

## **HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO ECOLÓGICO DE SALUD DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES.**

### **Resumen.**

Vivimos en un mundo en donde las relaciones causa y efecto han dejado de ser insignificantes, la capacidad de resiliencia del planeta ha venido disminuyendo con el aumento de las fuerzas productivas a lo largo de estos últimos treinta años que a diferencia de décadas anteriores las consecuencias son cada vez más importantes sobre la calidad de vida y diversidad ecológica del planeta; en la reunión del club de Roma, se advirtió a los líderes mundiales la necesidad de poner límites al crecimiento debido a las posibles consecuencias irreversibles que su acción traería sobre la vida en el planeta, especialmente sobre los más jóvenes. Fenómenos como el calentamiento global, la escasez de agua, la pérdida acelerada de biodiversidad, el aumento de la violencia e ilegalidad serían realidades presentes de no asumir límites y formas de distribución justas frente al crecimiento. Frente a esta situación las ciencias sociales desarrollaron conceptos sobre salud pública, individual y colectiva, que sin embargo no han logrado una adecuada conceptualización de las relaciones salud/enfermedad, especialmente porque el paradigma mecanicista, newtoniano y el dualismo mente/cuerpo no ha sido superado completamente en dichas perspectivas teóricas que si bien abogan por una comprensión holística y relacional de los fenómenos sociales vinculados a las relaciones salud/enfermedad, no son suficientes para comprender de manera adecuada estos fenómenos. Ellos no permiten comprender la complejidad de la “trama de la vida” las complejas interrelaciones existentes entre ecosistemas, especies y sociedad. Ante esta situación vale la pena preguntarse ¿qué nuevo paradigma, qué nuevos conceptos y maneras de estudiar la realidad se necesitan para solucionar la situación por la que atravesamos en el mundo actual?

### **EL PLURALISMO ESTRUCTURADO (PE) COMO BASE DE LOS SISTEMAS DE SALUD CONTEMPORANEOS ¿incoherencia o desfase?**

El (PE) como respuesta a las necesidades de salud de los distintos países de América Latina, en su momento fue la mejor alternativa para organizar la prestación de los servicios de salud, luego de una confrontación ideológica y casi militar entre dos grandes sistemas sociales que se disputaban el devenir de la sociedad mundial, capitalismo y comunismo. Con el triunfo del

capitalismo el (PE) encontró las condiciones necesarias para aplicar sus postulados, que no eran muy diferentes al liberalismo económico, con la diferencia, o mejor, el desarrollo de las tesis ortodoxas neoclásicas, al aceptar una intervención mínima del Estado en materia de a) seguridad, b) fallos de mercado c) cumplimiento de condiciones mínimas de prestación. (Franco, a: 2013; Molina, G. 2013; Almeida, 2002; Barragan 2007) Una propuesta intuitiva. Los objetivos del pluralismo estructurado eran: a) superar la fragmentación de los sistemas de salud nacionales b) lograr una cobertura universal en salud, c) mejorar la capacidad técnica y científica de las instituciones prestadoras, d) garantizar la viabilidad financiera de los sistemas. (Londoño y Frenk, 1997: 6) Para ello proponían cuatro principios rectores sistema: 1) modulación, 2) financiamiento, 3) prestación, 4) articulación. Cuya base es la estructura poblacional y composición institucional. (Gutiérrez y Restrepo, 2012: 3) Con los cuales se esperaba tener un sistema con calidad, cobertura y viable financieramente.

Para los autores del pluralismo estructurado, con la confianza ingenua de los economistas neoclásicos en las bondades del mercado, pensaron que la libre competencia con unas condiciones mínimas vigiladas por el Estado, eran suficientes para resolver los problemas de salud postergados por sistemas ineficientes, de baja complejidad, integración y cobertura existentes en la región. Los supuestos empleados por ellos en el diseño del nuevo sistema de salud eran muy simples: libre competencia; mínima intervención estatal; responsabilidad individual por la salud; aportes mixtos entre empleador, trabajador e impuestos para financiar los planes de salud; los cuales tenían la bondad de subsidiar a aquellas personas más desventajadas en el acceso al sistema. Se suponía que los agentes de mercado: aseguradoras privadas, instituciones prestadoras de salud, empresas farmacéuticas y clientes se encargaban por medio de un plan básico de salud, de organizar y regular el buen funcionamiento del sistema. Para ello era necesario modificar el anterior modelo de regulación en el que el Estado “monopolizaba” la financiación y prestación del servicio. En la visión de Londoño y Frenk, esto era ineficiente, el Estado no tenía la capacidad de atender toda la demanda, bajos las condiciones de calidad y velocidad de respuesta requeridas. Para ello era necesario modificar las “rigideces” del Estado a través de la flexibilidad,

