

Bases de la Salud Pública

Cuadernos publica el siguiente artículo con el propósito de ofrecer a sus lectores una iniciación simple pero sólida acerca de los conceptos fundamentales relativos a la Salud Pública y la Medicina Social. Se espera que sirva como base y desafío para el debate, el esclarecimiento y el progreso hacia un lenguaje común que facilite el ulterior desarrollo esas disciplinas en nuestro medio. Las referencias deben permitir ampliar las ideas, aquí necesariamente limitadas por razones de espacio. En números próximos se presentarán otros aspectos del tema.

CONCEPTOS DE DOCTRINA Y POLÍTICA DE SALUD.

BASIC CONCEPTS OF PUBLIC HEALTH DOCTRINE AND OF HEALTH POLICY

Dr. Carlos Montoya-Aguilar*

Resumen

Se presenta una introducción a la doctrina de Salud Pública, incluyendo definiciones y "leyes" de la salud y de la atención de salud. Se describen los objetivos y las funciones de la atención de salud.

Se enuncian los principios de la multicausalidad y del desarrollo armónico de los factores de la salud. Se explica la relación del nivel de vida con la salud y la relación entre la atención de salud, por una parte, y la capacidad económica y la organización de la sociedad, por otra. Se hace la distinción entre la atención de las personas y la atención de las poblaciones. A continuación se desarrolla, desde la ciencia política, el marco conceptual de una política de salud: su definición, descripción, modos de expresión y contenidos. Se alude a los conceptos de: modelo, sistema y plan. Se describe la génesis de la política y el método para su revisión.

Palabras clave: Salud, Salud Pública, Atención de Salud, Política de Salud, Doctrina de Salud.

Abstract

The first part of the paper consists of an introduction to the doctrine of Public Health, including definitions and "laws" of health and health care. The objectives and functions of health care are described. The principles of multicausality and of the need for a balanced development of the determinants of health are presented. The relationship of the standard of living with the level of health and the association between health care, on one hand, and the economic development and organization of society, on the other hand, are explained. The distinction is made between caring for the health of individuals and caring for the health of populations. The second part develops, from the standpoint of political science, the conceptual framework of a health policy: its definition, description, modes of expression and contents. The concepts of model, system and plan are referred to. Lastly, the elaboration of policy within the political system and the policy review method are outlined.

Key words: Health, Health Care, Public Health, Health Policy, Health Doctrine.

* *Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile. Ex funcionario superior de la Organización Mundial de la Salud en las áreas de Sistemas de Salud, de Planificación y de Cooperación con los países más necesitados. <cmontoya@minsal.cl>*

A. Introducción.

Para comenzar por el principio: en el hablar corriente se suele confundir en el mismo término -"salud"- tanto el "estado de salud" o "salud propiamente tal" como la "atención de salud". Es obvio que se trata de dos conceptos relacionados, pero diferentes; sin embargo, ese hábito produce confusiones.

Los principios o bases de la Salud Pública incluyen: una doctrina y el marco conceptual de una política de salud. **La doctrina**, a su vez, comprende: definiciones principales y "leyes" (1).

B. UNA DOCTRINA.

Definiciones.

La **Salud Pública se define** como el conjunto de esfuerzos de la sociedad dirigidos a prolongar la vida y mejorar la salud. Abarca, por lo tanto, las esferas del estado de salud y de la atención de salud; va aún más allá, al amplio conjunto de factores o condicionantes de la salud, entre los cuales la atención de salud -en su sentido sectorial- es sólo una parte de "los esfuerzos de la sociedad" por mejorar la salud (2).

Definimos a la salud como un estado de equilibrio del ser humano tanto en su interior como con su entorno, en las tres dimensiones: física, mental y social. Este equilibrio puede hallarse en cada momento y para cada persona en un punto óptimo que significa vida en plenitud y que permite la mayor eficiencia personal y social: es la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS); puede hallarse en un punto cero, que corresponde a la muerte, o en cualquier estado intermedio.

La definición expuesta implica que la salud puede ser considerada en relación a: la persona, como entidad biológica, psíquica y social; a la familia; al vecindario, y a la sociedad.

Se notará que el concepto de salud coincide con un cierto concepto de Vida. Pero mientras la vida puede definirse, en términos biológicos, simplemente como un estado distinto de la muerte, que se da o no se da, la salud da a la vida una dimensión escalar: se puede estar "más vivo" (más sano) o "menos vivo" (enfermo). En este sentido, el estado de salud es un concepto muy afín al de "calidad de vida" (3).

La **atención de la salud es** ante todo, y por definición, un área de conducta. Es un aspecto de la conducta pública, pautada y aprendida, de los seres humanos: es aquel aspecto que se dirige a satisfacer la necesidad social de prevenir y aliviar las enfermedades. Por lo tanto, es lo que la antropología social denomina un "aspecto de la cultura" o, lo que es lo mismo, una "institución".

