaminación del medio y control sanitario de los alimentos. Otros servicios públicos son las redes de electricidad, telecomunicaciones y gas. La infraestructura comprende también las obras públicas y los sistemas de transporte. Todos estos componentes están ligados a la salud comunitaria y son a la vez, factores de productividad y crecimiento económico. Se calculó que el 1% de aumento de capital en infraestructura se asocia al crecimiento del 1% del PBI (Banco Mundial, 1993).

Todos ellos logran armonía con el planeamiento territorial, urgido por la urbanización acelerada.

Estos sistemas dependen de su planeamiento, la seguridad de su financiación, la definición de prioridades, la creación del diseño y la eficacia técnica de las obras, de su administración y mantenimiento. Éste último falla en muchos países por fondos insuficientes fruto de falsas austeridades. Un sistema normal de abastecimiento de agua potable promedia una llegada del 70% de su producción al consumo, cuando uno óptimo alcanza al 85% (Banco Mundial, 1993:4).

Las inversiones tienden a preferir los transportes, las telecomunicaciones y la energía eléctrica toda vez que su rentabilidad financiera alcanza dos dígitos mientras que las sanitarias sólo llegan a uno, en ambos casos dependiendo de la política económica (Banco Mundial, 1993:17).

5.- La Salud Ocupacional

Se trata del conjunto de acciones específicas llevadas a cabo por un equipo (vg. médicos laborales, graduados en higiene y seguridad del trabajo, profesores de educación física) en cuanto que un grupo humano comparte una ocupación: trabajo, estudio, deporte o recreación. La población de la que se ocupa esta orientación no es general, es decir no está compuesta por una compleja distribución de edades, sexos y ocupaciones como la que tienen aquellas que comparten una zona de residencia o un barrio. Lo que sus componentes tienen en común es la ocupación, sea laboral, educativa, deportiva o recreativa, con los rangos de edad y sexo que ofrece cada una de ellas.

La primera rama de la Salud Pública fue la Medicina del Trabajo, creada por el clínico italiano Bernardino Rammazzini en 1700. Se fortaleció como parte de la Cuestión Social de fines del siglo

XIX en la que se hizo patente el pauperismo proletario y los daños producidos por el trabajo inhumano. Surgieron las legislaciones sobre el “riesgo del trabajo” cuya cobertura médica e indemnizatoria debía estar a cargo de la patronal a la que se atribuía, no la culpa, pero sí la responsabilidad de los daños. Las mismas leyes clasificaron los infortunios directos derivados de la acción laboral, en accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y enfermedades-accidentes. Restaban las llamadas enfermedades inculpables, cuya patogenia no tenía relación directa ni indirecta con la actividad laboral.

Los criterios “indemnizatorios” vinieron a cubrir los daños ya producidos y se plasmaron en leyes europeas a fines del mismo siglo XIX. La legislación francesa inspiró a la argentina de 1915 (Ley 9.688). Mientras tanto diversos sectores gremiales promovieron el dictado de leyes “prevencionistas” para evitar los daños. El conjunto de estas acciones recién se plasmó en Argentina con la Ley 19.557 (1972) reemplazada por la 24.557 (1995). Por su parte, la cobertura de las enfermedades inculpables quedaron inscriptas en la Ley de Contrato de Trabajo (Ley 22.744; 1974).

Estas normas legales dieron base a una cierta mejora en las condiciones de salud del trabajo, pero el poco desarrollo de la Medicina Laboral y, aunque mayor, de los Servicios de Higiene y Seguridad –obligatorios en todo lugar donde se efectúe trabajo, por las leyes prevencionistas– limitó sus efectos. Hubo sin embargo empresas que las cumplieron con eficacia y llegaron a hacer programas de prevención de riesgos para enfermedades inculpables.

La Ley prevencionista de 1972 fue reemplazada en 1995 por la Ley 24.557 (de Riesgos del Trabajo) que modificó diversos aspectos económicos y procedimentales y creó las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART). Así introdujo a las empresas de seguro o mecanismos de autoseguro en el campo de la prevención e indemnización laboral.