eficiencia y eficacia del mercado en la prestación del servicio, que por medio de la competencia iban a ser superados. En consecuencia se hizo un cambio en el esquema financiero de los sistemas de salud, las instituciones prestadoras dejaron de recibir financiación por parte del Estado para competir por recursos.

En este sentido el esquema de mercado se suponía el mejor modelo para atender con calidad a todos los usuarios del sistema. Sin embargo en la práctica este modelo no ha dado los resultados esperados, no solamente por las “fallas del mercado” que es una crítica convencional a la economía neo-clásica, sino que es un modelo normativo insuficiente para comprender y satisfacer las necesidades de salud de una sociedad. Más cuando está pensado como un esquema de mercado que convierte el derecho a la salud en mercancía. El modelo no tiene en cuenta la complejidad de variables involucradas en la conservación y re-establecimiento de la salud, tanto a nivel individual como colectivo.

“el primer paso para comparar los arreglos actuales y diseñar opciones para la reforma es tener una conceptualización clara del sistema de salud (...) para los propósitos de este artículo, la noción importante es que los diversos grupos de población presenten una serie de condiciones que constituyen necesidades de salud (...) al especificar las funciones del sistema de salud, resulta útil tener en mente la distinción convencional entre servicios de salud personales y públicos. Gran parte del análisis que sigue se concentrará en los servicios de salud personales (...) Este énfasis se justifica en el hecho de que los servicios de salud personales absorben la gran mayoría de los recursos, y casi todos los debates en torno a la reforma del sistema de salud se refieren de manera central a ellos” (Londoño y Frenk, 1997:7)

El modelo del pluralismo estructurado está ajustado a problemas personales de salud, descuidando bien sea por desinterés o vacío conceptual, que la salud como fenómeno complejo involucra relaciones personales, familiares, colectivas, ambientales, culturales y económicas que no están contempladas en la simpleza del actor racional de la economía neo-clásica. Incluso desconoce los aportes del ministro canadiense Lalonde en 1973 o los hechos por Dever en 1976 quién muestra precisamente que la afirmación del pluralismo estructurado es equivocada. Los recursos no deben orientarse hacia

los servicios personales vía sistema sanitario que es el menos relevante en la determinación de la enfermedad. Dever (1976)

Una consecuencia del modelo del pluralismo estructurado es que la salud pública y los derechos colectivos al medio ambiente, no se resuelven. La salud pública queda reducida a: educación masiva, saneamiento básico que no dan cuenta de las complejas inter-relaciones que existen entre la persona, las comunidades, la política, la economía y el medio ambiente en la configuración de las condiciones de salud. Aun cuando sus autores hagan un reconocimiento al margen de su importancia (Londoño y Frenk, 1997)

## **LAS RELACIONES ENTRE MODELO DE SALUD Y EL PLURALISMO ESTRUCTURADO.**

Los sistemas de salud no son solamente un diseño institucional. Estos implican un conocimiento sobre aquello que lo justifica, en este caso la salud. Sin embargo el pluralismo estructurado es un modelo de mercado que poco sabe sobre las relaciones salud-enfermedad. Este es un ordenamiento institucional de competencia regulada que permite a los agentes participar en la compra y venta de mercancías que no lo hace una teoría, un paradigma o un modelo comprensivo de la salud ¿cómo puede un modelo normativo resolver problemas de salud reales? Todo sistema que se encarga de garantizar la prestación de algo, cualquiera que este sea, supone su conocimiento, su comprensión, aunque no de manera acabada sí por lo menos lo debe hacer de manera fundamentada. El pluralismo estructurado puede ser un excelente árbitro, tener buena intuición, incluso saber improvisar, pero ¿cómo un juez puede ser jugador?

