

IV. LA RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA: LOS SISTEMAS DE SALUD

EN EL capítulo anterior se delinearón los rasgos del intenso cambio en las condiciones de salud. Los trazos de la transición epidemiológica van dibujando una imagen más sutil y compleja que antes. Para completar el retrato de la salud debemos ahora iluminar la respuesta social organizada, la cual encuentra su vehículo principal en los sistemas de salud. La investigación y la acción en torno a estos sistemas son una parte integral de la nueva salud pública. Es aquí donde se abren algunos de los campos más fértiles para la aplicación de las ciencias sociales al campo de la salud.

En este capítulo examinaremos los conceptos básicos sobre los componentes, las relaciones y los efectos de los sistemas de salud. Un análisis de esta índole es indispensable para mejorar la efectividad, la eficiencia y la equidad de la respuesta. A fin de cuentas, un mejor sistema de salud será aquél que tenga mayor capacidad de anticipar el curso de la transición epidemiológica para movilizar los recursos y producir los servicios que reduzcan las desigualdades y logren los mayores incrementos en los niveles de salud al menor costo.

El tema de la respuesta social organizada empezó a tocarse desde el capítulo II, cuando examinamos el universo de la salud pública. Como se recordará, ahí se dijo que la respuesta de la sociedad empieza desde el momento en que las condiciones de salud son definidas como necesidades. Los factores mediadores de la equidad, la calidad y la tecnología permiten entonces calcular los servicios requeridos para satisfacer tales necesidades. A su vez, la accesibilidad y la productividad establecen las equivalencias en términos de los recursos requeridos para producir dichos servicios. Estos fenómenos dan contenido a los sistemas de salud. Es indispensable, además, entender la estructura del sistema, pues de ella dependerá la forma concreta en que se definan las necesidades, se produzcan los servicios y se movilicen los recursos. En este capítulo analizaremos los elementos fundamentales de esa estructura.

LOS TEMAS DE LOS SISTEMAS

Ante la cambiante realidad de la salud, todas las sociedades humanas han desarrollado alguna forma de respuesta. Desde la invocación de las fuerzas sobrenaturales hasta la innovación de las fuerzas atómicas, siempre ha existido una actitud activista ante el curso de la enfermedad. Gran parte de esta respuesta ha estado confinada al hogar y confiada a la responsabilidad del núcleo familiar. Aun hoy, la producción doméstica de servicios sigue representando una fuente principal de cuidados, la cual absorbe una cantidad muy considerable de tiempo, sobre todo de las mujeres. El valor económico de este tiempo no suele incluirse en los cálculos sobre los costos de la atención a la salud, pero sin duda representa una aportación de primer orden al bienestar individual y colectivo.

Al lado de la persistente producción doméstica de servicios, se ha desarrollado un conjunto diferenciado de instituciones cuya función especializada es cuidar de la salud. El curso de la modernización ha incluido una transferencia gradual de responsabilidades de la familia y la Iglesia a las profesiones y el Estado. Pensemos en las profundas diferencias que ofrece el actual paisaje urbano comparado con el de hace apenas un siglo. Hoy encontramos por todos lados los signos conspicuos de nuestros esfuerzos colectivos por conservar o restaurar la salud. Desde los grandes centros hospitalarios hasta el botiquín personal, desde la omnipresencia de las ambulancias hasta la proliferación de expertos, la vasta industria de la salud se ha incorporado a nuestra cotidianeidad.

Se ha dicho que los hospitales son las catedrales del siglo xx: un sitio donde convergen el sufrimiento, la esperanza de salvación, la autoridad para alterar destinos individuales y los códigos para interpretar la experiencia humana. Son, también, los espacios donde un número creciente de personas experimenta los procesos esenciales de la vida desde el nacimiento hasta la muerte.

Pero el hospital es tan sólo el vértice de una creciente pirámide de organizaciones y

especialistas que formulan conocimientos y prácticas sobre algún aspecto de la salud. Los límites del campo de la salud se van expandiendo conforme las explicaciones científicas sobre la experiencia humana se van imponiendo a las interpretaciones legales, morales y religiosas. Alrededor de los signos y síntomas biológicos se han ido construyendo círculos concéntricos que abarcan un área cada vez mayor de vivencias y conductas. La alimentación, la reproducción, la crianza de los niños, la sexualidad, el ejercicio físico, el consumo de sustancias adictivas, las condiciones del ambiente y del trabajo, el crimen, la locura, la tristeza, la belleza corporal, son todos ámbitos que se suman a la tradicional responsabilidad médica por el dolor, la enfermedad y la muerte. No se trata, como a veces se ha querido presentar, de un afán de "medicalización" para aumentar el poder de los prestadores de servicios.¹ En muchas ocasiones, la ampliación de las responsabilidades del sistema de salud ha sido impuesta a dichos prestadores por un Estado o una sociedad ansiosos de encontrar una base racional a sus intentos de control sobre el destino humano.

En suma, hoy los sistemas de salud representan simultáneamente: una fuente de diferenciación institucional en la sociedad, donde se absorben funciones antes desempeñadas por el individuo y la familia; un conjunto creciente de organizaciones complejas con estructuras de autoridad *sui generis*; una fuente de empleo y de ingresos para un ejército de profesionales, administradores y técnicos, quienes funcionan dentro de una complicada división del trabajo; un canal para movilizar, intercambiar y redistribuir grandes cantidades de dinero, tanto público como privado; un punto focal para la innovación tecnológica; el sitio por excelencia donde el ciudadano común entra en contacto personal con la ciencia; un vigoroso sector de la economía, con importantes efectos sobre variables macroeconómicas como la productividad, la inflación, la demanda agregada, el empleo y la competitividad; una arena para la competencia política entre partidos, grupos de presión y movimientos sociales; una serie de significados culturales para interpretar aspectos fundamentales de la experiencia humana, tales como el nacimiento y la muerte, el dolor y el sufrimiento, la normalidad y la desviación; un espacio donde se formulan y a veces se responden varias de las preguntas éticas clave de nuestros tiempos.

Como puede verse, los sistemas de salud encierran múltiples dimensiones cuya comprensión requiere del concurso de varias disciplinas. En este capítulo no intentaremos diseccionar todas las dimensiones de la complejidad de los sistemas de salud. Para empezar, realizaremos un ejercicio conceptual sobre sus componentes y relaciones. Ello nos permitirá entender qué es un sistema de salud. Dentro de este marco de referencia daremos especial consideración al papel del Estado, subrayando los principios generales más que las políticas específicas. Pero no basta con un ejercicio conceptual de este tipo. En realidad no hay ninguna razón *a priori* para suponer que el vasto aparato de la respuesta social organizada produzca mejoras tangibles en las condiciones de salud. De hecho, éste es el tema de un importante debate al que intentaremos contribuir en la parte final.

