

Betty Espinosa y William Waters, editores

# Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina



**FLACSO**  
ECUADOR

# Índice

<b>Presentación</b> .....	9
<b>Introducción</b>	
<b>Visiones comparativas de las transformaciones sociales y los sistemas de salud en América Latina</b> .....	11
<i>William F. Waters</i>	
<b>SECCIÓN 1</b>	
<b>SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN ECUADOR Y AMÉRICA LATINA</b>	
<b>Buen gobierno en salud: un desafío de todos</b> .....	27
<i>Nilhda Villacrés</i>	
<b>Los modelos de atención de salud en el Ecuador</b> .....	49
<i>Fernando Ortega Pérez</i>	
<b>Los servicios públicos de atención de salud del DMQ: cantidad, calidad y costos</b> .....	65
<i>Ruth Lucio</i>	
<b>Los contenidos de la agenda local de salud: heterogeneidades y problemas transversales en municipios del Conurbano Bonaerense, Buenos Aires, Argentina</b> .....	85
<i>María Mercedes Di Virgilio y María Canel</i>	
<b>Un acercamiento al pluralismo médico en los Andes</b> .....	101
<i>Jos Demon</i>	

© De la presente edición:

**FLACSO, Sede Ecuador**  
La Pradera E7-174 y Diego de Almagro  
Quito-Ecuador  
Telf.: (593-2) 323 8888  
Fax: (593-2) 3237960  
www.flacso.org.ec

ISBN:  
Cuidado de la edición: Paulina Torres  
Diseño de portada e interiores: Antonio Mena  
Imprenta: Rispergraf  
Quito, Ecuador, 2008  
1ª. edición: junio, 2008

## SECCIÓN 2

### POLÍTICAS DE SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL

<b>Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile</b> . . . . .	123
<i>Oscar Arteaga</i>	

<b>A política de saúde e o Programa Saúde da Família no debate da seguridade social no Brasil: o olhar do serviço social</b> . . . . .	145
<i>Laurita Wiese</i>	

<b>Educación ciudadana y políticas públicas en salud</b> . . . . .	163
<i>Juan Camilo Salas Cardona</i>	

<b>Ecuador offers an alternative option to international aid and health policies</b> . . . . .	177
<i>Jean-Pierre Unger, Nancy Vásquez y Pierre De Paepe</i>	

<b>Salud familiar integral y Asamblea Constituyente</b> . . . . .	189
<i>Edgar Rodas Andrade</i>	

## SECCIÓN 3:

### PRÁCTICAS EN LAS PROFESIONES DE SALUD

<b>Formas simbólicas y tránsitos identitarios: una aproximación teórico-metodológica a las percepciones, usos y apropiación de la noche entre los enfermeros y enfermeras nocturnos</b> . . . . .	207
<i>Andrés López Ojeda</i>	

<b>De la identidad institucional a la figura de estatus en la profesión de enfermería: un estudio de caso con enfermeras del sector público en la Ciudad de México</b> . . . . .	227
<i>Hedald Tolentino Arellano</i>	

<b>Medicalización e industria del nacimiento</b> . . . . .	249
<i>Raúl Mideros Morales</i>	

## Presentación

Las problemáticas de salud y las formas de enfrentarlas actualmente se encuentran en un momento de transformación. Las visiones tradicionales de la enfermedad y la salud se superponen a formas contemporáneas de construir esos conceptos. También es evidente la urgencia de responder tanto a los riesgos persistentes de epidemias, accidentes, vejez y muerte como a una nueva generación de amenazas a la salud que vienen de las actividades industriales, las nuevas tecnologías y la naturaleza en contextos de globalización y modificación del entorno.

Las experiencias organizativas de la solidaridad y la colectivización del riesgo en estos nuevos escenarios han sido diversas y con resultados desiguales. En América Latina a partir de los años Noventa se introdujeron algunas reformas tendientes a ampliar la cobertura, mejorar la calidad o la eficiencia en la prestación de servicios de salud. Las respuestas concretas iban desde el fortalecimiento de los servicios públicos nacionales, pasando por la descentralización o municipalización, hasta la autonomía y la privatización. En algunos países, por ejemplo, persisten las prácticas de salud tradicional, y su coexistencia con la medicina académica occidental requiere complejizar los sistemas públicos. De la misma manera, la presencia de prácticas de salud alternativa como la homeopatía, la acupuntura, la bioenergética y otras es creciente y también debe incorporarse.

En este libro se presentan varias lecturas que realizan investigadores interesados en diversos aspectos de la evolución de sistemas de salud en América Latina, las mismas que fueron presentadas en el Congreso en

## Presentación

conmemoración de los 50 años de FLACSO, que tuvo lugar en Quito en el mes de octubre de 2007. Las contribuciones reflejan las complejas relaciones entre la salud pública y el entorno socioeconómico, así como la diversidad, dinamismo y complejidad de las estructuras y los procesos en el sector de salud en la región.

Adrián Bonilla  
Director  
FLACSO - Ecuador

# Introducción

William F. Waters\*

## **Visiones comparativas de las transformaciones sociales y los sistemas de salud en América Latina**

La relación entre la salud individual y la salud pública siempre ha representado una tensión dinámica porque es muy diferente una diagnosis de los casos individuales y las manifestaciones colectivas y públicas. Desde el siglo XIX, la práctica médica occidental se ha basado en principios empíricos y racionalistas, apoyados por el descubrimiento de Pasteur, Koch, Jenner y otros científicos de que ciertas enfermedades son causadas por microorganismos y que estas enfermedades pueden ser prevenidas o tratadas por vacunas y otros tratamientos (Schneiderman y Speers, 2001).

En contraste, las interpretaciones tradicionales de la salud en muchas partes del mundo se basan en las interrelaciones entre el cuerpo humano y su entorno biofísico y social. Desde esta perspectiva, la enfermedad es el producto de un desequilibrio entre la persona y su entorno; la salud se puede mejorar solamente cuando se establece ese balance. Esta interpretación holística de la salud y la enfermedad sigue vigente en muchas culturas contemporáneas, aunque no es nueva. Hace dos mil años, Hipócrates, padre de la medicina, dijo que “la salud depende de un estado de equilibrio entre varios factores internos que controlan la operación del cuerpo y la mente. A su vez, se alcanza este equilibrio solamente cuando

---

\* Profesor USFQ.

el ser humano vive en armonía con su entorno externo” (citado en Schneiderman y Speers 2001:3). Es impresionante descubrir la similitud entre la interpretación de Hipócrates y el entendimiento tradicional de la salud en el Ecuador y el resto de la zona andina.

Por otro lado, existe una apreciación cada vez mayor de que la salud en el mundo actual tiene nuevas características y experimenta tendencias novedosas. En particular, se ha observado la globalización de la salud pública desde la perspectiva que la enfermedad no respeta fronteras entre estados y naciones, con una integración global cada vez más estrecha. Al mismo tiempo, se reconoce que la internacionalización de la salud y la enfermedad no es nueva. En el caso de América Latina, es particularmente relevante la larga historia de la importación y exportación de enfermedades infecciosas a partir de la conquista europea de la región (Cook, 1998).

Si bien, el concepto de la salud curativa como problema individual y medicalizado sigue dominando en muchos aspectos, no es nuevo el concepto de la salud pública como mucho más que la suma de sus partes. La creación de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1902 (casi un medio siglo antes de la OMS y la OPS) y la formulación del Código Sanitario Panamericano en 1924 reflejaron la importancia que se dio a respuestas colectivas y problemas colectivos de enfermedades infecciosas y salubridad.

En el Ecuador, se observa la larga trayectoria de aseo público en Quito en la segunda mitad del siglo XIX y de la intervención de salubristas e higienistas desde el comienzo del siglo XX (Kingman, 2006). En América Latina, la medicina social se ha basado en un entendimiento de la salud pública como producto de patrones colectivos de desarrollo tecnológico, económico, social y cultural (Tajer, 2003). Mas aún, los patrones de salud y enfermedad en esta perspectiva se relacionan con la justicia social (Krieger, 2003).

Como muchos analistas han observado, los patrones de poder político también tienen un fuerte impacto en la salud pública (Farmer, 2003), especialmente con respecto a la distribución desigual de ingresos y recursos y de salud (Leon y Walt 2001; Marmot y Wilkinson 1999). En forma más sintética, se observa que la desigualdad contribuye directamente a la mala salud de los segmentos más vulnerables de la población (Budrys 2003; Sachs, 2005).

Se puede entender mejor las múltiples interrelaciones entre la salud individual y pública si se toman en cuenta dos elementos contextuales. En primer lugar, se entiende por “sistema de salud” mucho más que la prestación de servicios curativos de salud. En segundo lugar, la salud pública es muy dinámica y los patrones de salud y enfermedad siempre se encuentran en transformación, a través de la transición epidemiológica.

Desde la perspectiva de salud pública, cada sistema de salud tiene tres metas: que la población tenga buena salud; dar respuesta a las expectativas de la población y proveer equidad en la contribución financiera al sistema. Para llegar a sus metas, los sistemas de salud tienen cuatro funciones esenciales: proveer servicios de salud; generar recursos para gastar en salud; financiar la prestación de servicios de salud; gestionar y regular el sistema de salud.

A pesar de la enorme variación en sistemas de salud a nivel mundial en cuanto a estas características, un sistema de salud debe proveer acceso a un rango comprehensivo de servicios de salud (prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación); proteger a los enfermos y sus familias de los costos de la mala salud a través de alguna forma de aseguramiento colectivo y mejorar la salud pública a través de la gestión y regulación del sistema de salud, la promoción de la buena salud y la implementación de funciones de salud pública, tales como la vigilancia, la operación de laboratorios de salud pública y la regulación de alimentos y medicamentos (Skolnik, 2008). Desde esta perspectiva, el sistema de salud es netamente solidario, aunque en momentos y lugares determinados, esta característica puede estar más o menos presente (Rosanvallon, 1995).

El modelo básico de transformación de patrones de salud y enfermedad a través de la transición epidemiológica (Omran, 1971) propone que hay una tendencia histórica en que la prevalencia de cuatro grupos de problemas de salud tiende a disminuir: enfermedades infecciosas y transmisibles, diarreas, enfermedades prevenibles por vacunas y enfermedades transmitidas por vectores; la mala salud reproductiva y materno-infantil; deficiencias nutricionales y enfermedades relacionadas con las malas condiciones sanitarias.

Según este modelo, estas condiciones tradicionales son reemplazadas por un nuevo conjunto de condiciones “modernas”: enfermedades cardio-

vasculares; diferentes formas de cáncer, trastornos y enfermedades mentales; enfermedades relacionadas con la longevidad incluyendo alzheimer; accidentes ocupacionales y de tránsito y enfermedades emergentes y re-emergentes incluyendo sobrepeso y obesidad, diabetes e hipertensión además del VIH/SIDA (Omran 1996, 2000).

El modelo también dice, que esta transición procede en distintas formas en diferentes partes del mundo y en diferentes momentos históricos, que la organización y desenvolvimiento de los sistemas de salud pueden promover o inhibir avances en la salud pública (Omran, 2000). De hecho, los países de América Latina y el Caribe han seguido diferentes trayectorias. Ecuador, Perú, Paraguay y República Dominicana son ejemplos típicos de una variación “intermedio bajo de transición no occidental”, de transición porque las enfermedades tradicionales fueron prevalentes hasta la segunda mitad del siglo XX, cuando comenzó un proceso rápido de transición.

Como consecuencia, las condiciones modernas se presentan en cada vez con mayor proporción en el Ecuador y sus vecinos. Pero al mismo tiempo, la morbilidad y mortalidad debidas a las enfermedades tradicionales son todavía muy prevalentes, especialmente en las poblaciones más pobres y vulnerables. En otras palabras, los perfiles emergentes de salud sugieren que la transición epidemiológica no es solamente el reemplazo de un juego de enfermedades por otro, sino una superposición epidemiológica de condiciones tradicionales y modernas (Bacallao, 2000). Los desafíos que se presentan al sector público y la sociedad civil son, por lo tanto, sustanciales.

El presente volumen representa la culminación de un acercamiento entre investigadores interesados en diversos aspectos de la evolución de sistemas de salud en el Ecuador y otros países de América Latina, los mismos que fueron presentados en varias mesas de trabajo en el Congreso en conmemoración de los 50 años de FLACSO, que tuvo lugar en Quito en el mes de octubre de 2007. Las contribuciones fueron seleccionadas con el propósito de reflejar las complejas relaciones entre la salud pública y el entorno socioeconómico en el Ecuador y América Latina, así como la diversidad, dinamismo y complejidad de las estructuras y los procesos en el sector de salud en la Región.

El volumen se divide en tres partes que analizan tres aspectos claves de la evolución del sector salud en el Ecuador y América Latina. La primera parte incluye cinco artículos sobre los sistemas y servicios de salud. La segunda parte consta de seis artículos que ofrecen una visión comparativa de las características y transformaciones de los sistemas de salud en diversos contextos sociopolíticos. Finalmente, la tercera parte del volumen consta de tres contribuciones que examinan varios aspectos relacionados con la educación y las prácticas médicas.

El mensaje central de las contribuciones de la primera parte de este volumen es que somos testigos de una serie de transformaciones en los sistemas de salud en el Ecuador y América Latina en lo que se refiere a la prestación de servicios de salud, incluyendo la intersección persistente de prácticas y creencias tradicionales paralelamente al sistema occidental o institucional. También se sugiere que los procesos de descentralización y municipalización de sistemas de gestión, prestación de servicios y financiación son todavía incipientes.

Para abrir la discusión, Nilhda Villacrés cita el pronunciamiento de la Organización Mundial de Salud sobre su política de salud para todos, el mismo que nos permite enfocar en los aspectos de la salud pública relacionados con cuestiones fundamentales de justicia y equidad. La OMS afirma que la salud es más que la mera ausencia de enfermedad física, que más bien es un estado amplio de bienestar del individuo dentro de su mundo social. Por lo tanto, la prevención y promoción de salud pública (no solamente los aspectos curativos de la medicina clínica), deben ser profundamente democráticas contando con la participación del Estado, el sector privado y los organismos no gubernamentales. Villacrés observa, que lo fundamental no es solamente la rectoría en salud por el Estado y afirma la importancia del fortalecimiento del sistema en vista de sus evidentes debilidades. En este sentido, urge la construcción de un sistema de salud pública desde la perspectiva de calidad y equidad centrado en los problemas y necesidades de los ecuatorianos/as para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

Por su parte, Fernando Ortega analiza la atención de salud, afirmando que en el Ecuador y otros países latinoamericanos existen tres modelos de atención en salud (tradicional, convencional y alternativa) que

prestan desde perspectivas muy distintas los servicios orientados a prevenir, curar o recuperar la salud. Ortega demuestra que los modelos tradicionales tienen raíces históricas muy antiguas y que las creencias y prácticas tradicionales de muchas culturas indígenas persisten por razones todavía fundamentales. Sin embargo, a partir de la conquista española se observa el dominio creciente del modelo institucionalizado u occidental de salud, que se basa en los principios científicos y racionalistas propios, a lo que Ortega denomina el “modelo convencional” caracterizado por impresionantes avances tecnológicos. No obstante, persisten barreras importantes al acceso a este sistema por razones culturales, económicas y políticas. Por lo tanto, los modelos tradicionales siguen siendo vigentes y además se observa el surgimiento de nuevos modelos de salud alternativa a través de una atención complementaria.

La contribución de Ruth Lucio examina los servicios públicos de atención de salud en términos de calidad y costos desde la perspectiva de la municipalización en el caso del distrito metropolitano de Quito. Partiendo de un diagnóstico del sector público de salud en Quito y una vez identificados los principales problemas, se establece una serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la oferta y la satisfacción de los usuarios. Sus conclusiones y recomendaciones representan un resumen de los debates vigentes en América Latina sobre el papel respectivo del Estado-nación, las entidades subnacionales que surgen a través de diversas trayectorias de descentralización y la ciudadanía. Se destaca una tendencia hacia la privatización del sector de salud pero al mismo tiempo, las oportunidades para el fortalecimiento del sector público a través de nuevas modalidades de gestión, aseguramiento y prestación de servicios.

El capítulo de María Mercedes Di Virgilio y María Canel sobre la agenda de salud en Buenos Aires complementa el trabajo anterior; su análisis responde a la pregunta central sobre la construcción de una agenda local en materia de salud. Las autoras examinan factores fundamentales en la gestión municipal dado un nivel sorprendente de heterogeneidad, especialmente en lo que se refiere a las innovaciones que los gobiernos locales han implementado después de un período de crisis económica. Esta perspectiva permite una nueva apreciación de las innovaciones en la gestión de las políticas de salud en el nivel local.

Para concluir la primera parte del libro, Jos Demon retoma el tema de las interrelaciones entre la medicina tradicional y el modelo institucional u occidental (lo que el autor denomina “la biomedicina”). El autor plantea como punto central la capacidad de la medicina tradicional para sustentarse, adaptarse o renovarse paralelamente a la biomedicina, pensando en el futuro del sector de salud en el Ecuador y los otros países de la Región. Demon sugiere que la supervivencia de cualquier sistema médico está determinada por su eficacia. Sin embargo, la interrogante es si existe una brecha (por un lado) entre la capacidad de los sistemas actuales de salud en América Latina de combatir enfermedades a nivel individual o colectivo y el acceso igualitario a los servicios, y (por otro lado) entre los sistemas institucionalizados y sus principios racionales, científicos y la medicina tradicional, que mantienen su influencia.

El tema que se aborda en la segunda parte del volumen son las respuestas políticas e institucionales a las permanentes crisis de la salud pública en el Ecuador y América Latina, las mismas que han sido muy variadas y dependen en muchos casos de las condiciones coyunturales existentes en diferentes momentos históricos.

El artículo de Óscar Arteaga, hace un recorrido histórico de los antecedentes y formación del sistema de salud en Chile. Esta contextualización la hace a través de una descripción de su conformación institucional e identificando los diversos elementos del mismo. Explica también las reformas modernizadoras del sistema de salud durante la década de 1980 en el período militar de Pinochet, así como las recientes reformas del año 2000 en un contexto democrático, en las dimensiones jurídica, fiscal, de funciones y responsabilidades, tanto de las instancias reguladoras como de los entes prestadores de servicios. El autor hace también énfasis en los contenidos de la rendición de responsabilidades dentro del sistema de salud.

El artículo de Michelle Wiese sobre la política de salud en Brasil se concentra en la contribución del asistente social al programa de salud familiar (Programa Saúde da Família, PSF) y el sistema de seguridad social. La autora afirma que el Sistema Único de Salud se basa en principios de atención universal, integralidad, equidad, acceso e información, mientras el sistema de seguridad social está formado por la asistencia social, servicios de salud, y programas preventivos. En este contexto, el

(la) asistente social, como un profesional de la salud, juega un papel fundamental en la superación de un modelo meramente asistencialista para conformar un sistema más integral.

En su análisis de la educación ciudadana y políticas públicas de salud, Juan Camilo Salas destaca la prevalencia de modelos educativos orientados a la productividad, a la competitividad y al éxito profesional individual en América Latina y el Caribe. Según el autor, este modelo excluye una perspectiva educativa orientada a la preparación para la vida personal y social del ciudadano; y más bien fomenta estilos de vida poco saludables, en los que los individuos sacrifican la salud y la calidad de vida por alcanzar los ideales económicos, sociales y profesionales que el medio les impone. A partir de esta perspectiva antropológica, psicológica y biomédica de la relación entre los estilos de vida de los individuos y su salud, Salas afirma que las enfermedades son la expresión de inadecuados planteamientos existenciales y sociales. El autor sugiere que se puede resolver esta situación a través de la articulación de políticas públicas de salud y educativas.

El artículo de Unger, Vásconez y De Paepe examina las políticas emergentes de salud en el Ecuador partiendo de un análisis de las políticas promovidas por las organizaciones internacionales en muchas partes del mundo. Como punto de partida, los autores afirman que las agencias internacionales actúan sobre la base de una doctrina que promueve la participación del sector privado en el control de enfermedades y la salud curativa. Estas políticas multilaterales, esencialmente neoliberales se extienden a la OMS y sus alianzas programáticas (por ejemplo, en el control de tuberculosis) e incluso al Fondo global de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Según los autores, el sector público históricamente ha sido responsable por la salud pública. Sin embargo, los organismos internacionales hoy en día promueven un enfoque de mercado libre en salud y una transferencia de estas responsabilidades al sector privado con fines de lucro en base a un supuesto mejor nivel de eficiencia (y en vista de los mínimos logros del sector público). Según este modelo, el papel del Estado se reduce a la regulación y el monitoreo del sector privado. A través de un análisis de la aplicación de estas políticas internacionales de salud en tres países (Colombia, Costa Rica y Chile), los autores lle-

gan a la conclusión de que el resultado principal ha sido un empeoramiento en el acceso a servicios de salud. Finalmente, los autores afirman que el contraste entre este modelo transnacional y la política emergente del gobierno actual en el Ecuador es profundo. El eje central de la nueva política es un sistema orientado hacia la participación del sector público en la salud pública, en el sentido de que si bien los servicios de salud siguen siendo ofrecidos por entidades privadas y públicas, el control de enfermedades y el mantenimiento de la salud será la responsabilidad del Estado.

La contribución de Edgar Rodas demuestra cómo la evolución de un sistema de salud refleja hechos contemporáneos y porqué un análisis de la reforma del sector debe tomar en cuenta las características de toda la sociedad. El autor analiza el efecto de la Asamblea Constituyente del Ecuador en el sistema de salud y la salud familiar. Partiendo del supuesto de que todos los programas de salud en el Ecuador -en diferentes gobiernos- han sido elaborados por expertos con asesoría internacional. Se sugiere que todos han enfatizado la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y una atención especial para grupos vulnerables.

Sin embargo, si bien estos programas no han fracasado (más bien se afirma que en algunos casos se ha producido un progreso significativo en la situación de salud), los efectos globales han sido modestos. Como alternativa, Rodas plantea un sistema nacional de salud familiar integral, en el que un equipo de salud esté a cargo de un número definido de familias en un área geográfica determinada. El equipo sería responsable de la atención primaria de la familia y tomaría a su cargo la promoción de salud, la prevención, la educación para la salud y la atención a las enfermedades. Para ilustrar cómo este sistema podría funcionar, el autor describe un programa que comenzó en la población de Santa Ana, Provincia del Azuay en octubre de 2001 y que actualmente se está ejecutando en otras poblaciones de las provincias de Azuay y Morona Santiago. Esta experiencia (y experiencias en otros países) ha permitido que este tipo de modelos se propongan para ser incluidos en el nuevo texto constitucional que se encuentra en proyecto en la Asamblea Constituyente.

La tercera sección del volumen examina la educación y las prácticas médicas, y tiene la virtud de incluir varios aspectos frecuentemente ausen-

tes en la discusión. En particular, Andrés López Ojeda y Hedald Tolentino presentan reflexiones sobre la enfermería, un segmento de la profesión médica frecuentemente olvidado en los análisis y por otros profesionales. La contribución de López analiza la identidad de las enfermeras y los enfermeros nocturnos de hospitales públicos de la Ciudad de México, particularmente en lo que se refiere a la forma en que se apropian, perciben y usan su horario laboral, su trabajo y su condición de género, lo cual contribuye a delinear identidades múltiples. Se analiza la dimensión subjetiva de los actores para conocer qué es lo que piensan lo/s enfermeros y enfermeras nocturnos acerca de su ocupación y horario laboral, así como la forma en que ello influye en la construcción de su identidad ocupacional y de género. López concluye que los enfermeros conciben su situación laboral como un factor instrumental que les permite tener doble trabajo; mientras para las enfermeras, su trabajo nocturno se relaciona más con varios aspectos de identidad de género. Las diferencias entre las percepciones de las mujeres y los hombres contextualizan una discusión de la dimensión colectiva e individual de la identidad, entre la determinación social y la libertad personal.

Por su parte, Tolentino también analiza la construcción de la identidad de género en su estudio de las enfermeras del sector público en la Ciudad de México. El autor investiga cómo estas enfermeras perciben, definen y significan su formación, orientación y práctica profesional en relación con su identidad de género, enfocándose en su orientación hacia carreras que tradicionalmente han sido consideradas como carreras cortas o técnicas, de carácter meramente instrumental. Asimismo, el autor afirma la importancia de la imagen que las enfermeras devuelven de su profesión como un medio de autoafirmación tanto individual como profesional.

Finalmente, en su ensayo sobre una de las especializaciones claves de la profesión médica, Raúl Mideros presenta una interpretación de las interrelaciones entre el sistema de salud y la práctica médica y las condiciones y características del público ecuatoriano, enfocándose en lo que el autor llama “las formas contemporáneas de nacer.” Mideros observa que en el Ecuador, la tasa de partos por cesárea a nivel nacional sobrepasa el 30 por ciento y son aún mayores en las instituciones privadas (en algunos hospitales en la zona metropolitana de Quito la tasa es 90 por ciento).

Partiendo de este punto, se analiza el nacimiento como una “industria” y símbolo de la medicalización de la salud en el sentido de la dominación del modelo racionalista y cientifista de la salud.

En conclusión, se puede apreciar que desde varias perspectivas, los aspectos económicos, financieros, políticos, sociales y culturales de la salud pública representan un rico campo de investigación. En particular, las contribuciones a este volumen demuestran que las transformaciones en los sistemas, servicios, políticas, educación y prácticas de salud responden a condiciones locales y regionales, donde se han puesto en marcha diferentes estrategias para resolver los problemas históricos de mala salud y la distribución desigual de recursos económicos, técnicos y humanos.

Los efectos complejos y frecuentemente contradictorios de la globalización son verdaderamente dramáticos. Sin embargo, estos efectos no son homogéneos, uniformes o necesariamente inevitables y un análisis de las estructuras y procesos a nivel transnacional nos permite tomar en cuenta fenómenos tan importantes como la transición y la superposición epidemiológica que, frecuentemente no son inmediatamente visibles a nivel nacional y local.

Al mismo tiempo que América Latina ha experimentado mejoramientos sustanciales en la salud y nutrición (frecuentemente gracias a intervenciones exitosas; Freire, 2006), persisten patrones dramáticos de desigualdad que demuestran que los beneficios de la racionalización de la medicina clínica no siempre se han extendido a la salud pública. En los próximos años y décadas, seremos testigos de procesos de reforma del sector de salud. Sin embargo, será un punto de análisis y reflexión constante la diferencia entre “cambio” y verdadera “reforma”.

## Bibliografía

- Bacallao, Jorge (2000). "Epidemiologic and Demographic Transition: a Typology of Latin American and Caribbean Countries." En M. Peña and J. Bacallao, eds., *Obesity and Poverty: A New Public Health Challenge*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Budrys, Grace (2003). *Unequal Health: How Inequality Contributes to Health or Illness*. Lanham, MD: Rowman and Littlefield Publishers.
- Cook, Noble David (1998). *Born to Die: Disease and New World Conquest, 1492-1650*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Farmer, Paul (2003). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Freire, Wilma, ed. (2006). *Nutrición y vida activa: del conocimiento a la acción*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Kingman, Eduardo (2006). *La ciudad y los otros Quito 1860-1940: higienismo, ornato y policía*. Quito: FLACSO Sede Ecuador – Universidad Rovira e Virgili.
- Krieger, Nancy (2003). "Latin American Social Medicine: the Quest for Social Justice and Public Health." *American Journal of Public Health* 93 (12):1989-1991.
- Leon, David y Gill Walt, eds.(2001). *Poverty, Inequality, and Health*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Marmot, Michael y Richard G. Wilkinson, eds. (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Omran, Abdel R. (1996). *Epidemiologic Transition in the Americas*. Washington: Pan American Health Organization.
- \_\_\_\_\_ (1971). "The Epidemiologic Transition: a Theory of the Epidemiology of Population Change." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49:509-538.
- \_\_\_\_\_ (2000). "The Epidemiologic Transition Theory Revisited Thirty Years Later." *World Health Statistics Quarterly* 51, 2/3/4, 1998. Geneva: World Health Organization.
- Rosanvallon, Pierre (1995). *La nueva cuestión social*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.

- Sachs, Jeffrey D. (2005). *The End of Poverty: Economic Possibilities for Our Time*. New York: The Penguin Press.
- Schneiderman, Neil y Marjorie E. Speers (2003). "Behavioral Science, Social Science, and Public Health in the 21<sup>st</sup> Century." En N. Schneiderman, M.A. Speers, J.M. Silva, H. Tomes y J.H. Gentry, eds., *Integrating Behavioral and Social Sciences with Public Health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Skolnik, Richard (2008). *Essentials of Global Health*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Tajer, Débora (2003). "Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s, and Current Challenges." *American Journal of Public Health* 93 (12):2023-2027.

Sección 1:  
**Sistemas y servicios de salud  
en Ecuador y América Latina**

# Buen gobierno en salud: un desafío de todos

Nilhda Villacrés A.\*

## Introducción

Los países de América Latina y El Caribe tienen amplios contrastes y enfrentan grandes desafíos, porque a pesar del compromiso político de proveer para todos sus ciudadanos un nivel básico de protección social en salud y de los esfuerzos que han representado casi veinte años de reforma de los sistemas de salud, alrededor de un 20 por ciento de su población sigue excluida de los mecanismos de protección existentes.

“La salud es única; la salud es la sustancia del desarrollo humano; es a la vez la condición previa del bienestar y de la satisfacción de otras necesidades. La salud concierne a todas las personas y es fácilmente comprensible para todos los miembros de la sociedad; la salud es un asunto que incumbe a todos y a cada uno de nosotros y todos debemos participar en las actividades destinadas a mejorarla. El sector público y el sector privado, los profesionales, las ONGs, los líderes políticos, etc. se deben reunir en torno a un programa común; éste es el procedimiento democrático” (Salud para todos en el siglo 21. OMS, 2006).

El desafío no sólo es para los sistemas de salud sino para el sistema socio-económico de una sociedad concreta; en este marco es necesario profundizar el rol de la institución que gobierna el sistema de salud ¿Cuáles son

---

\* MD, MPH, Ph D © en Salud Pública.

las capacidades de gobierno necesarias para lograr aportes reales a la inclusión social en salud?

### Capacidades de la institución que gobierna el sistema de salud

#### *El objeto del gobierno en salud*

Para discutir el buen gobierno en salud, es necesario precisar el ámbito de actuación - sistema de salud- (Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, Nguyen, 2006) y su comprensión es posible a través de dos representaciones:

- La “morfología” del sistema de salud (SS) que permite identificar sus principales componentes que incluye el conjunto de intervenciones que tienen como objetivo los problemas de salud y sus determinantes, es decir, la responsabilidad sobre el conjunto de condiciones sociales, económicas, culturales y demográficas que afectan la capacidad de las personas vivas a vivir bien y largo tiempo. Se distingue en el SS con claridad, el sistema de servicios de salud encargado del conjunto de intervenciones que tienen como objetivo problemas de salud específicos, que cubren toda la gama e intervenciones, desde los servicios preventivos hasta los paliativos pasando por los servicios diagnósticos y curativos. Comprende las grandes funciones de la salud pública -colectiva (la vigilancia, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, evaluación del sistema de servicios de salud, desarrollo de las competencias de la salud pública).
- La “psicología” del sistema de salud permite comprender su dinámica e inercia que es útil en tanto y cuanto es un sistema organizado de acción. Tanto el sistema de salud, como el sistema de servicios de salud se deben situar en un contexto concreto (la sociedad ecuatoriana, el Ecuador) en un momento dado. Su estructura está constituida por la interacción de una estructura física particular (edificios, arquitectura,

plataforma técnico, presupuestos públicos y privados), de una estructura organizacional (gobierno, es decir leyes, reglamentos, reglas de funcionamiento que define la distribución de los recursos- dinero, autoridad, influencia, compromisos-, sus derechos y obligaciones) y una estructura simbólica específica (representaciones de la salud y sus determinantes, de la vida, de la enfermedad, de la regulación de los roles y responsabilidad de los actores, valores y normas colectivas). Delimita un espacio social en el cual cuatro grupos de actores (profesionales, gestores, mundo mercado y mundo político) interaccionan en un juego permanente de competencia y de cooperación orientados por la finalidad del sistema para obtener o controlar los recursos.

Como todo sistema de acción deben asumir, en el curso del tiempo, mantener su existencia y desarrollarse considerando cuatro funciones: adaptarse, perseguir objetivos, funcionar de forma integrada (coordinar, asegurar calidad, ser productivo) con productividad, preservar (supervivir) y producir los valores y el sentido, en relación con la finalidad del sistema de salud, lograr el mejoramiento del estado de salud de los individuos y de la población, colocando al Estado como garante del interés público y la mejoría del estado de salud de la población para contribuir al bienestar individual y colectivo, es decir al desarrollo.

Por otra parte, la finalidad de un sistema de servicios de salud es reducir la duración e intensidad de las enfermedades permitiendo que toda persona que las sufre tenga acceso libre y de forma equitativa a servicios de salud de calidad. Y se plantea además, que este sistema debe reconocer las expectativas de la población (satisfacción de la población) y contribuir a formar profesionales, hacer progresar los conocimientos y a crear un sentimiento de seguridad en relación a la enfermedad.

La OMS (2002) establece que el sistema de salud tiene cinco grandes objetivos: buena salud; buena distribución de la misma en la población; financiación equitativa; mejor respuesta, y más equitativa a las expectativas de la población, en cuanto los aspectos no médicos del tratamiento que recibe. Otros elementos, muchas veces descritos como objetivos, como el acceso a los servicios, se consideran sólo como objetivos intermedios y no finales, porque están ligados exclusivamente a los problemas y

necesidades de la población. Plantea además, cuatro funciones de los sistemas de salud (Villacrés, 2003 a) que son:

- Gobernar (ejercer la rectoría) sobre todos los actores, acciones y funciones integrantes del sistema pero en dos sentidos, en relación a la salud y sus determinantes y los servicios de salud. Uno de sus elementos es la generación de recursos que usará el sistema<sup>1</sup>, la regulación forma parte de esta función, tanto en el área financiera (incluyendo los seguros) como en las de calidad asistencial (control de protocolos y errores médicos) y la capacitación o recertificación de los profesionales. A pesar de ser la función más nebulosa, se considera como la más crucial en dos sentidos, en primer lugar, porque su desempeño afecta a las otras funciones, directa o indirectamente, al logro de cualquier objetivo sistémico; en segundo lugar, por ser una función irrenunciable del Estado, si bien profesionales, organizaciones médicas o de defensa del consumidor, los pacientes y la población en general, también contribuyen y participan en su formulación. Es la que menos puede dejarse al funcionamiento del mercado.
- Financiar la creación de dichos recursos y la prestación de servicios; es decir, la movilización de recursos financieros desde los diferentes agentes económicos (gobierno, hogares y empresas), así como la acumulación de dinero en fondos reales o virtuales (v.g., fondos de seguridad social, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares) que se asignan mediante una variedad de acuerdos institucionales con destino y uso definido.
- Asegurar un conjunto de dispositivos que garantizan el acceso efectivo a las intervenciones de salud cuando se requiera, con lógica de equidad y eficiencia, y para obtener salud y satisfacción social mediante la solidaridad como el esfuerzo conjunto de una colectividad.

<sup>1</sup> La OMS plantea la generación de recursos como una función del sistema, sin embargo esta función es conveniente colocarla como parte de la rectoría, así es como se incorpora en las funciones esenciales de salud pública.

- Producir intervenciones de salud -provisión de servicio de salud- se refiere a la armonización de los objetivos de producción, factores de producción, modalidades y técnicas de producción que permiten la obtención de productos derivados de los riesgos, necesidades y problemas de salud y sus determinantes, es decir producir resultados/productos.
- Las intervenciones incluyen los servicios asistenciales a las personas, pero también las acciones de salud colectiva dirigidas a la población general o al medio ambiente. Más aún, el concepto abarca cualquier acción con repercusión importante sobre la salud, aunque ocurra fuera del sector, tales como las encaminadas a mejorar la seguridad vial. Las decisiones al respecto versan sobre qué producir y para quién, además, cómo organizar dicha producción, relacionando entre sí usuarios, compradores y proveedores. El desempeño de esta función afecta no sólo a la salud y su distribución en la población, sino a la satisfacción de esta, e incluso a la equidad financiera.

#### *Retos de los sistemas de salud*

Los verdaderos retos para cualquier sistema de salud y/o de servicios de salud radican en mejorar el ejercicio de las funciones descritas anteriormente, además de su funcionamiento sistémico, morfología y psicología del sistema, con la finalidad que actúen sobre el conjunto de determinantes de la salud a lo largo del ciclo vital de las personas y sus colectivos; es a este nivel donde los actores<sup>2</sup>, públicos o privados, médicos o no, pueden intervenir para influir en este desempeño con equidad, calidad y eficiencia para un ejercicio pleno del derecho a la salud.

Las reformas o transformaciones de salud realizadas o a desarrollar en América Latina han estado y estarán forzosamente centradas sobre estos retos. En un contexto de transición demográfica y epidemiológica, que combina problemas emergentes y re-emergentes de salud colectiva, incre-

<sup>2</sup> Es posible especificar a los actores sociales por funciones, así como sus formas de relacionamiento, compromisos y responsabilidades.

mento de causas externas y accidentalidad en el marco de un conjunto de determinantes positivos y negativos provenientes de la “modernidad”, las estrategias de protección social y atención primaria en salud son esenciales para enfrentar dichos retos.

### *Buen gobierno en salud*

“Gobernar” es una función clave para el logro de las finalidades de los sistemas de salud y/o sistema de servicios de salud, y debería entenderse como “buen gobierno en salud”, que es la capacidad institucional de conducción, regulación y desarrollo de la salud como bien público, es decir, es la respuesta a través de, por un lado, el sistema de salud y por otro del sistema de servicios de salud; esta capacidad se relaciona con los ministerios de Salud de la Región de las Américas y en el caso concreto del país, al ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Para discutir y proponer como construir un buen gobierno en salud es necesario entender su significado y sus implicaciones prácticas; por lo tanto es vital precisar que el ámbito de gobierno en salud es el sistema de salud, significa no sólo hacerse cargo de los servicios de salud, sino ser capaz de abogar por resolver la situación de los determinantes de salud con otros sectores.

El ejercicio de buen gobierno en salud implica comprender el significado de gobernanza o rectoría (Bolis, 2001) del sistema de salud para ser capaz de implementarlo.

#### - Gobernanza y gobernabilidad

Definir estos dos términos es crucial por sus implicaciones en el campo de la gestión de sistemas de salud. La gobernabilidad es una calidad que emana de la sociedad o de los sistemas sociales, no de los gobiernos; hace referencia a la capacidad de un sistema social para reconocer y hacer frente a sus desafíos; se concreta en la calidad del sistema institucional para generar una acción colectiva positiva al respecto, es decir a las capacidades institucionales (públicas, sociales o privadas) como el liderazgo, la partici-

pación social, la coordinación y cooperación, la prevención y gestión de conflictos, el acceso a la información y al conocimiento útil. Prats entiende por gobernabilidad “la capacidad de formular e implementar políticas públicas o regulaciones implementadas por parte de un gobierno, que implica una relación estrecha entre gobernabilidad y política pública”.

Gobernanza es la suma de las muchas maneras en que individuos e instituciones manejan sus asuntos comunes. Es un proceso a través del cual interactúan intereses diversos o conflictivos, que pueden eventualmente conducir a una acción cooperativa<sup>3</sup>, es decir son “los procesos de acción colectiva institucionales que organizan la interacción entre el conjunto de actores existentes, la dinámica de los procesos que implementan y las reglas de juego, procedimientos con los cuales una sociedad toma sus decisiones y determina su conducta.”<sup>4</sup>

Por otra parte, el enfoque normativo de “buena gobernanza” es aquella que cumple con ciertas características de los procesos asociados a una mejor gobernabilidad como: estado social de derecho, gestión pública eficaz y equitativa, responsabilidad, imputabilidad y transparencia.

El significado concreto en el SS es que los retos, los objetivos y las actuaciones que se derivan de su estructuración y funcionamiento tienen que estar determinados por cada sociedad, colectivamente y a través de la construcción de un proceso político, entendido como el medio a través del cual, las sociedades y los miembros que forman parte de ella definen y construyen el significado colectivo de lo que es el SS. Este proceso político requiere un liderazgo, una movilización de esfuerzos y una conducción del proceso que corresponde, sobre todo, a los actores públicos legitimados democráticamente.

Las capacidades de acción colectiva no pueden darse por supuestas. No derivan necesariamente de la democracia y tampoco puede esperarse que surjan por prueba y error. Hace falta una intervención consciente de los ciudadanos y de los actores del proceso político, es decir, una buena gobernanza.

La gobernanza presupone que la gobernabilidad, hoy, no puede estar garantizada sólo por los gobiernos, sino por el funcionamiento eficaz de

<sup>3</sup> Comisión de gobernanza global, Plumtre & Graham.

<sup>4</sup> Grupo de Trabajo de Montevideo, 2004.

redes más o menos institucionalizadas de actores estratégicos<sup>5</sup> que disponen de su propia autonomía y de su agenda estratégica. El buen gobierno, es hoy aquel que es capaz de construir una buena gobernanza y proporcionar así, la gobernabilidad.

En materia de sostenibilidad de la gobernanza, la racionalidad del proceso es más importante que la racionalidad de contenido. En los contextos turbulentos característicos de nuestro tiempo, el proceso de aprendizaje colectivo depende más del diseño institucional de los procesos referentes a los actores, a la información y a sus interrelaciones, que del diseño previo de soluciones técnicas. Es, en este contexto que es necesario discutir y renovar la función de rectoría en los sistemas de salud como punto esencial, para modificar o ajustar las otras funciones: financiamiento, aseguramiento y provisión.

En nuestro país es necesario considerar que el ejercicio de rectoría-gobernanza y gobernabilidad en el sector salud es una prioridad imprescindible, ineludible e inevitable para los retos en salud planteados por el Gobierno actual que pretende cambiar la fragmentación, segmentación e inequidad del sistema actual, por un sistema nacional de salud integrado, inclusivo, universal, solidario y equitativo..

- Gestión por resultados

La gestión implica dirigir, administrar los recursos, conseguir objetivos y metas y analizar los resultados para solucionar los problemas, lo cual se debe aplicar al ámbito del sistema de salud y que puede dividirse en 3 grandes niveles, que van desde lo general a lo particular: la macro-gestión relacionada a la participación del Estado a nivel nacional, a través de una ins-

5 Los actores estratégicos o relevantes son aquellos que cuentan con recursos de poder suficientes para impedir o perturbar el funcionamiento de las reglas o procedimientos de toma de decisiones y de solución de conflictos colectivos (Coppedge, 1996); es decir, son actores con poder de veto sobre una determinada política. Los recursos de poder pueden proceder del control de determinados cargos o funciones públicas (ejército, legislativo, presidencia, política económico-financiera, sistema judicial, gobiernos estatales o municipales claves...), o del control de factores de producción (capital, trabajo, materias primas, tecnología...), o del control de la información y las ideas (medios de comunicación social principalmente...), o de la posibilidad de producir movilizaciones sociales desestabilizadoras (grupos de activistas...), o de la pretendida autoridad moral (iglesias)...

titución de gobierno – ministerio de Salud Pública- su contenido se refiere a las políticas públicas de salud, normativas para la financiación, la oferta y demanda de los servicios y su regulación que se aplican al sistema de salud y al sistema de servicios de salud; el resultado se refiere a la equidad, accesibilidad y calidad con que se responde a la salud y sus determinantes.

La meso-gestión se refiere a la administración de las unidades de salud, comprende la coordinación y motivación de los trabajadores de estas unidades y se centra en la articulación interna entre servicios y externa entre niveles de atención; sus resultados son los servicios integrales e integrados de salud.

La micro-gestión o gestión clínica implica directamente a la práctica de los profesionales de la salud<sup>6</sup> –los clínicos-, figuras clave en el proceso de atención médica y quienes toman directamente decisiones sobre los usuarios bajo la mejor evidencia científica del momento, debido a que alrededor del 70 por ciento de los recursos sanitarios son asignados fundamentalmente por los clínicos en su quehacer diagnóstico-terapéutico. Estos tres niveles deben estar interrelacionados sistémicamente.

Esquema No. 1			
Gestión de los sistemas de salud			
Nivel	Contenido	Objeto	Resultados
MACRO	Sistemas de Salud • Rectoría • Financiamiento • Aseguramiento • Provisión	Estado de salud y determinantes a Política pública	Equidad Calidad Eficiencia
MESO	Servicios de Salud • Modelos de Gestión • Organización y planificación de la Provisión	Servicios integrales e integrados de salud	Eficacia Calidad Accesibilidad
MICRO	Gestión Clínica: • Modelos de Atención • Práctica Clínica • Metodologías e Instrumentos	Proceso de atención de calidad centrado en usuario	Eficacia Calidad Dignidad

6 Incluye a la práctica de profesionales de la medicina andina y alternativa.

## El perfil de la rectoría del sistema de salud ecuatoriano

En primera instancia, para dimensionar el tamaño del desafío en el Ecuador se muestra un resumen de los problemas que enfrenta el sistema de salud ecuatoriano.

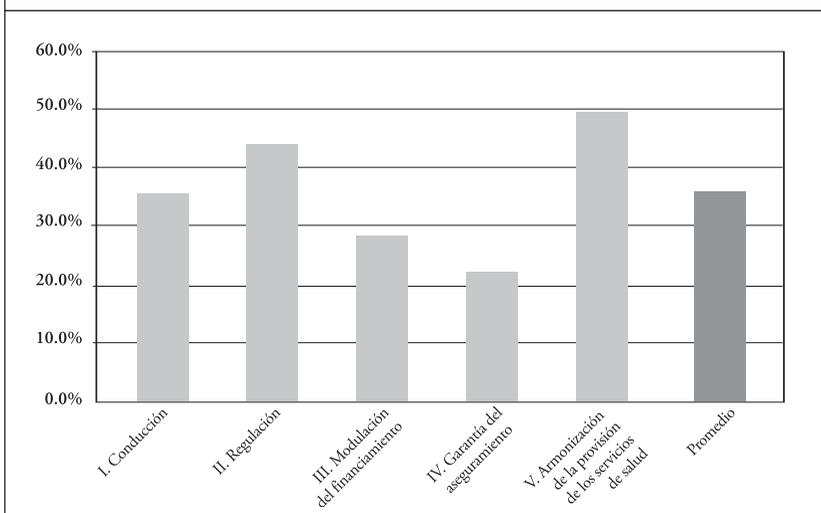
- Situación de salud<sup>7</sup>:
  - Inequidad y exclusión elevadas.
  - Mortalidad general 5.0 x 1000h (2005).
  - Mortalidad materna 56.6 x 100000 nv (2005).
  - Mortalidad infantil en menores 5 años 21.8 x 1000 nv (2005).
  - Mortalidad infantil en menores 1 año 15.5 x 1000 nv (2005).
  - Los ecuatorianos de bajos ingresos, dedican más recursos en términos porcentuales que el resto de la población, 9% del ingreso. (INEC-ECV 2006).
  - Los hogares contribuyen en 55 por ciento del financiamiento total en salud (INEC, 2003).
  - Perfil con rezago /transición epidemiológica: mezcla de enfermedades infecciosas y un creciente incremento de enfermedades crónicas y de accidentes de tránsito.
  - Problemas emergentes y reemergentes como la tuberculosis, malaria, dengue y VIH-SIDA, principalmente.
- Políticas de salud
  - Salud no ha sido una prioridad en la agenda pública.
  - Políticas de salud no pueden ser consideradas aún como políticas públicas, de estado
  - Planificación separada de la definición de las políticas.
  - La población aún no es el centro de estas políticas.
  - Prioridades coyunturales y no estratégicas.

<sup>7</sup> Plan de desarrollo 2007-2010. SEMPLADES, 2007.

- Modelo de gestión centralizado
  - En la macro gestión: falta de coherencia entre la rectoría/regulación sectorial y la rectoría/ regulación territorial y sólo dirigido a los servicios de salud. Escasa influencia en los determinantes de la salud y en la diversidad cultural.
  - Gran segmentación del sistema.
    - Modelo de rectoría: leyes en aplicación, débil rol rector del MSP-CONASA.
    - Modelo de financiación y aseguramiento poco estructurado, fragmentado, sin criterios claros de asignación nacional, sin planificación en el mediano y largo plazo.
    - Modelo de atención es aún eminentemente curativo.
    - 73 por ciento de acceso a servicios de salud y 21.4 por ciento de aseguramiento (ECV-2006).
    - En la meso gestión: inadecuada calidad, servicios fragmentados, sin funcionamiento en red.
    - En la micro gestión: escaso desarrollo de la gestión clínica.
- Perfil de la rectoría en salud

En el marco de la evaluación de las funciones esenciales de salud pública –FESP- que utiliza un instrumento diseñado por OPS, se evalúa el conjunto de funciones del sistema de salud, entre ellas la función 5 que es la rectoría – buen gobierno en salud-, los resultados muestran el pobre desempeño; en las dimensiones estudiadas, los porcentajes son menores del 50 por ciento; el aspecto más crítico es la garantía del aseguramiento con 22 por ciento y que se refleja en que aproximadamente, el 79 por ciento de la población no tiene seguro de salud.

Esquema No. 2  
Resultados de la aplicación del instrumento de evaluación de rectoría



Fuente: Taller Ecuador. MSP-OPS 2001.

“La rectoría presenta un bajo desempeño, lo cual da cuenta de debilidades en el liderazgo del MSP y en el hacer cumplir las normas, lo cual es indispensable superar, para avanzar en el fortalecimiento de la salud pública del país” (OPS, 2006). En Anexo No. 1 el detalle.

### La dimensión del desafío del buen gobierno en salud en el Ecuador

Las implicaciones de las evidencias expresadas en el punto anterior, para lograr construir un sistema de salud ecuatoriano que permita un ejercicio efectivo del derecho a la salud son inmensas y pasan necesariamente por un fortalecimiento real de la institución que ejerce la rectoría – buen gobierno- en salud.

### Rectoría efectiva

La rectoría en salud es una función del gobierno como un todo y debe incorporar a los otros ministerios y áreas públicas que influyen sobre la salud de la población, significa ejercer la gobernanza y facilitar el desarrollo de la gobernabilidad en salud; implica la adhesión a valores y principios explícitos que deberán ser operacionalizados y vigilados para que sean cumplidos por todos los actores; detrás del ejercicio de una rectoría efectiva está la concepción de democracia.

“Su propósito es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de los actores sociales (en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado)” (OPS, Oct. 2005).

Los ejes prácticos para abordar el fortalecimiento y ejercicio de la rectoría, de la gobernanza en salud en el Ecuador son:

- Clara comprensión de las dimensiones de la gobernanza:
  - Los actores (individuos o grupos).
  - Las normas sociales (reglas de juego).
  - Los puntos nodales (interfases sociales: espacios físicos o virtuales como mesas de negociación, consejos etc.).
  - Los procesos: son sucesiones de estados por los cuales pasan la interrelación entre actores, normas y puntos nodales. Pueden ser formales, es decir, reconocidos por los actores portadores de autoridad en la sociedad observada (este reconocimiento es “legal” al nivel de las sociedades dotadas de un derecho positivo), o informales, definidos por la práctica de los actores.
  - Implica liderar la acción colectiva que resulta de la interacción/transacción entre los actores, ya sea conflictiva o cooperativa, de los acuerdos o las decisiones que se toman y de su aplicación.

- Definiciones para fortalecer el sistema nacional de salud:
  - Construcción de un *estado social de derecho*.
  - Construcción de una visión de salud común y con democracia participativa.
  - Construcción de una solución común, viable, sostenible.
  - Qué principios y su definición operacional, especialmente el significado del derecho a la salud
  - El reconocimiento de qué es un proceso social con actores diversos nacionales y locales; ¿qué hacer? – inclusión, proceso (recuperación de lo realizado).
  - La estructura institucional, sobre todo el nivel nacional e intermedio, del ministerio de Salud Pública debe ser pensada y estructurada en función de un escenario de fortalecimiento de la rectoría, de ejercer un buen gobierno en un sistema nacional de salud transformado, de base pública que busca la cohesión y la justicia social en el ámbito de la salud.
- Ejes para la construcción del sistema nacional de salud:
  - Financiamiento sostenible-protección estable en el tiempo que concentre las fuentes de financiamiento y en su sostenibilidad en un contexto de volatilidad, incertidumbre e inestabilidad de la economía ecuatoriana.
  - Aseguramiento en salud, que implica la garantía de la extensión de la protección financiera a las familias, implica no sólo la afiliación formal a un seguro o una verdadera protección mediante un sistema de financiación de prepago, sino la precisión explícita de los servicios “cubiertos”, su disponibilidad en el momento que se los necesite y sus costos; los requisitos son, no gastos de bolsillo con el fin de mejorar la equidad y los mecanismos de prepago deben ser neutros o progresivos con respecto al ingreso, lo que significa que la atención de salud de la persona “cubierta” que tiene derecho, debe estar desvinculada de su capacidad de pagar.

- En este sentido, la creación de un Fondo Nacional de Salud que combine ingresos generales y la asignación a salud de las contribuciones de la Seguridad Social en una sola fuente para financiar la entrega de servicios de salud es una opción y un desafío. Para su gestión se plantea el desarrollo institucional de un asegurador público único<sup>8</sup>, que garantice la aplicación del “conjunto de beneficios de servicios de salud públicamente garantizados”, que desarrolle capacidad para comprar servicios a los proveedores públicos y privados, sin y con ánimo de lucro.
- Producción eficiente de servicios, definidos claramente y explícitos a los cuales tengan derecho todas las personas, independientemente de su afiliación o contribución. Diversos esquemas pueden ponerse en marcha como sistema de incentivos, procesos de cambio organizacional, competencia pública, redes inter- organizacionales.
- Un aspecto importante es adoptar innovaciones en la organización y producción de servicios, las áreas de particular importancia son: la evaluación de tecnologías; el control de calidad, las directrices y los protocolos clínicos; la descentralización de la gestión; la integración funcional entre los distintos niveles de provisión; el reforzamiento de la atención primaria, y las estrategias de recursos humanos. Por otra parte, es necesario el montaje de un sistema de información para el diseño implementación y monitoreo de las políticas - intervenciones de salud incluido los aspectos económico-financieros. Una gestión social - salud eficiente requiere información en tiempo real sobre cuáles son los resultados e impactos concretos que se están produciendo.
- Gestión inter-organizacional de las intervenciones de salud que realicen una combinación sustantiva de esfuerzos de diversa índole, lo que implica un gran trabajo de integración desde la comunidad hasta los servicios de mayor complejidad y también con otras intervenciones de otros sectores con impacto positivo en la salud, de acuerdo con la lógica de determinantes de la salud. Es fomentar una acción sectorial integrada en una lógica básica de la política

8 Como base podría ser la estructura de salud del IESS.

social. La coordinación no sólo es deseable, es imprescindible, para que no haya un uso deficiente de recursos y resultados débiles es necesario una labor sistémica para pasar de una cultura de “castillos burocráticos” a una “cultura de redes organizacionales”.

