
La política de salud de la OMS: propuesta para los países “en vías de desarrollo”

Alejandra Jablonska

El presente artículo forma parte de una investigación más amplia, cuyo tema es la política sanitaria y farmacéutica del Estado mexicano en su formulación actual. El interés por conocer las distintas instancias que influyeron en la conformación de dicha política, nos llevó a partir del análisis de las teorías formuladas en el ámbito que trasciende lo nacional y que, sin duda, ha repercutido en la comprensión de los problemas de salud en nuestro país. Con este propósito revisamos los documentos de la Organización Mundial de la Salud y de los organismos afines, orientando nuestra búsqueda al análisis de las premisas que determinan la visión de la OMS del proceso de salud-enfermedad en las sociedades del capitalismo tardío. La discusión del concepto de salud nos indicó, a su vez, la necesidad de analizar con mayor profundidad los elementos que, de acuerdo con la propia OMS condicionan su conformación: la relación del hombre con su ambiente, la estructuración de las relaciones sociales, la concepción del desarrollo económico y social, así como el papel del Estado en la formulación de la política de salud.

El concepto de la salud de la OMS

De acuerdo con la definición de la OMS, "...la salud, estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental".¹

Dicha definición surge de una visión ecológica, de acuerdo con la cual el hombre, un ser biológico, cultural y social, forma parte integrante de la naturaleza. El sistema ecológico del hombre comprende la interacción entre poblaciones humanas y su ambiente constituido por el conjunto de factores físicos, químicos, biológicos y sociales. La relación más importante que liga al hombre con su ambiente es el proceso de *adaptación* que, por un lado, se refiere a la acción transformadora de las sociedades humanas para adaptar el ambiente a sus capacidades de vida y, por el otro, a la adaptación humana a los diversos factores biológicos, culturales y sociales, presentes en su ambiente.

Hombres, ambiente, cultura y organización social forman el ecosistema humano. Sus interacciones pasadas son la historia. Sus problemas presentes son el desarrollo de sus elementos, recordando que los estímulos que parten de cada uno de sus componentes conforman, a través de su compleja interacción, las características de su futuro inmediato y lejano. En esta interacción ecológica deben buscarse los factores que explican el estado de salud de la población (...) Ese estado de salud obedece a las condiciones actuales del medio construido o a los esfuerzos adaptativos que imponen esas condiciones, lo que permite considerar como ecosistema de la salud a la visualización del ecosistema humano desde esa perspectiva específica.²

La salud hay que entenderla, por lo tanto, como resultante del éxito del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones del ambiente humano total, adaptación que presupone

¹ Conferencia OMS/UNICEF, *La Declaración de Alma-Ata*, 12 de septiembre de 1978.

² OPS, Centro Panamericano de Planificación de la Salud, *Formulación de políticas de salud*, Santiago de Chile, julio 1975, p. 21.

un estado de equilibrio, de armonía entre el organismo y el ambiente.

La noción de adaptación, a su vez, comprende, de acuerdo con los ecologistas tres aspectos: la adaptación mental, o la sensación de "sentirse bien", la adecuación funcional a las condiciones del ambiente y la adaptación social, que se refiere a la capacidad de desarrollar un trabajo socialmente productivo. En contraposición, la enfermedad es "un desequilibrio biológico-ecológico o (...) una falla de los mecanismos de adaptación del organismo".³

Los factores que influyen en la capacidad de adaptación de los hombres a su ambiente, según este enfoque, son de dos tipos: los factores genético-biológicos, que se reciben por herencia y que determinan la constitución del organismo, y los factores del ambiente externo, entre los cuales se consideran por igual los factores biológicos (bacterias, virus, etcétera), físicos (temperatura, aire, traumatismos), biológico-sociales (nutrición, vivienda, vestuario, servicios médicos) y económicos (nivel de ingresos, etcétera).

Dentro de la estructura sistémica de la visión ecológica ninguno de estos factores es determinante de los demás. Todos tienen la misma importancia, todos interactúan entre sí para producir, en conjunto, una totalidad determinada. El procedimiento para constatar esta interdependencia consiste en buscar la correlación estadística entre los diversos factores del sistema ecológico y la salud, ofreciendo un modelo multicasual de determinación.