La institución "atención de la salud" es una relación funcional entre Medicina y disciplinas relacionadas, por una parte, y la Sociedad, por otra. Incluye a ambas partes y hay que saber de ambas, para ejercer la atención. Las principales disciplinas que se requiere conocer son: medicina clínica, enfermería, nutrición, psicología, farmacología y otras áreas específicas del cuidado preventivo y curativo; epidemiología, planificación, administración, ciencias sociales, economía de la salud, estadística de salud, demografía médica, educación para la salud, ética e historia de la salud pública.

Al ser definida como institución, la atención de salud queda determinada en su aspecto funcional. Tal como ocurre con cualquiera función, ella debe tener una estructura que la sustente. Esta estructura o sustrato es un organismo social compuesto por un número de personas especializadas que integran equipos, que disponen de recursos materiales y que guardan entre sí determinadas relaciones (1,4).

Los **objetivos de la atención de salud son tres**. El primero de ellos, el que justifica la existencia milenaria de la Medicina, es un objetivo complejo y único a la vez: aliviar el dolor, dar consejos, explicar la enfermedad y certificar el rol de enfermo. El segundo objetivo es: mejorar el estado o nivel de salud de las personas, familias y colectividades, en su integridad biopsicosocial. Este segundo objetivo se vincula con el tercero por las acciones dirigidas a la salud ambiental.

El tercer objetivo de la institución atención de salud es el de contribuir al desarrollo social, cultural, económico y -por supuesto- sanitario, del país y de la comunidad regional y mundial.*

Sólo falta mencionar aquí las **cuatro funciones** bien conocidas de la atención de salud: la promoción de la salud, la prevención y la curación de las enfermedades y la rehabilitación de las discapacidades (que también tiene un aspecto preventivo esencial) (5).

* Hay una referencia detallada a este objetivo en el Capítulo 2 del Informe Conjunto del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo de la UNICEF acerca de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma Ata, 1978).

Las leyes de la salud.*

La salud está sometida a tres leyes, que forman parte de la Doctrina de salud pública. La primera de ellas afirma la **multicausalidad** de los estados de salud. Esta ley superó a las doctrinas que ponían atención exclusivamente en el papel de la infección, de la genética, del stress u otras categorías específicas. La aceptación de la multicausalidad corresponde a una concepción sistémica de la salud y se refiere tanto a la salud de la persona como a la de la población (6). Esta concepción dió origen a la Medicina Social como campo o enfoque temático (7).

En el caso de la salud poblacional, esta ley se puede expresar como: la necesidad de que exista un **desarrollo armónico** de los distintos factores, -atención de salud, ingreso, alimentación, educación, vivienda, conductas personales, saneamiento ambiental, información, participación, equidad, y los demás- para que haya un desarrollo fluido en salud, expresado en el mejoramiento progresivo de sus indicadores positivos y en la reducción continua de sus indicadores negativos (mortalidad y morbilidad). La experiencia demuestra que cuando uno de estos factores se queda atrás de manera significativa dichos indicadores se estancan: esto se ilustra claramente en las mesetas o en las alzas que se producen periódicamente en las curvas -en general descendentes- de la mortalidad.

La ley de multicausalidad se ensambla bien con el modelo epidemiológico de la historia natural de enfermedad y salud.

La segunda ley de la salud establece que, dentro de la causalidad múltiple, hay un grupo de factores que denominamos "**nivel de vida**" o "nivel socio económico" y que este grupo de causas ha sido y es, a escala histórica, el determinante principal del estado de salud de las poblaciones humanas. Se constata una correlación entre los indicadores de nivel de vida -ingreso económico, patrimonio, educación, estrato ocupacional- y los de estado de salud, y ello tanto al nivel de las personas como de los grupos y las poblaciones.

Sin embargo, el cotejo de esta segunda ley con la realidad dió lugar a la pregunta: ¿cuál es el sentido de la correlación entre nivel de vida -medido con indicadores económicos - y salud? Era y es evidente que hay una salud, aquélla que se refiere principalmente a las enfermedades transmisibles, respiratorias y digestivas, a la desnutrición, a la ceguera y la sordera y a los riesgos

de la maternidad, que depende estrechamente y en sentido negativo del nivel de vida. Durante un tiempo, otros aspectos de la salud, como las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares y algunos cánceres), la obesidad y los accidentes del tránsito mostraron una relación directa con los indicadores de crecimiento económico, con la urbanización y con el envejecimiento poblacional de los países industrializados. En conjunto, la problemática total de la salud aumentaba, frustrando las esperanzas cifradas en la medicina preventiva y el "progreso".

Había, por lo tanto, una primera fracción de problemas ligada al atraso en la producción y distribución de bienes y servicios; y una segunda fracción, relacionada en parte con las insuficiencias del conocimiento biológico y en parte con problemas sociales y conductuales.

Más recientemente, a partir de los años ochenta, la segunda fracción ha mejorado en los países y estratos más ricos, los cuales han sabido y han podido beneficiarse de la educación, la información y la técnica médica pertinentes a los problemas de esta fracción. El resultado es que hoy la segunda fracción, igual que la primera, afecta en general más a los países subdesarrollados y a las personas pobres. Se ha consolidado la desigualdad en el nivel general de la salud, en el mundo y en cada país. Las enfermedades "nuevas" o emergentes, como el sida, afectan masivamente a las regiones más pobres, como el Africa subsahariana y Haití.