El pluralismo estructurado requiere de una propuesta que juegue dentro de sus reglas. La tesis que aquí se plantea es que el jugador mejor adaptado a esta propuesta es el complejo industrial que se deriva de la biomedicina. Cuyo funcionamiento está orientado hacia la enfermedad. (Barragan, 2007: 53) Si el sistema empleara como “software” un modelo distinto al biomédico no podría operar bajo las reglas del pluralismo estructurado, sería en este caso incompatible, por ejemplo la salud comunitaria. Sin embargo como las reglas de juego se basan en la economía de “mercado”, los ciudadanos son clientes y

los prestadores empresarios, los mejores participantes para la operacionalización del juego, hacerlo real, es el complejo industrial-farmacéutico derivado de las premisas biomédicas. Que incluso son reconocidas como agentes de interés dentro del pluralismo de mercado: “Otros generadores de recursos de gran importancia son los centros de investigación que producen conocimientos y desarrollan nuevas tecnologías, así como el extenso grupo de empresas que forman el complejo médico-industrial, tales como las compañías farmacéuticas y de equipo médico” (Ibíd.: 8) que hacen parte del componente del sistema de salud.

En este sentido el pluralismo estructurado no es tan plural como pretende (Gutiérrez y Restrepo 2012) dado que excluye del juego a otros jugadores, otras alternativas y paradigmas de la salud, bien de manera directa por medio de la competencia, indirecta a través de barreras legales o por medio de la cooptación. Juego en el que los más desventajados son los clientes quienes entran a la situación de mercado en condiciones desiguales: a) ingresos altamente diferenciados b) información mínima sobre la oferta y derechos a la salud, c) capacidad de elección, participación y decisión mínimas, d) baja capacidad del Ministerio o la superintendencia de regular agentes privados. Esto muy a pesar de que el pluralismo estructurado los considera fundamental dentro del sistema:

“En el modelo público unificado, el estado financia y suministra servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente. En su variante extrema, que actualmente se presenta solamente en Cuba, este modelo logra la integración horizontal de la población a costa de la libertad de elección, pues resulta ilegal ofrecer servicios fuera del monopolio gubernamental” (Londoño y Frenk, 1997: 10)

La biomedicina como paradigma y episteme que genera conocimiento sobre la enfermedad nace con la ciencia moderna durante el siglo XVIII (Quevedo, 1990: 2; Barragan, 2007, 52; Arredondo, 1992: 256; Giron, Orozco, Arredondo, 2012:319 ) con todas sus premisas ontológicas sobre la naturaleza del universo y su funcionamiento. Dentro de este paradigma la vida es definida fundamentalmente como un fenómeno físico, objetivo, observable, mecánico, que funciona gracias a la interacción de fuerzas que pueden ser descritas por medio de leyes independientes de la voluntad divina o

metafísicas del pensamiento teológico cristiano. Bajo este paradigma la vida fue escindida en un dualismo desafortunado. La naturaleza, aquella entidad viva de la cual dependen todos los organismos del planeta quedo reducida a un objeto mecánico muerto, suspendida en un universo vacío. El ser humano, su cuerpo y estudio también fueron estudiados bajo las mismas premisas. Una entidad orgánica, mecánica, individualizada, reducida a fenómenos físico-químicos carente de sentimientos, identidad, voluntad y cultura. El estudio de las enfermedades se convirtió en un acto objetivo orientado por la evidencia, en la que la sensibilidad y las relaciones sociales fueron ignoradas por considerarse irrelevantes para su estudio y curación.