Una visión epidemiológica

El enfoque ecológico o epidemiológico constituye, sin duda, un avance respecto de la concepción biologicista de la salud orientada a la curación y al restablecimiento de las capacidades productivas del individuo. La epidemiología reconoce que las condiciones de salud o de la enfermedad no son características propias del individuo, sino de grupos humanos con determinados rasgos socioeconómicos y culturales. Sin embargo, en numerosos estudios ya se ha señalado

³ Hernán San Martín, *Ecología humana y salud. El hombre y su ambiente*, México, La Prensa Médica Mexicana, Ediciones Científicas, 1983, 2a edición, p. 101.

su carácter abstracto, ahistórico, mecanicista, que sólo aprehende relaciones externas e inmediatas entre los fenómenos, haciendo caso omiso del proceso histórico real.⁴

La OMS, al postular que la consecución del grado máximo de salud, definido como “completo bienestar físico, mental y social”, es un importante objetivo social, plantea un propósito indeterminado, desvinculado de la realidad concreta, de las sociedades históricas concretas, de las clases y grupos sociales que las componen. La noción del “completo bienestar” es una noción subjetiva, relacionada con la sensación de “sentirse bien” y, por tanto, inaplicable a los diferentes grupos sociales, en los cuales esta sensación varía de acuerdo con su forma de trabajo y de vida, y de una serie de valores sociales asociados a éstas. Los fenómenos biológicos no se vuelven “anormales” o “patológicos” por sí solos, sino que se necesita una interpretación que los considere como síntomas de una enfermedad, y esta interpretación está socialmente determinada.⁵ El “completo bienestar físico” tiene otro significado para la clase obrera, para la cual cualquier disminución de sus capacidades físicas implica la imposibilidad de seguir cumpliendo con el trabajo y, por lo tanto, la privación de los satisfactores más elementales, y otra para las clases cuyas condiciones de vida no dependen de un trabajo físico.

La noción de la causalidad de la epidemiología tiene serias limitaciones, puesto que se abstiene de indagar las causas profundas de los fenómenos relacionados con la salud y enfermedad, constata sólo regularidades empíricas con las que se presentan ciertos factores en relación con un tipo determinado de enfermedad. Dichos factores o “causas” tienen el mismo peso, la misma importancia en la generación de la enfermedad, por lo que a lo social no se le reconoce ninguna especificidad propia. Eso conduce a la formulación de afirmaciones tan generales que no pueden explicar nada, como por ejemplo: “la vida en las regiones rurales parece tener un efecto negativo sobre la salud” o “una temperatura media elevada y una

⁴ Cfr. Raúl Rojas Soriano, *Capitalismo y enfermedad*, México, Folios Ediciones, 1982. Asa Cristina Laurell, *Notas para un marco teórico para la investigación en sociología médica*, México, UAM Xochimilco, p. 12 (mimeo). COPLAMAR, *Necesidades esenciales de México. Salud*, México, Siglo XXI Ediciones, 1983, 2a edición.

⁵ Cfr. Asa Cristina Laurell, *op. cit.*

familia poco numerosa tienen un efecto saludable sobre la población femenina”.⁶

Por último, hay que objetar también que la salud no puede ser concebida en forma estática, ya que forma parte de procesos sociales más amplios, que cambian constantemente y determinan sus variaciones. Esta concepción de salud como un “estado” le ha valido a la OMS incluso las críticas de los ecologistas, quienes a pesar de aceptar el mismo modelo explicativo precisan que:

...la noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continuas tanto como la enfermedad implica las ideas de variación y de desadaptación. No puede, entonces, admitirse que la salud sea la sola ausencia de enfermedad y viceversa: entre los estados de salud y enfermedad existe una escala de variación, con estados intermedios, que va de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad.⁷

La consideración teórica de hombre como integrante de un sistema global (ecosistema) implica también una determinada ideologización de la sociedad. Esta se concibe como una formación ahistórica, regida por leyes naturales que se imponen con tanta necesidad como las leyes biológicas o físicas. Las variaciones entre las sociedades se explican en todo caso por ciertas diferencias ambientales y por su “historia”, entendida como una evolución igual a la que ocurre en el mundo natural. Se trata siempre de un “sistema” que tiende al equilibrio y a la armonía naturales, del que deriva la importancia de la noción de “adaptación”. Esta visión, que tiene sus raíces en el positivismo europeo (Comte, Durkheim) y retomada por el funcionalismo, se orienta a la justificación y eternización de las relaciones de producción capitalistas, mostrándolas como universales, generales y básicamente “justas”, que permiten la supuesta armonía y equilibrio.