Una tercera ley de la salud es la versión en espejo de la segunda, en cuanto ésta ha sido resumida en la expresión: pobreza→enfermedad. Se cierra el círculo con la expresión recíproca: enfermedad→pobreza (8). Esta imagen tuvo, y aún tiene, implicaciones para la política social, que no se desarrollarán aquí. Lo que puede afirmarse es que la variable salud-enfermedad es un determinante importante de del nivel de vida y del desarrollo de cada persona y de cada sociedad. Un aspecto particular de este postulado es la participación evidente de aquella variable en la dinámica de la población, a través de su componente "mortalidad". A través de esta función, la salud contribuye también a explicar el tamaño y la estructura - edad, sexo - de la población.

Las leyes de la atención de salud.

La primera ley de la atención de la salud establece que ésta es, en general, una **función directa de la capacidad económica** de los países y de los

* En el idioma científico una "Ley" es el enunciado sintético de la forma (función) en que una variable depende de otra. Por ejemplo ¿cómo depende el estado de salud del nivel económico? El enunciado de una Ley implica la posibilidad de investigar el tema científicamente, definiendo las variables y sus indicadores.

estratos socioeconómicos. Una manera alternativa de expresar esto es la famosa “ley inversa”: los que más necesitan atención son los que menos la reciben. En Chile, esto se manifiesta de manera escueta en la comparación del gasto anual por beneficiario de los seguros comerciales de salud con el del Ministerio de Salud: \$ 252.573 y \$ 134.227, respectivamente; y en la razón entre gasto privado y gasto público en medicamentos, que es próxima a siete veces (cifras del año 2002).

La segunda ley dice que aquella relación causal entre nivel económico y atención de salud es modificada por la **forma en que la sociedad organiza la atención**. Esta forma puede ser más o menos racional y, por lo tanto, más o menos eficiente. Hay países y grupos con situación económica relativamente baja y que, sin embargo, logran proporcionar a sus habitantes o a sus miembros coberturas y concentraciones de consultas, hospitalizaciones e inmunizaciones más satisfactorias que otros con más recursos pero con estructuras fragmentadas, inequitativas o carentes de planificación: es el caso de los Servicios Nacionales de Salud.

Esta segunda ley se aplica no solamente a la atención médica sino al total de la institucionalidad de cada país, por medio de la cual se implementa o se regula el conjunto de los factores del estado de salud. En consecuencia, también hay una disociación posible entre el nivel de recursos totales y los resultados conseguidos en salud; es decir, se modifica parcialmente la segunda ley de la salud (v.s.)

De la segunda ley de la atención y su vínculo con la determinación de la salud se deriva una responsabilidad de la sociedad: ella debe exigir la formulación de una **“política nacional pública de salud”**, la cual debe ser puesta en vigor por el Gobierno. Los ciudadanos deben saber en qué consiste una política de salud y cuales son las opciones en este plano.

La tercera ley de la atención de la salud es la recíproca de las leyes primera y segunda. Según ella, dicha atención influye en el desarrollo económico social, en la cultura y en el régimen político. Por ejemplo, una atención equitativa y suficiente protege los ingresos y aumenta la satisfacción de la mayoría de la población y favorece de este modo la estabilidad social, con todas sus consecuencias. En los casos en que la atención incluye un programa significativo de planificación familiar, influirá también en la dinámica poblacional por la vía de la fecundidad. Esta tercera ley es el fundamento del tercer objetivo de la atención de salud (v.s.)

La cuarta ley de la atención de salud señala que la atención de salud de las **personas** difiere en varios aspectos de la atención de salud de las **poblaciones** (9), como se explica brevemente a continuación.

Función de promoción: se aplica a las poblaciones.

Función de prevención: para la población se trata de mejorar la distribución de los factores condicionantes de la salud y de las enfermedades para el conjunto de los habitantes (la curva poblacional de la presión arterial, por ejemplo). Resulta muy efectiva para el conjunto pero la diferencia favorable para un individuo determinado puede ser pequeña. Estas medidas poblacionales requieren de decisión política, posiblemente legislativa: prohibición de poseer armas, elevación de impuestos al tabaco, fijación de límites al consumo de alcohol, por ejemplo. Son comprendidas por los epidemiólogos y por los directivos del sector; y son apoyadas por el público y los políticos si se les educa, como ha ocurrido en el caso de las inmunizaciones y de la higiene alimentaria o personal, por ejemplo.

Para las personas, la función preventiva se dirige a identificar su exposición a cierto riesgo y a protegerlas de él. La medida típica es el tamizaje: el llamado “enfoco de riesgo”. Es o parece ser claramente efectiva para la persona protegida; pero puede ser inefectiva para controlar el problema a nivel poblacional.

Por ser personalizada, tiene el apoyo de pacientes y de médicos.

Las funciones de reparación y de rehabilitación para las personas dependen -al menos en apariencia- de la relación médico-paciente y de las decisiones que ahí se toman con la intención de optimizar los exámenes, los tratamientos y sus resultados para el individuo. El fenómeno se regula a través de los entornos inmediatos del médico (sus pares y sus superiores institucionales) y del paciente (la familia).