- Inversión equilibrada en cantidad y calidad de los recursos físicos, humanos y financieros que se derivan de un adecuado proceso de planificación, es un tema que trabajado en conjunto puede incidir en la fragmentación y segmentación del sistema de salud, evitando duplicaciones y aprovechando economías de escala y especialización.
- El reto para la inversión es doble: generar un nivel de recursos coherente con la capacidad de financiar servicios y asignarlos en las proporciones requeridas para dichos servicios.
- Rol claro y creciente para los gobiernos intermedios y los municipios en la política de salud, la descentralización de funciones, responsabilidades y recursos hacia los niveles más cercanos a la ciudadanía aparece como una vía de renovación organizacional del Estado tradicional de múltiples virtudes, se ajustará mucho más a las realidades concretas al darse en el ámbito local. No se tratará ya de decisiones a larga distancia desde los grandes centros urbanos, sino de acciones que tomarán a diario las estructuras institucionales locales teniendo en cuenta las variaciones de cada realidad. De igual manera, se pueden crear las condiciones más propicias para la participación de la ciudadanía en las intervenciones de salud, y mayor viabilidad para que efectivamente pueda haber un control social de los mismos.
- La participación comunitaria como clave estratégica para renovar la institucionalidad social en salud, significa que las intervenciones de salud con activa participación comunitaria en su diseño, gestión, y evaluación, tienen resultados muy superiores a los programas de corte tradicional burocrático vertical. La participación aporta al proceso organizacional elementos muy concretos que influyen en estas diferencias. Entre ellos, el co-diseño de los intervenciones con la comunidad pobre permite que ella incorpore sus verdaderas prioridades. Su intervención en la gestión le da una

fuerza singular, sintiéndose dueña real de la intervención, la comunidad aporta iniciativas, ideas, se preocupa por cada detalle de su funcionamiento.

- Su integración al monitoreo y evaluación permite que el proyecto tenga un “piso” permanente de realidad; quizás por sobre todas las cosas, el *ownership*, de la comunidad va generando un empoderamiento de la misma. Aprende, crece, eleva su autoestima, y se crean bases a favor de la sostenibilidad.
- “Tejer” redes de servicio de salud conectadas a redes intersociales. La realidad social es tan difícil que en primer término exige imperativamente la responsabilidad de todos los actores sociales. Como subraya entre otros Wolfensohn (2000)<sup>9</sup> “todos deben cooperar” porque atañe a todos lo que va a suceder, por lo tanto, es necesario capitalizar lo que cada uno de ellos puede aportar, no pueden dejarse de lado capacidades que podrían movilizarse.
- Se requiere la construcción de redes de salud conectadas a las redes intersociales orientadas a la resolución de problemas sociales – salud- concretos de envergadura. Las redes de servicios de salud como las intersociales son un tramado complejo; significan diversos actores con experiencias diferentes, lenguajes distintos, poca práctica de trabajar unos con otros, prejuicios mutuos. Se requiere para montarlas, y hacerlas funcionar, una acción sistemática y laboriosa. El Estado social inteligente debería desarrollar las capacidades respectivas que implican, entre ellas, habilidades de concertación, de negociación, de planeamiento conjunto, de crear diseños organizativos muy ágiles y abiertos.
- Transparencia, una necesidad imprescindible en el trabajo en salud, una de las mayores críticas al Estado en décadas recientes ha sido la existencia de prácticas corruptas y la falta de castigos para ellas, hoy a nivel mundial existe un reclamo generalizado por poner fin a la corrupción; sus costos para las economías de los países en desarrollo son totalmente intolerables, y sus consecuencias morales aún peores. En el campo de salud, la corrupción implica un verda-

9 En Kliksberg, B. *¿Cómo reformar el estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?*

dero crimen ético: estar sustrayendo recursos de políticas y programas destinados a los sectores más desfavorecidos de la sociedad.

- Por esto, es necesario que las instituciones de gobierno tengan una transformación radical en este campo, se deben emplear todas las estrategias anticorrupción que puedan ser efectivas; en primer lugar, corresponde desarrollar una gran tarea formativa al respecto y crear espacios sistemáticos para discutir el problema en todos los marcos de educación de funcionarios públicos y establecer códigos claros de ética que deben implementarse rigurosamente.
- Por otra parte, es necesario hacer transparente para la ciudadanía toda la acción del Estado en el campo de la salud; la información al respecto debe ser plena, permanente y totalmente accesible, los propósitos de los programas, los recursos que van a utilizar, sus fuentes de financiamiento y los procesos de ejecución deben ser información tan accesible como cualquier información administrativa elemental. Al mismo tiempo deben crearse canales por los que el control social de la gestión pública – veedurías sociales- pueda hacerse sentir; todo el sistema debe contener asimismo instancias de punitivas claras y bien garantizadas.
- El enfoque de gerencia social en las instituciones del sistema de salud, la necesidad de capacidades, actitudes, orientaciones y criterios gerenciales muy particulares, bien diferenciados de los que supone la tradicional gerencia jerárquica. En esta, participación, descentralización, y redes tienen un significado limitado; en la gerencia social son claves para el éxito; pero también la definición clara de la misión organizacional de la gerencia social en salud es de una complejidad singular. Los objetivos que finalmente persiguen las políticas e intervenciones en salud no son semejantes a los que se buscan en otros campos organizativos porque se espera que contribuyan a mejorar efectivamente la equidad y la sostenibilidad de un sistema de salud que garantice un mejor estado de salud e la población.

Estos inmensos desafíos pasan prioritariamente por el fortalecimiento y ejercicio de la rectoría en salud como elemento clave en la construcción de un sistema nacional de salud en el Ecuador y no es tarea sólo del gobierno sino de la sociedad en su conjunto, es decir, el buen gobierno en salud exige una institución pública (¿el ministerio de Salud Pública? ¿una nueva institucionalidad?); esta institución pública debería tener gran capacidad de gobernanza, que tenga claro que el fortalecimiento de lo público significa - el bien común- y que por lo tanto gobernar es actuar con una organización apropiada, con instrumentos de regulación, coordinación y gestión para lograr un trabajo mancomunado con instituciones públicas y privadas relacionadas con la salud a nivel nacional, intermedio y local. A la vez, debe facilitar la gobernabilidad no sólo a nivel de las instituciones que en su mayoría representan a los proveedores de servicios de salud, sino también con los ciudadanos y ciudadanas para decidir acciones y controlar su gestión con voz y voto, temas que hoy son competencia exclusiva de tecnócratas y gremios.

Una mejor gobernanza y gobernabilidad en el sistema de salud ecuatoriano es condición clave para garantizar su viabilidad y sostenibilidad no sólo financiera sino del ejercicio efectivo del derecho a la salud de las y los ecuatorianos.

## Bibliografía

- Champagne, F., Contandriopoulos, A., Picot-Touché, J., Béland, F., Nguyen, H. (2006). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: le modèle Egipss*. Montreal: Université de Montreal .
- Bolis, M. (2001). “Marco jurídico para la regulación del financiamiento y aseguramiento del sector de la salud”. Taller *Regulación del sector salud*. Santiago: OPS/OMS.
- Coppedge, M. (1996). “El concepto de gobernabilidad. Modelos positivos y negativos”. *En Ecuador: un problema de gobernabilidad*, CORDES-PNUD, Quito.
- Figueras, J. et al. (2002). Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? Barcelona: *Gac Sanit*.
- Kliksberg, B. (2000) “¿Cómo reformar el estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?” *Revista de la Facultad de Ciencias económicas*, UNMSM, AÑO V. Vol 16. pag. 235-269.
- OIT (2001). “Hacia un trabajo decente: Una protección social en salud para todos los trabajadores y sus familias”. Programa Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza, Sector de la Protección Social.
- \_\_\_\_\_ (2002). Seguridad Social un nuevo consenso. Ginebra.
- \_\_\_\_\_ (2002). Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la Salud 2000. Sistemas de Salud: Mejorar el Desempeño. Ginebra.
- \_\_\_\_\_ (2006). Organización Mundial de la Salud. Situación de salud del Ecuador 2006. Quito- Ecuador.
- Plan de Desarrollo del Ecuador: 2007-2010. SEMPLADES. 2007
- Villacrés, N. (2003 a). Sistemas de salud: diseño, organización y evaluación. Syllabus. Módulo “Organización de los Sistemas de Salud”. Maestría de Políticas Públicas y Gestión. FLACSO. Sede Ecuador.
- \_\_\_\_\_ (2003 b). “Salud y descentralización en el Ecuador”. Mimeo. FLACSO. Sede-Ecuador.

## Anexos

Anexo No. 1 - Instrumento para la Evaluación del Desempeño de la Función Rectora	
Resumen de los resultados de la evaluación	
<b>I. Conducción:</b> Comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud.	34.9%
<b>II. Regulación:</b> dimensión que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud; al igual que la garantía de su cumplimiento.	43.4%
<b>III. Modulación del Financiamiento:</b> que incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.	28.9%
<b>IV. Garantía del Aseguramiento:</b> la cual focaliza su quehacer en garantizar el acceso efectivo a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población.	23.5%
<b>V. Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud:</b> constituida por la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente.	49.4%
<b>Promedio</b>	<b>36.0%</b>
Fuente: Situación de salud del Ecuador 2006.OPS Nov 2006 Nota: 100% es el puntaje máximo.	

A estas dimensiones se agrega la ejecución de las Funciones esenciales de salud pública FESP. Su propósito es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de los actores sociales (en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado).

# Los modelos de atención de salud en el Ecuador

Fernando Ortega Pérez\*

## Introducción

Lo “tradicional”, lo “convencional” y lo “alternativo” son formas distintas con las cuales la población del mundo contemporáneo responde al reto planteado por la enfermedad. La posibilidad de encontrar distintos caminos de solución para prevenir y tratar las enfermedades es un hecho tan antiguo como la existencia del ser humano. La atención de la salud es una más de las manifestaciones culturales de los pueblos del mundo y por tal razón existen tantas iniciativas de salud, cuantas culturas existen.

Esta presentación acoge la temática propuesta por el congreso y procura combinar los aspectos teóricos relacionados con cada modelo de salud con observaciones prácticas sobre la aplicación de los modelos en el Ecuador. Temas como identidad, diversidad cultural, y relaciones entre los conocimientos locales y no locales son tratados para destacar la importancia de la participación de la población local en demandar atención, según su propia conceptualización de salud y el surgimiento de modelos de salud alternos o complementarios.

El sector salud ecuatoriano está constituido por un sinnúmero de individuos y una multiplicidad de instituciones públicas y privadas, con y sin

---

\* MD. MA. PhD. Director del Departamento Desarrollo Comunitario Integral de la Universidad San Francisco de Quito. Doctor en Medicina, Master en Antropología, PhD en Salud Pública. Áreas de interés: antropologías andina, médica y nutricional. Atención primaria de la salud, bioética, desarrollo comunitario, investigación en medicina social.

finés de lucro, que tratan de responder ante los problemas de salud desde distintos enfoques, los mismos que obedecen a diversas formas en que la vida, la salud, la enfermedad, los servicios y los recursos de salud son concebidos por la heterogénea sociedad ecuatoriana.

En un esfuerzo por comprender cómo actúan tan distintos actores es conveniente recordar que la oferta de servicios obedece a uno o varios tipos de demanda y que esta a su vez está determinada, entre otros, por factores como:

- la interpretación personal y cultural de la realidad de cada individuo, el espacio circundante y las relaciones sociales que lo rodean,
- los conceptos de salud y enfermedad del individuo, de su familia y de su comunidad,
- las respuestas históricas que han generado las sociedades pre-ecuatoriana y ecuatoriana frente a la necesidad de salud,
- la información disponible respecto de los modelos de salud y de los agentes de salud,
- la accesibilidad física, cultural y económica a los distintos agentes de salud,
- la gravedad de las dolencias y la pertinencia de una atención general o especializada,
- la calidad y calidez de la atención recibida previamente,
- el curso de la enfermedad,
- la eficacia y efectividad del método terapéutico referido o experimentado, y
- el pronóstico recibido.

Oferta y demanda están ambas inmersas en modelos distintos de atención de salud que responden a patrones culturales diversos. A continuación se presenta un esfuerzo sinóptico para explicar cómo en el Ecuador, trece culturas distintas con trece procesos de salud/enfermedad distintos coexisten, sin llegar a contar con un sistema nacional de salud.

Culturas del Ecuador según regiones geográficas		
<b>Costa</b> Awa, Chachi, Tzáchila, Epera, Afro, Mestizo, Montubio	<b>Sierra</b> Quichua, Afro, Mestizo	<b>Amazonía</b> Cofán, Siona-Secoya, Huaos, Zapara, Shuar, Achuar, Quichua, Afro, Mestizo,
Modelos de atención de la salud		
Tradicional	Convencional/Occidental	Alternativo
Awa, Chachi, Tzáchila, Epera, Cofán, Siona-Secoya, Huaos, Zápara, Shuar, Achuar, Quichua, Afro.	Medicina Familiar, Medicina Interna, Especialidades Médicas Farmacias, Laboratorios, Aseguradoras.	Homeopatía, Acupuntura, Terapia Neural, Iridología, Aromaterapia, Hidroterapia y Termalismo, Medicina Bioenergética, Pendulismo, etc.
Conceptos de salud		
Modelos tradicionales	Modelo convencional	Modelos alternativos
Don, poder hacer, estar feliz, relacionarse, equilibrio con la naturaleza.	Completo estado de bienestar.	Equilibrio de la energía vital.
Modalidad de aplicación		
Modelos tradicionales	Modelo convencional	Modelos alternativos
Andino, Amazónico, Afro, Otros.	Público/Privado Curativo Preventivo/Curativo	H: Unicismo/Complejismo Energéticos/No Energéticos. Naturalistas/No Naturalistas.
Oferta y demanda		
Modelos tradicionales	Modelo convencional	Modelos alternativos
Consultorios privados que atienden una población tanto aborigen como mestiza. Se paga con favores, en especies o con dinero.	Consultorios públicos o privados atienden a la población general, tanto en servicios de beneficencia, servicios pagados en efectivo, tarjetas o cheques, Medicina Prepagada, Aseguradoras.	Consultorios privados brindan servicios que deben ser pagados en dinero en efectivo, tarjetas o cheques.

Recursos terapéuticos		
Modelos tradicionales	Modelo convencional	Modelos alternativos
Procedimientos sin medicamentos Remedios tradicionales.	Procedimientos y Farmacopea genérica o Farmacopea de marca.	Diversos tipos de procedimientos medicamentosos o no.

Fuente: Fernando Ortega. Quito. 2007.  
 Nota importante: Evidentemente la construcción de un cuadro sinóptico obvia detalles. Su mérito es poner en contraste elementos que en unos casos pueden ser antagónicos y en otros complementarios. Por ejemplo, no son categorías equivalentes la "homeopatía" y el "pendulismo", sin embargo ambas son proposiciones alternativas frente a la medicina convencional. Tampoco son similares la medicina tradicional andina y la medicina tradicional amazónica pese a encontrarse ubicadas en un mismo casillero. Cada lector tendrá una visión particular que complemente o disienta los criterios aquí expuestos. Lo importante es tomar en consideración la existencia de numerosos elementos, no necesariamente, articulados que cuentan a la hora de enfrentar al reto de la enfermedad.

“Lo bueno, lo malo y lo feo” no es más que el título de una película, que nos recuerda una encarnizada lucha donde sólo uno se supone tenía la razón y el derecho a sobrevivir, eliminando a los demás.

Lo “tradicional”, lo “convencional” y lo “alternativo” son modelos distintos con los que el mundo contemporáneo responde al reto planteado por la enfermedad. La posibilidad de encontrar distintos caminos de solución para prevenir y tratar las enfermedades es un hecho tan antiguo como la existencia del ser humano. La atención de la salud es una más de las manifestaciones culturales de los pueblos del mundo y por tal razón existen tantas iniciativas de salud, cuantas culturas existen.

La existencia de un solo modelo para enfrentar a la enfermedad era creencia ampliamente extendida en el mundo médico de “occidente” hasta hace pocos años”. Este modelo prevaleciente durante el siglo XX, se basó en los principios de la escuela de Alcmeón de Crotona, en la que los fundamentos hipocráticos de los años 400 antes de Cristo dieron nacimiento a una escuela médica, que luego de fortalecerse con los aportes medievales y del renacimiento europeos se nutriría enormemente del método y la tecnología científica contemporánea, para convertirse en el sistema médico más expandido a nivel mundial.

Este modelo de atención de la enfermedad también conocido como sistema de salud oficial, moderno, científico, occidental o convencional, ha demostrado por largo tiempo eficacia, efectividad y eficiencia en la aplica-

ción de procedimientos curativos orientados principalmente a contrarrestar procesos biológicos que deterioran la salud de los individuos o de la población en forma aguda o crónica. Este modelo convencional a fines del siglo pasado, no prestó mayor atención a la existencia paralela de otros modelos de atención a la enfermedad como son el tradicional y el alternativo, por considerarlos elementales, sin evidencias y sin sustento científico.

Lo “tradicional” por su parte, como modelo de atención de la enfermedad representa lo genuino, lo autóctono, lo primigenio, lo ancestral del conocimiento de los pueblos del mundo en su esfuerzo por explicar el origen y el curso de las enfermedades. En lo “tradicional”, los pueblos del orbe exploran empíricamente en el laboratorio natural, tanto técnicas diagnósticas como procedimientos terapéuticos que demuestran eficacia para tratar las enfermedades. Lo tradicional conceptúa al ser humano integrado por elementos naturales o biológicos que conforman su cuerpo físico, el mismo que está íntimamente relacionado con un componente social, que genera un comportamiento de grupo; y otro espiritual, que constituye la esencia de la vida, el sustento de los valores del ser humano y la conexión con un mundo sobrenatural. Estos tres elementos constitutivos se hallan inmersos en un ambiente a su vez físico (la naturaleza), social (la comunidad) y espiritual (los valores morales y los sentimientos).

Según la visión de lo “tradicional”, los seres humanos no enferman únicamente del cuerpo. Cuando un individuo enferma, enferma de manera integral y por lo tanto, su recuperación depende de un proceso de “sanación” de carácter holístico. Ejemplos de “lo tradicional” mencionados y reconocidos internacionalmente son las medicinas china, ayurveda (india o hindú) y unani (árabe). Recientemente, la caracterización de las medicinas andinas y amazónicas ha generado gran interés en el mundo contemporáneo debido a sus ancestrales aportes al bienestar de la humanidad.

Lo “alternativo”, es decir, proposiciones de salud distintas a lo “tradicional” y a lo “convencional”, surge como un hecho social basado en conocimientos y destrezas que plantean mecanismos diferentes e interpretaciones distintas de la etiología y curso de las enfermedades, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos diversos. Algunos de estos esfuerzos son conocidos como terapias: hidroterapia, aromaterapia, terapia neural, terapia bioenergética; otros son conocidos por el tipo de praxis desarrolla-

do: iridología, reflexología, pendulismo, acupuntura, digito-presión, reiki, magnetismo; otros revestidos de teorías más complejas tienen aplicaciones prácticas que incluyen procedimientos diagnósticos y terapéuticos que utilizando o no sustancias medicamentosas proponen un enfoque alternativo e integrador, por ejemplo, la homeopatía y la osteopatía.

El hecho de valorar al ser humano como un ser integrado, por un cuerpo biológico animado por la energía vital, donde lo social, lo psicoafectivo y lo espiritual se afectan igualmente en forma integral, permite diferenciar la interpretación alternativa de la interpretación convencional de salud y vida, que se ha caracterizado por priorizar lo somático separándolo de los demás componentes del ser integral.

En un mundo cercanamente interconectado, que cuenta con los avances más recientes de cada una de estas manifestaciones de lucha contra la enfermedad, encontramos a la heterogénea sociedad ecuatoriana, multiétnica y multicultural, que busca su autodeterminación en salud, es decir, la posibilidad de ejercer su derecho para escoger con libre albedrío la respuesta que más adecuadamente satisfaga su necesidad, en apropiados términos culturales, a un costo social y económico que le sea asequible.

### **¿Por qué lo “tradicional” y lo “alternativo” toman fuerza frente a lo convencional?**

Lo “tradicional” para el caso ecuatoriano debe ser analizado dentro de cada contexto cultural. Así, el término “tradicional” incluye tanto a la tradición popular mestiza, a la tradición afroecuatoriana y a la tradición de los pueblos aborígenes o indígenas. Esta última, merece a su vez, ser estudiada en sus variedades regionales: Costa (Tzáchila, Chachi, Awa y Epera), Andes (Kichua) y Amazonía (Cofán, Secoya-Siona, Huao, Shuar, Achuar, Zápara y Kichua Amazónica).

Lo tradicional y lo alternativo toman fuerza debido a: las limitaciones del modelo dominante; la generación de proposiciones distintas en un mundo de interacciones sociales más estrechas, donde lo novedoso tiende a propagarse y compartirse con relativa mayor facilidad, y los dinámicos cambios de relación entre grupos sociales.

### **Limitaciones del modelo dominante**

De la misma equivocada manera en que algunas personas creen que ciencia es únicamente el conocimiento basado en la física o en la matemática para explicar los fenómenos naturales; en materia de salud, equivocados están aquellos que pretenden explicar la enfermedad en términos únicamente biológicos. Bajo esa perspectiva, el modelo dominante ha considerado que el único conocimiento infalible para recuperar la salud es aquel que se basa exclusivamente en el estudio del cuerpo humano, sus reacciones fisiológicas y sus mecanismos de defensa bioquímicos e inmunológicos.

Lo “convencional” apoyado sobre una infraestructura tecnológica magnífica, con capacidad de estudiar fenómenos fisiológicos y patológicos a nivel celular, molecular y atómico, no ha desarrollado en igual magnitud su entendimiento sobre la mente humana, ni sobre los hechos sociales que explican comportamientos tan simples como por ejemplo: negarse a recibir atención de salud por una convicción religiosa; o porque los agentes de salud, ya sea en lo interpersonal, en lo económico o en lo conceptual no responden a la aspiración del paciente o su familia.

Lo “convencional” al tratar de explicar las condiciones de salud de los pueblos ha utilizado por largo tiempo, datos estadísticos que en lugar de hablar de salud más bien nos hablan de morbilidad o mortalidad. Recién en las dos últimas décadas, la calidad de vida y la proporción de la población satisfecha con la calidad de vida son empleadas como indicadores de importancia.

Lo “privado” dentro del modelo de lo “convencional” es un subsector que no considera de su responsabilidad por ejemplo: la dotación de agua potable, la letrización o el alcantarillado, el control de plagas o enfermedades causadas por vectores.

La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a escala masiva y con responsabilidad pública ha sido confinada al subsector de lo “convencional público” es decir, a entidades dependientes organizativa y económicamente del Estado.

La crisis financiera del país amplificada por una miopía gubernamental respecto de las necesidades a ser atendidas por el sector social del Esta-

do, no ha permitido por décadas la asignación de un presupuesto nacional real para la ejecución de la obra pública necesaria, que garantice igualdad de condiciones en salud para todos los ecuatorianos. Frente a este panorama de escasez y desigualdad, el paciente, su familia y su comunidad reaccionan seleccionando la opción que a su juicio podría responder a su diaria necesidad.

### El surgimiento de proposiciones distintas

Las dispares condiciones socio-económicas del mundo contemporáneo han exigido en diversas sociedades la búsqueda de opciones diferentes. Aún, en los países más desarrollados han aparecido iniciativas distintas al modelo convencional que proponen comportamientos de salud distintos. Así, en las tres últimas décadas se ha producido una tendencia creciente a demostrar una actitud de búsqueda de hábitos saludables más activa. En muchos países del mundo quienes toman decisiones en salud, los profesionales de la salud y la población usuaria de los servicios enfrentan cotidianamente interrogantes sobre la seguridad, eficacia, calidad, accesibilidad y futuro de las nuevas o antiguas alternativas existentes.

Para los seres primigenios de América lograr una vida armónica con la naturaleza y con los demás seres vivos han sido por siglos su pasaporte a la felicidad, a la paz y a la tranquilidad, conceptos que contrastan inmensamente con aquellos de la urbanizada sociedad de occidente.

La enfermedad, producto bio-sico-social de una relación desequilibrada entre el ser humano y su entorno, requiere de mecanismos preventivos y reparadores de tal desbalance. Lo “tradicional” aplicado no sólo al individuo sino al grupo social del cual nace, propone preceptos positivos y establece tabúes al comportamiento considerado inapropiado. Propone por ejemplo: abrigarse ante el frío, protegerse del excesivo calor, hacer dieta, evitar el contacto con personas enfermas, evitar mojarse, y fortalecer la personalidad y el carácter. Proscribe la envidia, el odio, el ocio, la promiscuidad y los excesos. Propone el trabajo cooperativo, la solidaridad, el sentimiento de comunión y de comunidad.

Lo “alternativo” de igual modo, propone hábitos saludables como: el cuidado de una dieta equilibrada, la higiene corporal y el ejercicio, la responsabilidad del individuo en su propia salud y en la de los suyos.

Si bien, el modelo convencional creó la solución de electrolitos como solución para la deshidratación, no ha podido solucionar la diarrea. No se percató que es indispensable atacar la causa de raíz, es decir la contaminación del agua, de los alimentos o de las manos. No se percató que el antibiótico no puede ser administrado en toda la población conforme a la farmacopea más actualizada, por sus altos costos. No se preparó para mantener al personal de salud actualizado, remunerado en forma acorde a su esfuerzo, o educado para entender a un paciente que concibe al mundo en forma distinta. Punitivamente frente a la mala práctica médica, impuso mecanismos de certificación diagnóstica costosa, sofisticada y muchas veces no justificada. Se olvidó de la beneficencia social favoreciendo el surgimiento de seguros de salud privados que descuidan a millones de ciudadanos, quienes por condiciones financieras o de desempleo se hallan totalmente desprotegidos.

Lo “convencional” se especializó tanto, que su sector privado se confinó al trabajo intramural, en espacios estériles y restringidos, sin interesarse en la dotación de agua segura para que en las poblaciones disminuyera la prevalencia diarreica; mientras su sector público sufre de un presupuesto estatal establecido sin criterio para garantizar el bien común.

El modelo de atención convencional público es el único que desarrolla una oferta de servicios con orientación a la problemática de la población. Realiza esfuerzos evidentes por integrar la promoción y los demás componentes de la atención de salud (prevención, curación y rehabilitación). Si bien ha venido aplicando por más de veinte y cinco años la estrategia de atención primaria de la salud, persisten aún los problemas fundamentales de organización, gestión y financiamiento. En años recientes ha realizado esfuerzos por desarrollar una articulación conceptual y operativa con las prácticas ancestrales y alternativas de salud, sin embargo el modelo ha permanecido enfocado en lo curativo, hospitalario e intramural.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001) en la actualización del perfil del Sistema de Servicios de Salud del Ecuador, el modelo convencional público está constituido por 48 000 funcionarios

de seis grandes instituciones públicas: ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Policía, Junta de Beneficencia de Guayaquil y Sociedad de lucha contra el cáncer. El número de unidades de atención ambulatoria es de 2 759 y 168 hospitales. A esta información deben sumarse las unidades de salud municipal y de otras entidades públicas.

El modelo de atención convencional privado está compuesto de manera no coordinada por hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias, empresas de medicina pre-pagada y organizaciones privadas sin fines de lucro como organizaciones no gubernamentales, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, y otras. Representan 14.6 por ciento de los establecimientos del país y emplean a 12 025 personas en instituciones con fines de lucro, 1 659 en establecimientos sin fines de lucro, totalizando 13 684 personas, que trabajan en 367 establecimientos con internación (351 con fines de lucro, 16 sin fines de lucro) y 148 unidades de tipo ambulatorio (1 con fines de lucro y 147 sin fines de lucro). Además existen 10 000 consultorios médicos particulares, por tanto el modelo convencional cuenta con aproximadamente 72 000 individuos al servicio de la población del país (OPS, 2001).

Actualmente existen 16 escuelas de medicina en el Ecuador, ninguna tiene orientación comunitaria. Varias realizan trabajos de asistencia a comunidades prescribiendo medicinas de bajo costo o gratuitas, varias han empezado programas de promoción y prevención, sin embargo no hay aún una coordinación real entre el Estado y las instituciones de formación de recursos en salud.

La salud del entorno humano requiere una orientación ética y práctica respecto del tamaño de la población, de su distribución y de su hacinamiento. La salud del entorno debe detener la destrucción del hábitat, la contaminación por ruido, el incremento de desechos sólidos y líquidos, la utilización indiscriminada de pesticidas y fertilizantes científicamente creados, y la generación descontrolada de "smog". Sin embargo, la sociedad y el modelo de salud dominante no parecen haberse percatado de su importancia, igual que no se han dado cuenta que el rencor, la envidia, el odio o el miedo no se tratan con sedantes, ni que la lujuria desatada en

forma televisada debió y debe ser prevenida para contrarrestar al síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

### **Procesos sociales dinámicos de renovación en la relación de grupos sociales**

Un esfuerzo mundial y regional por generar iniciativas de salud para los pueblos menos favorecidos permitió a nivel internacional el reconocimiento, la valoración y el rescate de la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de pueblos autóctonos minorizados por la sociedad prevaleciente. El nacimiento de la estrategia de la atención primaria de la salud y la inclusión en la misma del reconocimiento al valor de la medicina tradicional de los pueblos, demuestran a nivel mundial, un proceso de cambio de actitud en quienes planifican la salud internacional desde 1978.

El vacío dejado por quienes gobiernan al mundo sin responder al pueblo por el manejo incoherente de los recursos, no ha podido ser resuelto por lo "convencional", ni por lo "alternativo", ni por lo "ancestral o tradicional". La sociedad humana indiferente a la guerra, al crimen diario o a la corrupción, está enferma y se halla en busca de una respuesta que no encuentra. De estos antecedentes surgen las múltiples proposiciones que tratan de superar la crisis de salud social, espiritual, biológica y ambiental, con una perspectiva diferente.

### **Lo "complementario"**

Lo "convencional", lo "tradicional" y lo "alternativo" en tanto respuestas adaptativas del ser humano en su esfuerzo por contrarrestar al reto de la enfermedad son procesos sociales legítimos y auténticos. Ninguno sustituye al otro. Cada uno tiene su ámbito de aplicación, sin embargo, existen áreas de interrelación o puntos de encuentro, así como existen limitaciones y puntos de extremo contraste. La posición inteligente de convertir a la salud humana en el propósito fundamental de todos los esfuerzos indica que la complementación debería ser la conducta madura que guíe

el comportamiento de cada opción para lograr su fin. Pretender la hegemonía de una opción frente a las demás demuestra desconocimiento, arrogancia y obstinación.

Existen por tanto retos importantes que han sido identificados por diversos organismos internacionales, entre ellos la Organización Mundial de la Salud, la misma que a través de sus sedes en América, Asia y Europa ha convocado periódicamente a expertos para que faciliten la discusión y el establecimiento de estrategias para el reconocimiento de las medicinas tradicionales y alternativa, así como para la confección de un atlas global de los modelos de atención de la salud, y para la elaboración de una guía para el uso apropiado de dichos modelos. A continuación revisaremos estos retos, estrategias y guías.

En la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional para el periodo 2002 – 2005 se señalan como retos principales los siguientes: falta de redes de trabajo organizadas, falta de una sólida evidencia de la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos tradicionales, necesidad de medidas que aseguren un apropiado uso de las medicinas tradicionales, y que protejan y preserven los recursos tradicionales y naturales necesarios para su aplicación sostenida, y la necesidad de medidas para el entrenamiento y acreditación de los agentes de la medicina tradicional.

La estrategia considera a su vez cuatro ejes de acción:

- en políticas de salud propone un amplio reconocimiento de la medicina tradicional apoyando su integración de manera apropiada en el sistema nacional de salud, y protegiendo el conocimiento indígena;
- en seguridad, eficacia y calidad el trabajo de la OMS es expandir la base de conocimiento en medicina tradicional y elevar su credibilidad;
- en acceso, se propone trabajar para incrementar la disponibilidad y asequibilidad, especialmente para poblaciones de escasos recursos; y
- en relación al uso racional de la medicina tradicional, la meta es asegurar el uso apropiado y sustentable por parte de consumidores y prove-

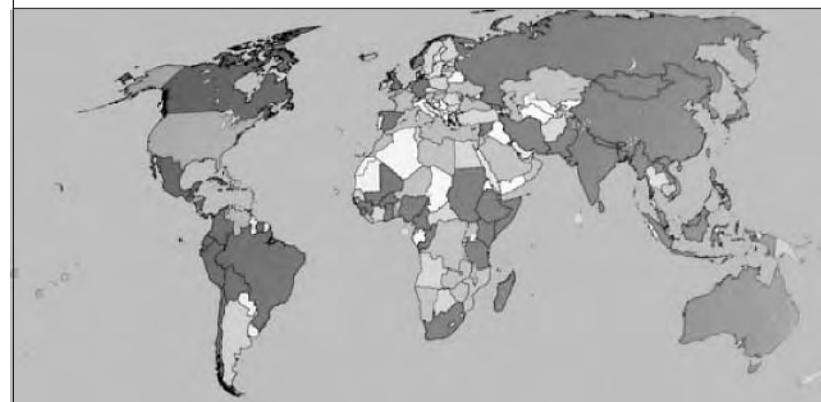
edores, preservando y protegiendo las plantas medicinales como recursos, y el conocimiento de la medicina tradicional (WHO, 2002:22).

En septiembre de 2001 y junio de 2003 organizadas por el Centro para el Desarrollo de la Salud de la OMS con sede en Kobe, Japón, se realizaron dos reuniones con la participación de 73 expertos de 45 países del mundo, interesados en colaborar en la confección del atlas global de las medicinas tradicionales, complementaria y alternativa de la OMS.

Los temas centrales en que el atlas global se enfocó fueron: legislación nacional y políticas de salud; existencia de financiamiento público; estatus de la educación y regulaciones profesionales; reconocimiento legal de agentes tradicionales por tipo de terapia; profesionales convencionales autorizados para ejercerlas y, popularidad mundial de las MTA.

A continuación y a manera de imagen demostrativa del atlas se reproduce la imagen de la distribución mundial de la utilización de las plantas medicinales. Los países que figuran en blanco no reportaron información. Los de gris más intenso son aquellos donde el uso es altamente difundido.

Gráfico No. 1  
Utilización de plantas medicinales / medicina tradicional



Fuente: WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization. Center for Health Development. Kobe, Japan. 2005. Page: 46 Map Volume.

En diciembre de 2003, bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud y con la municipalidad de Lombardía como anfitriona, se realizó en Milán otra reunión internacional de expertos para desarrollar una guía de información para el consumidor sobre el manejo apropiado de la MTA.

Para asegurar el uso apropiado de las MTA se requiere la participación de los consumidores, los gobiernos, las ONG, las autoridades de salud, las organizaciones profesionales, las diversas asociaciones de agentes de salud y los investigadores. El “uso apropiado” es un término relativo influenciado por la cultura y el contexto local que depende primariamente del conocimiento individual y de la habilidad para minimizar riesgos y maximizar beneficios.

En dicha reunión nos planteamos una serie de preguntas básicas que aplicadas no sólo a las medicinas tradicional y alternativa, sino a todos los modelos existentes en el mundo, pudieran darnos la oportunidad de revisar procedimientos o prácticas que en el mundo son observadas.

Las preguntas planteadas fueron las siguientes:

- ¿Es la terapia apropiada para la dolencia?
- ¿Es capaz de prevenir, aliviar o curar síntomas, o de contribuir a mejorar la salud o calidad de vida del paciente?
- ¿Es provista por un agente calificado (de preferencia certificado y acreditado) con antecedentes de entrenamiento, destrezas y conocimiento?
- ¿Los procedimientos, remedios o medicamentos son de calidad asegurada?
- ¿Cuáles son sus indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios?
- ¿Son asequibles a precios razonables?

Al reflexionar sobre estas preguntas y sus probables respuestas, surgen aspectos importantes sobre el uso apropiado de las medicinas tradicionales y alternativas, tales como:

- Control de calidad de procedimientos y recursos terapéuticos.
- Desarrollo de guías de tratamiento confiables.
- Entrenamiento y práctica calificada de agentes de salud.
- Colaboración entre medicina convencional y MTA.
- Comunicación entre pacientes y agentes convencionales y tradicionales o alternativos.
- Organización de los agentes de las MTA.

Los esfuerzos por alcanzar un proceso de complementación entre modelos continuarán por varias décadas y serán facilitados mientras seamos más concientes que en el mundo de la salud, debemos reducir las diferencias de enfoque, debemos obviar el etnocentrismo y debemos procurar la convivencia de modelos de salud diferentes. Este proceso deberá llevar como bandera, la necesidad de los seres humanos de compartir mecanismos y estrategias que faciliten mejores condiciones de salud y vida para esta y para futuras generaciones. La siguiente tarea es tratar el tema a mayor profundidad analizando al menos cinco elementos importantes respecto de todos los modelos de atención, incluido el convencional: equidad, eficiencia, efectividad, calidad y calidez.

## Bibliografía

- OPS (2001). “Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador”. Ecuador.
- Ortega, Fernando (2007). “Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo”. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) . *La equidad en la mira. Salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito: OPS/OMS/CONASA).
- Villacís, José. (2003) “Ministerio de Salud Pública: Organización por Procesos”. Presentación realizada en el XIV Congreso Internacional sobre Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. Quito / Ecuador.
- WHO (2002). “WHO Traditional Medicine Strategy 2002 – 2005”. Geneva
- WHO (2005). Center for Health Development. Kobe, Japan. Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. Text Volume and Map Volume.

# Los servicios públicos de atención de salud del DMQ: cantidad, calidad y costos

Ruth Lucio\*

## Introducción

En este documento interesa esbozar la configuración y características de la atención de salud en la capital de la República. El objetivo se vuelve necesario cuando la ciudad se encuentra a puertas de una de las intervenciones más importantes en los últimos años en el ámbito de salud: el aseguramiento en salud de la población quiteña, tema que con seguridad influirá para propiciar cambios sustantivos en dicha configuración inicial, tanto por la relación concertada e inédita entre el Gobierno nacional y subnacional, que establece la posibilidad de direccionar políticas públicas de salud de manera coherente y con mayor cercanía, cuanto por la sujeción del sistema en su conjunto a un ejercicio de provisión con efectivo apego a la normativa técnica y estándares nacionales, así como a la ampliación de cobertura imperativa.

El documento actual, aborda sucesivamente los temas de unidades de salud existentes, usos de los servicios, percepción de calidad de los usuarios, estándares de calidad técnica cumplidos por los servicios y costos de los servicios de atención de salud del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ). Para su tratamiento, se recogen los elementos de volumen y estructura del sector de las encuestas regulares que realiza el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) sobre recursos y actividades en salud. Para trabajar el tema de usos, calidad y costos, en su mayoría se recu-

---

\* Directora Nacional del Proyecto “Salud de Altura” Municipio de Quito y Cooperación del gobierno de Bélgica.

re a los datos proporcionados por investigaciones y encuestas levantadas por el Proyecto Salud de Altura<sup>1</sup> (PSA) durante el período 2006 y 2007, siendo las más relevantes aquellas que brindan información que permite realizar una comparación de datos entre la población del Distrito y la población pobre del Distrito Metropolitano de Quito en relación con la atención de su salud.

El documento brinda una panorámica aplicable a cualquier territorio y otorga elementos importantes para la definición de políticas a favor de la población quiteña.

### Instituciones de salud y recursos humanos en el Distrito Metropolitano de Quito

En el Distrito Metropolitano de Quito las instituciones proveedoras de salud crecieron de 484 en el 2002<sup>2</sup>, a 503 en el 2005. Pertenecen a diferentes subsistemas institucionales coexistentes en el sector, y están organizadas bajo distintos procesos administrativos y territoriales.

Tipo de Unidad Operativa	Privados	Cías. Autónomas	Misionales, universidad, etc.	SOLCA	Anexos al IESS	IESS	SSC	MBS	MEC	Ministerio de Defensa	Ministerio de Gobierno	MSP	Municipio	TOTAL
Centro de Salud			1									13		14
Clínica P.	94													94
Dispensario Médico	14	3	4		139	8	8	9	32	13	6	2	7	245
H. Cantonal												2		2
H. dermatológico												1		1

1 El Proyecto Salud de Altura "Fortalecimiento de servicios públicos de atención de salud del DMQ" es producto de la Cooperación para el Desarrollo del Reino de Bélgica al Ecuador, se ejecuta a través del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito con un monto de 4 millones de euros. Inició sus actividades en el año 2005 y está previsto que termine en el 2009.

2 INEC. Encuesta Recursos y Actividades, Salud 2002 y 2005.

H. General	4					1				1	1	3	2	12
H. Geriátrico											1		1	
H. Gineco-Obstétrico												1		1
H. Oncológico					1									1
H. Pediátrico													1	1
H. Psiquiátrico													3	3
Otros			13										1	14
Puesto de Salud													2	2
Subcentro de Salud													112	112
Total general	112	3	18	1	139	9	8	9	32	14	7	142	9	503

Fuente: INEC.

Elaboración: Proyecto Salud de Altura: Daniela Oleas.

El sector público de atención de salud<sup>3</sup> conformado por el MSP y Municipio del DMQ, para 2005 cuenta con 151 instituciones, de las cuales 94 por ciento pertenecen al MSP y 6 por ciento al MDMQ (Cuadro 1).

Estas unidades atienden muchas veces a las mismas poblaciones de manera superpuesta, y, paradójicamente también, dejan fuera del acceso a poblaciones que no son captadas por ningún otro subsistema de salud. Ello se debe fundamentalmente a la carencia de un registro y planificación global de los servicios de atención de salud, que permita una distribución racionalizada para cubrir a la mayor cantidad de población, con eficiencia, calidad, sin duplicación de cobertura ni desperdicio de recursos.

3 Para el análisis en este documento consideraremos como servicios públicos de atención de salud en el DMQ, únicamente a las unidades proveedoras del MSP localizadas en el territorio distrital, así como a las denominadas Unidades de Salud Municipal (USM) del MDMQ (ó ex patronatos), dejando de lado las otras unidades de atención existentes vinculadas a otros subsistemas públicos de salud, debido a que están dirigidos a demandas complementarias y acotadas de manera corporativa, por lo cual dan servicio a personal de instituciones y organizaciones específicas, o pertenecen al Seguro Social Ecuatoriano, que tiene una lógica de financiamiento contributiva diferente, basada en aportes de patronos y trabajadores.

Es importante señalar que en la última década se observa una tendencia a nivel nacional creciente de las unidades del sector privado, mientras el sector público se mantiene prácticamente constante. Así entre 1996 y 2005 el sector privado crece en 69,8 por ciento, mientras el público lo hace en 4,46 por ciento.

Esta misma tendencia se observa en el MDMQ, donde además se tiene un crecimiento importante de consultorios privados, que no se encuentran registrados en conjunto con las demás instituciones. Este constituye el antecedente para analizar el uso predominante por parte de los quiteños de servicios privados, como se verifica en el acápite pertinente.

En lo que respecta a recursos humanos, en las instituciones públicas y privadas de salud del DMQ laboran para el año 2005, aproximadamente 5 350 médicos de un total nacional de 22 695<sup>4</sup>, esto representa el 24 por ciento del total nacional y alrededor del 87 por ciento del total provincial (Cuadro 2).

La mayor cantidad de médicos en el sector salud del Distrito, laboran en entidades privadas 27 por ciento del total nacional, mientras en el ámbito público lo hace el 22 por ciento. Si se analiza el dato con relación a la provincia de Pichincha, la cifra representa 89 por ciento de recursos del ámbito público y 85 por ciento en el sector privado.

El sector no gubernamental, conocido como privado sin fines de lucro tiene en representatividad una baja incidencia, sin embargo el DMQ concentra también el mayor porcentaje de recursos humanos que laboran en instituciones de este tipo. Respecto a la provincia, el Distrito concentra el 86,93 por ciento de los médicos y el 12,3 por ciento, respecto al país.

<sup>4</sup> Para el análisis en este documento consideraremos como servicios públicos de atención de salud en el DMQ, únicamente a las unidades proveedoras del MSP localizadas en el territorio distrital, así como a las denominadas Unidades de Salud Municipal (USM) del MDMQ (o ex patronatos), dejando de lado las otras unidades de atención existentes vinculadas a otros subsistemas públicos de salud, debido a que están dirigidos a demandas complementarias y acotadas de manera corporativa, por lo cual dan servicio a personal de instituciones y organizaciones específicas, o pertenecen al Seguro Social Ecuatoriano, que tiene una lógica de financiamiento contributiva diferente, basada en aportes de patronos y trabajadores.

Cuadro No. 2  
Recursos médicos que laboran en el DMQ en el año 2005

	Médicos 8 horas	Médicos 1/2 tiempo 4 a 7 horas	Menos de 4 horas	Llamada ocasionales	Total médicos
Sector público	387	1904	63	49	2403
Sector privado	597	188	350	1639	2774
Sector privado sin fines lucro	16	90	29	38	173
Total sector salud	1000	2182	442	1726	5350

Fuente: Encuesta de Recursos y Actividades en Salud 2005 (ERAS – 2005).  
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

De lo visto resalta el hecho de que los profesionales médicos del sector privado son en su mayoría de llamada ocasional, así su tipo de contratación propicia flexibilidad e incertidumbre, lo cual favorece su vinculación con diferentes instituciones, debilitándose el sentido de pertenencia o exclusividad, así como la posibilidad de constituirse en un ente con posibilidad real de ser capitalizado por su entidad al constituirse un activo institucional en el cual invertir.

Adicionalmente es importante anotar que para 2006, la vigencia de una norma legal avalizada por la Federación y gremios de profesionales médicos, que contempló pasar a trabajar una jornada de cuatro horas en lugar de ocho al día, como una reivindicación salarial, presenta resultados muy diferentes comparando el 2005 y el 2006, puesto que tal medida incide al menos en una menor producción, consiguientemente en menor productividad en el sector público, pero sobre todo una pérdida de confianza en el mismo y favorece el desplazamiento de la población hacia el sector privado, tendencia que analizaremos más adelante.

## Usos, preferencias y tiempos de espera de los quiteños de los servicios de salud en el DMQ

La población quiteña acudió en mayor número a provisión privada que pública, 70 por ciento a 30 por ciento. El sitio más concurrido fue el consultorio particular con alrededor del 27 por ciento<sup>5</sup>.

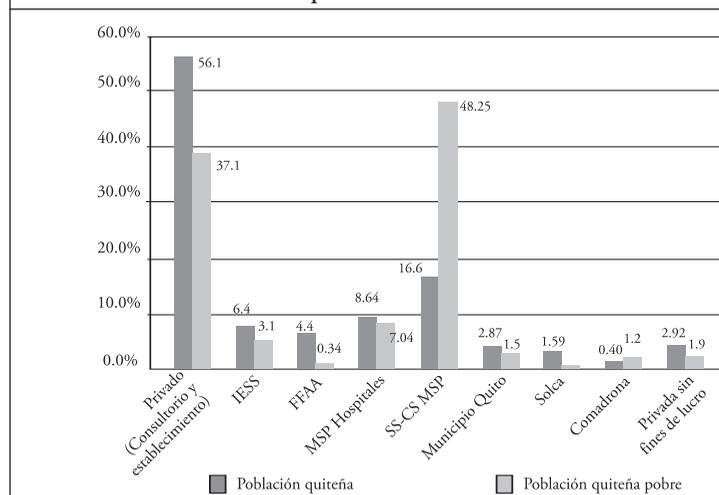
La población pobre de Quito buscó también en mayor número atención privada (52 por ciento), mientras que el 49 por ciento acudió a un lugar público. El sitio más concurrido fue la farmacia con 21 por ciento, seguido por el consultorio particular en 20 por ciento.

Si se analiza de manera más específica, el lugar utilizado por los usuarios para atenderse ambulatoriamente, el 56,11 por ciento de la ciudadanía quiteña acudió a consultorios médicos particulares y a establecimientos del sector privado, mientras las personas pobres y en extrema pobreza lo hicieron en el 37,12 por ciento.

A instituciones de primer nivel, centros y subcentros de salud públicos, asistieron 17 de cada 100 quiteños y 48,25 de cada 100 quiteños pobres. A hospitales públicos acudió el 8,68 por ciento de los quiteños y el 7,04 por ciento de los pobres quiteños. No se encontró ningún pobre que haya acudido a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA) aunque el 1,59 por ciento de los quiteños declaró haberse hecho atender allí; y 1,22 por ciento de los pobres acudió a un agente de salud tradicional.

5 Tomado del Proyecto de Fortalecimiento de servicios públicos de atención de salud en el DMQ "La Salud en Quito: Línea de base del proyecto salud de altura" Julio 2007. Quito –Ecuador en Prensa.

Gráfico No. 1  
Establecimiento donde acudió para consulta morbilidad



Fuente: La Salud en Quito: Línea base del Proyecto Salud de Altura. En prensa. 2007.  
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

Respecto de los otros subsistemas, 6,4 de cada 100 quiteños acudió a establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), y de manera similar tan solo el 3,11 por ciento en el caso de hogares pobres. Alrededor del 3 por ciento de la población quiteña declara haber acudido a unidades municipales, situación igual en el 1.6 por ciento de los quiteños pobres.

En cuanto a instituciones privadas sin fines de lucro como Vista para Todos, Tierra Nueva, Cemoplaf, APROFE, Cruz Roja, e Innfa, casi 3 por ciento de los quiteños declara haber acudido a estos lugares, al igual que el 1.4 por ciento de los quiteños pobres.

Entre las causas más importantes para entender las preferencias hacia lo privado tanto la población en general del DMQ, cuanto los grupos pobres responden en primer lugar, la buena calidad (32 a 39 por ciento), luego la ubicación cercana (entre 17 y 18 por ciento).

Quienes fueron al sector público, indican, en el caso de los hogares pobres, que lo hicieron por cercanía el 41 por ciento y por precios bajos, el

23,4 por ciento. En tanto, los hogares quiteños que prefieren los establecimientos públicos manifestaron que usaron el servicio porque “está cerca” en un 26 por ciento y “por costumbre”, el 12,8 por ciento.

De los quiteños que fueron atendidos, el 77 por ciento manifestó que lo hizo un médico, el porcentaje baja a 72 por ciento, en el caso de quiteños pobres.

Un tema que evidencia maltrato e inequidad para todos, pero con mayor énfasis en el sector pobre, es el tiempo de espera promedio para ser atendido. En general en un establecimiento público se registró 1 hora 43 minutos, y en los privados, 22 minutos.

Para el caso de los hogares pobres del DMQ, el tiempo de espera promedio fue en establecimiento público de 2 horas con 7 minutos, y en privado de 38 minutos.

Siendo la barrera económica una de las razones considerada importante para acceder a los servicios de salud, es interesante observar las principales razones de la no asistencia a servicios públicos de salud donde la atención es gratuita para la población vulnerable.

Cuadro No. 3 Razones por las que no acuden a los establecimientos públicos cerca de la vivienda		
Hogares DMQ	General %	Q1 y Q2 %
No registra	5,5	16,93
Está lejos	1,2	3,01
Mala calidad de atención	46,15	45,7
No pasa abierto	5,21	5,37
No hay quien atienda	4,32	7,86
No hay medicina	0,79	1,79
Cobran por la atención	1,4	5,42
Otra	35,44	13,92
Total	100	100

Fuente: Encuestas Línea Base.  
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

Agrupando las razones más importantes para no acudir a establecimientos públicos ubicados cerca de la vivienda se encuentran los temas relacionados con calidad deficiente de la atención. Esto se observa en un 58 por ciento y 64 por ciento, respectivamente en hogares quiteños y hogares quiteños pobres.

La percepción de mala atención en los servicios de salud es igual en los hogares generales y en hogares pobres

### Calidad percibida de la población quiteña sobre los seguros y servicios de salud de la ciudad<sup>6</sup>

Analizada la percepción sobre la información de beneficios y derechos que reciben los usuarios de los seguros a los cuales se adscriben, en el caso del IESS, la población declaró mayoritariamente una opinión de mala calidad, mientras para el caso del Seguro Social Campesino (SSC), la opinión mayoritaria está entre buena y muy buena calidad de la información otorgada. La opinión respecto a la información del Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas es excepcional, ya que el 100 por ciento declara que es muy buena. En cuanto al Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), la opinión se divide exactamente entre mala y muy buena; respecto al Seguro Metropolitano de Salud, la percepción es mayoritariamente buena y en el caso de los seguros privados y empresas de medicina prepagada existe una percepción mayoritaria de muy buena calidad de la información brindada sobre beneficios y derechos (Cuadro 4).

<sup>6</sup> Los datos se desprenden de una encuesta de usuarios posterior a su atención en los subsistemas de salud de la ciudad, con significancia estadística representativa. Se levantó por el Proyecto Salud de Altura para efectos de construir su línea basal.

Cuadro No. 4 Opinión respecto a la calidad: en información sobre los beneficios y derechos (porcentajes)							
Cobertura de seguro	No informa	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Total
IESS, Seguro general	10	14	32	24	14	6	100
IESS, Seguro campesino	33	0	0	0	33	33	100
Seguro ISSFA	0	0	0	0	0	100	100
Seguro ISSPOL	0	0	50	0	0	50	100
Seguro metropolitano	6	6	0	29	59	0	100
Seguro salud privado	0	0	14	0	29	57	100
Otro	0	0	0	0	0	100	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud de Altura.  
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

A los requerimientos sobre la opinión de la calidad de la atención de la red de proveedores con que operan los mismos subsistemas de seguros analizados anteriormente, la población quiteña expresa una opinión de calidad ligada a su experiencia concreta vivida, mostrada en los datos que se encuentran esbozados en el cuadro No. 5, expuesto a continuación.

En este ítem destaca la opinión mayoritariamente buena del 100 por ciento de los usuarios de la red con la cual trabaja el ISSPOL, así como del 33 por ciento de los usuarios del SSC y del 47 por ciento de los usuarios de la red de Seguro Metropolitano. Un dato sumamente importante se refiere a que el 57 por ciento de los aseguradores a seguros de salud privado refiere una opinión muy buena sobre la red de proveedores con las cuales estos operan, también en su amplia mayoría privados.