Frente a dicha propuesta se ha buscado una concepción del proceso salud-enfermedad que permita situarlo en un marco socio-

⁶ Hernán San Martín, *op. cit.*, p. 106.

⁷ *Idem*, pp. 96-97.

histórico concreto y que, al mismo tiempo, proporcione criterios adecuados para indagar las causas sociales, otorgándoles un peso específico distinto al de los factores físicos o biológicos que afectan la salud de los hombres. En la literatura dedicada a dicha problemática se han propuesto modelos de explicación basados en el materialismo histórico.⁸ Dichos modelos, que conciben la realidad como una totalidad orgánica, síntesis de múltiples determinaciones, permiten analizar la articulación de distintos ámbitos—económico, político, cultural— dentro de las formaciones económico-sociales históricamente determinadas. La articulación concreta entre las distintas instancias sociales permite, a su vez, conocer su influencia específica sobre el surgimiento y desarrollo de distintos procesos sociales y, entre ellos, del proceso salud-enfermedad tal como éste se presenta en cada clase social. Dentro de esta perspectiva analítica se considera, por consiguiente, que son las condiciones de trabajo y de existencia propias de cada clase y/o fracción de clase las que determinan las distintas formas de enfrentar y de conservar la salud.

Atención primaria de la salud

De acuerdo con la lógica de explicación del origen de la enfermedad, propuesta por la OMS, conforme a la cual se otorga la misma importancia a todos los factores, tanto biológicos como físicos, económicos como sociales, la Organización propone actuar de manera indistinta sobre todos o cualquiera de ellos, con objeto de promover la salud. Entre los factores cuyo mejoramiento debe permitir alcanzar mayores niveles de salud, la *Declaración de Alma-Ata* considera los siguientes: la educación sobre la salud, promoción de una alimentación adecuada, abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, asistencia materno-infantil, métodos de prevención de las enfermedades infecciosas, endémicas, etcétera, tratamiento de enfermedades y suministro de medicamentos esenciales.⁹

⁸ Cfr. Asa Cristina Laurell, "Investigación en sociología médica", en *Salud problema*, México, UAM Xochimilco, núm. 2, 1978. Francisco Mercado C., "Marco teórico para el análisis de salud-enfermedad", en Francisco Mercado C., et al., *Medicina ¿para quién?*, México, Ed. Nueva Sociología, 1980.

⁹ Conferencia OMS/UNICEF, *op. cit.*

Estas medidas conforman lo que la OMS denomina *la atención primaria de salud*, cuya extensión a toda la población se considera como el objetivo principal de la política de salud. El postulado de la extensión de la cobertura está enmarcado, por consiguiente, por la definición de su forma concreta: medicina de nivel primario o de "primer contacto".

La preocupación por proporcionar los servicios de salud a toda la población, y especialmente a los grupos tradicionalmente desprotegidos, rurales dispersos y urbanos marginados, surgió en América Latina en la década de los sesenta y se concretó en acuerdos y políticas en los años setenta.¹⁰

Sus antecedentes son, por un lado, la extensión de la cobertura de los servicios de salud en los países socialistas a partir de la segunda posguerra y especialmente a partir de 1960 en Cuba y, por otro lado, la preocupación por la potencialidad revolucionaria de los grupos marginados en América Latina. El desempleo, el subempleo y las contradicciones que se acentúan en las naciones latinoamericanas a medida que el creciente desarrollo tecnológico requiere de cada vez menor número de trabajadores, obliga a los Estados del área a buscar formas de controlar los conflictos que podrían hacer peligrar la estabilidad del sistema.