¿QUÉ ES UN SISTEMA DE SALUD?

Sistemas complejos

Antes de explicar los elementos que conforman el sistema de salud, es necesario definir este concepto. La palabra *sistema* se usa con diferentes sentidos en la ingeniería, la informática, la biología, las ciencias sociales, la filosofía y el lenguaje común. En el campo de la salud presenta dos significados predominantes.² El primero puede denominarse el enfoque *de inventario*. En este caso, sistema se refiere a un conjunto de elementos que se encuentran más o menos vinculados por una función común, sin que se especifique la índole de sus interrelaciones. Así, es común que el *sistema de salud* se defina como una mera lista de las diversas organizaciones o personas que participan en la producción de servicios, sin que se requiera que tales componentes se encuentren coordinados o integrados.

El segundo enfoque, más estricto, puede denominarse *de relación*. En este caso, la definición de sistema incluye no sólo sus unidades componentes, sino también las interrelaciones entre ellas. Por lo tanto, un sistema no es cualquier conjunto de elementos

sino un conjunto cuya esencia es que el todo resulta mayor que la suma de las partes. En las palabras de Rapoport, un sistema puede verse como "un haz de relaciones".³

Está más allá de los propósitos de este capítulo el examinar la cuestión filosófica de si existe una sola teoría de base que pueda explicar todos los tipos de sistemas. Tampoco discutiremos en detalle si las propiedades de los sistemas de orden superior (o de mayor nivel de agregación), como las sociedades, pueden inferirse de los atributos de los sistemas de orden inferior, como los individuos. Entre otras, existe una diferencia fundamental entre los sistemas biológicos y los sociales: mientras que los primeros tienden a armonizar las funciones en aras de un objetivo común (la sobrevivencia), los segundos pueden verse preñados de conflicto, de forma que los intereses de algunas de sus unidades constitutivas pueden no coincidir con los de la totalidad del sistema.

No obstante tales diferencias, todos los sistemas adaptativos tienden hacia la complejidad, la cual puede concebirse como el límite entre el orden y el caos.⁴ La complejidad deriva no sólo de las relaciones internas entre los componentes del sistema, sino también de sus relaciones con el entorno.

En el caso del sistema de salud, la tendencia hacia la complejidad creciente se ha acelerado durante las últimas cuatro décadas. En este periodo relativamente corto, los dispositivos sociales para el manejo de la salud han sufrido una transformación radical. Hoy en día, la mayoría de la gente entra en contacto —ya sea regular o esporádico— con médicos, enfermeras, técnicos, hospitales, clínicas, centros de salud, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguros, vacunas, medicamentos, equipos —todo el vasto y diferenciado conjunto de personas, organizaciones y tecnologías que se especializan en el cuidado de la salud. Una proporción creciente de personas nacen, mueren y pasan periodos considerables de sus vidas en instituciones relacionadas con la salud. A la luz de tal complejidad, es necesario tener un mapa conceptual que nos permita navegar por las profundidades de los sistemas de salud con una dirección definida: comprenderlos para así poder mejorarlos.

Componentes y relaciones

Como un primer paso para desentrañar la complejidad, el análisis de los sistemas de salud debe especificar su arquitectura y sus funciones.⁵ La arquitectura se refiere al conjunto de elementos componentes y a la estructura de sus relaciones, tanto entre sí como con su entorno. Respecto a las funciones, el sistema de salud puede ser visto, en sentido abstracto, como el vehículo de la respuesta social organizada a las condiciones de salud de una población.⁶ Así, comprende al conjunto de instrumentos sociales (por ejemplo, legislación, organizaciones y tecnologías) que se encargan, tal como se revisó en el capítulo II, de movilizar *recursos* para transformarlos en *servicios* de salud, guiados por *políticas e información* acerca de las *necesidades* de salud y sobre el desempeño del propio sistema.

Esta serie de funciones de los sistemas de salud pueden entenderse mejor dentro de un marco relacional que especifique los principales actores involucrados, sus intercambios y las bases de su interrelación. Tal marco se presenta en la figura IV.1. En esencia, todo sistema de salud implica la interacción entre los prestadores de servicios y los miembros de una población. Esta interacción se caracteriza por diversas dimensiones de complejidad.

Primero, ni los prestadores de servicios ni los miembros de la población actúan de manera aislada, sino que pertenecen a diversas organizaciones que dan forma a su interacción. Las organizaciones de los prestadores incluyen tanto sus lugares de trabajo como las asociaciones que representan sus intereses. En el caso de la población, existen diversos niveles de organización, incluyendo el hogar, la comunidad y los muchos lugares y motivos por los que la gente se reúne, tales como las empresas, los sindicatos, los partidos políticos, los grupos de interés, etc. (Un tipo de organización particularmente importante se refiere a las empresas que generan riesgos a la salud, ya sea por medio de la contaminación o mediante la producción de sustancias peligrosas.)

Segundo, ni los prestadores de servicios ni las poblaciones constituyen categorías

homogéneas. Las organizaciones de atención a la salud abarcan una gran variedad de grupos profesionales y ocupacionales, cada uno con diferente grado de control dentro de la división del trabajo.⁷ Incluso pueden darse divisiones dentro de un mismo grupo, como sucede con los médicos.⁸ Por lo tanto, no todos los prestadores comparten necesariamente los mismos intereses. A su vez, las poblaciones se encuentran estratificadas a lo largo de diversas líneas, entre las cuales la ocupación, el ingreso, la educación, el género, la etnicidad y la ubicación geográfica tienen importantes efectos sobre la distribución de las condiciones de salud y el acceso a los prestadores.