Cuadro No. 5 Opinión respecto a la calidad: la red de proveedores (porcentajes)							
Cobertura de seguro	No informa	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Total
IESS, Seguro general	21	8	32	25	11	3	100
IESS, Seguro campesino	33	0	33	0	33	0	100
Seguro ISSFA	0	50	0	50	0	0	100
Seguro ISSPOL	0	0	0	0	100	0	100
Seguro metropolitano	12	0	24	6	47	12	100
Seguro salud privado	14	0	14	14	0	57	100
Otro	0	50	0	0	0	50	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud de Altura.  
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

Un tema importante adicionalmente, para identificar elementos de calidad, tiene que ver con la implementación de procedimientos de quejas y reclamos por parte de los aseguradores, figura representante del usuario frente al proveedor. Estos procedimientos permiten captar las quejas y reclamos, fortaleciendo su representatividad y compromiso con sus afiliados. La institución en donde se observa una calificación positiva en procedimientos de reclamos y quejas mayoritaria es en el ISSFA.

Cuadro No. 6 Opinión respecto a la calidad: procedimiento para quejas y reclamos (porcentaje)							
Cobertura de seguro	No informa	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Total
IESS, Seguro general	32	14	25	19	8	2	100
IESS, Seguro campesino	33	0	0	67	0	0	100
Seguro ISSFA	0	0	0	0	50	50	100
Seguro ISSPOL	0	0	50	0	50	0	100
Seguro metropolitano	35	6	6	18	35	0	100
Seguro salud privado	29	14	14	0	14	29	100
Otro	50	0	0	0	0	50	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud de Altura.  
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

De lo visto en este acápite podemos colegir entre los elementos más importantes, que la población logra identificar con claridad el rol distinto de la red de proveedores y el de los distintos aseguradores; esto se refleja de las opiniones disímiles que expresan respecto al funcionamiento de cada uno de ellos. Así, por ejemplo, están satisfechos con la información que reciben del seguro en cuanto a beneficios y derechos, sin embargo, muestran inconformidad en cuanto a la atención recibida en salud por parte de sus proveedores.

### Calidad percibida en la atención de salud<sup>7</sup>

El perfil de atención en las unidades públicas de salud, detectado en los estudios realizados corresponde plenamente con el observado en las otras investigaciones, así más del 56 por ciento de atenciones son materno infantiles, característica del modelo de atención imperante en el país, quedando por lejos las atenciones a otros grupos étnicos y programáticos.

Analizado el funcionamiento de los servicios públicos de atención de salud en el DMQ se obtuvo que la atención médica se realizó fundamentalmente de 8h00 a 12h00 a.m. de lunes a viernes.

La duración de la consulta fue de 10 minutos en la mayoría de casos, (32 por ciento), seguidas por consultas de 5 minutos (19 por ciento), de 15 minutos (18 por ciento) y de 20 minutos (13 por ciento). Esto da cuenta que en al menos el 50 por ciento de las consultas no se cumple con la norma promedio establecida de 15 minutos.

7 La información proporcionada aquí deviene de una encuesta censal que realizó el Proyecto Salud de Altura para todos los servicios del MSP, MDMQ y ONG sin fines de lucro en el DMQ, sobre aspectos de calidad, producción y financiamiento. Un informe completo de la información se puede encontrar en "La Salud en Quito: Línea base del proyecto salud de Altura" En prensa.

Cuadro No. 7

Horario atención	Minutos que se tomó el Doctor en atender a los pacientes																			Total			
	0	2	3	4	5	7	8	10	12	14	15	18	20	25	30	40	45	60	65		70	90	110
AM																							
1:00					2						2												4
5:00								1		1		1											3
6:00											1												1
7:00								7		4		3		3						1		1	19
8:00			3		17		1	35	1	22		13	3	5	1	2	1						104
9:00	1	6	2	1	48	1	1	64		42		29		19	1		3				2		220
10:00	1	9	1		23		3	57		34	1	16		11			3						159
11:00	1	3	2		23			26		1	13		9		7			1					86
12:00 PM		1			6			12			9		3	1	5			1					38
13					1			9			4		3		1								18
14			1		2			5			3				1								12
15											4												4
16					1			1			4												6
17								1			2		1										4
18								1											1				2
24											1												1
Total	3	19	9	1	123	1	5	219	1	1	146	1	78	4	52	2	2	9	1	1	2	1	681
%	0,4	2,8	1,3	0,1	18,1	0,1	0,7	32,2	0,1	0,1	21,4	0,1	11,5	0,6	7,6	0,3	0,3	1,3	0,1	0,1	0,3	0,1	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud e Altura.  
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

Respecto a la percepción del usuario sobre el trato de los profesionales de la salud y de apoyo en el subsistema de atención público, plantea para el caso del médico, que la mayor parte califica de "buen y muy buen trato", aunque es también el profesional que recibe el porcentaje más elevado en "muy mal servicio".

Es notorio también una fuerte opinión en "no informa", resultado que tiene que ver con que la población no recibió el servicio del profesional en cuestión, esto es claro en el caso de psicólogo, trabajador social, obstetrix, estudiantes de medicina y áreas de apoyo.

Es notorio, por tanto, que cuando el usuario quiteño logra acceder y recibir el servicio se encuentra muy agradecido con los profesionales que lo atendieron.

Calificación del trato recibido por el personal profesional y de servicios que le prestó atención									
	Médico	Enfermera	Psicólogo	Trabaj. social	Obstetriz	Estudiantes medicina	Personal administrat.	Personal de apoyo	Enfermería
No informa	20,41	17,18	99,12	98,83	88,11	95,01	87,08	96,62	87,08
Muy malo	9,1	7,93		0,15	0,29	0,15	1,91	0,29	0,29
Malo	0,73	1,62				0,15	0,59	0,44	0,15
Regular	3,96	9,25				0,88	2,2	0,73	1,47
Bueno	23,94	30,54	0,44	0,44	2,5	2,94	3,23	0,59	7,64
Muy bueno	41,85	33,48	0,44	0,59	9,1	0,88	4,99	1,32	3,38
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud de Altura.  
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

En lo referente a la calidad del servicio en general para toda la unidad, la calificación mayoritaria es entre “buena y muy buena”, aunque existen áreas como Información y Admisión y Estadística que presentan inercias frente a la población usuaria. (Cuadro No. 9).

Usted diría que la atención que recibió por parte del personal de cada servicio, fue:									
Calificación de 1 a 5 (5 la mejor)	Información	Admisión y estadística	Preparación o preconsulta	Consulta	Farmacia	Laboratorio o RX	Pos Consulta	Personal de apoyo (servicio)	En general (toda la unidad)
No informa	49,49	15,57	32,6	8,81	75,04	77,68	97,94	96,48	3,38
1	2,35	4,41	1,32	0,29	2,06	0,59	0,15		0,15
2	3,38	5,43	1,91	1,91	1,76	0,15			1,03
3	10,57	13,22	5,43	3,38	5,29	1,47	0,15	0,29	9,54
4	14,54	27,9	24,08	24,38	7,93	8,08	0,73	0,59	43,32
5	19,68	33,48	34,65	61,23	7,93	12,04	1,03	2,64	42,58
Total	100	100	681	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud de Altura.  
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

Un dato muy interesante, en cuanto a la fidelidad del usuario al establecimiento, se obtiene que al menos el 55 por ciento de los usuarios volverían al centro de salud que los atendió, mientras que el 45 por ciento buscaría otras opciones de atención.

Respecto a los temas relacionados con calidad de la atención directa del profesional, el 5 por ciento y el 8 por ciento de los usuarios expresó inconformidad e insatisfacción por algún factor clave (Cuadro No. 10).

	Ha podido decir al médico/obstetriz lo que quería	El médico/obstetriz le escuchó y le entendió	Siente que le han examinado bien	Ha recibido una explicación completa y entendible sobre lo que le pasa	Ahora sabe lo que tiene que hacer	Está satisfecho con esta consulta	Regresaría donde este mismo profesional
No informa	7,64	7,64	7,93	7,64	7,64	7,49	7,64
Si	84,88	86,78	84,14	84,88	86,78	85,61	85,46
No	7,49	5,58	7,93	7,49	5,58	6,9	6,9
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud de Altura.  
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

En lo que se refiere a la atención por condiciones de emergencia, los establecimientos más visitados son prioritariamente públicos, privados y municipales con un mayor nivel de complejidad técnica.

### Calidad en cumplimiento de estándares por profesionales y establecimientos<sup>8</sup>

Los aspectos de calidad, constatados desde la oferta, es decir desde el servicio de atención de salud confrontado con la norma de cumplimiento,

8 Los elementos de calidad valorados contra estándares para profesionales y establecimientos, se extraen de una serie de estudios sistemáticos que realiza el proyecto salud de altura para verificar correspondencia entre capacitación, llenado de historia clínica, pertinencia del diagnóstico con tratamiento, pertinencia de solicitud de exámenes con diagnóstico y otros temas de calidad valorados contra estándares, de los cuales básicamente hemos tomado las principales conclusiones.

para la mayoría de establecimientos de salud públicos de Quito señalaron entre las principales las siguientes conclusiones:

- Alrededor del 11 por ciento de las historias clínicas no tienen diagnóstico y en el caso de aquellas que tienen consignado uno, el 20 por ciento de la argumentación no tiene coherencia con los diagnósticos registrados.
- Existe incoherencia entre la sintomatología y el diagnóstico en al menos el 23 por ciento de los establecimientos públicos del DMQ.
- Existe en todos los casos un porcentaje elevado de falta de coherencia entre diagnóstico, argumento y tratamiento.
- Para el estudio de Infecciones respiratorias agudas (IRA) los resultados obtenidos demuestran la tendencia al uso injustificado de antibióticos, broncodilatador y antitusígenos, lo que afecta a la pertinencia del tratamiento frente a la necesidad de resolver adecuadamente los problemas de la salud de la población. No existe diferencia en la prescripción de broncodilatador, según la presencia o ausencia de sibilancias.
- El estudio señala en general, tanto para las IRA como para las Enfermedades diarreicas agudas (EDA), también la falta de protocolos y su aplicación.

### Financiamiento de los servicios de salud

El financiamiento de la salud de los quiteños se encuentra cubierto en 48 por ciento por el Estado ecuatoriano a través del MSP, existe un pago de bolsillo de la población quiteña que cubre el 24,5 por ciento del financiamiento, el aporte presupuestario del Gobierno local que alcanza el 22,5 por ciento y la Ley de maternidad gratuita con el 5 por ciento.

En el año 2006, el MSP destinó en el DMQ un monto de 51.4 millones de dólares a los hospitales, mientras en 2007 está presupuestado 59.3

millones, aunque hay que considerar que los hospitales en Quito son normalmente de una referencia mayor a la cantonal, no deja de destacar por su magnitud, la existencia de una política financiera que apoya mucho más al sistema medicalizado y hospitalario en perjuicio del modelo de atención primaria en salud que recibió para 2006, 15 millones y para 2007, 17.6 millones de dólares.

Los datos anteriores arrojan un per cápita<sup>9</sup> para atención primaria de salud en el DMQ que está entre US \$7 y \$ 9 pudiendo llegar hasta US \$12 si se integran todas las fuentes de financiamiento como el aporte de los hogares y la Ley de maternidad gratuita.

### Costos

El gasto promedio al mes destinado a reparar la salud de los hogares quiteños es de US \$74,28, que constituye el 45 por ciento del ingreso promedio declarado al mes de dichos hogares (US \$164,73).

Si analizamos el tema para los hogares pobres quiteños, y tomamos en cuenta el ingreso promedio mensual declarado (US \$56,61), observamos que el gasto promedio mensual en salud (US \$36,13) representa el 63,8 por ciento del mismo.

Por otro lado es importante anotar que la Ley de maternidad gratuita que implica gratuidad no evita que las mujeres quiteñas en general gasten US \$252 por su parto, y las mujeres pobres, US \$ 79.

Es importante señalar, si tomamos como referencia el gasto en salud curativa de un mes de los hogares quiteños, estimado en la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004 (Endemain-Informe de la provincia de Pichincha), donde tenemos que la media hogar fue de US \$51; que en dos años, el gasto promedio del hogar quiteño por mes se incrementó en casi un 46 por ciento; lo cual quiere decir que, además, de recibir el mismo tipo de servicio y encontrarse en condición vulnerable, la población quiteña destinó mucho más de sus ingresos del hogar para ello.

<sup>9</sup> Per cápita es el monto total asignado por año y persona, en este caso por el MSP.

## Conclusiones y recomendaciones

- En el DMQ se vive una privatización del sector de la salud debido entre otros factores a la predominancia en el crecimiento del número de establecimientos de atención de salud y recursos humanos que trabajan para el sector privado. Adicionalmente, la población quiteña está utilizando mayoritariamente servicios privados de salud y cuando utiliza los servicios públicos, incluso tiene que realizar un gasto de bolsillo –denominado copago– para temas como consultas de especialidad, laboratorios, apoyo diagnóstico como rayos X y ecsonografía entre los más usuales, medicamentos, e incluso insumos para la atención de su salud.
- La tendencia mencionada en el punto anterior puede revertirse con un real fortalecimiento del sector público que implica organizar el ingreso de recursos al presupuesto estatal tradicional pero bajo condiciones moduladas por el aseguramiento de salud, que implican incrementos adicionales de recursos versus incrementos de producción y productividad bajo estándares nacionales.
- El país tiene que plantear una política de contratación laboral que sea acorde con los objetivos de política pública, buscar el beneficio de los usuarios y el bienestar de la colectividad, para ello debe fortalecer lo público frente a una lógica de mercado que pudiese afectar la calidad del servicio.
- Es necesario que los profesionales de la salud se certifiquen y recertifiquen, como sucede en todos los sistemas de salud del mundo, ello implica pasar pruebas de aptitud y actualización por lo menos cada quinquenio, a efectos de garantizar probidad profesional en la atención de la población usuaria.
- En cuanto a calidad de los servicios públicos de salud se evidencia que más allá de que la inversión en salud sea baja o alta, los problemas fundamentales pasan por la ausencia de una gestión monitoreada y audi-

- tada que permita obtener coherencia entre sintomatología, diagnóstico y tratamiento, así como incentivar el apego a la aplicación de protocolos y normas. La evidencia encontrada implica la urgente necesidad de intervenir en la práctica clínica con procesos de auditoría y sistema de incentivos y desincentivos.
- Los resultados sugieren la necesidad de profundizar en soluciones a los problemas detectados en las investigaciones referidas a la continuidad de la atención para la resolución de cada caso, visita a otros profesionales por la misma causa, uso de prácticas alternativas de curación y uso indiscriminado de farmacias.
  - El tema, entonces, no se reduce únicamente a un incremento de fondos, se requiere una intervención en la que prime el establecimiento de estándares nacionales y una mirada que contemple el Sistema Nacional de Salud contemplado en la Ley orgánica del sistema de salud.
  - Un tema importante en el financiamiento de la salud se refiere a la re-sustitución del financiamiento privado por público, puesto que actualmente es notorio que el financiamiento de las familias es más alto que el asignado desde los gobiernos seccionales, por ello un sistema acostumbrado al financiamiento privado ve problemas en su sustitución, sin encontrar un flujo seguro y oportuno de financiamiento alternativo.
  - En el caso de Quito, la intervención del Municipio es muy importante para complementar recursos, pero la falta de monitoreo y de regulación implica que no existe mejoras importantes. Puesto que el porcentaje del financiamiento municipal es muy alto en relación al financiamiento público total, podemos afirmar que es necesario captar en todo el país recursos adicionales proporcionados por otros gobiernos locales y direccionarlos para complementar y obtener excelentes servicios de salud locales.

- Es importante destacar que el rol asumido por las ONG en lugar de ser complementario se ha constituido en uno de sustitución del rol proveedor del sistema público.
- Dado el fuerte monto destinado a hospitales ubicados en el DMQ, con referencia nacional y provincial, es necesario analizar cuanto del presupuesto se ejecuta para la población del DMQ y relacionarla con el presupuesto destinado en el primer nivel versus niveles hospitalarios, ello proveerá elementos para mirar hacia donde se direcciona el presupuesto en mayor medida, en relación al modelo de atención normado.
- En caso de existir recursos adicionales extrapresupuestarios, estos deberían reforzar la capacidad resolutive normada y la operacionalización eficaz del modelo de atención centrado en un enfoque renovado de la atención primaria de salud.
- En lo visto se muestra que el gasto en salud en el DMQ, es un indicador que demuestra inequidad, para resolver esto se necesita intervenciones que disminuyan el gasto y el impacto catastrófico y pensar en temas de aseguramiento universal de salud como una estrategia de protección social a la población, que contribuirá a mejorar el acceso y calidad de la atención

## Bibliografía

- CEPAR- ENDEMAIN (2004). Informe de la Provincia de Pichincha. Quito
- Proyecto Salud de Altura (2007). *La Salud en Quito: Línea de Base del Proyecto Salud de Altura*. Quito – Ecuador, En prensa.

# Los contenidos de la agenda local de salud: heterogeneidades y problemas transversales en municipios del Conurbano Bonaerense, Buenos Aires, Argentina

María Mercedes Di Virgilio\*

María Canel\*\*

## Los gobiernos locales y la expansión de competencias: la agenda de la descentralización

Desde su conformación en el siglo XIX, Argentina es un país federal;<sup>1</sup> sin embargo, tal como señalan Repetto y Potenza Dal Masetto (2004:192) “la trayectoria histórica de las jurisdicciones que componen el nivel subnacional ha dado como resultado una marcada heterogeneidad de situaciones”. Contribuye a esta heterogeneidad el hecho de que la determinación del régimen municipal constituye una facultad reservada a los estados provinciales (de aquí en adelante provincias) y no delegada al Gobierno federal.<sup>2</sup> Cada una de las 24 entidades federales, que forman la República, tiene un régimen municipal propio, contribuyendo a la definición de un mapa jurídico institucional en el cual la institución municipal no aparece bajo una

---

\* Investigadora docente de la Universidad Nacional de General Sarmiento (Argentina).

\* Estudiante Licenciatura en Políticas Sociales de la Universidad Nacional de General Sarmiento (Argentina).

\* Investigadora docente de la Universidad Nacional de General Sarmiento (Argentina)

1 “La estructura territorial de gobierno se asienta sobre un Estado federal compuesto por 23 Estados provinciales, una Ciudad Autónoma (Buenos Aires) y 1924 municipios. La forma republicana federal surge a partir de que 14 de las 23 provincias que componen la República son reconocidas como anteriores al Estado nacional. Los pactos preexistentes entre los estados provinciales fueron legitimados en la Constitución Nacional de 1853, configurando una estructura institucional por la cual las provincias delegan facultades en el Estado nacional pero retienen para sí la de estructurar su régimen municipal (Lapsenson, 2001).

2 El ordenamiento constitucional vigente en la Argentina establece formalmente la existencia de dos niveles de gobierno (Nación y provincias). No obstante, el Artículo 5º de la Constitución Nacional reconoce, implícitamente, la existencia de un tercer nivel de gobierno de carácter municipal.

forma única. “Algunas provincias definen al municipio como cercanos a la autarquía con facultades muy limitadas, otras por el contrario, le conceden plena autonomía otorgándole atribuciones para sancionar su propia carta orgánica municipal” (Lapsenson, 2001:59). En este marco de disparidades, la Constitución de la provincia de Buenos Aires, en el capítulo referido al régimen municipal, le otorga a los municipios de esa región -que comprende a los del Conurbano Bonaerense<sup>3</sup>- el estatus de órganos autárquicos con competencias para administrar intereses y servicios locales.<sup>4</sup>

Sin embargo, y a pesar de fuertes disparidades en su estatus jurídico, los municipios en el último cuarto de siglo, más allá de las heterogeneidades, se han ido constituyendo en espacios locales de gestión.<sup>5</sup> Esta jerarquización del nivel municipal es tributaria de múltiples factores, entre los que cabe destacar los siguientes.

En primer lugar, hacia fines de la década de 1980, se llevaron adelante algunas iniciativas descentralizadoras en las áreas de salud y educación, a través de las cuales, por ejemplo, el primer nivel de atención de la salud y algunos servicios educativos de nivel inicial quedaron en manos de los municipios (Chiara, Catenazzi, Cravino y Di Virgilio, 2000; Fernández Gatica y Serrano, 2005). En la provincia de Buenos Aires, la transferencia de los centros de salud correspondientes al Plan Muñiz a la órbita de los municipios (Ley provincial 11554/94) avanzó en esa dirección. El proceso de descentralización se fortalece aún más en la decisión -tomada en el año 1987 y modelada en los años siguientes- de incorporar a los recursos de la coparticipación,<sup>6</sup> las transferencias para el financiamiento de los servicios de salud a cargo de los municipios.

3 El Conurbano Bonaerense es el conjunto de los 24 municipios que constituyen un denso cinturón urbano que rodea a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este agregado de municipios presenta a su vez características muy diferentes desde un punto de vista socio-demográfico, socio- económico y socio-sanitario.

4 En el caso de la provincia de Buenos Aires, las funciones de los municipios están definidas en la Ley orgánica municipal. Se trata del Decreto/Ley 3739 de 1958 y sus modificatorias.

5 “Con *espacios locales de gestión* estamos aludiendo a procesos complejos a través de los cuales - por medio de diferentes estrategias - se aumentan y desarrollan las capacidades de los actores para reorientar recursos (entre ellos los de las políticas y los programas sociales) articulándolos en una política local en el cual domina la lógica de la política entendida como la profundización de la capacidad autónoma de los actores por sobre la del mercado” (Chiara y Di Virgilio, 2006).

6 Estos recursos resultan de la coordinación en el sistema tributario nacional conocido como Régimen de Coparticipación Federal de Impuestos.

En segundo término, es preciso tener en cuenta que, también desde fines de los años ochenta, en particular en el contexto de la hiperinflación del año 1989, estalla el conflicto social en los barrios suburbanos, tanto en la provincia de Buenos Aires como en los grandes centros urbanos del interior del país. El estallido social, que tiene una impronta fuertemente territorial, interpela las capacidades políticas y administrativas de los gobiernos municipales de cara a dar respuesta al convulsionado entorno. La historia de los saqueos tributarios de la espiral hiperinflacionaria, que acompañó la finalización del gobierno de Raúl Alfonsín de la Unión Cívica Radical (UCR) (1983-1989)<sup>7</sup>, podría ser leída, a simple vista, como la historia de una protesta. O bien, comprendida en el clima de época, pues por aquellos años en América Latina ocurrían episodios similares.<sup>8</sup>

Sin embargo, algunos análisis (Novaro, 1995; Chiara, 2000; Chiara y Di Virgilio, 2000 y 2005) señalan que constituyeron un punto de clivaje en el rol que le cabe a los municipios en la gestión de la cuestión social.

“La crisis hiperinflacionaria de 1989 modificó radicalmente las condiciones del contexto y también las funciones que efectivamente comenzaron a desempeñar los municipios, a través del ejercicio de nuevas funciones por medio de programas cuyos recursos eran entregados o bien directamente a la población, o bien a través de ellos. Ello tuvo como consecuencia la modificación de las relaciones con los actores locales en tanto surgieron nuevos interlocutores (organizaciones no gubernamentales, grupos de base, organizaciones sindicales) y/o nuevas formas de relación con viejos actores (como la Iglesia o Cáritas) a partir del papel que se le atribuía a éstos en el diseño y en la implementación de los programas” (Chiara y Di Virgilio, 2000).

El conflicto social territorializado como factor que permite comprender la importancia del nivel municipal se hace aún más evidente con las puebladas que estallan en partir de la segunda mitad de la década de 1990. Los cambios experimentados en los diez años de gobierno Carlos Menem

7 Especialmente entre mayo y julio de 1989 y entre diciembre y marzo de 1990.

8 Arias y Rodríguez (1999) relevan episodios similares a partir de 1983 en las ciudades de San Pablo y Río de Janeiro, Brasil y en el mismo año 1989, meses antes, el *caracazo* se había cobrado 500 muertos en Venezuela.

(1989-1999), durante los cuales tuvieron lugar importantes reformas económicas de corte neoliberal, afectaron fuertemente la dinámica del mercado de trabajo. El empeoramiento de la situación del empleo, que se registra a partir de 1993, provoca la exclusión del mercado de trabajo de importantes sectores de la población que comienzan a manifestarse a través de los cortes de rutas, dando lugar al nacimiento de las figuras de los piqueteros y fogoneros.<sup>9</sup>

Un tercer proceso que confluía en esta jerarquización, fue el modelo de gestión que acompañó a los programas de alivio a la pobreza y, a partir del segundo quinquenio de 1990, a los programas de asistencia al empleo, todos ellos financiados por organismos multilaterales de crédito, los cuales colocaron al nivel local como un actor muy relevante del proceso de gestión.

Por último, las reformas municipales, llevadas adelante a partir de 1995 y que se caracterizaron por la puesta en marcha de un conjunto de medidas tendientes a producir el ajuste fiscal en los municipios, también contribuyeron a modelar el fenómeno aquí analizado.

El escenario que se abre con la crisis de 2001/3<sup>10</sup> enfatiza aún más el protagonismo de los gobiernos locales. Las dificultades del gobierno de la Alianza para sostenerse en el poder y para generar, en consecuencia, condiciones de gobernabilidad, interpela directamente a los gobiernos subnacionales: puebladas y piquetes se multiplican convocando no sólo a los sectores estructuralmente pobres sino, también, a las clases medias empobrecidas.

En este punto, cabe remarcar una pregunta clave que le da sentido a estas páginas y que nos remite a la capacidad que han tenido estos procesos para facilitar e impulsar (o no) efectivamente el desarrollo de políticas locales, en general, y de políticas locales de salud, en particular. Las instancias locales funcionan como receptoras de las demandas ciudadanas a

partir de una interacción más cercana entre los miembros de la sociedad local y sus representantes. En este nuevo escenario ¿qué demandas enfrentan los sistemas de salud local? ¿Cuáles son las iniciativas que desarrollan para dar respuesta a dichas demandas? ¿Impactan estos procesos en el reconocimiento de un nuevo repertorio de estrategias de gestión, atención y financiamiento de los sistemas de salud locales?

### La organización del subsector público de salud en el nivel local

Las funciones de los municipios de la provincia de Buenos Aires, en materia de salud, están reguladas por la Ley orgánica municipal. Las competencias vinculadas a salud son muy limitadas y refieren básicamente a “la instalación y el funcionamiento de establecimientos sanitarios y asistenciales [...] en la medida en que no se oponga a las normas que la respecta dicta la provincia” (inc. 9). El estableciendo de “hospitales, maternidades, salas de primeros auxilios, servicios ambulatorios médicos” (inc. 28). E indirectamente al “funcionamiento de comisiones y sociedades de fomento” (inc. 27) (Chiara, 2000:15).

Sin embargo, tal como se ha podido observar, dichas competencias se han ido modificando y ampliando merced a la jerarquización del nivel municipal. De este modo, la constitución de los sistemas de salud locales respondió a una lógica de transferencias progresivas escasamente formalizadas, desde los niveles jurisdiccionales superiores (nacionales y provinciales) hacia los municipios, hacia efectores del sistema (como los hospitales<sup>11</sup>) y hacia otros agentes.<sup>12</sup> De este modo, a nivel territorial, el gobierno del subsector público de salud en el Conurbano Bonaerense es compartido por tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) con potestad para regular, gestionar recursos humanos, servicios y diseñar políticas.

9 La bibliografía sitúa aquí el origen del Movimiento Piquetero. Véase Golbert, 2004.

10 Desde 1998 la economía entra en una fase recesiva que termina en una crisis económica y financiera que se profundiza en el año 2001; dicho proceso culmina con la renuncia del presidente De la Rúa en diciembre de ese año. Se produce, entonces, una sucesión de presidentes y el 2 de enero de 2002 el Dr. E. Duhalde, senador por la provincia de Buenos Aires, es designado presidente de la Nación.

11 Decreto 578/93 que reglamenta el funcionamiento de los hospitales públicos de autogestión luego denominados hospitales descentralizados (Decreto 737/00).

12 Chiara (2000) señala que, también, la reasunción del ejercicio de funciones por parte de la provincia en el sector (como la provincialización de algunos hospitales), ha tenido gran capacidad de reorganización de las relaciones entre las jurisdicciones.

En ese entramado de competencias y atribuciones, los servicios de salud se organizan según niveles de complejidad: segundo nivel y primer nivel de atención. El segundo nivel de atención dispone de 335 establecimientos hospitalarios,<sup>13</sup> al tiempo que el primer nivel de atención está compuesto por 1 676 centros de salud, de los cuales casi la totalidad (1 654) está bajo jurisdicción municipal.

Cabe destacar que, en el Conurbano Bonaerense, el primer nivel de atención se ha ido configurando sobre la base de iniciativas públicas -instalación de establecimientos sanitarios por parte de los municipios- y públicas -motorizadas por organizaciones sociales- (sociedades de fomento) que demandan la instalación de establecimientos sanitarios en los barrios. De este modo, reúne un conjunto de efectores con capacidades de gestión muy heterogéneas dependientes de las posibilidades de movilizar fondos que tuvieron las organizaciones que les dieron origen y de las inversiones realizadas posteriormente por el gobierno local.

### Los municipios del Conurbano ante la expansión de competencias: oportunidades y carencias

El proceso de transferencia de competencia y funciones operó en los municipios de la provincia de Buenos Aires, en general, y del Conurbano Bonaerense, en particular, sobre una matriz de fragilidad institucional y financiera -que reduce sus espacios efectivos de autonomía-, atravesada por profundas disparidades territoriales.

La fragilidad institucional se atribuye, en parte, a la falta de actualización del marco normativo municipal (recuérdese que la LOM data de 1958) y de la dependencia de los recursos nacionales y provinciales para implementar políticas locales. En ese contexto, el proceso de descentralización interpela fuertemente la capacidad estatal de las administraciones locales y sus posibilidades para diseñar y poner en marcha políticas sanitarias capaces de dar respuesta a las demandas del contexto.

13 Los 335 establecimientos disponen de 27 566 camas totales, distribuidas entre 2 122 bajo jurisdicción nacional, 12 831 provincial y 12 613 municipal.

La heterogeneidad territorial es tributaria de las características del proceso mismo de urbanización del área metropolitana de Buenos Aires.<sup>14</sup> Cada municipio define una configuración socio territorial particular en diálogo con las características de su población, sus niveles de bienestar, la disponibilidad de recursos, el entramado político local, etc. En el contexto de la crisis de 2001, dichas territorialidades se exacerbaban con los impactos sobre las condiciones de vida de la población y con el consecuente modelado de los problemas y de la agenda de gobierno local.

Se expresan, también, en la distribución del ingreso entre los hogares de la región.<sup>15</sup> Los datos de la Encuesta Permanente de Hogares que realiza el INDEC del año 2003 (los más recientes disponibles para este nivel de desagregación) muestran que en el Conurbano Bonaerense un grupo de municipios (el denominado CBI<sup>16</sup>) tenían en 2003 un 5,2 por ciento de su población en el primer quintil de ingresos, mientras que otro grupo (CB4) llegaban al 38,1 por ciento.

Dada la importancia que tienen las obras sociales en la organización del sistema de salud en nuestro país, la pérdida de trabajo y la informalidad en el empleo han dado lugar -entre otros factores- a un acelerado incremento de la demanda del sub sector público de salud. Los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 muestran que mientras algunos municipios tenían un 27 por ciento de población sin cobertura de obra social y prepaga (San Isidro, Vicente López), otros alcanzaban el 65 por ciento (Moreno, Florencio Varela).

Los cambios contextuales han producido una marcada heterogeneización de las demandas hacia el subsistema público de salud local. La posibilidad de dar respuesta a dichas demandas dependió en gran medida de la estructura y de la capacidad técnica instalada en los gobiernos locales y

14 Un tratamiento en profundidad sobre el proceso de urbanización del área metropolitana de Buenos Aires puede leerse en Torres 1998, 1999 y 2001.

15 Se recuperan aquí datos presentados en Chiara, Di Virgilio y Miraglia (2007).

16 Agrupamiento de los municipios del Conurbano que realiza el INDEC según aglomerados homogéneos: CBA1: Partidos de San Isidro y Vicente López. CBA2: Partidos de Gral. San Martín, Tres de Febrero, Morón, Hurlingham, Ituzaingó, Avellaneda y La Matanza 1 (sólo una parte). CBA3: Partidos de Lanús, Quilmes, Lomas de Zamora, Berazategui y Alte. Brown. CBA4: Partidos de Moreno, José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Miguel, Merlo, Tigre, Florencio Varela, Esteban Echeverría, Ezeiza y La Matanza 2 (el resto del Partido).

del desarrollo, en función de sus capacidades, de estrategias locales de atención, gestión y financiamiento<sup>17</sup> diversas que tensionan el funcionamiento del sistema a escala regional y provincial.

En relación al financiamiento, los municipios presentan importantes diferencias; en particular, en relación a los recursos que reciben de la coparticipación.<sup>18</sup> Dada la importancia que tiene la presencia de establecimientos con internación bajo la órbita municipal y considerando la heterogeneidad que presentan los municipios del GBA en ese sentido, consideramos en el análisis sólo aquellos componentes de la coparticipación que ponderan aspectos vinculados a la atención ambulatoria (consultas y establecimientos sin internación).

Teniendo en cuenta ese recorte, los valores en dinero (de los componentes consultas + establecimientos sin internación)/habitante ponen en evidencia algunas situaciones particulares que dan cuenta de la existencia de ciertas brechas entre municipios. Mientras aproximadamente 10 municipios presentan valores por encima de los \$14,99 coparticipación (consultas + establecimientos sin internación)/ habitante total, en otros casos los valores superan los \$25 para el mismo indicador. No obstante el esfuerzo puesto aquí en aislar la incidencia de la presencia o ausencia de hospital a cargo del municipio, cabe destacar que el componente “consultas” está todavía influido por este factor. En este caso, los promedios más elevados se encuentran en las transferencias realizadas a aquellos municipios que han apostado a tener establecimientos con internación bajo su jurisdicción. La dinámica autonómica -que resultó de la descentralización y que se profundizó en el marco de la crisis de 2001/2003- dio lugar a muy distintas condiciones de atención, gestión y financiamiento de los

17 Según Tobar (2000), el análisis de las orientaciones que asumen las políticas de salud (y sus consecuencias en la organización del sistema público) reconoce tres planos: la atención, la gestión y el financiamiento. El plano de la *atención* refiere al nivel de los servicios (en cantidad y calidad) que se prestan a la población. En el plano de la *gestión*, tienen lugar las cuestiones que hacen a cómo se organiza la asignación de los recursos y al modo cómo se articulan los intereses de los actores. El plano del *financiamiento* refiere a cuestiones tales como ¿cómo se asignan los recursos? ¿de dónde provienen? ¿cuánto se gasta? ¿quién lo define?

18 La Ley provincial 10820, de agosto de 1989, fijó los criterios de asignación secundaria de los recursos. Esta ley mantuvo los criterios establecidos en la Ley 10559 y agregó otros destinados a contemplar las diferencias de productividad entre los establecimientos de salud.

sistemas de salud locales. Asimismo, dichas condiciones se vieron diferencialmente interpeladas por los niveles de bienestar de la población y de sus posibilidades efectivas de satisfacer demandas de salud por fuera del subsector público.

Heterogéneas condiciones de atención, gestión y financiamiento de los sistemas de salud locales debieron dar respuesta a la emergencia por la que atravesaba el sector a nivel nacional y que se expresaba en:<sup>19</sup>

- “Corte de los servicios de la Seguridad Social<sup>20</sup>, reducción de cobertura de las prepagas e incorporación de “co-pagos” y desplazamientos de población hacia planes más baratos.
- Ruptura de la cadena de pagos en el sector (medicamentos, insumos y servicios tercerizados de los hospitales) con sistemas de pasivos prestacionales.
- Aumento en los costos de medicamentos e insumos biomédicos importados como consecuencia de la devaluación, con implicaciones negativas en materia de abastecimiento y acceso a los mismos (caída de licitaciones públicas, falta de precios como resultado del contexto resultante de la devaluación).
- Incremento de la demanda de servicios en la red pública, consecuencia de la reducción en la extensión (y efectividad) de la cobertura de seguros de salud, de la menor capacidad de gasto de bolsillo de los ciudadanos y del deterioro en las condiciones de vida.
- Mayor riesgo epidemiológico, consecuencia del deterioro en las condiciones socioeconómicas de gran parte de la población (leptospirosis, hanta, TBC, triquinosis, etc.).

19 La emergencia sanitaria fue declarada en marzo de 2002, con el propósito de dar respuesta inmediata a la situación de crisis (DNU 486/02) (Chiara y Jiménez, 2007).

20 Junto a la provisión de medicamentos e insumos, la crisis del PAMI se ubica en el centro de la agenda nacional.

- Demoras en el pago de salarios de los trabajadores del sector salud en la provincia y en los municipios.
- Paros, asambleas y reclamos protagonizados por las distintas entidades profesionales del sector que en llegan a la presentación de un recurso de amparo por parte de la CICOP y posterior intervención judicial en reclamo por regularización del servicio hospitalario.
- En particular en el nivel local, se advierten cambios en el tipo y urgencia de la demanda. La cuestión alimentaria, los proyectos productivos y la atención a grupos vulnerables desplaza a otras iniciativas que requieren de un mediano plazo como las políticas de salud. La cuestión sanitaria aparece como crítica desde la falta de medicamentos e insumos en los hospitales.
- En el contexto de este debilitamiento, distintas “voces” enunciaban la necesidad de supresión de la cartera nacional de salud” (Chiara y Jiménez, 2007).

En este contexto, el Estado nacional genera algunas intervenciones orientadas a dar respuesta a la coyuntura. Dichas intervenciones -entre las que se encuentran el Programa Remediar<sup>21</sup> y Médicos Comunitarios<sup>22</sup>- le permiten reposicionarse rápidamente en su relación con los gobiernos locales, a través de mecanismos de articulación directa entre las instancias nacionales y las municipales. El gobierno provincial, si bien participa en definición de los lineamientos del programa y criterios de asignación de los recursos por jurisdicciones, no interviene de manera directa en su implementación. Los municipios se constituyen en efectores de las iniciativas nacionales en la medida en que son quienes tienen a cargo el primer nivel de atención.

21 Programa de distribución gratuita de botiquines de medicamentos conforme un vademécum establecido. La distribución se realiza exclusivamente desde los centros de atención primaria de la salud y establece la condición de gratuidad en la atención.

22 Programa de formación de recursos humanos en salud con el objetivo de contribuir a fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud en el marco del Plan federal de salud.

Tal como se ha podido observar, la agenda local se define en la tensión entre múltiples factores. Por un lado, abreva en la dinámica autonómica que moviliza a las intervenciones en el nivel local desde hace más de dos décadas. Asimismo, recupera cuestiones que imponen las características de la matriz socio territorial y los impactos de la crisis en dicha matriz. Por último, los lineamientos de las políticas nacionales también contribuyen en su definición.

En este contexto, entonces, cabe preguntarse cómo se procesan estas cuestiones en la(s) agenda(s) de salud post descentralización, en una sociedad que se caracteriza por la existencia de brechas sociales y territoriales muy grandes y que aparece debilitada en términos del derecho a la salud. Cuáles, las innovaciones<sup>23</sup> que se han generado para zanzar esas brechas y esas debilidades.

### Escenarios locales, agendas e innovación

En el escenario configurado por la crisis socioeconómica del año 2001/2002, los distintos municipios del Conurbano Bonaerense han desarrollado iniciativas innovadoras de cara a dar respuestas a las demandas que el nuevo contexto imponía. Su puesta en marcha, el contenido que las define, los problemas de gestión que se espera resolver en su implementación y los problemas de gestión que se generan en torno a ellas son cuestiones relevantes a la hora de comprender las heterogeneidades y los problemas que enfrentan los subsistemas de salud locales y las modalidades a través de las cuales se zanzan (o intentan zanzarse) las brechas que definen las coordenadas de su organización.

Los riesgos para la salud de la población, ocasionados por el deterioro de las condiciones de vida, parecen haber sido unos de los ejes que estructuraron las intervenciones en el sector salud en el nivel local. En pos de dar respuesta a esa cuestión se implementaron estrategias que acercaron la atención a los barrios a través de trailers sanitarios y/u hospitales móviles.

23 Definimos innovaciones como aquellos esfuerzos orientados a intervenir en las condiciones de atención, gestión y financiamiento de los sistemas de salud locales.

La Unidad Sanitaria Móvil de tocoginecología, Unidad Móvil de odontología y ginecología en Tigre y operativos sanitarios en Malvinas Argentinas son algunos ejemplos de las nuevas estrategias de atención.

Estas estrategias contribuyeron también a dar respuesta a la necesidad de mejorar las condiciones de accesibilidad de la población a los servicios. En ese marco se integran iniciativas vinculadas a la apertura de nuevos servicios y a la puesta en marcha de servicios de turnos programados.

La apertura de nuevos servicios se orientó hacia prestaciones de alta complejidad o especialidades médicas, servicios no prestados tradicionalmente por los municipios (oftalmología, odontología, rehabilitación, psiquiatría, atención domiciliaria, control de síntomas, apertura de servicios de terapia intensiva neonatal, rehabilitación, etc.). En este marco se puede comprender que desde el año 2002 hasta la actualidad en el municipio de Malvinas Argentinas se haya llevado a cabo la concreción del polo sanitario de cuatro quirófanos, una unidad coronaria de 20 plazas, una terapia intensiva pediátrica y otra para adultos, entre otras iniciativas.

Un ejemplo de las iniciativas orientadas a la puesta en marcha de servicios de turnos programados de turnos programados, es el FONOTURNO implementado desde fines del año 2006 en el municipio San Fernando. Esta estrategia de atención constituyó en sí misma, también, una estrategia de gestión en la medida en que supuso una reorganización técnica y administrativa del sistema de turnos basada en la informatización de todas las dependencias y el tendido de una red de comunicaciones.

A estas iniciativas de mejora de la accesibilidad se articulan los recursos aportados por los programas nacionales – Médicos Comunitarios y Remediar.

En relación a las estrategias de gestión, cabe destacar la formación de estructuras matriciales para la gestión de los recursos de las diferentes fuentes. Una de las características de la estructura matricial es que permite la incorporación de personal de línea de las distintas áreas municipales a formas de gestión más flexibles. La estructura elegida es fundamentalmente borrosa, según los tipos establecidos por Butler (1991) (citado en Sulbrandt, Navarrete y Piergentile, 2007). Parece responder a una estra-

tegia gerencial adaptativa adecuada al alto nivel de incertidumbre que caracteriza el contexto.<sup>24</sup>

Estrategias de atención y de gestión se articularon, en algunos casos, con tácticas de financiamiento en la medida en que la polinómica que asigna los recursos coparticipados premia la producción, habilitando a los gobiernos locales a organizar sus estrategias en función de optimizar los recursos desde el incremento de la misma.

### Reflexiones finales

Tal como se ha podido observar, la agenda local resulta de una multiplicidad de factores. En su desarrollo tienen injerencia procesos históricos que exceden ampliamente la coyuntura, problemas locales propiamente dichos e intervenciones que se originan en otras jurisdicciones y que definen sus propias agendas más allá de la órbita del gobierno municipal.

En esa intersección, los gobiernos locales despliegan iniciativas que se orientan a dar respuesta a las diferentes demandas que la población y el contexto le imponen. Estas iniciativas responden a las capacidades estatales de las administraciones locales. La crisis de 2001 abrió una ventana de problemas que dio lugar al replanteo de la cartera sanitaria en el nivel local y de los lineamientos prioritarios en materia de políticas.

Entre fines de 2001 y principios de 2002, la Argentina transitó por una situación crítica. El derrumbe del Plan de convertibilidad, la inmovilidad de los depósitos bancarios, la interrupción del pago de la deuda externa, altas tasas de inflación, la contracción de la actividad económica y la devaluación del tipo de cambio, acarrearón severas consecuencias para los sectores medios y los de menores ingresos. La ruptura del Plan de convertibilidad impactó fuertemente sobre el mercado laboral, fundamentalmente a través de la caída del poder adquisitivo de los salarios. La inflación redujo los salarios reales substancialmente y, a diferencia de recesiones anteriores, el desempleo afectó en gran medida al sector formal, con

<sup>24</sup> El programa Pueblo Chico “Educación, seguridad y salud” en el municipio de Malvinas Argentina parece ser un ejemplo de este tipo de estructuras.

un aumento del empleo en el sector informal. El efecto combinado de todos estos factores produjo una situación social crecientemente conflictiva en la cual los programas sociales existentes no proporcionaban una red de seguridad adecuada (Fiszbein, Giovagnoli y Adúriz, 2002). En ese marco, el rediseño de la cartera sanitaria en el nivel local se orientó hacia la emergencia.

Este contexto demandó soluciones rápidas. Si bien muchas de las propuestas adoptadas en ese marco ya formaban parte del repertorio de políticas existentes, se desencadenó un proceso de recombinación y acoplamiento entre dichas propuestas. Las iniciativas que motorizaron la acción de los gobiernos locales articularon estrategias de atención, gestión y financiamiento. Esta articulación no se produjo de manera planificada, sino que debe interpretarse más bien como una resultante de su puesta en marcha.

En ese marco, la incorporación a las intervenciones de la emergencia de iniciativas locales y nacionales se orientó en la mayoría de los casos a la jerarquización del primer nivel de atención, expresión de la preocupación generalizada por garantizar el acceso al sistema.

## Bibliografía

- Aguilar Villanueva, L. (1996). *Problemas públicos y agenda de Gobierno*. México: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.
- Arias, N. y Rodríguez, G. (1999). *Crisis social, medios y violencia. A diez años de los saqueos en Rosario*. VVAA, CEHO, CECYT, CEA-CU, Universidad Nacional de Rosario.
- Cabrero Mendoza, E. (2005). *Acción pública y desarrollo local*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Chiara, M. (2000). "Las políticas sociales en el Gran Buenos Aires en los noventa. Algunas reflexiones acerca del régimen local de implementación". *Quivera Revista de Estudios Territoriales*, No. 4. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2000). "La gestión de las políticas sociales en los municipios del Gran Buenos Aires". Informe sobre Desarrollo Humano en la Provincia de Buenos Aires. Municipios y Políticas Sociales. Honorable Senado de la Nación/Banco de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ (2005). *Gestión social y municipios: Desde los escritorios del Banco Mundial a las calles del Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento/ Prome-teo Libros.
- \_\_\_\_\_ (2006). "La política social orientada al desarrollo: debates sobre su institucionalidad". *Perfiles Latinoamericanos*, No. 28. México: FLACSO.
- Chiara, M; Di Virgilio, M; Cravino, M. y Catenazzi, A. (2000). *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense*. Buenos Aires: UNGS.
- Chiara, M; Di Virgilio, M. y Miraglia, M. (2007). "Tensiones y dilemas en torno a la gestión local en salud en el Gran Buenos Aires"; en Chiara, M.; Di Virgilio, M y Miraglia, M., eds.; *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Buenos Aires: UNGS. En edición.

- Chiara, M. y Jiménez, C. (2007). “Relaciones intergubernamentales (RIGs) y política de salud en el nivel local. El caso del subsector público en el Gran Buenos Aires”. Paper presentado en el XII Congreso del CLAD. Santo Domingo, República Dominicana, 30 de Octubre al 2 de Noviembre.
- Fernández Gatica, I. y Serrano, C. (2005). “Los procesos de descentralización y las políticas y programas de reducción de la pobreza”. Paper presentado en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago de Chile, 18 - 21 Octubre.
- Fiszbein, A.; Giovagnoli, P. y Adúriz, I. (2002). *Argentina's crisis and its impact on household welfare*. Banco Mundial.
- Golbert, L. (2004). *¿Derecho a la inclusión o paz social? Plan jefas y jefes de hogar desocupados*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Lapsenson, S. (2001). “Propuestas de políticas participativas y nuevas modalidades de gestión en la República Argentina”. En Actas de Seminario sobre marcos y políticas para la Participación ciudadana en el nivel municipal. Cochabamba, Bolivia, 29 al 31 de julio de 1998. Área de Fortalecimiento de las Instituciones Democráticas, Unidad para la Promoción de la Democracia (UPD), OEA.
- Novaro, M. (1995). “Crisis de representación, neopopulismo y consolidación democrática”. *Revista Sociedad*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales. UBA.
- Repetto, F. y Potenza Dal Masetto, F. (2004). “Problemáticas institucionales de la política social argentina.: más allá de la descentralización”; en Gomá, R. y Jordana, J., comp.; *Descentralización y políticas sociales en América Latina*. Barcelona: Fundación CIDOB.
- Subrandt, J., Navarrete, N. y Piergentili, N. (2007). “Formas organizacionales que facilitan la entrega de servicios sociales”; en Cortázar Vellarde, J. C., org.; *Entre el diseño y la evaluación. El papel crucial de la implementación de los programas sociales*. Washington: BID.
- Tobar, F. (2000). “Herramientas para el análisis del sector salud”. Mimeo.

# Un acercamiento al pluralismo médico en los Andes

Jos Demon\*

## Introducción

Mediante este artículo espero aportar a una mayor comprensión de la interrelación entre la biomedicina -la medicina desarrollada por los avances de la ciencia, que se originó y que se difundió desde el occidente- y las formas tradicionales de la medicina. Me dedicaré al “pluralismo médico” en los países andinos, Ecuador en particular, donde se observa la convivencia de ambas formas de medicina. Mis reflexiones son instruidas por una pesquisa alrededor la historia de la medicina en países, como Holanda e Inglaterra donde se aniquilaron las formas tradicionales de curación. No puedo repetir los resultados de esta pesquisa por el formato de esta publicación, pero las propuestas para la comprensión del pluralismo médico en los Andes que se encuentran más adelante han sido elaboradas desde la comparación con la historia de la medicina en Holanda e Inglaterra en el siglo XVIII<sup>1</sup>.

El presente artículo no tiene mayor pretensión histórica; más bien, debe ser considerado como un instrumento de apoyo para encontrar pautas para un estudio más amplio, sobre la conformación actual del pluralismo médico en los Andes. Las comparaciones entre contextos de salud tan diferentes, como el de los países nórdicos del siglo XVIII y el

---

\* Estudiante Doctorado Flasco-Ecuador. Maestría en Teología en la Universidad Católica de Nimega, Holanda

1 Este artículo es una síntesis parcial de un texto más extenso: Demon, Jos (2006).

de los países andinos hoy, carecen de precisión histórica, y habrá que corregirlas según los avances de la historia de la salud de ambos lados del océano Atlántico. Pero estas comparaciones nos pueden apoyar en elaborar algunos paradigmas, o para construir algunos “tipos ideales”, según el término de Max Weber, en lo que se refiere al desarrollo de lo que ya calificamos como “pluralismo médico”<sup>2</sup>. Aparte de la medicina tradicional y la biomedicina occidental nos encontramos en esta investigación con un tercer actor, la medicina alternativa de origen occidental, que ocupa un lugar estratégico con relación a las dos medicinas que ya mencionamos.

### Pluralismo médico hoy en el Ecuador

Si comparamos la historia de la salud en un país andino como Ecuador, con la de Holanda e Inglaterra podemos comprobar un despegue en el desarrollo de la salud regular desde el siglo XVIII, desarrollo que no se logró conseguir con la misma dinámica en el Ecuador. Ecuador mantiene cierta fragilidad del sistema médico regular hasta el día de hoy si se comparamos con estos países nórdicos. Podemos señalar cierta correspondencia del país andino con Holanda antes de la segunda guerra mundial, en la medida que el sistema regular se comprueba incapaz de proveer una atención médica para la población entera. Los médicos y especialistas viven de los más adinerados, de la clase media y por arriba, y sus servicios son de difícil acceso para los estratos pobres. La gran difusión de clínicas particulares y la focalización de la atención en los hospitales, tanto privados como estatales, contrastan con los servicios de salud a nivel local, es decir: con la ausencia de practicantes con las características del “médico general” al estilo norte europeo, que asiste a los pacientes en los pueblos y barrios antes de irse al hospital y la precaria distribución de redes de asistencia primaria.

2 El uso del término “pluralismo médico” se difundió con rapidez. La rápida difusión conlleva cierto peligro de incurrir en un manejo ideológico del término, en el sentido de negar las diferencias de poder existentes entre practicantes regulares e irregulares, educados y empíricos, en la salud, como las describimos en el texto.

Existe otro desnivel en la atención médica por la concentración de servicios de salud en las ciudades y su falta de cobertura en el campo<sup>3</sup>. Por fin se suma una división según las clases sociales entre la atención en el sistema de salud particular y otra atención bien diferente en las instituciones de la salud estatal. Aunque sea peor sin ellas, la atención gratuita en los hospitales públicos y la asistencia a la población campesina, mediante el seguro campesino en los hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social sigue siendo altamente deficiente y no puede compensar a una red de asistencia primaria y de médicos (“generales”, “familiares”) de primera fila.

Aquella estratificación del acceso a los servicios de la salud atestigua la incapacidad del estado ecuatoriano para garantizar una base satisfactoria en la atención de la salud para los estratos más pobres de la sociedad y la quiebra del ideal de un seguro social para todos. Es fiel testigo, sobre todo, de una realidad económica en que la riqueza se concentra en una minoría de la población, la ausencia de una verdadera clase media que pueda contribuir en aliviar la excesiva polarización del espectro social y la falta de voluntad del estado para encaminar una redistribución de riqueza mediante una política fiscal. Además del limitado acceso a la salud, la desigualdad social se repite en el campo de la nutrición, educación, servicios básicos, infraestructura e inversiones que se expresa en la creciente brecha entre los estándares de vida de la ciudad y del campo<sup>4</sup>.

La falta de cobertura de la medicina regular y occidental influye en que los “empíricos”<sup>5</sup> siguen ejerciendo una fuerte influencia en países an-

3 Se estima que la ciudad de Lima tenía concentrada al 70 por ciento de los profesionales de la salud del Perú en 1985 (Cueto y Zamora, 2006: 53). Es probable que encontramos una concentración parecida del personal médico en las grandes ciudades del Ecuador. Tenemos que tomar en cuenta la gran cantidad de médicos asociadas a clínicas y hospitales, la mayoría de ellas privadas. La relación entre médicos que atienden a familias en los pueblos y barrios y especialistas en Holanda fue de 2 115 a 136 en 1900, una relación de 16 a 1. En 1980, sin embargo, la relación se había invertido: hubo 9 322 especialistas con tan sólo 5 556 médicos familiares; una relación de 5 a 3, según Vegchel (1991: 27).

4 Los ideales para implementar una asistencia primaria en salud para los países en desarrollo expresado en la Conferencia de Alma Ata en 1978 y promovido por La Organización Mundial de Salud nunca se concretaron en América Latina (Cueto y Zamora, 2006: 28-54, 79-93).

