

LA CUESTION DE LA POLITICA DE SALUD: LOS CAMBIOS MAS IMPORTANTES EN NUESTRA ACTITUD FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD¹

Dr. E. Maurice Backett²

Los cambios más importantes experimentados en el escenario de la atención de la salud durante los últimos 50 años plantean ahora un singular reto a nuestra actitud frente a los problemas de salud y enfermedad. Cuando se consideran conjuntamente con la difícil situación por la que los servicios de salud atraviesan en el momento actual, estos cambios sugieren un número de posibles modificaciones estratégicas en la política de salud del mundo entero que podrían conducir a lograr efectos benéficos pronunciad.

Si consideramos los cambios experimentados en el escenario de la atención de la salud en los últimos 50 años, especialmente en los dos decenios más recientes, observaremos que se ha llegado nada menos que a una verdadera revolución, un reto singular a nuestra actitud frente a los problemas de salud y enfermedad.

Estos cambios—cambios en la incidencia y la prevalencia de enfermedades, en nuestra capacidad para describir y dominar las enfermedades, en la economía de la atención médica, la actitud del consumidor, las funciones de las profesiones dedicadas a ese campo, la eficacia de la intervención, etc.—obligan finalmente a un urgente análisis de las políticas de salud nacionales e internacionales. Por ejemplo, estos cambios, en su mayor provincialismo, han dado origen en Estados Unidos a la formación de grupos altamente organizados de personas antagonistas a la profesión médica y, en consecuencia, a un rápido crecimiento de la medicina por cuenta propia: la nueva filosofía de autoasistencia. A nivel internacional estos cambios han conducido, en fechas recientes, a la adopción por parte de la

Asamblea Mundial de la Salud de un programa totalmente nuevo y muy estimulante de desarrollo de los recursos humanos para la salud.

Deseo ahora mencionar brevemente cuatro ejemplos de los numerosos cambios de esta naturaleza que servirán, más que para informar en forma precisa, para ilustrar acerca de lo que está sucediendo; tengo el propósito de defender la tesis en el sentido de que, desde hace mucho, se necesitan estrategias nuevas y diferentes para la planificación de la atención de la salud y, naturalmente, de hacer hincapié en la creciente relación entre la educación y la salud en esas estrategias.

La decreciente necesidad de una alta tecnología y pericia para una asistencia médica eficaz

En el primer ejemplo, más bien complejo, sostengo que con los rápidos progresos de la ciencia médica y el extraordinario interés de los descubrimientos que los acompañan, apenas se ha advertido que el control de los padecimientos más básicos de las poblaciones se ha convertido al mismo tiempo en un problema bastante sencillo.

En realidad, al menos en lo concerniente a medicamentos y vacunas, es ahora posible controlar en forma económica y sencilla enormes flagelos de la humanidad tales como

¹Tema de deliberación en la Conferencia Internacional sobre Educación para la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá, en agosto-septiembre de 1976. Se publica también en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. XI, No. 1, 1977.

²Profesor y Jefe, Departamento de Salud de la Comunidad, Escuela de Medicina, Nottingham, Inglaterra.

la sífilis, tuberculosis, poliomielitis, difteria y sarampión, para no mencionar la mayoría de las crisis del embarazo y del parto, y las penurias que arrastran las familias excesivamente numerosas. El mayor cambio (la verdadera repercusión politicosocial de esta nueva simplicidad) estriba en que ya no se necesita una tecnología superior ni extensos conocimientos de la atención de cabecera para brindar atención eficaz para la mayor parte de las enfermedades básicas de la humanidad. Pero se requieren cambios en los primeros eslabones de lo que los sociólogos denominan la "cadena de referencia". Esto significa más responsabilidad a nivel familiar e individual, más conocimiento de lo que se debe hacer y cómo hacerlo.

Ahora bien, ignoro cómo se sentirán las dos terceras partes de la población mundial que habitan en zonas rurales cuando se enteren de mi afirmación en el sentido de que para la mayor parte de las enfermedades realmente ¡no se necesitan médicos! Puesto que en esas zonas habita el pueblo, y no los médicos, probablemente esa gente nunca habrá visto ninguno. Pero al menos a mí me resulta alentador saber que un ex investigador de mi servicio, el Dr. Ben Essex, logró una concordancia de diagnóstico en más de 80% de las veces en una aldea de Africa Oriental cuando los estudiantes de un curso de auxiliares médicos fueron comparados con profesionales médicos que habían visto a los mismos pacientes.

Naturalmente, no había razón alguna para que el experimento no hubiera pasado por alto el diagnóstico y fuera directamente al tratamiento. Probablemente un diagnóstico preciso no era necesario. En realidad, con algunos de los nuevos dispositivos elementales y económicos de medicina se podía haber logrado tácitamente una concordancia total entre estudiantes y consultores.