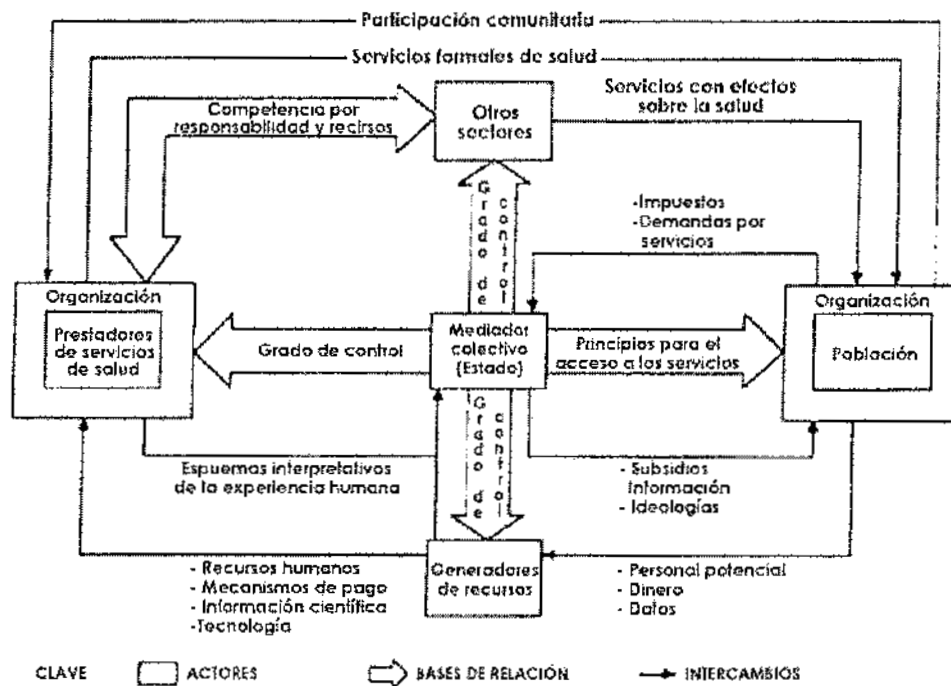


Figura IV.1. Componentes y relaciones de los sistemas de salud.

Tercero, la relación entre los prestadores y la población no es directa, sino que es mediada por un actor colectivo. Si bien en el pasado diversas instituciones sociales, como la Iglesia, pudieron haber desempeñado tal papel de intermediación, en la mayoría de los países contemporáneos el Estado se ha convertido en el mediador colectivo fundamental.⁹

En este capítulo seguiremos la práctica común de adoptar la definición restringida del Estado como las instituciones de gobierno que proporcionan los vehículos administrativos, legislativos y judiciales para el ejercicio de la autoridad y el poder públicos, más que la definición amplia del Estado como la organización política total de una sociedad.¹⁰

Como veremos con mayor detalle en la siguiente sección, el Estado puede participar en la atención a la salud mediante tres mecanismos principales: regulación, financiamiento y prestación directa de servicios. Cabe notar que estos mecanismos no son mutuamente excluyentes; por el contrario, existe una suerte de asociación concatenada entre ellos, pues la prestación directa implica también financiamiento, y el financiamiento implica regulación. Qué tantas de estas funciones desempeñe el Estado determinará su grado de control sobre los prestadores. Así, la producción directa de servicios significa un mayor control que el financiamiento solo. A su vez, el financiamiento implica un mayor control que en una situación en la que el Estado se limita a regular las actividades de los agentes privados.¹¹ Estos conceptos resultarán más claros en la siguiente sección, cuando los apliquemos a la tarea de clasificar las modalidades de intervención del Estado. Por ahora, lo importante es entender que el grado de control representa la forma principal en que el Estado se relaciona con los prestadores de servicios, dentro del conjunto de interrelaciones que definen al sistema de salud.

A su vez, la base de la relación del Estado con la población y sus organizaciones se da a través de los principios que el propio Estado establece para regular el acceso de distintos grupos a los servicios de salud (figura IV.1). Históricamente, es posible identificar cuatro principios: el *poder de compra*, que simplemente considera la atención de la salud como un elemento más de la economía de mercado; la *pobreza*, que ha sido la base de la asistencia pública mediante la cual el Estado proporciona determinados servicios a quienes carecen de medios para adquirirlos; la *prioridad socialmente percibida*, que ha encontrado su expresión en la seguridad social y que permite a ciertos grupos definidos como estratégicos hacer contribuciones financieras para adquirir un derecho efectivo a servicios de salud y otras prestaciones; finalmente, la *ciudadanía*, que implica el acceso universal al definir a la atención de la salud como un derecho social de todos los habitantes.¹² Ésta es otra dimensión esencial para clasificar las modalidades de intervención del Estado, por lo cual también será explicada con mayor detalle en la siguiente sección.

Como se señaló antes, la población, los prestadores de servicios y el mediador colectivo constituyen los componentes centrales de los sistemas de salud. Su interacción se complica aún más por la presencia de otros actores. Así, se ven apoyados por diversas organizaciones que obtienen recursos potenciales de la población y los convierten en recursos efectivos para los servicios. Entre los ejemplos de este tipo de organizaciones se cuentan las universidades en el caso de los recursos humanos y la investigación científica, las compañías aseguradoras o las cajas de seguros sociales en el caso de los recursos financieros y las múltiples empresas productoras de tecnologías. Como sucede con los prestadores de servicios, el Estado puede ejercer diversos grados de control sobre estos generadores de recursos, incluyendo la propiedad, el financiamiento y la regulación.

Por último, existen muchos otros sectores económicos que producen bienes y servicios con efectos sobre la salud (por ejemplo, alimentos, educación, construcción de viviendas, agua y saneamiento, protección ambiental). Gran parte de la dinámica política del sistema se da en la definición de los límites —muchas veces arbitrarios— entre estos otros sectores y los prestadores de servicios de salud en sentido estricto. De tal definición dependerá qué tan amplia o estrechamente se defina el ámbito de actividad de las organizaciones de atención a la salud.

La figura IV.1 permite establecer una distinción sutil pero útil entre el sistema de *salud* y el sistema de *atención a la salud*. Tal como se usa comúnmente, este último es un concepto más estrecho que se restringe a los prestadores de servicios, a algunos generadores de recursos y al mediador colectivo. La categoría de sistema de salud abarca a todos los actores descritos en la figura IV.1, incluyendo la población y los otros sectores. Esta definición más amplia de los sistemas de salud otorga un mayor peso a la acción multisectorial y a la participación de la población.

La figura IV.1 también contiene los intercambios entre los actores; por simplicidad se muestran sólo los más importantes. Además de los obvios intercambios de servicios, recursos y participación, conviene destacar que, como se mencionó antes, los prestadores ofrecen al Estado esquemas interpretativos sobre la experiencia humana. Por representar alternativas a las explicaciones mágicas y religiosas, el Estado puede usar dichos esquemas para legitimar distintas ideologías modernizadoras y para controlar a la población (por ejemplo, en el caso de las enfermedades transmisibles y los padecimientos mentales). Una cuestión básica para comprender los sistemas de salud se refiere a la forma en que los diversos actores emiten y detectan *señales*, formadas por información y conductas que generan una retroalimentación por parte de los otros actores,¹³ la cual constituye, sin duda, un área de investigación básica para el futuro.

EL PAPEL DEL ESTADO

Queda claro, a partir de la figura IV.1, que el Estado no es un actor unidimensional u homogéneo. Además del papel estrictamente regulador y mediador del Estado, ciertas organizaciones gubernamentales pueden ser prestadoras de atención a la salud (cuando el Estado está comprometido en la producción directa de servicios) o generadoras de recursos (por ejemplo, cuando el Estado maneja fondos de seguridad social o participa

directamente en el adiestramiento del personal de salud). Más aún, existen muchas instancias públicas que no forman parte del sistema de salud *per se*, pero que constituyen un elemento clave de su entorno organizacional. Este es el caso de las ramas legislativa y judicial del gobierno, así como de las dependencias ejecutivas encargadas del presupuesto público, la recolección de impuestos y el cumplimiento de la ley. Se puede concluir, por lo tanto, que el Estado ocupa múltiples posiciones en el sistema de salud y su entorno.

