

SISTEMAS DE SALUD EN LAS DIFERENTES FORMAS DE ORGANIZACION SOCIOECONOMICA DE LAS SOCIEDADES

Ana Luisa Velandia de Varela*

INTRODUCCION

Henry Sigenst en su artículo escrito en 1954 sobre “Ciencia e Historia”, plantea que para entender correctamente un nuevo avance científico, debemos estudiarlo dentro del marco de la civilización general de ese período, en todos sus aspectos: económico, social, literario, artístico, etc., ya que por ejemplo, las experiencias en el estudio de la anatomía nos demuestran que un progreso científico sólo puede ocurrir en una atmósfera determinada, que sigue las tendencias generales de la época; y es obvio que las condiciones económicas y sociales reinantes tienen una fuerte influencia sobre el desarrollo de la ciencia, sea actuando como un estímulo e incentivo o como un factor retardatario.

La historia de la ciencia puede enseñarnos mucho; con demasiada frecuencia, en nuestras escuelas es enseñada de modo dogmático y sin relación a su marco cultural. Se transmite a los estudiantes un campo de conocimientos simplificados y cuidadosamente dirigidos, que ellos aceptan como cosa natural. La educación de post-gradó forma especialistas

*Profesor asistente De, P.H.D. en S.P.

Departamento de Administración y Educación en Servicios de Enfermería.

eficientes pero a menudo muy poco o nada educados fuera de su especialidad; si deseamos formar un ciudadano capaz de pensar científicamente y un profesional preparado para participar en la acción social, tenemos que mejorar nuestros métodos de enseñanza. Una manera de lograrlo y muy promisorio, es enfocar la ciencia, no sólo técnicamente sino también histórica, filosófica y sociológicamente.

En otras palabras, la educación superior debe tender más que a producir profesionales, a formar intelectuales, utilizando el concepto de lo que para Foucault es intelectual: “aquel que hace uso de su saber, de su competencia, de su relación con la verdad, en el orden de las luchas políticas”.

Pero la composición de la intelectualidad no se define como clasista. La deficiencia de la “organicidad”, o sea hacia quien se inclina el intelectual, tiene que ver con su extracción y compromiso social y al no ser homogénea, presenta distintos tipos de actuar.

Si el médico (la enfermera, el odontólogo), es “orgánico” a la clase dominante, oscurecerá la esencia social de la enfermedad. Si por el contrario, define su posición comprometida con las penalidades del pueblo, con las necesidades de salud de su población, esto significa que está con la clase oprimida.

El equipo de estudio Multiprofesional de la Universidad de Antioquia en la Introducción a su ponencia sobre: “La situación actual de Colombia y su incidencia en salud”, analiza que siempre ha inducido nuestra formación recibida a considerar las profesiones aisladas y en el caso de los profesionales de la salud a concentrar la mayor atención en el paciente, olvidando con mucha frecuencia que aquel ser proviene o hace parte de una familia, componente de una sociedad, por consiguiente orientada por un sistema que involucra aspectos económicos, culturales, sociales, etc., todo ordenado por sistemas políticos resultantes de la evolución histórica a través de los tiempos, cuyos cambios cualitativos, siempre han desencadenado conflictos que la misma historia testifica.

Teniendo en cuenta, entonces, que la medicina es el resultado dialéctico de las fuerzas existen tanto fuera como dentro de ella, siendo las primeras más importantes que las segundas, si atendemos a su grado de influencia, es necesario que primero tratemos de comprender nuestra realidad social y las fuerzas que la han determinado, haciendo un análisis que muestre la interrelación de los hechos históricos, no como “relatos anecdóticos” de fenómenos aislados, sino como parte de un proceso, regulado por leyes

objetivas que es preciso descubrir si queremos llegar a la raíz de los fenómenos y encontrarles sentido.

Historia de la Medicina y de la Organización de las Sociedades para Proveer Atención de Salud a sus Miembros

En sus comienzos la enfermedad tuvo una interpretación metafísica, la cual fue dando paso a la interpretación científica que se fué imponiendo a medida que el hombre iba desarrollando sus conocimientos, basado en lo real y objetivo de la naturaleza. Tal evolución coincide con las estructuras socio-económico-políticas.

La *comunidad primitiva*, como régimen social, se asienta desde el periodo paleolítico hasta el neolítico, y comprende dos etapas: la primera época caracterizada por las hordas humanas primitivas y una segunda que corresponde al régimen tribal.

El pensamiento predominante en esta época era el mítico mágico, más es reconocible que en los momentos iniciales el hombre mantuvo concepciones realistas de los fenómenos que se producían en su organismo, interpretando la enfermedad como producto de la incidencia de los factores naturales sobre su cuerpo. Así una piedra caía, le daba golpes y por tanto dolor.