La Medicina del Trabajo, desde el punto de vista indemnizatorio, tiene a su cargo el diagnóstico de los grados de incapacidad emergentes de la patología propia del trabajador. Desde el prevencionista, su misión es amplia, se nutre en la clínica y en la epidemiología y se conjuga con la actividad de higiene y seguridad del ambiente laboral, promoviendo procedimientos para evitar o minimizar los infortunios.

Un factor común de la medicina laboral y la deportiva es la fisiología del esfuerzo físico, de las condiciones y del medio en que se realiza. A la tradicional medicina del ejercicio habitual y de alta competencia, se agrega su aplicación a conjuntos poblacionales como factor de promoción de la salud (antisedentarismo) y al tratamiento y rehabilitación de pacientes cardiovasculares y neurológicos. La medicina también tiene su función en el campo escolar, de la recreación en función del ciclo vital e involucrando también la laborterapia, en coordinación con profesionales especializados.

6.- Marcos de referencia de la salud

6.1.- Marco Social

“La Patria es un dolor que aún no sabe su nombre.

La Patria es un peligro que florece.

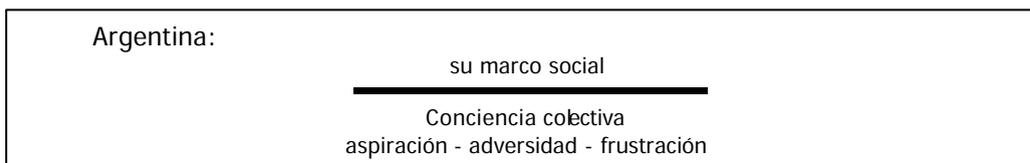
La Patria es un dolor que ha despertado”.

(Marechal, 1966)

Una consideración sobre el estado de ánimo de la comunidad es parte de la descripción y análisis de su salud.

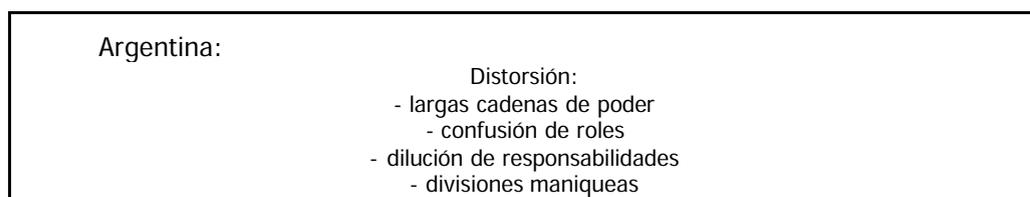
En Argentina se generó una conciencia colectiva en torno a este ciclo: aspiración, adversidad y frustración. Esta hipótesis se aplica al análisis actual de la Salud Pública. El problema de salud no es autónomo, sino dependiente de la realidad global.

El país se encontró al final del siglo XIX con una riqueza envidiable, elogiada hasta el paroxismo a principios del XX. Fruto de una aspiración sobreestimada con orígenes en la conquista, sus grupos dirigentes tuvieron la convicción de que el futuro estaba asegurado en los primeros decenios del siglo XX. Tal convicción incubó una aspiración de grandeza en el sentimiento popular. La aspiración se expresó en proyecto pero no alcanzó a tener continuidad como empresa colectiva [Cuadro 6.1.a].



Cuadro 6.1.a

Desde entonces, los conflictos internos y los internacionales, las alternativas económicas y políticas pusieron hitos de adversidad ante las grandes aspiraciones argentinas. Se fueron acumulando frustraciones, tanto en los grupos dirigentes como en los sectores populares, sin que se renunciara a la grandeza. Las aspiraciones generaron largas y complicadas cadenas de poderes, frustradas por confusión de roles y dilución de responsabilidades. Se insistirá sobre esto en el tema evolución histórica de la Salud Pública en Argentina [Cuadro 6.1.b].



Cuadro 6.1.b

El repetido fracaso alimentó divisiones maniqueas en la búsqueda constante del “chivo expiatorio” a quien endilgarle la responsabilidad última de cada adversidad. Si este “tono” social realimentó el hipotético ciclo, es lícito afirmar que la organización social de la salud no escapó de él.

Esta hipótesis compete en su planteo y corroboración a las ciencias sociales.