Esta respuesta epistemológica fue necesaria para la época debido al tremendo dominio del pensamiento cristiano sobre la vida, la salud y la muerte. En consecuencia tanto la ciencia como la medicina se vieron en la necesidad de eliminar todas las premisas y supersticiones de la teología cristiana para poder conocer el funcionamiento de las enfermedades. Para lograrlo la respuesta fue el positivismo. A través de él la medicina, pudo salir de esta visión racionalista de la realidad, imposible de comprobación empírica, y recurrió al experimento como método de conocimiento para indagar las causas reales de la enfermedad, que fue supremamente exitosa durante el siglo XIX al promover múltiples descubrimientos que consolidaron su validez como episteme y herramienta de estudio. No obstante estos logros que sin lugar a dudas son colosales, generaron efectos indeseados sobre la comprensión del universo. Al ser este un objeto mecánico carente de voluntad y el cuerpo humano una entidad orgánica reducible a sus partes el estudio de la salud quedo postergado y el de la enfermedad gano toda la atención dado que el primero era objeto de toda una serie de teorías metafísicas, creacionistas, que no podían ser validadas empíricamente y caían nuevamente en las concepciones metafísicas del pensamiento cristiano. En este sentido variables tan importantes como a) la vitalidad de las personas b) sus vínculos sociales y la forma como ellos la afectan c) la manera de organizar sus sociedades, garantizar el acceso a recursos y resolución de disputas y d) su dependencia de los ecosistemas entorno, fueron ignoradas como elementos menores e irrelevantes en la explicación de la enfermedad.

Los resultados de la ciencia moderna y la medicina se tradujeron entonces en una de las industrias más importantes del mundo occidental, la farmacéutica. Quien se encargaba de abastecer un enorme mercado configurado a partir de la expansión británica por todo el planeta, negando los conocimientos locales como formas legítimas de tratamiento. La expansión del imperio británico, del capitalismo, con todos los procesos de cambio en las sociedades locales: industrialización, migraciones del campo a la ciudad, racionalización, estatización, implicó a su vez la imposición de sus enfermedades con sus correspondientes métodos de tratamiento. Así todo el planeta se convirtió en un gran mercado para la naciente industria farmacéutica, que entrado el siglo XX ha logrado controlar el mercado mundial de la salud a través de un complejo industrial que se sitúa en uno de los eslabones claves del proceso salud-enfermedad dominando el pluralismo estructurado, dado que es el eslabón más importante dentro del proceso curativo. Las instituciones y profesionales de la salud pueden hacer un excelente diagnóstico de la patología pero sin los medicamentos necesarios para su tratamiento no se puede hacer gran cosa. Dinámica que genera una espiral de dependencia hacia la industria farmacéutica, el desarrollo tecnológico e investigaciones científicas para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

“Avance” que implica una mayor dependencia no solo de la medicina a la industria farmacéutica y genética sino de los sistemas de salud a ella excluyendo otras perspectivas, sistemas y acciones para proteger la salud especialmente a) la voluntad de la persona para rehabilitarse, b) la capacidad del organismo para autorregularse c) la responsabilidad social y política para mantener las condiciones materiales de la salud d) los vínculos con el ecosistema e) otros sistemas de salud.

## **EL MODELO DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD COMO COMPLEMENTO DISIDENTE DEL PARADIGMA BIOMEDICO.**

Debido a que la salud no es solamente un estado de bienestar personal, en coherencia con lo formulado por la OMS en su famosa definición, “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1946) sino también es un fenómeno colectivo, el paradigma biomédico no era suficiente para asumir las manifestaciones relacionadas con la salud pública y era necesario complementar la visión individual de la enfermedad con una colectiva. Este complemento lo hizo la epidemiología positiva y la corriente de los determinantes de la salud quienes también a partir del siglo XIX habían desarrollado conceptos, metodologías, herramientas y teorías sobre problemas colectivos, (Quevedo, 1990; Moiso Adriana, 2007, en Barragán Horacio Luis, 2007; Arredondo Armando, 1992; Hernandez-Giron, Orozco Núñez, Arredondo, 2012) inicialmente en Inglaterra, con la epidemia del cólera debido a la contaminación de aguas derivada del inadecuado saneamiento ambiental de las ciudades.

A partir de la epidemiología científica del siglo XIX las enfermedades empezaron a ser cuantificadas, registradas y analizadas con herramientas estadísticas para encontrar patrones de comportamiento, relaciones entre variables y tendencias que posibilitaran establecer funciones causa-efecto o de incidencia entre las enfermedades y agentes patógenos, que resultaran útiles en la prevención de epidemias. Esto le permitió a la epidemiología consolidarse como una disciplina relevante en el campo de la medicina, especialmente por su capacidad para estudiar las causas e impactos de las enfermedades sobre una población determinada que no eran resueltas por la biomedicina. Sin embargo la salud pública y los paradigmas que la han formado a lo largo de los años: 1) la estadística sanitaria del XIX, con su teoría del miasma y enfoque preventivo sobre el saneamiento ambiental de residuos orgánicos; 2) el de las enfermedades infecciosas de los siglos XIX y XX con su teoría de los gérmenes que relaciona una enfermedad con un agente específico, y tratamiento a través de vacunas y antibióticos. 3) el de las enfermedades crónicas no transmisibles bajo el paradigma de la caja negra que relaciona las enfermedades no necesariamente con un agente patógeno cuyo tratamiento era modificar o prevenir los factores de riesgo y finalmente la eco-