Así, en la medida de lo posible debería ofrecerse cada vez más una atención médica eficaz en los primeros eslabones de la cadena de referencia porque la alta tecnología y la alta pericia no solo resultan costosas sino

que probablemente se están convirtiendo cada vez más en un lujo superfluo para muchas de nuestras enfermedades.

Se podrá alegar que esto no es más que una mención de lo que es obvio, pero procedamos con cautela. Si bien es sencilla y económica, esta nueva asistencia médica por cuenta propia puede resultar peligrosa. En estos días se necesita un conocimiento mucho mayor, pues, por ejemplo, muchos de nosotros hemos visto morir niños a causa de discrasias sanguíneas como consecuencia de la administración, por parte de su familia, durante un período excesivamente prolongado, de medicamentos eficaces pero muy peligrosos, comprados sin receta en la botica local. Este tipo de asistencia sin un debido conocimiento y control de los medicamentos puede convertirse fácilmente en autodestrucción.

¿Los servicios de salud afectan a la salud?

Mi segundo ejemplo sobre cambios en la atención de salud se deriva de la comprensión cada vez mayor de que la salud forma parte del desarrollo social y que (aunque parezca trivial decirlo) el ecosistema humano no se creó en compartimientos herméticos provistos de rótulos tales como economía, salud, educación, vivienda, medio ambiente, etc., cada uno de los cuales contribuye separadamente al desarrollo. Al reconocer esta realidad debemos preguntar: ¿En qué medida nuestros servicios de salud realmente afectan a la propia salud? O más concretamente: ¿Si mejoramos esos servicios, mejorará invariablemente nuestra salud?

Si vivimos en un ecosistema de relaciones sutilmente equilibradas, será justo entonces el razonamiento de que la salud de las poblaciones constituirá una función de esas relaciones. Así, en ciertos países donde los desafíos a los servicios de salud son al mismo tiempo sensibles y devastadores, observamos mejoramientos espectaculares gracias a la prestación de los servicios más elementales de salud (por ejemplo, un nuevo servicio que

incluya la lucha antivectorial y la vacunación). En otros países, donde el nivel de salud es ya elevado y los problemas que hay que afrontar son menos simples, el supuesto de que cuanto mayores son los desembolsos para servicios de salud mejor será el estado de salud no es, de ninguna manera, siempre cierto.

De hecho, los trabajos realizados en nuestro departamento³ sugieren que en una sociedad como la nuestra el incremento de los servicios de salud ejercerá poco efecto sobre esta última (en todo caso sobre la salud medida según se hace habitualmente y con cierta falta de tino), y que, por excelentes que sean, los actuales servicios contribuyen menos a la salud de la comunidad que las variaciones en el estilo de vida y, naturalmente, la educación.

Algunos alegarán que se trata de otra mención de lo que ya es obvio, pero la información sobre los aportes de los servicios de salud a la salud debería constituir por sí misma un estímulo para los cambios de política social, la nueva asignación de recursos y quizás para cierta intensificación de la medicina preventiva.

Nuevas características de las enfermedades en los países industrialmente avanzados

Bien conocida es la proporción cada vez mayor con que las enfermedades crónicas prolongadas y degenerativas contribuyen a la totalidad de las afecciones *mortales* en los países industrialmente avanzados. Esta situación está vinculada a la creciente población de ancianos y, naturalmente, al mejoramiento de la supervivencia de los niños.

Igualmente conocidas son las diferencias principales entre las formas comunes de morir hoy día y las de hace un siglo. La característica principal que quiero destacar es el *momento de la manifestación de los síntomas*

en relación con el proceso mórbido y la patología. La mayoría de los padecimientos agudos del siglo pasado terminaban en un día o dos; todos ellos producían síntomas casi tan pronto como comenzaba el proceso patológico. Su contribución a la totalidad de afecciones mortales fue enorme, pero en países como Canadá o Estados Unidos es, hoy, insignificante. En la actualidad las enfermedades características y comunes de los países industrialmente avanzados (cáncer, cardiopatías, apoplejías, etc.) no solo han convertido los días en años (estamos tratando procesos patológicos de 15 a 20 años en la mayoría de estas afecciones) sino que los síntomas—los indicios de que ocurre alguna anomalía—no se presentan hasta después de años de haber comenzado la patología (en lugar de horas) y, lo que es vital con respecto a mi ejemplo, *años después de que la enfermedad se ha hecho irreversible*. Y la contribución actual de estas enfermedades a la totalidad de padecimientos mortales es enorme.