Esta explicación por sí misma, no satisfacía su comprensión de los fenómenos más complejos que así lo requerían; surgen entonces las concepciones ontológicas sobre las enfermedades, que le atribuían a unos seres minúsculos vivos y hostiles al hombre, la causa de éstas al penetrar en el cuerpo humano.

Este pensamiento en su evolución y complejidad creciente se hace francamente idealista y aparecen las tendencias animistas que atribuían la causa de las enfermedades a los espíritus, como entes extracorpóreos que dominaban sobre los hombres. Así se le dió el valor a los cuerpos inanimados considerándolos también como causales de mal.

Más adelante se consideraban como provocados por demonios o por la ira de los dioses. Todos en definitiva estaban caracterizados por su base idealista, con una escasa comprensión de los fenómenos de la naturaleza.

Sintetizando, en la comunidad primitiva inicialmente el hombre afrontaba la enfermedad en una forma instintiva, animalesca, por así decirlo. A medida que observa y acumula experiencias, establece

expectativas para el futuro, creando su imaginación “seres superiores” a quienes responsabiliza de los fenómenos naturales que se presentan bajo la forma de enfermedad.

Cada vez el pensamiento del hombre se hace más complejo, deslinda un mundo material y un mundo espiritual. Coincide en estos momentos la desaparición del régimen tribal y el comienzo de la división de la sociedad en clases, como consecuencia de la división social del trabajo, con el surgimiento de las nuevas relaciones de producción que darían origen al régimen esclavista.

La sociedad esclavista, sin embargo, representó un paso de avance para la humanidad: sociedad esclavista con una gran división del trabajo (trabajo físico e intelectual); con sus hombres libres y esclavos. Las civilizaciones más desarrolladas de este periodo fueron las de Grecia, Roma y el Antiguo Oriente.

Durante la etapa esclavista predominan “los espíritus del mal” como explicación, brujas, demonios-dioses, quienes “al apoderarse de alguien” son expulsados con exorcismos-danzas-magia-amuletos, métodos que aún hoy pueden verse en algunas culturas. En otras se la consideró como un castigo de los dioses, consistiendo la terapéutica en penitencia y flagelos. Para contraste, los hebreos imaginaron un Dios único como dispensador del bien y del mal.

El médico de esta etapa se basa en el empirismo e intervención de la divinidad maléfica que le toca apaciguar. En la mayoría de los pueblos es marcadamente sacerdotal, formando en unos casta especial como Egipto y Siria, por ejemplo.

Entre los griegos, que se dedicaron bastante a la medicina, el arte y la filosofía, en el año 460 a.n.e. (siglo V de Pericles) nace Hipócrates quien a base de observación, razonamiento, análisis y síntesis, da una concepción más científica y moral a la medicina.

Su obra domina hasta el siglo XVI, a través de la Escuela de Alejandría, de Galeno y los compiladores bizantinos y árabes (como Avicena).

En las formas esclavistas de la sociedad, la medicina institucional estaba vinculada exclusivamente a los no esclavos, ya que éstos no eran considerados hombres (Platón).

Las relaciones feudalistas de producción no hicieron su aparición con homogeneidad en los distintos países. En los periodos iniciales y medios del sistema feudalista las tendencias religioso-idealistas predominan en todos

los sentidos; al hombre se le consideraba como poseído por el diablo o que la enfermedad era una gracia de Dios, que debía ser sufrida.

Este fue en general un período de estancamiento para las ciencias, durante el cual se desecharon las investigaciones y experimentos como métodos para conocer la naturaleza.

Es comprensible que estas afirmaciones no eran válidas para los períodos finales del sistema feudalista, pues los grandes descubrimientos de finales del período, los avances logrados en las investigaciones, unidos al desarrollo de las fuerzas productivas manufactureras, permitirían el desarrollo del incipiente capitalismo que implicó un vuelco en el saber humano.

Durante la etapa feudal suceden grandes epidemias como la peste bubónica que aparece en Egipto, la peste negra a mediados del siglo XIII, la viruela y la lepra que son introducidas en Europa por las cruzadas.

En la edad media, la medicina formal se encierra en castillos y conventos y la medicina informal (brujería) se desarrolló de tal manera, que es necesario perseguirla por cuanto constituía una fuente de valor diferente a la del sector feudal.

En la medida en que las primeras formas de mercantilismo irrumpieron en Europa, encarnadas en la clase emergente de los mercaderes, la medicina salió de los castillos para ubicarse en los hospedajes o postas, donde se desarrolló en la forma de antiguos hospitales u hoteles. Esto indudablemente, implicó modificaciones no sólo en la formación y extracción social del médico, sino en una ampliación de la base demandante de servicios de salud.

El espíritu crítico que empezó a ridiculizar el escolasticismo y la lucha por las manufacturas correspondientes al proceso económico de la época, se desarrolló en los últimos siglos del feudalismo, lo cual se enmarca en el renacimiento.