6.2 Marco legal y ético

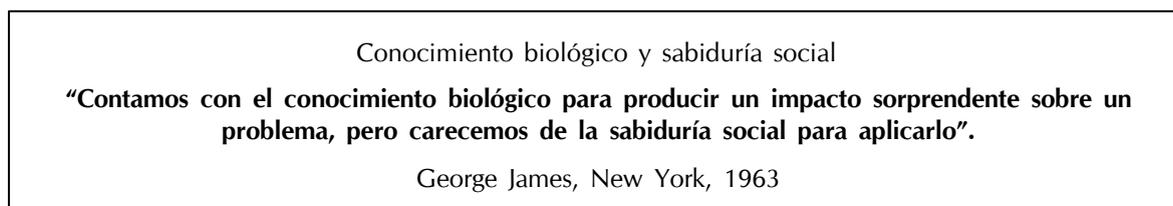
6.2.1.- El derecho a la salud

Derecho es la “facultad natural del hombre para hacer legítimamente lo que conduce a los fines de su vida” o la “facultad de hacer o exigir todo aquello que la ley o la autoridad establece a nuestro favor” (Pieper, 1980).

Ausente de las viejas constituciones, el derecho a la salud fue estudiado con detenimiento por Veronelli en la Constitución Argentina de 1949 y en las provinciales de años posteriores (Veronelli, 1975).

El rango constitucional de este derecho es abstracto si se lo entiende como merecedor de respeto y reconocimiento. Los derechos, en cuanto que son la cara jurídica de una necesidad, más que respeto, exigen satisfacción (Fernández de Castro, 1965:32).

El Comisionado de Salud de New York, en 1963, George James hacía un fuerte contraste entre los contenidos conceptuales y los principios con su aplicación, y lo resumía en una frase [Cuadro 6.2.1].



Cuadro 6.2.1

Es así como la proclama de derechos no alcanza por sí mismo a satisfacer con calidad y equidad las necesidades a las que ellos deben responder. Más allá de los límites sobre los que debe reflexionar la medicina y la comunidad, su capacidad biológica es mayor que la capacidad social habitual para responder a esas necesidades.

Los logros alcanzados sobre la salud humana y un exceso de optimismo generado por nuevas expectativas, han traído a la bioética el tema sustancial sobre cuales son los fines mismos de la Medicina, no sólo sus medios y su propósito general en torno a la salud: ¿debe prolongar la vida pasando por alto su calidad?, ¿es ella enemiga del envejecimiento y aún de la muerte misma? No resultan sencillas de responder estas preguntas en la situación actual de progreso científico y organización social⁴.

6.2.2.- La Medicina tiene dos perspectivas éticas

La Medicina nos ofrece dos perspectivas éticas: hacia el paciente, ética clínica, y hacia la comunidad, ética sanitaria.

En ellas juega la virtud que los clásicos llaman justicia, que debe gobernar las relaciones entre las personas y la comunidad. La equidad se funda en la justicia⁵.

La justicia y su contrario, la injusticia, han sido motivo de preocupación en todo tiempo y lugar, de la que dan cuenta las siguientes consideraciones.

La larga prédica y el ejercicio histórico de la justicia dan pie al refrán “más viejo que la injusticia”.

Los profetas de Israel, en especial Isaías (s. VIII a. C.), dieron de ella un testimonio prioritario: “Guardad el derecho / obrad la justicia / que pronto va a venir mi salvación / y a revelarse mi justicia /... mía es la venganza dijo el Señor” (Is. 56-1) [Cuadro 6.2.2].

La justicia en Israel

“¿Sabéis qué ayuno quiero Yo? Dice el Señor Yavhé: “Romper las ataduras de la inequidad/ deshacer los lazos opresores / dejar ir libres a los oprimidos / y quebrantar todo yugo / partir su pan con el hambriento/ albergar al pobre sin abrigo/ vestir al desnudo y no volver el rostro contra tu hermano. / Entonces brillará tu luz como la aurora / y se dejará ver pronto tu salud / irá delante de ti la justicia/ y detrás de tí la gloria de Yavhé. / Entonces llamarás y Yahvé te oirá, le invocarás y El dirá: heme aquí”.