5 Con el término empíricos me refiero a practicantes de la salud que no se califican por una educación formal, reconocida por las autoridades municipales o estatales. Solapan pero no coinciden con los que calificamos como irregulares porque entre estos últimos sí había o hay personas, como algunos itinerantes, que recibieron una educación formal.

dinos como Perú, Bolivia y Ecuador. Persiste toda una cultura popular con varios ramos de medicina informal o irregular donde figuran el compondor de huesos y el sobador, la rezandera y la yerbatera (yuyero, yuyera), la partera y el curandero-chamán<sup>6</sup>. Es muy difundido, entre indígenas y mestizos, la curación por opuestos conocido como el sistema frío-caliente, en el que se ha debatido los orígenes precolombinos e hipocráticos<sup>7</sup>. Y, existen prácticas por parte de los curanderos de uroscopia y teorías de sangre que parecen que fuesen herencias del sistema de los humores aunque (ya) no se acompañan con sangrías<sup>8</sup>.

Abundan, además, otras enfermedades que se han definido como “síndromes culturales” en la antropología médica<sup>9</sup>: el susto/ espanto, el mal aire, el mal de ojo, el empacho, los nervios y la debilidad. Como parte de estos “síndromes culturales” -en mi modo de ver relacionadas con la magia y la religión, o la “cosmología”, de las poblaciones andinas- habrá que incluir a las creencias alrededor del embrujamiento<sup>10</sup>. El chamán mantiene su importante papel de intermediario en estas enfermedades relacionadas con la cosmología y la brujería, tanto entre indígenas como entre mestizos y tanto en el campo, como en la ciudad<sup>11</sup>.

Mientras tanto se presentó un tercer contrincante para la contienda en la arena de la salud andina, sumándose a la biomedicina y la medicina tradicional: la medicina alternativa de origen occidental. Aquel tipo de me-

6 Para una impresión de la variedad en la medicina tradicional en los Andes, consulte Koss-Chioino *et. al.*, 2003; Ruiz Saona, 2006.

7 Entre la variedad de aportes sobre el tema remitimos a dos visiones opuestas, Vokral (1991) y Foster (1994).

8 Muñoz Bernard (1986: 32-37). La sangría y la aplicación de sanguijuelas son indicios interesantes para la difusión del sistema de los humores en América Latina (Foster, 1994: 75-95, 87).

9 Literalmente, “síndromes culturalmente atados” (*culture bound syndromes*). De la abundante literatura de las últimas dos décadas sobre este tema, se merece dar particular énfasis a los aportes de la corriente interpretativa de la antropología médica, con representantes como Good (1994) Kleinman (1988) y Csordas (1994).

10 En otro ensayo propuse diferenciar entre cuatro categorías de enfermedades entre los indígenas kichwa de la sierra, en base de sus etiologías: las enfermedades relacionadas al complejo “frío-caliente”, a la “cosmología”, a la brujería o “la magia del daño y las enfermedades relacionadas a la influencia de los blancos” (Demon, 2007).

11 Descripciones de la práctica de chamanes mestizos que operan en las ciudades de la costa norte de Perú se encuentran en: Sharon, 1998 [1978]; Joralemon y Sharon, 1993; Glass-Coffin, 1998. Para Ecuador, compare: Schweitzer de Palacios (1994).

dicina, donde destacan corrientes como las hierbalistas, la hidroterapia y la homeopatía, nació como protesta, y protesta organizada, al monopolio de los regulares en el Norte de Europa y Estados Unidos a comienzos del siglo XIX. Algunos representantes, entonces, de esta medicina alternativa que se popularizó en los Andes, ya tenían su historia en el occidente: por ejemplo la uroscopia, la iriscopeia, la homeopatía y las terapias de las hierbas. Una corriente, como la homeopatía se difundió tempranamente en América Latina y la actual preocupación con la dieta y una vida sana, ya se pueden detectar en la preocupación por el régimen de los non-naturales y la higiene en una tradición de intelectuales europeos de varios siglos<sup>12</sup>.

Otras ramas son más novedosas como la medicina oriental, la acupuntura, el shiatsu, el reiki, el yoga, la aroma-terapia, como otras tendencias más volátiles de la Nueva Era donde se aducen conceptos de reencarnación y del chamanismo para explicar a las enfermedades. Como ocurrió en el occidente del siglo XIX, hoy en día, el núcleo de los defensores de la medicina alternativa en los países andinos está constituido por médicos bien instruidos en, pero descontentos de la medicina regular. Esta medicina está muy ligada con la clase media emergente, algo que se repite con la Nueva Era donde constan profesionales que se distanciaron de las iglesias tradicionales<sup>13</sup>.

Por la incapacidad de la medicina regular en dominar al mercado de la salud se mantienen empíricos tradicionales en los Andes, parecidos a los del siglo XVIII en Europa y se desenvuelven descendientes de corrientes de medicina alternativa que se originaron en este continente a finales del mismo siglo. En la situación actual de los Andes parece que se diera una acumulación de los representantes de las más diversas orientaciones de la salud. En vez de desaparecer aunque sea paulatinamente, como en Holanda e Inglaterra, los empíricos se mantienen al lado de la biomedicina y de la medicina alternativa. El interés de la medicina alternativa, de la

12 Smith, Ginnie (1985) Smith, Virginia (1987); Emch-Dériaz (1992); Pedraza Gómez (2002). José Peregrino Sanmiguel, físico del ejército de Juan José Flores y otros coidearios establecieron el primer instituto de homeopatía en Bogotá en 1865 (Sowell, 2001:47-50).

13 El fenómeno conocido como la Nueva Era (*the New Age*) tiene una larga cadena de antecedentes en la historia occidental. Vea: Hanegraaf (1998 a; 1998 b).

Nueva Era y del turismo en la medicina tradicional, particularmente en las terapias de las hierbas y en el chamanismo, la intervención de organismos internacionales y la consagración de los derechos de los pueblos nativos en la constitución (Assies; Haar; Hoekema, 2003; Warren y Jackson, 2002) da otra dimensión de la globalización a la defensa de la medicina tradicional<sup>14</sup>.

El pluralismo médico en los países andinos resulta ser complejo. Hay acceso de los adinerados a servicios de medicinas tradicionales y a los servicios de los chamanes, pero también al contrario, un uso selectivo de la biomedicina por parte de las clases pobres. Existe una variedad de alternativas de salud en los Andes lo que, en principio, dará más opciones al individuo o la familia para escoger entre estos servicios, posibilidad que corresponde particularmente a la situación de las clases intermedias. En el siguiente apartado intentaré formular algunos criterios para comprender mejor a esta convivencia y esta competencia entre sistemas de salud tradicionales, regulares y alternativos en los países andinos.

#### **Algunas reflexiones sobre la convivencia de y competencia entre sistemas de la salud: autoridad como eficacia, legalidad y estatus**

Lo que consta, por lo general, es que el encuentro de la medicina tradicional con la biomedicina resultaba en el debilitamiento y la marginación de la primera. La difusión de la ciencia y de la biomedicina puede tener efectos devastadores para la medicina que se había concebido en términos culturales. Podemos preguntarnos en qué medida la medicina tradicional puede sustentarse, adaptarse o renovarse al lado de la biomedicina. En general, estos sistemas de carácter cultural y popular, carecen de capacidad para incorporar los nuevos elementos de la ciencia.

La supervivencia de cualquier sistema médico está siendo determinada por su eficacia, o al menos, por su reputación de eficacia. La biomedicina es altamente eficaz en combatir enfermedades que supo diagnosticar

14 Para el impacto de estos factores en la práctica de los chamanes, vea: Schweitzer de Palacios y Wörrle (2003: 47-104, 348-352).

y cuyos síntomas ha podido generalizar. La medicina tradicional suele mantener su influencia en la medida que sabe curar enfermedades que logran escapar a esta dinámica de las sistematizaciones científicas. Es interesante ver que, tanto campesinos de la sierra ecuatoriana, como mestizos de la ciudad de Quito, saben distinguir entre enfermedades que pueden ser solucionadas con la medicina científica y otras que sólo pueden ser remediadas por métodos tradicionales<sup>15</sup>.

Pero aunque importante, y tal vez el más importante, la reputación de la eficacia de un sistema de salud, no es el único factor que aporta a convencer a personas y grupos en buscar sus auxilios. Un importante ámbito del debate es el del reconocimiento de la autoridad de los practicantes médicos; llamémoslo su legalidad, por estar sustentado por las autoridades municipales o estatales y por las ideologías que la sostienen. No nos olvidemos tampoco del poder de instituciones, como las iglesias, y su influencia en la construcción de la ética, de la opinión pública y, en la conformación del sistema legal.

Los empíricos del siglo XVIII en Europa -la partera, el componedor de huesos, el cupper: el o ella que aplicaba las ventosas, el uroscopista y el astrólogo que ya bajaron al nivel de la cultura popular, con los practicantes de magia y brujería- tenían pocas posibilidades para defenderse de la imposición de la medicina regular sancionada por las autoridades municipales. En tal extremo, que esta gente “sencilla y sin educación”, apenas importaba a los doctos físicos, cirujanos y farmacéuticos, que controlaban la opinión pública culta y los mecanismos de popularización de la medicina.

Los verdaderos oponentes de los regulares en Inglaterra y Holanda eran más bien los itinerantes que llevaban el mismo título de doctor y estos empíricos uroscopistas y astrólogos que adquirieron las simpatías de la clase media por arriba. Así mismo declararon la guerra a los droguistas que a pesar de su ignorancia de la medicina formal comenzaron a vender

15 McKee (1988) demuestra como se reconocen cinco diferentes tipos de diarreas en las comunidades de la sierra, solamente uno puede ser considerado como una enfermedad que puede ser solucionada por el médico de tradición regular occidental. En otro estudio, la autora relata como un padre de familia, médico de clase media alta, se convence que su hijo debería ser tratado por una curandera (McKee, 2003).

medicinas, prescripciones y tratamientos, con el que bajaron los precios de la asistencia médica. Por lo demás, la preocupación se dirigió hacia la delimitación de fronteras entre los tres grupos de regulares y el novedoso practicante general y hacia la nueva resistencia organizada de los corrientes de la medicina alternativa.

Los empíricos se encargaban de las clases sociales donde no llegaban los físicos y los nuevos cirujanos, y donde no podían llegar tampoco, teniendo en cuenta su limitada capacidad de intervención médica. Es probable que aquella situación cambió cuando el poder de los practicantes regulares aumentó a fines del siglo XIX, lo que hizo más real y palpable la utopía de poder extender el control médico a la población entera<sup>16</sup>.

Ya en el siglo XVIII, el título de doctor equivalía al permiso de ejercer la medicina y le daba una importante protección al practicante como podemos deducir de casos como los del astrólogo Ludeman y el uroscopista Myersbach, empíricos que adquirieron sus títulos en formas poco transparentes. Aunque un practicante con título pudo ser atacado y contrariado por el colegio de físicos o por otro físico o cirujano resultó factible que él mantuviese su práctica con el apoyo de su clientela y su público.

La dificultad en descalificar a la homeopatía y la hidroterapia, por ejemplo resultó del hecho que muchos de estos practicantes llevaban sus títulos de médico<sup>17</sup>.

Los empíricos, sin embargo, dependían de otro tipo de legitimación que se desprendió de la cultura popular, que no debemos subestimar, pero que se debilitó con la imposición de las leyes del aparato municipal y estatal, y con la difusión de la medicina regular. En Europa del norte podemos averiguar un mecanismo, o avanzar una regla donde se consolidaba la nueva biomedicina con los respaldos de la autoridad conferida por la ciencia y el estado, se debilitaba la autoridad de la cultura popular y con ella, la influencia de los empíricos.

16 Estas aserciones sobre Holanda e Inglaterra en el siglo XVIII son un resumen de las siguientes compilaciones: Blécourt, Frijhoff y Gijswijt-Hofstra (1993); Gijswijt-Hofstra (1995); Gijswijt-Hofstra y Frijhoff (1987); Bynum y Porter (1987); Porter (1985); Porter (1992).

17 Brown (1987); Harrison (1987); Porter (1987); Wear (1992). Este fenómeno de la protección de los títulos se repite en la actualidad en los países de los Andes. Las corrientes de medicina alternativa se difunden bajo la protección de médicos graduados que se convencieron del valor y de la integridad de estas corrientes. )

Averiguemos si la validez de esta regla de la difusión de la biomedicina en los países norte-europeos, se puede corroborar en los países latinoamericanos. Demos unos ejemplos por sí significativos. La llegada de un centro de salud público atendido por un médico y una enfermera en Hidalgoitlán, un pueblo de origen náhuatl de la zona petrolera de México, en los años ochenta del siglo XX repercutió en un desprestigio de curanderos populares como las parteras de trasfondo indígena y los culebreros que se habían especializado en mordeduras de víboras.

El sobador y los curanderos que se dedicaban a enfermedades de carácter cultural como el espanto, el mal de ojo y la caída de la mollera mantenían su prestigio por la sencilla razón que el nuevo centro médico no pudo sustituir a sus servicios. Estos curanderos, sin embargo, experimentaron la competencia de los pentecostales y adventistas que negaban la existencia de aquellos síndromes culturales y que pretendían curar mediante la oración. Parteras, culebrero y espiritualista se aliaban con un médico del pueblo, un practicante que ejerció la medicina en tiempo parcial y sin título, para defenderse de la influencia del nuevo centro de la salud (Modena, 2002).

Pero la regla que mencionamos se deja invertir. Donde la biomedicina se comprueba voluble e incompetente se debilita su autoridad, con aquella de la ciencia y el estado y se puede difundir la autoridad, tanto de los empíricos como de la cultura tradicional o popular que les alberga. Una linda ilustración de esta inversión es aquella descrita por Libbet Crandon en la cual una familia mestiza de un pueblo del altiplano en Bolivia<sup>18</sup>, que se había identificado con la cultura occidental, se convenció de su interés de respetar a la autoridad de un chamán aymará. Los mestizos del pueblo perdieron gran parte de sus terrenos adjunto a su papel de intermediarios, entre las elites de la nación y los indígenas aymará, cuando la reforma agraria de 1952 acabó con los grandes terratenientes y los privilegios mestizos de la administración municipal.

Una madre de familia y sus hijas que representaban al liderazgo mestizo, quedaron sin mayor amparo después de la muerte del padre de la familia. Las hijas terminaron su educación para profesora en el campo, pero

18 La autora no nos revela la identidad del pueblo, Crandon (2003).

no encontraron un cónyuge del estatus social que su tradición les hubiese requerido. Una de ellas entró en serios disturbios mentales y murió después; su tratamiento en un hospital psiquiátrico en la capital de La Paz, por ser profesora, financiado por el seguro nacional, no aportó en la recuperación de su salud. Cuando la segunda hija cayó enferma, su novio le dejó tratar por un chamán aymará, un yatiri, pero una indígena aymará advirtió a la madre que el chamán intentaba matar a su hija. La madre había acusado al hijo del yatiri de robar de la mina que ella explotaba con su segundo esposo, y en venganza el chamán entregó la hija al Tio, el espíritu de la mina. Sólo por hacer sus excusas públicamente y someterse, entonces a la autoridad médica del chamán, el yatiri le perdona a la madre y procura que la segunda hija recupere su salud.

Aquellos ejemplos, cuyo espectro se podría ampliar<sup>19</sup>, demuestran que el forcejeo entre la medicina tradicional y la biomedicina está determinado por una variedad de factores sociales. Crandon presenta la historia de la madre y sus hijas para ilustrar su tesis de la importancia de la lucha de clases y del estatus social: el anhelo de pertenecer a, e identificarse con ciertas capas de la sociedad en las negociaciones sobre la salud (Crandon, 2003, en: Koss-Chioino; *et. al.*, 2003: 27-41. Compare: Crandon-Malamud, 1991.

Y en verdad, su opción de respetar al yatiri corresponde al reconocimiento de los cambios sociales bajo los cuales, ya no tiene mayor sentido que los mestizos sigan identificándose, en todos sus aspectos, con la cultura blanca-occidental. Pero su historia sirve también para ilustrar al criterio de la eficacia; la madre ya perdió la confianza en la medicina occidental por la muerte de su primera hija y estaba dispuesta a arriesgarse con el especialista de la salud de la cultura indígena<sup>20</sup>.

El componente de estatus se aplica tanto a los clientes como a los practicantes. Donde la biomedicina está minando a la posición de los empíricos, ellos pueden buscar una alianza con otros practicantes que se oponen a sus representantes, como señalamos en el caso de Hidalgo-

19 Bastien (2003); Greenway (2003); Mckee (2003); Miles (2003); Price (2003). La importancia de la estrategia étnica en opciones de medicina se extiende por lo demás a opciones en la alimentación: Graham (2003); Vokral (1991); Weismantel (1988).

20 Compare la crítica en Kleinman (1995: 197-201).

titlán, ampliar sus conocimientos, como ocurrió con una curandera en Cuenca que se adueñó de teorías y prácticas de la medicina alternativa, o simplemente incorporar símbolos de la biomedicina y de la cultura hegemónica como vestimenta occidental, teléfonos, esferos y hojas de prescripción<sup>21</sup>.

La competencia de la biomedicina no es la única y probablemente y, a menudo, ni el más importante para los empíricos porque existe otra interna, entre ellos mismos, en que intentan realzar su renombre y reputación personal. En la asociación de chamanes o yachacs en el pueblo de Ilumán, entre las cabeceras de Otavalo e Ibarra al norte del Ecuador, estudiado por Bernhard Wörrle, se utilizan varias estrategias para resaltar destrezas y conocimientos individuales, entre ellas el contacto con curanderos de la selva, con los del Valle de Sibundoy en Colombia y con los curanderos de los indígenas Colorados de Santo Domingo.

Algunos curanderos destacan la confiabilidad de la tradición kichwa cuando otros, especialmente los curanderos mestizos, juegan con su libertad para integrar elementos de la magia occidental, del espiritismo y hasta convicciones y oraciones de los testigos de Jehová. Mientras tanto, los yachac de Ilumán se abrieron a la creciente corriente del turismo alternativo que se interesa por la cultura indígena y el chamanismo, otro mercado para mejorar sus ingresos y aumentar su estatus social<sup>22</sup>.

Algo innovador en la historia de los empíricos es el reconocimiento de la medicina de los pueblos nativos como tradiciones culturales valederas en la constitución de 1998 en Ecuador. Con ello, el Estado ecuatoriano proclamó su intención de integrar la biomedicina con la medicina tradicional y creó la nueva sección de la Dirección de Salud Indígena, dentro del ministerio de la Salud. Y aunque no quedó claro cómo se debería implementar, o cómo el Estado se proponía promover este tipo de integración, estos acontecimientos crearon un inaudito precedente para una tra-

21 Vea: Miles (2003); Joralemon y Sharon (1993: 161-162).

22 Wörrle (2002: 24-103), en particular páginas 39-46, 85-98. Las conexiones entre los chamanes ecuatorianos, sus estrategias para enfrentar la competencia y la incursión del mundo global en el chamanismo han sido descritos en el estudio de Schweitzer de Palacios y Wörrle, 2003. Una descripción de la influencia del turismo en los napo kichwa de la selva. Se lo puede encontrar en Baumann, 2003.

dición médica (y de religiosidad andina) que, legalmente y moralmente, había sido prohibida por 500 años<sup>23</sup>.

Grupos de parteras y yachac, como los de Ilumán, obtuvieron un reconocimiento estatal, el de asociación, lo que significó que ganaron cierta autonomía. Esta independencia ha sido cuestionada por un importante actor del movimiento indígena, como es la Confederación Nacional de los Pueblos Indígenas (CONAIE), por desligarse del control de sus comunidades. El reclamo de la CONAIE evidencia el meollo de los problemas ocasionados por el reconocimiento estatal de la salud tradicional. El nuevo estatus de la medicina tradicional originó una variedad de preguntas: ¿quién debería legitimar a quién? ¿cómo se podría discernir entre auténticos curanderos y charlatanes? y si se puede integrar la biomedicina con una medicina de índole cultural<sup>24</sup>.

## Conclusiones

El estado de la salud en países andinos como Perú, Bolivia y Ecuador hoy se caracteriza en que la atención de la medicina regular se focaliza en la población de clases medias y altas. Existe poca capacidad del estado y poco incentivo de los practicantes regulares, para extender sus servicios de salud a las capas pobres de la sociedad, con la valiosa excepción de grupos e individuos singulares. La debilidad de la medicina regular, hoy en día identificada con la biomedicina, influyó en la supervivencia y la vitalidad de las medicinas tradicionales entre las poblaciones indígenas, afro-americanas y mestizas. A lo largo de los siglos, hasta el día de hoy, la falta de cobertura de la medicina regular ha determinado una necesaria coexistencia de esta medicina con la medicina tradicional.

23 Habrá que enfatizar lo que quisimos demostrar; y es que, a lo largo de los siglos, hasta el día de hoy, la falta de cobertura de la medicina regular ha determinado una necesaria coexistencia de esta medicina con la medicina tradicional. La ausencia de un estatus legal, sin embargo, ocasiona que los empíricos y chamanes sean muy vulnerables a las presiones, abusos y chantajes de sus clientes y de los representantes de la ley, como comprobaron Joralemon; Sharon (1993: 160-163), en las ciudades de la costa norte de Perú.

24 Vea: Joralemon y Sharon (1993) y Schweitzer de Palacios (2003: 194).

Podemos señalar una acumulación de servicios de salud en los países andinos por la incursión de corrientes de la medicina occidental alternativa, sin que se disminuya la influencia de los empíricos de la medicina tradicional. La lucha por clientela entre representantes de la medicina regular, tradicional y alternativa, depende de factores como su (reputación de) eficacia, su cobertura ética y legal, por medio de instituciones como las iglesias, el estado y las leyes y la conexión de los sistemas médicos con el estatus social, que a la vez se asocia con la pertenencia a ciertas clases y razas.

Estos tres factores que otorga autoridad a los sistemas médicos: eficacia, legalidad y estatus social, son herramientas importantes para el análisis del pluralismo médico, lo que no significa que puedan ser desligadas del contexto más amplio de la contienda de ideologías a que pertenecen. Los tres factores mencionados están inmersos en las corrientes ideológicas que les animan y que les definen; en el contexto de los países andinos, estas ideologías se expresan, por ejemplo, por el anhelo de identificarse con la cultura occidental o por medio de la reivindicación de la identidad ancestral negra o indígena.

La medicina regular y la biomedicina en particular, se desarrollaron desde la dinámica de los ideales de la Ilustración y su dominio en Europa occidental coincide con la difusión de estos ideales hasta las capas más pobres de la población. Esta imposición de ideales por parte de intelectuales ilustrados quebró la hegemonía del sacerdote católico y del pastor protestante, dinámica en la cual se aniquiló la autoridad de la religión popular y de los empíricos de la medicina tradicional. De esta forma, los intelectuales ilustrados provocaron una radical remodelación de la cultura popular en Europa occidental<sup>25</sup>.

Los representantes de la Ilustración nunca lograron esta medida de control, o una hegemonía parecida, en los países andinos; en este ámbito cultural sus paradigmas e ideales enfrentan una fuerte competencia, tanto de las iglesias cristianas como de la cultura y de la religión popular. Elementos particulares de la ideología en los Andes son la identificación

25 Estas ideas se desprenden de un estudio anterior sobre el significado del fenómeno de la religión popular; Demon (1986). Compare: Portelli (1974).

de las corrientes alternativas de la medicina occidental con la medicina tradicional y el reconocimiento de esta última como patrimonio cultural, una tendencia que se cristalizó en la legislación de un país como Ecuador, fenómenos que habrá que analizar en el contexto actual de la globalización.

La historia del desarrollo y de la adaptación del sistema de humores en la historia occidental, su gradual y tácito abandono en la segunda mitad del siglo XIX y la supervivencia de los sistemas tradicionales de la salud de la China, Japón e India al lado de la biomedicina, son importantes temas de investigación para aclarar aquella relación entre los tres tipos de medicina. Se puede sugerir otra entrada para esta investigación, que consiste en una mejor determinación del fenómeno de la religión -donde yo incluiría a la magia- y de la ideología y sus pretensiones en el área de la salud humana, una entrada que representantes de la corriente “interpretativa” de la antropología médica ya comenzaron a explorar<sup>26</sup>.

## Bibliografía

- Armus, D., Ed. (2002). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna* Buenos Aires: Ed. Norma.
- Assies, Willem; Haar, G. van der; Hoekema, A., Eds., (2003). *The challenge of diversity. Indigenous peoples and Reform of State in Latin America*. Amsterdam: Thela Thesis.
- Bastien, Joseph W. (2003). “Sucking blood or snatching fat: Chagas disease in Bolivia”, in: Koss-Chioino; Leatherman; Greenway, *Medical pluralism in the Andes* London: Routledge; =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9, Pp. 166-188.

<sup>26</sup> Vea los autores citados en la nota 9. La investigación de las sistemas de la salud nos lleva a comprobar, de forma plástica, el conflicto entre una racionalidad occidental -racionalidad que se expresa de forma preferida en la palabra ciencia- que se impone sobre y se discute con los diferentes ‘mundos de la vida’ (en el sentido en que Alfred Schutz y Jürgen Habermas utilizan al término) de los países occidentales y no-occidentales. Últimamente, este conflicto nos refiere a la tesis y las inquietudes de Max Weber sobre el significado del desencantamiento del mundo.

- Baumann, Franziska (2003). “Schamanismus und Tourismus bei den Quichua im ecuadoranischen Tiefland”, en Schweitzer de Palacios; Wörrle (Ed). *Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors*. Marburg: Curupira. Pp. 145-180.
- Blécourt, W. de; Frijhoff W.; Gijswijt-Hofstra, M. (1993). *Grenzen van genezing. Gezondheid, ziekte en genezen in Nederland, 16e tot 20e eeuw, Verloren; Hilversum. (Límites de la curación. Salud, enfermedad y curación en Los Países Bajos, siglo 16 a 20)*.
- Brown, P.S. (1987). “Social context and medical theory in the demarcation of Nineteenth-century boundaries”, in: Bynum, W. F.; Porter, Roy (Ed). *Medical fringe and medical orthodoxy 1750-1850*. London: Croom Helm. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine. Pp.216-233.
- Bynum, W. F.; Porter, Roy, Ed. (1987). *Medical fringe and medical orthodoxy 1750-1850* Croom Helm; London. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine.
- Crandon-Malamud, Libbet (1991). *From the fat of our souls. Social change, political process, and medical pluralism in Bolivia*. Berkley: UCLA.
- \_\_\_\_\_ (2003). “Changing times and changing symptoms: the effects of modernization on mestizo medicine in rural Bolivia”, en: Koss-Chioino *et al. Medical pluralism in the Andes* London: Routledge; =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9. Pp. 27-41
- Csordas, Thomas J., Ed. (1994). *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge UP. Cambridge Studies in Medical Anthropology, 2.
- Cueto, Marcos; Zamora, Víctor, Ed. (2006). *Historia, salud y globalización*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, IEP.
- Demon, Jos (1986). “Over de betekenis van cultuur en godsdienst. Met een speciale verwijzing naar de discussie over de volksgodsdienst in Latijns Amerika”. Tesis de maestría en Teología, Universidad Católica de Nímege, Holanda. Acerca de la relevancia de la cultura y de la religión. Con una referencia especial a la discusión sobre la religión popular en América Latina.

- \_\_\_\_\_ (2006). "La medicina en Inglaterra y Holanda en el siglo XVIII: algunos aportes para comprender al pluralismo médico en los Andes", manuscrito. Quito: FLACSO, 47 p.
- \_\_\_\_\_ (2007). *Concepciones de la salud en la cultura kichwa de la sierra ecuatoriana*, en: Waters, William F., Haerly, Michael T., *Estudios Ecuatorianos: una aporte a la discusión – Tomo II*, Abya Yala, FLACSO: Quito, 147-179.
- Emch-Dériaz, Antoinette (1992). "The non naturals made easy" in: Porter, R. (Ed). *The popularization of medicine, 1650-1850*. London: Routledge. The Wellcome Institute Series in the History of medicine. Pp.134-159
- Foster, George M. (1994). *Hippocrates Latin American Legacy. Humoral Medicine in the New World*. Berkeley: UCLA; Theory and practice in medical anthropology and international health, 1.
- Gijswijt-Hofstra, Marijke, red. (1995). *Op zoek naar genezing : medische geschiedenis van Nederland vanaf de zestiende eeuw*. (En búsqueda de curación: historia médica de los Países Bajos desde el siglo XVI). Amsterdam: University Press.
- \_\_\_\_\_ (1997). *Vragen bij een onttoverde wereld. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar. Sociale en Culturele Geschiedenis aan de Universiteit van Amsterdam op 27-10-1997*, Universiteit van Amsterdam. Amsterdamse Historische Reeks. (Preguntas alrededor un mundo 'descantado'. Discurso pronunciado con la toma de posesión del cargo de la cátedra en Historia Cultural y Social en la Universidad de Amsterdam).
- Gijswijt-Hofstra, M; Frijhoff, W. (1987). *Nederland betoverd. Toverij en hekserij van de 14e tot 20e eeuw*. (Los Países Bajos encantados. Magia y brujería del siglo XIV a XX). Amsterdam: De Bataafsche Leeuw.
- Glass-Coffin; Bonnie (1998). *The gift of life. Female spirituality and healing in Northern Peru*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Good, Byron J. (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. New York: Cambridge UP.
- Graham, Margaret A. (2003). "Food, health and identity in a rural Andean community", in: Koss-Chioino; Leatherman; Greenway,

- Medical pluralism in the Andes*. London: Routledge =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9. Pp.148-165
- Greenway, Christine (2003). "Healing soul loss: the negotiation of identity in Peru", in: Koss-Chioino; Leatherman; Greenway,. *Medical pluralism in the Andes*. London: Routledge =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9. Pp. 92-106
- Hanegraaf, Wouter J. (1998a). "Romanticism and the esoteric connection", Chapter 14, in: Van den Broek & Hanegraaff (editors), *Gnosis and Hermeticism: from antiquity to modern times*, State Uni. of N.Y. Press, 237-268.
- \_\_\_\_\_ (1998b). "The New Age Movement and the esoteric tradition", Chapter 18, in: Van den Broek & Hanegraaff (editors), *Gnosis and Hermeticism: from antiquity to modern times*, State Uni. of N.Y. Press, 359-382.
- Harrison, J.F.C. (1987). "Early Victorian Radicals and the medical fringe", in: Bynum, W. F.; Porter, Roy, *Medical fringe and medical orthodoxy 1750-1850*. London: Croom Helm. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine. Pp.198-215.
- Joralemon, Donald; Sharon, Douglas (1993). *Sorcery and chamanism. Curanderos and clients in Northern Peru*. Salt Lake City: University of Utah Press.
- Kleinman, Arthur (1988). *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books Inc.
- \_\_\_\_\_ (1995). *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: UCLA.
- Koss-Chioino, Joan D.; Leatherman, Th.; Greenway, Christine, Ed. (2003). *Medical pluralism in the Andes*. London: Routledge; =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9.
- McKee, Lauris (1988). "Tratamiento etnomédico de las enfermedades diarreicas de los niños en la Sierra del Ecuador", en: McKee, L. y Sylvia Arguello, ed., *Nuevas investigaciones antropológicas ecuatorianas*. Quito: Abya Yala. Pp. 311-322.
- \_\_\_\_\_ (2003). "Ethnomedicine and inculturation in the Andes of Ecuador", in: Koss-Chioino *et al.*, *Medical pluralism in the Andes*

- London: Routledge; =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9, 107-128
- Meyer, Birgit; Pels, Peter (2003). *Magic and modernity. Interfaces of revelation and concealment*. Stanford: Stanford UP.
- Miles, Ann (2003). *Healers as entrepreneurs: constructing an image of legitimized potency in urban Ecuador*, in: Koss-Chioino et al., *Medical pluralism in the Andes* London: Routledge; =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9, 107-128.
- Modena, María Eugenia (2002). "Combinar los recursos curativos: un pueblo mexicano en las últimas décadas del siglo XX", en: Armus, D. (Ed). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Ed. Norma. Pp. 331-370
- Muñoz Bernand, Carmen (1986). *Enfermedad, daño e ideología. Antropología médica de los Renacientes de Pindilig*. Quito: Abya Yala.
- Pedraza Gómez, María (2002). "La difusión de una dietética moderna en Colombia: la revista Cromos entre 1940 y 1986", en: Armus, D. (Ed). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Ed. Norma. Pp. 293-330.
- Pels, Peter (2003). "Introduction: magic and modernity", in: Meyer; Pels. *Magic and modernity. Interfaces of revelation and concealment*. Stanford: Stanford UP. Pp. 1-38
- Porter, R., Ed. (1985). *Patients and practioners; Lay perceptions of medicine in pre-industrial society*. Cambridge: Cambridge UP. Cambridge History of Medicine.
- \_\_\_\_\_ (1987). 'I think Ye both quacks': the controversy between Dr. Theodor Myersbach and Dr. John Coakley Lettsom, in: Bynum; Porter. *Medical fringe and medical orthodoxy 1750-1850* Croom Helm; London. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine. Pp. 56-78.
- \_\_\_\_\_ Ed. (1992). *The popularization of medicine, 1650-1850*. London: Routledge. The Wellcome Institute Series in the History of medicine.
- Portelli, H. (1974). *Gramsci et la question religieuse*. Ed. Anthropos, Paris.
- Price, Laurie J. (2003). "Illness management, social alliance and cultural identity in Quito, Ecuador", in: Koss-Chioino; Leatherman; Greenway. *Medical pluralism in the Andes* London: Routledge; =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9. Pp. 209-233.
- Ruiz Saona, Edgardo (2006). *Etnomedicina. Un nuevo camino para un vivir integral*. Quito: OPS/OMS, UNESCO.
- Sharon, Douglas (1998 3ª, 1978 1ª inglesa). *El chámán de los cuatro vientos*. Madrid: Siglo XXI.
- Schweitzer de Palacios, Dagmar (1994). *Cambiashun. Las prácticas médicas tradicionales y sus expertos en San Miguel del común, una comunidad indígena en los alrededores de Quito*. Bonn: Holos Verlag. Mundus Reihe Ethnologie, Band 81.
- Schweitzer de Palacios, Dagmar; Wörrle, Bernhard (2003). Hrsg., *Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors*. Marburg: Curupira.
- Smith, Ginni (1985). "Prescribing the rules of health: self-help and advice in the late eighteenth century", in: Porter, R. *Patients and practioners; Lay perceptions of medicine in pre-industrial society*. Cambridge: Cambridge UP. Cambridge History of Medicine. Pp. 249-282.
- Smith, Virginia (1987). "Physical Puritanism and sanitary science: material and immaterial beliefs in popular physiology", in: Bynum; Porter. *Medical fringe and medical orthodoxy 1750-1850* Croom Helm; London. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine. Pp. 174-197.
- Sowell, David (2001). *The tale of healer Miguel Perdomo Neira. Medicine, ideologies, and power in the nineteenth-century Andes*. Wilmington, Delaware: Scholarly Resources.
- Vegchel, G. van (1991). *Medici contra kwakzalvers. De strijd tegen niet-orthodoxe geneeswijzen in Nederland in de 19e en 20e eeuw*. (Médicos contra matasanos. La lucha contra las medicinas no-ortodoxas en los Países Bajos, siglo XIX y XX). Amsterdam: Het Spinhuis.
- Vokral, Edita V. (1991). *Qoñi-Chiri. La organización de la cocina y estructuras simbólicas en el altiplano del Perú*. Quito: COTESU, Abya Yala.
- Warren, Kay, J; Jackson, Jean E., ed. 2002, *Indigenous movements, self-representation and the state in Latin America*, Univ. of Texas Press; Austin.

- Wear, Andrew (1992). "The popularization of medicine in early modern England", in: Porter, R. *The popularization of medicine, 1650-1850*. London: Routledge. The Wellcome Institute Series in the History of medicine. Pp.17-41.
- Weismantel, Mary. J. (1988). *Food, gender and poverty in the Ecuadorian Andes*. Illinois: Weaveland Press.
- Wörrle, Bernhard (2002). *Heiler, Rituale und Patienten. Shamanismus in den Anden Ecuadors*. Berlin: Dietrich Reimer.

Sección 2:  
**Políticas de salud y prestación  
de servicios en el ámbito  
nacional e internacional**

# Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile

Óscar Arteaga\*

## Introducción

Durante la década de los años 90 diversos países del mundo iniciaron procesos de reforma de sus sistemas de salud, muchas veces impulsados principalmente por organismos multinacionales. América Latina no fue una excepción. Más allá de las singularidades de estos procesos en cada país, es posible reconocer en ellos ciertos elementos comunes: descentralización de la organización del sector público, cambios en los establecimientos públicos para hacerlos semejantes en su operación a establecimientos privados; cambios en los mecanismos de pago a los prestadores, tratando de vincular desempeño e incentivos; estímulo de una mayor pluralidad y competencia a nivel de los prestadores de salud; búsqueda de financiamiento para salud proveniente de fuentes distintas a impuestos; empoderamiento de los consumidores incluyendo mayor libertad de éstos para elegir a los prestadores de servicios (Mills *et al.*, 2001).

En el caso de Chile, en forma previa a lo ocurrido en otros países de América Latina, el sistema de salud se vio sometido a transformaciones radicales que ocurren entre los años 1979-1981, durante el régimen militar. A principios de la presente década, el gobierno estableció a la salud como una prioridad de la gestión y a la reforma del sector como una de sus tras-

---

\* Médico, PhD en Salud Pública. Académico Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

formaciones para el periodo 2000-2006. Esto se expresó en un conjunto de proyectos de ley cuyo núcleo fue una ley que establece un Plan de acceso universal con garantías explícitas (AUGE) y otra ley que fortalece la regulación y el ejercicio de la autoridad sanitaria.

En el presente trabajo se hace un análisis de la actual reforma de salud chilena. Con este propósito, el artículo se ha estructurado con una primera sección que recoge los antecedentes históricos más relevantes del sistema de salud chileno. La segunda sección describe los contenidos fundamentales de la reforma y, la tercera sección, analiza algunas evidencias iniciales que se han recopilando en el proceso de implementación de la misma.

## Antecedentes históricos relevantes del sistema de salud chileno

### *Perspectiva general*

El sistema de salud chileno fue un componente de sucesivos esfuerzos del país por organizar un sistema de seguridad social desde las primeras décadas del siglo XX. Los hitos más relevantes en este periodo inicial fueron (Illanes, 1993; Jiménez y Bossert, 1995): i) la promulgación del Código Sanitario en 1918, en cual estableció responsabilidades públicas por la salubridad y programas de salud preventiva; ii) la Ley del seguro social, promulgada en 1924 y que aseguró cobertura de atención de salud para los obreros y sus cargas familiares; y, iii) la creación del Ministerio de Salud en 1924.

Algunos académicos explican estos tempranos desarrollos como una respuesta a las presiones de las asociaciones de trabajadores de la minería del salitre en el norte del país y la influencia de los modelos europeos de seguridad social sobre políticos de corte liberal y sobre la *intelligentsia* médico-sanitaria (Miranda, 1993; Illanes, 1993). Es importante destacar que los empleados no fueron incluidos como beneficiarios de la Ley de seguro social, lo que podría señalarse como un primer hito en la construcción de un sistema de salud segregado.

En 1938 se aprobó la Ley de medicina preventiva, lo que permitió iniciar programas de pesquisa para algunas enfermedades como tuberculosis,

sífilis y cáncer (Jiménez y Bossert, 1995). Si bien, tanto obreros como empleados fueron incluidos en los beneficios de la ley, estos últimos fueron autorizados a organizar su propio sistema de salud preventiva. Esto permitió que en 1942, se creara un servicio médico exclusivamente para empleados y que se llamó Servicio médico nacional de empleados (SERMENA) (Horwitz, *et al.*, 1995). Esto puede ser destacado como un segundo hito en la construcción de un sistema de salud segregado.

En el año 1952 se creó el Servicio nacional de salud (SNS). De manera similar a la creación del NHS (National Health Service) en 1948, el SNS chileno fue un esfuerzo de unificación de diferentes organizaciones de salud preexistentes en un único sistema centralmente organizado a nivel nacional (Jiménez y Bossert, 1995). Si bien, el SNS tuvo una vocación universal respecto de las acciones de prevención y promoción de la salud, las que estaban orientadas a toda la población chilena, también es cierto que los empleados no fueron incluidos como beneficiarios de las acciones de atención de salud. Esto es importante, pues aunque el SNS pasó a ser un paradigma mundial de sistema de salud integrado para los países en vías de desarrollo (Roemer, 1991), este arreglo sanitario no logró integrar a toda la población chilena. En efecto, el SNS excluyó a los empleados de los beneficios de atención de salud, lo que otorgó base para los arreglos que ocurren en la década siguiente por presiones de los sectores de clase media de la población chilena.

En 1968, se aprueba la Ley de medicina curativa, permitiéndose que el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), creado en 1942 como antes se señaló, pudiese otorgar no sólo prestaciones preventivas, sino que también prestaciones curativas a sus beneficiarios mediante un esquema de prestador preferido (Jiménez y Bossert, 1995). Este sistema se financió con contribuciones de los trabajadores, empleadores y gobierno. Mediante este arreglo, los beneficiarios de SERMENA podían elegir el prestador entre aquellos inscritos en la lista de SERMENA y recibir un subsidio por parte de esta institución a través de un mecanismo de *voucher*. A los prestadores se les pagaba mediante un mecanismo de pago por acto (*fee for service*).

En el mismo año 1968, se estableció la Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, la que permitió desarrollar un seguro orien-

tado a proteger a la población trabajadora contra riesgos específicos de salud asociados al ambiente de trabajo. En este caso, las primas debían ser pagadas sólo por lo empleadores, representando un 0,9 por ciento del total de remuneraciones. Para administrar este seguro se crearon compañías privadas, sin fines de lucro, organizadas por los empleadores y que se llamaron Mutuales de Seguridad (Jiménez y Gili, 1991).

Durante los años 1950 e incluso hasta los años 1970, la tendencia de las políticas de salud fue incrementar la participación pública en el sector salud, tanto en el financiamiento como en la prestación de servicios, proceso que se ve interrumpido por el régimen militar que toma el poder en Chile en 1973. En el contexto de la dictadura militar, las políticas se orientan a incrementar la participación privada y disminuir la participación del Estado. El cuadro 1 resume los principales cambios ocurridos durante este periodo.

Adicionalmente, el gobierno militar impulsa una serie de medidas orientadas a favorecer la migración de beneficiarios desde el asegurador público (FONASA) a las ISAPRE. Entre estas medidas pueden mencionarse: aumento en el porcentaje de contribución para salud; creación, en el año 1985, de un fondo especial para pagar el subsidio maternal de las mujeres beneficiarias de ISAPRE; creación de un subsidio especial, equivalente a un 2 por ciento de la remuneraciones, para que los trabajadores de ingresos bajos pudieran optar a cambiarse de FONASA a una ISAPRE; disminución del aporte fiscal a salud, lo que llevó a un incremento en el gasto de bolsillo como co-pago (Miranda, 1993).

Después del restablecimiento de la democracia en 1990, las políticas de los sucesivos gobiernos democráticos han estado orientadas a fortalecer el sector público de la salud e incrementar la regulación sobre el sector privado (Jiménez, 1991, Massad, 1995).

Cuadro 1

**Principales características de las reformas al sistema de salud chileno en el periodo 1979-1981**

- El Servicio Nacional de Salud (SNS), de naturaleza centralizada, fue transformado en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), compuesto por 28 servicios de salud de base geográfica y tres agencias nacionales, todas instituciones descentralizadas, autónomas, con patrimonio y personería jurídica propia.
- El nivel primario de atención se descentraliza, transfiriéndose la mayoría de los establecimientos a la administración municipal. Una pequeña proporción de establecimientos de nivel primario no se descentraliza y continúa dependiendo de los servicios de salud.
- Se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como agencia nacional, de naturaleza pública, integrante del SNSS, encargado de administrar las contribuciones de los trabajadores para salud<sup>1</sup>, así como la proporción del presupuesto nacional destinado a salud.
- Se crea un mercado para instituciones privadas que administran la contribución obligatoria para salud. Estas empresas, llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) han sido caracterizadas como *Health Maintenance Organizations* (HMO) (Miranda, *et. al.*, 1995). Las personas pueden optar por cambiarse desde FONASA a estas ISAPRE, pero pueden ser rechazadas por éstas debido a un nivel de ingreso insuficiente o por un alto nivel de riesgo de salud.

Fuentes: Oyarzo, 2000; MIDEPLAN, 2000; Arteaga, 1997.

### *Antecedentes generales de la organización y funcionamiento del sector salud en Chile*

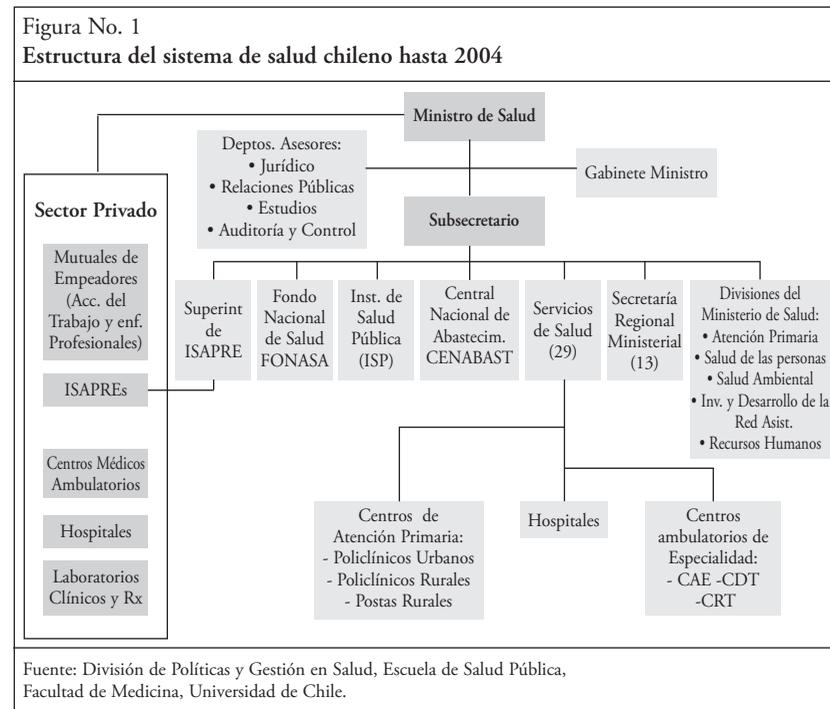
El sistema de salud chileno es un sistema mixto, es decir público-privado, tanto en el aseguramiento como en el financiamiento y la prestación de servicios. La figura 1 muestra la estructura del sistema de salud chileno hasta antes de la reforma iniciada el 1 de Enero de 2005.

El sector público corresponde al Sistema nacional de servicios de salud (SNSS) y está conformado por un conjunto de agencias de nivel nacional y servicios de salud de base geográfica. Las agencias corresponden a organismos autónomos: Fondo Nacional de Salud (FONASA), Superintendencia de ISAPRE (SIPS) (que pasó a ser Superintendencia de Salud en

1 La recolección de las contribuciones de los trabajadores para salud no se hacían directamente por FONASA, sino que por una agencia del Ministerio de Hacienda, hasta 1999, año en que se aprueba un cambio legislativo que fortalece a FONASA como seguro público y recaudador de estas contribuciones.

la última reforma), Instituto de Salud Pública (ISP) y, Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST). Cada una de estas instituciones son entidades con autonomía y patrimonio propio.

FONASA es el administrador público del seguro de salud y, en el ejercicio de dicha función, recauda y gestiona los recursos financieros provistos por diferentes fuentes para los planes y programas establecidos por el nivel central del Ministerio de Salud (Quiroga, 2000). Al momento de su creación en 1979, FONASA absorbió las funciones de SERMENA, preservando la libertad de elección de prestador en una de sus modalidades de atención. La SIPS tenía por función supervigilar el mercado de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), entidades privadas que administran la contribución obligatoria para salud. La reforma del año 2005 cambió el nombre de esta institución a Superintendencia de Salud, otorgándole también más atribuciones.



El Instituto de Salud Pública (ISP) se encarga de autorizar y controlar la producción, distribución y ventas de productos farmacéuticos. También actúa como laboratorio de referencia nacional, estableciendo el estándar de comparación para todos los demás laboratorios públicos y privados del país. La CENABAST es la entidad a cargo de proveer medicamentos e insumos quirúrgicos y de laboratorio para la red de prestadores públicos del SNSS. En el cumplimiento de esta tarea, CENABAST actúa como agencia intermediadora, comprando por encargo de las instituciones públicas mediante un sistema de bolsa electrónica, en la cual las compañías farmacéuticas van realizando sus ofertas de precios, generándose así una competencia que permite comprar a los precios más bajos.

Los servicios de salud corresponden a una red de hospitales y centros de nivel primario (consultorios o policlínicos y postas rurales) ubicados en una determinada zona geográfica. El máximo nivel directivo del servicio de salud es la dirección del servicio. Cada uno de los 29 servicios de salud es autónomo, con personería jurídica y patrimonio propio. La casi totalidad de los establecimientos de nivel primario dependen administrativamente de los municipios.

En cada región del país, al igual que para cada uno de los ministerios del gobierno central, existe un secretario regional ministerial de salud, quien representa al ministro de Salud en el gabinete del gobierno regional, que es encabezado por el Intendente regional, quien es el representante del Presidente de la República en la región.

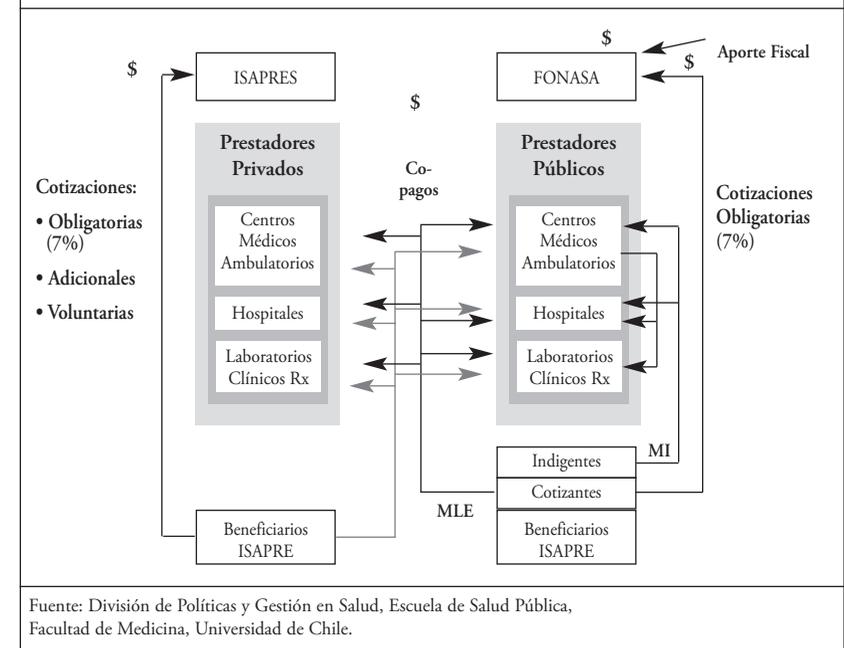
El sector privado de la salud en Chile considera aseguradores y prestadores. Los aseguradores corresponden a las ISAPRE (Institutos de salud provisional), instituciones privadas que administran la contribución obligatoria para salud (ver cuadro 1). Los prestadores privados ofrecen prestaciones de todos los niveles de complejidad: servicios de primer nivel de atención, exámenes ambulatorios de diagnóstico o tratamiento, atención hospitalaria. Aproximadamente un tercio de las camas hospitalarias en Chile son de prestadores privados.

La figura 2 muestra los flujos de dinero y de personas en el sistema de salud chileno. El financiamiento del sistema de salud chileno tiene varias fuentes. Los impuestos generales financian el presupuesto del sector público de salud en el presupuesto de la Nación de cada año; los gobiernos

municipales destinan parte de sus respectivos presupuestos a financiar parcialmente los establecimiento de salud a su cargo; las personas contribuyen al financiamiento mediante pre-pagos (contribución obligatoria para salud) y co-pagos (pagos al momento de la atención). FONASA, como asegurador público, se financia con la contribución del 7 por ciento del salario de cada uno de sus afiliados y además con el aporte fiscal establecido en el presupuesto de la Nación. Las ISAPRE sólo reciben las contribuciones de sus afiliados (7 por ciento obligatorio más contribuciones adicionales de acuerdo a riesgos individuales). FONASA y las ISAPRE cubren aproximadamente el 85 por ciento de la población; el resto es cubierto por otros tipos de arreglos: fuerzas armadas, universidades, seguros privados propiamente tal, etc. Sólo alrededor del 18 por ciento de la población está cubierta por ISAPRE, de modo que FONASA corresponde al principal arreglo de seguro de salud en Chile.

La atención de salud es gratuita al momento de uso en establecimientos públicos de nivel primario para todos los beneficiarios de FONASA, en tanto que en hospitales públicos el co-pago máximo alcanza un 20 por ciento del costo de las prestaciones para los beneficiarios de más altos ingresos. Los beneficiarios de FONASA se clasifican en cuatro grupos, de acuerdo a sus niveles de ingresos (grupo A de indigentes, sin ingresos; grupo D contribuyentes con los ingresos más altos, pero igualmente inferiores al ingreso de los beneficiarios de ISAPRE).

Figura 2  
Fuentes, flujos y de atención y de recursos en el sistema de salud chileno



En FONASA co-existen dos tipos de esquemas. Por una parte, la Modalidad de atención institucional (MAI), en virtud de la cual los beneficiarios sólo pueden acceder a prestadores públicos sin posibilidad de elegir prestador. Todo beneficiario de FONASA, contribuyente o no, puede usar la MAI, para lo cual debe registrarse en un establecimiento de nivel primario, desde el cual es referido a prestadores hospitalarios si es que el problema de salud lo amerita. Por otra parte existe también la Modalidad de libre elección (MLE), en virtud de la cual los beneficiarios pueden elegir el prestador de su preferencia de una lista de prestadores públicos y privados inscritos que han hecho contrato con FONASA y recibir un subsidio (*voucher*), que es el mismo para cualquier nivel de precio del prestador. Sólo los beneficiarios contribuyentes tienen acceso a la MLE; la población indigente sólo tiene acceso a la MAI, sin libertad de elección.