A nivel poblacional, la recuperación y la rehabilitación se dan en un marco impersonal que debe sintetizar los miles de interacciones médico-paciente y equipo-paciente, así como las que deberían producirse y no alcanzan a realizarse. Ese marco establece, formal o informalmente, una priorización. Para que este proceso sea éticamente aceptable, deben ponerse en juego equitativamente todos los recursos de que la sociedad dispone para la atención de salud y estos recursos deben ser asignados a los equipos proveedores en forma eficiente. Entramos aquí al dominio de la **política** (policy, no politics) de salud.

C. MARCO CONCEPTUAL DE UNA POLÍTICA DE SALUD.

Se presenta aquí una concepción basada en el enfoque sistémico de la ciencia política (10,11). Su desarrollo comienza con una breve definición de la política sectorial de salud - que es parte de la política social - y de la política nacional. Se presenta luego una descripción de lo que es una política de salud, descripción que ayuda a formular un diagnóstico de dicha política tal como es declarada y ejecutada por un gobierno determinado. En tercer lugar se delinea la génesis de la política y su puesta en vigor. Finalmente, se aborda la evaluación de la política y los medios más generales para mejorarlas (12).

Definición de las políticas.

Un conjunto general de decisiones orientadoras que obligan a todos los ciudadanos de un país o región y que son producto del sistema político: esto es una política. Existen políticas nacionales, subnacionales y sectoriales. Idealmente, cada país tendría una política nacional única, integrada. De esta forma, una política sectorial determinada, como puede ser la política de salud, sería sólo un caso particular de la política general: por lo tanto, al aplicar los principios de la política del país, se estaría tratando de alcanzar aquellos ob-

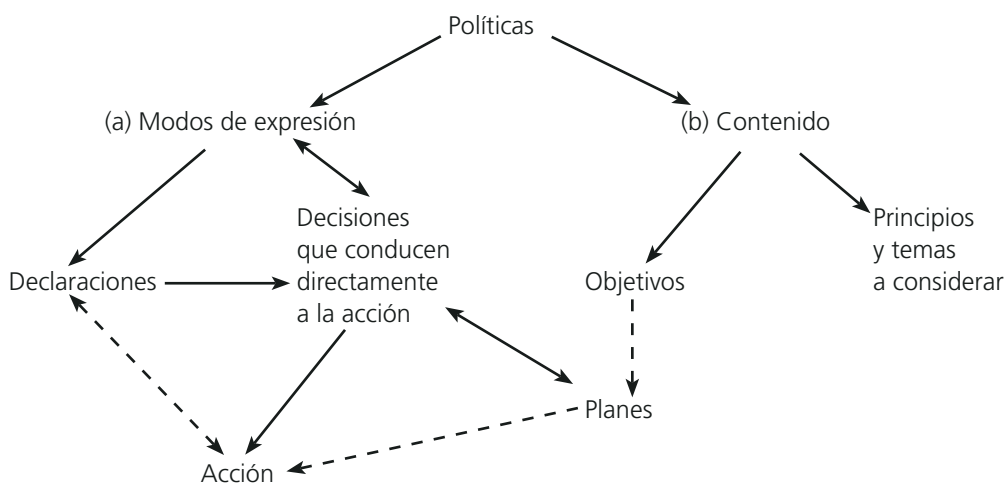
jetivos nacionales que son "objetivos de salud". Sin embargo, para cada país determinado existe la necesidad de preguntar: ¿en qué medida son funcionales los objetivos y las estrategias del sector salud a los objetivos prioritarios de la política nacional? ¿Constituye la salud de la población uno de los temas de la política nacional? ¿Qué importancia política tiene la salud, y para quién? La respuesta a estas preguntas puede explicar el lugar más o menos importante que ocupe la salud entre los diferentes sectores cuando se trata, por ejemplo, de preparar el presupuesto de la nación.

La importancia del sector se asienta en el reconocimiento del derecho, tanto natural como jurídico, a la salud y a la atención respectiva. Este derecho es, a su vez, un componente del concepto de justicia, que va unido al principio de equidad (13, 14). Por otra parte, el ejercicio de los derechos y obligaciones en materia de salud es un componente de la condición de ciudadanía.

Descripción de una política de salud (15).

En la descripción de una política se han de tener en cuenta dos aspectos: a) los modos de expresión, y b) el contenido (Figura 1) Los dos modos de expresión -las declaraciones y las decisiones que conducen directamente a la acción- están ilustrados con ejemplos en el recuadro 1.

Figura 1.
Aspectos principales de una política.



Las “declaraciones” de políticas pueden o no ir seguidas de decisiones que determinen directamente -o que eviten- una acción que consista, por ejemplo, en la distribución de las asignaciones presupuestarias o en la creación de un nuevo organismo. Por otra parte, este tipo de decisiones suele adoptarse sin necesidad de una declaración previa explícitamente relacionada con ella. En casos atípicos, la declaración puede conducir directamente a la acción: la palabra del dirigente adquiere fuerza de ley. Algunas veces, aún, las leyes y reglamentos se dictan pero no se ponen en vigor o se ejecutan sólo de manera selectiva; esto sucede, por ejemplo, cuando dichas normas legales no están suficientemente respaldadas por aquel otro producto del sistema político, a saber, los medios para imponer las decisiones a todos (v.i.).