Este ejemplo crudamente supersimplificado nos enseña que nuestros hospitales tan costosos están tratando a un número cada vez mayor de enfermos cuyos *padecimientos se hicieron incurables 10 o incluso 15 años antes de que acudieran al hospital*. Se debe cuestionar, desde un punto de vista de política social, el valor de esta inversión cada vez más gigantesca en una medicina heroica, episódica, pero impotente.

La sociedad, como la medicina, podrá ser impotente frente a este desafío, pero ambas deben dirigir su atención a las contingencias de 10 ó 15 años antes y a la educación para la prevención primaria y (cuando demuestra ser eficaz), la secundaria.

Los nuevos conocimientos de la sociedad y la responsabilidad frente al individuo vulnerable

Mi cuarto ejemplo de cambios espectaculares en el escenario de la salud se refiere a la calidad de la información que poseemos

³Martini, C. J. M., G. J. B. Allan, J. Davison y E. M. Backett. Health Indices Sensitive to Medical Care. *Int J Health Serv* 7(2):293-309, 1977.

acerca de la vulnerabilidad futura a las enfermedades. Hasta hace poco los que nos interesamos en la medicina preventiva habíamos supuesto que la población entera estaba expuesta a riesgos. No podíamos distinguir subgrupos estadísticamente bien definidos en esas poblaciones. La intervención en esas poblaciones totales mostró a menudo, y de manera bastante razonable, valores inaceptables de costo/beneficio.

Sin embargo, más recientemente los conocimientos obtenidos de estudios longitudinales de cohortes de individuos observados durante muchos años han orientado una nueva epidemiología.

Los resultados nos han dado una capacidad extraordinaria para predecir acontecimientos y, con ella, un minucioso conocimiento de las características de los subgrupos más altamente vulnerables dentro de nuestras poblaciones.

Así, pues, una sociedad interesada se enfrenta por primera vez con un problema nuevo y singular: ¿cuáles son nuestras responsabilidades ante la posible predicción de futuras enfermedades con mucha anticipación? y ¿cuáles son las repercusiones en la educación?

La difícil situación de la asistencia médica en tres culturas

Como respuesta frente a estos y otros cambios profundos cabría esperar que se hallaran modificaciones esenciales en la organización de la atención de la salud en todo el mundo, pero raramente ocurre así. Quisiera mencionar de pasada los problemas principales de salud de tres culturas con los que estoy bien familiarizado. Presentan, me atrevo a decir, tres problemas clásicos y muy comunes:

En el primer caso se trata de una región tropical alejada, con una población dispersa de 13 millones de habitantes con una tasa de crecimiento natural de población de 2.7% anual. La comunidad de esta región habita esencialmente en aldeas, consume arroz y pescado y es profundamente religiosa. Dis-

pone de unas cuantas enfermeras, parteras y curanderos indígenas, pero no cuenta casi con médicos.

Los principales peligros para la salud de esta encantadora región son, naturalmente, las infecciones intestinales, los accidentes, los trematodos, los cálculos de la vejiga, los embarazos, la tuberculosis pulmonar y la venta privada de medicamentos peligrosos y falsos. El dilema en que se encuentra es que una enorme y nueva escuela de medicina de tipo occidental y un hospital consumirán la mayor parte de los recursos para la salud de la zona durante muchos años venideros.

El otro caso es el de una zona urbana tropical densamente poblada con una tasa de crecimiento natural de población de 2.0% anual. Se caracteriza por una sociedad sumamente organizada, descentralizada y recia. Los riesgos a que está expuesta son la tuberculosis, malaria, esquistosomiasis, las infecciones intestinales, la desnutrición y, nuevamente, el embarazo. Está dotada de una red de servicios de salud sumamente organizada basada en unos pocos médicos, un gran número de auxiliares médicos y muchos asistentes de medicina rural. Posee una gran escuela de medicina de tipo occidental y varias escuelas excelentes de auxiliares médicos.

Estos últimos programas de capacitación fueron iniciados por profesores europeos expatriados y por asesores internacionales de la escuela de medicina y el Ministerio. Los planes para estos programas tropezaron con un creciente resentimiento por parte del personal local de la escuela de medicina (todos reunían los requisitos de nivel occidental). Este personal estaba persuadido sinceramente de que en su país la medicina se estaba "deteriorando". Lo que se necesitaba eran más y más médicos, no un personal de salud "mal preparado" y más numeroso. Y ahora que los expatriados han sido expulsados, la balanza se está inclinando poco a poco en favor de la medicina occidental. Esta es su situación paradójica y bastante lamentable.