## La actual reforma del sistema de salud chileno

En términos formales, el conjunto de leyes que sustentan la actual reforma del sistema de salud chileno fueron presentadas al parlamento en 2002 y sólo han entrado en vigencia en los últimos dos años. Sin embargo, durante la década de los años 90 se desarrollaron varias iniciativas que son importantes precedentes para el cambio estructural contemplado en la actual reforma. Entre estas iniciativas se pueden mencionar: aumento del gasto en salud cercano a 200 por ciento entre 1990 y 2000 (MIDEPLAN, 2000); separación de funciones fortaleciendo a FONASA como el comprador de prestaciones para los establecimientos de nivel primario y hospitales (Oyarzo y Galleguillos, 1995); aumento de la rendición de responsabilidades (*accountability*) mediante el desarrollo de compromisos de gestión<sup>2</sup> (Lenz y Fresard, 1995); modernización de la gestión de recursos humanos modificando el marco jurídico que regula las relaciones laborales en las instituciones de salud (Quiroga, 2000); aumento de la opciones de elección para el usuario al incorporar en 1995 un mecanismo de financiamiento del nivel primario en base a un per cápita de acuerdo al número de personas inscritas en el establecimiento (Duarte, 1995; Bossert *et al.*, 2003); fortalecimiento de la regulación sobre el sector privado, siendo el hito más relevante la creación en 1990 de la Superintendencia de ISAPRE (Ferreiro, 2000).

Durante los años 1990 el sistema de salud chileno fue criticado a nivel internacional por su falta de equidad (Hsiao 1995; Reichard, 1996; López, 1997), expresado en que, brindando cobertura a sólo un cuarto de la población, las ISAPRE concentraban un 43,4 por ciento del gasto total en salud en 1991 (Miranda *et al.*, 1995) y un 37,3 por ciento en 1998 (Superintendencia de ISAPRE, 2000). El mercado de las ISAPRE ha sido, además, criticado por la existencia de monopolios, heterogeneidad del producto y dificultades de acceso al mercado (Miranda *et al.*, 1995). Por otra parte, respecto al asegurador público, se ha señalado que personas

2 Compromisos de gestión son equivalentes a un contrato entre dos partes (ej. nivel central del Ministerio de Salud y Dirección de un Servicio de Salud), en el cual se especifican objetivos y metas a alcanzar en un determinado periodo en el contexto de la restricción de los recursos que también se especifican en el compromiso.

que no son afiliados de FONASA obtienen beneficios netos de esta institución en una clara expresión de drenaje de subsidios gubernamentales (Bitrán *et al.*, 2000).

En este contexto, el gobierno elegido en 2000 prometió una reforma del sistema de salud con el propósito de mejorar la solidaridad y la equidad y cuyos objetivos fueron explicitados en los siguientes términos (MINSEGPRES, 2007):

- Integrar sanitariamente los sectores público y privado.
- Definir garantías explícitas y exigibles para los ciudadanos.
- Mejorar los modelos de atención y gestión del sistema de salud.
- Establecer mayor solidaridad.
- Regulación única tanto para el aseguramiento como para la prestación.

Los ejes fundamentales de la reforma de salud establecidos en las leyes aprobadas por el Parlamento son dos: i) establecer un Plan de acceso universal con garantías explícitas (Ley 19.966 de régimen general de garantías en salud) y, ii) fortalecer la autoridad sanitaria a nivel nacional y regional, a la vez que generar condiciones administrativas para una gestión más flexible a nivel hospitalario, en el contexto de una separación de funciones entre entidades reguladoras y prestadoras de servicios de salud (Ley 19.937 de autoridad sanitaria y hospitales autogestionados en red).

El Régimen de garantías en salud (GES<sup>3</sup>) establece cuatro garantías (acceso, oportunidad, calidad y protección financiera) para un conjunto de problemas de salud<sup>4</sup>.

Estos, fueron inicialmente cincuenta y seis (ver cuadro 2) y en el actual gobierno (2006-2010) se ha prometido aumentar en número hasta ochenta (Bachelet, 2005).

3 El nombre original de la propuesta fue Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas), pero el tratamiento legislativo del proyecto lo modificó a Régimen GES (Garantías Explícitas en Salud) o simplemente GES.

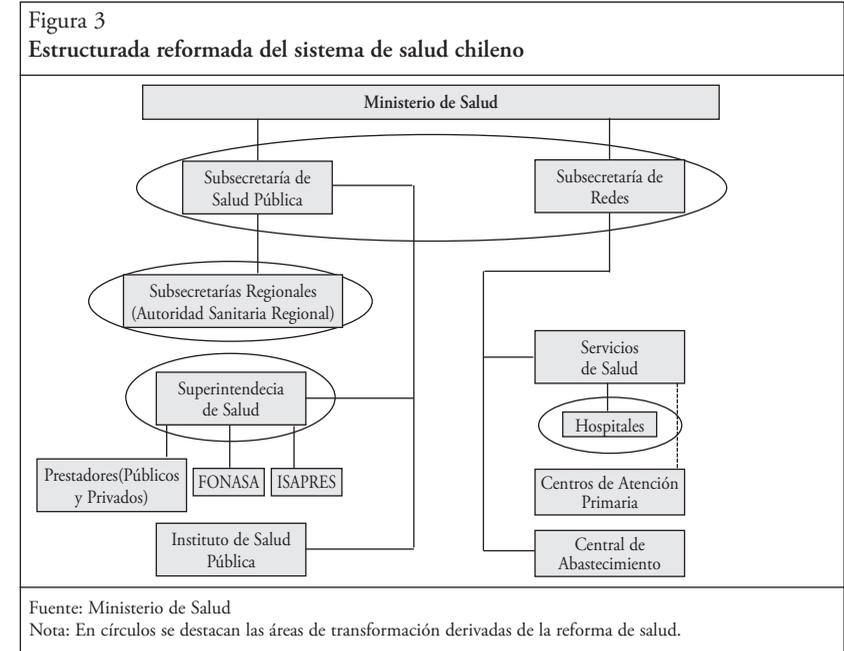
4 De las cuatro garantías, la única que aún no entraba en aplicación al momento de preparar el presente artículo es la garantía de calidad.

Cuadro 2 Problemas de salud considerados en Régimen GES	
1. Atención del parto con analgesia	29. Hipoacusia
2. Todos los cánceres infantiles	30. Hiperplasia benigna de la próstata
3. Cáncer cervicouterino	31. Neumonías en el adulto mayor
4. Cáncer de mama	32. Ortesis adulto mayor (bastones, silla de rueda, otros)
5. Leucemia (adultos)	33. Hemofilia
6. Linfoma (adultos)	34. Fibrosis quística
7. Cáncer de testículo	35. Escoliosis
8. Cáncer de próstata	36. Depresión
9. Cáncer gástrico	37. Dependencia al alcohol y drogas
10. Cáncer de vesícula y vías biliares	38. Psicosis (trastornos psiquiátricos severos)
11. Cánceres terminales (cuidados paliativos)	39. Asma bronquial
12. Enfermedad isquémica (infarto miocárdio)	40. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
13. Trastornos de conducción	41. Hipertensión arterial
14. Cardiopatía congénita operable	42. Accidente vascular encefálico
15. Defectos del tubo neural	43. Diabetes Mellitus Tipo I y II
16. Labio leporino y fisura palatina	44. Prematurez
17. Insuficiencia renal crónica	45. Retinopatía del prematuro
18. VIH / Sida	46. Dificultad Respiratoria del recién nacido
19. Cataratas	47. Accidentes que requieren UTI
20. Gran quemado	48. Artritis reumatoidea
21. Politraumatizado con y sin lesión medular	49. Artrosis
22. Hernia núcleo pulposo	50. Epilepsia (mejoramiento programa manejo infantil)
23. Tumores y quistes SNC	51. Trauma ocular
24. Aneurismas	52. Desprendimiento de retina
25. Retinopatía diabética	53. Estrabismo (menores de nueve años)
26. Vicios de refracción	54. IRA (menores de 15 años)
27. Pérdida de dientes en el adulto mayor	55. Salud oral integral
28. Cirugía que requiere prótesis	56. Urgencias odontológicas

Fuente: Ministerio de Salud. <http://www.minsal.cl/> Visitado el 16 de Septiembre de 2003.

En el segundo eje, es decir fortalecimiento de la autoridad sanitaria y hospitales autogestionados en red, la implementación de la Ley 19.937 se inició el 1 de Enero de 2005. El nuevo marco legal genera varias transfor-

maciones en diferentes niveles la organización del sistema de salud chileno (ver figura 3).



Para efectos del presente trabajo, sólo se destacan los cambios más relevantes:

- División de la pre-existente subsecretaría de Salud en dos subsecretarías: una subsecretaría de Salud Pública y una subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Transformación de la anterior Superintendencia de ISAPRE en Superintendencia de Salud, con atribuciones para supervigilar no sólo a las ISAPRE sino que también a FONASA y a los prestadores públicos y privados de salud.

- Reconocimiento de las secretarías regionales ministeriales de salud como autoridad sanitaria Regional, transfiriéndoles a éstas un conjunto de atribuciones que antes correspondían a las direcciones de servicios de salud, así como los recursos para el desempeño de dichas funciones.
- Establecimiento de régimen de hospitales autogestionados en red, a través de la desconcentración de atribuciones para la gestión de recursos humanos y financieros desde las direcciones de salud hacia las direcciones de hospitales.

### Análisis de la implementación de la reforma

La historia de las reformas al sector salud desarrolladas en diversos países en las últimas décadas ha dejado como enseñanza que el tránsito desde el diseño de políticas públicas hasta la implementación de los cambios que ellas implican es generalmente más largo y difícil que lo que imaginan quienes han diseñado las políticas (Walt y Gilson, 1994; OMS Euro, 1997).

Antes de comentar algunos antecedentes de evaluaciones específicas de la reforma chilena, conviene destacar algunos aspectos del proceso. En primer lugar, para poder establecer algoritmos y protocolos de atención para los problemas contemplados en el régimen GES, la autoridad de salud encargó estudios para acopiar la mejor evidencia sobre efectividad y costo de las intervenciones consideradas en GES. Valorando el enfoque de incorporar la evidencia en la construcción de políticas, debe señalarse que este esfuerzo mostró que la evidencia actualmente disponible en las bases de datos de los centros internacionales dedicados a este tema es menor que lo que habitualmente se cree. En este sentido, al momento de tomar decisiones, el diseño del eje del plan garantizado considerado en la reforma chilena tuvo un nivel de incertidumbre más alto que lo que seguramente se imaginaron los diseñadores.

Una segunda dimensión, relacionada con lo anterior, es que el análisis de la evidencia muestra que a nivel internacional existen numerosos protocolos o guías de manejo clínico que están disponibles para muchos problemas de salud, pero que éstos no son respetados por los profesionales

que deben llevarlos a la práctica. Una manera de facilitar el cumplimiento de los protocolos y guías es que los profesionales que deberán aplicar dichos protocolos hayan sido parte del proceso de construcción de los mismos. En el caso chileno, las sociedades médico-científicas son críticas respecto a la escasa participación que habrían tenido en el proceso (Arteaga, 2003).

La implementación de GES se empezó a hacer en forma gradual, partiendo con algunos problemas en modalidad de planes piloto en 2004. Evaluaciones no sistemáticas de estas experiencias destacaron efectos positivos para algunos de los problemas priorizados (cáncer infantil y terapia anti SIDA), mientras otras destacaron aspectos negativos como incremento en las listas de espera de pacientes con algunos otros problemas considerados en GES (insuficiencia renal crónica, por ejemplo) o con problemas no considerados en GES (Arteaga, 2003).

Respecto al eje de fortalecimiento de la autoridad sanitaria, el cambio más dramático ocurre a nivel de las Secretarías regionales ministeriales de salud (SEREMI de Salud), las que se transforman en una organización completamente distinta a la pre-existente, aunque mantienen su nombre. Las trece SEREMI incrementaron sus responsabilidades y recursos, creciendo alrededor de 10 veces en el número de funcionarios, con el mismo equipo de apoyo administrativo pre-existente. Los procedimientos administrativos fueron tardíos lo que generó innecesaria y evitable confusión y malestar. A modo de ejemplo, el traspaso de atribuciones y recursos para las nuevas SEREMI se hace el 1 de enero de 2005, de acuerdo con la ley; sin embargo, el decreto presidencial que establece el traspaso de los funcionarios desde los servicios de salud a las respectivas SEREMI sólo se termina de preparar y publica con un retraso de aproximadamente seis meses.

Aunque aún insuficientes, empiezan a acumularse evidencias sobre evaluación de aspectos específicos de la reforma de salud en Chile. Algunos de estos antecedentes son positivos respecto al acceso de ciertos grupos de pacientes a problemas considerados en GES. (Campos *et al.*, 2007), en un estudio que busca evaluar el cambio en el manejo intrahospitalario de 3 536 pacientes con infarto agudo al miocardio en un grupo de hospitales públicos chilenos, después de instaurado el Régimen GES,

concluyen que la instauración de GES para el infarto agudo del miocardio ha tenido un impacto significativo en la reducción de la mortalidad por esta enfermedad. Los autores atribuyen este positivo impacto a la optimización de las terapias farmacológicas, al aumento en el empleo de medicamentos trombolíticos y al mayor acceso de los pacientes a los estudios y procedimientos invasivos de tipo terapéutico (Campos *et al.*, 2007).

Hay también evaluaciones críticas. En un estudio que busca determinar el grado de cumplimiento de las Garantías explícitas en salud para el problema de hipertensión arterial en un centro de salud de nivel primario de la región metropolitana (Ramírez, 2007), encuentra que el cumplimiento de garantías de acceso y oportunidad sólo alcanza alrededor de un 50 por ciento. En el mismo sentido, una auditoría realizada en 2007 por la Contraloría General de la República, órgano fiscalizador de las instituciones públicas en Chile, reporta información consistente con los hallazgos de Ramírez. Esta auditoría contempló treinta y dos establecimientos de salud de nueve regiones del país, en los cuales se hizo un seguimiento de las interconsultas emitidas desde el 1 de enero de 2005 hasta el 30 de junio de 2006 para una muestra de ocho patologías (cataratas, artrosis de caderas, escoliosis, insuficiencia renal crónica terminal, cáncer de mamas, alivio del dolor por cáncer avanzado, esquizofrenia y coleditiasis).

Entre las conclusiones más relevantes de este reporte se pueden destacar: el sistema de información de gestión de las garantías explícitas en salud (SIGGES) no es confiable, pues omite o distorsiona datos ingresados a nivel de los establecimientos de salud, situación que ha obligado a habilitar registros paralelos en dichos establecimientos con el fin de poder demostrar ante el organismo financiador (FONASA) que las prestaciones han sido efectuadas; en siete de las patologías examinadas se constata incumplimientos de garantías, lo que se atribuye a un deficiente sistema de control y seguimiento de los pacientes; el incumplimiento de garantías se concentra en la etapa de diagnóstico, constatándose que para siete de las patologías examinadas existe un número importante de pacientes con plazos vencido (Contraloría General de la República de Chile, 2007).

En relación con el eje de fortalecimiento de la autoridad sanitaria regional, en un estudio cualitativo desarrollado en base a entrevistas semi-estructuradas en profundidad a profesionales de varias SEREMI de salud

del país, Arteaga y Muñoz (2007) reportan: el proceso de cambio en la SEREMI no ha tenido un debido acompañamiento por parte del nivel central del Ministerio de Salud, nivel respecto del cual se reclama falta de conducción e improvisación; las SEREMI empiezan a perfilarse como actores investidos con mayor poder, lo que les permite convocar e interlocutar con otros actores relevantes de la región, ofreciendo potencial para insertar las políticas de salud en un contexto más amplio de políticas de desarrollo regional; no se logra percibir que entre los actores entrevistados exista una adecuada conceptualización de las diferentes funciones de la SEREMI de salud y que dicen relación con desarrollo y adecuación de políticas para la región, regulación y fiscalización.

En un intento de balance respecto al actual proceso de reforma sectorial de salud en Chile, puede señalarse:

- La actual reforma del sector salud en Chile pone el acento en el ciudadano como sujeto de derechos. En efecto, situar a los usuarios de los servicios de salud como centro de la reforma, intentando aumentar el poder ciudadano para favorecer un mayor control social, es un esfuerzo de la mayor relevancia.
- Con la reforma de salud se establece un cambio en las políticas de seguridad social al establecer mínimos garantizables, lo que se ha extendido a una política de protección social más allá de salud por parte de actual gobierno, marcando así un cambio con políticas basadas en un estado asistencialista.
- El régimen GES obliga a las ISAPRE a entregar el plan garantizado sin discriminación de precios y, en ese sentido, los derechos de los ciudadanos estarán mejor protegidos que en la situación previa. Sin embargo, las prestaciones GES son marginales en funcionamiento global de las ISAPRE y, por lo mismo, el cambio es aún insuficiente para cambiar la lógica de seguro individual con que seguirán operando dichas instituciones.

- El complejo diseño de explicitación de garantías de salud por el cual se optó en Chile, sólo permitirá que, en el mediano plazo cuando GES se encuentre operando completamente y las personas enfrenten la experiencia cotidiana de ser incluidos o excluidos en los beneficios del plan, se pueda conocer el grado de tolerancia de la sociedad chilena a este diseño. No puede descartarse que la tolerancia a las exclusiones sea baja si es que las concepciones fundacionales de la seguridad social europea, con que organizó el sector salud chileno, siguen presentes en la sociedad chilena.
- La complejidad del diseño de reforma de salud de Chile ha significado dificultades adicionales para la implementación, lo que era previsible, particularmente respecto al sistema de información requerido para el control y seguimiento del cumplimiento de las garantías.
- Hay evidencias de algunos logros y también de problemas. Aunque, en rigor, la reforma no termina de implementarse, hay evidencias que destacan aspectos positivos y otros negativos de la reforma de salud en Chile. Con estos antecedentes aún no es posible hacer un balance global y comprehensivo de los resultados e impactos de la reforma de salud y, en consecuencia, es necesario seguir monitoreando los cambios

Para finalizar, podría afirmarse que los antecedentes sobre la implementación de la actual reforma de salud de Chile son aún insuficientes, pero algunos de ellos orientan a pensar que este caso no sería una excepción a lo señalado respecto al difícil tránsito que existe entre el diseño y la implementación de políticas públicas. Si la voluntad política es aumentar la viabilidad de la reforma de salud en Chile, el esfuerzo debiera orientarse a simplificar el diseño de la misma, sin abandonar lo sustantivo de ella, que es situar al ciudadano con reconocimiento de sus derechos en el centro del esfuerzo de las políticas públicas.

El giro chileno hacia recuperar una concepción de la seguridad social en sintonía con aquella que existe en países desarrollados es tímido, perdiéndose una valiosa oportunidad de recuperar la naturaleza original de

un seguro de salud como solución colectiva y solidaria a los problemas de salud. Dicho de otro modo, la actual reforma no logra reestructurar la seguridad social chilena hasta el grado en que exista un solo sistema de seguridad social en salud en el cual FONASA y las ISAPRE actúen en igualdad de condiciones.

## Bibliografía

- Arteaga, Oscar (1997). "Reforming the Chilean Health Care System". *Eurohealth* 3 (3): 26-28.
- \_\_\_\_\_ (2003). *El Plan AUGE y la reforma de salud: todo un cambio cultural*. Anuario de la Universidad de Chile 2003-2004, 94-104
- Arteaga, O., Muñoz, E. (2007). "Autoridad sanitaria regional: ¿En qué va la reforma tras 2 años de implementación". En *Foco* No. 109. Pag 1-9. Fundación Expansiva.
- Bachelet, M. (2005). "Estoy Contigo". Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2006-2010.
- <http://www.anuariocdh.uchile.cl/anuario2/doctos/15ProgramaBachellet-completo.pdf>. Visitado el 27 Noviembre 2007.
- Bitran, R., Muñoz, J., Aguad, P., Navarrete, M., Ubilla, G. (2000). "Equity in the financing of social security for health in Chile". *Health Policy*. 50(3): 171-196.
- Bossert, T.J., Larrañaga, O. Giedion, U. Arbalaez, J.J., Bowser, D. (2003). "Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile". *Bull World Health Organ*. 81(2):95-100
- Campos, P., Nazzari, C., Sanhueza, P., Corbalán, R., Bartolucci, J., Lanasa, E., Prieto, J.C. (2007). "Impacto del plan AUGE en el tratamiento de pacientes con infarto agudo al miocardio con SDST en hospitales chilenos". Resumen trabajo presentado en el XLIV Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Viña del Mar, 2-5 Diciembre.
- Contraloría General de la República de Chile (2007). Informe Final Consolidado Garantías Explícitas de Salud. Agosto 2007. Informes Finales Area Salud, Agricultura, Medio Ambiente. Visitado en 17 Enero 2008. Disponible en sitio web:

- [http://www.contraloria.cl/cgrweb/Portal/appmanager/portalCgr/portal?\\_nfpb=true&\\_pageLabel=B92001](http://www.contraloria.cl/cgrweb/Portal/appmanager/portalCgr/portal?_nfpb=true&_pageLabel=B92001)
- Duarte, D. (1995). "Asignación de recursos per cápita en la atención primaria: la experiencia chilena". Documento de Trabajo No. 8/95. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile: CPU.
- Ferreiro, A. (2000). *El rol de las superintendencias de seguros de salud: la experiencia de Chile, Argentina y Perú*. Trabajo presentado en Seminario Internacional Nuevas Tendencias en la Regulación del Financiamiento y Aseguramiento de Salud. OPS/OMS 16-18 Enero. Santiago de Chile.
- Horwitz, N., Bedregal, P., Padilla, C., Lamadrid, S. (1995). *Salud y Estado en Chile*. Serie Publicaciones Científicas, OPS-Chile. Santiago de Chile: OPS.
- Hsiao, W.C. (1995). "Abnormal Economics in the Health Sector". En: Berman P. (ed.). *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Boston: Harvard University Press.
- Illanes, M.A. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y la ciencia: historia social de la salud pública en Chile*. Colectivo de Atención Primaria (eds.). Santiago de Chile: La Unión.
- Jiménez, J. (1991). "Programa de salud de la concertación de partidos por la democracia". En: Jiménez, J. (ed.). *Sistema de salud en transición a la democracia*. Santiago de Chile: Aborada S.A.
- Jiménez, J., Bossert T.J. (1995). "Chile's Health Sector Reform: Lessons from Four Reform Periods". En: Berman, P. (ed.) *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Boston: Harvard University Press.
- Jiménez, J., Gili, M. (1991). "Subsistema mutuales de seguridad". en: Jiménez, J. (ed). *Sistema de salud en transición a la democracia*. Santiago de Chile: Alborada S.A.
- Lenz, R., Fresard, C. (1995). "Compromisos de gestión: algunos aspectos conceptuales y empíricos". Documento de Trabajo No. 14/95. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile: CPU.
- López, J. (1997). "Latin American Health Care Reforms at the Crossroads: An introduction". *Eurohealth* 3; (3 ): 21-23.

- Massad, C. (1995). "Principios orientadores para la reforma de la salud". Documento de Trabajo No. 15/95. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile: CPU.
- MIDEPLAN (2000). *Propuesta de políticas para la seguridad social en Chile: componente Salud*. Unidad de Estudios Prospectivos, Ministerio de Planificación y Coordinación. Santiago de Chile: MIDEPLAN.
- Mills, A., Bennett, S. y Russell, S. (2001). *The Challenge of Health Sector Reform: What Must Governments Do?* Hampshire, New York: Anthony Rowe Ltd.
- MINSEGPRES (2007). Reforma de Salud. Gobierno de Chile, Ministerio Secretaría General de la Presidencia. <http://www.modernizacion.cl/1350/propertyvalue-23007.html>. Visitado en 29 noviembre de 2007.
- Miranda, E. (1993). "Aporte de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) a la seguridad Social". En: Solimano, G. (ed.). *Propuestas para el rediseño del sistema de salud: cuatro temas básicos*. Santiago de Chile: CORSAPS.
- Miranda, E., Scarpaci, J.L., Irarrázabal, I. (1995). "A decade of HMOs in Chile: market behaviour, consumer choice and the state". *Health and Place* (1): 51-59.
- OMS Euro (1997). *European Health Care Reform: Analysis of current strategies*. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO regional publications. Europe series; No. 72. Copenhagen: WHO.
- Oyarzo, C. (2000). "La descentralización financiera en Chile en la década de los noventa". *Revista Panamericana de Salud Pública*; 8(1/2): 72-82.
- Oyarzo, C., Galleguillos, S. (1995). "Hacia la creación de un seguro solidario en salud. La agenda de reforma del FONASA". Documento de Trabajo No. 13/95. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile: CPU.
- Quiroga, R. (2000). *Regulación de recursos humanos de salud en Chile*. División de Recursos Humanos. Ministerio de Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Ramírez, F. (2007). "Evaluación del cumplimiento del Decreto Ley Garantías Explícitas en Salud, en el caso de hipertensión arterial prima-

- ria o esencial en personas de 15 años y más, en el Centro de Salud San Rafael de la comuna de La Pintana y Red Asistencial que le corresponde”. Tesis para optar al Grado de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile. Noviembre de 2007. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Reichard, S. (1996). “Ideology drives health care reforms in Chile”. *Journal of Public Health and Policy*; 17 (1): 80-98.
- Roemer, M.I (1991). *National Health Systems of the World*. Volume I The Countries. New York and Oxford: Oxford University Press.
- Walt, G., Gilson, L. (1994). “Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis”. *Health Policy and Planning*; 9 (4): 353-70.

# A política de saúde e o Programa Saúde da Família no debate da seguridade social no Brasil: o olhar do serviço social

Michelly Laurita Wiese\*

O debate sobre a saúde no Brasil teve um avanço significativo no que tange a sua constituição enquanto política de direito, principalmente, nos marcos da reforma sanitária e, posteriormente, com a Constituição Federal de 1988.

Nesta perspectiva, o próprio conceito de saúde ampliou-se sendo entendida em dimensão política, econômica, ideológica, social, operacional, de princípios e diretrizes. A concepção de saúde ganha outra dimensão, deixa de ser vista de maneira abstrata e passa a ser compreendida em seu sentido mais abrangente “considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Bravo, 1996:77).

Neste sentido, entende-se que a saúde é uma questão social, e ela se configura como tal “quando é percebida e assumida por um setor da sociedade, que tenta, por algum meio, equacioná-la, torná-la pública, transformá-la em demanda política, implicando em tensões e conflitos sociais” (Wanderley, 2000: 59).

Isto leva a identificar na prática profissional que, embora, haja uma proposta de política de saúde baseada nos princípios da universalidade,

---

\* Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Doutoranda em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC - SP. E-mail: michelly\_w@hotmail.com.

integralidade, acessibilidade, entre outros, a prática dos profissionais tem mostrado dificuldade em perceber que a saúde não envolve somente no uso de medicamentos e exames cada vez mais sofisticados e precisos, ou seja, tem-se a dificuldade de desvencilhar-se do modelo biomédico.

Não é raro o relato de usuários/pacientes que não são ouvidos em suas queixas e história de vida, repleto de elementos que indicam que saúde não é somente ausência de doença e que a construção da própria doença está vinculada aos processos sociais, políticos, econômicos.

Estas considerações referendam a idéia de que se está num momento de mudança e de transição de um modelo de atenção à saúde centrada no modelo biomédico para a implementação de outro, centrado na proteção e na promoção da saúde.

A inversão de um modelo faz parte de um processo histórico lento, gradual, conflituoso que gera resistências ao novo. Isto reflete diretamente no modo de atuação dos profissionais, dirigentes políticos ou de toda uma comunidade envolvidos com esta política.

Entende-se que o SUS busca concretizar um modelo de atenção à saúde, pautado em seus princípios e, nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde através da vigilância à saúde. Isto leva a considerar que a saúde não é apenas ausência de doença e envolve identificar e trabalhar com os vários fatores que configuram o processo saúde e doença.

Isto exige do profissional, ações que estejam pautadas na defesa da integralidade das ações, na promoção, prevenção e recuperação da saúde e entendê-la em seus mais diversos aspectos, não reduzindo a compreensão da mesma apenas vinculada à dimensão biológica.

Merhy (1997), ao discutir como se estruturam e se gerenciam os processos de trabalho nos serviços de saúde, destaca que os profissionais necessitam “modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada” (p. 72).

Nesta direção, a pesquisa que se destaca neste trabalho analisa a articulação da categoria social no contexto das práticas dos profissionais

do PSF<sup>1</sup>, que teve como campo de pesquisa o município de Blumenau - SC.

A direção teórica assumida entende a saúde como uma das expressões da questão social, que tem em seu interior dois modelos assistenciais antagônicos (flexneriano<sup>2</sup> e produção social da saúde<sup>3</sup>) que buscam efetivar seus princípios através de concepções de saúde/doença, da caracterização de uma política e de uma perspectiva do social.

Neste contexto, encontram-se inseridos os profissionais de saúde efetivando através de suas práticas e concepções modelos de saúde, com uma perspectiva para o social.

A pesquisa realizada foi de cunho qualitativa em que foram pesquisadas três equipes de PSF no município de Blumenau em suas práticas profissionais cotidianas: triagem, visitas domiciliares (VD), grupos temáticos, reuniões de equipe e conselho local de saúde.

Com estas práticas objetivou-se identificar o conceito de social dos profissionais; as demandas da população trazidas até a unidade de saúde

- 1 As equipes de Saúde da Família são obrigatoriamente compostas por: médicos, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitário de saúde. Também existe o profissional dentista e auxiliar técnico dentário. Algumas equipes são compostas com outros profissionais como assistentes sociais e psicólogas, mas pela Lei de regulamentação do PSF não há obrigatoriedade na contratação destes e demais profissionais da área da saúde.
- 2 Modelo flexneriano se consolida como paradigma pelas recomendações do relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie, que teve amplo financiamento por parte de fundações privadas americanas no período de 1910 a 1930, cujas principais conclusões foram: Definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas as universidades; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica e controle do exercício profissional pela profissão organizada (Mendes, 1996: 238). Dentre algumas características que singularizam o paradigma flexneriano está a ênfase no “mecanicismo, no biologismo, no individualismo, na especialização, na tecnificação e curativismo” (Mendes, 1996: 238-239).
- 3 Contrapondo-se ao paradigma flexneriano, Mendes (1996) propõe a adoção do paradigma da produção social da saúde, cujos fundamentos estão na teoria da produção social, que partem do pressuposto de que “tudo que existe é produto da ação humana na sociedade, abrangendo desta forma a produção de bens e serviços econômicos e não-econômicos” (p. 240). A teoria da produção social (...) é entendida como o “agir social de um ator que supõe o uso de recursos econômicos, de poder, de conhecimentos e em que essa produção reverte-se para o ator-produtor como acumulação e desacumulação de novos recursos econômicos, recursos de poder, valores e conhecimentos” (Mendes, 1996: 240).

e quais destas são consideradas como sociais; dos encaminhamentos dados às demandas sociais e na identificação do(s) profissionais que se ocupam com estas demandas.

Constata-se que discutir o social não tem sido uma tarefa fácil, embora surja com força nos diversos campos do conhecimento e da sociedade. O seu aprofundamento ainda é um desafio.

O social é uma categoria constitutiva da própria sociedade que passa todas as relações, está presente em cada ato, contexto ou fato. Neste sentido, não há como pensá-lo sem atrelá-lo às relações sociais estabelecidas na sociedade<sup>4</sup>.

Porém, o fato do social estar presente em todas estas relações não o exclui da possibilidade de ser entendido e conceituado de diversas maneiras. Na pesquisa desenvolvida, duas foram as hipóteses levantadas para a questão do social, ou seja, encontrarseia um social restrito, caracterizado pela ênfase na carência<sup>5</sup> ou em sua perspectiva ampliada vista sob a ênfase do direito<sup>6</sup>.

A partir destas considerações, igualmente é o desafio da discussão do social no âmbito das práticas profissionais e que neste estudo, procura identificar e analisar o conceito de social para os profissionais, o reconhecimento das demandas sociais e suas formas de encaminhamento, bem como o profissional que assume trabalhar com estas demandas.

4 A realidade tem mostrado que o social pode assumir várias configurações. O social pode adquirir caráter de justiça, igualdade e universalidade. Pode ser identificado como desenvolvimento social, políticas sociais, economia solidária e resgate das dívidas sociais. Muitas vezes, o uso do social tem a conotação de recursos destinados nos orçamentos sociais de governos e empresas, setores sociais atendidos pelas igrejas e por fundações e “órgãos específicos que têm por natureza atribuições nas chamadas áreas sociais, tais como conselhos de assistência social e conselhos tutelares; indivíduos – os denominados excluídos sociais” (Wanderley, 2000:171).

5 Historicamente, o conceito do social é identificado de forma restrita, tendo no econômico o seu contrário, representando o eficiente, o enfoque a ser dado na solução para uma sociedade forte. Esta concepção remete ao entendimento de que o social está desvinculado da sociedade, pois não é eficiente, vinculando-se à idéia da carência. Ribeiro (2000) explicita que o social e a sociedade são duas categorias que se encontram atualmente separadas uma da outra e no discurso dos governantes e dos economistas, a sociedade veio designar o “conjunto dos que detêm o poder econômico, ao passo que o social remete, a uma política que procura minorar a miséria” (p. 19).

6 O social atrelado à perspectiva do direito está pautado na defesa de uma sociedade construída na garantia da universalidade dos direitos sociais, na cidadania, na emancipação humana e no enfrentamento das desigualdades sociais, reforçando que o social não pode ser pensado fora das relações sociais que se estabelecem, seja na vida cotidiana individual, grupal e de sociedade.

Ao se destacar, inicialmente, o conceito de social expresso pelos profissionais, constata-se que a concepção que norteia o entendimento do mesmo, reflete diretamente sobre as práticas desenvolvidas, principalmente, no reconhecimento ou não das demandas sociais.

O social enquanto conceito é entendido pelos profissionais como: “problema e caso de difícil solução”, “problema social que gera angústia”, “social ligado a situações burocráticas”. Estes conceitos foram expressos diante de algumas situações vivenciadas como: conflito familiar, usuário com tuberculose sem adesão ao tratamento, mulher separada com três filhos e sem renda, famílias em precárias condições de higiene, violência doméstica, usuários acamados, negligência dos filhos, fome e drogas.

Mas ao mesmo tempo em que os profissionais identificam as demandas sociais, em muitas situações as mesmas não são reconhecidas e conseqüentemente ficam sem encaminhamento ou são considerados segredos de família ou das quais não se deve interferir.

Identificase, também, neste processo, que as demandas expressas pelos usuários aos profissionais, principalmente o médico, refletem uma dada demanda social, mas que foi considerada apenas como uma questão de sintoma.

Esta prática revela que a sociabilidade e os componentes coletivos da doença são excluídos, influenciando no diagnóstico e na conduta profissional frente as demandas e queixas dos usuários. Conseqüentemente situações de conflitos advindos do cotidiano são captados e tratados como patologias ou doenças mentais. “Ou seja, que problemas familiares e sociais se transformem em problemas estritamente biológicos e atinentes aos atos médicos, de forma também exclusiva” (Mendes, 1996: 242).

O destaque dado pelo autor de que os problemas familiares e sociais se transformam em problemas patológicos, pode ser constatada nas práticas profissionais das equipes de saúde da família (ESF) quando houve a VD a família com histórico de violência, ou como já destacado nas situações de doenças profissionais em que a prática profissional se restringiu a identificar e agir sobre o sintoma. Esta questão leva a questionar a própria relação profissional/usuários e destaca-se:

“O modelo de atenção médica pobre na arte de curar, seja pela mecanização da relação médico/paciente, pela perda de carisma do médico, pela hostilidade crescente entre médicos e pacientes, pela própria natureza do processo de trabalho em que a diagnose impôs-se a terapêutica, pela perda da totalidade do corpo humano e pelo deslocamento do sujeito como centro e objetivo da medicina” (Mendes, 1996: 243).

Esta discussão leva à constatação de que as práticas profissionais ainda estão enraizadas no modelo biomédico/flexneriano. Isto evidencia que as formas organizativas de um local de trabalho em saúde podem mudar, mas as concepções de saúde e de seu modelo vão determinar em que medida os profissionais se vinculam a uma prática restrita ou ampliada com o processo saúde/doença, incluindo a perspectiva para o social.

Estas constatações levam a questionamentos fundamentais, quando se resgata o conceito de saúde e o modelo assistencial que se expressa com estas práticas profissionais.

Entendese que, a partir do momento, em que o social é um problema de difícil solução, revela-se a própria concepção restrita de saúde, no sentido da não identificação porque a saúde envolve outros determinantes e não apenas a ausência de doença.

Neste sentido, o conceito de saúde é tomado em sua negatividade como ausência de doença a partir do modelo flexneriano, estruturando-se como “uma resposta social organizada sob a forma da prática da atenção médica, nos marcos da medicina científica” (Mendes, 1996: 241).

Por isso, concorda-se com Laurell (1983), que é preciso avançar de uma explicação biológica da doença para a construção de uma interpretação do processo saúde/doença, tendo como eixo o seu caráter social, gerando um novo conhecimento e novas práticas profissionais.

Esta postura oferece a possibilidade de abordar a problemática de saúde como fenômeno coletivo e como fato social que tem implicações para a prática profissional, pois além de uma interpretação do processo saúde/doença, também insere bases sociais que a possam impulsionar e sustentar.

Acrescenta-se a esta discussão a necessidade dos profissionais reaprenderem o trabalho, a partir de dinâmicas relacionais através de diversos

conhecimentos, sendo este o espaço em que transita não apenas o mundo “cognitivo, mas a solidariedade profissional e está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode se mostrar eficaz na constituição de modelos assistências centrados no usuário” (Franco e Merhy, 2003).

Superar concepções e práticas relacionadas ao modelo biomédico/flexneriano impõe também a construção social de uma nova prática sanitária, ou seja, a vigilância da saúde amparado no paradigma da produção social de saúde.

Neste sentido, as estratégias de intervenção da vigilância da saúde estão amparadas na promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa, podendo “ser um instrumento para a construção de uma nova modalidade de atenção: outra forma de ver a intervenção sobre o coletivo e o individual e outras questões para o saber científico sobre a saúde e a doença” (Mendes, 1996: 244).

Constata-se então, que as práticas profissionais ainda estão centradas em cada especificidade profissional e é a partir delas que se atua e não diante de uma demanda expressa em sua complexidade que determina que tipo de prática será realizado para garantir no conjunto das ações e o encaminhamento de uma solução.

Neste sentido, produzir saúde não se esgota nas especificidades profissionais, na clínica, na epidemiologia ou somente a vigilância à saúde, mas na construção de outros campos de conhecimento competentes que impliquem o processo relacional com o usuário, a partir de ações acolhedoras, de escutas qualificadas com responsabilidade perante estas ações, pois tecem os vínculos sociais. A partir disto:

“O usuário que chega ao serviço, portador de um problema de saúde qualquer, traz consigo registros de sua história pregressa e presente, que fazem parte da subjetividade. Uma ação de saúde eficaz, necessita entendê-la, necessita operar sobre o seu território. Há situações em que não cabe a perspectiva da cura, ou de resolução clínica, mas sim a construção de um usuário que administre melhor o seu próprio sofrimento” (Franco e Merhy, 2002:119).

Acrescenta-se a perspectiva de práticas acolhedoras e de vínculo a questão do cuidado, que se operacionaliza a partir de diversos conhecimentos que

se articulam em um conjunto de saberes que em relações interceçoras com o usuário produzindo o cuidado.

Resgata-se então, que a produção do cuidado em saúde requer o acesso as tecnologias necessárias (duras, leveduras e leves) que devem ser comandadas pelas tecnologias leves, bem como o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém, “articulando de forma exata seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém” (Franco e Merhy, 2003).

Constata-se então, que as demandas consideradas sociais pelos profissionais da ESF, são trabalhadas de maneira pontual, focal, isolada e fragmentadas, pois são considerados casos e problemas de difícil solução.

Este enfoque caracteriza a ação profissional não vinculada ao cuidado, a criação do vínculo, do acolhimento além das ações estarem centradas no indivíduo e na superação do sintoma/doença. Isto evidencia que o reconhecimento ou não de demandas sociais, necessariamente não efetiva uma prática vinculada ao social entendido em sua perspectiva ampliada, mas na carência.

A partir da discussão das demandas sociais, as mesmas podem ou não ser identificadas. Quando identificadas recebem algum tipo de intervenção profissional mesmo que seja o encaminhamento a outros órgãos, secretarias ou serviços. Mas, o fato de ser reconhecida e encaminhada, não significa efetivamente trabalhar com o social. Há um repasse para outras instâncias e tem um caráter focal.

A saída encontrada pelos profissionais é trabalhar estas demandas buscando amenizar algumas carências que se evidenciam, não entendendo que as mesmas estão inseridas num contexto maior de necessidades das quais os usuários se encontram.

Estas ações focais se operacionalizam em todas as atividades desenvolvidas como triagem, VD, grupos temáticos. Nas situações de triagem quando da identificação de apenas situações de doenças e nas formas de acolhimento vinculadas a figura do médico. Nas VD, quando são consideradas atividades apenas de acompanhamento e tratamento de doenças, ou quando os profissionais não entendem como um recurso que possibilita identificar o usuário inserido em seu meio de vida e das relações comunitárias.

Nos grupos temáticos, quando os mesmos, em sua maioria, não são entendidos como uma demanda social potencializadora de educação em saúde, restringindo as práticas vinculadas à ênfase na doença e com técnicas que restringem a participação.

Isto explicita os conceitos restritos de social destacados por Wanderley (2000) e se remetido às práticas profissionais evidencia a mesma relação porque é entendido como problema histórico e, portanto, não é responsabilidade dos profissionais, pois está atrelado a problemas macro estruturais, justificando que a saída para estas questões está no equacionamento dos problemas econômicos, políticos e financeiros.

Conseqüentemente as ações desenvolvidas acabam sendo focais porque não há uma discussão ampliada das ações a serem realizadas pelas ESF que dêem conta de responder as verdadeiras demandas colocadas pelos usuários e comunidade como um todo, ou seja, usuário-centrada.

Para que a perspectiva usuário-centrada seja efetivada há que se operar uma reestruturação produtiva de saúde, implicando na mudança do modelo assistencial. Neste sentido Franco e Merhy (2002) destacam:

“No entendimento que temos, reorganizar a produção de saúde, significa alterar os processos de trabalho, a partir da reinvenção de suas tecnologias. Processos de trabalho que têm como fonte inúmeros campos de saberes e operem de modo multiprofissional, centrados em tecnologias leves e leve-duras. Rompendo com o atual modo de produção da saúde, que se resume a realização de procedimentos centrados nos profissionais e que utiliza tecnologias mais estruturadas, duras e leve-duras” (p. 122).

Ao se preconizar o uso da tecnologia leve em saúde que compreende os vínculos e acolhimento com os usuários, possibilita que as práticas de acolhimento não se vinculem apenas a um profissional como constatado no desenvolvimento das práticas de acolhimento realizadas pelas ESF que se centra na figura do médico e apresentam dificuldades em reconhecer as reais queixas e necessidades dos usuários.

Estas constatações evidenciam e reforçam que o atual modelo de assistência à saúde se caracteriza como produtor de procedimentos, visto que a “produção de serviços se dá a partir da clínica exercida pelo médico o qual

utiliza principalmente as tecnologias duras/leveduras” mesmo frente à proposta de modelo de produção social da saúde (Franco e Merhy, 2003).

O fato dos profissionais desenvolverem práticas de grupo, VD, triagem, grupos temáticos, não garante que estejam construindo um novo modelo de saúde, porque ainda se enraízam nas velhas concepções de doença e da fragmentação do conhecimento e das práticas profissionais.

Neste sentido, resgatando o conceito do social para os profissionais, constata-se se tratar de uma categoria marginal, pois não consideram que podem e devem ser trabalhados por eles, mas acabam jogando esta responsabilidade para outros profissionais pautados no discurso e prática centrados na dificuldade de resolverem os problemas sociais, porque não tem solução.

Esta questão evidencia outro ponto importante: a vinculação do social ao profissional Assistente Social, pois o mesmo é categorial no sentido em que é específico de uma profissão, constatada inclusive nos momentos em que se solicitou a pesquisadora, em função de sua formação profissional em Serviço Social, intervir enquanto tal para resolver os casos sociais.

Para as ESF que não possuem o profissional de Serviço Social, as demandas reconhecidas como sociais são encaminhadas para as assistentes sociais da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), pois se trata de uma secretaria específica que trabalha com os problemas sociais. O profissional que na sua maioria encaminha a esta secretaria é a enfermeira, que necessariamente não é o profissional que identifica as demandas sociais, mas que são repassadas através do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Neste sentido, Machado (2002) destaca que:

“O enfermeiro aparece como elemento articulador da equipe. Ele desempenha inúmeros papéis: é responsável pelo planejamento, pelo atendimento, pela supervisão dos outros profissionais (auxiliar de enfermagem e ACS) e, na maioria das vezes, pelos contatos externos e articulações interinstitucionais” (p. 199).

Porém, se existem situações em que o social não é trabalhado ou encaminhado a outros profissionais ou órgãos, há demandas em que os profissionais consideram-se aptos a trabalhar, pois envolve identificar

usuários merecedores desta ação, caracterizando uma prática que conduz ao julgamento moral.

A dificuldade de identificar, compreender e se dispor a trabalhar com o social, também recai na questão da formação, pois tradicionalmente os profissionais são formados para trabalharem com a doença e, conseqüentemente, se trabalha com o social sob enfoque da carência, porque não é entendido como um dos determinantes que compõe a saúde.

Isto contraria as posições defendidas por Piancastelli *et al.*, (2000) que entendem que as instituições de formação profissional têm conseguido formar profissionais mais preocupados com aspectos que envolvem a saúde e não apenas com a doença.

Concorda-se, com Ros (2000), que destaca que o fato de se conhecer a complexidade do objeto saúde, não tem garantido que a prática profissional esteja embasada nesta compreensão, pois ainda os pólos de formação profissional vinculam-se ao modelo biomédico.

Estes são indicativos que os caminhos da formação profissional se caracterizam por num processo gradual, conflituoso na concretização de novas concepções e práticas.

### Considerações Finais

Diante das questões e considerações pontuadas ao longo deste estudo sobre o social no âmbito das práticas profissionais, muito mais que alcançar respostas, buscou-se problematizar o objeto de pesquisa, constatando ser uma temática complexa e que conduz a outros questionamentos.

Esta discussão conduz à reafirmação da defesa da universalidade, da equidade e da integralidade das ações, que busca efetivar a construção de um novo modelo de saúde, através do SUS, além de conter em seus princípios elementos essenciais da perspectiva de direito.

A universalidade porque implica no direito de acesso aos serviços de saúde para todos os usuários; a equidade é a defesa da justiça porque as diferenças são consideradas e recebem tratamento igualitário e; na integralidade pautada na percepção do usuário como um todo e integrante de uma comunidade que tem o direito de receber assistência integral.

O'Dwyer e Leite (1997) destacam que o princípio que fundamenta o SUS é a saúde como direito social, que se “coloca como um direito do povo e dever do Estado, conquistada com a participação do cidadão, da família, da sociedade, das empresas e outros setores sociais” (p. 91).

Acrescenta-se ainda que além do direito universal e igualitário estar garantido constitucionalmente, os determinantes das condições de saúde, articulam dois setores: “o social e o econômico. Ultrapassam uma visão de direitos e política social que tem prevalecido no país, de pensar esse domínio como o da distribuição de bens e serviços, autonomizando em relação à esfera da produção” (Nogueira, 2002:155).

Neste sentido, a reafirmação do papel do Estado frente à defesa de uma política de saúde vinculada ao SUS é fundamental, para a construção de um projeto contra hegemônico a lógica neoliberal que leva a mercantilização dos serviços e que se constitui o contraponto do processo de desmonte do Estado no Social.

O que se presencia é um processo de mercantilização e privatização na saúde que tem forte presença de mecanismos mediados pelo mercado, “destinados aos diferentes segmentos sociais, com uma particularização, de direitos, de atendimento que, no âmbito do Estado, deveria ter caráter universal” (Carvalho, 2002: 60).

Constata-se então, que a construção de práticas profissionais vinculadas ao social na dimensão do direito exige entender que existem no interior da política de saúde, dois projetos de modelos assistenciais antagônicos em conflito, que inclui uma perspectiva diferenciada para o social.

Isto faz da saúde uma questão social que necessita ser explicitada a ponto de abalar a hegemonia e permitir a construção de um projeto contra hegemônico. A partir deste entendimento, defende-se que a proposta que busca concretizar uma perspectiva de direito para a saúde que, implica na visão ampliada de social é o modelo de produção social da saúde, contrariamente ao modelo flexneriano pautado na lógica do mercado, da focalização da política de saúde e da carência para o social.

Remetendo estas discussões para o âmbito das práticas profissionais, é imprescindível que os profissionais incorporem como valor que o social está presente em todas as relações, seja na política de saúde, em um diá-

logo com o usuário, nas demandas que são atendidas, numa queixa do usuário centrada no sintoma, mas que reflete todo um contexto social e de vida que marca este sujeito.

Isto envolve o desenvolvimento de práticas vinculadas ao acolhimento em seu sentido amplo, organizando ações usuário-centradas, ouvindo e respeitando a opinião dos usuários, enfrentar e entender que o social não é apenas um problema de difícil solução, um caso, que está isolado do contexto, mas que exige do conjunto dos profissionais práticas que vinculem as reais necessidades de saúde de sua comunidade.

Franco e Merhy (2003) destacam esta questão enfatizando que um modelo assistencial centrado no usuário propõe, “um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leve/leveduras, com a produção do cuidado, entendido enquanto ações de Acolhimento, Vínculo, Autonomização e Resolução”.

Para os profissionais isto exigirá o entendimento de que o objeto de sua ação é a produção do cuidado por meio da qual se atinge a cura e a saúde e que todo profissional é um trabalhador da saúde, destacando que isto pode ser real, se pensarmos que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha como “produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos” (Franco e Merhy, 2003).

Pensar práticas profissionais vinculadas ao social, na sua perspectiva ampliada, requer a reorganização do processo de trabalho que supere ações e saberes médicos como centralidade dos modos de fazer assistência. A proposta deve estar vinculada, a partir da “estrutura assistencial e a partir de equipes multiprofissionais”, além da necessidade de uma “ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos seus processos decisórios que ocorre no ato mesmo da produção de saúde” (Franco e Merhy, 2003).

Neste sentido, a proposta do PSF, enquanto estratégia de reorganização da atenção básica pode ser o mentor e possibilitador da construção de novos conceitos e práticas que possam garantir efetivamente um modelo baseado na construção social da saúde, não se vinculando à idéia

e prática de saúde para pobres, eminentemente focalista e de superação das carências, mas que sua estratégia poderá ser fortalecida e fortalecedora dos princípios do SUS.

Reforça-se que as práticas profissionais devem estar atreladas à integralidade das ações e reconhecer que os serviços de atenção primária envolvem ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, “providas de forma integrada, por meio da vigilância da saúde, e que as intervenções da saúde da família conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social” (Mendes, 1996: 278).

Neste sentido, a proposta do PSF enquanto estratégia de reorganização da atenção básica e vinculada aos princípios do SUS, também fica estremecida, uma vez que as ações são focais e atuam na carência e então o que se vai construindo é um PSF para pobres, ou um PSF que esteja vinculado aos interesses da flexibilização da saúde.

A partir desta concepção, as ações de saúde e as formas de acolhimento continuarão a serem desenvolvidas centradas na figura do médico, na ênfase do conhecimento fragmentado, nas práticas de grupos temáticos entendidos como espaço de discussão de doença, ou seja, centram-se na velha lógica de que saúde é ausência de doença.

Por isso, ao se entender que saúde não é apenas ausência de doença, estes outros olhares possibilitarão num processo coletivo e conjunto, com os profissionais tradicionalmente formados a trabalhar na área da saúde, a construir novas práticas profissionais embasadas no real objeto da saúde que é o cuidado.

O indicativo desta sugestão se pauta quando se constata que o social, uma categoria essencial na saúde, é entendido pelos profissionais como algo marginal que se reflete nas práticas com ações focais e fragmentadas.

A ansiedade dos profissionais, com relação ao Assistente Social, para trabalhar com as demandas sociais, também, é entendida como um indicativo de que os mesmos talvez estejam querendo demonstrar que é necessário frente à complexidade da realidade social, um olhar não centrado na doença.

Neste sentido, entende-se que o profissional de Serviço Social tem uma formação específica que lhe confere com propriedade a olhar o social

e o direito buscando juntamente com os demais profissionais a construção de práticas vinculadas ao social ampliado porque tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho.

O desafio que se coloca então para os profissionais de Serviço Social é desenvolver a capacidade de desvelar a “realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo” (Iamamoto, 1998: 27).

Costa (2000) constata que a inserção dos assistentes sociais na saúde é cada vez mais requisitada pelas “instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis e apontam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde” (p. 36). Acrescenta-se ainda que:

“A objetivação do trabalho do Assistente Social, neste campo da prestação dos serviços, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema” (Costa, 2000: 62).

Assim, pode-se afirmar que o Assistente Social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os diversos níveis do SUS e com as demais políticas sociais setoriais, constatando que o seu “principal produto parece ser assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações” (Costa, 2000: 62).

Enfim, concluindo-se, estes são alguns aspectos que buscam evidenciar a importância desta temática para a realidade na qual se insere a política de saúde e as práticas profissionais.

Igualmente as hipóteses levantadas sobre o social foram confirmadas, uma vez que se constatou a existência do social restrito no âmbito das práticas profissionais. Ainda são um desafio à construção de práticas vinculadas em sua perspectiva de direito.

Por isso, sabe-se que as questões abordadas e aprofundadas nesta pesquisa não objetivam trazer respostas prontas ou soluções definitivas, ao contrário, buscam problematizar a temática e trazer ao olhar de todos os

profissionais envolvidos com a saúde a pensar que política e práticas são construídas.

A construção da discussão do social no âmbito das práticas profissionais foi um desafio constante e quer-se que o mesmo continue a instigar outros profissionais para o mesmo desafio, publicizando estas questões em busca de caminhos que conduzam à política de saúde de fato para a universalidade, equidade, integralidade, de direito e que o social em sua perspectiva de direito esteja contemplada.

### Referências

- Bravo, Maria Inês Souza e Souza (1996). *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Editora UFRJ.
- Carvalho, Alba Maria Pinho de (2002). *Estado e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo*. In: *Revista de Políticas Públicas*. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, v.6, no.1, p.41-66, jan/jun.
- Costa, Maria Dalva Horácio da (2000). “O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais”. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez. Ano XXI, no. 62, mar.
- Franco, Túlio; Merhy, Emerson Elias. “PSF: contradições e novos desafios”. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php/>. Acesso em: 10 fevereiro 2003.
- \_\_\_\_\_ (2002). *Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz. V. 26, no. 60, jan/abr.
- Iamamoto, Marilda Villela (1998). *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez.
- Laurell, Asa Cristina (1983). “A Saúde-Doença como Processo Social”. In: *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. Nunes, Everardo Duarte (Org). São Paulo: Global Editora.
- Machado, Lucinéia Morely (2002). “O Programa Saúde da Família no Distrito Federal na Voz de seus Atores”. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social: Ser Social*. Brasília: UNB. Vol 01, no. 01, 1º. semestre.