Se va haciendo entonces una revolución cultural en todos los campos, que dejando atrás lo feudal, va abriendo paso hasta concretarse en la revolución francesa de 1789, la cual se puede considerar como democrático-burguesa.

América en tal época ya estaba descubierta. Con los enciclopedistas las ideas y experiencias de la Revolución Francesa, (1789), repercutían en las colonias que padecían la explotación por la metrópoli de ese tiempo. La

concentración de individuos en las ciudades (donde ya había movilización de capital comercial), coadyuva a explicar otras epidemias que se presentaron y la teoría de los malos olores o miasmática.

Michel Foucault en su artículo: "Historia de la Medicalización", al analizar la huella que ha dejado en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII, considera que "la medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y sólo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente".

La medicina no estaba interesada en el cuerpo del proletario, en el cuerpo humano, como instrumento laboral. No fue sino hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos.

Foucault considera que se pueden reconstituir tres etapas de la formación de la medicina social: medicina del estado, medicina urbana y medicina de la fuerza de trabajo.

La "medicina del estado" se desarrolló principalmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII. Sobre este problema específico vale mencionar la afirmación de Marx en el sentido de que la economía era inglesa, la política francesa y la filosofía alemana, pues fue en Alemania donde se formó en el siglo XVII, mucho antes que en Francia y en Inglaterra, lo que puede denominarse ciencia del estado, es decir, el estado como objeto de conocimiento y como instrumento y lugar de adquisición de conocimientos específicos.

Así se originan en Francia las estadísticas de natalidad y mortalidad, y en Inglaterra los grandes recuentos de población que aparecieron en el siglo XVII. Pero tanto en Francia como en Inglaterra, la única preocupación sanitaria del Estado fue el establecimiento de tablas de natalidad y mortalidad como índice de salud de la población y el crecimiento de la propia población, sin ninguna intervención eficaz y organizada para elevar su nivel de salud.

La segunda trayectoria del desarrollo de la medicina social está representada por el ejemplo de Francia, donde a fines del siglo XVIII, con el descubrimiento de las estructuras urbanas se desarrolla una medicina social no apoyada por la estructura del Estado, como en Alemania, sino por un fenómeno enteramente distinto: la urbanización.

Se puede afirmar que hasta el siglo XVII, en Europa, el gran “peligro social” estuvo en el campo. Los campesinos paupérrimos, al tener que pagar más impuestos, empuñaban la hoz e iban a atacar los castillos a las ciudades. Por el contrario, a fines del siglo XVIII, las revueltas campesinas comienzan a ceder, pero los conflictos urbanos se vuelven cada vez más frecuentes con la formación de una plebe en vías de proletarizarse. De ahí la necesidad de un serio poder político, capaz de investigar el problema de esta población urbana.

La medicina urbana, con sus métodos de vigilancia, de hospitalización, etc., no fue más que un perfeccionamiento, en la segunda mitad del siglo XVIII, del esquema político-médico de la cuarentena que había sido iniciado a fines de la edad media, en los siglos XVI y XVII.

Sin embargo, hasta fines del siglo XVIII, no se tocó el tema del conflicto entre la medicina y otros tipos de poder: la propiedad privada. Los espacios comunes, como los lugares de circulación, los cementerios, los osarios y los mataderos fueron controlados, lo que no sucedió con la propiedad privada antes del siglo XIX. La medicina urbana no es realmente una medicina del hombre, del cuerpo y del organismo, sino una medicina de las cosas: el aire, el agua, etc.

Sin embargo, es preciso señalar que la salubridad es la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos. Salubridad e insalubridad significan el estado de las cosas y del medio en cuanto afectan la salud. La higiene pública es el control político-científico de este medio.

El concepto de salubridad aparece pues, al comienzo de la revolución Francesa, y el de higiene pública había de ser el concepto que en la Francia de principios del siglo XIX abarca lo esencial de la medicina social.

La tercera dirección de la medicina social puede ser analizada a través del ejemplo Inglés. Es decir, en primer lugar del Estado, en segundo lugar la ciudad y por último los pobres y los obreros fueron objeto de la medicalización.

En esa época las casas no estaban numeradas ni había servicio postal y nadie mejor que los pobres conocían la ciudad con todos sus detalles e intimidades y cumplían una serie de funciones urbanas fundamentales: hacían diligencias, repartían cartas, retiraban de la ciudad muebles y trapos viejos que luego redistribuían o vendían. Formaban parte de la instrumentación de la vida urbana.

En el nivel en que se situaban eran bastante útiles. Hasta el segundo tercio del siglo XIX, no se planteó el problema como un peligro.

A partir de la epidemia de cólera de 1832, que comenzó en París y se extendió a toda Europa, se consideró que la convivencia de pobres y ricos constituía un peligro sanitario y político para la ciudad, y ello originó el establecimiento de barrios pobres y ricos. El poder político comenzó entonces a intervenir en el derecho de la propiedad y de la vivienda privada.