En la *III Reunión de Ministros de Salud de Américas* en 1972 se hizo hincapié en la necesidad de la intervención del Estado para garantizar el derecho a la salud para todos los individuos. Este derecho se asegurará, sin embargo, reconociendo la imposibilidad de ampliar los servicios del modelo médico dominante, demasiado caros y complejos. Se postula, por consiguiente, "racionalizar" la política de salud, esto es, adecuar las ilimitadas necesidades de la población a los escasos recursos disponibles para este fin. La idea de la medicina de primer nivel implica, en este contexto, los procedimientos y técnicas simplificadas, de bajo costo, que serán aplicadas por el personal auxiliar, reclutado en las propias comunidades para solucionar los problemas más graves de la población que habita barrios pobres urbanos o comunidades rurales. De acuerdo con los propios médicos que han participado en estos programas de

¹⁰ Cfr. Agustín Sanginés García, "La medicina familiar comunitaria", en Francisco Mercado C., *et al.*, *op. cit.*

extensión de cobertura se trata de “una medicina de segunda para gente de segunda o para gente de tercera”.¹¹

Pero a pesar de su baja calidad, la atención primaria a la salud es una política de gran importancia para los Estados que la implementan. En primer lugar, desempeña una función legitimadora: el Estado aparece como benefactor de todas las clases, como interesado en resolver los problemas de salud de la población de bajos recursos. Esto, aparte de la importancia ideológica, tiene también otra ventaja concreta: la posibilidad de ejercer el control político sobre los grupos, a los cuales el Estado brinda los servicios médicos, el control de tensiones originadas por las condiciones de explotación. La comunidad es tratada como una organización homogénea, sin intereses, sin clases, sin antagonismos, que debe colaborar dócil y eficientemente con los representantes del Estado para mejorar su salud. Se ocultan las desigualdades y la contradicción de intereses, lo que permite hablar de una unidad político-social de una nación a grandes rasgos homogénea, y que posee un Estado preocupado por el bienestar de todos.

En segundo lugar, la política de la extensión de cobertura de primer nivel tiene importancia económica: favoreciendo la venta de medicamentos implica la creciente integración de comunidades rurales con economías precapitalistas a la economía del mercado. Y, finalmente, dicha política en conjunto permite reproducir las relaciones de producción capitalistas, sometiendo las comunidades a las relaciones jerárquicas, de dominación, vinculándolas con el Estado y la economía que éste promueve.

La salud y el desarrollo

De acuerdo con la OMS, la salud que se define en el marco de una relación ecológica entre el organismo humano y su ambiente, tiene que ver también con el desarrollo económico de los países:

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para

¹¹ *Idem*, p. 82.

lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados.¹²

La afirmación que se desprende de este párrafo, a saber, que el desarrollo económico y social generan la salud, nos induce a revisar con más detenimiento los supuestos que subyacen en ella.

La teoría del desarrollo, ligada al enfoque funcionalista en sociología, se constituyó en la década de los cincuenta como respuesta a los movimientos de liberación nacional en las colonias y para apoyar la industrialización de estos países a través de la inversión masiva de capitales por parte de los monopolios extranjeros. Su auge tuvo que ver asimismo con la competencia entre los Estados Unidos y la Unión Soviética por la forma que adoptaría la industrialización en el "Tercer Mundo". El esfuerzo de los Estados Unidos por ganar los mercados de las naciones atrasadas fue canalizado a través de las organizaciones internacionales, y especialmente por medio de los diversos organismos de la Organización de las Naciones Unidas.

Las estrategias y políticas desarrollistas aplicadas al llamado "Tercer Mundo" no produjeron, sin embargo los resultados esperados. Ya en la década de los cincuenta se advirtió que:

El desarrollo del capitalismo y la industrialización de estas nuevas regiones, no conducía al surgimiento de nuevas naciones independientes, sino a una subordinación del crecimiento económico local al capital internacional, que reservaba un papel subordinado a la industrialización de estos países, así como a sus burguesías locales.¹³

El fracaso de las políticas desarrollistas dio lugar a varios intentos de su modificación, que condujeron a la ONU a formular el *Nuevo Orden Económico Internacional* (NOEI) en 1974, que supuestamente iba a basarse en la equidad, igualdad, interdependencia y cooperación entre todos los países, independientemente de su sistema