Así se toman las decisiones en un sistema político; pero es muy útil conocer las metodologías formales que existen para comprender, guiar y evaluar el proceso de decidir. Estas técnicas se relacionan, a su vez con el análisis de costo-efecto y de costo-beneficio, e incluso con las guías para las decisiones clínicas (16).

Recuadro 1.

Ejemplos de declaraciones formales de política:

1. Artículos de la Constitución Política
2. Preámbulos de proyectos de leyes, de reglamentos, de planes y de presupuestos
3. Declaraciones de dirigentes gubernamentales y de la oposición
4. Programas de partidos políticos
5. Comunicaciones del tipo “Informe sobre el estado de la Nación”.

Ejemplos de decisiones que conducen directamente a la acción:

1. Promulgación de leyes, reglamentos, decretos y normas; y su puesta en vigor. (Esta es la forma general de este tipo de decisiones y es aplicable a los demás tipos que se mencionan a continuación. Algunas leyes regulan el propio sistema político).
2. Decisiones presupuestarias
3. Elección o nombramiento de dirigentes nacionales superiores
4. Establecimiento o reorganización de organismos importantes y definición de sus funciones
5. Empleo de la fuerza contra grupos dentro del país
6. Declaraciones de guerra y aprobación de tratados de paz
7. Otros tratados y acuerdos internacionales
8. Otras instrucciones relativas a las asignaciones principales de recursos

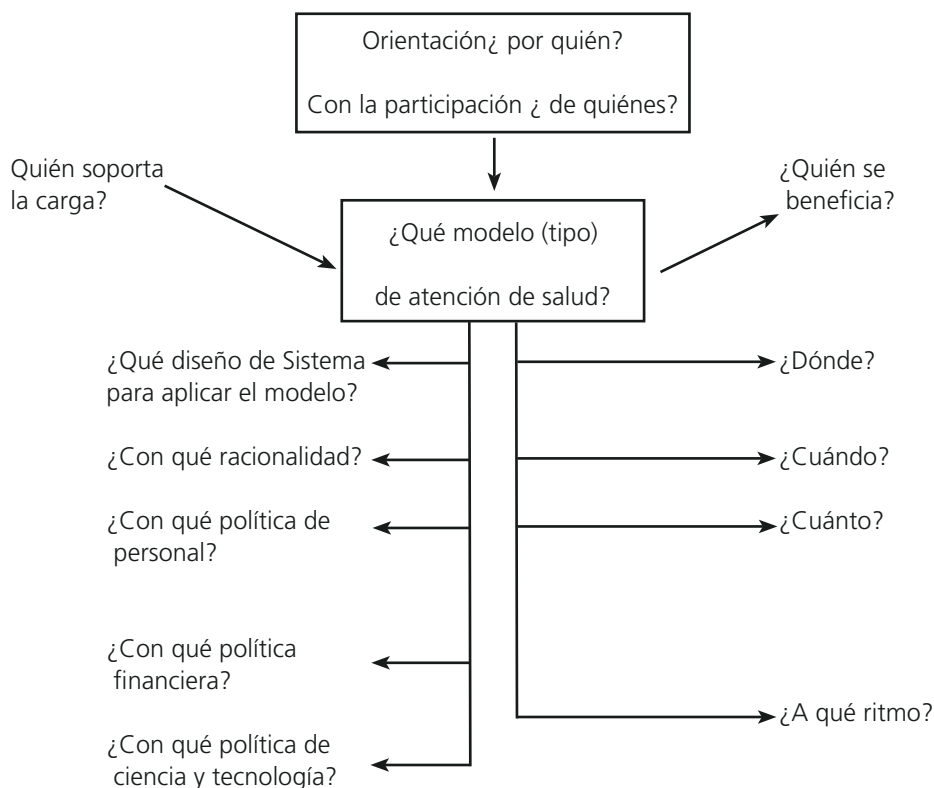
Los “contenidos” de una política consisten en: a) objetivos y, b) los principios que hay que seguir y los temas que hay que considerar para alcanzar esos objetivos. Se trata de las directrices para la formulación de los objetivos y para la elección de los medios.

El examen de numerosos ejemplos de decisiones políticas adoptadas en la vida real pone de manifiesto qué tipos de contenido son posibles. Volviendo a la políticas generales de los países, se observa que algunos de ellos están relacionados con las aspiraciones de las personas, de los grupos y de las clases de la sociedad. Las necesidades del medio ambiente están empezando a presentarse como objetivos políticos por derecho propio. Un tipo de objetivo muy importante en la política de todos los países es el crecimiento económico. Actualmente se admite, al menos en el plano moral, que este objetivo debe considerarse subordinado a los objetivos humanos y sociales mencionados anteriormente: el objetivo del hombre es su propio bienestar. Los ministros y los administradores sectoriales necesitan hacer un análisis detallado de los objetivos nacionales. Por ejemplo, si el objetivo principal de un país es la promoción de la unidad nacional o la supervivencia del Estado, o de la democracia, o de la equidad económica, cabe preguntarse hasta qué punto contribuye la política sectorial a ese objetivo central.