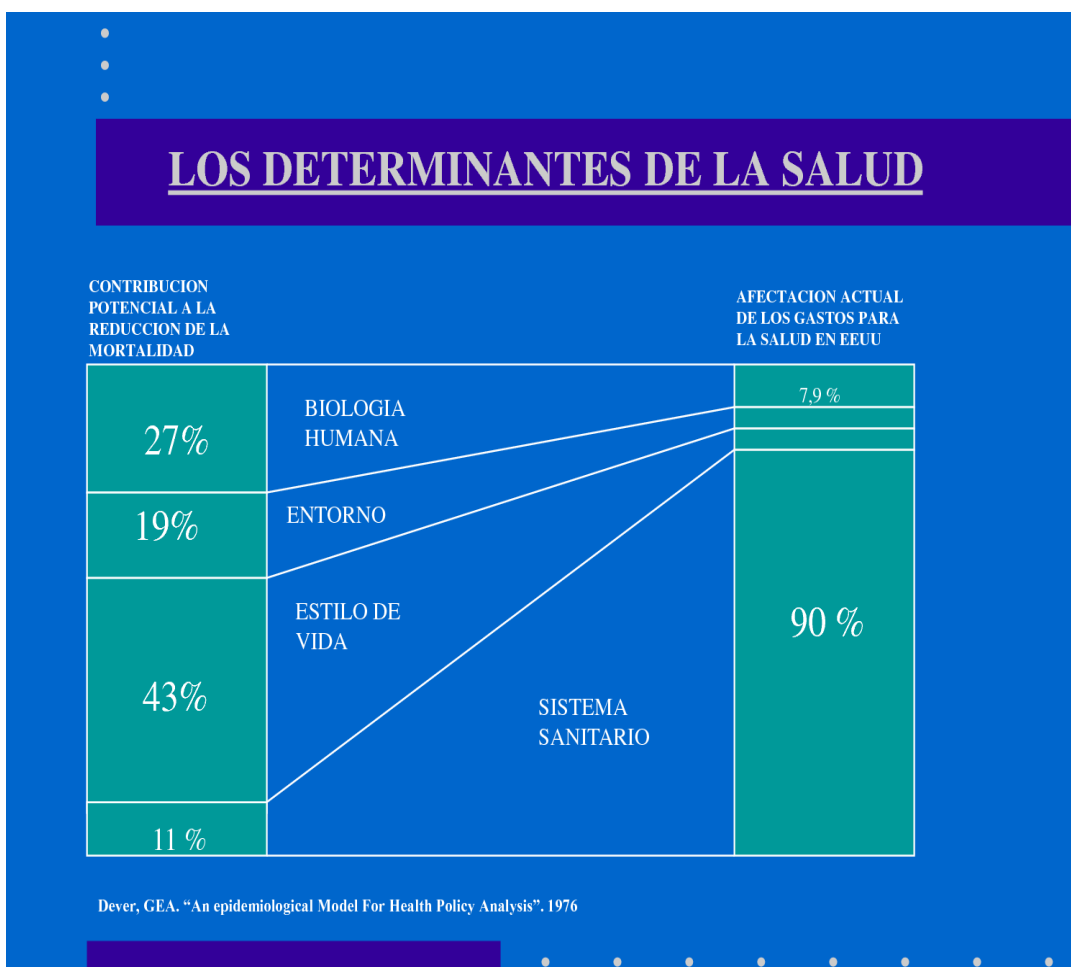
epidemiología con el modelo de la caja china en el que se busca aplicar técnicas a diferentes niveles de intervención (Hernández, Orozco, Arredondo, 2012: 320) a diferencia de la eco-epidemiología, están vinculados con la biomedicina como estructura de pensamiento y ofrecen respuestas análogas al tratamiento de la enfermedad, pero a nivel colectivo, como jornadas masivas de vacunación que mantienen en constante reproducción no solo el complejo farmacéutico sino el paradigma y representación hegemónico de la enfermedad.