¹² Conferencia OMS/UNICEF, *op. cit.*

¹³ Theotonio Dos Santos, "Notas sobre la teoría del desarrollo, la dependencia y la revolución: Algunas reflexiones metodológicas e históricas", en Ignacio Sosa, *et al.*, *El nacionalismo en América Latina*, México, UNAM, 1984, p. 105.

económico. Su propósito era apoyar a los países "en desarrollo" para que éstos pudiesen aumentar su producción industrial y agrícola, al asegurar una división internacional de trabajo "justa y racional".¹⁴

El carácter ideológico de esta teoría y de sus postulados ya ha sido revelado, entre otros, por Octavio Rodríguez.¹⁵ En lo que respecta a NOEI, en el marco del cual la OMS propone alcanzar mayores niveles de salud en todos los países, esta teoría se refiere a una serie de supuestos básicos.

La división entre países desarrollados y subdesarrollados se establece según los criterios funcionales y temporales. Funcionales, porque supuestamente los países centrales y periféricos forman un sistema único, desempeñando en él funciones diferentes. Mientras los países desarrollados abastecen el mundo con productos manufacturados, los países periféricos proporcionan alimentos y materias primas. En otras palabras, es una cuestión de división de trabajo, factor elemental en todas las explicaciones sociales del funcionalismo.

Con los criterios temporales se señala el hecho de que la principal diferencia entre el centro y la periferia consiste en que los países de segunda área se incorporaron a la economía capitalista tardíamente.

Dicha visión de las relaciones internacionales no admite la relación de explotación básica para entender el condicionamiento mutuo de los países altamente industrializados y las llamadas economías dependientes, en el proceso de la acumulación capitalista monopólica, concentrada y centralizada. Al no reconocer que en la base de estas relaciones existe una contradicción entre los países que conducen el proceso de acumulación de capital en escala internacional y los países que sólo participan en este proceso de manera subordinada, ofreciendo su muy barata fuerza de trabajo y materias primas, se puede afirmar que todas las sociedades son esencialmente iguales, y fijarles las mismas metas que alcanzar. Este postulado sobre la similitud de todas las sociedades, junto con la imagen de relaciones internacionales estables, que permitirán en un futuro próximo la

¹⁴ Cfr. Enrique Lombera Pallares, "La salud en el Nuevo Orden Económico Internacional", en: *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, México, UNAM, octubre-diciembre, núm. 106, 1981, pp. 67-76.

¹⁵ Cfr. Octavio Rodríguez, *La teoría del subdesarrollo de la CEPAL*, México, Siglo XXI Editores, 1980.

cooperación armónica de todos los países* constituyen la base ideológica para la promoción de los intereses de la burguesía de los países altamente industrializados, que existe y se nutre del sistema de relaciones económicas internacionales en su actual modalidad. Dicha burguesía logra la valorización del capital a través de la inversión extranjera directa, así como de las empresas transnacionales.

A la vez, no se ha logrado demostrar que el desarrollo económico por sí solo produzca mayores niveles de salud. En los países latinoamericanos el crecimiento económico deriva en una mayor concentración del ingreso, por lo que las condiciones de trabajo y de vida de la mayor parte de la población no cambian sustancialmente. En el estudio realizado por COPLAMAR se comparan los indicadores de salud generales, de distintos países que, aunque insuficientes por sí mismos para analizar el estado de salud de una población, permiten mostrar que no es la riqueza de la sociedad (medida con base en el Producto Nacional Bruto *per capita*) lo que influye positivamente en la salud, sino la distribución del ingreso.¹⁶

La comparación de los indicadores de salud de los países latinoamericanos con mayores niveles de PNB, las naciones europeas en las cuales existe un "Estado de Bienestar" y los países socialistas de Europa indicó que el estado de salud de la población mejora donde el gobierno favorece activamente la redistribución del ingreso, asegurando un salario mínimo para todos, proporcionando un ingreso a los grupos "desprotegidos" (ancianos, inválidos, etcétera) y otorgando cierta gama de servicios sociales.