Como quiera que los objetivos de salud tienden a satisfacer necesidades humanas básicas, deben estar incluidos naturalmente entre los objetivos políticos nacionales. Debido a su influencia sobre otros objetivos sociales y económicos, los de salud merecen prioridad especial. Sin embargo, ¿hasta qué punto está claro ese hecho en la mente de los encargados de trazar las políticas generales de cada país? Y si lo está, ¿hasta qué punto reconocen ellos que la capacidad para diseñar o poner al día la política respectiva reside principalmente en quienes conducen el sector y ejecutan sus acciones? El aclarar estos temas es parte esencial de la misión de los responsables de salud. El orden de prioridades de los objetivos y de los temas a considerar en la política de salud depende también de las ideologías predominantes y de la escala de valores característica del lugar y de la época. El hecho es evidente al examinar los contenidos que pueden formar parte de la política (Figura 2).

Figura 2.

Tipos de contenidos y principios de la política de salud a seguir para lograr los objetivos nacionales.



En un enunciado de sus políticas, el gobierno debe responder a la pregunta: ¿a quién beneficiarán en primer lugar los diferentes objetivos de la política que se han de alcanzar? En el caso del sector salud cabe preguntar: ¿cuál es el sector de la población que va a recibir cuál atención? Y ¿quiénes van a ver mejorado su estado de salud?. En este caso están en juego la vida y los valores de la gente. Por lo tanto, no es de extrañar que los principios de política más ampliamente proclamados utilicen expresiones como: derechos humanos, justicia, equidad, universalidad, garantías; o bien "para todos", "para los niños", "para los grupos vulnerables".

Otra serie de contenidos se refiere a la cuestión de quiénes han de soportar las cargas o costos de las actividades encaminadas a cumplir los objetivos de la política. En el sector salud son bien conocidas algunas respuestas de un tenor un tanto general, como: "el Estado es responsable de la salud de la población", o "los ciudadanos son responsables de su propia salud"; algunas veces también se habla de "responsabilidades internacionales".

En cuanto a quién orientará y supervisará la ejecución de la política, la gama de respuestas va desde: el Estado a la sociedad civil y los Seguros, con el complemento de que debe haber participación de los ciudadanos.

El **modelo o tipo de atención** que la población debería recibir de acuerdo a la política de salud se refiere a la universalidad de las coberturas y a las cualidades de los servicios ofrecidos; a la proporción relativa de los aspectos promocionales, preventivos y curativos; a la forma en que se cubren los aspectos somáticos y psíquicos de los problemas de salud; al balance entre la dimensión individual del cuidado y la atención social y ambiental; a la calidad y multidisciplinariedad de los equipos humanos que atienden; a la seriedad con que asumen su responsabilidad por la salud y la vida de las personas a su cargo; al respeto a la persona y a la participación de los pacientes y de la comunidad; a la continuidad de los contactos entre los equipos y los usuarios; y a otros aspectos que, considerados en forma completa, se resumen en el término: ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD. El desarrollo de este concepto, que se puede encontrar

en otras fuentes (17, 18), forma parte, también, de las bases de la salud pública.

El **sistema de atención** es el instrumento a través del cual se hace realidad el modelo de atención que se ha propuesto. Es el conjunto de recursos organizados que efectúa las diversas actividades programadas. Su estructura reconoce la agrupación de esos recursos en establecimientos de diversa magnitud y la existencia de niveles administrativos y de niveles técnicos que -idealmente- facilitan una atención accesible, equitativa, efectiva y eficiente a toda la población. No es infrecuente que se confunda el concepto de sistema con el de modelo: ello genera una confusión en el debate sobre políticas de salud (19, 20).

El **nivel de racionalidad** con que opere el sistema depende en gran medida del uso que se haga del ciclo: planificación-ejecución-evaluación, así como de los principios de una buena administración, basada en una información pertinente y suficiente. El proceso de planificación repercute, de diversas maneras, en la política. Por ejemplo, obliga al enunciado explícito de los contenidos; pone de manifiesto los requisitos de recursos que son necesarios para el cumplimiento de los objetivos; proporciona a las autoridades instrumentos para la captación de recursos, para la coordinación de ellos y para la continuidad de la acción. Como se propone en la Figura 1, el plan debería ocupar un lugar intermedio entre las decisiones y objetivos, por una parte, y la acción, por otra; es una instancia de reflexión y elaboración que no obliga, sino que despliega alternativas para la toma de las decisiones. Este tema vincula a la política con la segunda ley de la atención de la salud (v.s.) (21).

Al resolver acerca del diseño del sistema de salud es necesario formular también las políticas que contribuyen a dar consistencia al sistema: la de recursos humanos (22); la de financiamiento (23); y la de ciencia y tecnología (24).