En Inglaterra, país que experimentaba el desarrollo industrial y, por consiguiente, el desarrollo del proletariado -más rápido e importante-, aparece una nueva forma de medicina social. Es esencialmente la "Ley de los pobres" lo que convierte a la medicina inglesa en medicina social, en la medida en que las disposiciones de esa Ley implicaban un control médico del necesitado.

De manera general se puede afirmar que, a diferencia de la medicina del Estado Alemán del siglo XVIII, aparece en el siglo XIX y sobre todo en Inglaterra, una medicina que consistía esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas.

El sistema inglés de Simón y sus sucesores, permitió la realización de tres sistemas superpuestos y coexistentes: Una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, y una medicina privada que beneficia a quien tiene medios de pagarla.

La acumulación del capital conseguido con el comercio "-Mercantilismo-" y concomitando con los adelantos médico y científico, dio paso a su inversión en Industria, cuyo desarrollo distingue al verdadero *capitalismo*.

Fue en esta etapa y después de la Revolución Francesa, cuando se desarrolló la Escuela Médica Francesa, que comienza a usar el método científico para el análisis clínico-individual del paciente. Después de la promulgación de los derechos del hombre, también se mira al enfermo, no como un ser digno de caridad sino como a un ciudadano, a quien el Estado debe atender. De ese entonces datan muchos hospitales.

Así mismo, durante este período aparecen productos químicos, como el DDT y biológicos como las primeras vacunas (rabia-viruela).

Por otra parte, también aquí podría localizarse el desbalance demográfico actual, con el advenimiento de productos capaces de prevenir e inclusive de curar algunas enfermedades; el número de vivos comenzaría a predominar. Vemos por tanto que la llamada "explosión demográfica" es consecuencia de la evolución del sistema capitalista y no una causa del subdesarrollo. La industrialización (urbanización, participación de la mujer

en la producción) el aumento en el nivel educativo, se convierten en factores equilibradores de este proceso.

El acúmulo de capitales, la progresiva tecnificación, el monopolio, la exportación de capital, lleva al capitalismo a su fase imperialista que continúa irradiando su poder económico, político, cultural e ideológico sobre todas las actividades de sus países dependientes.

En esta etapa imperialista vemos la exagerada tecnificación de la medicina, el médico que por producirle más al patrón, o para sí mismo, va olvidando la adecuada relación médico-paciente, llegando a la deshumanización que es el común denominador de una sociedad, producto de un sistema en crisis.

El siglo XX, época histórica del tránsito del capitalismo al socialismo, nos ofrece el desarrollo o la aparición de nuevas concepciones sobre la salud y la enfermedad.

Las finalidades y buena parte de los métodos de la medicina son sociales. El propósito de la medicina actual no es ya, restaurar la salud, sino favorecer el equilibrio del individuo con su ambiente para mantenerlo como miembro útil a la sociedad y readaptarlo cuando a consecuencia de una enfermedad se afecte su utilidad a la sociedad, lo cual evidentemente es una finalidad social. Y es que las funciones mismas de la medicina son de carácter social.

El fomento de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración de la salud y la rehabilitación del invalidado, requieren actividades de grupo y métodos sociales.

TIPOS FUNDAMENTALES DE SISTEMAS DE SALUD EN LA ACTUALIDAD

En el mundo actual y en concordancia con las tres formas fundamentales de organización socio-económica, se fueron constituyendo tres tipos de salud pública: La salud pública de los países socialistas, la salud pública de los países capitalistas económicamente desarrollados y la salud pública de los países en desarrollo. A pesar de que la presentación del último tipo de nuestra clasificación como una categoría independiente, tiene carácter temporal, la necesidad de hacerlo así está relacionada con las particularidades de la situación de salud de la población, las causas de la mortalidad, los gastos totales en salud, el desarrollo de los recursos institucionales y de personal, las condiciones y principios de organización de los servicios de salud pública en los países en desarrollo.