El tercer ejemplo se refiere a una sociedad

européa rica con acceso universal a la asistencia ofrecida por médicos, cuyo costo se paga a través de un seguro. Los peligros de salud que amenazan a esta sociedad son las cardiopatías crónicas, cáncer, accidentes, obesidad y las enfermedades de la vejez. Puesto que los médicos reciben honorarios por servicio prestado, insisten en encargarse de todo. Los contactos médico-paciente son de un promedio de 10 por persona, por año, cifra cuatro veces mayor que la observada en sociedades semejantes en las que no existe pago o arancel por servicio prestado.

El problema que se plantea son los enormes y crecientes gastos que significa financiar servicios curativos que cada vez rinden menos en lo que a resultados se refiere. La situación es caótica; todos los índices de salud se están deteriorando; los desembolsos para la salud van en aumento, los fondos de los seguros ya no tienen solvencia, y es cada vez mayor el número de médicos que se están formando.

Quizás no sea demasiado sorprendente el hecho de que podamos afirmar que en rigor los problemas de política de salud de estas tres culturas totalmente distintas tienen mucho en común, por ejemplo:

- Todas se enfrentan con problemas de salud que solo requieren una asistencia médica sencilla pero que no la obtienen o, en todo caso, la consiguen a un enorme costo para la comunidad.
- Todas experimentan problemas de salud que dependen del comportamiento relacionado con la propia salud, los cuales no se están abordando (dieta, ejercicio, hábito de fumar, desnutrición, higiene personal).
- Todas están asignando más y más recursos a la medicina practicada por el médico la que, por una serie de razones locales, resulta ineficiente.
- Por último, todas cuentan con servicios totalmente orientados hacia la medicina curativa y además todos los planes para el futuro se formulan en función de una medicina curativa.

Y así podríamos seguir la enumeración, pero no tengo la menor duda de que es un tema con el que todos están familiarizados.

Y para terminar quisiera referirme a los cambios principales del escenario médico (ya expuestos al principio) frente a los dilemas en que se encuentran las políticas de

salud, que vemos a través de nuestra propia experiencia y he insinuado tan superficialmente. Sobre la base de esta yuxtaposición de problemas comunes deberíamos estar en condiciones de extraer unos cuantos ejemplos de las clases de estrategias apropiadas para que las examinemos.

Algunas repercusiones estratégicas en las políticas de salud

Participación

Tal vez el cambio estratégico más importante en la política de salud debería ser el que encierra el título del reciente libro de la OMS *La salud por el pueblo*.⁴

La participación en el desarrollo—incluido el fortalecimiento de los servicios de salud—tal como lo considere cada cultura debería ser el objetivo, en lugar de una imposición de nuestras propias estrategias. Este concepto coincidiría con las ideas de muchos educadores y filósofos sociales contemporáneos. Y no representaría una afrenta a Ivan Illich⁵ (con su advertencia contra la expropiación por parte de los profesionales de la salud de la responsabilidad que cabe a la comunidad de prestar atención). Sin embargo, lo que no siempre haría (y ese es a menudo el dilema de la Organización Mundial de la Salud) es mejorar la salud de la población. Se trata de una paradoja que hay que enfrentar. Quizás sea exagerado nuestro afán por reducir las enfermedades y estemos demasiado ansiosos por imponer sobre los otros nuestros propios sistemas de valores, objetivos de salud y prioridades. Creo que eso es lo que ocurre, pero al mismo tiempo pienso que es fácil perdonar a la OMS por desear, por ejemplo, reducir los estragos de la viruela—aunque dudo de que esta medida fuera de alta prioridad en las aldeas de muchas zonas de erradicación. Con frecuencia las exigencias no

⁴ Organización Mundial de la Salud. Newell, Kenneth W. (ed.) *La Salud por el pueblo*. Ginebra, 1975.

⁵ Illich, I. *Medical Nemesis The Expropriation of Health*. Londres, Calder & Boyars, 1975.

están relacionadas con las necesidades de salud y, el hacerlas concordar, y obtener una contribución racional de la población representa un desafío educacional de enorme magnitud—si bien ha sido rechazado ya por muchos educadores por la arrogancia que encierra.

El énfasis en la atención primaria

Otro cambio estratégico afectaría al hospital. Esta institución, que es la catedral de la tecnología, está vinculada, naturalmente, a las maravillas de la medicina curativa, maravillas que a menudo son exigidas a viva voz por la gente. Por consiguiente, no se trata de una cuestión de atención primaria o de hospitales; se trata más bien—a la luz de nuestros nuevos conocimientos—de lo que debe ser el equilibrio entre ambas. La atención primaria, la primera parte de la cadena de referencia, indudablemente merece un nuevo énfasis, nuevos recursos y nuevas investigaciones. La brillante idea del “médico descalzo” puede modernizarse de suerte que la asistencia prestada sea mucho más eficaz para combatir las enfermedades.