Otro problema lo constituye la utilización de los indicadores tradicionales para evaluar las condiciones de salud de la población. La aplicación de los modelos desarrollistas a la práctica médica conduce a pensar que el crecimiento económico en general, que se traduce en mayores inversiones en los servicios médicos, permite por sí solo mejorar los niveles de salud de la población. Para demostrarlo se utilizan, por lo tanto, indicadores que pueden mostrar

* De acuerdo con la *Declaración de Alma-Ata*, "Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países."

¹⁶ Cfr. COPLAMAR, *op. cit.*

este incremento cuantitativo: indicadores de recursos humanos (número de médicos por un determinado número de habitantes), materiales (número de camas hospitalarias, consultorios, etcétera) y financieros de atención médica. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que el cambio en la cantidad de recursos dedicados a la atención médica, no influyen de manera significativa en el estado de salud de la población.¹⁷ En cambio, estos mismos estudios demuestran que las medidas que inciden en el aumento del nivel de vida, tales como una mejor alimentación, vivienda, educación, tienen un impacto generalizado en los niveles de salud.

El papel del Estado en la elaboración de las políticas de salud

La sociedad, de acuerdo con la OMS, es un sistema compuesto por subsistemas, estructuras, unidades y elementos. Sus características concuerdan con la teoría funcionalista, tal como ésta fue reelaborada después de la Segunda Guerra Mundial. En un principio el funcionalismo concebía el sistema social como un todo coherente, estable, autorregulado, en el que las funciones y actividades se combinaban de manera armónica. Cuando surgían conflictos dentro de algún grupo social, aparecían espontáneamente mecanismos de adaptación que restauraban el orden y el equilibrio.

La sociedad norteamericana de posguerra necesitó, sin embargo, de un Estado fuerte, un Estado interventor capaz de regular la economía y enfrentar "la amenaza del comunismo internacional" dentro de su país, así como en el plano internacional. Esta nueva modalidad del Estado ("Estado Benefactor") necesitó de una teoría que justificara su creciente intervención, su papel determinante en la dirección del cambio.

Ello condujo a la escuela funcionalista a modificar su teoría. Aceptó que dentro de las sociedades existían divergencias, conflictos y desequilibrios, por lo que había necesidad de que existiera un Estado capaz de corregirlos y trazar la dirección del cambio de ciertas condiciones sociales en forma planificada.

La OMS acepta esta teoría plenamente, otorgándole al Estado

¹⁷ *Idem*, p. 24.

(sistema político) el papel de un factor estabilizador, a la vez que árbitro en los conflictos sociales:

Toda sociedad posee un sistema político sin el cual sería imposible mantener el orden del sistema social, su cohesión y orientación y garantizar su persistencia. En las sociedades modernas, tales sistemas específicos han sido ampliamente desarrollados, institucionalizados y reglamentados, configurando en sus aspectos formales el aparato político de los Estados. La autoridad necesaria para realizar las decisiones políticas y hacerlas obligatorias para una determinada población en un determinado territorio, la tiene el Estado, como expresión social de síntesis de los conflictos de la sociedad.¹⁸

Los conflictos sociales se generan, de acuerdo con la OMS, porque en las sociedades hay una relativa escasez de bienes para satisfacer las necesidades. Entre estos bienes "socialmente valorados" se encuentra la salud, que a pesar de ser reconocida como derecho humano básico, no es poseída en el mismo grado por todos los grupos sociales. La competencia por los bienes y servicios vinculados con la protección a la salud deriva en proceso político en salud, en que los individuos, grupos y clases formulan demandas de salud y buscan su satisfacción mediante presiones sobre el Estado.

La sociedad no es entonces ya un todo homogéneo, sino una "totalidad viviente en movimiento", en que hay una pluralidad de fuerzas, núcleos, elementos. El factor que explica esta creciente diversidad al interior de las sociedades es el desarrollo de la división de trabajo. Al impulsar la separación de las tareas de dirección y ejecución, crea una estratificación y jerarquización de los grupos humanos. La desigualdad que deriva de esta estratificación es, sin embargo, atenuada por la movilidad social, por la posibilidad de cambiar de *status*, rol, rango social.