- Mendes, Eugênio Vilaça (1996). *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, Emerson Elias (1997). “Em Busca do tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde”. In: *Práxis Em Salud: un desafio para lo público*. Merhy, Emerson Elias e Onocko, Rosana (Orgs). Saúde em Debate 108. São Paulo: Hucitec.
- Nogueira, Vera Maria Ribeiro (2002). “O Direito na Reforma do Estado Brasileiro: construindo uma nova agenda”. Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- O’Dwyer, Gilson Cantarino e Leite, Maria Aparecida Carricondo de Arruda (1997). “Saúde, Direito Primordial de Cidadania”. In: *Divulgação em Saúde para Debate*. Londrina/Paraná, CONASEMS, no. 17.
- Piancastelli, Carlos Haroldo, *et al.*, (2000). “Saúde da Família e Desenvolvimento de Recursos Humanos”. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, no. 21, dez.
- Ribeiro, Renato Janine (2000). *A Sociedade contra o Social: o alto custo da vida pública no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Ros, Marco Aurélio (2000). “Estilos de Pensamento em Saúde Pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck”. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Wanderley, Luiz Eduardo W. (2000). “Enigmas do Social”. In: *Desigualdade e a Questão Social*. Belfiore-Wanderley, Mariângela; Bógus, Lucia; Yazbek, Maria Carmelita (Orgs). São Paulo: EDUC.
- Wiese, Michelly L. (2003). “Diário de campo”. Florianópolis. Mimeo.

# Educación ciudadana y políticas públicas en salud

Juan Camilo Salas Cardona\*

## Introducción

En el contexto actual de América Latina y El Caribe se constata la prevalencia de modelos educativos orientados a la productividad, a la competitividad y al éxito profesional individual. Dichos modelos han dejado de lado una perspectiva educativa orientada a la preparación para la vida personal y social del ciudadano; es así como una educación para asumir los retos de la existencia humana y de la convivencia política, brilla por su ausencia en la mayoría de los planes curriculares de la educación pública y privada en la región. Esta orientación de la educación, en buena medida, colabora para el fomento de estilos de vida poco saludables, en los que los individuos sacrifican la salud y la calidad de vida por alcanzar los ideales económicos, sociales y profesionales que el medio les impone.

A partir de la constatación antropológica, psicológica y biomédica de la relación entre los estilos de vida de los individuos y la salud de los mismos, aparece con claridad cómo las enfermedades se desarrollan como subproducto de inadecuados planteamientos existenciales y sociales, aspecto éste que debe ser atendido por ciertas políticas públicas en salud articuladas con políticas públicas educativas.

---

\* Profesor de la Universidad Católica Santa María . Panamá.

## ¿Una orientación educativa en contra de la salud de los individuos?

La década de los años 30 del siglo pasado, marca el inicio de lo que se ha denominado la “economización de la vida”<sup>1</sup>, categoría crítica que describe un fenómeno económico - social caracterizado por el protagonismo central de la economía en casi todas, por no decir que en todas, las esferas de la vida humana.

Dicha economización, entre otras cosas, desencadena un profundo proceso de transformación de los currículos en todos los niveles de la educación. En dicho proceso, la educación comienza a centrar sus objetivos en preparar a un individuo “funcional” para dicho mundo economizado, el cual debe caracterizarse, entre otros factores, por ser competitivo, productivo y por estar, manifiestamente, orientado hacia el éxito personal a través de su profesión u oficio. Es en este contexto, en el que desde los primeros años de educación se prepara al individuo para que ingrese al mundo del mercado, midiéndose la eficacia y excelencia de los procesos educativos, principalmente, en términos de prestigio profesional, éxito económico y adaptabilidad a las fluctuaciones de los mercados.

El siglo XX transcurre bajo el signo de la economía, y termina con una radicalización del fenómeno a raíz de la globalización de los mercados. La economización de la vida, con sus subproductos educativos se ve reflejada también, en las preferencias profesionales de los jóvenes, fenómeno particularmente significativo en América Latina, ámbito en el cual las preferencias profesionales de la juventud, a falta de una adecuada orientación, se dirigen manifiestamente hacia profesiones lucrativas y prestigiosas, situación que repercute en un significativo desbalance de la educación superior con sus consecuentes repercusiones funestas en el ámbito social.

La explosión de universidades privadas en América Latina en las últimas décadas, evidencia el cómo las preferencias educativas de gran parte de los latinoamericanos se orientan a una educación “fácil, barata y de corta duración”, que les permita a los estudiantes un rápido y “exitoso” ingreso en el mundo laboral, hecho que en la inmensa mayoría de los casos

nunca sucede, ya que la precaria calidad de muchos de esos intentos condena a quienes han creído en ellos, a la frustración del desempleo o del subempleo.

En toda esta orientación “preferencial” de la educación para la competitividad, la productividad y el éxito personal, una preparación para la vida, para la felicidad y para la ciudadanía, brilla por su ausencia, o, en muchos casos, por su bajo nivel de calidad o de asertividad o, también, por su desarticulación respecto del todo curricular. Esta problemática hace que se produzcan, en el mejor de los casos, egresados con habilidades y competencias para ser funcionales en el mercado, pero ayunos de valores, faltos de criterios para articular sus profesiones con las problemáticas sociales y, sobre todo, sin mayores elementos para armonizar su profesión dentro de un marco de una vida buena y feliz.

La ansiedad por el estatus, el dinero y el éxito profesional ha generado, en el plano social, la paradoja de una América Latina con un cada vez mayor número de profesionales, al lado de la persistencia de unos problemas sociales, que lejos de solucionarse, parecieran agravarse. En lo que respecta al plano personal, la opción por estilos de vida que sacrifican todo en aras de la productividad, viene significando por un lado, crisis y rupturas familiares, conflictos de pareja y desatención a los hijos, y, por otro, falta de espacios para el esparcimiento, el descanso, el deporte, los *hobbies*, y para una adecuada alimentación. A falta de todos estos elementos, que podríamos catalogar como constitutivos de una buena calidad de vida, aparecen los subproductos que son de todos conocidos: estrés, tensiones, cansancio crónico, trastornos del sueño, irritabilidad y problemas gastrointestinales, entre otros.

Frente a los problemas de salud causados por estilos de vida poco saludables y generadores de una deficiente calidad de vida, las políticas públicas de salud poco y nada vienen haciendo en América Latina, denotando un carácter reactivo, curativo y centrado en una perspectiva clínica, descuidando orientaciones preventivas, proactivas y generadoras de estilos de vida saludables.

En síntesis, en el contexto latinoamericano se percibe con claridad la presencia mayoritaria de modelos educativos que generan estilos de vida poco saludables, de tal manera que las políticas públicas en salud se pre-

<sup>1</sup> Esta categoría es propuesta y desarrollada por Jesús Conill (2004).

sentan como reactivas, curativas y poco efectivas frente al origen de muchos de los problemas de salud. Si bien es cierto, que el factor educativo no es el único causante de dichas formas de vida poco saludables, no es menos cierto que éste posee una fuerza significativa, sino la principal, a la hora de suscitar actitudes y de generar valores entre la población, de ahí la importancia de revisar las políticas públicas en salud de forma sincronizada con las políticas públicas en materia educativa.

### El problema de la antropología subyacente a la noción de salud que manejamos

Es un hecho evidente que la mayor parte de la historia de las ciencias de la salud, en el contexto de la cultura occidental, ha estado gobernada por una noción dualista del ser humano, la cual genera una análoga concepción dualista de la salud. Si por dualismo comprendemos, en un sentido platónico y agustiniano, la coexistencia en el individuo de dos realidades distintas y hasta cierto punto, contrapuestas, es explicable el por qué las ciencias biomédicas han estado nutridas de una manifiesta centralidad del cuerpo, entendido como el componente biológico – material, que se “relaciona” con la instancia psíquica o espiritual, de naturaleza “inmaterial”. Dicha concepción dualista generó, hasta mediados del siglo XX, una relación del profesional de la salud con el paciente en términos de atención al cuerpo y a la enfermedad. Muchos de los problemas que aún hoy persisten, en materia de atención clínica, de investigación en seres humanos y de políticas de salud, obedecen a que el personal de salud, con base en dicha perspectiva dualista, trata a la persona como un cuerpo que hay que curar o evitar que se enferme.

La clásica definición de salud de la OMS de 1948 en la que precisa que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>2</sup>, en esencia, no

2 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 1946, entrando en vigor el 7 de abril de 1948. Dicha definición no ha sido modificada hasta el momento. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html> (25- 05 - 2007)

modifica el dualismo, sino que lo transforma en un trialismo, en el que el individuo ya no está compuesto por un cuerpo y un alma, sino que está conformado por tres dimensiones, la biológica, la psicológica y la social, no dando pie a una concepción unitaria de la persona, sino manteniendo la separación entre lo biológico y lo psíquico, y añadiendo lo social. Desde esta perspectiva, sin negar las bondades de tal definición ni el avance que constituye respecto del dualismo, ésta constituye, más que una definición de salud, un proyecto de investigación, en el que cada uno de sus elementos debe ser dotado de contenido, debiéndose establecer la correlación entre ellos y de cada uno de ellos con el todo de la de la persona.

Los modelos, dualista y trialista, de salud, que acabamos de mencionar, han encontrado un espacio de profundización en la perspectiva anatómica y especializada de las ciencias de la salud, en las cuales, tal como lo proponía Augusto Comte en su conocido “Curso de filosofía positiva”, las cosas más importantes son aquellas que van de lo general a lo particular; desde esta perspectiva, el especialista, al profundizar cada vez más en un sistema, órgano o función, va renunciando, irremediabilmente, a una concepción integral del ser humano, en tanto que, especialización, desde una perspectiva positivista, significa saber cada vez más de menos. En este mismo sentido, el paradigma anatómico de la medicina, de origen renacentista, en el que se destacan los Tratados anatómicos de Andrés Vesalio (1514-1564), está articulado sobre la separación de la unidad del individuo, tal como lo designan las raíces del término anatomía: “ana” (repetir) y “tomos” (cortar), de tal forma, que las ciencias médicas especializadas, van siguiendo los criterios del modelo anatómico de la disección, cada vez a lo más preciso y específico.

Sin desconocer, obviamente, todos los innegables y necesarios aportes del modelo anatómico y especializado a las ciencias biomédicas, y reconociendo, también, que se trata de un modelo, afortunadamente, irreversible es menester, también reconocer que éste necesita una reformulación, en la que especialización no sea sinónimo de visión parcial del ser humano y en el que la atención a la parte, no implique el desconocimiento de la totalidad de la persona.

Un escenario en el que se verifica la prevalencia de una mirada anatómica y especializada de las ciencias biomédicas y por lo tanto, la dificultad

para el avance de perspectivas preventivas e integrales de salud, es el que encontramos en la medicina familiar, la cual habiéndose consolidado como especialidad médica, aún no goza del reconocimiento social necesario ni de una valoración suficiente de sus grandes posibilidades y ventajas.

En síntesis, en consonancia con nuestro tema de reflexión, la formulación de las políticas públicas en salud obedecen, como es obvio, a las concepciones médicas típicas de tipo anatómico y especializado, y por lo tanto, presentan manifiestas evidentes dificultades para plantearse las relaciones entre lo psíquico y lo biológico, de tal manera que se pueda plantear con solvencia la relación entre los modelos de “vida buena” subyacentes a los currículos educativos actuales y sus repercusiones en la salud de la población. Es decir, que nos encontramos ante un callejón sin salida en el que la epistemología predominante en las ciencias de la salud que manejamos, no permite una comprensión cabal de las relaciones entre lo psíquico y lo biológico, la cual se encuentra en la base de un replanteamiento de los modelos educativos de cara a sus incidencias en la salud.

A pesar de que hemos denominado “callejón sin salida”, en razón de las dificultades para un “rápido” cambio de paradigma, existen signos de esperanza en el horizonte de las investigaciones biomédicas actuales, tal es el caso de la neuropsicoendocrinología, línea de investigación en la que los puentes entre lo psíquico y lo biológico aparecen significativamente exploradas, vislumbrando la emergencia de una medicina científica más consciente de la unidad de la persona humana.

### Hacia una reformulación de las políticas públicas en salud

Un hecho de común conocimiento, es que las políticas públicas, incluidas obviamente las de salud, obedecen a una determinada noción de bienestar y de desarrollo que las jalona y articula. En este sentido, el Estado adopta una noción de desarrollo, a partir de la cual, formula las políticas públicas en los diferentes campos a fin de ir configurando el modelo adoptado.

Es, igualmente, de dominio común que el modelo de desarrollo más difundido a partir de la economización de la vida, de la que hemos ya, es

aquel del desarrollo entendido en términos macro económicos, visión propia del modelo neoclásico de la economía, modelo en el que el desarrollo de los pueblos viene dado por variables tales como el crecimiento del producto interno bruto y otras de índole econométrica.

Así como en el apartado anterior sugeríamos la necesidad de superar las visiones dualistas y trialistas de las ciencias biomédicas, en aras de un mejor planteamiento de las relaciones entre lo psíquico y lo biológico, y como base de una vinculación entre las políticas públicas en educación y en salud, en este apartado, nos inclinamos a creer que es necesario, de manera análoga, un replanteamiento de la noción de desarrollo que articule las políticas públicas en el contexto regional latinoamericano, pasando de una comprensión econométrica, a una visión más dialogante con un ser humano concreto e integral, perspectiva en la que la propuesta de Amartya Sen aparece con sugestivas posibilidades de aporte.

El pensamiento de Amartya Sen, premio Nóbel de economía 1998, ante la constatación de las profundas desigualdades de la sociedad actual, reacciona en contra del modelo neoclásico de la economía. El núcleo de su propuesta se encuentra en la noción de desarrollo, el cual concibe como un proceso de expansión de las libertades fundamentales de los individuos, tarea en la cual recupera la vinculación entre ética y economía propia del pensamiento de Aristóteles y de Adam Smith; en relación con nuestro tema y a propósito de la problemática actual Sen precisa,

“...vivimos en un mundo de notables privaciones, miseria y opresión. Hay muchos problemas nuevos y viejos, y entre ellos se encuentran la persistencia de la pobreza y muchas necesidades básicas insatisfechas, las hambrunas y el problema del hambre, la violación de libertades políticas elementales, así como de libertades básicas, la falta general de atención a los intereses y a la agencia de las mujeres y el empeoramiento de las amenazas que se ciernen sobre nuestro medio ambiente y sobre el mantenimiento de nuestra vida económica y social” (Sen, 2000:15).

En este apartado podemos constatar la crisis de los modelos vigentes de desarrollo, los cuales generan, como lo hemos propuesto, ordenamientos curriculares armónicos con sus “valores”, pero deshumanizantes y produc-

tores de estilos de vida poco saludables. En materia de políticas públicas en salud, se observa la incapacidad de estas para aportar a una noción de desarrollo más humana y responsable, ya que, al estar guiadas por una noción de desarrollo econométrica intentan, infructuosamente funcionalizar en términos de salud, a un individuo para un mundo obsesionado con la productividad, la competitividad y el éxito personal, tal como lo hemos planteado anteriormente.

En este sentido, la reformulación de las políticas públicas en salud, de manera armónica con unos procesos educativos humanizantes y saludables, debe partir de un replanteamiento de lo que se entiende por desarrollo, so pena, como se constata en la actualidad, de un fracaso a la hora de propiciar actitudes, valores y ambientes saludables.

Para que las políticas públicas en salud sean eficaces en el logro de propiciar una mejor salud en la población deben, no sólo replantear la noción de salud que incorporan, tal como lo precisamos antes, sino también, colaborar en la generación de un ser humano más libre, esto es con más capacidades, para llevar la vida que tiene razones para valorar, y cuando hablamos de “razones”, hablamos no de cualquier argumento peregrino, sino de verdaderas motivaciones racionales y razonables, con todo el peso de humanidad y universalidad que la modernidad le otorga a esta categoría. En este sentido precisa Sen,

“La perspectiva de la capacidad humana centra la atención, por el contrario, en la capacidad –la libertad fundamental- de los individuos para vivir la vida que tienen razones para valorar y aumentar las opciones reales entre las que pueden elegir” (Sen, 2000: 350).

Y complementa luego este postulado diciendo,

“Es posible, entonces, argumentar que el bienestar del que una persona realmente goza está más estrechamente relacionado con tales consecuciones de realizaciones *refinadas*. Esta concepción se relaciona con la idea de que la vida buena es, entre otras cosas, también una vida de libertad” (Sen, 1997: 83).

Desde esta óptica, Sen considera que la verdadera pobreza es entonces, la ausencia de capacidades y no sólo una renta baja, tal como quisieran presentarlo muchos de nuestros modelos educativos vigentes.

Una noción de desarrollo más humana y por lo tanto más felicitante e integral, debe convertirse en el fundamento de un diálogo entre políticas públicas en salud y educación, diálogo en el cual se pueda incorporar el interés por los demás como un elemento articulador. En este sentido, una educación encaminada a la competitividad, al éxito individual y a la productividad puede ser reemplazada por una educación orientada a la participación ciudadana, a una productividad razonable en términos sociales y ecológicos y a un interés personal que incorpore el interés por los demás; en este punto el siguiente texto de Sen es indicativo,

“En primer lugar, nuestra concepción del interés personal puede comprender nuestro interés por los demás y, por lo tanto, es posible introducir la simpatía en el concepto de bienestar personal del individuo, definido en un sentido amplio... Y lo que es más importante, aunque una conducta comprometida pueda contribuir o no a mejorar nuestra situación personal (o nuestro bienestar), el cumplimiento de nuestros compromisos no tiene por qué entrañar una negación de la voluntad racional de la persona” (Sen, 2000: 323-324).

En síntesis, para que sea posible una articulación entre educación y políticas públicas en salud, es necesaria, no sólo una reconfiguración de la noción de salud, sino también una concepción de desarrollo en términos de desarrollo de las capacidades para una vida libre y feliz; estas dos nociones, la de una salud que integre, en términos no sólo declarativos sino epistemológicos lo biótico con lo psíquico y lo social, y la de un desarrollo en términos de libertad, se pueden articular en una concepción de educación ciudadana, como lo veremos a continuación.

## Contenido y alcance de una educación ciudadana

La ciudadanía, en cuanto categoría ético – política, se constituye como aquella posición intermedia entre un liberalismo, desarraigado de los valores y vínculos culturales de cada comunidad y un comunitarismo, que sólo reconoce la posibilidad de una eficacia de las normas y valores en relación con las tradiciones y perspectivas particulares de cada comunidad. En este sentido, la opción por una ética ciudadana de hondo arraigo en el pensamiento moderno, intenta articular el compromiso y las motivaciones del individuo respecto de su contexto particular de vida, con la necesaria “vocación de universalidad” a la que está llamada toda opción ética que quiera deslindarse del relativismo y del contextualismo.

Es así como una educación ciudadana, a propósito de nuestra reflexión, vendría presentada como la transmisión pedagógica de un conjunto de valores y de cosmovisiones, en los que la vida del individuo se define más allá de los estrechos límites individualistas del éxito, de la productividad y de la competitividad, a los que hemos hecho referencia; en este sentido, la educación ciudadana se orientaría a preparar a la persona para el reconocimiento de que su vida y su realización personal pasan por procesos comunitarios y relacionales, en los que los intereses de los demás le son propios y necesarios. Esta concepción de ciudadanía, se encuentra en las antípodas del individualismo malsano que caracteriza a unos modelos educativos dedicados a funcionalizar a los individuos para insertarse combativamente en el mercado.

Uno de los desarrollos más acertados de ética y educación ciudadana en la actualidad, es el que presenta Adela Cortina en su obra “Ciudadanos del mundo”(1999), en el cual precisa que dicha categoría se presenta como una necesaria alternativa para articular y armonizar los intereses particulares con los sociales. Desde esta perspectiva, la ciudadanía tiene múltiples formas de manifestación y concretización en los ámbitos político, social, económico, civil, intercultural y cosmopolita, niveles que ponen de manifiesto, espacios en los que debe evidenciarse la vinculación del ciudadano con los asuntos públicos.

En lo relativo a la ciudadanía política, se pone de manifiesto que el individuo evidencia su pertinencia a la comunidad política en la medida en

que participa de aquellas cuestiones que involucran el interés común, tal como lo precisa Adela Cortina comentando y recuperando el ideal griego de ciudadanía:

“El ciudadano es, desde esta perspectiva, el que se ocupa de las cuestiones públicas y no se contenta con dedicarse a los asuntos privados, pero además es quien sabe que la deliberación es el procedimiento más adecuado para tratarlas, más que la violencia, más que la imposición; más incluso que la votación que no es sino el recurso último, cuando ya se ha empleado convenientemente la fuerza de la palabra” (1999: 44).

Por su parte, la ciudadanía social hace relación a la necesidad de superar la situación de un estado de bienestar, en el que el paternalismo estatal generó un subdesarrollo en la vida ciudadana, induciendo a los individuos a asumir actitudes pasivas respecto de los asuntos públicos y a formular desmedidas exigencias acordes con sus concepciones particulares de felicidad. La ciudadanía social se constituye en el centro de un estado de justicia, en el que las prestaciones sociales vienen medidas por unos mínimos de justicia para todos, y en el que cada ciudadano, entiendo que no sólo tiene derechos sino también responsabilidades, tal como lo precisa Adela Cortina cuando dice,

“...la ciudadanía es un tipo de relación que tiene una dirección doble: de la comunidad hacia el ciudadano y del ciudadano hacia la comunidad. Sin duda el ciudadano contrae unos deberes con respecto a la comunidad y en consecuencia, debería asumir activamente sus responsabilidades en ella, aspecto que el Estado de bienestar ha cuidado poco” (1999: 92).

La ciudadanía civil, por su parte, viene dada entre otros aspectos, por el hecho de reconocer que las responsabilidades, de las cuales venimos de hablar, se ejercen en escenarios concretos, dentro de los cuales se destacan la vida profesional y/o laboral; en este sentido, es necesario reconocer que la ética de las profesiones, reconociendo sus obligaciones para con la sociedad, constituye un mecanismo para construir calidad de vida para los demás a través del servicio que se presta a través del oficio o profesión. Entender que la profesión, es sólo un mecanismo para la producción de

capital en beneficio propio, o un medio para obtener prestigio, tal como lo hemos criticado anteriormente, no sólo constituye, desde una ética eudemónica, un camino directo al aislamiento, a la insatisfacción y al vacío existencial, sino que también se presenta como un medio para ahondar las desigualdades y acrecentar el malestar social.

En este mismo sentido, tal como lo precisa Adela Cortina, la ciudadanía económica se concretiza, entre otros ámbitos, a través de la ética de la empresa (Cortina, 1999: 112), siendo esta un escenario privilegiado para que las organizaciones le retribuyan a la sociedad todo lo que reciben de ella, perspectiva en la que la Responsabilidad social empresarial (RSE), más que en una alternativa, se constituye en un imperativo.

A través de la ciudadanía intercultural estamos avocados a reconocer que nuestras sociedades postmodernas son también sociedades esencialmente multiculturales, aspecto que hace más evidente el llamado a desarrollar valores como la tolerancia, el diálogo intercultural y la aceptación de la legitimidad del que piensa de forma diferente que nosotros. Esta misma ciudadanía intercultural protocoliza una situación que se ha venido gestando desde mediados del siglo XX y que se acelera con fenómenos como las migraciones, por demás, cada vez más frecuentes, como es la del fin de los nacionalismos y de la vigencia de los etnocentrismos. Los ideales de los países nacionales parecen cada vez más lejanos, estando convocados a través de la ciudadanía intercultural, a construir unidad en la diversidad, a generar sociedades más justas y humanas con los materiales provenientes de múltiples culturas, nacionalidades y cosmovisiones.

Como complemento de todas estas dimensiones de la ciudadanía, se presenta la perspectiva *cosmopolita*, en la que se recupera la perspectiva de una ciudadanía del mundo, propia de los estoicos y en la que, cada vez, es más evidente que estamos enfrentados a un futuro común. Problemas como el calentamiento global, la interconexión de las fluctuaciones económicas, la responsabilidad ecológica, las repercusiones globales de muchos delitos o de las guerras, son signos evidentes de la necesidad de darle vigencia a una red de valores que haga posible una responsabilidad con los problemas particulares desde la conciencia de sus repercusiones globales.

## Educación ciudadana y salud: a manera de conclusión

A partir de la constatación de las relaciones entre las dimensiones psíquico – ambiental y biológica de la salud, se abre con claridad la necesidad de que el campo de las políticas públicas en salud dialogue con las políticas públicas en educación, de cara a una preparación para una vida feliz y saludable, armonizada con un desarrollo profesional y una productividad social pensadas en clave de sostenibilidad.

Desde una perspectiva *ética eudemonista*, que vincula la virtud con la felicidad, es evidente que una preparación para una vida ciudadana activa, es decir una educación para una ética de la ciudadanía, es a la vez una preparación para una vida feliz, satisfecha y realizada, la cual estaría a la base de una mejor salud para los ciudadanos.

Todas las enfermedades conocidas como “productos del mundo moderno”, principalmente las gastrointestinales, las cardiopatías, el síndrome de burnout y los trastornos del metabolismo, entre otros, las cuales tienen en su base el estrés, tensiones anímicas, irritabilidad, desórdenes alimentarios, trastornos en el sueño y falta de descanso son, evidentemente, fruto de modelos educativos ayunos de valores ciudadanos, los cuales deben replantearse, de manera armonizada, con políticas públicas en salud, más preventivas que curativas.

## Bibliografía

- Conill, Jesús (2004). *Horizontes de economía ética*. Madrid: Tecnos.
- Cortina, Adela (1999). *Ciudadanos del Mundo, Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza.
- Sen, Amartya (1997). *Bienestar, justicia y mercado*. Barcelona: Paidós.
- \_\_\_\_\_ (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.

# Ecuador offers an alternative option to international aid and health policies

Jean-Pierre Unger\*

Nancy Vásquez\*\*

Pierre De Paepe\*\*\*

## Introduction

We review here the evidence base for the health care / disease control policy promoted by international agencies in developing countries. As an alternative, we underline some of the President Correa Government's health policy features.

Worldwide, up to 50% of people are barred from access to care and essential drugs. Despite an unprecedented increase in external financing, disease control, the paradigm of international aid, is in total disarray in low and middle-income countries. AIDS kills more than 8000 people every day (of which more than 6000 in sub-Saharan Africa) and malaria, up to 3 million every year (1 million twenty years ago). However, in 2004, 21% of all health aid was allocated to HIV (8% in 2000). Total funding for HIV/AIDS programs in low and middle-income countries reached 8.3 billion US\$ during 2005. Realizing the extent of the waste, the Financial Times requested that less money be spent on AIDS – instead of proposing to correct the causes of program's inefficiency (The Financial Times, 2006).

---

\* Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium.

\*\* Ministry of Health, Quito, Ecuador.

\*\*\* Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium.

One may ask if international aid policy, as defined for the health sector of low-income countries (LIC) and middle-income countries (MIC), shares a responsibility for such failure.

International agencies do have a doctrine on aid and international aid policies: whenever possible, these policies allocate disease control to the public and curative health care to the private sector (De Paepe, Soors, Unger, 2007: S273-S281).

Such policies are neoliberal in their promotion of commoditization and privatization. Since a few years, World Health Organisation (WHO) is also promoting private sector providers involvement in Tuberculosis (TB) control, a component of the new Stop TB Strategy and the Global Plan to stop TB (The Stop TB Partnership, 2006: 36).

### **Impact of orthodox international health policies on health care quality and accessibility**

In this section, we outline the responsibility of neoliberal health policy for the failure to control diseases in developing countries using a three-strand hypothesis.

#### *Integration: a key to success for disease control*

Disease control activities implemented by specialized organizational structures, sometimes bringing together several disease control programs (such as maternal and child health) are dubbed vertical programs. In specific cases vertical programs can be justified on technical grounds. Nevertheless, the number of diseases requiring clinical interventions makes it impossible to consider vertical programs as the gold standard template for disease control organization, even where these programs would be, allegedly, closely co-coordinated amongst themselves. In Congo, for instance, there are 52 such programs, and in Central African Republic, more than 20. No one single private company would ever dare to adopt an organigram whereby a worker or a professional would have to respond

to 52 or 20 different managers. This is however the situation of these developing countries' public services obliged to limit the activities of their public services to disease control – at the exclusion of curative care, the only activity truly responding to the demand of peoples and communities.

However, many authors stressed the need to integrate programs into local health facilities in order to achieve a reasonable prospect for successful disease control. They also point to the merit of integrating curative and preventive care. Examples include the potential for detecting a patient with tuberculosis amongst those with cough, or suggesting vaccination to a patient or to a population with whom the practitioner has established trust. Such a scenario couldn't succeed when patients are sent to private practitioners while TB patients are expected to be detected and followed by the public ones.

#### *Public rather than private disease control: understandable caution*

In theory, both the public and the private sector can carry out disease control activities, but historically the public sector has taken this responsibility. Despite the widespread promotion of public-private partnerships, international aid agencies have been cautious about contracting out disease control to the private sector.

Instead, such agencies have promoted continued involvement of government facilities in disease control under the general label of 'prioritization' of their interventions. Their caution is understandable. The results of contracting out disease control to the private for-profit sector are not promising, except for tuberculosis control under specific conditions in some Asian settings. Furthermore, private providers may not oppose the provision of disease control by the public sector, as they often work part-time in public services providing the opportunity to refer the selected patients to their own private consultation.

*Public disease control & private health care: a catch-22*

While disease control remains public, aid agencies have been encouraging a market approach to health care delivery in LIC for over a decade. The transfer of ‘public’ care to the private for-profit sector is a core message of their policy on the grounds of the supposed higher efficiency of the for-profit sector and the poor responsiveness of the public one. Once predominantly providers, governments now have new roles as ‘stewards’, steering care by regulation and supervision. In theory, such privatized care could be funded publicly. Figure 1 indicates these roles of the public and private sectors as promoted by neoliberal health policy.

	Ministry of Health (MoH) facilities	Private facilities
Health care		✓
Disease control	✓	

This doctrine was introduced in LIC and MIC where the market was seen as attractive, such as in parts of Asia and Latin America. It was seen as less relevant in contexts where the market could not be developed easily, as in many parts of Africa. It was also not promoted in countries where geo-strategic considerations dictated an aid policy with clear social goals, as is the case in Jordan, the Southern Philippines and those central Asian republics close to Afghanistan.

One outcome of this policy was a disease control focus to MoHs, with less support for health care delivery. The continued concentration on vertical disease control efforts by the international aid community is reflected in the efforts to set up and channel significant aid through the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria and which has been criticized strongly for ignoring the needs of, or even weakening, the wider health system.

This aid and health policy precluded effective integration in the field and led to a true catch-22; the pool of patients was cut off from disease

control interventions and ended up achieving substandard detection and follow-up rates. This point has been mathematically demonstrated in a recent paper (Unger, d’Alessandro, De Paepe, Green: 2006: 314-322). In order to assess the potential for integrating malaria control interventions in underused health services, a Piot predictive model was used to estimate malaria cure rates. Parameters from the best performing African malaria programmes influencing treatment at home and in health facilities were applied to a rural district in Mali, where access to care was very limited. It was demonstrated that, with a low utilization rate, adequate control combining home treatment and professional treatment was impossible, even applying the best parameters from other countries. On the contrary, cure rates with a higher utilization rate were 62% better. Thus, if malaria patients are to be treated and followed up early, basic health services need to deliver integrated care and be attended by an adequate pool of users. Another example of failing disease control is Colombia, where TB case finding decreased after neoliberal reform.

Furthermore, disease control programs strained first line public health care delivery. This occurred through pressure exerted by disease control managers, by multiplication of disease-specific divisions in (inter)national administrations, by ill-defined priority-setting and increasing opportunity cost, unrealistic costing, inadequate budgets, and financial overruns, failure to make clear the lines of command; tension between health care professionals over income disparity, treatment discrepancies and opportunity costs and problems with sustainability. Management by objective, the philosophical cornerstone of such programmes transformed health organizations into what Mintzberg classifies as mechanistic bureaucracies.

### Impact of orthodox international health policies on health care quality and accessibility

International health policies recommend marketing of curative care together with prioritization of disease control within the public sector (De Paepe, Soors, Unger, 2007: S273-S281). General Agreement on Trade in Services (GATS) article 1.3.c. makes this recommendation compulsory: “a

service supplied in the exercise of governmental authority means any service which is supplied neither on a commercial basis, nor in competition with one or more service suppliers”. Subsidies to publicly oriented services owned by ministries of health, city councils, and non-governmental organizations could be barred on the ground of GATS article 1.3.c. Politicians who endorse it carry thus a heavy moral responsibility.

To assess the impact of these international health policies on access to decent quality health care, we refer to an analysis of health policies of three countries showing how health care privatization failed in Colombia and Chile, and what an alternative health policy can achieve in Costa Rica (Unger, De Paepe, Buitrón, Soors: 2007) and Chile. We conclude that together with other factors, such as Structural Adjustment Programs and World Trade Organisation –WTO- GATS negotiations (Unger, Marchal, Green: 2003: S79-S88) orthodox policies are responsible for poor access to care.

The reform of the health sector in Colombia in 1993 was founded on the internationally advocated paradigm of privatisation of health care delivery. Taking into account the lack of empirical evidence for the applicability of this concept in developing countries and documented experience of failures in other countries, Colombia tried to overcome these problems by a theoretically sound, although complicated, model.

Some 14 years after the implementation of “Ley 100” revision of the literature shows that the proposed goals of universal affiliation and equitable access to good quality care have not been reached. Despite an explosion of costs and a considerable increase in public and private health expenditure, more than 40% of the population is still not covered by a health insurance securing access to a decent health care package, and access to health care itself proves more and more difficult.

What does ‘affiliation to a health insurance plan’ really mean? Basically nothing more than people holding an insurance card. Indeed, several obstacles keep cardholders from accessing health care services, e.g.

- Some insurance companies declared persons or families, especially the poor, to be registered for their scheme without issuing an insurance card, thus collecting premiums without providing service.

- The poor were frequently unaware of their rights. They did not know how to use their insurance card and continued to pay for the services they received.
- Sometimes, they simply didn’t use the services because of a lack of psychological, intra-institutional, financial (see below) or geographical accessibility.

Two data will enlighten the problem. Between 1997 and 2003, the insurance coverage rate grew from 54% to 62% but at the same time, the consultation rate dropped from 23.8% to 9.5% in outpatient (Acosta, Ramírez, Carrión, 2004: 25). Furthermore, each year, 6.26% of the population suffer catastrophic health expenditure. This is 52 times more than Costa Rica (Xu, Evans, Kawabata, Zeramdini, Klavus, Murray, 2003:111-117).

Precisely, Costa Rica is a middle-income country with strong governmental emphasis on human development. For more than half a century, its health policies applied the principles of equity and solidarity to strengthen access to care through public services and universal social health insurance. It is featured with a unified public system allowing integration; publicly oriented services as dominant, though non monopoly, delivery institutions of care; a system of contracting in but there is no real purchaser-provider split, nor hospital managerial autonomy; ‘users and communities’ participation in health services management (in contradiction to what the private-for-profit sector permits); Government expenditure represent the bulk of total expenditure; finally, there is a single, public insurer (no private insurance).

In 2002, its health expenditure per capita was 5.9% of its Gross Domestic Product (GDP) per capita (Purchasing Power Parity (PPP) US\$), while the USA health expenditure was 14.2% and while its GDP per capita was 27.6% of the USA GDP. However, its life expectancy was 78 years against 77 in the USA, second only in the Americas after Canada – and this outcome as well as others can be linked to the performance of the health care system.

Finally, Chile’s health system is characterized by a private insurance market (compulsory contribution to health care of those who voluntarily aban-

done the public health care sector.); the purchaser provider split in the public health system, the Fondo nacional de salud (FONASA, National Health Fund) to collect and distribute payroll taxes; a national health system (e.g. 28 autonomous Health Services) decentralised during Pinochet regime which managed to survive and municipalisation of Public Health Care (PHC). The democracy did not bring pivotal change in dictatorship's policy design although it improved control (superintendencia) on and reduced support to Institución de Salud Previsional (ISAPREs, private insurance companies); improved public financing of health sector; developed family medicine in public first line services and set 56 priority diseases (Plan Auge) mainly in hospital settings. Although first line health services' utilization rates are good, accessibility to specialties may be deficient in public services (waiting lists up to 4 years for some specialists, e.g. ophthalmologists). The ISAPREs administrative costs are four times those of FONASA and they consume 43% of total health expenditure with only 16% of the population insured. In 2003, with demographical and epidemiological indicators close to those of Costa Rica, the health expenditure per capita was exceeding those of Costa Rica by 16%.

As a conclusion, one may wonder why privatisation and related techniques are so high on the agenda of international policies while in North and Latin America the most efficient health systems evade the recommendations of the Bretton Wood agencies.

### The new Ecuadorian integrated health policy

The backbone of the proposed policy, which remains to be implemented and evaluated in the country, is a publicly-oriented health sector. Figure 2 visualizes it, as an alternative to the dominant neoliberal.

Figure 2  
The new Ecuador health policy

New Ecuador health policy	Publicly oriented facilities	Private facilities
Health care	✓	✓
Disease control	✓	

Publicly-oriented, as opposed to private-for-profit, health care organizations are facilities and systems whose *raison d'être* is response to the health demand and needs of the population. Publicly-oriented services aim to balance the concerns of the patient, the community, the state and professionals in care delivery and management. In contrast, private-for-profit services focus primarily on financial profitability and treat corporate and health professionals' income as an end in itself. This classification enables the formulation of quality standards for publicly-oriented health care delivery (Unger, Marchal, Green, 2003:S79-S88), which can inform teaching, research, partner identification, contracting, management, evaluation and health policy design. In the future, providers from non-governmental including denominational organizations as well as from community-owned or other social security facilities would belong to this publicly-oriented health sector alongside government facilities belonging to the MoH and city councils. Their social mission and management would be to balance the interests of individuals and society. Such a broadened publicly-oriented sector will allow wide geographical coverage, integration of disease control in services in a manner that attracts patients together with equitable access to quality health care. Management contracts can be designed to secure a co-management of publicly oriented facilities. It involves the participation of key stakeholders including the community in all publicly-oriented facilities and the delivery of health care responding to specific quality criteria to a defined population. Such contracts could help to distinguish those with a social mission from those with a commercial one. At operational level, mid level managers from different publicly oriented institutions could work together in the context of inter-institutional district executive teams. This would help overcome the deep fragmentation of public services inherited

from the neoliberal era – while taking into account its field consequences.

To implement such plan, there is a need to finance offer rather than demand. Not only MoH facilities - but all socially motivated (non for profit, non commercial) health facilities will need the public financing and technical support.

To improve curative health care accessibility, acceptability and effectiveness in not-for-profit (not commercial, socially motivated, publicly-oriented) services, Ecuador has now initiated a series of horizontal programs. They can at the same time contribute to control diseases since those clinical services in charge of disease control need patients for early detection and continuous care. Some of the proposed strategies were tested internationally, others in Ecuador. They are to be understood as action hypotheses to be adapted locally. These programs are:

- The access to care program. Province and district supervisors will be trained to use a frame designed to measure the accessibility to each particular dispensary and hospital, understand their specific mix of obstacles to access and improve it with tailor-made strategies. Obstacles to be detected and assessed are: lack of drugs, high out-of-pocket costs, recurrent absence of doctors, lack of technical credibility, long travel distance and lengthy queuing for patients. Tailor-made strategies will combine relevant tools found in toolboxes defined in advance and progressively enriched with relevant experiences.
- An in-service initiative to disseminate patient centred care in first line health services.
- Another to promote holistic nursing in hospitals.
- A modernization of the Bamako Initiative, conceived as a way to endow public services with essential generic drugs managed by the community, revolving funds, and payment per sickness episode.
- An initiative to develop local health systems around hospitals (micro-redes).

- A program to improve clinical skills in publicly oriented health centres and hospitals.
- Improved conditions for health professionals working in the sector.
- Administrative integration of disease control programs at district level.

### Conclusion

Late WHO Director Lee advocated strengthening health systems while controlling diseases in developing countries (Jong-Wook, 2003: 2083-2088). However, directors of disease control programs across the world could easily claim that this is precisely what they have been doing during the last 15 years. Training MoH staff in seminars mobilizing them up to 50% of their time (and paying them to stop working instead of paying them to work)? An investment to strengthen health systems. Providing cars for parallel mobile teams? Another such investment. Multiplying authority lines? A way to strengthen systems. Focusing skilled labour on the control of 3 diseases, kindly requesting doctors to forget their medical knowledge and training? A way to make them more effective. In short, the concept of “systems strengthening” is so vague that virtually any initiative can fall in this category.

The new Ecuadorian Government initiative to promote health care accessibility and the development of a wide non for profit health sector paves the way for a new aid and international health policy.

## Bibliography

- Acosta, O. L. Ramírez, M. Carrión, C. L. (2004). *Principales estudios sobre sostenibilidad financiera del sistema general de seguridad social en salud*. Colombia: Universidad del Rosario, Facultad de Economía, Octubre, p. 25.
- De Paepe, P. Soors, W. Unger, J.-P. (2007). “International Aid Policy: Public Disease Control and Private Curative Care?”, *Cadernos de Saude Publica*, 23(Suppl.2), p. S273-S281.
- Financial Times (2006). August 15.
- Jong-Wook, L. (2003). “Global Health improvement and WHO: shaping the future”, *Lancet*, 362, p. 2083-8, U.K.
- The Stop TB Partnership (2006). “The Global Plan to stop TB, 2006-2015”, *The Stop TB Partnership*, p. 36, Geneva.
- Unger, J.-P. Marchal, B. Green, A. (2003). “Quality standards for health care delivery and management in publicly-oriented health services”. *Int J Health Planning and Management* 2003; 18: S79-S88, U. K.
- Unger, J.-P. De Paepe, P. Ghilbert, P. De Groote, T. (2004). “Letter. Public health implications of world trade negotiations”, *Lancet*, 363, p. 83, U.K.
- Unger, J.-P. d’Alessandro, U. De Paepe, P. Green, A. (2006). “Can malaria be controlled where basic health services are not used?”, *Tropical Medicine & International Health*, 11(3), p. 314-322, U.K.
- Unger, J.-P. De Paepe, P. Buitrón, R. Soors, W. (2007). “Costa Rica: Achievements of a heterodox health policy”, *American Journal of Public Health*, 11 (November), (in press), Washington.
- Xu, K. Evans, D. B. Kawabata, K. Zeramdini, R. Klavus, J. Murray, C. J. (2003). “Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis”, *Lancet*, 362, p. 111-117, U.K.

# Salud familiar integral y Asamblea Constituyente

Edgar Rodas Andrade\*

## Introducción

La expresión “salud familiar integral”, utilizada para describir un sistema de atención de la salud, tiene un contenido y un alcance mucho más profundo que lo que generalmente se piensa. Creemos que es necesario reflexionar sobre cada uno de los términos que componen esta expresión para entender a cabalidad su significado (Rodas, 2005: 61-75).

Salud: no significa solamente la ausencia de enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social”. Esta definición tan concisa, comprende, no solamente al ser humano en su totalidad: cuerpo y mente, sino que incluye sus relaciones con el ambiente que le rodea.

Nosotros debemos considerar, además, las definiciones andinas de salud. Nuestros pueblos aborígenes tienen sus propias definiciones. Los Simiatug de la provincia de Bolívar, definen la salud como “la convivencia armónica del ser humano consigo mismo, con la madre tierra y con los demás” y añaden, que esta convivencia armónica es “tendiente al desarrollo integral y a la paz espiritual individual y social” (Malo, 1995).

Los Cañaris la consideran como “un estado de equilibrio armónico corporal y espiritual del ser humano,” y añaden luego, que este equilibrio,

---

\* Decano de la Facultad de Medicina, Universidad del Azuay. Presidente-Fundador de la Fundación Cinterandes.

hace posible alcanzar la convivencia de mutuo respeto con todo lo que nos rodea, física y espiritualmente” (Subsecretaría de Cultura del Austro, 2007). Como puede verse, estas definiciones incluyen un concepto de armonía en las relaciones con los demás y el ambiente e incluyen el concepto de un mundo espiritual.

Lo importante es entender que todas estas definiciones van más allá del concepto generalizado de salud, como ausencia de enfermedad, que es el que predomina en las relaciones médico-paciente, y que tanto han deformado la práctica de la medicina.

### Salud familiar

En el Ecuador se han diseñado numerosos programas de salud durante diferentes gobiernos. Todos ellos han sido bien concebidos y realizados por expertos, con participación comunitaria y con la asesoría de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros organismos internacionales

Todos los programas enfatizan en la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y cuidado especial del niño y de la madre. No sería correcto afirmar que todos estos planes han fracasado, puesto que ha existido un progreso significativo en la situación de salud del país, como los indicadores de salud lo atestiguan. Sin embargo, la situación deja mucho que desear y aún mantenemos un estado de retraso comparando con el resto del mundo y aún de América Latina.

La situación es peor en el campo, especialmente entre la población indígena. El campo está generalmente atendido por médicos rurales que prestan un año de servicio luego de su graduación como médicos. Ellos son los encargados de ejecutar el plan de salud, desde un sub-centro de salud generalmente mal equipado y desprovisto de medicamentos e insumos.

Estos médicos están a cargo de una población entre 5 000 y 10 000 habitantes y en algunos casos aún mayor, población dispersa en una amplia área geográfica. Esta situación hace imposible realizar una atención médica sistemática y estos jóvenes médicos terminan atendiendo en el sub-centro de salud la demanda espontánea de los pacientes. Sólo, ocasio-

nalmente, tienen la oportunidad de realizar promoción de la salud o prevención de la enfermedad y la falta de recursos orienta la atención a un tratamiento simplemente sintomático. Esta es la razón por la que planes de salud tan bien diseñados no tienen los resultados esperados. En ellos se explica cuidadosamente lo que hay que hacer pero no se explica cómo hacerlo, no se especifican estrategias, ni se proveen los medios para llevar a cabo los diferentes sub-programas.

Para resolver este problema creemos que es necesario tener un equipo de salud a cargo de un grupo definido de familias en un área geográfica específica. El equipo de salud podría estar formado por un médico y una enfermera, sin embargo, ante la falta de enfermeras, decidimos integrarlos con una auxiliar comunitaria, que es: una persona que ha terminado por lo menos la instrucción primaria, que tenga interés por la salud y que resida en la zona asignada al equipo. El equipo será responsable de la atención personal de cada miembro de familia y tomará a su cargo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de la patología y mantendrá actualizada la información necesaria.

La experiencia en numerosos países ha demostrado que el número ideal de familias está entre 120 a 200 (600 a 1 000 personas). En nuestro medio sin embargo, debido a la situación del país, creemos que con dedicación y entusiasmo es posible atender entre 250 y 300 familias (1 250 a 1 500 personas).

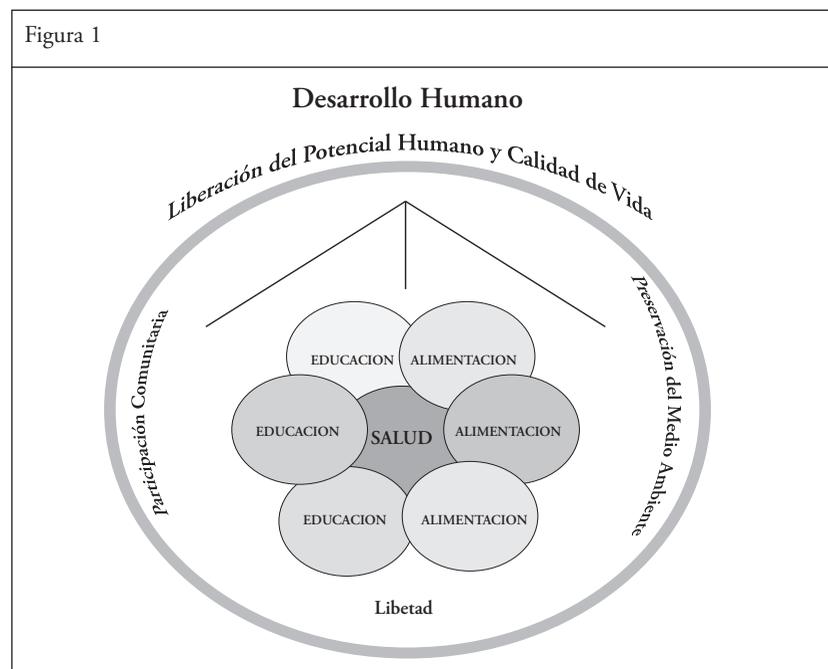
En las ciudades, la necesidad de médicos familiares es también muy grande, médicos que comprendan al ser humano total y no como un agregado de órganos o sistemas; con una concepción de la salud de acuerdo a las definiciones que hemos citado y no vean a su ejercicio profesional solamente como una serie de enfermedades que hay que curar. No pretendemos ignorar la necesidad de especialistas; su aporte a la salud es indispensable en casos especiales; sin embargo es muy importante que ellos tengan una visión universal y desde esta visión, asuman el papel que les toca desempeñar. La demanda del público por médicos familiares es muy grande, como lo prueba el éxito que tienen los pocos profesionales que se dedican a este tipo de ejercicio médico.

El sistema familiar enfrenta los problemas de salud con sus múltiples consecuencias en todos los aspectos de la vida, donde ellos tienen su ma-

yor impacto: el núcleo familiar, pues cuando una persona enferma no se da un problema individual sino que afecta en forma inmediata a toda su familia. El médico debe comprender este hecho y tratar el problema en forma colectiva, entendiendo además, que los lazos afectivos comunes contribuyen en forma decisiva a encontrar su solución.

### Salud familiar integral

El calificativo “integral”, aplicado a la salud tiene un doble significado: por una parte, quiere decir que comprende no solamente la medicina curativa, sino la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, su recuperación cuando se la ha perdido y la rehabilitación del paciente. Por otro lado, significa que debe entenderse integrada a todas las otras facetas del desarrollo (Fig1).



Consideramos el desarrollo como la liberación y el cultivo del potencial del ser humano para asegurar su permanente crecimiento y mejorar su calidad de vida, lo cual solamente se da si respondemos a sus necesidades fundamentales que a nuestro entender son: “salud, educación, alimentación, vivienda y vestido, comunicación, trabajo, producción y recreación” (Rodas y Vicuña, 2004: 1).

Colocamos a la salud en el centro de nuestro esquema, no necesariamente para significar que es lo más importante en términos absolutos, sino que para nosotros, quienes trabajamos fundamentalmente en el campo de la salud, ella es el centro de nuestra actividad. Un educador muy bien podría colocar a la educación en el centro, o un arquitecto a la vivienda, lo importante es comprender la relación que tienen entre sí todos los aspectos del desarrollo y de la vida.

La respuesta a las necesidades fundamentales del ser humano, debe hacerse siempre preservando el ambiente pues nada atenta más contra la salud que su contaminación y alteración, que de continuarse al ritmo actual, se está poniendo en serio peligro la supervivencia de la especie humana y de la vida sobre nuestro planeta. Además, quienes dirigen programas de desarrollo, deberán hacerlo con participación de la comunidad, la cual debe tomar parte en las decisiones y en la construcción de sus caminos y metas. Por último, todo programa debe respetar las libertades individuales y civiles, pues además de ser este respeto un deber moral, debemos tener presente, que jamás lo impuesto por la fuerza, ha perdurado cuando la presión ha cesado.

### Descripción del programa de salud familiar integral

La ejecución de un programa de salud familiar integral supone, como hemos manifestado anteriormente, la asignación a un equipo de salud, de un número definido de familias en un área geográfica determinada.

De acuerdo a las políticas de salud y sus lineamiento, y siguiendo las directrices del Plan Nacional de Salud 2000-2005 (Ministerio de Salud Pública, 1999) hemos diseñado un programa de salud que tiene los siguientes trece subprogramas. Algunos de ellos apuntan a los diferentes

grupos etéreos en los que el Ministerio de Salud ha dividido a la población; otros comprenden programas transversales que abarcan a diferentes grupos etéreos.

- Información: es necesario en primer lugar, recoger y organizar la información existente, aunque hemos encontrado que generalmente, ésta es incompleta. Luego cada equipo de salud visita todos los hogares para conocer a las familias, verificar, corregir o completar la información y llenar la ficha familiar que contiene datos de salud y datos socioeconómicos. Con esta información se elabora una línea de base que será utilizada para tomar decisiones y además servirá de referencia para el monitoreo y la evaluación de nuestra intervención. Estos datos se actualizan cada año.
- Inmunización: de todos los niños y mujeres embarazadas, de acuerdo el esquema del Ministerio de Salud.
- Control de crecimiento y desarrollo-nutrición: se examina regularmente a los niños menores de cinco años, se registra su peso y estatura y se tratan los problemas de desnutrición encontrados; se administran los suplementos nutricionales que provee el Ministerio de Salud y se realiza educación de la madre referente a cultivo y preparación de alimentos, pues creemos, que esta última estrategia es mucho más efectiva y sustentable que la administración de suplementos nutricionales. Sin embargo, es necesario la administración de ellos para solucionar los casos urgentes.
- Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI): esta estrategia ha sido diseñadas por la OMS/OPS para tratar las enfermedades más comunes de los niños como son: infección respiratoria alta (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA), desnutrición, parasitismo y cualquier otra enfermedad que prevalezca en la comunidad

- Salud escolar: los niños de las escuelas se examinan periódicamente para detectar y tratar cualquier condición patológica como desnutrición crónica, problemas visuales, auditivos parasitismo intestinal y enfermedades dermatológicas. Se procura, además, el mejoramiento del ambiente escolar (escuelas saludables).
- Salud sexual y reproductiva: este subprograma comprende
  - Educación sexual y reproductiva.
  - Planificación familiar.
  - Cuidado prenatal y postnatal.
  - Atención del parto.
  - Estimulación de la lactancia materna.
  - Prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
  - Detección oportuna de cáncer de mama, útero y próstata.
  - Problemas de género.
- Programas para la juventud: deporte y recreación, prevención de drogadicción, alcoholismo y consumo de cigarrillo.
- Atención de ancianos y discapacitados en coordinación con las organizaciones comunitarias.
- Salud oral: programas preventivos y curativos.
- Salud mental: violencia intrafamiliar, maltrato al menor, seguridad.
- Atención de problemas patológicos generales: los médicos están de guardia en el sub-centro de salud que funciona 24 horas al día; la farmacia atiende también 24 horas al día. Se establecen puestos de salud estratégicos en las comunidades. Los pacientes que requieran atención secundaria o terciaria son referidos a los hospitales del Ministerio de Salud, al Programa de cirugía móvil de la Fundación Cinterandes o a otras instituciones.