La demistificación de la medicina

La próxima repercusión estratégica de nuestros nuevos conocimientos debe ser la simplificación y demistificación de la asistencia médica. Los que ejercitan la atención primaria y quienes más han de contribuir son, naturalmente, los propios individuos; la verdadera cuestión que se plantea es cómo mejorar la calidad de la atención que ellos mismos se prestan. Por buena fortuna, la desaparición de los médicos del mundo en desarrollo (en su mayoría se han dirigido al norte y al occidente) y los enormes costos de la asistencia médica en ciertas regiones industrialmente desarrolladas han conspirado con una nueva filosofía orientada hacia el consumidor para crear un movimiento de autoasistencia que exige la difusión de recursos técnicos entre la población.

Este fenómeno se ha producido en el momento oportuno pues, como hemos observado, gran parte de la asistencia médica curativa puede ser simplificada y la eficacia aumentada. También se ha simplificado relativamente la atención preventiva si bien aún desconocemos su grado de eficacia. Pero las repercusiones de estas estrategias en cuanto a la educación y la política de investigación son evidentes y enormes.

El dilema de la medicina de alta tecnología

La cuarta lección estratégica procede directamente del nuevo énfasis que se concede a la atención primaria *por* el pueblo. Consiste en la necesidad de establecer tecnologías a nivel bajo e intermedio: refrigeradores que funcionen con energía solar para conservar las vacunas, listas de verificación, algoritmos e instrumentos de medición, etc., para ser usados en las aldeas.

Esta es una apropiada utilización de las nuevas ideas pero que ha ido acompañada de cierta confusión. El uso y simplificación de los productos de alta tecnología en esa forma es sin duda excelente, pero a veces y equivocadamente se compara esta actitud con el empleo de recursos excesivos en, por ejemplo, la tecnología igualmente elevada del trasplante de órganos. En tanto que resulta en cierto modo patético y significativo el encontrar microscopios electrónicos esparcidos en los hospitales de la selva, no hay razón para rechazar los conocimientos provenientes de *todo* tipo de tecnología. Quizás este sea todavía otro problema de educación.

Los proveedores y los consumidores asociados en la investigación

La quinta lección estratégica se refiere a las investigaciones en colaboración. Las cuestiones pendientes de solución acerca de la prestación y eficacia de la asistencia constituyen actualmente las metas de investigación más importantes en el campo de la medicina. Al fin podemos permitirnos

el lujo de establecer una pausa en la búsqueda de causas y remedios, y concentrarnos por un tiempo en buscar la mejor manera de utilizar los conocimientos de que ya disponemos.

Es una investigación de considerable importancia pues ¿cómo podemos introducir innovaciones mientras no hayamos evaluado, cómo podemos evaluar sin nuevos índices de salud (que determinen la calidad de la vida en lugar de la supervivencia), y cómo podemos establecer los nuevos índices sin la participación mutua del proveedor y del consumidor en la investigación? Esta investigación en colaboración constituye por sí misma una profunda experiencia educativa tanto para el proveedor como para el consumidor; pero lo más importante de todo es la evaluación: ¿cuál es la eficacia de nuestra labor? y particularmente ¿cuál es la eficacia de nuestra intervención precoz? Debemos evaluar una y otra vez; si no lo hacemos la cuestión de la política social se planteará en vano.

Capacitación del personal de salud

He dejado para el final la repercusión estratégica que más me afecta como educador. Queda mejor expresada como una manera de pensar, como un marco conceptual en el que se encuadra la tarea de adiestrar al nuevo personal de salud. Terminaré este análisis con una aclaración de lo que quiero dar a entender.

Hasta ahora la formación del personal de salud y la definición de sus funciones se ha basado en gran parte, con contadas y notables excepciones, en el concepto estereotipado del médico, la enfermera, el inspector de salud pública, etc. Los objetivos de la educación han emanado de la historia y han sido modificados, si es que lo han sido, sobre una base *ad hoc*. Son muy pocos los trabajadores de salud que actualmente se están formando cuyo objetivo educacional sea la ejecución de tareas *determinadas por las necesidades y exigencias de salud de la población interesada*. Y sin embargo, como nunca, estamos

en mejor situación para describir con detalle las tareas involucradas. La innovación consiste precisamente en la exactitud de la descripción de las tareas, lo cual puede considerarse más o menos de esta forma: cada una de las necesidades de la población—definidas cada vez más en función de metas y prioridades sociomédicas—puede tomarse como una jerarquía de tareas que forman un conglomerado. Estos conglomerados y las aptitudes necesarias para ellos pueden proporcionar las bases de una nueva definición del papel que deben desempeñar.