Entender la configuración precisa de la participación del Estado es un requisito para comprender los sistemas de salud. Dicha participación es vista a menudo como un fenómeno relativamente reciente.¹⁴ Lo cierto, sin embargo, es que varios historiadores de la medicina, como Rosen¹⁵ y Foucault,¹⁶ han documentado los orígenes, desde los siglos XVIII y XIX, de una vasta intervención de los estados europeos en asuntos de salud. Desde entonces, el papel protagónico del Estado se ha extendido a países en todos los niveles de desarrollo y con todos los sistemas políticos, a un grado tal que Donnangelo¹⁷ habla de la "universalidad" de la intervención estatal en salud. Al mismo tiempo, sin embargo, las características de la intervención han variado entre los distintos países y momentos históricos. Así, encontramos diferencias importantes en la cobertura de la población, los tipos de beneficios y el grado de control sobre la producción de los servicios de salud. Por ello es necesario analizar las razones y las formas de la intervención del Estado. A continuación revisaremos las bases de la intervención, para pasar después a presentar una tipología de las modalidades de organización de los sistemas de salud.

La necesidad de un mediador colectivo

Además de los determinantes sociales, económicos y políticos que explican la intervención del Estado en el campo de la salud,¹⁸ existen también importantes motivos de carácter normativo. El más importante de ellos se refiere a la naturaleza particular de la atención de la salud. Al igual que la educación, la salud no puede ser tratada simplemente como un elemento más del sistema general de recompensas que se obtienen a través del ingreso monetario.¹⁹ Para empezar, la pérdida de la salud no suele ser un acontecimiento voluntario. Tampoco es predecible para un individuo en particular (aunque sí lo es, sobre bases probabilísticas, para grupos de personas). Más aún, los servicios de salud no producen satisfacción por sí mismos ni pueden ser considerados como una "recompensa" al mérito social, como podrían serlo algunos bienes de consumo.

Además, el mercado de los servicios de salud exhibe tantas imperfecciones que bien se le podría caracterizar como un mercado "perfectamente imperfecto". La más importante de esas limitaciones se refiere a las asimetrías de información entre los productores y los consumidores.²⁰ Esta cuestión contiene varias facetas. En primer lugar, la información misma es el producto de muchos episodios de atención médica: a menudo los pacientes acuden al doctor precisamente para obtener información experta sobre su propia condición. En segundo lugar, muchas necesidades de salud ocurren con tan poca frecuencia o amenazan a tal grado la vida que hacen muy poco factible obtener información para guiar las decisiones de compra.²¹ En tercer lugar, la ignorancia sobre los aspectos técnicos de la atención a la salud deja la mayor parte de las decisiones sobre la utilización de servicios en manos del proveedor, dando así lugar a lo que en economía se llama demanda inducida por la oferta.

Otra importante imperfección del mercado se refiere al hecho de que los beneficios de la atención a la salud no son estrictamente individuales, sino que llegan a la familia, la comunidad y el resto de la sociedad. Esto es obvio en el caso de numerosos servicios no personales de salud, tales como las acciones ambientales, que constituyen bienes públicos. Además, no todos los beneficios de los servicios personales de salud se limitan al paciente individual, pues pueden existir *externalidades* significativas. Por ejemplo, la prevención y el tratamiento de las enfermedades transmisibles beneficia no sólo a la persona que recibe el servicio sino a toda la población. Aun en el caso de los padecimientos no transmisibles, la salud individual constituye un valor social pues representa un insumo para el desarrollo económico y una inversión en el capital humano

de una nación.²² Por último, aun en ausencia de argumentos utilitarios, puede existir una preferencia social y política por no permitir que ningún individuo sufra deterioros evitables en sus niveles de salud.²³

Así pues, si los beneficios de la atención a la salud son sociales, entonces se justifica diseñar mecanismos para que los costos también se distribuyan entre los miembros de la sociedad. Por su complejidad y su valor político, estos mecanismos comprenden la participación de algún actor colectivo que, como se indicó antes, casi siempre es el Estado. Tal participación también se requiere para atender los problemas de incertidumbre y de información insuficiente que caracterizan el mercado de los servicios de salud.

En particular, la incertidumbre ante la pérdida de la salud se puede abordar agregando los riesgos individuales mediante los seguros médicos. Esta agregación de riesgos los vuelve predecibles, mediante cálculos actuariales, para la colectividad de asegurados, con lo cual se puede administrar la incertidumbre. A fin de lograr una masa crítica de asegurados y de evitar la selección adversa que acompaña a los seguros voluntarios, el Estado suele imponer un grado de obligatoriedad al aseguramiento. Su expresión más acabada son los seguros sociales con cobertura universal, donde toda la población queda cubierta. La obligatoriedad también sirve para contrarrestar la tendencia de muchos individuos a subestimar sus propios riesgos. Se elimina así la probabilidad de que una persona tenga que enfrentar gastos catastróficos para atender su salud o la de sus familiares. Si son financiados mediante un esquema progresivo de primas, de tal modo que las contribuciones sean proporcionales a la capacidad de pago, los seguros sociales también se convierten en un instrumento redistributivo que promueve la igualdad.

Las consideraciones anteriores establecen la racionalidad de la intervención del Estado en la atención a la salud. Dentro de los límites de tal racionalidad, ha existido un alto grado de variación en las formas concretas que la intervención ha adoptado. De ellas se derivan las diferentes modalidades que han surgido para organizar la atención a la salud. Es necesario, por lo tanto, estudiar dichas modalidades, así como los grandes principios políticos y éticos que subyacen a cada una de ellas.

Modalidades de organización de los sistemas de salud

Esquemas existentes de clasificación. En vista de la variación arriba mencionada, no debe sorprendernos que la bibliografía acerca de los sistemas nacionales de salud contenga varios esquemas de clasificación basados en diferentes criterios. Una clasificación ampliamente utilizada distingue entre asistencia pública, seguro nacional de salud y servicio nacional de salud.²⁴ Otra clasificación reconoce, además de los sistemas de "libre empresa", tres tipos principales de programas públicos: seguridad social, asistencia pública y servicio universal.²⁵ Field²⁶ basa su análisis en cuatro "tipos ideales" de sistemas de salud: plural, seguro de salud, servicio de salud y socializado.