El desarrollo de la división del trabajo no rompe, sin embargo, la unidad del sistema social, ya que éste:

utiliza las indeterminaciones, las variantes aleatorias, los acontecimientos perturbadores, para mantener su propia organiza-

¹⁸ OPS, *op. cit.*, pp. 6-7.

ción, aumentando su diversidad y su complejidad, auto-organizándose a un nivel superior.¹⁹

El surgimiento del subsistema político, del Estado, es entonces a la vez el requisito y el producto del desarrollo de la división del trabajo. Es su producto, en cuanto las funciones de la gestión de la sociedad se separan de las demás y pasan a ser el dominio de un cuerpo de individuos e instituciones competentes. Es su requisito porque una sociedad diferenciada no es capaz de actuar por sí sola en el interés general. El Estado asume, por lo tanto, las funciones de organización, cohesión, le otorga la racionalidad a la sociedad, representa su interés común y además "expresa, instituye y conserva los conflictos que le dan nacimiento y sentido, atenuándolos y manteniéndolos en compatibilidad con el orden social básico".²⁰

Es precisamente dentro de esta visión de las relaciones sociales en que la OMS desarrolla su concepción del papel del Estado en la planeación de los servicios de salud,* convirtiéndose así en el agente principal del cambio en este campo, un cambio orientado a alcanzar los mejores niveles de salud para toda la población.

De lo que se trata es, por lo tanto, de conducir al sistema de servicios de salud, de modo eficaz y eficiente; es decir, en forma planificada, desde un estado, configuración y funcionamiento dados, hasta otro estado, configuración y funcionamiento que se desean alcanzar."²¹

De acuerdo con esta concepción, en 1961, en la reunión celebrada en Punta del Este, los países de América Latina acordaron planear el sector salud con objeto de impulsar transformaciones necesarias para el proceso de desarrollo socioeconómico en la región.

En la *I Reunión de Ministros de Salud* en 1963 se tomó la decisión

¹⁹ Marcos Kaplan, *Estado y sociedad*, México, UNAM, 1980, p. 45.

²⁰ *Idem*, p. 160.

* La OMS consecuentemente omite el problema de las diferencias existentes entre las distintas formaciones sociales y, por tanto, de los diversos caracteres que pueden asumir los Estados: "La organización y funcionamiento del aparato formal del Estado presenta importantes diferencias de un país a otro, pero para los efectos de un análisis global puede considerarse que ofrecen características generales comunes". (OPS, *op. cit.*, p. 24).

²¹ *Idem*, p. 23.

de delegar la responsabilidad de asesorar los gobiernos de los países latinoamericanos en materia de planeación de salud a la *Organización Panamericana de la Salud*. La metodología que elaboró la organización se basaba en los principios de eficiencia y justicia distributiva y estaba encaminada a lograr la racionalización en el uso de los recursos. Esta técnica, como señala Clara Fassler, se basa en una serie de presupuestos ideológicos que permiten concebir a la sociedad como un todo homogéneo, reducir el problema de salud de una población a la enfermedad y muerte de los individuos y considerar los servicios de salud sólo en términos de recursos. La planeación de salud es concebida, por consiguiente, como una técnica encaminada a asignar y administrar de manera óptima recursos escasos.²²

Las limitaciones de las acciones emprendidas a partir de esta visión de planeación fueron reconocidas en 1965, en Puerto Azul, Venezuela. Como consecuencia se creó en 1969 el *Centro de Planificación de Salud Panamericano*, con objeto de realizar investigación, docencia, asesoría y recolección de información sectorial en todos los países de América Latina.

En 1972 se efectuó en Santiago de Chile la *III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*, cuyo informe final, conocido como *Plan Decenal de las Américas*, reconoció el derecho a la salud de los pueblos, determinando el papel fundamental del Estado para garantizar su satisfacción. Se planteó asimismo la necesidad de racionalizar el sistema de atención médica para evitar la falta de coordinación, duplicación de esfuerzos y mal uso de recursos. Se propuso la extensión de cobertura de medicina simplificada, de bajo costo, y la incorporación de la población a la organización y ejecución de las tareas de salud.