Una de las ventajas de esta manera de pensar es que el análisis de una tarea muestra de inmediato la importante contribución del individuo y la familia, los vecinos y la comunidad, en la atención de la salud. Este resultado no es sorprendente, pero es uno de los que conduce fácilmente a objetivos educacionales orientados hacia las tareas y a la noción de la población entera como profesionales de salud.

He tratado de citar cuatro ejemplos de los cambios principales en el escenario médico que, nos guste o no, señalan nuevas estrategias en la política de salud. He mencionado la difícil situación en que se encuentran dos zonas características del mundo en desarrollo y otra—igualmente desastrosa—en el mundo industrialmente desarrollado. Por último, he hecho una breve referencia a seis repercusiones estratégicas en la planificación de la asistencia médica, todas las cuales tienen trascendencia en el campo de la educación.

Esto indica la necesidad de la secularización de la medicina que, como ocurre con la secularización de la religión, no es probable que se logre sin lucha; de todos modos no deja de ser un proceso de gran importancia.

Resumen

Los cambios experimentados en el escenario de la atención de la salud en los últimos 50 años han llegado a constituir nada menos que una verdadera revolución, un reto singular a nuestra actitud frente a los pro-

blemas de salud y enfermedad. Se mencionan cuatro ejemplos de los numerosos cambios de esta naturaleza que servirán para ilustrar acerca de lo que está sucediendo y para apoyar la tesis de que, desde hace mucho, se necesitan estrategias mucho más nuevas en la planificación de la atención de salud. Estos cuatro ejemplos, descritos detalladamente en el texto, pueden sintetizarse de la manera siguiente:

En primer lugar, para brindar una atención médica eficaz ya no es tan importante tener extensos conocimientos médicos o disponer de una tecnología superior. En realidad, es muy fácil prestar esa atención.

En segundo lugar, tenemos mayor conocimiento sobre el impacto relativamente pequeño que tienen los servicios de salud, por lo menos en los países industrializados, sobre la propia salud de la comunidad, en comparación con los estilos de vida y los factores socioeconómicos.

En tercer lugar, hemos podido apreciar la contradicción cada vez mayor que se produce al gastar en hospitales—esos enormes centros donde se lleva a cabo una atención episódica—cuando (por lo menos en los países industrializados avanzados) la mayor parte del proceso mórbido se ha hecho prácticamente incurable algunos años *antes* de que los síntomas de la enfermedad se manifestaran.

Por último, es mayor la capacidad que poseemos para predecir la vulnerabilidad futura a las enfermedades y, a la vez, mayor nuestra responsabilidad para desarrollar una acción preventiva.

Frente a estos y otros cambios profundos cabría esperar que se hallaran modificaciones esenciales en la organización de la atención de la salud en el mundo entero. Sin embargo, rara vez ocurre así. En su lugar se observa que comunidad tras comunidad enfrenta cierto tipo de dilemas en cuanto a la atención de salud. Muchas de estas situaciones difíciles tienen características comunes. En muchos casos la comunidad tiene problemas de

salud que requieren una atención médica sencilla, pero que no la obtienen o, en todo caso, la consiguen a un enorme costo. En muchos casos los problemas de salud dependen del comportamiento relacionado con la propia salud—tales como dieta, ejercicio y nutrición—los cuales no se están abordando. En muchos casos se están asignando más y más recursos a la medicina practicada por el médico, la que, por una serie de razones locales, resulta ineficaz. Y en muchos casos los servicios de salud están totalmente orientados hacia la medicina curativa y, además, todos los planes para el futuro se formulan en función de una medicina curativa.

Sobre la base de una yuxtaposición de estos problemas comunes con los mencionados cambios principales experimentados en el escenario médico deberíamos estar en condiciones de recurrir a estrategias eficaces para dar solución a los problemas inherentes. Al respecto, se pueden sugerir varios cambios estratégicos. Por ejemplo, tal vez el cambio estratégico más importante en las actividades de salud debería ser una mayor participación del pueblo en el fortalecimiento de los servicios de salud. Otro cambio estratégico posible estaría orientado hacia el equilibrio entre la atención primaria y la atención hospitalaria, en el que se le dé un nuevo énfasis, nuevos recursos y nuevas investigaciones a la atención primaria. Otro objetivo estratégico de nuestros nuevos conocimientos debe ser la simplificación y demistificación de la asistencia médica. Otro más debería ser el desarrollo de tecnologías a nivel bajo e intermedio. Y aún otro más debería consistir en las investigaciones en colaboración. Por último, se debería establecer como meta estratégica un cambio en el modo de adiestrar al personal de salud, de manera que los que ya hayan recibido formación establezcan sus objetivos educacionales basados en la ejecución de tareas determinadas por las necesidades y exigencias médicas de la población interesada. □

The health policy issue: Major changes in our understanding of health problems (Summary)

Changes in the health care scene over the last half-century have amounted to nothing less than a major revolution, a singular challenge to our thinking about health and disease. Four examples out of very many other such changes help to illustrate what is going on, and to support the thesis that far more new strategies in health care planning are overdue. These four illustrative examples, described in greater detail in the text, are as follows:

First, bedside skill and high technology have become less important in the effective delivery of medical care. In fact, such care has become very easy to deliver.