Isaías 58-6 y ss

Cuadro 6.2.2

Uno de los siete sabios de Grecia (s. VI a.C.), **Pítaco de Mitilene**, decía que en la polis (ciudad) “la justicia se cumple cuando tan imposible llega a hacerse que gobiernen los malos como que no gobiernen los buenos” (Pieper, 1980:122).

Los pensadores griegos, durante el siglo IV a.C., también trataron esta virtud según la idea de Platón, hasta las formas de la justicia según la diversidad de las injusticias en Aristóteles.

Santo Tomás de Aquino (siglo XIII) definió la justicia como el “modo de conducta (hábito) por el que la voluntad constante e inalterable da a cada cual su derecho” (Pieper, 1980: 87).

Kant afirmaba que la más grande forma de miseria para el hombre es la injusticia y no la desgracia. Agregaba: “el mayor infortunio es el poder injusto” (Pieper, 1980: 145).

Si la equidad es la justicia no es la igualdad ni es el derecho.

No es la igualdad porque si es “dar a cada uno lo suyo”, o en el campo de la necesidad, a cada uno lo que “cada uno necesita” lleva al enfoque de riesgo, que es focalizado, y podría traducirse como “más atención al de más riesgo”.

4 Cabe reflexionar la profundidad de este planteo, leyendo entre lo más notable el Informe del Centro Hastings sobre “Las metas de la medicina: establecer nuevas prioridades” (Callahan, 1998).

5 Debe leerse en bioética, el concepto de justicia en John Rawls y sus críticos. Cfr Rawls J. Teoría de la justicia. FCE, Bs As, 1993; y, vg, Gargarella R. Las teorías de justicia después de Rawls. Un breve manual de filosofía política. Buenos Aires, Paidós, 1999.

No son tampoco derechos proclamados sino sólo los satisfechos.

No se trata de constitución o de leyes aunque sean puntos de partida. **La justicia** discrimina según las diferencias de necesidad y de riesgo:

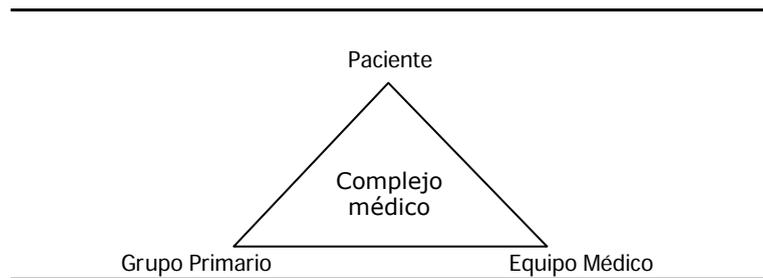
- clase, ocupación-residencia;
- edad-sexo-raza;
- enfermedad-salud-discapacidad

La Salud Pública calibra el panorama de inequidad en las tablas de mortalidad/morbilidad por jurisdicción y clase social.

6.3.- Marco antropológico

El marco antropológico se ha planteado en torno a una interpretación del **complejo shamanístico de Levi Strauss** (1970). A saber: un trípode en el plano microsocial que tiene por vértice al paciente y en los dos extremos a la comunidad primaria, inicial receptora de las percepciones e interpretaciones del paciente, y al equipo médico, ocupado en afrontar el problema del paciente y de su grupo primario [Cuadro 6.3.a].

Complejo médico



Cuadro 6.3.a

Este trípode funcionará bien sólo con solidaridad grupal, generada en el seno de la cultura, y con el espíritu benéfico del equipo médico. Ese espíritu necesita estar fundado en una sólida formación y en una asistencia fuertemente personalizada.

Alexander Solzhenitsyn, describe magistralmente las vivencias de enfermos oncológicos internados en un hospital especializado de la URSS alrededor de 1950. Uno de los episodios es el de Pavel Nicolaievich, miembro de la alta burguesía soviética, que percibe un tumor que crece en su cuello y después de una decisión familiar va a tratarse en aquel hospital. La pluma del artista describe la sensación íntima del paciente ante la enfermedad, sensación que no siempre el médico puede captar del todo. El relato muestra la relación de Pavel Nicolaievich, en la circunstancia del tumor, con su mujer y sus hijos que comparten su aflicción y le ayudan a decidir, así como con el equipo de salud representado por una enfermera jefe y una médica especialista. Si bien se notan diferencias de criterio y diversidad de matices en cada actitud, se cierra en torno de Pavel Nicolaievich, al servicio de su asistencia, el solidario ajuste del complejo médico.

