



Salud para todos en el año 2000... ¿realidad o quimera?

Con este compromiso cerró la Conferencia Mundial de Alma Ata en 1978 y hoy todavía mueren anualmente 12 millones de niños a causa de enfermedades susceptibles de prevención y por desnutrición.

El tiempo y las circunstancias demuestran que las declaraciones universales, para ser realidad, tienen que considerar, además de la voluntad política, la influencia de factores económicos: deuda externa, inflación, especulación, ineficiencia y corrupción, así como los factores sociales de dificultad de acceso, desigualdad de educación y tradiciones culturales.

La pandemia universal del Síndrome de Inmunodeficiencia, comúnmente conocido como SIDA, que afecta ya a 28 millones de personas, es responsable hasta hoy, de 6 millones de muertes. Si bien en los países desarrollados este flagelo se detecta principalmente en grupos minoritarios o en la drogadicción, en el resto del mundo es un problema de pobreza y marginalidad, donde las principales víctimas son mujeres y niños. En el África del sub-Sahara se estima que entre el 20 y 30 por ciento de los adultos jóvenes están afectados por el virus con un dramático impacto en el desarrollo económico. El continente asiático no sólo tiene una creciente expansión de la infección, sino que el virus HIV parece activar la tuberculosis, que ya se creía controlada. Las Naciones Unidas estiman que, cada hora, 540 personas son infectadas, y de ellas el 96 por ciento en los países en vías de desarrollo.

En nuestra inmediata realidad, el colapso de la salud no sólo es resultado del abandono de la medicina preventiva, sino que a ello se une la incapacidad de respuestas en lo curativo. También el dengue, el cólera, la encefalitis equina han reaparecido. A los problemas de dotación y condiciones de trabajo, se unen los vicios de un sistema administrativo y un liderazgo sin compromiso con las propuestas.

NO TODO ES PROBLEMA FINANCIERO

La disminución de la capacidad del gasto/inversión de la salud pública es evidente y creciente, y ello explica en parte el avance de ciertas endemias. Pero de nada sirven las justificaciones. En 1993 firmamos un crédito con el Banco Mundial para enfrentar las endemias, del cual sólo hemos ejecutado, o si se quiere invertido, el 24.4%. Del financiamiento multilateral para el proyecto de reforma de la Salud, firmado en 1995, sólo se ha ejecutado el 1,8%. Y tengamos claro que todo crédito paga intereses.

Los gastos de personal alcanzan al 93% del presupuesto de salud, y el de los hospitales el 70% de los servicios de salud, con lo cual se evidencia la

inequidad con la inversión preventiva. ¿Donde está la estrategia descentralizadora y la apertura a una efectiva participación comunitaria, institucionalmente respetada?

Sin embargo, hay que reconocer que no le damos prioridad a la inversión en salud, y para ello basta comparar el 8,2% que Tailandia y el 5,7% que Malasia invierten con el 0,6% de nuestros gastos de salud en relación con el producto interno bruto.

DESIGUALDAD COTIDIANA

Al hecho harto conocido de tener que aportar los suministros a costos prohibitivos por enfermos y familiares, la desigualdad se profundiza por razones geográficas, culturales y económicas cuando comparamos la inversión per cápita, por ejemplo, del Distrito Federal, Trujillo y Barinas

Además, el incremento de los costos de los procesos y servicios de salud son tan violentos, que están fuera de toda regulación y no parecen tener relación directa con la inflación o las transferencias cambiarias.

Si bien los programas compensatorios han logrado aliviar el deterioro nutricional y la atención materno-infantil en la mitad de la población necesitada, las restricciones presupuestarias, las dificultades para llegar a una realidad desorganizada y desconocida, así como la incipiente capacidad de gestión de las organizaciones sociales y alcaldías y las trabas burocráticas, harán cada vez más difícil intervenir en la pobreza extrema. A esto añadamos que la desocupación creciente y el deterioro del ingreso presionarán hacia mayores niveles de pobreza.

¿NO SABEMOS O NO QUEREMOS?

Gran parte de nuestras enfermedades prevenibles tienen relación con las condiciones de vida. Los pobres se enferman más, no porque quieren estar enfermos... y no son pobres porque han hecho un voto de pobreza.

En Venezuela las condiciones ambientales son dramáticas. Para muestra un botón: tenemos realmente sólo cuatro rellenos sanitarios funcionando. La mayoría de nuestras ciudades y poblados tienen serios problemas de agua potable, aguas negras y manejo de desechos. No sabemos ni controlamos el impacto de químicos y fertilizantes. Todo ello revierte sobre la salud. En los multihogares se tratan los problemas de diarreas y piojos, y a los tres meses la situación vuelve a ser crítica. ¿Se trata sólo de un problema de educación?

El hospital de Tucaní, en Mérida, y el de Los



Samanes, en Aragua, son una muestra de contradicciones. Ejemplos de descentralización y de apertura a la participación de la comunidad, que se apoyan en el liderazgo local empresarial, y definitivamente comenzaron a funcionar. Con los cambios políticos regionales, lejos de buscar negociaciones para mantener su eficiencia, se les recorta el presupuesto regional para imponer un liderazgo local más cercano a la tendencia ganadora. ¿Podrá la descentralización sustituir las actitudes controladoras por una visión integral de la salud como participación ciudadana?