Next, we have gained new awareness of the relatively small impact that health services in the industrialized countries at least, have on community health, compared to life styles and socioeconomic factors.

Next, we have come to see the growing contradiction inherent in spending on hospitals—those huge centers of episodic care—when (at least in the advanced industrial countries) most disease is virtually incurable some years *before* the symptoms of disease arise.

And finally, our ability to predict future vulnerability to disease has grown, and with it our responsibility for taking preventive action.

In the face of these and other profound changes, one would expect to find substantial alterations in the organization of health care around the world. Nevertheless, this is rarely encountered. Instead, one finds community after community bound up in some kind of health care predicament. Many of these predicaments have common features. In many cases, the community has health problems

requiring simple medical care, but this care is not being provided—or else is being provided at enormous cost. In many cases health problems dependent upon health-related behavior—such as diet, exercise, and nutrition—are not being tackled. In many cases more and more resources are being devoted to doctor-delivered medicine which, for a variety of local reasons, is ineffective and wasteful. And in many cases the health services are totally oriented toward curative medicine, with all plans for the future also being formulated in terms of curative medicine.

Juxtaposing such common problems as these with the forementioned major changes in the medical scene, it should be possible to devise effective strategies for coping with the problems involved. In this regard, various strategic changes can be suggested. For example, perhaps the most important strategic change in health activities should be increased participation by the people in the strengthening of health services. Another possible strategic change would shift the balance between primary care and hospital care, giving primary care new emphasis, new resources, and new research. Another strategic goal of our new knowledge should be the simplification and demystification of medical care. Yet another should be to develop low and intermediate technologies. Still another should be to step up collaborative research. And finally, we should set ourselves the strategic goal of changing the way health workers are trained, so that those trained will have as their educational objectives the completion of tasks defined by the medical needs and demands of the populations served.

A questão da política de saúde: Importantes mudanças de nossa atitude para com os problemas de saúde (Resumo)

As mudanças pelas quais passou o atendimento de saúde nos últimos 50 anos simplesmente equivaleram a uma grande revolução e a um repto singular à nossa atitude para com a saúde e a doença. Entre muitos outros, quatro exemplos ajudam a ilustrar em que consistem essas mudanças, e a corroborar a tese de que já deveriam ter surgido muitas outras novidades em matéria de estratégia de planejamento de serviços de saúde. Descritos em grande detalhe no texto, esses quatro exemplos ilustrativos são os seguintes:

Primeiro: a técnica do trato do paciente acamado e a alta tecnologia são hoje menos importantes para a eficaz prestação de serviços de saúde. De fato, esse atendimento tornou-se muito mais simples de proporcionar.

Segundo: adquirimos maior consciência do impacto relativamente pequeno exercido pelos serviços de saúde nos países industrializados ou, pelo menos, na saúde comunitária, em comparação com estilos de vida e fatores sócio-econômicos.

Terceiro: temos podido apreciar a crescente

contradição que existe em gastar com hospitais—esses gigantescos centros de atendimento episódico—quando (pelo menos nos países industrializados) as doenças são em sua maioria virtualmente incuráveis alguns anos *antes* da manifestação de seus sintomas.

E, quarto: aumentou nossa capacidade de prever a futura vulnerabilidade às doenças e, com isso, nossa responsabilidade em matéria de adoção de medidas preventivas.

Em face dessa e de outras grandes modificações, seria de esperar a ocorrência de substanciais reformas na organização do atendimento de saúde em todo o mundo, fato que, não obstante, é raramente encontrado. Ao invés, encontra-se uma comunidade após outra assoberbada por dilemas de atendimento de saúde. Muitos desses dilemas têm características comuns. Numerosos são os casos em que a comunidade apresenta problemas que nada mais requerem do que atenção médica, a qual, porém, ou não é prestada ou existe, mas é caríssima. Numerosos são os casos de problemas de saúde que dependem de atitudes para com a própria saúde—tais como dieta, exercício e nutrição—que não são combatidas. Numerosos são os casos de crescente aplicação de recursos à medicina praticada por médicos, processo que, por uma série de razões locais, é ineficaz. E numerosos são

os casos em que os serviços de saúde se orientam totalmente para a medicina curativa, e em que todos os planos para o futuro são também formulados nesses termos.