Aunque útiles para realizar comparaciones amplias, estas tipologías engloban bajo una sola categoría sistemas totales de salud que en muchos casos mezclan varios sectores o programas muy diferentes. Un ejemplo es el del Servicio Nacional de Salud de la Gran Bretaña, el cual tiene dos componentes muy distintos: la medicina general, en la que el Estado financia la atención proporcionada por contratistas privados, y los servicios hospitalarios, que son proporcionados directamente por organizaciones gubernamentales. Otro ejemplo es el de muchos países de América Latina, donde el Estado maneja dos subsistemas distintos: por un lado, la asistencia pública para la población rural y los indigentes urbanos; por el otro, la seguridad social principalmente para los asalariados. Una caracterización sumaria de la totalidad del sistema es aún más difícil cuando, como sucede frecuentemente en América Latina, el sistema de seguridad social se encuentra formado por diversas agencias para diferentes grupos ocupacionales.²⁷

En resumen, muchas de las tipologías existentes consideran a los países en su totalidad como unidades de análisis. Los problemas que ello acarrea pueden resolverse si se basa la tipología en un nivel analítico de agregación inferior al del país entero. Utilizaremos el término *modalidad* de organización de la atención a la salud para referirnos a este nivel

de análisis. Algunos países pueden tener una modalidad única de organización, pero la mayor parte de los sistemas de salud se caracterizan por la coexistencia de diversas modalidades de importancia variable. Por lo tanto, es posible describir el patrón nacional de organización sanitaria mediante un perfil de modalidades.

No debe considerarse el término modalidad como sinónimo de programa. Un programa específico de atención a la salud podría constituir el único medio de organización de una modalidad; pero, de la misma manera, varios programas, cada uno dirigido por un establecimiento público diferente, podrían constituir una sola modalidad en un país. En esta forma, las modalidades representan un nivel de análisis intermedio entre el macronivel de los sistemas totales de salud y el micronivel de los programas específicos.

Definición de modalidades. Las modalidades de organización se definen con base en uno o más atributos importantes. La especificación precisa de estos atributos se convierte, entonces, en el problema crucial al definir las modalidades y, en consecuencia, al desarrollar un esquema de clasificación. Las distintas opciones de atributos clasificatorios permanece como tema de controversia en la bibliografía referente a la comparación entre sistemas de salud.²⁸,²⁹,³⁰,³¹

Proponemos una clasificación que se deriva de nuestro esquema sobre los componentes y las relaciones de los sistemas de salud, tal como fue presentado en la figura IV.1. En particular, adoptamos la concepción de Johnson,³² en el sentido de que la intervención del Estado representa una forma de mediación entre los prestadores de servicios y la población. El resultado es una tipología basada en dos dimensiones fundamentales. La primera —el grado de control sobre la producción de los servicios de salud— refleja la relación del Estado con los prestadores. La segunda dimensión —los principios de acceso— indica la relación del Estado con los usuarios reales o potenciales. La figura IV.2 presenta la clasificación resultante de modalidades de organización de la atención a la salud.

Antes de examinar con detalle la tipología propuesta, conviene hacer algunas aclaraciones. Como todas las clasificaciones, ésta hace una abstracción de las complejidades de la vida real para enfocarse en aquellos aspectos que permitan diferenciar entre un tipo y otro. Por eso, la tipología se concentra únicamente en el eje central de los sistemas de salud, a saber, la relación entre prestadores, población y Estado. Esto no significa que los demás actores identificados en la figura IV.1 —los generadores de recursos y los otros sectores con efectos sobre la salud— no sean importantes, sino que sus diferentes formas de organización son compatibles con varios tipos de modalidad y por lo tanto no resultan esenciales para la clasificación.

<i>Grado de control por el Estado</i>	<i>Principios de acceso de la población</i>			
	<i>Poder de compra</i>	<i>Pobreza</i>	<i>Prioridad socialmente percibida</i>	<i>Ciudadanía</i>
<i>Regulación</i>	Atención privada	Beneficencia privada	Servicios de empresa	Seguro social (modelo alemán)
<i>Financiamiento</i>		Medicaid en EUA	Seguro social incipiente	Seguro nacional de salud
<i>Prestación</i>	-----	Asistencia pública	Seguridad social (modelo latinoamericano)	Atención socializada (servicio nacional de salud)

Figura IV.2. Tipología de modalidades de organización de los sistemas de salud.

Una aclaración adicional se refiere a los nombres de las modalidades que se presentan en las celdas de la figura IV.2. A fin de mantener cierta continuidad con la bibliografía anterior sobre el tema, hemos conservado designaciones convencionales como "seguro

nacional de salud". Reiteramos, sin embargo, que los usos anteriores de estos términos se aplicaban al sistema total de salud, mientras que nosotros los empleamos para designar una modalidad que puede coexistir con otras dentro del mismo sistema de salud.

Hechas estas aclaraciones, pasemos a examinar cada una de las dos dimensiones de la tipología, las cuales encierran algunos de los principios fundamentales que rigen la organización de los sistemas de salud.

Grado de control: relación con los prestadores de servicios. Con respecto a la primera dimensión, es necesario, como ha sugerido Abel-Smith,³³ distinguir el control estatal de la simple regulación pública. Como vimos antes, la regulación es sólo uno de tres mecanismos que el Estado tiene a su disposición para intervenir en la atención a la salud. Además, el Estado puede comprometerse en el financiamiento de servicios producidos por contratistas privados. En este caso, el Estado es un comprador en el mercado de los servicios de salud. En otras ocasiones, el Estado puede asumir la propiedad directa de las instalaciones para la atención de la salud, de modo que los prestadores individuales son empleados públicos.³⁴ En este caso, se convierte en productor dentro del mercado de servicios. Manteniendo otros factores constantes, la propiedad significa un grado más alto de control estatal que el mero financiamiento y este último incluye mayor control que la sola regulación. Lo anterior puede expresarse como una asociación concatenada entre los tres grados de control, tal como se explicó en la sección sobre los actores y las relaciones de los sistemas de salud.

El concepto de asociación concatenada es necesario para interpretar correctamente los renglones de la figura IV.2. Así, cuando el Estado participa directamente en la prestación de servicios también lo hace en el financiamiento y en la regulación. En forma semejante, si un Estado financia los servicios también participa en su regulación. Cuando se limita a regular el mercado, entonces el financiamiento y la prestación quedan ambos a cargo de agentes privados.

Como puede verse, la participación del Estado no es una cuestión de todo o nada, como a veces se presenta en los debates. En la vida real es muy poco común que se den los extremos de la privatización total o del monopolio público. El Estado generalmente se reserva para sí la función regulatoria (aunque incluso en este caso la operación de ciertas actividades específicas, como el licenciamiento de los prestadores de servicios, puede ser delegada a instancias privadas, como los cuerpos profesionales). En el caso de las otras dos funciones —el financiamiento y la prestación de servicios— existe una amplia variación en los grados de participación pública y privada, como se refleja en las distintas modalidades de la figura IV.2.