- Programa para estudiar la medicina tradicional como alternativa o complemento de la medicina académica. Rescate de los conocimientos ancestrales y la cosmovisión andina. Se cultivan huertos medicinales en cada sub-centro de salud.
- Programa de salud ambiental y saneamiento básico: se realiza en coordinación con las instituciones responsables: juntas de agua, junta parroquial, municipalidades y sus empresas. Hasta que se efectúen los programas de provisión de agua potable y alcantarillado, se instruye a la población en medidas sanitarias como el lavado oportuno de manos o el hervido del agua de consumo humano.

Es importante enfatizar que todos los subprogramas tienen un importante componente educacional, con énfasis especial en la educación de madres de familia. Los programas se planifican, organizan, ejecutan y evalúan con participación de la comunidad.

### La experiencia de Santa Ana

Santa Ana es una parroquia rural del cantón Cuenca situada 18 Km. al sureste de la ciudad, consta del centro parroquial y 16 comunidades distribuidas en un área aproximada de 46 km<sup>2</sup>. Según el censo de 2001, tiene 4 775 habitantes y en la última actualización de datos realizada por la Fundación Cinterandes a fines de 2006, cuenta con 4 920 habitantes.

Según los estudios realizados por el Programa de población y desarrollo local sustentable (PYDLOS) de la Universidad de Cuenca, poco antes de comenzar el programa, las condiciones de vida, como en todas las zonas rurales del país, eran muy pobres. La salud mostraba todos los indicadores de las áreas subdesarrolladas: alta incidencia de enfermedades infecciosas; desnutrición crónica con una tasa del 64.7 por ciento en menores de cinco años y altas cifras de mortalidad materna e infantil.

El porcentaje de analfabetismo era de 13.8 por ciento; solamente, el 29.6 por ciento de los adultos habían completado la educación primaria;

y únicamente, 0.4 por ciento de la población había llegado a la educación superior.

Si bien, casi todas las familias tienen vivienda propia, el grado de hacinamiento e insalubridad son alarmantes pues, el 60.8 por ciento de las viviendas tienen un solo cuarto; el 74.98 por ciento carecen de agua intradomiciliar; solamente, el 14.3 por ciento tienen servicio higiénico; y apenas el 7.4 por ciento cuentan con servicio telefónico. El 44.5 por ciento es población económicamente activa (PEA) y en su mayoría, son artesanos y obreros; el 6.5 por ciento de la PEA indica que está buscando trabajo.

Para realizar el programa de salud familiar integral, se dividió a la parroquia en cuatro zonas y se encargó a cada una de ellas a un equipo de salud formado por un médico y una auxiliar comunitaria residente en la zona.

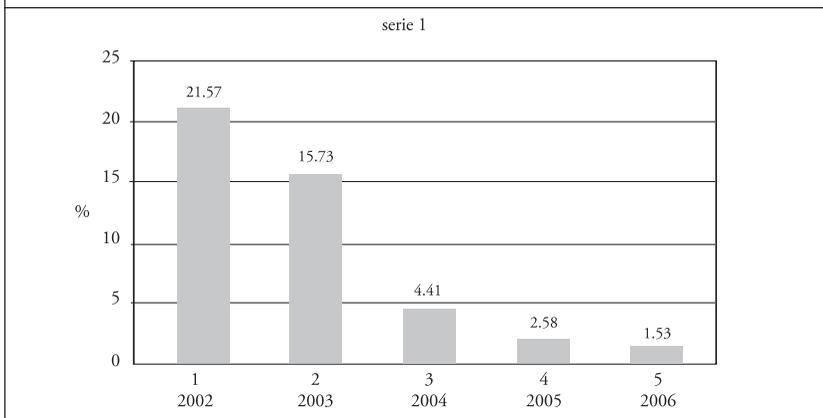
Luego de cinco años de trabajo, tenemos los siguientes resultados:

*Información:* Se mantiene una información actualizada sobre población y distribución étnica en cada una de las 4 zonas, al igual que la información sobre los resultados anuales en cada uno de los componentes del Programa.

*Inmunización:* Se mantiene el 100 por ciento de cobertura en vacunación infantil, según los esquemas del Ministerio de Salud.

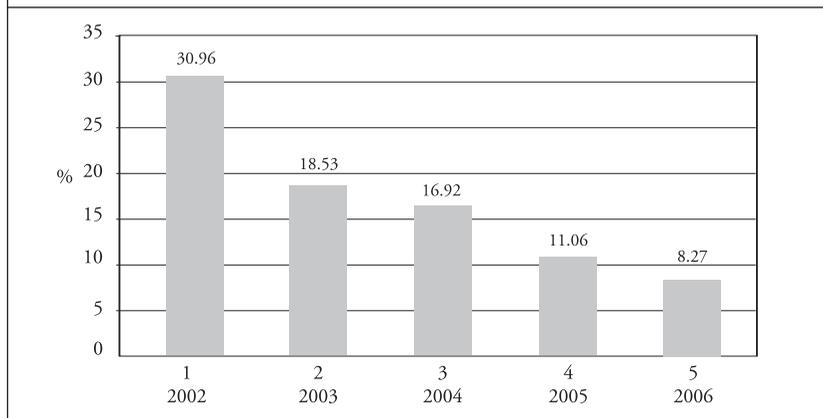
*Control de crecimiento y desarrollo:* En los niños menores de un año se ha realizado un promedio de 4.3 controles anuales. La desnutrición global ha disminuido dramáticamente de 21,57 por ciento en 2002 a 1,53 por ciento en 2006 (Fig.2)

Figura 2: Nutrición en < de 1 año Sta. Ana 06-Fc 06



En los niños de 1 a 4 años se realizaron 5.1 controles anuales y la desnutrición global disminuyó de 30,96 por ciento en 2002 a 8,27 por ciento en 2006 (Fig. 3).

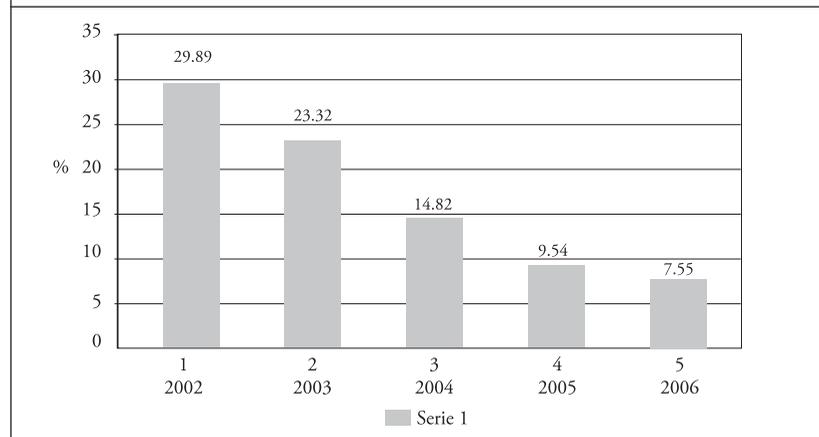
Figura 3: Sta Ana Desnutrición en niños de 1-4 años -FC 06



*Control escolar:* se realizó el control escolar dos veces en el año con el objeto de realizar el control del estado nutricional, y el diagnóstico y tratamiento de la patología encontrada. La desnutrición escolar crónica ha dis-

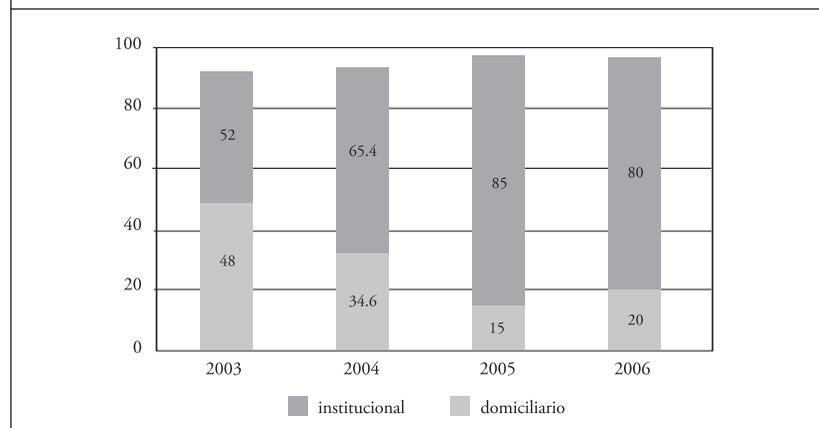
minuido consistentemente de 29,89 por ciento en 2002 a 7,55 por ciento en 2006 (Fig. 4).

Figura 4



*Salud sexual y reproductiva:* se ha logrado el 100 por ciento de control prenatal y post-parto. Gracias a la educación a las madres, la atención institucional del parto ha mejorado notablemente (Fig.5).

Figura 5



*Atención de la patología:* se mantiene la atención de 24 horas en el subcentro de salud, y atención regular en catorce puestos comunitarios. Durante el 2005 se realizaron 2 885 consultas de morbilidad en Santa Ana y 573 consultas de morbilidad en pacientes de otras zonas, con un total de 3 458 consultas; del total de consultas (9 098) el 32 por ciento corresponden a morbilidad, el 68 por ciento corresponden a consultas de fomento de salud.

Se está llevando el registro de pacientes crónicos, se ha organizado también un botiquín que sirve a la comunidad 24 horas y cuya administración está a cargo de la Junta Parroquial. Se mantiene el servicio básico de laboratorio clínico que funciona cuatro horas diarias.

*Medicina tradicional:* se está realizando la recolección de datos sobre plantas medicinales y tradiciones en salud de la comunidad. Se mantiene un huerto demostrativo de plantas medicinales en el Centro de Salud. Estos resultados nos muestran la eficacia del programa y actualmente se ha comenzado también en otros lugares, como las parroquias de Sidcay y Chaucha del cantón Cuenca; en los cantones de Chordeleg y Nabón de la provincia del Azuay y en la cuenca del río Morona en la provincia de Morona Santiago. En todos estos lugares comienzan a observarse similares resultados.

*Descentralización:* una de las condiciones necesarias para que un programa de salud familiar funcione es la descentralización. Nuestros programas no pretenden duplicar las acciones del Ministerio de Salud, sino integrarse a ellas y sumar esfuerzos. En algunos lugares hemos conseguido la colaboración de los jefes de área para integrar la información y las acciones de salud y se nos ha facilitado el uso de biológicos y medicamentos que posee el Ministerio de Salud para administrar a la población. Sin embargo, las continuas interrupciones debidas a los inhumanos e ilegales paros de la salud hacen que no exista un trabajo fluido, estamos seguros de que la situación sería mucho mejor si fuera manejada por los gobiernos locales.

Casi todos los ecuatorianos coincidimos que uno de los más serios problemas del país es la centralización. El poder se concentra en las manos de

la burocracia central; la administración a distancia no permite la identificación de los problemas reales; las soluciones tardan en llegar debido a la lentitud de los trámites y se propicia la corrupción y las coimas para lograr el despacho de las solicitudes de las provincias.

La administración descentralizada, al contrario, permite la identificación de los problemas; facilita la toma de decisiones; agiliza los procedimientos necesarios para su resolución; facilita la participación ciudadana y el control de la corrupción.

Para evitar la atomización del sector con la consecuente anarquía, se requiere la existencia de un solo plan de salud para todo el país y una autoridad fuerte que pueda mantener la unidad. Se necesita lo que se ha dado en llamar, la rectoría del Ministerio de Salud.

Las ventajas de la descentralización son tan claras y los ejemplos mundiales sobre sus buenos resultados tan abundantes, que solamente quienes se benefician del poder centralizado se oponen a ella.

### Aplicación del modelo a nivel nacional

La implantación del modelo de salud familiar integral a nivel nacional, tendría que ser necesariamente en forma gradual, aunque la meta es cubrir con el programa a toda la población ecuatoriana, ello no es posible hacerlo en forma inmediata; debe hacerse en forma paulatina, comenzando por las zonas más necesitadas, es decir, las zonas rurales del país y luego extenderse a los suburbios de las grandes ciudades. Creemos que en cuatro años, puede implementarse el programa en la zona rural (4 819 740 habitantes, según proyección del INEC para 2007) (Ministerio de Salud Pública, 2007) y en las 109 cabeceras cantonales del país que carecen de hospital, zonas consideradas urbanas pero que tienen, en la práctica, condiciones de vida del área rural. (Población aproximada: 680 000 habitantes).

Para atender a esta población de 5 500 000 habitantes se necesitan 3 667 equipos de salud. Los puestos de los 3 667 médicos podrían irse llenando en cuatro años siempre que se ofrezcan las plazas de trabajo a los médicos recién graduados en las universidades con contratos permanentes.

Para estimular la permanencia de los médicos en los lugares remotos y garantizar al mismo tiempo, la atención permanente de la comunidad, es necesario nombrar varios médicos para el mismo lugar y organizar la rotación de los mismos por períodos de tiempo variables según las dificultades de la zona. Así, para trabajar en lugares como la cuenca del río Morona en la selva amazónica, hemos organizado rotaciones de diez días con veinte días de intervalo. De esta manera se propician condiciones de vida más humanas, pues no es lo mismo la vida en la selva para una persona nacida en la ciudad que para un individuo nacido en la Amazonía.

Paralelamente, las universidades del país, deberían organizar cursos permanentes de postgrado semipresenciales en Salud Familiar, dirigidos a los médicos que están trabajando en el programa, para estimularlos, asegurar su preparación adecuada y mejorar permanentemente la calidad de atención a la comunidad.

El costo de la contratación de los equipos de salud es infinitamente menor que el costo de la construcción y mantenimiento de hospitales, y sus beneficios son mucho mayores. Además, este costo no debe ser asumido totalmente por el MSP. Los gobiernos seccionales, cada vez tienen más conciencia de la importancia de la salud y están asumiendo sus responsabilidades en sus presupuestos. Creemos que una buena parte podría ser asumida por consejos provinciales, concejos cantonales y juntas parroquiales como ya lo están haciendo algunas de estas instituciones en la provincia del Azuay y otras provincias.

### Ventajas del modelo de salud familiar integral

No hay ninguna duda de las ventajas que presenta el programa de salud familiar integral. En los lugares en los que se ha implementado, los indicadores de salud han mejorado dramáticamente. Quizá el ejemplo más cercano a nosotros es el de Cuba, donde a pesar de su estrechez económica, debida a causas que no son del caso analizar ahora, la situación de salud es un ejemplo para todos los países del mundo. Nuestra pequeña experiencia apunta en el mismo sentido.

Otra ventaja adicional, es que este modelo, integraría todos los programas que ahora existen en el Ministerio de Salud, en forma vertical y desarticulada. Programas como el de maternidad gratuita, Pan 2000, aseguramiento universal de salud, etc., funcionan independientemente, cada uno con su propio sistema de control, lo que hace difícil manejarlos en forma integrada. El Programa de salud familiar integraría y articularía todos estos programas.

### Una propuesta para la nueva constitución

Podría parecer que la especificación de un modelo de salud es muy puntual para constar en la Carta Constitucional y que sería objeto de las leyes derivadas. Sin embargo, la experiencia de los textos anteriores y entre ellos, el de la actual Constitución de la República, nos demuestran que muchísimas veces, las leyes secundarias se han hecho al filo de la Constitución y aún francamente en contra de ella. Por esta razón creo que en cada uno de los temas fundamentales, que se refieren a derechos inalienables e irrenunciables de los seres humanos, debe introducirse en el texto, alguna especificación que signifique garantía del cumplimiento de lo que allí se expresa. En el caso de la salud, el modelo de atención familiar integral significaría esta garantía de cumplimiento, entre otros, de los principios de integralidad, equidad, gratuidad, universalidad y eficiencia.

## Bibliografía

- Malo, Miguel (1995). "Reunión comunitaria en Simiatug." Informe a la Universidad de Cuenca.
- Ministerio de Salud Pública (1999). "Plan Nacional de Salud 2000-2005." Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública (2007). "Proyecciones de la población 2007 por provincias, cantones y parroquias según grupos programáticos." Ecuador.
- Rodas, Edgar (2005). *Salud familiar integral*. Universidad Verdad 38 (Diciembre) p. 61-75. Azuay, Ecuador.
- Rodas, Edgar y Vicuña, Anita (2004). "Fundación Cinterandes". Cinterandes: Informe 2003.
- Subsecretaría de Cultura del Austro (2007). "Intercambio de cosmovisión y filosofía de los pueblos y nacionalidades" Ecuador.

Sección 3:  
**Prácticas en las  
profesiones de salud**

# **Formas simbólicas y tránsitos identitarios: una aproximación teórico-metodológica a las percepciones, usos y apropiación de la noche entre los enfermeros y enfermeras nocturnos**

Andrés López Ojeda\*

## **Presentación**

En los últimos años, se ha reanimado la discusión acerca de los procesos identitarios como resultado del acercamiento físico y el contacto de personas con universos y artefactos simbólicos diversos, producto a su vez del fenómeno de la globalización. Así, por ejemplo, se han erosionado algunas identidades nacionales (como en los Balcanes) o se han constituido otras más cosmopolitas donde los referentes identitarios tradicionales como el territorio y el idioma ya no ocupan el lugar central en su definición. En este sentido, el artículo pretende ilustrar de manera muy general cómo una situación de interculturalidad o fragmentación también surge y se reproduce en espacios más modestos y cotidianos o en lugares más oscuros y contextos confinados como puede ser, precisamente, un hospital como institución u organización. Para ello, se aborda la manera en que los enfermeros y enfermeras nocturnos transitan por los distintos niveles identitarios que los conforman y la influencia que tiene la noche en ese movimiento general que constituye identidades contrastantes.

Paralelamente, se hace un recuento del diseño de la investigación realizada con el fin de plantear los aspectos metateóricos del problema de es-

---

\* Maestro en Antropología Social (CIESAS). Investigador invitado del Programa de Estudios sobre Cultura Urbana dirigido por el Dr. Néstor García Canclini, UAM-Iztapalapa (2005). Tutor en la Especialización en Políticas Culturales y Gestión Cultural (OEL-CNART-UAM-I) y candidato a Doctor en Ciencias Antropológicas (UAM-I). E-mail: andres@diorema.com

tudio. Es decir, se intenta relacionar el *background* teórico utilizado con la observación *in situ* y la entrevista a profundidad consideradas como algunas de las técnicas más idóneas para espejear la forma en que el investigador se acerca a la problemática y la manera en que los interlocutores la conciben. Dichas herramientas, en específico, resultan adecuadas para tratar de averiguar aspectos cualitativos como los referidos al sentido que las personas atribuyen a sus actos y a su entorno y, en el caso que nos ocupa, para conocer qué es lo que los enfermeros y enfermeras nocturnos piensan acerca de su ocupación y horario laboral, así como la forma en que ello influye en la construcción de su identidad ocupacional y de género.

Cabe destacar, también, que la discusión se hace desde una perspectiva antropológica y, en particular, desde los postulados de la corriente interpretativa en tanto lo que nos interesa es por preguntar por el sentido y valor de la acción simbólica. Esto explica dos situaciones: a) el papel tan destacado que ocupan las percepciones, el imaginario y los comportamientos de los enfermeros y enfermeras nocturnos, los cuales se abordaron mediante el análisis de lo que algunos autores llaman formas simbólicas o formas culturales y; b) la postura predominantemente subjetiva como actitud epistemológica.

### Los problemas metateóricos de la investigación y la construcción del objeto de estudio

En el marco de la discusión teórico-metodológica, y desde la perspectiva de los estudios organizacionales, resulta clave conocer si se concibe a la cultura de una organización como una variable o como una “metáfora”. Si uno se adhiere a la primera visión, entonces, subyace la idea de que la organización posee cultura, que es posible manejarla con fines prácticos, predominando la postura epistemológica objetivista. En cambio, definir la cultura como “metáfora” implica considerar a las organizaciones como culturas, es decir, fomentar “la reflexión crítica sobre las creencias, valores y entendimientos sociales”. En otras palabras, implica enfatizar la perspectiva de los actores y el nivel de realidad subjetiva (Dávila y Martínez, 1999: 30).

En esta segunda perspectiva se apoya, la presente investigación sobre las identidades profesionales de enfermeros y enfermeras nocturnos en cuanto que, de lo que se trata es de averiguar y poner atención al sentido que las personas atribuyen a sus actos y a su entorno, es decir, conocer qué es lo que piensan acerca de su ocupación y horario laboral, así como la forma en que ello influye en la construcción de su identidad ocupacional y de género. Esto, porque la cultura no es únicamente un conjunto de ideas sino también elementos materiales (artefactos simbólicos) y configuraciones de tal manera que, de acuerdo con la teoría interpretativa, por lo que hay que preguntar es por el sentido y valor de la acción simbólica (Geertz, 1994: 90).

El asunto no resulta gratuito ya que se encuentra en el centro de varias discusiones relacionadas con nuestro problema de estudio en la medida en que se intenta abordar el imaginario de los enfermeros y enfermeras nocturnos hospitalarios mediante el análisis de lo que algunos autores llaman “formas culturales o formas simbólicas” (Geertz, 1992; Trice, 1993). Las cuales se podrían definir muy brevemente como determinadas y diversas configuraciones o articulaciones que toma la cultura como serían, por ejemplo, las creencias, los mitos, los valores, el lenguaje, las percepciones, los arreglos espaciales, las normas (formales e informales), los estereotipos, los rituales, las acciones, los comportamientos de las personas y sus productos o artefactos materiales.

Para evitar, entonces, no sólo psicologizar la cultura o quedarnos al nivel del código, se retoman las ideas de Thompson (1993) acerca de la conveniencia de colocar las formas simbólicas en sus marcos contextuales los cuales se encuentran socialmente estructurados implicando que “son producidas generalmente por agentes situados dentro de un contexto socio-histórico específico, y dotados de recursos y habilidades de diversos tipos”. De acuerdo con este autor hay que poner atención en los aspectos espacio-temporales, el conflicto y las relaciones de poder como resultado de la distribución de tales recursos dentro de los campos de interacción<sup>1</sup>.

1 Cuatro aspectos principales, escribe Thompson, son los constitutivos de los contextos sociales los cuales, además, corresponden a diferentes niveles de análisis: los escenarios espacio-temporales, los campos de interacción, las instituciones sociales y la estructura social, mismos que serán tomados en cuenta en el presente análisis.)

De Geertz (1994: 74-75), echamos mano también de sus conceptos de experiencia próxima y experiencia lejana que nos informan de las definiciones del mundo “desde el punto de vista del nativo” y “desde el punto de vista del analista” respectivamente, pero, en una interrelación complementaria. Todo ello, parafraseándolo, para intentar conocer cómo “demonios perciben” o “a través de” su concepción de la noche, su propia identidad profesional y de género los enfermeros y enfermeras entrevistados.

### La observación in situ y la entrevista en profundidad como métodos para investigar la subjetividad y dimensión simbólica

Decidirse por un enfoque microsociedad -habida cuenta el tamaño de nuestra muestra de trece enfermer@s entrevistados-, y enarbolar una postura epistemológica que acentúa el aspecto subjetivo, conlleva la utilización de instrumentos que posibiliten la interacción en profundidad entre el investigador y los informantes (Guadarrama, 2003: 165), lo que nos lleva al segundo de los puntos relevantes que se quieren comentar. Esto es, la relación entre la teoría y los métodos.

Como en la investigación lo que nos interesaba era recopilar información acerca de los significados que tiene la ocupación y el trabajo nocturno para los enfermeros y enfermeras, y esto se puede conseguir a través de la narrativa o discursos que las personas construyen para expresar sus opiniones y creencias, uno de los métodos coherentes con la teoría esgrimida resultó ser la entrevista en profundidad debido a que promueve la apertura de relatos, recuerdos, sentimientos y experiencias subjetivamente relevantes para las personas entrevistadas. Se puede considerar a la entrevista, entonces, como el mecanismo operativo del concepto de experiencia próxima ya que nos permite ingresar activamente en la situación bajo estudio y, de manera particular, informándonos sobre las definiciones del mundo que construyen los sujetos de estudio.

Como cualquier otro método, si bien la entrevista nos abre nuevos campos de observación, simultáneamente nos cierra otros, puesto que ningún método por sí mismo podrá capturar todos los rasgos relevantes de la realidad. En el caso específico de la entrevista, ésta no resulta idónea

para analizar, por ejemplo, los comportamientos no verbales y la interacción social de manera que estas otras dimensiones se abordaron fundamentalmente a través del trabajo de campo y, en específico, mediante la *observación in situ*.

La *observación in situ* o no participante, como técnica apropiada para capturar a las personas en sus propios términos, por su parte, se encuentra vinculada con el concepto de experiencia lejana en la medida en que se genera a partir del analista y porque la conceptualización que éste hace de la realidad bajo estudio, se encuentra impregnada por sus propias expectativas, experiencias prácticas y su *background* teórico.

En otras palabras, y a diferencia de la teoría fundamentada (*grounded theory*), que postula la construcción de teoría a partir de los datos recopilados en campo (Strauss y Corbin, 2002: 13-15), nosotros creemos que el investigador en realidad no llega en blanco a esta fase sino que echa mano, en primera instancia, de su *background* de conocimientos y experiencias aún cuando sus conceptos, hipótesis formuladas y el diseño de sus instrumentos de investigación iniciales mantengan una consistencia nebulosa. Esto quiere decir, para el caso de nuestra investigación, que partimos de determinadas corrientes y perspectivas teóricas en el entendido de que conceptos como, por ejemplo, formas culturales o identidad ocupacional y de género, se puedan abandonar, modificar o desarrollar todavía más atendiendo a las propiedades y dimensiones que emergen de las definiciones que los enfermeros y enfermeras nocturnos realicen sobre su entorno sociocultural.

### Estrategia de investigación: formas simbólicas y tránsitos identitarios entre los enfermeros y enfermeras nocturnos

La producción y la recepción de las formas simbólicas, siguiendo a Thompson (1993: 162), son procesos que ocurren dentro de contextos sociales estructurados, lo que implica escenarios espacio-temporales “en situaciones cara a cara”. En el caso de los enfermeros y enfermeras nocturnos del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” (HRGIZ) del ISSSTE y del Hospital General de Zona No. 53 (HGZ53) del IMSS en

la Ciudad de México, en su carácter de organizaciones o instituciones, constituyen esos lugares y escenarios donde transcurren las interacciones, es decir, constituyen una clase de topos privilegiados debido a que se conforman como “espacios orgánicos de producción, circulación y consumo de significados; de producción de sentido y de conformación de estilos de vida particulares y en conflicto” (Aguado y Portal, 1992). Además de estos importantes aspectos, pudimos identificar dos clases de articulaciones que aplican para el caso de los hospitales y para los y las enfermeras: una articulación causal-funcional ligada a sus tareas sociales y; una articulación lógico-significativa vinculada a la cultura (Geertz, 1992: 133).

### La articulación causal-funcional y los “muros sólidos”

La articulación causal-funcional, se refiere a la “direccionalidad social particular” que tienen ambas instituciones, es decir, a un nivel más general, al papel que tienen en la legitimación del Estado como modelos selectivos de atención a ciertas clases sociales dependiendo de la importancia que se les otorga en el proyecto político-económico. A un nivel *meso*, esa direccionalidad se puede apreciar en los ejes de organización bajo los cuales se rigen el HRGIZ y el HGZ53, esto es, como organizaciones orientadas a la salud pública con procesos estandarizados de atención, estructuras organizacionales verticales debido a que los planes y programas son elaborados desde la cúpula del poder, existencia de una rígida separación entre el nivel normativo y el nivel operativo que, como veían (Aguado y Portal, 1992: 168), se traduce en el qué hacer, el cuándo, el cómo, el dónde, la evaluación de los procesos y su calificación desde un “centro” y, en el caso del nivel aplicativo, en recibir órdenes, realizar lo indicado, dar informes y sujetarse a los programas y a evaluaciones.

¿Qué forma adopta esta estructura rígida al interior de los hospitales? Me parece que además de “operacionalizarse” en una normatividad estricta (por lo menos en teoría), también la podemos encontrar, precisamente, en ciertas formas culturales como lo es la organización espacial y el tipo de infraestructura con la que cuentan, y que se puede resumir como el intento por mostrar “muros sólidos” y visibilidad extrema. Así, respec-

to a la visibilidad física, tanto el HRGIZ y el HGZ53 se encuentran ubicados al oriente de la ciudad de México y destacan por la magnitud de su infraestructura. El primero es un edificio que consta de una torre de once pisos y varias otras instalaciones unidas entre ellas por corredores; el segundo consta de un edificio de cuatro pisos y, también, con sus respectivas instalaciones-apéndices. La apariencia de integridad se refuerza, además, por la distribución espacial racional de las especialidades y actividades que se desarrollan en ambos hospitales caracterizadas por una compartimentalización y definición clara de las mismas. Es decir, a la mayoría de las especialidades de que constan ambas instituciones, les corresponde una distribución espacial interna semejante y procedimientos médicos o políticas parecidas. Por ejemplo, tanto en el HRGIZ como en el HGZ53 existe el programa llamado “binomio madre-hijo” mediante el cual se procura que la madre, durante su estancia en el hospital, tenga consigo a su hijo para amamantarlo y proporcionarle cuidados y atenciones, así como para erradicar el uso del biberón por considerarlo perjudicial para el bienestar del recién nacido.

La homologación del proceso de salud bajo los parámetros de lo que algunos autores llaman el modelo médico-hegemónico, es otro ejemplo de las estructuras rígidas de tal manera que se pueden encontrar tanto en uno como en otro hospital lo cual explica, por otra parte, que cualquier enfermera o enfermero con las mismas calificaciones pueda desempeñar eficazmente sus tareas, es decir, procedimientos únicos, estructurales y un personal prescindible. Algo relevante, quizás, es que aún cuando ambos hospitales han resentido modificaciones en su entorno, éstas han sido mínimas de manera que se puede percibir una sensación de permanencia que resulta relevante si lo ligamos con el sentido jerárquico que también se puede leer en el ordenamiento espacial. En este último sentido, por ejemplo, aunque ambos hospitales han sufrido modificaciones y adaptaciones en sus instalaciones, por otra parte, el lugar donde se encuentran ubicadas las oficinas administrativas no se ha cambiado, lo cual añade a la imagen de integridad, la de una estabilidad o permanencia del asiento del poder y la toma de decisión en medio de las vicisitudes.

Comentar los espacios y la forma en que se encuentran ordenados tiene como propósito ilustrar cómo la lógica de los mismos corresponde

a un modelo racional donde todo tiene un propósito definido que resulta de índole estructural debido a que, aún en los casos donde difiere la distribución espacial, siempre encontramos constantes: un lugar apropiado para los pacientes, un espacio para los medicamentos, un espacio para el personal y, desde luego, reglas y normas explícitas del hacer y deber ser que se constituyen como otros tantos “muros sólidos”. Efectivamente, en ambas instituciones existen un cúmulo de reglamentos formales entre los que se encuentran los relacionados con el sistema de vigilancia y control de manera que el personal de enfermería se encuentra constantemente sometido a evaluación mediante el registro clínico de los pacientes, los anecdotarios, la lista de cotejo (procedimientos), el llenado de cédulas de pacientes, etcétera.

Otro elemento, por demás importante, en el objetivo de regular las actividades de los hospitales, aparte del espacio, lo constituye el tiempo, mismo que dadas las condiciones y la clase de lugar se recrea de manera institucional. Así, existen horarios de entrada y salida del personal; se encuentra estandarizado el número y la duración de los turnos; las vacaciones, permisos y días festivos se encuentran determinados por un código laboral, existen tiempos para la administración de medicamentos, ir a tomar alimentos, horarios de visita para los familiares de los pacientes y se controla el número de días-estancia de los mismos. A propósito de las categorías laborales, existe toda una reglamentación acerca de los perfiles, los requisitos, los derechos y obligaciones, el salario y los estímulos que sirven, como otras tantas medidas, para imponer un modelo global “homogeneizador” de la práctica médica que alude no sólo a “cada cosa en su lugar” sino también a que debe hacerse “a su tiempo” lo cual se refleja en la construcción de estructuras monolíticas (físicas, espaciales, temporales y normativas, laborales) y unidireccionales. No obstante lo anterior, los hospitales presentan otra dimensión mediante la cual las fronteras tienden a ser borrosas: una articulación lógico-significativa que les otorga todo su peso como artefactos culturales y que nos trae el problema de la coexistencia de universos simbólicos, imágenes de la institución, apropiación de los espacios y tiempos diferenciales, como resultado de la convivencia de diversas formas identitarias de grupos sociales e individuos quienes constituyen la estructura operante de la cultura.

### El aspecto lógico-simbólico y los “ámbitos fluidos”

El orden racional observado en la distribución espacial y un tiempo formal orientados bajo un principio de vigilancia, orden y disciplina de las tareas y actividades de las personas que involucra la división del trabajo médico es a lo que nos referimos como los aspectos estructurales. Sin embargo, si uno se aproxima un poco más a la dinámica de ambos hospitales (por supuesto, convencidos del alcance de la observación in situ como herramienta metodológica idónea de la experiencia lejana), se puede dar cuenta de que la imagen de integridad y solidez no es tan exacta debido a cierto “caos” y subversión que también se presenta al interior de esos escenarios espacio-temporales que son el HRGIZ y el HGZ53.

Por, ejemplo, para el caso de los elevadores, se supone que algunos son exclusivos para el traslado de los pacientes pero, durante la noche, uno se puede dar cuenta de que son utilizados indistintamente por los camilleros. En el caso de los enfermeros y enfermeras nocturnos, el hecho de que tomen un descanso (dormirse una o dos horas) durante su turno de trabajo, cuando no está contemplado en el reglamento laboral, supone no sólo un desafío al orden racional, sino también, nuevas configuraciones del contexto de producción y recepción de las formas simbólicas.

Al respecto, Thompson lo resume de la siguiente manera: “las características espaciales y temporales del contexto de producción [de las formas simbólicas] pueden diferir de manera significativa o total de las características del contexto de recepción” (Thompson, 1993:162). Este contexto de recepción es diferencial en tanto está sujeto al proceso de valoración simbólica que realizan las personas lo cual se encuentra condicionado, a su vez, por el contexto social estructurado que, como argumenta Thompson, se caracteriza por asimetrías y diferenciales de diverso tipo (distribución de los recursos de distinta clase, el poder, las oportunidades y las posibilidades de vida, y el acceso a todo ello).

Esto quiere decir que nos encontraríamos en una situación en la que un escenario espacio-temporal fijo y ordenado en razón de lo que podríamos llamar parámetros hegemónicos, se puede refuncionalizar a partir de las necesidades y las formas de pensar y ver de sus usuarios, en otras palabras, debido a la coexistencia de diversos universos simbólicos o culturas al inte-

rior de la organización. Este argumento, tiene por base la perspectiva de la fragmentación que concibe a la organización como el terreno donde se enfrentan diferentes subculturas (perspectiva de la diferencia) o de aquella que concibe una sólida cultura organizacional (perspectiva de la homogeneidad), nos presenta otra donde, al interior de las organizaciones, las fronteras entre subculturas son permeables entre sí y sensibles al contexto exterior que vuelca otras tantas “culturas afluentes” (*feeder cultures*).

La visión nos muestra cómo un espacio aparentemente bien definido desde la perspectiva hegemónica, como puede ser un pasillo o una habitación para guardar medicamento, se torna ambiguo en la medida en que se entrecruzan diversos órdenes simbólicos con patrones de apropiación del tiempo y del espacio múltiples debido a la coexistencia de diferentes grupos sociales con prácticas distintivas que nos hablan también de la conformación de procesos identitarios. Lo anterior se puede ejemplificar en el caso de los enfermeros y enfermeras nocturnos quienes no tienen ningún inconveniente en usar los cuartos de medicamentos como dormitorios durante la noche para, como decíamos, descansar un lapso de tiempo traslapando con ello otras formas de apropiación del lugar a partir ciertamente de las exigencias del turno pero, también, a partir de sus necesidades y *habitus* de clase, lo que constituye una trasgresión de un ámbito aparentemente inamovible. De otra manera: llevando al ámbito del trabajo una forma cultural “popular” de ordenar el espacio cuya lógica es la multiplicidad de su uso.<sup>2</sup>

La vinculación con el problema de la identidad surge en tanto diversos autores concuerdan en considerarla una estructura simbólica (Aguado y Portal, 1992: 44; Giménez, 2002: 38), si bien con un contenido específico que alude a lo que se es o piensa que uno es, ya sea como individuo o como grupo. En otras palabras, podemos decir que la identidad es un

2 La “forma popular” de ordenar el espacio se puede apreciar en el ámbito de la casa donde una habitación puede ser a la vez dormitorio, cocina, sala, o comedor, según el momento y la actividad. En el caso de los enfermeros y enfermeras nocturnos entrevistados, esta disposición parece tener como trasfondo el origen de clase en la medida en que todos ellos tienen una extracción social baja detectada porque sus abuelos y padres eran, por ejemplo, campesinos, obreros, pequeños comerciantes y, sus abuelas y madres, predominantemente amas de casa. Lo cual explicaría, por otra parte, que la mayoría de nuestros encuestados y encuestadas estudiaran enfermería en escuelas públicas.

sistema simbólico que resulta del esfuerzo de las personas y grupos por definirse ontológicamente dentro de un marco e interacción social privilegiando, por lo menos, los tres principios siguientes: la diferenciación, la identificación y el sentido de permanencia en el tiempo. No obviamos la extensa discusión en torno al problema de la identidad pero, para los fines de este texto, nos interesa retomar sólo algunos asuntos. Así, primeramente, parece haber acuerdo en que la cultura y la identidad mantienen vínculos muy estrechos de manera que la cultura de una organización puede posibilitar la aparición de diversas identidades<sup>3</sup>, pero, ¿cómo sabemos cuántas identidades confluyen y conviven en el hospital? ¿son identidades individuales o colectivas?

Una primer respuesta, como hemos visto, reside en poner atención en las prácticas y formas culturales producidas y recibidas en los escenarios espacio-temporales que constituyen los hospitales como lugares de trabajo pero, sobre todo, en el sentido que tienen para los grupos y las personas; sentido que se expresa en los procesos de diferenciación e identificación. En el caso de los enfermeros y enfermeras nocturnos parece que existen diversos niveles de identidad como consecuencia de que participen de diversos órdenes socio-simbólicos, es decir que, asistiríamos a una situación en la que la identidad de la persona tiene un carácter pluridimensional como resultado de su “inscripción en una multiplicidad de círculos de pertenencia concéntricos o intersecados” (Giménez, 1992: 200). De otra manera: estaríamos en presencia de identidades múltiples.

Identidades múltiples expresadas no sólo en un plano “horizontal” como sería el hecho de convivir con referentes simbólicos surgidos de la clase, el género, lo étnico, lo generacional, etc., sino también, en un plano

3 No se quiere decir que cultura sea sinónimo de identidad debido a que “los procesos de la cultura no son coincidentes necesariamente con los procesos identitarios” como se apreciaría en el caso de líderes indígenas que visten jeans o viven en las grandes ciudades (Grimson, 2006). Igualmente, Giménez (2002: 38) sitúa claramente la relación entre ambos conceptos: “La identidad debe concebirse como una eflorescencia de las formas interiorizadas de la cultura, ya que resulta de la interiorización selectiva y distintiva de ciertos elementos y rasgos culturales por parte de los actores sociales. Por lo tanto, la mera existencia objetivamente observable de una determinada configuración cultural no genera automáticamente una identidad. Se requiere todavía de parte de los actores sociales la voluntad de distinguirse socialmente a través de una reelaboración subjetiva y selectiva de algunos de sus elementos”.

“vertical” en la medida que las enfermeras y enfermeros se dividen entre una dimensión: individual; profesional, ocupacional o departamental e, institucional. Como ejemplo de esta diversidad de pertenencias, así como del hecho de que el proceso de construcción identitaria siempre es contradictorio, resulta ilustrativo el hecho de que las supervisoras frecuentemente entran en conflicto de intereses puesto que, desde su rol administrativo, mantienen un compromiso con la dirección de los hospitales mientras que, como profesionistas, mantienen lealtades y comparten muchos elementos de identificación con el resto del personal de enfermería. Dado este contexto, entonces, quizá podríamos plantear dos preguntas elementales: ¿existe alguna o algunas dimensiones que tienen mayor peso en la conformación de la identidad de los enfermeros y enfermeras o todas tienen la misma influencia? Particularmente, entre los enfermeros y enfermeras nocturnos la noche influye en todos los aspectos de la vida de tales trabajadores ¿se le puede considerar, entonces, como una especie de variable independiente al punto de otorgar ciertas especificidades a la identidad ocupacional y de género de tal grupo de trabajadores y trabajadoras?

### **Identidad ocupacional, identidad de género, ¿identidad nocturna?**

Una imagen que podría explicar de manera general el tránsito de los enfermeros y enfermeras por los diversos niveles identitarios que los constituyen, la encontramos en el principio que Evans-Pritchard (1977) deriva de la forma en que se encuentra integrada la organización política de los Nuer y que podríamos abreviar en la fórmula de identidad contrastante de grupo basada en un sistema de tendencias opuestas hacia la fusión y la fisión<sup>4</sup>. Es decir, un grupo es tal, sólo en relación con otro. Alguien se ve como miembro de un grupo, sólo en contraste con otro grupo. La tendencia a la fusión-fisión es inherente al carácter segmentario de la estructura de manera que a diferencia de un acercamiento a la organización

4 Se puede definir la relación fusión-fisión como un moviendo dialéctico entre la tendencia hacia a la segmentación o separación y la tendencia a la unión o alianza dependiendo de ciertos contextos de relación cuyo resultado incide en la definición identitaria individual o de grupo.

como un marco fijo –los “muros sólidos” del hospital- habría que analizarla en función de los valores y situaciones sociales que ponen en juego las relaciones entre los diferentes segmentos –los ámbitos fluidos. Así, para el caso del gremio de enfermería, y al nivel más general, se puede decir que existe fusión hacia el exterior del grupo de pertenencia. Efectivamente, si existe un punto de contacto entre los enfermeros y enfermeras nocturnos, y entre los y las enfermeras en general, éste lo conforma la percepción positiva que tienen de su trabajo, es decir, sobre su identidad ocupacional, puesto que les ha otorgado cierto estatus social, les permite un ingreso estable, formación y ascenso en el profesiograma médico, entre otras cosas:

“ Mi idea es jubilarme, según mi esposo, dice que me va a sacar de trabajar pero ya me voy a jubilar y no, yo estoy a gusto en la carrera y pensar en dejarla no [...] No sé hacer otra cosa porque ni de criada la haría, porque a mí las cuestiones del hogar se me hacen pesadas, se me hace algo tedioso que nunca acabas y siempre está el quehacer ahí y nunca acabas [...] lo único que yo sé hacer es ser enfermera y trabajar en eso, entonces, si yo me salgo y algo le pasa a él [se refiere a su marido] y yo me salgo ¿de qué voy a mantener a mis hijos? Y le digo a mi suegro: ¿usted me va a ayudar? Le digo a mi cuñado: ¿tú me vas a ayudar? Nadie tiene la vida comprada ni sabemos qué puede pasar a futuro, entonces, mientras yo pueda seguir trabajando, mientras sigamos acoplándonos bien, yo voy a seguir porque de ahí hemos obtenido muchas cosas (Hilda, enfermera general).

El punto es particularmente importante para el caso de las enfermeras en la medida en que muchas veces su trabajo les permite obtener un ingreso que contribuye considerablemente con los gastos familiares, al punto de que ello les permite tener una posición más destacada en la toma de decisión y por ende en la reformulación del tradicional papel de subordinación de la mujer en el hogar: “tenemos más independencia”, dice una de las personas entrevistadas (Noemí, enfermera general). En el caso de los enfermeros, esta visión positiva de su profesión se deriva básicamente de que les permitió escalar socialmente pues, la mayoría de ellos, antes de optar por la enfermería, trabajaban en empleos poco calificados. Uno de ellos comenta que su trabajo le permite sentirse bien y superarse, lo cual

resulta coherente con su trayectoria laboral en la cual ser enfermero constituye un escalafón respecto a sus empleos previos (herrero y personal de mantenimiento en el hospital donde actualmente labora):

“ El instituto es muy grande y nos da chance de seguirnos superando. Yo entré como intendencia y estoy como enfermero, posiblemente me vaya de técnico, todo esto lo hago también para el bienestar familiar, entonces, considero yo que [hay que] cuidar el trabajo para que mi familia siga estando bien y seguirme superando dentro del instituto” (Fernando, enfermero auxiliar).

Esta identificación al nivel de la profesión, es decir, la fusión respecto al exterior (en este caso frente a otras ocupaciones o profesiones) se aprecia mejor por el hecho de que la mayoría concuerda en que, si sucediera algún problema entre categorías de trabajadores (sobre todo con los médicos), los enfermeros y enfermeras apoyarían a sus contrapartes. Así, un enfermero comenta que “con los compañeros [me solidarizaría] por lógica [...] Porque con ellos estoy trabajando del diario” (Alberto, enfermero auxiliar); y otro más confirma que: “es mi rama enfermería y debo estar con enfermería pase lo que pase” (Fernando, enfermero auxiliar). Por su parte una de las enfermeras añade lo siguiente:

“ Si hubiera un problema contra ellos [se refiere a alguno de sus compañeros y compañeras], que lo acusara un médico de algo, entonces, nos solidarizaríamos con ellos porque es un enfermero y en cualquier momento puede estar uno en el lugar de ellos y con cualquier personal administrativo, pues no, mejor con enfermería porque si uno mismo se ataca, pues no” (Hilda, enfermera general).

Otro momento de cohesión del grupo es promovido por la “direccionalidad social” organizacional que tratan de implementar los hospitales y que, como se comentó, privilegia un ordenamiento racional. Frente a este último, y a diferencia de sus compañeros y compañeras de los turnos matutino y vespertino, los enfermeros y enfermeras nocturnos frecuentemente confrontan quizá uno de los más importantes símbolos identitarios, me refiero al uniforme y, en específico, a uno de sus componentes: la cofia.

En el caso de las enfermeras nocturnas de los hospitales observados, excepto las jefas de piso y supervisoras, la gran mayoría no utiliza la cofia que constituye quizá el objeto más representativo de la profesión y, en el caso de los enfermeros nocturnos, aunque por reglamento deben utilizar camisola y pantalón blancos, frecuentemente utilizan otro color o simplemente un uniforme de quirófano que es verde-azulado. El argumento común es que, como en la noche no trabaja la dirección de los hospitales y hay pocas personas externas (familiares de los pacientes, en particular), entonces, casi nadie ve que usan otro color de uniforme lo cual se encuentra vinculado, me parece, con la oposición comentada más arriba entre los “muros sólidos” y los “ámbitos fluidos”.

En cambio, al interior de la profesión, lo que predomina es la fisión derivada de la influencia de elementos que propician cierta segmentación. Entre los más importantes se encuentran los siguientes: la categoría laboral, la especialidad a la que se encuentran asignados, la generación, el esquema de trabajo y el género. Así, por ejemplo, respecto a la percepción de la noche y el horario nocturno, tanto los enfermeros como las enfermeras si bien están concientes de lo que implica la inversión del ritmo de trabajo-descanso, sobre todo referido al nivel de la salud, los impactos y visiones sobre la noche más bien resultan diferenciales. Por parte de las enfermeras, al nivel del género, se podría decir que se encuentran en una situación de transgresión simbólica por la forma en que se han construido culturalmente ciertas dicotomías de percepción, apreciación y acción como serían el par día/noche, público/privado y mujer/hombre. Esto se puede apreciar en el comentario de una de las trabajadoras entrevistadas quien dice que siempre pensó que las enfermeras nocturnas eran las peores vinculando esto con la prostitución tradicionalmente asociada al espacio nocturno.<sup>5</sup>

La noche, por otra parte, vinculada al trabajo aparece con una connotación positiva, sin embargo, para la mayoría de las enfermeras queda

5 Al respecto, existen varias historias en las cuales el tema es la infidelidad y las protagonistas más frecuentes son las enfermeras de manera que, como argumentamos en otra parte, este grupo de mujeres realiza una triple trasgresión: ejercer su libertad sexual si lo desea, salir a trabajar abandonando su tradicional papel en la división sexual del trabajo y hacerlo en un horario vinculado culturalmente con la prostitución.

subordinada a las demandas que les plantea su condición de género. Al respecto, resulta ilustrativo el hecho de que casi todas ellas eligieron y tienen en alta estima al turno nocturno porque les permite atender a sus hijos y los quehaceres de la casa. Y ello a pesar de sí mismas, de su deseo quizá de no tener que trabajar en la noche como podría entenderse el hecho de que si bien vinculan la noche al trabajo, también la relacionan con el descanso (Hilda, enfermera general; Norma, enfermera general, Betty, enfermera general).

Los enfermeros, en cambio, perciben la noche de una manera quizá más instrumental y menos ambigua puesto que el turno nocturno les ha permitido y les permite tener dos trabajos asalariados. Quiero decir que, mientras las enfermeras se dividen entre su identidad ocupacional y de género, o sea, entre el hospital y la casa y entre el trabajo y los hijos; los enfermeros anteponen su identidad ocupacional en la medida en que para ellos todo gira en torno al trabajo: los datos quizá más contundentes en este sentido es que los tres enfermeros entrevistados tienen dos trabajos asalariados y delegan las responsabilidades de los hijos y las tareas domésticas en sus esposas. La influencia del género se puede apreciar también en las imágenes que los enfermeros construyen del hospital pues, mientras algunas enfermeras lo perciben como una segunda casa (Hilda, enfermera general, Norma, enfermera general), uno de los enfermeros comenta que están como en el ejército (Fernando, enfermero auxiliar) y otro en un campo de guerra (Mario, técnico en enfermería). Esto último, quizá tenga que ver con la percepción social de la ocupación a la cual, como sabemos, se le otorga atributos de género de tal forma que las imágenes con las cuales vinculan al hospital y el ambiente laboral, sería un intento por reafirmar su masculinidad en un contexto feminizado, así: uno de los enfermeros comenta, a propósito del uniforme, que aceptaría que fuera de cualquier otro color excepto rosa o que tuviera florecitas (Mario, técnico en enfermería), y la referencia al ejército y la guerra adquiriría mayor relevancia en tanto socialmente se percibe a los enfermeros como homosexuales.

No obstante la complejidad con que arman y rearman su identidad ocupacional y de género (por no hablar del resto de las dimensiones que los conforman), los enfermeros y enfermeras nocturnos parece ser que no caen en el descentramiento del yo como frecuentemente se relaciona la construc-

ción fragmentada de identidad. En cambio, a lo que parecemos asistir es a un uso estratégico de la misma y a una relación complementaria entre los niveles identitarios, es decir a una ambigüedad que no tiene por qué ser patológica o excepcional. Ello no implica, por supuesto, desechar el conflicto sino, como se ha visto, considerarlo como normal y dinámico.

## Conclusiones

Abordar las cuestiones metateóricas de un problema de estudio no debería considerarse un ejercicio artificial puesto que nos informa de los alcances y límites del investigador en su afán de conocer lo que llamamos realidad. Incide también en la forma en que se diseñará el estudio y acerca de su validez en tanto el mismo analista ocupa una posición de “sujeto ubicado”, es decir, con la posibilidad de conocer algo pero no todo de la realidad que se dispone investigar.

Para conocer qué es lo que piensan los enfermeros y enfermeras nocturnos acerca de su ocupación y horario laboral, así como la forma en que ello influye en la construcción de su identidad ocupacional y de género, resultó necesario poner atención en la dimensión subjetiva de los actores por lo cual nuestra postura epistemológica consistió en concebir la realidad como construida socialmente de manera que el análisis del contexto y el discurso de las personas constituyeron elementos fundamentales, los cuales se abordaron a partir de técnicas metodológicas pertinentes: la observación in situ y la entrevista a profundidad. Con lo cual se logró un acercamiento entre la teoría y el método frecuentemente desvinculados.

Respecto a lo que representa la noche para los enfermeros y enfermeras podemos decir que, si bien constituye un elemento siempre presente, por otra parte, no parece que tenga la suficiente fuerza para constituirse en un nivel identitario como sí lo es el trabajo y el género. En el caso de los enfermeros porque se concibe más bien como un factor instrumental que les permite tener doble trabajo y en el caso de las enfermeras porque a su trabajo nocturno anteponen las demandas de género.

Se puede apreciar, igualmente, cierta dinámica en el uso y la forma en que se revelan los niveles identitarios de enfermeros y enfermeras noctur-

nas lo cual hemos designado como un tránsito por cada uno de ellos de acuerdo a los contextos propicios para su manifestación. Esto introduce, entonces, la discusión entre la dimensión colectiva e individual de la identidad, entre la determinación social y la libertad personal. En el problema que nos ocupa, se reconocen márgenes de acción y negociación respecto a las demandas de los diversos niveles identitarios así como una dinámica que se puede sintetizar en la fórmula de fusión al exterior del grupo y fisión al interior, lo que nos habla de identidades contrastantes donde lo ambiguo no implica necesariamente el descentramiento del yo.

### Bibliografía

- Aguado, José Carlos y María Ana Portal (1992). *Identidad, ideología y ritual*. México: UAM.
- Dávila, Anabella y Nora H. Martínez (1999). “Un acercamiento crítico al concepto de cultura organizacional: implicaciones para su estudio en organizaciones latinas”, en Dávila, Anabella y Nora H. Martínez (coordinadoras). *Cultura en organizaciones latinas*. México: Siglo XXI.
- Evans-Pritchard, E. E (1977). *Los Nuer*. Barcelona: Anagrama
- Geertz, Clifford (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- \_\_\_\_\_ (1994). *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós.
- Giménez, Gilberto (1992). “La identidad social o el retorno del sujeto en sociología”, en Revista de la Universidad. México: UAM.
- \_\_\_\_\_ (2002). “Paradigmas de identidad”, en Chihu Amparán, Aquiles (coordinador). *Sociología de la identidad*. México: UAM-Porrúa.
- Grimson, Alejandro (2006). “Fundamentalismo cultural”, texto preparado para el Programa de Cultura Urbana, UAM-Iztapalapa (inédito).
- Guadarrama Olivera, Rocío (2003). “Las paradojas actuales de la investigación cualitativa en ciencias sociales”, en Canales, Alejandro I. y Susana Lerner Sigal (coordinadores). *Desafíos teórico-metodológicos en los*

- estudios de población en el inicio del milenio*. México: COLMEX-Universidad de Guadalajara-Sociedad Mexicana de Demografía.
- Strauss, Anselm y Juliet Corbin (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Trice, Harrison Miller (1993). *Occupational Subcultures in the Workplace*. Ithaca, New York: School of industrial and Labor Relations Cornell University.
- Thompson, John B. (1993). *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas*. México: UAM.