La Salud Pública en los Países Socialistas

- Con los principios generales de la Salud Pública de los países socialistas, se relacionan: su carácter estatal, la unidad y carácter planificado de la Salud Pública, la gratuidad y accesibilidad de la población a la atención médica, la orientación profiláctica, la unidad de la teoría y la práctica médica con la amplia utilización de las conquistas de la ciencia y la técnica en la actividad de las instituciones de salud, la participación de amplias masas de trabajadores y organizaciones sociales en la conservación de la salud de la población.
- La creación de sistemas de Salud Pública estatales en los países socialistas, se constituyó cualitativamente en una nueva etapa superior por la defensa de la salud de la sociedad y como una demostración evidente de las ventajas del socialismo.
- *Características del Sistema de Organización de la Salud Pública en los Países Socialistas.*
 - El Ministerio de Salud Pública de los países socialistas, realiza control sobre todos aquellos campos de actividad que tienen carácter estatal como: la preparación de los actos legislativos sobre problemas de salud pública, la elaboración del plan administrativo y presupuestal general, la recolección de la información estadística y epidemiológica, el desarrollo de la educación médica superior, la cooperación internacional, etc., así como el control sobre el trabajo de las divisiones territoriales de salud pública, quienes tienen la responsabilidad sobre la organización y dirección de la actividad curativo profiláctica en toda su extensión, que cubre todos los servicios e instituciones que funcionan en el territorio dado.
 - El desarrollo de la red de instituciones no hospitalarias en los países socialistas, el perfeccionamiento de su actividad y el aumento de la cantidad de personal médico que trabaja en ellas, contribuyeron a elevar la calidad de la atención policlínica (ambulatoria), a ampliar su cobertura, su accesibilidad general y consecuentemente al significativo aumento de la demanda.
 - Lugar sobresaliente en la salud pública socialista, ocupa el servicio sanitario epidemiológico que lleva a cabo complejas actividades de salubridad a través de la red de instituciones sanitarias epidemiológicas, con la amplia participación de las instituciones curativo-profilácticas, las empresas industriales, las organizaciones sociales y la comunidad.

- La conservación de la salud de las mujeres y los niños, constituyen una importante tarea de la sociedad socialista, ya que crea un fundamento sólido para la salud de las futuras generaciones. Con este objeto se lleva a cabo una amplia esfera de actividades socio-económicas y médicas que aseguran la compatibilidad de la función materna con la activa participación de la mujer, tanto en la actividad laboral como social y el armónico desarrollo de los niños adolescentes. El Estado otorga las garantías legales para la conservación del trabajo a la mujer embarazada, lactante, la educación de los niños en las instituciones preescolares, el estímulo moral y material a la maternidad, y una atención médica multilateral a la madre y al niño.
- Un logro importante de la salud pública de los países socialistas, lo constituye la creación de un sistema de atención médica por etapas a la población rural. Las formas fundamentales de la atención médica para la población rural es suministrada a través de los hospitales y policlínicas (ambulatorios). La prestación de atención médica especializada descansa en los hospitales generales por territorio (por repúblicas, regiones, provincias, etc.) y en los dispensarios por especialidades (cardiológicos, pulmonares, etc.). Un considerable volumen de atención curativo-profiláctica recibe la población rural en las instituciones urbanas de atención médica altamente calificada.
- En todos los países socialistas durante los últimos decenios, tiene lugar un significativo aumento de la cantidad de instituciones hospitalarias. Durante los años del poder popular, la disponibilidad de camas en la mayoría de los países creció en 100% a 150% y la disponibilidad de la población de atención hospitalaria logró niveles de 80 - 100 camas por 10.000 habitantes. En todos los países se observó una clara tendencia hacia la reducción del número de hospitales pequeños de pocos recursos, y el aumento del número de hospitales grandes y bien dotados.
- Gracias al intensivo desarrollo de la educación médica superior y media, en los países socialistas se resuelve exitosamente el problema del recurso de personal en salud. El indicador de disponibilidad de médicos en la época actual se encuentra al más alto nivel en el mundo y de 20-25 médicos por 10.000 habitantes. (En la URSS, 33.0). Análoga tendencia tiene lugar en la relación de otro tipo de personal de la salud.
- Consecuentemente, en los países socialistas permanentemente se mejoran los indicadores del estado de salud de la población, se lleva

a cabo un proceso de formación de una homegeneidad social de la salud de la comunidad.

Esto los diferencia de los países capitalistas, donde la situación de salud de diferentes capas de la población se caracteriza por diferencias sustanciales, que dependen directamente de la situación social y los recursos materiales de que dispongan.

- *La Salud Pública en los Países Capitalistas, Económicamente Desarrollados*

La salud pública en los países capitalistas económicamente desarrollados, se caracteriza por determinadas regularidades, la más importante de las cuales es la contradicción entre las necesidades (demandas) de atención médica calificada, de amplias masas de trabajadores y por el carácter de clase de su organización. Estas contradicciones no tienen carácter específico propio, sino que son sólo el reflejo de las contradicciones generales entre el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción en la sociedad capitalista.

Algunas *características* que reflejan la relación ínfima que existe entre el proceso salud-enfermedad y la práctica de la medicina en el sistema capitalista, pueden resumirse así:

- La atención médica no responde a las verdaderas necesidades de la población, sino que se subordina a satisfacer la demanda de asistencia médica, como cualquier otra.
- No existe una política estatal coherente y planificada de salud porque el espíritu de empresa privada, la competencia, el comercialismo, el negocio, la búsqueda de ganancias, le imprimen a la atención médica el sello característico de la anarquía de la producción capitalista.
- La orientación preventiva en la práctica médica está reducida a su mínima expresión. Los médicos según las relaciones sociales imperantes son, en el fondo, enemigos de la salud, porque viven a expensas de la enfermedad.
- El marco conceptual que orienta la formación del médico responde a la necesidad de perpetuar los intereses de la clase dominante: desvinculación de la vida social, estímulo a la práctica privada, etc.
- La ausencia de una política de investigación que permite la práctica de la ciencia por la ciencia, no dirigida a resolver los problemas

fundamentales de la población ni a profundizar las causas, formas de presentación y desarrollo del proceso salud-enfermedad. (U orientada por la política real que establecen las empresas financiadoras: Laboratorios).