La regulación, el financiamiento y la prestación se pueden aplicar a diferentes grupos, según los principios que regulan su acceso a los servicios. Para tener una imagen completa de las modalidades es indispensable, por lo tanto, incorporar al otro actor central de los sistemas de salud: la población.

Principios de acceso: relación con la población. En el fondo del asunto de la participación del Estado en la atención a la salud subyace un asunto de fundamental importancia política y ética. Nos referimos a los principios que guían el acceso de los distintos grupos de la población a los beneficios de la atención. Por su propia naturaleza, estos principios determinan la equidad en la utilización de los servicios y las prioridades en la distribución de los recursos para la salud.

Como se apuntó antes y como se muestra en las columnas de la figura IV.2, existen cuatro principios alternativos de acceso a los servicios de salud. El primero es el poder de compra. Este principio determina el acceso al mercado privado de servicios; su base ética es que los servicios de salud no son diferentes a otros satisfactores que forman parte del sistema general de recompensas al que se accede por medio del ingreso monetario. Por tanto, este principio postula que los servicios de salud pueden comprarse y venderse en el mercado privado; el único mecanismo para regular el acceso es el precio.³⁵

En la sección anterior quedó claro que el mercado de servicios de salud exhibe muchas

características especiales, las cuales obligan a sustraerlos del sistema general de recompensas. Ello sólo puede realizarse a través de la mediación del Estado. Las formas concretas en que el Estado resuelve esta cuestión forman la base de los restantes tres principios de acceso: la pobreza, la prioridad socialmente percibida y la ciudadanía.

Según el principio de la pobreza, la atención a la salud se destina a quienes demuestran indigencia o necesidad financiera. Este principio ha tomado cuerpo en las instituciones de asistencia pública, entre las que han destacado los ministerios de salud. Lejos de establecer una obligación pública, su fundamento es el interés político y la responsabilidad moral del Estado por ayudar a los grupos más necesitados de la sociedad y, de esta manera, proteger también a los demás .

El acceso a los servicios de salud según el principio de prioridad socialmente percibida ha sido característico de los seguros sociales en sus primeros momentos, aunque en la mayor parte de los países latinoamericanos ha permanecido como el criterio rector de las instituciones de seguridad social. El nombre de este principio se deriva del hecho de que beneficia únicamente a ciertos grupos sociales que son definidos por el Estado como prioritarios, sea porque tienen algún mérito especial o porque ocupan una posición estratégica (por ejemplo, los trabajadores industriales, los funcionarios públicos o los miembros del ejército). Una vez reconocida la prioridad de tales grupos, el Estado establece una contribución financiera obligatoria a sus integrantes, a los empleadores y al propio Estado. Esta contribución especial no sólo asegura el financiamiento de los servicios, sino que además define un derecho a la atención de la salud, si bien únicamente para grupos limitados de la población.

Hasta ahora, los sistemas de salud de muchos países en desarrollo, incluyendo México, se han caracterizado por la aplicación simultánea de los tres principios descritos, es decir, poder de compra, pobreza y prioridad social. Cada uno ha dado lugar a una modalidad diferente, a saber, la atención privada, la asistencia pública y la seguridad social, respectivamente. A su vez, cada una de estas modalidades se ha ocupado, con notoria desigualdad de recursos, de algún subgrupo de la población, a pesar de lo cual ha persistido un segmento importante de habitantes que no es protegido por ninguno de los subsistemas.

Las inequidades a que han dado lugar los principios anteriores ha hecho necesario el desarrollo de una nueva forma de distribuir la atención a la salud, con la finalidad de cerrar la brecha entre sus beneficios potenciales y el acceso real de la población a ellos. Este nuevo principio es el de ciudadanía y representa un salto cualitativo respecto a los anteriores, pues es el único que por definición no se restringe a algún grupo en particular, sino que aspira a tener vigencia universal dentro de un país.³⁶

El principio de ciudadanía surge de una extensión de los derechos civiles y políticos hacia los asuntos sociales. Una de sus premisas es que la libertad, la igualdad y la justicia social son nociones vacías a menos que todos los habitantes de un país hayan alcanzado un nivel decoroso de vida. Al igual que la educación, la salud se vuelve, entonces, una de las condiciones necesarias para una verdadera igualdad de oportunidades. En efecto, el acceso universal a la atención de la salud se concibe como un medio para que cada generación entre a la vida social con las mismas oportunidades. Tal igualdad constituye, a su vez, la base ética para distribuir los beneficios del desarrollo económico. Según esta concepción, la atención a la salud deja de ser una mercancía, un objeto de ayuda o un privilegio, para convertirse en un derecho social.³⁷

Tipos de modalidades. Al relacionar el grado de control con los principios de acceso, se generan los tipos de modalidades que se muestran en la figura IV.2. A diferencia de otras clasificaciones, que tienden a enfocarse únicamente en la oferta de los servicios, la nuestra adopta una perspectiva de relación derivada de la definición de sistema de salud. Así, cada modalidad de organización es el resultado de una combinación específica entre un nivel de control y un principio de acceso.

Además de la obvia capacidad para clasificar modalidades en un país y momento dados, la tipología propuesta puede revelar ciertos patrones mundiales. Vemos, por ejemplo, que no todas las modalidades son igualmente probables en la práctica. Así, el Estado no suele financiar ni prestar servicios cuyo acceso se basa en el poder de compra. (A través de

subsidios o de la autorización para deducir ciertos gastos médicos de los impuestos, el Estado puede llegar a financiar indirectamente la atención privada, pero estas situaciones no representan modalidades de organización de la atención.)

Otra modalidad muy poco frecuente es aquella en la que el Estado limita su participación al financiamiento de los servicios médicos para los pobres. Hasta donde sabemos, el único caso actual está representado por el programa *Medicaid* en EUA. Tal escasez de casos puede reflejar el hecho de que, al tratar de subsidiar la asimilación de los pobres a la atención privada, estas modalidades van en contra de la práctica común de proveer servicios de salud para los pobres a través de una modalidad separada, propiedad del Estado, como es característico en la asistencia pública.

Aparte de aquellas modalidades que tradicionalmente no se han usado o se han usado raramente, existen otras que ahora son poco frecuentes, pero que en el pasado se encontraban con regularidad. Es el caso de los servicios de empresa, en los cuales ciertas compañías privadas organizaban el financiamiento y la prestación de atención para sus trabajadores.³⁸ A medida que fueron ampliándose los seguros sociales obligatorios, esta modalidad tendió a ser desplazada, aunque no ha desaparecido del todo. De hecho, se le encuentra con frecuencia en Estados Unidos de América.