La planeación y el bienestar

La visión de la planeación como estrategia de formulación de políticas públicas ofrece una serie de limitaciones conceptuales. Dicha visión

²² Cfr. Clara Fassler, *Transformación social y planificación de salud en América Latina*, México, enero 1979 (mimeo).

descansa en el principio de la racionalidad técnica que pretende eliminar todo sentido político de las decisiones gubernamentales. Es presentada como una acción estratégica, consistente en la adecuación de medios afines, fijados de antemano. Lo que importa es la eficacia de la acción, evaluada en términos de la coherencia y rapidez de los procedimientos y no su contenido material.

La idea de la racionalización de los servicios de salud, a su vez, apunta hacia el sometimiento del sector a la lógica del sistema económico, tomando como criterios objetivos de decisión el análisis de costo-beneficio, la productividad del sector, su eficiencia para cumplir con metas expresadas como determinadas relaciones numéricas, tales como número de médicos, camas o valor de medicinas vendidas, por número determinado de habitantes. Su planeación correrá por cuenta de administradores y planeadores que conciben técnicamente las posibilidades de la ampliación de los servicios de salud, y que toman decisiones "racionales" a partir del conocimiento de recursos disponibles. La ideología de racionalización y de planeación permite, por consiguiente, ocultar los intereses reales, conciliar, a nivel de discurso, elementos contradictorios y crear la apariencia de la armonía, cohesión de la sociedad, y de la posibilidad de un desarrollo lento, paso por paso, pero seguro, que llevará al "bienestar completo" de todos los individuos.

La visión de un sistema social universal, cuya composición y dinámica es básicamente la misma para todas las formaciones sociales, es una visión ahistórica y abstracta, que permite justificar las relaciones capitalistas de producción. De la misma manera se legitima el Estado de la fase del capitalismo monopolista, que lejos de representar "el interés general", se orienta a reforzar la acumulación del capital, redistribuyendo el ingreso nacional en favor del capital monopólico y proporcionando servicios que aumentan la productividad de la fuerza de trabajo y reducen sus costos de producción y reproducción. Entre estos servicios un importante papel desempeñan, sin duda, los servicios de salud que, sin embargo, no actúan en una sociedad homogénea, como lo postula la OMS, y no buscan atender por igual a toda la población. En una sociedad de clases, los servicios médicos se orientan a satisfacer las necesidades de distintos grupos o clases en distinto grado y en forma desigual, dependiendo de los intereses de la clase dominante y de

los resultados concretos de la lucha de clases. Tampoco puede concebirse un sistema de servicios de salud uniforme para una sociedad en que las distintas condiciones de trabajo y de vida derivan en diferentes patologías para los distintos grupos sociales.

El concepto de salud de la OMS, así como su visión de los factores que la originan, determinó la orientación de su política sanitaria. La concepción de todas las sociedades como similares, y de cada una de ellas como un todo homogéneo, permitió elaborar una sola propuesta para todas ellas. El asumir que la característica estructural de todas las sociedades "en vías de desarrollo" es la escasez de recursos que pueden ser destinados a la salud, determinó la elaboración de un modelo de servicios médicos basado en recursos simples y baratos. A su vez, la concepción del Estado como conductor de cambios deseables para el conjunto de la sociedad, permitió otorgarle un papel central en la elaboración e implementación de dichas políticas. Finalmente, la consideración de que los factores biológicos (gérmenes patológicos), ecológicos (condiciones del ambiente natural) y sociales (servicios públicos y de salud) influyen por igual en el desenvolvimiento de la enfermedad, dio lugar a que las soluciones propuestas se limitaran principalmente a medidas de saneamiento y curativas.

La congruencia de la propuesta de la política de salud de la OMS con sus planteamientos básicos acerca de la sociedad, sus relaciones internas, el papel del Estado, así como elementos que influyen en el proceso salud-enfermedad, permite conocer con mayor amplitud su orientación e implicaciones. La similitud de los planteamientos centrales de la legislación mexicana en este campo no es gratuita: revela que la problemática de salud es abordada por las autoridades nacionales desde la misma óptica. Sus propósitos deben ser, por lo tanto, análogos: legitimar al régimen político, solucionar los niveles mínimos de demandas sociales y asegurar condiciones mínimas de productividad, todo ello sin alterar las relaciones de producción existentes y sin hacer mayores erogaciones en los servicios de salud.