- La producción de medicamentos y equipos está sometida a las leyes de la producción capitalista que impiden su racionalización, de acuerdo a las exigencias objetivas de la (salud de la población) población enferma y el desarrollo proporcional y armónico de las diferentes ramas.
- Está impregnado de sensacionalismos y crea necesidades superfluas en la población en pro del propio desarrollo del capitalismo. Se explota la ignorancia del paciente, su ignorancia y su mentalidad de consumidor.
- La concentración de los recursos materiales, técnico-científicos y humanos en las zonas urbanas acentúan las históricas diferencias entre la ciudad y el campo.
- La participación de la población en la solución de los problemas de salud se ve limitada por las condiciones sociales de existencia y el bajo nivel educacional, lo que unido a los propósitos de importancia pírrica y a los medios insuficientes, hacen fracasar cualquier intento.

En una serie de países capitalistas, a finales de la década del 60 y comienzos de los años 70, como resultado de las luchas sociales del proletariado y de amplias capas no proletarias de trabajadores, fueron obtenidos algunos resultados positivos en el campo de la legislación de salud. Así, en la Gran Bretaña, en 1973, el Gobierno se vio obligado a dictar una ley sobre reforma de la planificación de la salud pública y más tarde, a llevar a cabo una reorganización de sus servicios.

En Francia se cambió la legislación sobre financiación de las instituciones curativas. En el año de 1971, en Suiza, fueron promulgadas las leyes sobre defensa de las personas y el medio ambiente, de la contaminación y "sobre prevención de las enfermedades infecciosas". Una resolución especial sobre planificación de la atención hospitalaria fue dictada en 1969 en Italia. En Noruega, Dinamarca y Canadá, se emitieron leyes sobre reorganización de la asistencia social y reforzamiento de la orientación profiláctica de la atención médica; leyes sobre prevención de enfermedades transmisibles, sobre la lucha contra la tuberculosis y

sobre el control de los productos alimenticios, fueron igualmente promulgadas entre 1971 y 1972 en Bélgica.

Los éxitos de la salud pública en la Unión Soviética y en otros países socialistas, tuvieron una decisiva influencia en la formación de ejes centrales de desarrollo de la salud pública en el mundo, después de la segunda guerra mundial y en primer lugar en la elevación de los Gobiernos para garantizar atención de salud a toda la población.

El nivel de participación del estado, el fundamento jurídico y la organización del manejo de la salud pública, los principios para la construcción de diferentes servicios, tienen diferencias sustanciales en distintos países capitalistas; a pesar de ello, es posible distinguir tres formas diferentes que se combinan a diversos niveles:

Primera Forma: "Salud Pública Capitalista-Privada"

Se construye con base en el principio que proclama la conservación de la salud como una obligación individual de cada persona. Sobre esta base descansa la venta de servicios médicos y la compensación hecha por la población de los gastos por la prestación de la atención médica. En su forma más típica, esta forma de salud pública es la forma característica de los EE.UU., donde el principio de la empresa privada constituye el sistema fundamental de la atención médica, la industria farmacéutica y el suministro de medicamentos a la población.

Los elementos fundamentales del sistema son: el médico dedicado a la práctica privada, los hospitales que corresponden a personas o entidades privadas, firmas farmacéuticas y compañías privadas de seguros.

La atención ambulatoria igualmente, la realizan los médicos de práctica privada en sus propios consultorios o en consultorios de práctica agrupada voluntaria. En este caso, cada persona elige el médico y financia todos los gastos relacionados con el recibo de servicios médicos.

En los EE.UU., el 80% de los gastos en servicios médicos lo constituyen los pagos directos de la población.

Segunda Forma: De "Seguridad Médica"

Esta forma de organización para proveer atención de salud a los miembros de la sociedad, es característica de la mayoría de países capitalistas, económicamente desarrollados. La lucha de las fuerzas progresistas condujo a la aparición, en una serie de países especialmente en Europa Occidental, de sistemas de seguros de salud gubernamentales privados y mixtos, sobre los cuales descansa lo referente a los gastos en atención curativo-profiláctica de los enfermos, incapacitados y ancianos.

El fundamento de esta forma de organización lo constituye el seguro obligatorio de toda la población del país, que garantiza la compensación de los gastos en atención médica, lo cual la hace más accesible para la población.