Albert Camus, francés que también obtuvo el Nobel por describir magistralmente los grandes problemas humanos, relata en "La Peste" (Camus, 1995) el problema de la enfermedad que golpea a una comunidad completa. En diversos episodios de esta obra vuelven a manifestarse las percepciones de los enfermos, el acompañamiento de las familias y amigos así como la actitud médica del equipo de salud en el que sobresale la figura literaria del Doctor Rieux. Una vez más el arte rescata para la reflexión antropológica la salud perdida, esta trama humana crítica ante la enfermedad que se ha esquematizado en el complejo médico.

Tanto en el nivel del grupo primario como en el de la comunidad más amplia, el fenómeno de la enfermedad se presenta en su dura realidad entramada en una rica red de solidaridades sobre los que debe reflexionarse antes de toda consideración sobre organización de la Atención Médica.

6.4.- Marco organizacional

La semiología es el examen de un paciente en varias etapas, del síntoma al síndrome, después a la etiopatogenia. ¿Para qué?: para hacer un tratamiento. La **escuela del nihilismo terapéutico** de Skoda y Rokitansky, maestros del Hospital de Viena, habían logrado precisión semiológica pero pocos avances terapéuticos. En ese hospital se atendía la gente sin recursos y no se sabía qué tratamiento hacerles. La gente pobre (Circa, 1890) decía: “Los enfermos vieneses tenemos la gran suerte de ser muy bien diagnosticados por Skoda y muy bien autopsiados por Rokitansky” (Lain Entralgo, 1964). Diagnosticaban a casi todos, pero trataban eficazmente a muy pocos.

Este es un problema actual de Salud Pública. En ella es frecuente el diagnóstico: la tasa de mortalidad infantil es alta, la de mortalidad materna también, la tasa de inmunización es baja. ¿Cuál es el tratamiento para aplicar a la comunidad?

En Salud Pública como en medicina individual, se debe hacer semiología para el tratamiento. Como un infarto diagnosticado debe tratarse, la mortalidad infantil requiere terapéutica. Pero la decisión no es individual sino de la comunidad organizada y del poder político [Cuadro 6.4.a].

Diagnóstico y tratamiento en comunidades

<p>Individuo desde la semiología: -del nihilismo terapéutico al efectivo Comunidad desde la epidemiología: -del nihilismo sanitario a la organización</p>

Cuadro 6.4.a

Si la semiología es el instrumento para el diagnóstico individual, la epidemiología es el de la Salud Pública para el diagnóstico colectivo. El tratamiento, en este caso, comprende la organización y la financiación de diversos sectores y subsectores para el logro de calidad, equidad y eficiencia en salud: tres elementos inseparables. Lograr resultados positivos, hacerlo para todos los que los necesitan, y hacerlo al menor costo de recursos [Cuadro 6.4.b].

<p>Atención Médica calidad: obtener resultados positivos equidad: para todos los que los necesitan eficiencia: al menor costo de recursos</p>

Cuadro 6.4.b

La **justicia distributiva** es darle a cada uno lo que le corresponde. La **equidad** es darle a cada uno el servicio que necesita. Cuando no se es eficiente en Salud Pública, es decir, cuando no se hacen las cosas bien con la menor cantidad de recursos posibles, sufren la calidad o la equidad. Por lo general sufre la equidad: algunos reciben buena medicina y muchos no reciben nada.

Las ciencias sociales estudian las relaciones entre el individuo y la comunidad, organización y sociedad, entre autoridad social y poder político.

En el siglo XIX se desarrolló el debate sobre las dos grandes revoluciones del siglo XVIII, la Revolución Industrial inglesa y la Revolución Francesa de 1789. ¿Qué ocurrió en la última? Para Marx la Revolución Francesa, en la etapa jacobina fue una escoba gigantesca que barrió los rastros del localismo, del pluralismo y el comunitarismo” (Cit. por Nisbit, 1977:185). Desde el punto de

vista político la Revolución Industrial sostuvo: “todo el poder al Mercado”. La Revolución Francesa, en vez dijo: “todo el poder al Estado” [Cuadro 6.4.c].