# De la identidad institucional a la figura de estatus en la profesión de enfermería: un estudio de caso con enfermeras del sector público en la Ciudad de México\*

Hedald Tolentino Arellano\*\*

## Introducción

En este artículo se presentan algunos de los resultados obtenidos en mi tesis de maestría intitulada: “De la identidad institucional a la figura de estatus en la profesión de enfermería. Un estudio de caso con las enfermeras del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán”<sup>1</sup>.

El proyecto comenzó planteando ciertos aspectos estructurales a tener en consideración para hablar de la identidad profesional femenina, por ejemplo el aumento considerable de las mujeres en el mercado de trabajo principalmente en el sector servicios, así como un aumento en el sistema educativo.

Ante estos aspectos, nuestro interés fue indagar si esto ha significado un cambio importante en la vida de las mujeres, entre otras cosas, en el

---

\* Una versión más extensa de este trabajo se encuentra publicado en el artículo intitulado “Orientaciones y significados del trabajo en un grupo de enfermeras de élite en la Ciudad de México” coordinado por Guadarrama, Rocío y Torres, José Luis (2007). *Los significados del trabajo femenino en el mundo global: estereotipos, transacciones y rupturas*, España: Anthropos y México: UAM.

\*\* Estudiante de Doctorado en Estudios Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana. Ciudad de México.

1 De aquí en adelante Instituto de Nutrición. El cual forma parte de los institutos nacionales de salud de mayor prestigio en México, es un organismo descentralizado y coordinado por la Secretaría de Salud.

sentido de darle una concepción distinta a su identidad, distinta a la de ser esposa y madre.

Bajo estos argumentos, realizamos la tarea de describir la situación social de la enfermería y rescatamos la siguiente caracterización: es una profesión feminizada, la procedencia de sus miembros es predominantemente de estratos sociales bajos, la naturaleza no universitaria de sus estudios, la supeditación de su práctica al médico, el bajo nivel de su remuneración y el carácter cautivo su ejercicio (Martínez, 1993; Pérez, 1993; Hernández, s.f.).

Esta descripción inicial nos sirvió como punto de partida para proponer un enfoque analítico sustentado en el estudio de las identidades profesionales con una perspectiva de género. Se profundizó en dos cuestiones fundamentales: el tema de las orientaciones hacia el trabajo y el tema de la centralidad del trabajo remunerado en su experiencia de vida, ambos elementos importantes en la construcción de su identidad genérico-profesional.

La ponencia está dividida en dos apartados: primero se presentan los principales ejes de análisis teórico-metodológicos que enmarcaron el problema de investigación; posteriormente se da cuenta de la orientación y el significado profesional y de género de las enfermeras del Instituto de Nutrición, a partir de una caracterización sociodemográfica y profesional, así como de una serie de ejes temáticos construidos en relación con sus propias narrativas.

### Precisiones teórico-metodológicas

En cuanto a la propuesta teórica, se consideró conveniente remitirse a la cultura laboral entendida como un proceso de producción, transmisión y apropiación de formas simbólicas en espacios estructurados, en la actualidad laboral. Con este enfoque se pueden interpretar cuestiones relativas al trabajo, en tanto relación social, toda vez que esta relación se conforma y sufre cambios en contextos y procesos históricamente específicos y estructurados socialmente. El reconocimiento de estos contextos permite reconocer la existencia de culturas específicas que se generan en estos es-

pacios y que dan sentido a una forma de ser de los sujetos (Thompson, 1993; Reygadas, 2002, Guadarrama, 1998).

Esta idea permitió entrar al terreno de las identidades profesionales, en respuesta al interés sobre los significados, las subjetividades y las formas de construcción de los sujetos con respecto al trabajo. Se retomaron principalmente las aportaciones de Dubar (1991, 2001, 2002) sobre los procesos identitarios; esta propuesta afirma que los sujetos tienen que equilibrar su personalidad de acuerdo al contexto en el que se ubican; en este sentido la identidad es vista como un proceso permanente de identificación en el que los individuos están sujetos a dos ámbitos: el interior personal y el ámbito del contexto.

El ámbito interior es lo que Dubar llama identificaciones reivindicadas por uno mismo (identidades para sí) y el ámbito del contexto se refiere a las identificaciones atribuidas por los otros (lo que llama identidades para los otros). Las identidades para sí se refieren a las formas de temporalidad (eje biográfico) y las identidades para los otros se refieren a las formas espaciales de las relaciones sociales (eje de la relación). Estos ejes de biografía y relación se combinan para definir los que Dubar llama formas identitarias es decir, formas sociales de identificación de los individuos en relación con los otros y durante su vida.

En este sentido, lo novedoso de Dubar es que introduce la dimensión subjetiva vivida, incluso psíquica, en el análisis sociológico. Además, otra idea importante de Dubar para propósitos del proyecto que estábamos desarrollando fue que resalta el lugar que ocupa el trabajo en la sociedad y el sentido que los individuos le atribuyen; Dubar dice que las transformaciones ocurridas en el mundo han hecho más evidente el lugar central que ocupa.

Define identidades profesionales como las normas identitarias (configuraciones yo-nosotros) que se pueden localizar en el ámbito de las actividades del trabajo remuneradas; son tanto formas observadas de relación (identidades de actores en un sistema de acción) como formas socialmente reconocidas de identificarse los individuos mutuamente en el ámbito del trabajo y del empleo. Propone cuatro figuras de identidad en forma de tipos ideales que son reconstruidos a partir de las formas de organización dominantes que prevalecen en determinada época, son deducidas ra-

cionalmente de los modos de funcionamiento del trabajo, a partir de las hipótesis de que las situaciones del trabajo determinan las formas de identificación de los trabajadores: cultural, donde lo que estructura la identidad no es tanto el trabajo sino la cultura en general; de categoría u oficio, es decir, cuando se es identificado en un grupo profesional o de oficio; instrumental o de clase, que se adquiere sólo organizándose y luchando contra el capital que la explota, su identidad se convierte en un potencial conciencia de clase y, de estatus (de la organización - empresa). Se refiere a las nuevas categorías de asalariados independientes de los obreros –técnicos, administradores, ingenieros y otros expertos- para quienes la pertenencia a la empresa y la competencia técnica representan atributos importantes de su posición. Es una identificación con la empresa que Dubar llama figura de estatus, porque supone una fuerte dependencia con el estatus que se les otorga por pertenecer a ella (Dubar, 2001, 2002).

Sin embargo, Dubar (2001) explica que este postulado de determinismo a priori es cuestionado dado que la identidad nunca es solamente para los otros sino también para uno mismo, no nos es dada de una vez y para siempre, sino que es construida a lo largo de toda la vida. En este sentido, la identidad cada vez tiene menos posibilidades de ser definitiva dado que regularmente está confrontada con las transformaciones tecnológicas, organizacionales y de gestión del empleo. Es decir, se trata de una identidad constreñida fuertemente por la incertidumbre que representan para los actores estas transformaciones.

Aunado a ello, Dubar señala que los campos escolar y profesional han adquirido un rango de legitimidad muy importante en los modos de construcción de las categorías sociales porque las esferas del empleo y del trabajo, así como la de la formación escolarizada, constituyen dominios pertinentes para los individuos en el proceso de construcción de identificaciones sociales. Si el empleo es un elemento cada vez más importante en los procesos identitarios, la formación escolar cada vez está más ligada a él.

Esto no significa necesariamente reducir las identidades sociales al estatus que otorga el empleo y el nivel educativo. Es evidente que antes de identificarse personalmente con un grupo profesional o con un diploma, el individuo, desde la infancia, hereda una identidad de sexo, así como una identidad étnica y una identidad de clase social que es la de sus

padres. Además, uno de los eventos más importantes en el proceso de construcción de la identidad social está la salida del sistema escolar y la consecuente confrontación con el mercado de trabajo, pues este momento constituye un momento esencial en la construcción de una identidad autónoma.

A estos planteamientos era necesario incluir la categoría de género, dado que nos permite diferenciar las diversas características atribuidas al género femenino y masculino, a sus actividades, a sus conductas y por ende a sus identidades.

Planteamos las relaciones de género, a la idea de Salles (2002), pautadas por el poder y ancladas en desigualdades sólidamente construidas con base en las diferencias sexuales. Es una construcción sociocultural compleja, histórica y sistémica. La identidad genérica por tanto, es aquella dimensión del proceso de identificación donde el reconocimiento de pertenencia a un sexo orienta y articula la experiencia de cada sujeto.

Este reconocimiento de pertenencia identificaba a las mujeres sólo al espacio doméstico familiar; sin embargo, y dados los cambios mencionados al inicio del documento, el trabajo productivo se ha convertido en un espacio para la construcción de sus identidades y ha tendido a debilitar el ámbito reproductivo como su referente exclusivo. Así, la identidad femenina presenta ciertas particularidades que autores como Cervantes (1994) representa en tres ejes analíticos fundamentales: la maternidad, el matrimonio o unión, y el trabajo.

Por su parte, Borderías (1996) utiliza el concepto de ambigüedad como una forma de asumir la tensión que existe entre esas identidades de doble presencia entre la esfera pública y la privada. Este concepto permite analizar las estrategias, prácticas y actitudes de las mujeres en el campo profesional y familiar y sus articulaciones; las relaciones que dentro de una trayectoria social se establecen entre la familia y el trabajo profesional, es decir, las estrategias cambiantes y flexibles que las mujeres ponen en marcha para tejer la doble presencia y los conflictos materiales, simbólicos e identitarios producidos por esta experiencia de doble presencia.

En este sentido, la identidad femenina se construye a través de la conjunción entre dos concepciones de la mujer: la caracterización estereotipada de madre-esposa que asume las preocupaciones del orden privado; y

por otro lado, la mujer activa que se desarrolla profesionalmente. En términos de Lipovetsky (1999), la implicancia femenina en lo profesional – laboral subyace la nueva exigencia de afirmar una identidad como sujeto, como mujer sujeto, lo que él llama la tercera mujer.

Delimitados los núcleos conceptuales, la siguiente tarea consistió en plantear una estrategia metodológica, para ello, se retomó el llamando *continuum* de métodos o metodología mixta. Esta propuesta que viene de autores que proponen estrategias intermedias entre la investigación cualitativa y cuantitativa, que en la práctica se traduce en distintos procedimientos de ida y vuelta entre la teoría y los datos (Newman y Benz, 1998; Tashakkori y Teddlie, 1998).

De ahí que, inicialmente se partiera del diseño de una encuesta que proporcionara información sobre las características sociodemográficas, familiares y profesionales de la población de estudio para posteriormente indagar sobre las percepciones y significados a partir de entrevistas semiestructuradas en profundidad.

Para aplicar la encuesta, el criterio de selección de la muestra fue a partir de la categoría ocupacional y el turno, se decidió diseñar una muestra de tipo intencional que estuvo conformada por cuarenta y seis casos.

El siguiente paso en la estrategia metodológica fue realizar las entrevistas en profundidad con diez enfermeras que estaban laborando en el Instituto Nacional de Nutrición. Es decir, con la información recabada a través de la encuesta se lograron establecer los criterios de selección de casos específicos de enfermeras que integraron la muestra teórica a partir de la construcción de perfiles sociodemográficos y profesionales. Se obtuvieron diez perfiles y se trató de entrevistar a una enfermera de cada perfil, dada la diversidad y recordando que no buscamos representatividad sino simplemente varias miradas o percepciones sobre una misma situación.

Para analizar la información se utilizó la propuesta de las teorías de base, en donde el camino seguido fue la codificación abierta, axial y selectiva (Strauss y Corbin, 2002)<sup>2</sup>, que consiste primeramente en transformar trozos del texto de las entrevistas capturadas, en conceptos descriptivos que ordenan y reducen las ideas a significados de lo que se dice u obser-

2 Apoyándonos con el programa de análisis de datos cualitativos Atlas.ti

va (codificación abierta), posteriormente se construyeron de manera más sistemática categorías y se relacionaron entre sí (codificación axial), es decir, se comenzó con el proceso de reagrupar los datos que se fracturaron durante la codificación abierta para, finalmente, llegar al proceso de refinar e integrar la teoría, es decir las categorías principales de organizaron alrededor de un concepto explicativo central, que es lo que Strauss y Corbin denominan codificación selectiva.

### Orientaciones y significados sobre la carrera de enfermería en el Instituto de Nutrición

Con el análisis de la información obtenida en el trabajo de campo, lo que se observó en un primer momento fue que en el Instituto de Nutrición hay dos grupos de enfermeras con formación profesional diferente: se definió con formación profesional endógena a la que ha realizado su trayectoria educativa y laboral dentro de ese Instituto y con formación profesional exógena a todas las enfermeras que han tenido trayectorias educativas y laborales tanto en el Instituto como externas a él.

Esta idea se tomó como una clave de lectura, más que como modelos completamente excluyentes, que nos permitiera apreciar la existencia de dos formas de identificación con la profesión de enfermería. A partir de esta diferenciación es que nos dimos a la tarea de elaborar sus perfiles sociodemográficos y profesionales con la intención de caracterizar a este grupo social estudiado.

#### *Características sociodemográficas y profesionales*

Tenemos que son mujeres predominantemente menores de cuarenta años, no unidas y sin hijos. La gran mayoría son enfermeras con formación profesional endógena que cuenta con nivel técnico y tiene una actualización permanente con cursos y especializaciones. Por su parte, entre las enfermeras con formación profesional exógena predominan las que sólo han tomado cursos monográficos o simplemente tienen el nivel técnico y

no estudian, con esta información establecimos un índice de nivel de profesionalización que nos dice que en el grupo de las endógenas, dos de cada diez tiene un nivel de profesionalización bajo, y poco más de siete de cada diez se encuentra en un nivel medio y alto. Mientras que nueve de cada diez de las enfermeras exógenas se encuentran en un nivel bajo y medio y sólo una de cada diez cuenta con un nivel alto de profesionalización (Véase cuadros 1 y 2 y gráfico 1).

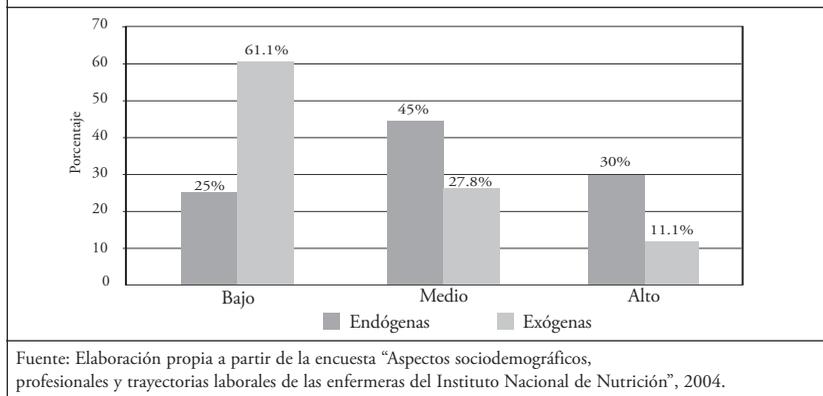
Perfil Sociodemográfico	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Hasta los 40 años, no unida, sin hijos	40.0	33.3	36.8
Hasta los 40 años, unida, con hijos	15.0	16.7	15.8
Hasta los 40 años, unida, sin hijos	5.0	16.7	10.5
Hasta los 40 años, no unida, con hijos	5.0	11.1	7.9
41 años y más, unida, con hijos	15.0	11.1	13.2
41 años y más, no unida, sin hijos	10.0	5.6	7.9
41 años y más, unida, sin hijos	5.0		2.6
41 años y más, no unida, con hijos	5.0	5.6	5.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta "Aspectos sociodemográficos, profesionales y trayectorias laborales de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición", 2004.

Perfil de profesionalización	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Sólo nivel técnico	5.0	22.2	13.2
Nivel técnico y cursos monográficos	15.0	33.3	23.7
Nivel técnico y especialización	5.0		2.6
Nivel técnico, cursos monográficos y especializaciones	30.0	22.2	26.3
Nivel técnico, estudia y cursos monográficos	15.0		7.9
Nivel técnico, estudia, cursos monográficos y especializaciones	5.0	5.6	5.3
Sólo nivel superior		5.6	2.6
Nivel superior y cursos monográficos		5.6	2.6
Nivel superior, cursos monográficos y especializaciones	5.0		2.6
Nivel superior, estudia y cursos monográficos	15.0		7.9
Nivel superior, estudia, cursos monográficos y especializaciones	5.0	5.6	5.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

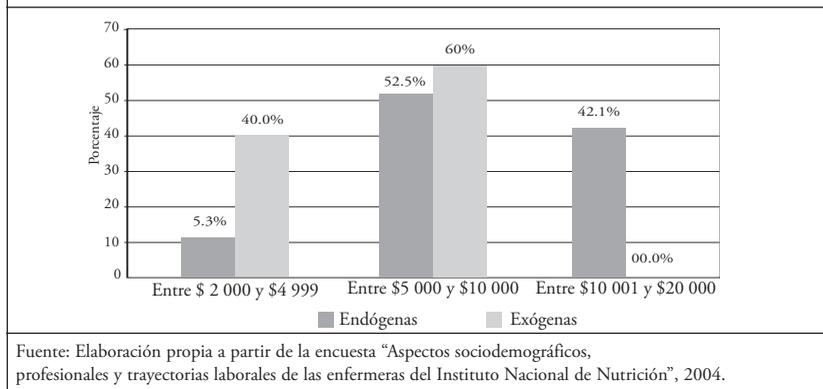
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta "Aspectos sociodemográficos, profesionales y trayectorias laborales de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición", 2004.

Gráfico 1: Distribución de las enfermeras por nivel de profesionalización



Al analizar el ingreso mensual, también encontramos diferencias entre los grupos: el de las enfermeras con formación profesional endógena el salario promedio es de poco más de \$10 000 en cambio, en las enfermeras exógenas es apenas de \$6 000 (Véase gráfico 2). Esta distribución del ingreso indica que las enfermeras con formación profesional endógena tienen más oportunidades para acceder a los puestos más altos y mejor remunerados y esto podría interpretarse, más que como un problema salarial, como un problema en la estructura de oportunidades de ascenso.

Gráfico 2: Distribución de las enfermeras por rango salarial



La anterior idea, la reafirmamos al analizar la primera y actual categoría ocupacional de las enfermeras en el Instituto de Nutrición. Se observó que tanto endógenas como exógenas comienzan su actividad laboral como auxiliares de enfermería, pero, al comparar estos puestos con los que tienen actualmente, se puede ver el ascenso de categoría en ambos grupos, pero no en puestos de semejante jerarquía, es decir, la mitad de la muestra de enfermeras endógenas ocupan los puestos más altos en el escalafón (desde subdirectora hasta jefas de servicio); en cambio el total de las enfermeras exógenas se encuentran en los puestos más bajos del área operativa, como enfermeras generales la mayoría de ellas y un pequeño grupo de especialistas (Véase cuadro 3).

Cuadro 3  
Distribución de las enfermeras según primer y actual puesto de trabajo

Primera categoría ocupacional en el Instituto Nacional de Nutrición	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Enfermera general B	5.0		3.1
Enfermera general A	10.0	33.3	18.8
Auxiliar de enfermería	85.0	66.7	78.1
Total	100.0	100.0	100.0
Actual categoría ocupacional en el Instituto de Nutrición	Formación Profesional		% Total
	% Endógena	% Exógena	
Subdirectora del área de enfermería	5.0		2.6
Jefa de departamento de enfermería	5.0		2.6
Directora de la escuela de enfermería	5.0		2.6
Coordinadora de enseñanza	5.0		2.6
Jefa de Servicio	30.0		15.8
Enfermera especialista A	25.0	11.1	18.4
Enfermera general B	10.0	16.7	13.2
Enfermera general A	15.0	66.7	39.5
Auxiliar de enfermería		5.6	2.6
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta "Aspectos sociodemográficos, profesionales y trayectorias laborales de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición", 2004.

Vemos que con esta primera descripción, existe una diferencia notable entre las enfermeras endógenas y las exógenas, que viene desde la orientación profesional y se prolonga a los significados que dan a la carrera de enfermería. Analicemos este planteamiento en el siguiente apartado.

### Orientaciones y significados sobre la carrera de enfermería

La orientación profesional tiene que ver con la elección de la carrera. A partir de sus narraciones se encuentran dos elementos importantes que lleva a estas mujeres a estudiar enfermería: el ambiente familiar cercano al sector salud y que todas ellas provienen de familias con bajos recursos económicos que las limitaba a otro tipo de aspiraciones profesionales. Buscaban una carrera técnica con la cual al cabo de tres años ellas podían ingresar al mercado de trabajo.

Por otra parte, la elección de la escuela resultó fundamental porque representa el tipo de formación, trayectoria e identidad profesional que adquieren las enfermeras. Asimismo, un elemento importante por parte de las que estudiaron en el Instituto de Nutrición es el prestigio que sus familiares u otras personas le otorgan al instituto, que para ellas se traduce en un reconocimiento hacia la institución como espacio educativo. Por su parte, algunas de las enfermeras que estudiaron en otra escuela, manifiestan no haber tenido orientación para elegir una buena institución e incluso hablan de su estancia en ella como desagradable y como una mala elección. Dos de ellas rememoran al respecto:

“... estuve un año sin estudiar y luego entre a la escuela de enfermería de cardiología, pero se me hicieron sumamente rígidas, militarizadas, dije: ¡No! a estas ¿Qué les pasa? Y en ese trance, después de que dejé cardiología [...] dije en la ENEO, pero ahí yo investigué con varias gentes y se me hacía muy superficial el programa, porque yo revisé los programas [...] empecé a investigar, casualmente una enfermera en una plática dice: si quieres tener una buena preparación es cardiología o nutrición; dije: cardiología es muy militarizado, yo no estoy de acuerdo con esa formación;

bueno entonces vete a nutrición. Entonces vine a dar aquí” (Enfermera jefa de servicios, formación profesional endógena).

“...desafortunadamente como yo no tenía a alguien mayor que me orientara entonces la única opción que conocí fue el CETIS, y ya como en el cuarto o quinto semestre empecé a conocer los planes de estudio de otras escuelas, pero pues ya estaba casi al final. Me gustaría haber estudiado en la ENEO por ejemplo” (Enfermera general, formación profesional exógena).

Así, para las enfermeras endógenas estudiar en la escuela del Instituto implica un alto grado de preparación que exige un gran esfuerzo y competitividad que llevan a la excelencia y la calidad. En cambio, las enfermeras con formación profesional exógena manifiestan no haber tenido una preparación adecuada, carecer de conocimientos, lo cual en un futuro les afecta porque no son aceptadas tan fácilmente en los trabajos.

Otro elemento interesante en este análisis es la formación basada en valores éticos hacia la profesión. Las enfermeras tienen un código de ética que marca los principios y valores que rigen a la enfermería. En particular las enfermeras egresadas del Instituto de Nutrición tienen muy presente el decálogo de las enfermeras que es la observancia del código de ética y que tiene que ver principalmente con el respeto, el cuidado, la integridad, el compromiso tanto con la profesión como con su entorno y con la vida de las personas que atienden.

En cuanto a la práctica profesional, sabemos que en cierto tipo de profesiones como la enfermería, la importancia de la práctica es fundamental y es uno de los ejes articuladores en la identificación con la profesión. Al respecto algunas de ellas afirman:

“... cuando ya empiezas a hacer tu servicio social, tú estás en una etapa de crisis [...] es un puente por decirlo así... para poder decir: “soy enfermera” [...] tendrás mucho conocimiento, mucha teoría, pero a ver ¿Cómo la aplicas? ¡Aplicala en un paciente diabético! ¡Aplicala en un paciente de insuficiencia renal crónica terminal! A ver aplica eso que tu aprendiste en el aula y ahora trabájalo acá, ahí es donde tú empiezas con la crisis porque a veces te pierdes. Ahí si no hay enseñanza, ahí solo es práctica y expe-

riencia [...] en esa etapa que tienes todavía ese papel de estudiante, pero ya estás también con el papel de enfermera” (Enfermera jefa del Departamento de Enfermería, formación profesional endógena).

“Para mí fue padre pero a la vez con mucho temor, a pesar de que tenía fundamentación, tenía mucho miedo... ¡Imagínate! Una mocosa frente a un paciente ¿Qué le vas a hacer? ... Es como que romper una barrera muy importante entre la enfermera y el paciente, porque no hay confianza, porque no te sientes segura, hay un miedo, un miedo muy importante, pero una vez que rompes ese miedo y que pasas esa barrera, a las prácticas les tomas sabor [...] fue un proceso a veces de que decía: ¡Híjole es tan doloroso estar aquí! ¡Tan estresante! ¿Por qué tengo que estar aquí? Y a veces es una carrera tan... pues tan triste...” (Enfermera jefa de servicio, formación profesional endógena).

A partir de los discursos se observa que las prácticas fueron lo más significativo en su etapa de transición de estudiante a profesionalista, pues en ellas se convencieron de que la enfermería era la profesión que realmente les satisfacía; es decir, la vocación descubierta en la práctica, la cual obtiene un doble significado: como práctica escolar, son parte de la experiencia de las estudiantes, por otro lado, las introduce de forma particular al trabajo mismo, al ejercicio de la profesión, es en este espacio en el que las estudiantes se convierten en actores laborales. Se da una familiaridad de las estudiantes con el mundo del trabajo, que está envuelto en una serie de problemas que tienen que enfrentar en ese tránsito, problemas como la relación teoría-práctica, el temor frente a la responsabilidad que implica la atención al paciente y las largas jornadas de estudio extra-curriculares.

Así, la aplicación de conocimientos en el campo de trabajo a través de las prácticas profesionales se convierte en una motivación para ser enfermera y les permite adquirir habilidades, destrezas, más conocimientos y experiencia de trabajo. Es el momento en que se da su autoafirmación personal y profesional, aunque estos procesos suelen ser dolorosos para algunas de ellas. En resumen, hay dos ejes de articulación entre estas dimensiones: la disciplina escolar y la disciplina laboral pues en ellos se temple el carácter de la enfermera.

Otro eje de análisis fundamental se refiere a la relación entre los trabajos de cuidado y el género. A partir de los discursos se entiende que la principal función de la enfermería es el proceso de cuidado y atención al paciente. Es la única profesión del área de salud cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad con la cual interactúa permanentemente como sujeto de atención. Se habla de que la enfermera tiene un ideal de servicio, un espíritu de ayuda a sus semejantes.

Esta relación de las personas con las personas, de la atención y del cuidado son algunas de las principales cualidades que socioculturalmente se les han atribuido a las mujeres, lo cual lleva a suponer, que hay una conciencia casi generalizada de establecer una asociación estrecha entre el cuidado y el género femenino que se funda en estereotipos ligados con el supuesto sentido maternal y humanitario que, en el discurso cotidiano, caracteriza a las mujeres.

Existe, por tanto, en las enfermeras una serie de habilidades y destrezas afectivas que la identifican, pero que están acompañadas del conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento, es decir ellas poseen un conocimiento general-teórico que tiene que ser aplicado. Con esto, se infiere que no basta que la enfermera conozca los principios éticos en los que debe sustentar el ejercicio de su profesión, sino que resulta imprescindible que dediquen sus mejores esfuerzos a toda una serie de conocimientos científicos y técnicos así como de experiencia para el buen desempeño de su profesión.

Así es como podemos constituir el prototipo de la buena enfermera que les da un sentido de identidad, en el cual hay una tensión entre el saber teórico y los saberes prácticos emocionales, considerados femeninos y que son aprendidos en su curso de vida y reapropiados institucionalmente y regulados a través de un código de ética. En este sentido, el ser humanitaria instituye el deber ser de la mujer-enfermera. Detrás de un lenguaje neutro (la salud y la enfermedad) se esconde un lenguaje de género y prácticas de género (los cuidados y la atención). Veámoslo en los siguientes testimonios:

“Una enfermera debe tener muchos conocimientos, estar preparada [...] tener mucha ética, honestidad y el compromiso [...] el amor que se tiene

hacia el ser humano, el respeto, la responsabilidad” (Enfermera subdirectora de enfermería, formación profesional endógena).

“Habilidad para un pensamiento crítico después de una metodología de trabajo, después de la enseñanza y la repetición, para tener una buena técnica en ciertos procedimientos que se requieren, tener la habilidad. Pero más que todo, es esta cuestión humanística de ver al otro ser como uno mismo” (Enfermera jefa de servicios, formación profesional endógena).

“Tienes que tener una fundamentación científica y tienes que retomar diferentes perspectivas para tener una concepción del hombre de manera integral. Entonces es una profesión humana. El objetivo es cuidar de la vida, no de la enfermedad solamente, sino de la vida en sus diferentes etapas, por eso es ver al hombre de manera integral para dignificación de este y del profesional mismo” (Enfermera jefa del departamento de enfermería, formación profesional endógena).

Así, se tiene una mezcla de valores éticos, humanitarios y de exigencia científica. Estas características de mujer- enfermera humanitaria con conocimientos científicos, prácticos y con experiencia están orientando su acción y tienen un impacto esencial en la forma como ellas definen su profesión.

Sin embargo, existe una diferencia que tiene que ver precisamente con su formación profesional endógena o exógena al Instituto. Es decir, a pesar de que la mayoría de las enfermeras asiste a cursos monográficos son las que cuentan con una formación profesional endógena las que han realizado por lo menos una especialización, esto las hace acceder a las categorías ocupacionales más altas en el escalafón, y ellas mismas se definen como enfermeras de élite, ya que estos estímulos las hace que a nivel personal se sientan más satisfechas con los logros profesionales obtenidos. Dos de ellas así lo expresan:

“Me han dado una base de conocimientos [las especializaciones] un bagaje de conocimientos que a mí sí me satisface tenerlos [...] y otra es el desenvolvimiento, el trato con todo el entorno médico, me ha dado herramientas que me han servido toda mi vida después de haberlo estu-

diado [...] también, hice un curso de terapia enterostomal [...] hubo un programa de recategorización donde las personas que tuvieran diplomados o especialidades tenían la posibilidad de tener la categoría de especialista, me tocó ese programa, entonces por la especialidad [curso de especialización] es que soy especialista. [categoría ocupacional]” (Enfermera especialista, formación profesional endógena).

“...he querido ascender y he visto que sí tengo un mejor nivel académico ha sido mucho más fácil, realmente es lo que me ha movido y a parte me encanta... Por ejemplo, estoy luchando por ese puesto de jefa académica en el cual se pide un perfil de enfermera especialista o que tenga en este caso una maestría, por eso es que estoy llevando acabo una maestría, además porque la enfermería te lo exige... te lo exige la carrera... te lo exige la gente con quien tú estas trabajando [...] la de nosotros es una profesión y una profesión siempre te va a exigir más conocimientos, la especialidad, más por ser este un Instituto de tercer nivel debe ser mayor la preparación [...] Finalmente tenemos el compromiso de lo que significaba ser una enfermera de nutrición. Son de las cosas que más he querido contagiar a las compañeras estudiantes: ¡lo que es estar en la escuela María Elena Maza Brito! [...] ¡Claro! ¡Soy hija de nutrición! ¡Claro que sí!” (Enfermera coordinadora de enseñanza licenciatura en enfermería del Instituto, formación profesional endógena).

Para las enfermeras que no fueron formadas en el Instituto de Nutrición, que ahora defino como enfermeras de base, la constante especialización no es un aspecto relevante:

“...cuando los sacan [los cursos] las fechas no me quedan en el sentido de que, trato también de dedicarles a mis niños [tiempo]: la escuela, la atención... Hace dos años fue el [curso] de urgencias, en ese quería pero mi niña tenía dos años, estaba muy chiquita, a parte de que salió carísimo en \$12 000 y pagar una cantidad así y desatender a mis niños mejor no” (Enfermera general, formación profesional exógena).

“Los días que se ponen para los cursos esos días trabajas y si son cuatro días de curso, entonces tienes que pagar tú tus guardias para que puedas ir, y a parte del curso, dices pues no vale la pena finalmente, [...] .ahorita

no puedo porque mis niñas están pequeñas, yo no tengo quién me las cuide como para hacer un curso... aquí no nos dan un estímulo ni de días, ni económico, entonces yo tendría que... desde mi punto de vista: dejar de trabajar y dedicarme al curso y que mi esposo me mantenga todo el curso y mis gastos y uniformes y demás... y no puedo porque no tengo quien me las cuide. Mi esposo o trabaja o me las cuida..." (Enfermera general, formación profesional exógena).

"...El día de mañana te dan la patada por detrás y ni siquiera te dan un agradecimiento. A la mejor sí, pero eso no te llena como cuando tu hijo te dice mami gracias te agradezco tu apoyo, tu atención, el que me haya titulado, el que haya hecho una carrera, eso sí te llena [...] yo soy enfermera y trabajo en una Institución como en cualquier otra pudiera trabajar y no por el nombre que lleva. A veces dicen: ¡Ay tú trabajas en Nutrición! pues que bien, pero no me siento así como que la gran cosa por el Instituto" (Enfermera general, formación profesional exógena).

Sin embargo, en estos discursos podemos ver que este elemento está relacionado con la segregación institucional que se observó entre las de élite y las de base, lo cual lleva a una serie de inconformidades con su situación laboral, según lo que señalaron en las entrevistas, para ellas no tiene sentido estudiar una especialidad, se sienten rechazadas y poco consideradas, pero además de este contexto segregado, su poco desarrollo profesional tiene que ver también con su situación socioeconómica y familiar, son mujeres casadas y con hijos a quienes se les da prioridad por encima de la profesión.

### **Reflexión final: de la identidad institucional a la figura de estatus**

Como mencionamos al inicio del documento, desde hace varias décadas las mujeres han tenido una serie de cambios importantes en la concepción de su identidad, propiciados a partir de su inserción en el sistema educativo y en el mercado de trabajo, lo cual les proporciona recursos para constituirse como un sujeto en igualdad de condiciones que otros sujetos.

Ejemplo de lo anterior son las enfermeras que denominados de élite en el Instituto Nacional de Nutrición, se puede hablar, siguiendo la clasificación propuesta por Dubar (2001), de una identidad profesional institucionalizada o identidad de estatus marcada por su pertenencia a la institución.

Para las enfermeras de élite, su pertenencia al instituto representa un atributo importante en su identidad, relacionado con el desarrollo de su carrera profesional dentro de ese espacio laboral. Quienes comparten esta concepción tienen una cierta figura de estatus porque supone una fuerte dependencia con el estatus que les otorga el hecho de trabajar ahí. Esta situación en el trabajo de las enfermeras determina sus formas de identificación, la cual a su vez se convierten en maneras de ser, de definirse como parte de.

Lo anterior lleva al tema de la centralidad del trabajo en la vida de estas enfermeras, el cual adquiere diferentes matices de acuerdo al tipo de enfermeras del que se esté hablando: las de élite o las de base.

Aunque en ambos grupos, el trabajo productivo ocupa un lugar relevante en sus proyectos de vida, en las de élite es más marcado, pues el trabajo es determinante, en tanto que constituye una experiencia altamente exigente, un soporte identitario que le permite la realización de proyectos personales y posibilita, como mencionamos, la construcción de una imagen positiva frente a sí misma y a los demás. El trabajo les permite crecer y aprender, además de que constituye una fuente de dignidad para ellas. Su trabajo es el ámbito propicio para proyectarse a largo plazo. Hay una autorrealización, por tanto su profesión aparece como un poderoso referente identitario para ellas. El trabajo visto como un medio de subsistencia no es muy importante, ya que es una condición que dan por hecha, recordemos que se trata de enfermeras con niveles ocupacionales más calificados y bien remunerados donde predominan las funciones sustantivas del trabajar. Ellas significan su trabajo como una actividad que les otorga independencia y les permite la realización personal y profesional.

Por su parte, la trayectoria de las enfermeras de base es dificultosa desde sus inicios porque su capacitación y especialización no les proporciona los mismos elementos que a las otras, lo cual las lleva a una identidad profesional poco reconocida, ya que el hecho de no ser formadas en

el Instituto aparece como una deficiencia. Estas dificultades posteriormente se traducen en categorías ocupacionales bajas y por tanto salarios bajos. En este sentido, ellas sólo le dan valor a la acción de trabajar, pero no expresan pertenencia a una Institución en particular. El trabajo es visto más en el sentido instrumental, como medio de subsistencia.

Al final lo que se puede ver es que ante las bajas posibilidades educativas de las mujeres en contextos de vida menos favorables, el ámbito de la salud es una buena opción, pues si bien las carreras que en un inicio se consideraron como carreras cortas o carreras técnicas, de carácter meramente instrumental como es la enfermería, han tenido una serie de transformaciones que han redundado en un proceso de profesionalización y de mayor autonomía en la profesión. Lo cual, como es el caso de las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición, lleva a un mejor reconocimiento social y personal de lo que es ser una enfermera. Su trabajo se contempla como un medio de autoafirmación tanto individual como profesional.

## Bibliografía

- Borderías, Cristina (1996). "Identidad femenina y recomposición del trabajo"; en *El futuro del trabajo. Reorganizar y repartir desde la perspectiva de las mujeres*. España: Centro de Documentación y Estudios de la Mujer
- Cervantes, Alejandro (1994). "Identidad de género de la mujer: tres tesis sobre su dimensión social", *Frontera Norte*, 6 (12), p. 9-23
- Dubar, Claude (1991). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin
- \_\_\_\_\_ (2001). "El trabajo y las identidades profesionales y personales" *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 7 (13), p. 5-16
- \_\_\_\_\_ (2002). *La crisis de las identidades: la interpretación de una mutación*. Barcelona: Bellaterra
- Guadarrama, Rocío (1998). "Introducción" en *El debate sobre las culturas laborales: viejos dilemas y nuevos desafíos en cultura y trabajo en México. Estereotipos, prácticas y representaciones*. México: UAM, Juan Pablos editores, Fundación Friedrich Ebert.

- Hernández, Isabel (s. f.). *Enfermería: ¿cadena o camino?* México: UNAM.
- Lipovetsky, Gilles (1999). *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino*. Barcelona: Anagrama
- Martínez, Matilde (1993). *Sociología de una profesión: el caso de enfermería*. México: Centro de Estudios Educativos, A. C.
- Newman, Isadora y Carolyn Benz (1998). *Qualitative-Quantitative Research Methodology. Exploring the Interactive Continuum*. Southern Illinois USA: University Press.
- Pérez, Sara (1993). "Atención Primaria a la Salud y la enfermera". *Enfermera al día*, p. 7-12
- Reygadas, Luis (2002). "Producción simbólica y producción material. Metáforas y conceptos en torno a la cultura del trabajo". *Nueva Antropología*. XVIII (60). P. 101-119
- Salles, Vania (2002). "Sociología de la cultura, relaciones de género y feminismo", en Urrutia, Elena (Coord.) *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*. México: El Colegio de México.
- Strauss, Anselm y Juliet Corbin (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Tashakkori, Abbas y Charles Teddlie (1998). *Mixed Methodology. Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. California: Sage Publications.
- Thompson, John (1993). *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas*. México: UAM.

# Medicalización e industria del nacimiento

Raúl Mideros Morales\*

*[N]uestra sociedad quiere a la mujer obediente,  
sumisa, por no decir humillada, castigada.*

Frédéric Leboyer (1996: 18)

## Introducción

El título de este trabajo fue inspirado por el libro de Michel Odent *El granjero y el obstetra*, una de sus más recientes y lúcidas contribuciones; además este trabajo, de alguna manera, sintetiza mi experiencia de partero, de antropólogo y profesor universitario que ha sido recogida en otras comunicaciones académicas de los últimos años desde la Universidad Andina Simón Bolívar, años en los cuales he tenido la oportunidad de tomar contacto directo con el embarazo, el parto, el nacimiento y la lactancia, a la vez que distanciarme del universo de significado y de la semántica monocultural de la ciencia biomédica.

Hace diez años justamente llevé a cabo la primera indagación sobre el tema, en esa ocasión la pretensión fue establecer la tasa de cesáreas en algunas clínicas privadas de Quito; se trató de una averiguación “clandestina”, ya que esta información no estaba ni está disponible al público, tampoco es objeto de declaración obligatoria, no hay datos sobre los tipos de atenciones obstétricas en el Ecuador, ni en el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) ni en el Ministerio de Salud Pública (MSP), simple-

---

\* Profesor de la Universidad Andina Simón Bolívar. Quito-Ecuador.

mente no se procesa la información contenida en las actas o certificados de nacimiento que llegan al INEC, tampoco interesa a los funcionarios del MSP los “libros de nacimientos” de las clínicas y maternidades. La constatación de este “secreto” sobre el número de cesáreas que se efectúan en las instituciones privadas me llevó a otras importantes evidencias acerca del fenómeno que Odent denomina “industria del nacimiento” y que adjetivizo con el término medicalización, la punta del iceberg de un fenómeno global auspiciado por el desarrollo científico tecnológico biomédico.

### ¿Cuál es la evidencia que da cuenta de este acontecimiento, tanto global como local, de medicalización e industrialización del nacimiento?

La referencia empírica, la recojo de los procedimientos de diferente complejidad que se han introducido en el campo obstétrico y que ahora hacen parte de protocolos y rutinas hospitalarias como de los menús (o “combos”) médicos, entre los que se cuenta la operación cesárea, la cual pasó de ser una intervención excepcional, sólo realizada tras la muerte de la madre en el parto en el intento de salvar la vida del feto, a ser la manera de nacer de cuatro de cinco niños en instituciones privadas de las ciudades de Quito y Guayaquil. A esta fecha la cesárea “a la carta” es aceptada por varias sociedades científicas, como la Asociación Americana de Obstetricia y Ginecología (octubre de 2003) y muchos cirujanos obstetras favorecen con entusiasmo la cesárea programada “a pedido”, tanto en clínicas privadas como en hospitales y maternidades públicas.

La primera cesárea que se registra en la historia occidental data del año 1500, en Suiza. “La embarazada, tras varios días de parto, fue intervenida por su esposo, Jacobo Nufer, de oficio carnicero” (Olza y Lebrede, 2005: 31). Sin embargo, la primera cesárea médica fue llevada a cabo por Jeremías Trautman, en el año 1600.

Al cabo de cuatrocientos años, aproximadamente, la cesárea es la intervención quirúrgica más popular entre las mujeres modernas urbanas del Ecuador, quienes le perdieron el miedo a la anestesia y al escarpelo, en buena parte seducidas por la promesa de un “parto sin dolor”, o por evitar el “padecimiento” de horas de una labor de parto, o para obviar “las

molestias del parto”, o simplemente para evitar dañar su silueta; eso sí, con la consabida justificación, siempre a la mano, de prevenir el “sufrimiento fetal”.

La operación cesárea es una “cirugía mayor” con un riesgo, en promedio, cuatro veces superior al de un parto vaginal (en condiciones óptimas...) y está justificada en un 5 a 15 por ciento de los nacimientos según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este procedimiento sustituyó al forceps (invento árabe que fuera rediseñado por Chamberlain en 1720), de uso popular durante los siglos XIX y XX, pero sólo superado por la cesárea a partir del invento de la anestesia, la antisepsia (Lister, 1860), la asepsia, la hemostasia, las suturas con materiales resistentes, el uso de guantes de goma, la técnica de histerotomía en el segmento uterino inferior (Monro Kerr, 1921), el corte exterior horizontal de la piel (Pfannestiel, 1920) y, finalmente, la introducción de la técnica de separación de las fibras musculares uterinas con los dedos (Joel-Cohen, 1987).

En casi cien años de experimentación y adaptación tecnológica se logró un nivel en la destreza quirúrgica con una afectación significativa en la mortalidad materna y un incremento considerable en la cifra de partos por cesárea.

“En 1986, en Estados Unidos, las cesáreas habían aumentado al 24 por ciento [y] en España, la tasa de cesáreas pasó del 9,7 por ciento en 1984 al 18,2 por ciento en 1998, pero en el 2001, la tasa ya rondaba el 23, [m]ientras en Estados Unidos alcanzó el 27,6 por ciento en el año 2003. En menos de 150 años, la sociedad occidental ha pasado de celebrar el uso de una técnica médico-quirúrgica, que puede salvar la vida de algunos niños con dificultades en su nacimiento, a convertir la cesárea en otra manera de nacer” (Olza y Lebrede 2005: 35).

De los datos obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) realizada en los años 1994, 1999 y 2004 obtenemos valiosas evidencias que presento a continuación:

En el Ecuador, la tasa general de cesáreas informada es de 17,1 por ciento (período 1989 a 1994), del 19,9 por ciento (período 1994 a 1999) y se eleva al 25.8 por ciento (en el período 1999 a 2004).

Las cesáreas son más frecuentes en el área urbana (34,0 por ciento), el caso de la Maternidad Isidro Ayora (Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora) es representativo de los servicios públicos, ahí la tasa de cesáreas actualmente es del 33 por ciento, mientras en las zonas rurales es del 16,1 por ciento. Las tasas más altas se encuentran en las provincias de Manabí, Los Ríos, Guayas y El Oro (38,3 por ciento, 35,6 por ciento, 34,4 por ciento y 38,4 por ciento, respectivamente), mientras que las más bajas están en las provincias de Bolívar y Esmeraldas.

Las mujeres con instrucción superior tienen la tasa más alta de cesáreas (49,1 por ciento), casi cinco veces más alta que la de mujeres sin educación formal (10,1 por ciento). El nivel económico muestra un comportamiento parecido al anterior en el sentido que las mujeres de nivel bajo presentan la tasa de cesáreas más baja, aumentando sustancialmente hacia el nivel alto (del 14,7 por ciento al 48,9 por ciento).

“La proporción de partos por cesárea en establecimientos de salud es del 34,5 por ciento, es casi 10 puntos porcentuales mayor al promedio total de esa intervención (25,8 por ciento). Las tasas más altas se encuentran en los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (50,0 por ciento), en las clínicas, hospitales y médicos privados (49,8 por ciento), en el Patronato San José (40,2 por ciento) y en la Junta de Beneficencia (35,5 por ciento) (ENDEMAIN: 2004: 175).

La hegemonía biomédica y su impacto en la medicalización del nacimiento puede ser rastreada también a través de otras fuentes estadísticas, los anuarios de estadísticas vitales, que informan de la tendencia en el comportamiento de atención del parto, entre “partos institucionales”, así denominados los hospitalarios, y los “no institucionales”, así como entre partos con “asistencia profesional” (médico especialista, médica general, obstetrix o enfermera) y aquellos “sin asistencia profesional” (partero, comadrona, familiar o autoasistida).

El supuesto del que parte la biomedicina y el sanitarismo hegemónico es el de considerar sólo a ciertas profesiones universitarias con la capacidad (formación) para ser prestadores exclusivos de los servicios obstétricos y dejar fuera a todo el resto, a quienes se les etiqueta de “empíricos”.

En el período comprendido entre 1989 a 1994 sólo 6 de cada 10 partos fueron atendidos por profesional (60 por ciento), mientras que en el período de 1994 a 1999 la cobertura de parto institucional llegó al 69,2 por ciento, sensiblemente más alta en el área urbana (86,2 por ciento), para el período de 1999 a 2004 fueron atendidos por “personal capacitado”, a nivel nacional, el 74,2 por ciento, pero existe una amplia brecha de acuerdo al lugar de residencia de las mujeres, ya que la cifra cambia del 88,6 por ciento para las que residen en el área urbana al 57,1 por ciento para las del área rural.

Los partos clasificados como “en casa” fueron 34 por ciento (en el período 1989 a 1994), 29 por ciento (en el período 1994 a 1999) y 23,8 por ciento (en el período 1999 a 2004), de estos sólo el 14,3 por ciento (en el período 1994 a 1999) y 12,7 por ciento (en el período 1999 a 2004) fue atendido por una partera. Del total de partos de mujeres indígenas, sólo el 30,1 por ciento tuvo atención profesional.

En el Ecuador, de los partos en establecimientos de salud, durante el período julio de 1999 a junio de 2004, la gran mayoría fueron atendidos por médicos (85,2 por ciento) y el 12 por ciento por obstetrices, para un total de 97,2 por ciento. Sólo el 1,5 por ciento fue atendido por personal de enfermería (ENDEMAIN, 2004: 179). Esta estadística es reveladora de la exclusión que sufren tanto obstetrices como enfermeras en las instituciones de salud.

Sin embargo, los datos y la evidencia contemporánea revelan que las parteras son más seguras que los médicos en partos de bajo riesgo. Un amplio estudio que toma en cuenta cuatro millones de nacimientos de bajo riesgo, atendidos por parteras o por médicos, puso en evidencia que las parteras tuvieron un 33 por ciento menos de muertes en neonatos y 31 por ciento menos bebés con bajo peso al nacer (MacDorman; Singh, 1998: 310-317).

Johnson y Daviss informan de otro estudio de parteras que atendieron más de 5000 partos planeados en casa, en donde se estableció que estos nacimientos son tan seguros como los partos hospitalarios de bajo riesgo atendidos por médicos (2005: 1416-1419).

Otra faceta del mismo fenómeno son las intervenciones médicas en la salud reproductiva y el uso de métodos anticonceptivos, según lo revela la

última encuesta ENDEMAIN 2004, la misma que informa que la esterilización femenina es el método más usado en el país (24,2 por ciento), le sigue muy por detrás el uso de anticonceptivos orales (13,3 por ciento) y el DIU (10,1 por ciento).

“La esterilización femenina se mantiene como el método de mayor prevalencia en el área urbana y rural, en todas las regiones y en la mayoría de las provincias, a excepción de Tungurahua, Bolívar y Esmeraldas, destacando su uso en Manabí (41 por ciento), Carchi (29 por ciento) y El Oro (27 por ciento). Se nota que el uso de métodos tradicionales (ritmo/Billings y retiro) es mayor del 20 por ciento en las provincias de Carchi, Imbabura, Tungurahua, Bolívar, Chimborazo y Loja” (UCE-INEC, 2006: 49).

Como se puede apreciar, los comportamientos de las mujeres en la esfera de la salud sexual y reproductiva han sido fuertemente afectados por la “cruzada” civilizatoria biomédica, al punto de que la primera opción para parir o para dejar de concebir es quirúrgica. El camino privilegiado actualmente para evitar la concepción y para nacer nos conduce inexorablemente al quirófano, nos remite a acciones mecanizadas realizadas en serie y a “un trabajo en cadena” (Odent, 2002:32).

Pero, las cosas no quedan sólo ahí, la introducción del “monitoreo fetal” (registro gráfico de la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas y de la frecuencia cardíaca fetal) en los cuartos y salas de labor, a pretexto de llevar a cabo un “control obstétrico” más eficiente y en la perspectiva de una “obstetricia profiláctica” o preventivista, se convirtió en la norma y en la forma “normal” de establecer el siempre probable “sufrimiento fetal” que justifique una intervención quirúrgica salvadora de la vida.

En conclusión, la medicalización de la maternidad durante el siglo XX fue uno de los efectos de la revolución científico tecnológica, producto de la cual el cuerpo de la mujer y del bebé por nacer fueron objetos de control por un saber especializado, la moderna obstetricia biomédica, una ciencia que se perfeccionó en tanto práctica quirúrgica y discurso de control e intimidación, al producir las amenazas y miedos más eficaces para

el sometimiento de la voluntad, del instinto maternal y del cuerpo femenino, basta constatar cómo son atendidas muchas mujeres en los servicios públicos y privados. Ellas permanecen acostadas e inmovilizadas, sujetas de ambos brazos y con prohibición de levantarse, así transcurren largos minutos u horas de dolor e indefensión.

El otro aspecto que revela la magnitud de ese proceso de industrialización es el grado de hacinamiento y el incremento de los estándares de productividad profesional en enormes maternidades, como es el caso del Hospital Isidro Ayora, no importa si hay o no cama, si hay o no capacidad de atención, no importa si el cansancio desborda, simplemente hay que llegar ahí, porque hay doctores; sin embargo estos doctores son insuficientes, están formados en las técnicas quirúrgicas y de urgencia y, por supuesto, más predispuestos a proporcionar una atención rápida, aunque despersonalizada, de esas en serie y sin consideraciones mayores, como si se tratara de una “línea de montaje” en una fábrica, ya que a la cuenta están ahí “para salvar vidas” y no para ofrecer confort y peor calor humano.

Pero, el Ecuador se encuentra en una transición política abierta por la Asamblea Nacional Constituyente, la misma que formulará en el 2008 la nueva Carta Política del Estado ecuatoriano y algunos cuerpos legales; esta coyuntura abre posibilidades de expresión ciudadana y movilización social alrededor de temas represados o limitadamente atendidos como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y jóvenes, los derechos colectivos de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, así como el tema de la calidad de la atención en los servicios de salud, por eso es posible imaginar que la tendencia medicalizadora del nacimiento no es absoluta, que enfrenta fuerzas contra-hegemónicas, como la corriente del parto natural y la no violencia en el nacimiento, aspectos centrales de otra comunicación.

## Bibliografía

- CEPAR (1994). Encuesta demográfica y de salud materna e infantil, ENDEMAIN, pp. 145 a 157, Quito.
- \_\_\_\_\_ (1999). Encuesta demográfica y de salud materna e infantil, ENDEMAIN pp. 145 a 155, Quito.
- \_\_\_\_\_ (2004). Encuesta demográfica y de salud materna e infantil, ENDEMAIN pp. 152 a 180, Quito.
- Johnson, K.C. y B. Daviss (2005). "A Prospective Study of Planned Home Births by Certified Professional Midwives in North America". *BMJ* 330(7505): 1416–19.
- Leboyer, Frédérick. (1996). *El parto: crónica de un viaje*. Barcelona: Editorial Alta Fulla.
- MacDorman, M. y G. Singh (1998). "Midwifery Care, Social and Medical Risk Factors, and Birth Outcomes in the USA", *J Epidemiol and Community Health* 52(5): 310–17.
- Odent, Michel (2002). *El granjero y el obstetra*, Buenos Aires: Editorial Creavida.
- Olza, Ibone y Enrique Lebrede (2005). *¿Nacer por cesárea?* Barcelona: Ediciones Granica.
- OMS (1985). "Tecnologías de parto apropiadas: Recomendaciones generales sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé". Conferencia Internacional de Fortaleza.
- Universidad Central del Ecuador (UCE- Facultad de Ciencias Económicas) – INEC (2006). "Proyecto: Estudios demográficos en profundidad", copia magnética. Quito.



Este Libro se terminó de  
imprimir en junio de 2008  
en la imprenta Rispergraf  
Quito, Ecuador