Luego de los importantes logros ofrecidos por las teorías del miasma y de las enfermedades infecciosas en la lucha contra enfermedades sanitarias, la epidemiología tuvo que hacer grandes cambios en razón a las diferentes formas de enfermar de finales del siglo XX y XXI, que no dependen exclusivamente de agentes patógenos y focos de contaminación como en la primera revolución industrial sino de enfermedades degenerativas, propias de un modelo de desarrollo consumista, que son causadas por factores propios del organismo. Fue así como el enfoque de los factores de riesgo cobro gran relevancia a finales del siglo XX e inicios del XXI como estrategia en la lucha contra las enfermedades contemporáneas: diabetes, obesidad, enfermedades coronarias, sedentarismo, cáncer, estrés, depresión, entre otras. (Moiso A, 2007: 265) Enfermedades que paradójicamente han sido predisuestas por todos los logros tecnológicos que buscan hacer “mejores” nuestros niveles de civilización.

Estos cambios en los perfiles epidemiológicos y demográficos de la población como lo sostiene Omhran (1982): población más longeva con menor calidad de vida debido a enfermedades crónico-degenerativas que cambian el esquema tradicional de entender la salud y atender la enfermedad. Han favorecido el auge de otros paradigmas dentro de la salud pública y epidemiología que dejan de hacer tanto énfasis en las condiciones de sanidad o en los agentes patógenos para concentrarse en los factores de riesgo y determinantes de la salud, conocida como el campo de la salud propuesta por Lalonde y Laframboise en 1973 con Lalonde como ministro de salud canadiense, cuya propuesta considera que la salud es el resultado de la interacción de cuatro campos específicos: 1) los estilos de vida de la población, 2) la calidad de su medio ambiente, 3) la biología humana y 4) la organización de los sistemas

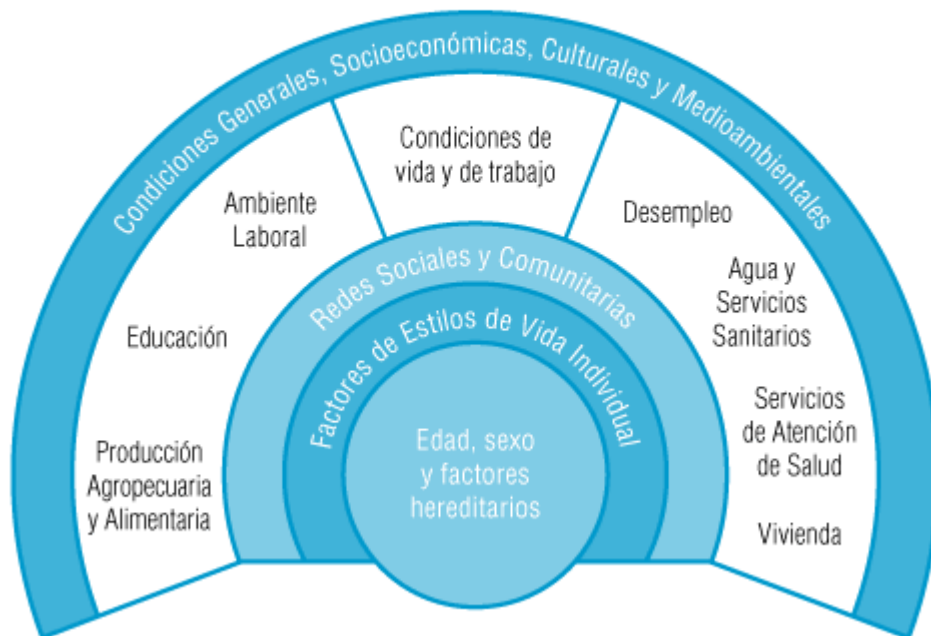
sanitarios. Esta propuesta modificó la visión tradicional de la biomedicina sobre la salud y la enfermedad por considerarla un fenómeno multicausal que ha ganado una gran aceptación a nivel mundial. No obstante el enfoque de los estilos de vida saludables aunque abre un panorama importante para comprender nuevas variables que afectan la enfermedad que ha promovido desarrollos interesantes como los de Dever (1976) quien toma el modelo de Lalonde y cuantifica cada una de las variables con los recursos destinados a ellas concluye que la variable que más recursos consume son los sistemas sanitarios que son los que menor peso relativo tienen en la explicación de la enfermedad, que cuestionan los postulados de Londoño y Frenk favorables al complejo industrial farmacéutico-hospitalario. Como lo muestra la gráfica a continuación:

Tomado de <http://www.isalud.org.es/blog/?p=432>



Otro desarrollo importante es propuesto por Dahlgren and Whitehead (1991) quienes estructuran un modelo en el que identifican los principales determinantes de la salud como capas de influencia que van desde condiciones inmodificables en la condición humana hasta las más fácilmente alterables en las condiciones sociales. Este gráfico inicia con lo que en el modelo de Lalonde identifica con la biología, luego con los estilos de vida individuales, para pasar a las redes sociales y comunitarias y finalmente a condiciones más amplias del contexto social relacionadas con la economía, la educación, la producción de alimentos, los servicios sanitarios entre otros. Esquema que complementa el de los cuatro campos al reconocer las redes sociales y comunitarias como una de las variables explicativas que habían sido desconocidas por la medicina moderna. Este aporte plantea la idea de que la salud es un **proceso** complejo, dinámico, cambiante en que los determinantes actúan como una red de interacciones y no de manera lineal como convencionalmente se ha pensado.

### Modelo de Determinantes en Salud de Dahlgren y Whitehead



El enfoque de los determinantes de la salud a pesar de que es una oportunidad para pensar y re-pensar nuevas alternativas no logra tener los efectos esperados porque aún se conservan los preceptos de la biomedicina y el sistema de salud sigue siendo un modelo de mercado regulado en el que su mejor operador de servicios de salud es el complejo industrial y tecnológico de la biomedicina. Que monopolizan el sentido y significado de la innovación y el desarrollo.

Así los sistemas de salud como el Norte y latinoamericano, a excepción de Cuba, y Europa occidental, tienen grandes dificultades para asumir los retos que exige la salud en el siglo XXI, debido a que se sigue asumiendo que el modelo de mercado y la biomedicina son las mejores alternativas (Gutiérrez y Restrepo, 2012) a pesar de los tremendos debates que se han dado con la reforma a la salud de Obama y muchos datos aportados sobre la insuficiencia de estos sistemas para resolver los problemas actuales de la salud en el mundo. (Manuel Annick, 2001: 67; Almeida C, 2002; Giraldo, A: 2014; Molina G, Ramírez A, 2013).

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Almeida C, 2002; Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, No 18, jul-ago.
2. Annick Manuel, 2001. The Chilean Health System: 20 years of reforms. Salud pública de México. Vol 44. No 1.
3. Arredondo Armando, 1992. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. Cad, Saúde Públ. Rio de Janeiro, 8 (3) 254-261
4. Barragán Horacio Luis, 2007; Fundamentos de salud pública. Universidad Nacional de la Plata.
5. Dever, 1976. An epidemiological Model for Health policy Analysis. En social indicator research. 453-466.
6. Dhalgren G and Whitehead M 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for future Studies.

7. Gutiérrez y Restrepo, 2012. EL pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del sistema general de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. *Sociedad y Economía*. No 23.
8. Giraldo, A: 2014. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Rev. Fac. Nac. Salud pública*: 95-107.
9. Hernandez-Giron, Orozco Núñez, Arredondo, 2012. Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Rev. Salud pública*. Vol 14. 315-324.
10. Londoño Juan Luis y Frenk Julio, 1997. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América latina. Documento de trabajo 353. Washington D.C.: Banco Interamericano de desarrollo.
11. Molina Gloria, Ramírez Andres, 2013. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. *Revista panamericana Salud Publica*.
12. Omhran A.R, 1982: epidemiological transition. Theory. En Ross J. (compiler) 172-175
13. Quevedo, Emilio, 1990. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Seminario permanente Salud y administración. Universidad de Antioquia.