Además, la tipología tiene la ventaja de diferenciar situaciones que generalmente no se distinguen en las clasificaciones más convencionales de los sistemas de salud. El caso más importante se refiere a las diferentes modalidades de seguro social incluidas en la figura IV.2. En sus fases incipientes, muchos de los primeros programas de seguridad social estuvieron dirigidos solamente a los asalariados que percibían menos de un cierto nivel de ingresos; generalmente quedaban excluidos sus dependientes, así como los trabajadores independientes, los campesinos y las clases media y alta.³⁹ Este esquema se encuentra hoy en algunos países asiáticos y africanos donde recientemente se han introducido seguros obligatorios de salud.⁴⁰ En el caso de Europa, la cobertura fue extendiéndose progresivamente a grupos más amplios, hasta que todos los países terminaron adoptando el principio de ciudadanía. Aun así persistieron diferencias en el grado de control. Por ejemplo, en Alemania, el financiamiento quedó a cargo de fondos privados no lucrativos que contratan con prestadores de servicios privados. El Estado se limitó a regular a ambos, estableciendo los niveles mínimos de beneficios a que todo ciudadano tiene derecho. En casi todos los demás países de Europa occidental la prestación quedó en manos privadas, pero el Estado se encargó del financiamiento, dando así lugar a la modalidad generalmente conocida como seguro nacional de salud. Dos importantes excepciones a este patrón fueron Gran Bretaña y Suecia, donde el Estado se encargó de la mayor parte de la prestación, de manera que la modalidad dominante fue la atención socializada, también conocida como servicio nacional de salud. Como se señaló antes, en casi todos estos países se dieron también otras modalidades.

En efecto, la tipología nos permite identificar las varias modalidades que pueden coexistir en un determinado país, proporcionando una imagen más completa que la que puede obtenerse con categorías únicas. Una diferencia primordial entre los países es, precisamente, el grado de fragmentación de la participación del Estado en la atención de la salud, medido por el número y la fuerza relativa de las modalidades. A este respecto, resulta necesario distinguir dos situaciones en lo que respecta a la coexistencia de diferentes modalidades dentro un mismo sistema de salud. En la primera, las diversas modalidades coexistentes se refieren a diferentes tipos de servicios, pero cada una de ellas cubre a la población entera, como sucede con el caso de la Gran Bretaña antes referido. En la segunda, las modalidades se encuentran fragmentadas por subgrupos de población. Esta clase de segmentación suele tener efectos negativos en la equidad, ya que las modalidades que se encargan de los pobres usualmente cuentan con menos recursos para atender una mayor carga de necesidades de salud. Dado el carácter polarizado de la transición epidemiológica, tales arreglos terminan reproduciendo la desigualdad social.⁴¹ Así ha ocurrido en la mayoría de los países latinoamericanos que, como se vio antes, cuentan con un sector público bimodal, a lo cual hay que añadir una atención privada concentrada en los grupos mejor acomodados. Más que plurales, se trata de sistemas polarizados.

Como queda ilustrado por este último caso, no todas las combinaciones de modalidades resultan óptimas para hacer avanzar el objetivo de la equidad o para alcanzar los mayores niveles de salud al menor costo posible. En efecto, los estudios comparativos revelan enormes discrepancias en el desempeño de diferentes sistemas de salud. Existe una variación muy amplia en los indicadores de salud entre países que se encuentran en niveles semejantes de desarrollo y que gastan aproximadamente lo mismo en sus respectivos sistemas de salud.⁴² Ello demuestra que, manteniendo constante la riqueza nacional total y la porción destinada a la salud, los niveles de desempeño dependen de qué tan eficiente y equitativamente se utilicen los recursos para la atención.

En virtud de esta variación, se ha dado una búsqueda casi universal de mejores formas de regular, financiar y prestar los servicios de salud. La búsqueda es igualmente intensa tanto en los países ricos como en los antiguos regímenes socialistas y en las naciones en vías de desarrollo. Junto con los motivos económicos y políticos, este proceso ha sido alimentado por la necesidad de encontrar respuestas a los complejos retos de la transición epidemiológica.

Uno de los elementos medulares en los intentos de reforma ha sido el replanteamiento del papel del Estado. Se ha generado, así, un amplio debate sobre lo que se ha dado en llamar la "mezcla público/privada", es decir, la distribución de atribuciones entre el Estado y los actores privados con o sin fin de lucro. Éste no es el sitio para analizar esta cambiante discusión, que sin duda se mantendrá como un tema central durante muchos años por venir.⁴³ Baste señalar que en éste, como en tantos otros aspectos, el campo de la salud no escapa a los tratamientos más amplios sobre el modelo de la sociedad futura. Es probable que en el proceso de búsqueda puedan inventarse modalidades de organización, hasta ahora insospechadas, que combinen lo mejor de los sectores público y privado. Si así ocurriera, la salud volvería a ofrecer un espacio donde se diseñen soluciones innovadoras a problemas generales del desarrollo social.

Para que la búsqueda de soluciones tenga sentido, es necesario estar convencidos de que los servicios tienen de hecho un efecto positivo sobre las condiciones de salud. La fundamentación más profunda del sistema de salud es que, en efecto, constituye una respuesta social a dichas condiciones, las cuales mejoran como resultado de esa respuesta. Pero no todos han estado convencidos de que esta relación exista. Nuestro análisis del sistema de salud no puede concluir sin revisar, así sea en sus líneas generales, la cuestión crítica del efecto de los servicios sobre la salud de la población.

¿PARA QUE SIRVEN LOS SISTEMAS DE SALUD?

Esta pregunta ha ocupado y preocupado a muchos pensadores, profesionales, políticos y público en general. Como se señaló antes, la atención de la salud es un conjunto complejo y multidimensional de actividades que comprende muchos actores, cada uno con sus respectivas expectativas e intereses. Por ello, los sistemas de salud pueden cumplir múltiples propósitos secundarios, como generar empleos o ganancias económicas. Más allá de tales propósitos, todo mundo parece coincidir en que los servicios deben ser, ante todo, un medio para alcanzar el fin de una mejor salud. Lo que ha generado discrepancia es la fuerza de esta relación comparada con otros determinantes de los niveles de salud. La forma en que se resuelva esta cuestión afectará, de manera fundamental, el lugar de los programas de salud dentro de las prioridades nacionales.

Las líneas del debate han quedado trazadas con bastante claridad. Un lado sostiene que la mejoría en los niveles de salud se ha debido a avances específicos de la medicina y la salud pública. El otro lado afirma, por el contrario, que los servicios tienen un efecto muy bajo sobre los niveles de salud. De acuerdo con este punto de vista, la clave para explicar el avance de la salud no debe buscarse en los "milagros médicos", sino en un proceso general de desarrollo que ha incidido favorablemente sobre los otros determinantes próximos analizados en el capítulo III, a saber, las condiciones de trabajo, las condiciones de vida y los estilos de vida. Las implicaciones de esta controversia no son sólo académicas, pues repercuten directamente sobre las estrategias de asignación de recursos que el Estado debe seguir en su política de salud.

