

Problemas emergentes en medicina de zonas rurales

Carlos Troya Altamirano [1]

1. Hospital Hesburg

DOI: <https://doi.org/10.23936/pfr.v1i3.64>

PRÁCTICA FAMILIAR RURAL | Vol.1 | No.3 | Noviembre 2016 | Recibido:
12/07/2016 | Aprobado: 25/10/2016

Como citar este artículo

Troya C. Problemas emergentes en medicina de zonas rurales. PFR [Internet]. 23 de noviembre de 2016 [citado 2 de noviembre de 2021];1(3). Disponible en: <https://www.practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/64>.

“En la era de la <<globalización de las enfermedades>> y de la atención a las enfermedades crónicas, lograr una cobertura universal es relativamente simple en principio pero se torna difícil en la práctica”.

*Maria Inez Padula Anderson
Médica Familiar y Comunitaria*

En la actualidad parecería innecesaria y hasta casi impertinente la idea de discutir las políticas de salud. Parecería que los contextos internacional y regional han delimitado un discurso único sobre el acceso a los servicios de salud. En América Latina, la exclusión y la inequidad han salido de la agenda de discusión pública porque nos hemos enredado en las palabras, como diría Mario Testa¹. ¿Será cierto que la proclama de Alma Ata se ha cumplido? ¿O esta ilusión solo es producto de la ausencia de los movimientos sociales en el discurso político sobre la salud?

En ausencia de los movimientos sociales, en América Latina se ha presentado una "ola" de gobiernos “progresistas”, que confecciona una cortina que esconde una realidad “concreta”; esta realidad es la inequidad en el acceso a los servicios de salud. La expectativa de la última década fue que la “ola progresista” regional sea promotora de los cambios que tanto se habían soñado años atrás. No se pueden negar muchas transformaciones de tipo reformista que han beneficiado a los sectores más empobrecidos. Podemos citar aciertos como la inversión en la formación de talento humano, la tecnificación de las unidades de atención sanitaria, o el desarrollo y cumplimiento de algunas metas para reducir la mortalidad materna e infantil, pero a pesar de este esfuerzo el acceso a la salud sigue siendo limitado. ¿Cómo explicamos esa contradicción?

Las posibles explicaciones de esta contradicción son dos caras de la misma moneda, la primera cara es una errada orientación política, y la segunda cara es su contraparte epistemológica. Los

cambios en la política de salud de la región y el mundo han sido capaces de sacudir el tapete de la salud pública, pero hemos guardado la basura debajo del mismo. A pesar de la tecnificación en equipamiento e infraestructura o de la cantidad de egresados en medicina de familia que tenga un país, la principal inversión en salud sigue haciéndose en la cúspide la pirámide de estos servicios, por lo tanto enormes cantidades de recursos se dirigen a los hospitales de tercer nivel a los cuales acude el 10% de la demanda del servicio de salud mientras que la base de la pirámide sigue lidiando con los problemas del pasado, pocos recursos, y muchos pacientes y problemas complejos.

Esta cara política del problema debe explicitarse porque la política tiene que ver con el ejercicio del poder, sea este económico, comunicacional o ideológico; el poder está en manos de los países que conforman el capitalismo tardío, y la periferia, en donde figura Ecuador, solo podrá reclamar una pocas migas. Las políticas en salud siguen desarrollándose en las grandes corporaciones, gubernamentales o no gubernamentales, y los países de la periferia seguimos aplicando “programas verticales” o “paquetes de servicios”. La política ha dirigido su atención a aquello que es controlable y “neutral”, recibimos instrucciones, en lugar de hacer política.

Esta orientación tiene profundas implicaciones epistemológicas, pues aquello que es controlable y neutral, obedece a la ciencia positivista y por lo tanto en el ámbito médico se desarrollaran políticas para “enfermedades” en lugar de sociedades, comunidades o sujetos. El desarrollo de una política programada así permite orientar la economía, y por lo tanto ajustar el gasto. ¿Pero dónde quedan las personas en este lecho de Procusto? ¿Dónde están los enfermos, donde están los rostros humanos?

Un anhelo permanente, aún más visible desde Alma Ata, ha sido el Aseguramiento Universal de Salud. ¿Pero cómo se asegura la salud si se piensa en las enfermedades en lugar de las personas? Parte de los desafíos que enfrenta la medicina de familia, de zonas urbanas o rurales, es poner es escena estas contradicciones, en medio de este escenario ambiguo. Es importante reconocer que la intimidad de la relación médico paciente, hace de esta experiencia una trinchera para visibilizar los rostros humanos que la razón positivista, en sus formas política y científica, necesita ocultar para ser “neutral” y “eficiente”.

Las universidades y las sociedades científicas deben promover estas reflexiones, para despertar en los profesionales de la salud mayor compromiso a mediano y corto plazo. Las discusiones demandan que seamos tanto pragmáticos como reflexivos, realistas y a la vez humanos. La discusión ineludible, pero generalmente dejada al final de las agendas políticas gira en torno al financiamiento. ¿Pero qué hemos aprendido de los sistemas de salud basados en el Estado como único responsable del financiamiento? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de los sistemas de salud en manos de las empresas privadas de salud? ¿Existen condiciones para modelos mixtos? ¿De qué manera un modelo mixto no desprotege a los sectores más vulnerables?

Las zonas rurales no necesitan poner en discusión si hay o no vulnerabilidad en su contexto, el propio modelo de desarrollo moderno y occidental ha configurado la dependencia del campo a la ciudad, ha construido la marginalidad, en donde la ciudad es el paladín del progreso y la ruralidad está destinada a seguirla como sombra.

La discusión de las políticas de salud requiere actores de lo micro y lo macro, los salubristas y los clínicos, somos algunos de los actores invitados, el verdadero meollo está en los sujetos, que actualmente están ausentes. En una época gobernada por las leyes del mercado, volver con nuevos ojos a los “viejos problemas”, no es retornar al pasado, es recuperar humanidad, pues como cualquier proceso humano, la historia de la medicina también es historia. Pero esa una historia con rostros humanos, y aunque los rostros médicos aparezcan para situar las necesidades de las comunidades no pueden reemplazar a los sujetos históricos.

[1](#) Mario Testa, médico argentino que estuvo varios años en Venezuela y trabajó mucho intelectualmente el tema de la planificación y la estructura de poder en el sector salud. Critica a la planificación normativa y luego también a la planificación estratégica, acercándose a Habermas, en su libro más importante **PENSAMIENTO ESTRATÉGICO Y LÓGICA DE PROGRAMACIÓN**, el caso salud.