¿Podrán las juntas socio-hospitalarias adquirir la autonomía y responsabilidad en sus propias decisiones?

Por otra parte, tenemos la experiencia de Ascardio, en el Estado Lara, la cual ha construido un servicio organizado y eficiente a base de liderazgo y de negociación continua entre el Estado, gobierno regional, profesionales y comunidad. Si bien el liderazgo profesional ha sido determinante, cabe preguntarse cómo ha sobrevivido.

Nos deleitamos con la adquisición de tecnología sofisticada, sin preguntarnos por los recursos y procedimientos para mantenerla. En muchos casos, no es un problema de costo-beneficio, sino únicamente de prestigio.

Recordamos cuando los multihogares del Delta Amacuro, al ser equipados con neveras a gas, fueron cuestionados porque el diseño establecía que fueran eléctricas... pero no había electricidad.

EJERCICIO DE LA MEDICINA: ¿VOCACIÓN O TRABAJO ?

"Cuando me gradué, consideraba el ser médico como mi vocación; hoy creo es un trabajo como cualquier otro", fue el comentario de un joven profesional en un centro hospitalario. Indudablemente que toda profesión es una ocupación que requiere considerable entrenamiento y estudios especializados. Al concebirla únicamente como profesión, el profesional médico está sugiriendo un número de horas semanales, salario, vacaciones, sobretiempo, seguros personales, etc. A uno puede o no gustarle su trabajo. Pero la vocación es algo más complejo, implica una inclinación al servicio, a los desafíos. Podríamos decir que la profesión incluye la vocación, pero que ésta requiere un compromiso con algo, con alguien, que va más allá del simple trabajo. En ello se sustenta el juramento de Hipócrates.

Si la medicina se preocupa cada vez más de los márgenes de costo-beneficio, esto es, te doy tanta salud cuanto puedas pagar..., tendríamos que aceptar que ha dejado de ser una vocación de servicio. Lo que afecta la práctica médica, impacta por igual la educación y el entrenamiento médico. Se investigará sólo aquello que produzca beneficios económicos y se atenderán los enfermos que puedan pagar. Algo de esto hemos visto con los infinitos casos de "ruleteo" entre centros hospitalarios. ¿Será que la vocación de servicio la hemos transferido sólo a

las organizaciones religiosas? ¿Será ésta la razón de su alta popularidad en la opinión pública?

La desigual distribución de los profesionales médicos es causa también de nuestros problemas de salud. Si nuestros ambulatorios no funcionan como atención primaria, responde a que la gente no confía en ellos, en parte porque no hay seguridad de la presencia médica, no hay insumos y prefieren el hospital como única salida.

La alcaldía de los Salias asumió la salud como un compromiso, sin que realmente se concretara una transferencia. Los siete ambulatorios fueron rebautizados como "clínicas", para que la actitud de su funcionamiento fuera similar al modelo privado, les asignaron presupuesto e integraron un sistema local. La preocupación es el volumen de pacientes de otros municipios, por el hecho de funcionar regularmente, ya que la salud no se le puede negar a nadie. Para reducir costos, ciertas consultas especializadas se logran mediante alianzas con servicios particulares, y la recuperación ha sido hasta ahora del 4% del presupuesto municipal. ¿Pueden estas experiencias servir de estímulo para aprender haciendo?

SEGURIDAD SOCIAL PARA EL BIENESTAR GENERAL

El Estado tiene la responsabilidad de asegurar la salud a sus ciudadanos. Ninguna sociedad se desarrolla sin individuos sanos y educados. Pero, sin entregar responsabilidades, el Estado necesita la participación directa de todos. La estabilidad política de los países desarrollados se debe a la prioridad de sus sistemas de protección social. Nuestro futuro también depende de lo que construyamos hoy.

Dentro de las responsabilidades no delegables por el Estado, está su rol catalítico y supervisor para organizar la relación entre instituciones públicas, privadas y comunitarias.

Hasta ahora se discuten los fondos de pensiones y el control de su administración. Es el gran atractivo del ordenamiento de las finanzas públicas. El sistema de atención sanitaria de la seguridad social apenas está esbozado. Se habla de un fondo de solidaridad. Se tiene que enfrentar la economía informal de la mitad de la población. Todavía poco se sabe y tampoco sentimos un liderazgo dispuesto a asumir con imaginación compartida este desafío.

Pero, en el momento de las decisiones, hay que tener "bien claro" que donde el Estado tiene su mayor reto es en asumir eficientemente el papel financiador de la salud y promotor de la dignidad de los pobres y ancianos, recordando que también nosotros como país estamos envejeciendo.

Las fuerzas del mercado no son una promesa de máximo crecimiento, sino que fortalecen las preferencias individuales. Si estas preferencias son beneficios a corto plazo, sólo el Estado puede y tiene que tener visión de largo plazo.