Poder Social en debate: Revolución Industrial: todo el poder al Mercado Revolución Francesa: todo el poder al Estado
--

Cuadro 6.4.c

En el siglo XX, en relación a esos principios, se enfrentaron los liberalismos y los totalitarismos. En ambos el individuo y el grupo primario quedaron desnudos frente al Mercado y al Estado.

Entre ambos se ubica la sociedad civil como conjunto de instituciones intermedias. En Salud Pública son numerosas: obras sociales, seguros comerciales, colegios y agrupaciones profesionales, agrupaciones de prestadores y de consumidores. Ellas deben ser fortalecidas en la gestión de salud ya que a pesar de sus defectos, tienen una verdadera representatividad.

Por el contrario han proliferado en el campo de la Salud sociedades espurias y entes fantasmas que intermedian parasitariamente entre financiadores y prestadores y restan, para su beneficio, proporciones del gasto sanitario.

Las instituciones intermedias, fueron desprestigiadas. El hombre, paciente o profesional, quedó casi solo, desnudo frente al Estado, las sociedades espurias y los financiadores.

Las instituciones intermedias configuran la trama de la sociedad, la que está en el medio, entre el poder político y el individuo con su grupo primario. Se las ha criticado con razón y sin ella, pero sus objetivos son claros a diferencia de las sociedades espurias.

Sólo de la comunidad nacen instituciones fundadas en los principios de solidaridad y de autoridad plural. Son ellas las que, espontáneamente o convocadas por el poder político, deben impulsar y proteger el logro del bien común. En este caso, la organización y financiación del tratamiento social de la AM que requiere una situación epidemiológica.

Citas bibliográficas

- Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial. *Invertir en Salud*. Banco Mundial, Washington DC, 1993.
- Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Infraestructura y Desarrollo. *Indicadores de Desarrollo Mundial*. Banco Mundial, Washington DC, 1994.
- Barragán, Horacio L. y otros, *Introducción a la Antropología Médica*. La Plata, CECIME, 2000.
- Callahan, D., *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*. The Hasting Center, Cfr. Instituto Universitario CEMIC. Seminario Internacional "La ética de la vida y el vivir comunitario", Buenos Aires, Fotoduplicado, 1998.
- Camus, Albert, *La Peste*. Buenos Aires, Sudamericana, 1995.
- Cosentino, Rodolfo, *Recuerdos, semblanzas y otras historias*. La Plata, Agreración médica Platense, 1993.
- Farreras Valentí, P., *Medicina Interna de Domarus*. Barcelona, 1967: XVII séptima edición.
- Fernandez de Castro, Ignacio, *Teoría sobre la revolución*. Madrid, Taurus, 1965.
- Lain Entralgo, Pedro, *La relación medico-enfermo*. Madrid, Revista de Occidente, 1964.
- Lain Entralgo, Pedro, "La enfermedad como experiencia", en Azorin y otros, *Experiencia de la vida*. Alianza, Madrid, 1966.
- Levi Strauss, Claude, *Antropología Estructural*, Buenos Aires, EUDEBA tercera edición, 1970, Págs. 55 y 151.
- Marechal, L., *Temas de Marechal*. Buenos Aires, EUDEBA, 1966: 78 y 81.
- Nisbet Robert. *La formación del pensamiento sociológico*. Buenos Aires, Amorrortu, reimpresión, 1977.
- Pieper, J., *Las virtudes fundamentales*. Bogotá, RIALP, 1980.
- Shaposnik, Fidel, *Clínica Médica*. Buenos Aires, Troquel, sexta edición; XIII.
- Solzhenitsyn, Alejandro, *Pabellón de Cáncer*. Madrid, Aguilar, 1971 (3ª reimpresión); 2ª pte.
- Teilhard de Chardin Pierre, *La activación de la energía*. Taurus, Madrid, 2ª ed, 1967.
- Veronelli Juan Carlos, *Medicina, gobierno y sociedad. Evolución de las instituciones de atención de la salud en Argetina*. Buenos Aires, Coloquio, 1975.
- World Health Organization (WHO). "The World Health Report 1998". Life in the 21st Century, A vision for all. Ginebra, WHO, 1998.