Génesis de la política de salud.

Las decisiones nacionales importantes sobre asuntos públicos se toman dentro del SISTEMA POLÍTICO de cada país. Se define este sistema como un conjunto de interacciones sociales que garantiza la asignación de valores entre los miembros de una sociedad de una manera obligatoria; es uno de los varios sistemas amplios que, junto con el económico, el social y el cultural se distinguen en una comunidad nacional. También se reconoce un sistema político internacional, cada vez más definido (25).

A pesar del aforismo de Virchow de que la política no es sino medicina en gran escala, y del hecho patente de que la salud es, entre otras cosas, un fenómeno político, los asuntos políticos resultan extraños y ajenos para muchos de los encargados de la salud pública. El propio término "política" se utiliza con una variedad de significados impropios, a veces referidos a simples procedimientos y tácticas. No sin razón, la política en general se considera un asunto muy delicado. Tal vez la inquietud que provoca se debe a la percepción de una manera diferente de abordar los problemas. Las declaraciones políticas suelen tener cierta vaguedad; algunas medidas políticas impactan a realidades fundamentales de una manera sorprendentemente concreta, específica y simple. En lugar de realizarse un análisis visible, existe un tipo de proceso sintético por el cual se llega a conclusiones inmediatas. Los políticos se ciñen más al realismo que a la ética y esa actitud suele llevarles a cierta incoherencia, o a un grado de insensibilidad o de tolerancia exagerada para las debilidades humanas. Ello se sintetiza en la definición de que la política es el arte de lo posible.

Es la **ciencia política** la que proporciona los modelos para comprender los sistemas políticos y su funcionamiento. En la Figura 3 aparece un modelo sencillo de un sistema político (4,12).

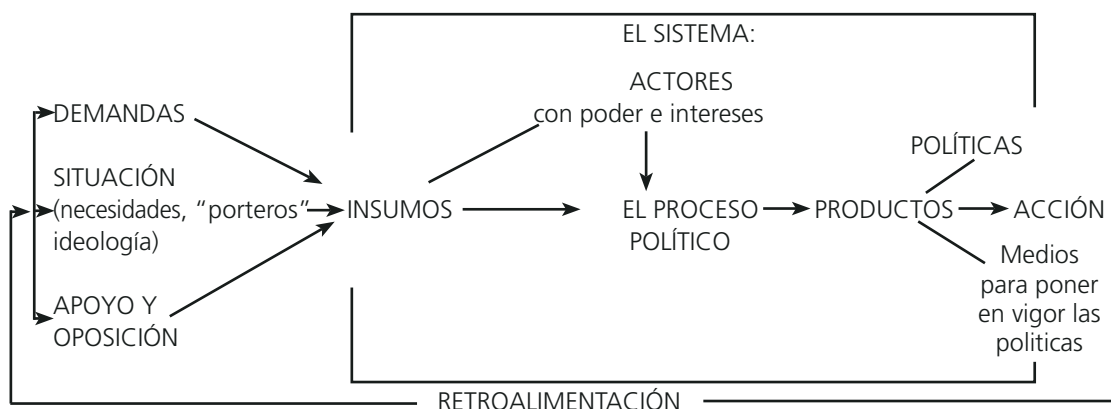
Los principales elementos del sistema son los actores políticos. Ellos detentan el poder, que es la "moneda" utilizada en los procesos que ocurren en el sistema. La otra moneda utilizada es la información acerca de los temas objeto de los procesos políticos. Estos procesos, de los cuales los más típicos son las negociaciones, los conflictos, los fenómenos de dominación y los pactos, dan como resultado las dos grandes clases de productos del sistema: a) las políticas y b) los medios para hacerlas cumplir (15, 26).

La autoridad es uno de los medios por los cuales se aplican las políticas; difiere de los medios económico y tecnológicos, al tiempo que los complementa. En los Estados modernos la autoridad se despliega y aplica a través del sistema administrativo. Los actores aplican su poder para influir en el resultado de los procesos, y lo hacen en grados diferentes, de acuerdo con su fuerza y sobre todo, según el interés que tienen en cada caso particular.

Los productos del sistema deben dirigir la acción, la cual tendrá efectos en el medio social y en la satisfacción -o insatisfacción- de las necesidades y exigencias de los distintos sectores de la población. Esta repercusión se incorpora a la retroalimentación que influye en los insumos que recibe del sistema.

Figura 3.

Un modelo sencillo del Sistema Político. La parte circunscrita por el recuadro representa el propio sistema; afuera está el ambiente o entorno, nacional e internacional.



Los insumos son: primero, una imagen de la situación nacional relativa al sector, incluidas las necesidades de la población y los valores vigentes; segundo, las exigencias que se presentan al sistema político; y en tercer lugar, el apoyo y la oposición al sistema y a sus diferentes "actores" y productos.

Las exigencias, el apoyo y la oposición son, muchas veces, transmitidos al sistema por un tipo especial de agente que puede describirse como "portero" o "portavoz". En el sector de la salud esos agentes pueden ser los medios de comunicación masiva, las asociaciones de profesionales, las organizaciones de consumidores. Eventualmente, los administradores de salud pueden actuar como portavoces de la población y especialmente de la mayoría poco informada, indicando cuales son sus verdaderas necesidades.