En virtud del carácter conceptual de este libro, no revisaremos aquí la génesis y la

evolución de este debate, que ha sido particularmente intenso al menos desde la década de los años cincuenta, justo cuando la mayor parte de los países del mundo empezaron a registrar descensos espectaculares en la mortalidad.⁴⁴ En cambio, nos enfocaremos en una cuestión esencial para empezar a resolver muchos de los dilemas planteados por el debate. Esa cuestión consiste en dilucidar cuál es el producto de la atención a la salud.

En sus aspectos medulares, el debate sobre el valor de los servicios de salud ha girado en torno al supuesto de que el principal producto de la atención es la reducción de la mortalidad. De hecho, la mortalidad se ha usado como el principal indicador de las condiciones de salud y, por lo tanto, como el criterio para comparar los efectos de la atención a la salud *versus* los otros determinantes. Sin embargo, por más sorprendentes que sean las intervenciones para salvar vidas, lo cierto es que forman parte mínima de lo que los sistemas de salud hacen y producen. Son otras variables, de mucho más difícil cuantificación que la mortalidad, las que reflejan el impacto del grueso de la atención a la salud. Algunos de los productos de la atención tienen que ver más con la calidad que con la cantidad de vida. Es el caso, por ejemplo, del alivio del dolor y el sufrimiento, así como de la corrección de invalideces y deformidades anatómicas. Los servicios personales también generan algo que no suele reflejarse en las estadísticas de salud, pero que puede tener importancia vital. Se trata de la información que permite al paciente organizar la experiencia de su propio estado de salud, a fin de aliviar preocupaciones o de inducirlo a tomar alguna medida terapéutica. La información, como producto del sistema de salud, también puede dirigirse a la población en general. En esta misma línea se encuentra la seguridad que un sistema bien organizado brinda a la población, así como las múltiples oportunidades que ofrece para la participación y la movilización comunitarias.

La relación entre los servicios y los niveles de salud presenta otras sutilezas que es necesario analizar. Así, en muchos casos, el éxito mismo de la atención produce "efectos paradójicos".⁴⁵ Algunos de ellos simplemente reflejan el hecho de que un buen sistema detecta y reporta más casos de enfermedad. Otros efectos paradójicos, sin embargo, sí son reales.⁴⁶ Como se explicó en el capítulo III al abordar la dinámica de la transición epidemiológica, la prevención y el tratamiento con éxito de enfermedades letales agudas mejoran la sobrevivencia y la longevidad pero, por el mismo, también aumentan el riesgo de desarrollar padecimientos crónicos. Más aún, cuando una enfermedad crónica puede ser controlada mas no curada, el efecto neto es que su duración promedio en la población se alarga y por lo tanto su prevalencia se incrementa.⁴⁷ Además, la incidencia también puede crecer en las siguientes generaciones cuando la enfermedad en cuestión tiene una base genética y su tratamiento aumenta las probabilidades de reproducción de los pacientes, tal como se mencionó en el capítulo III. En todos estos casos, el uso de mediciones sin refinar de mortalidad o morbilidad para evaluar la atención a la salud revelaría falsos fracasos.⁴⁸

Reconocer los aspectos positivos de la atención no implica soslayar sus deficiencias cuantitativas y cualitativas, pero sin ese reconocimiento resulta imposible, innecesario e ilógico hacer propuestas para la extensión y el mejoramiento de los servicios.

El hecho, antes referido, de que países con el mismo nivel de desarrollo económico puedan tener condiciones de salud muy diferentes, revela que los sistemas de atención sí importan y que, por lo tanto, es necesario hacer esfuerzos explícitos por mejorar su desempeño.

Por otra parte, este planteamiento no se opone a la necesidad de emprender cambios sociales más amplios como estrategia para elevar los niveles de salud de la población. De hecho, el debate que enfrenta a los servicios *versus* el desarrollo socioeconómico como determinantes alternativos de la salud encierra un falso dilema. Los servicios no están desmembrados de las condiciones sociales, como a veces parece sugerirse. Por el contrario, la calidad y la cobertura de los servicios de salud forman parte de la definición misma de desarrollo y constituyen uno de los principales indicadores del bienestar social.

Es probable que el descenso inicial de la mortalidad en algunos países subdesarrollados se haya debido a intervenciones que, como el control de vectores, pueden imponerse a una población pasiva, con relativa autonomía de su nivel de desarrollo socioeconómico. Pero

esta estrategia tiene serias limitaciones. En general, parece claro que los descensos subsiguientes en la mortalidad y la morbilidad se dan a través de un proceso de desarrollo que incluye, como uno de sus componentes principales, la infraestructura necesaria para proporcionar servicios de alta calidad.

En suma, las complejas interrelaciones que caracterizan al campo de la salud exigen superar los falsos dilemas. Como se señaló desde la Introducción de este libro y como se trató de demostrar con mayor detalle en el capítulo III, la salud tiene múltiples determinantes. Entre ellos se encuentran los servicios, los cuales están, a su vez, determinados por varios de los procesos sociales más amplios que afectan las condiciones de salud. Dentro de esta intrincada red de influencias recíprocas, la calidad de los servicios tiene un efecto propio sobre los niveles de salud. Es necesario, por lo tanto, adoptar una visión integral que guíe las políticas de salud para que éstas se orienten, simultáneamente, hacia el mejoramiento de las condiciones de vida y la extensión de servicios, el control de los riesgos ambientales y la atención de los individuos, la promoción del bienestar social y la reparación oportuna de los daños a la salud.

Esta visión integral justifica la necesidad de estudiar en detalle los sistemas de salud, como se ha tratado de hacer en este capítulo, y de diseñar con cuidado las modalidades de la respuesta social organizada. Un sistema de salud equitativo y de alta calidad puede, a su vez, ayudar a dirigir el curso de la transición epidemiológica.

Sin embargo, es indispensable tener presente que, aun si se resolvieran los problemas actuales, siempre surgirían nuevos retos, pues la salud total es, finalmente, un espejismo, tal como nos lo recordó René Dubos: Desde los días del hombre de las cavernas, la Tierra nunca ha sido un Jardín del Edén, sino un valle de la decisión, donde la adaptabilidad es cualidad esencial para la sobrevivencia. La Tierra no es un lugar de descanso. El hombre ha elegido luchar, no necesariamente para sí mismo, sino para un proceso de crecimiento emocional, intelectual y ético que estará siempre en marcha. Crecer en el seno de los peligros es el destino del género humano, pues tal es la ley del espíritu.⁴⁹

Índice

CONTENIDO