Justapondo esses problemas comuns às grandes modificações ocorridas no cenário médico, é possível formular efetivas estratégias de ataque aos problemas pertinentes. Nesse sentido, podem-se sugerir diversas mudanças de estratégia. Talvez a mudança mais importante na estratégia das atividades de saúde seja, por exemplo, a aumento da participação popular no fortalecimento de serviços de saúde. Outra possibilidade consistiria em alterar o equilíbrio entre atendimento primário e atendimento hospitalar, dotando o primeiro de nova importância, novos recursos e novas pesquisas. Outra meta estratégica de nossos novos conhecimentos seria simplificar e desmistificar o atendimento médico. Outra mais, seria desenvolver tecnologias primárias e intermediárias. Ainda outra, consistiria em acelerar as pesquisas em colaboração. Finalmente, deveríamos estabelecer a meta estratégica de reformar o treinamento de pessoal de saúde de modo a estabelecer, para aqueles que recebem o treinamento, objetivos educacionais como a execução de tarefas definidas pelas necessidades e exigências médicas das populações servidas.

La politique de la santé: Profonds changements dans notre conception des problèmes de santé (Résumé)

Les changements intervenus dans le domaine de la santé depuis un demi-siècle ne représentent rien d'autre qu'une profonde révolution, et qu'un défi singulier à notre conception de la santé et de la maladie. Quatre exemples de changement choisis parmi de nombreux autres permettent d'illustrer ce qui se passe et de corroborer la thèse selon laquelle les stratégies en matière de planification de la santé ont besoin d'être renouvelées dans quantité de domaines. Ces quatre exemples, décrits de façon plus détaillée dans le texte, sont les suivants:

Premièrement, la médecine de chevet et la technologie avancée sont moins indispensables qu'auparavant à l'efficacité des soins médicaux. En fait, les soins sont devenus très faciles à dispenser.

Deuxièmement, nous sommes plus conscients de l'incidence relativement faible des services de santé, au moins dans les pays industrialisés, sur la santé communautaire, par comparaison aux modes de vie et aux facteurs socioéconomiques.

Troisièmement, il nous est apparu de plus en plus illogique d'avoir à subir des frais de séjour dans les hôpitaux—ces énormes centres de soins épisodiques—où (au moins dans les pays industriels les plus avancés) la plupart des maladies sont pratiquement incurables quelques années avant que les symptômes n'apparaissent.

Et quatrièmement, notre aptitude à prédire la vulnérabilité future à la maladie s'est développée et, avec elle, notre obligation de prendre des mesures préventives.

Face à ces profonds changements et à d'autres encore, on s'attendrait à découvrir des transformations sensibles dans l'organisation de la santé de par le monde. Or, tel est rarement le cas. En fait, on s'aperçoit que les communautés, les unes après les autres, se débattent dans une situation difficile en ce qui concerne les soins de santé. Un grand nombre de leurs difficultés ont des caractéristiques communes. Dans de nombreux cas, la communauté a à faire face à des problèmes de santé qui nécessitent la fourniture de soins

médicaux simples, mais ces soins ne sont pas dispensés—ou ils le sont moyennant un coût énorme. Souvent, les problèmes de santé dont la solution dépend d'un changement de comportement—régime, exercice et meilleure nutrition—sont négligés. Nombreuses sont les personnes qui consacrent de plus en plus de ressources à des soins prescrits par un médecin et qui, pour diverses raisons d'origine locale, sont inefficaces. Enfin, trop souvent encore, les services de santé sont uniquement orientés vers la médecine curative et tous les plans relatifs à l'avenir ne sont formulés qu'en fonction de cette médecine.

Si l'on examine ces problèmes communs en tenant compte des profondes transformations évoquées précédemment à propos de la médecine, on devrait pouvoir définir des stratégies efficaces pour faire face à ces problèmes. A cet égard, divers changements peuvent être suggérés. Par exemple, le changement le plus important pourrait

être une participation accrue de la population au renforcement des services de santé. Un autre changement pourrait porter sur l'importance relative de la médecine primaire et des soins hospitaliers: la médecine primaire pourrait faire l'objet d'une attention plus prononcée, bénéficier de nouvelles ressources et faire l'objet de nouveaux travaux de recherche. Un autre objectif stratégique de nos nouvelles connaissances devrait être la simplification et la démystification des soins médicaux. Un autre objectif encore devrait être de créer des technologies de niveau simple et intermédiaire. On devrait également s'efforcer de promouvoir la collaboration dans le domaine de la recherche. Enfin, nous devrions nous fixer pour objectif stratégique de modifier la façon dont le personnel de santé est formé, de manière que les études dispensées soient orientées vers l'exécution de tâches définies en fonction des besoins médicaux et des exigences des populations à desservir.