Los fondos de la seguridad social se obtienen de cuotas especiales de los trabajadores, empresarios, así como de asignaciones estatales. El nivel de participación de cada una de las partes mencionadas, es diferente en los distintos países, así como la cobertura y la forma de compensación de los gastos por los servicios médicos. En Francia, el 98% de la población se sirve de manera primordial de los sistemas privados de seguridad médica.

En Suecia, funciona el sistema de seguro por enfermedad, que cubre prácticamente a toda la población. Las cuentas con el médico (de acuerdo al cálculo presentado por el paciente) se pagan a través de la respectiva caja.

En Dinamarca se tienen dos sistemas mixtos de seguridad: Uno para trabajadores que reciben salario inferior a un nivel predeterminado y otro para aquellos que reciben más de ese mínimo.

En Suiza, no existe un sistema nacional único de seguro por enfermedad. Aproximadamente el 90% de la población está asegurado en compañías privadas.

A pesar de que la medicina por seguro, constituye una conquista importante de los trabajadores, tiene también serias deficiencias o fallas; el aliviar el pago de los servicios médicos no aseguró la creación de un completo sistema de prestación de atención médica, tanto curativa como profiláctica y consecuentemente, no permitió resolver en forma completa todos aquellos multifacéticos problemas que siguen en pie en el campo de la conservación de la salud de la población.

Tercera Forma: o de la "Salud Pública Gubernamental"

Introducida en la Gran Bretaña en 1948, constituye la forma más avanzada o progresista de las tres formas de salud pública capitalista. Su financiación se hace a cuenta del presupuesto del Estado (85%), cuotas especiales de los trabajadores (10%) y otros recursos, que ingresan indirectamente de los enfermos por el uso de ciertas formas de atención odontológica, así como del pago adicional en caso de hospitalización en un cuarto individual. etc. (5%).

El sistema de salud "gubernamental" de Inglaterra se diferencia de los sistemas "estatales" de salud pública de la Unión Soviética y de otros países socialistas, por su propia estructura organizativa y algunas otras particularidades. Así por ejemplo, la más importante categoría de médicos, los médicos de práctica general, no son empleados del Estado y su actividad se organiza con base en un convenio laboral con el servicio gubernamental de salud pública.

La tendencia de los médicos generales hacia su independencia y conservación de los principios de actividad individual, constituyó la causa fundamental del incumplimiento de uno de los objetivos fundamentales de la ley sobre el servicio gubernamental de salud, cual era la creación de centros de salud, instituciones ambulatorias, dotados con todos los recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento.

En los últimos años se observa una tendencia hacia una construcción más intensiva de centros de salud pública, en los cuales sin embargo, trabaja apenas el 15% de los médicos. Entre las fallas del servicio de salud gubernamental de la Gran Bretaña, se encuentra el divorcio entre la labor profiláctica y la curativa.

Múltiples formas organizativas de salud pública, principios de construcción de diferentes servicios, han sido tomados del sistema soviético y transformados con base en las condiciones específicas de desarrollo de cada país; ésto se puede ver al analizar el sistema de salud pública de Inglaterra, al conocer el sistema regionalizado y por etapas de la organización de la atención médica de Suecia, los principios de organización de los servicios de salud pública de Finlandia, al estudiar los programas nacionales de salud de Francia, Italia y una serie de países. Esto es completamente normal ya que precisamente el sistema socialista de salud pública, es el que en forma más completa encarna los principios progresistas y las formas organizativas de desarrollo de la salud pública moderna

La Salud Pública en los Países en Desarrollo

El concepto, país en desarrollo, es una definición generalizante de los estados que surgieron como resultado de la desintegración del sistema colonial en Asia, Africa, América Latina y Oceanía, y en donde vive en la época actual 2/3 de la población del mundo no socialista.

Este grupo lo constituyen tanto estos países jóvenes que se han ido formando en los últimos tiempos, fundamentalmente después de la Segunda Guerra Mundial, como los países agrario-productores de materias primas de la periferia de la economía capitalista mundial, los cuales obtuvieron antiguamente su independencia política pero quedaron "enredados en las cadenas" del financiamiento externo y la dependencia cultural.

El difícil y polifacético proceso del movimiento de liberación nacional, llevó al surgimiento de estados que están a diferentes niveles de desarrollo socio-económico y político. Algunos países en desarrollo van por el camino de formación del capitalismo a pesar de que en forma específica (no occidentales, no "clásicas"), otros se orientan hacia el socialismo.

En el período de dependencia colonial, la salud pública de los países en desarrollo funcionaba exclusivamente en interés de los colonizadores, su función fundamental la constituía la prestación de atención médica a los combatientes, a la administración colonial y a cierta élite de la población nativa.

Es característico de los países que se colocaron en la vía no capitalista, la creación de sistemas estatales de salud. Los países que van por el camino del capitalismo paralelamente con la salud pública gubernamental, desarrollan también el sector privado y elementos de atención médica filantrópica o basada en el concepto de "caridad".