La forma de poner en vigor las decisiones políticas depende del régimen político vigente: república democrática, dictadura, corporativismo. A su vez, la política de salud influye sobre dicho régimen; y, en general, este efecto ha tendido a fortalecer al Estado.

Los intereses relacionados con la política de salud son muy fuertes. La salud es cualidad básica del "recurso humano" en tanto factor de producción y factor de reproducción. Ha sido protagonista del "descubrimiento", poblamiento y colonización del mundo. Y la atención de salud es una actividad con gran potencial para generar retornos económicos privados.

Evaluación y mejoramiento de la política de salud.

La ciencia política ofrece una guía para la revisión y el análisis de la política de salud actual, pasada o propuesta para el futuro. Diversos países se han do-

tado un organismo especial para esta función (policy review). En el recuadro 2 se presenta un esquema general para dicho análisis.

Recuadro 2.

Esquema para la revisión y análisis de las políticas nacionales.

1. Identificar, describir e interpretar las diversas expresiones y contenidos de las políticas.
2. Evaluar las principales características de las políticas, por ejemplo: si están claramente expresadas y si son completas en cuanto a sus contenidos; su coherencia interna; su correspondencia con la situación objetiva; etc.
3. Identificar los temas sobresalientes y los problemas de la política.
4. Explicar los temas y los problemas.
5. Identificar las consecuencias de la política.
6. Prever las tendencias futuras de la política y los problemas que pueden presentarse.
7. Identificar soluciones para los problemas y los reajustes apropiados para la política.
8. Elaborar una táctica para insertar los resultados de la revisión en el sistema político vigente.

Tratándose de políticas DE SALUD, la revisión debe incluir también la consistencia de ellas con la doctrina y demás principios y conocimientos de la Salud Pública.

Uno de los problemas frecuentes a corregir es la falta de comprensión del proceso político por parte de los planificadores, administradores y otros directivos del sistema de salud. De ahí la recomendación de incluir esta disciplina en los programas de formación en Salud Pública de los profesionales del sector.

Referencias:

1. Montoya-Aguilar C., *Atención Médica, Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, 1965*
2. Beaglehole R, Bonita R, *Public health at the crossroads: which way forward? Lancet* 1998; 351: 590-92
3. Colegio Médico de Chile, *Política de salud para Chile: nuestra visión, Santiago, 1997. Cap II*
4. Durand D, *La systématique, Presses Universitaires de France, Paris 1979*
5. Colegio Médico de Chile, *op.cit., Cap III*
6. Mc Keown Th, *The rise of modern population, London, 1976*
7. Galdston I, *The meaning of social medicine, Harvard Univ. Press, 1954*
8. Winslow C E A, *Poverty and disease, Am J Pub Health* 1948; 38: 184-211
9. Rose G, *Individuos enfermos y poblaciones enfermas, Int J Epidemiology* 1985; 14: 32-38 traducido en: OPS, *El desafío de la epidemiología, Publ. Cient. 505, Washington D.C., 1988*
10. Easton D, *Varieties of political theory, Prentice Hall, New Jersey, 1966*
11. Braud Ph, *La science politique, Presses Universitaires de France, Paris 1982*
12. Montoya-Aguilar C, *Objetivos de salud y voluntad política, Crónica de la Organización Mundial de la Salud, 1977; 31: 493-500*
13. Montoya-Aguilar C, *La equidad: usos del concepto como criterio de progreso, Cuad Méd Soc (Chile)* 1997; 38 (1): 6-12
14. Potdevin G, *La Justice, Ed. Quintette, Paris 1993*
15. Jenkin Th, *The study of political theory, Random House, New York 1955*
16. Espíndola J L, *Análisis de problemas y toma de decisiones, Addison Wesley Longman, 2ª Ed. Mexico D.F. 1999*
17. Montoya-Aguilar C, *Una experiencia de Medicina Integral, Cuad Med Soc (Chile)* 1961; 2 (2): 10-13
18. Colegio Médico de Chile, *op.cit., Cap IV*
19. Montoya-Aguilar C, *La víspera del año 2000: los sistemas de atención de salud. Conceptos y ejemplos, Cuad Med Soc (Chile)* 1998; 39(1): 5-23
20. Colegio Médico de Chile, *op.cit., Cap V*
21. Colegio Médico de Chile, *op.cit., Cap IX*
22. Colegio Médico de Chile, *op.cit., Cap VI*
23. Colegio Médico de Chile, *op.cit., Cap VIII*
24. Colegio Médico de Chile, *op.cit., Cap VII*
25. Cox R W, Jacobson H K, *The anatomy of influence: decision making in an international organization, Yale Univ. Press, New Haven y Londres, 1973*
26. Weber M, *Economía y sociedad, Primera parte, III, Los tipos de dominación. Segunda parte, VIII, Las comunidades políticas; IX, Sociología de la dominación. Fondo de Cultura Económica, Mexico D.F. 1964*