Sin embargo, se han identificado exactamente las tendencias de desarrollo de la salud pública, orientadas a la creación en la mayoría en los países en desarrollo de sistemas gubernamentales de salud pública.

En los países de América Latina, se advierte la tendencia hacia la centralización de la dirección de la salud pública y la elevación del papel de los gobiernos, en la resolución de los problemas de la atención de salud a la población.

Es indudable que la miseria, la pobreza, el hambre, y las infrahumanas condiciones de existencia de la población, constituyen la causa principal de las enfermedades en los pueblos subdesarrollados, lo cual se expresa en sus índices de morbimortalidad.

En cuanto a los recursos institucionales, por ejemplo, la disponibilidad de camas hospitalarias de la población de los países de América Latina, fluctúa de 6 camas en Haití, a 63 en Argentina, por 10.000 habitantes. En Colombia ha venido decreciendo paulatinamente. Así, en 1960 era de 30.7, en 1970 disminuyó a 22.8 y en 1977 descendió a 17.6.

Es característica la debilidad de los hospitales; más del 50% de los hospitales de América Latina tienen menos de 50 camas; 35% están calculadas para 50-200 camas; 10% para 200-400 camas y sólo cerca de 5% están calculados para más de 400 camas.

La desigualdad en la distribución del fondo total de camas, se refleja fuertemente en las diferentes regiones de estos países. Las diferencias en la disponibilidad de la población de diferentes regiones a veces alcanza proporciones de 1:10 y entre otras desventajas, los habitantes del área rural de diferentes regiones, se encuentran en la más baja probabilidad de lograr ser atendidos en dichas instituciones.

La disponibilidad de médicos en América Latina oscila entre 1 médico para 520 habitantes en Argentina, hasta 1 médico para 14.000 en Haití. (En Colombia 1 por 1.923 en 1977).

A pesar de que en la última década se advierte un aumento del número de médicos, continúa siendo un grave problema para los países de América Latina, la emigración o "fuga de cerebros", la cual retarda la resolución del problema de personal y trae consigo grandes pérdidas materiales y morales.

El análisis de los problemas existentes en los países en desarrollo, demuestra que sus resolución constituye una difícil tarea. Se demandan años de trabajo intenso y transformaciones socio-económicas radicales para que en cambio de las enfermedades y miseria afirmadas por el colonialismo, lleguen el progreso y la prosperidad, que garanticen una vida saludable y prolongada a cada ciudadano.

BIBLIOGRAFIA

Aldereguia, Henriques J. et. al. Algunas Consideraciones sobre Salud y Enfermedad. Rev. Cub. Adm. de Salud. 2:4, 1976

Fergusson, G. Esquema Crítico de la Medicina en Colombia. Bogotá, CIEC. 1979

Foucault, M. Historia de la Medicalización. Educación Médica y Salud. 11 (1): 3-25, 1977.

Lange, Oskar. Los modos de Producción y las Formaciones Sociales. Santiago: OPS/OPPS. Marzo, 1972.

Navarro, Vicente. La Medicina bajo el Capitalismo. Barcelona Edit. Crítica, 1979.

Sierra, Enrique. Conceptos Básicos de Economía. Santiago: OPS/OPPS; Agosto 1971.

Sigerist, Henry E. Historia y Sociología de la Medicina. Editado y Traducido por Gustavo Molino G. Bogotá: Edit. Guadalupe, 1974.

Vasco U., A.; Turizo, A.; Peláez, J.E. et. al. Análisis Histórico del Sistema de Salud en el País. Medellín: Escuela Nacional de Salud Pública, 1972.

Vasco U., A. y Otros. Situación Actual de Colombia y su Incidencia en Salud. Bogotá, U.N. Lectura Adicional 562.

Vasco U., A. Hacia una Mayor Comprensión de la Salud y la Medicina. Medellín. Escuela Nacional de Salud Pública, 1973.

Vasco U., A. Enfermedad y Sociedad. Editor A. Vasco U. Medellín: Hombre Nuevo, 1979.

Chikina, C. Ya. et. al. Socialismo y Salud Pública. Moscú: Edit. Medicina, 1982. (En Ruso).

Zabludovsky, P.E. et. al. Historia de la Medicina. Moscú: Edit. Medicina, 1981. (En Ruso).

Lisitsin, Yu. P. et. al. "Explosión Demográfica" y Neumaltusianismo. Moscú: Edit. Medicina, 1979. (En Ruso).

Malov, N.I. et. al. Fundamentos Modernos y Métodos de Planificación del Desarrollo de la Salud Pública. Moscú: Economía, 1981. (En Ruso).

Schepin, O.P. et. al. La Salud Pública de los Países Extranjeros. Moscú: Edit. Medicina. 1977. (En Ruso).

Serenko, A.F. et. al. Higiene Social y Administración Sanitaria. Moscú: Edit. Medicina. 1977. (En Ruso).

