

Sesión Solemne 27 de marzo de 2008

Apertura del CXX Año Académico de la A.N.M.

Discurso de Orden: Municipalización de la salud y atención primaria.

Dr. David A. Tajada de Rivero

I. AGRADECIMIENTO

Debo agradecer, muy sinceramente, a la Academia Nacional de Medicina por el inmerecido honor que me han dispensado al invitarme para tener a mi cargo el Discurso de Orden en esta ceremonia.

En la historia, la Academia, entendida como “una sociedad científica establecida con autoridad pública”, tiene su origen en el jardín de una casa en las afueras de los muros de la Atenas de la Grecia antigua y cuyo nombre corresponde a su dueño, el héroe mitológico Academo. Allí enseñaban Platón y otros filósofos. Uno de sus discípulos fue Aristóteles, quien posteriormente creo el Liceo.

En esas épocas, los académicos eran reconocidos como filósofos y la filosofía era entendida, y lo es hasta hoy, como “la ciencia que trata de lo esencial y trascendental de las cosas y de los hechos, y, en función de ello, se analizan sus características, efectos, y, sobre todo, sus causas”.

Además, y para incrementar mi temor, entiendo que un discurso académico debe corresponder a “un ejercicio intelectual de racionalización sobre los principios, antecedentes, hechos y conclusiones, referidos a un determinado tema”. Tarea muy difícil; más aún cuando se trata de realidades sociales como lo es la salud. Las realidades sociales son siempre extremadamente complejas y, además, están permanentemente condicionadas por innumerables factores y contextos que son también realidades sociales. Algunos de ellos son todavía poco bien conocidos y seguramente hay muchos otros todavía desconocidos.

No sé si seré capaz de cumplir adecuadamente lo que me han encargado, pero, en todo caso, es en función de las anteriores consideraciones que trataré de desarrollar, tal vez en forma muy simplificada y demasiado breve, y, por lo tanto, inevitablemente incompleta, el tema que me han solicitado.

II. EL TEMA Y SUS CONTEXTOS

La simplicidad aparente del título del tema no corresponde a su complejidad teórica y sus dificultades operativas.

Los tres términos -“municipalización”, “salud” y “atención primaria”- tienen mucha importancia y trascendencia, pero, detrás de ellos hay muchos otros términos implícitos y/o no visibles que los condicionan y algunos los supeditan.

Los términos claves visibles son, a mi entender y en orden de jerarquía conceptual: “salud”, “atención primaria” y “municipalización”. Los términos implícitos pero indispensables son, entre muchísimos otros: “desarrollo social”, “bienestar”, “proceso social”, “organización social”, “democracia”, “formas de democracia”, “legitimidad social”, “governabilidad”, “participación ciudadana”, “descentralización”, “proceso político”, “globalización”, “libre mercado”, y, en nuestro caso, y a ello me referiré al final, “actores políticos con responsabilidad social”.

Lo grave es cada uno de los términos tienen sinónimos, antónimos y hasta acepciones con sentidos contradictorios y hasta diametralmente opuestos. Por ejemplo, una de las ocho acepciones lingüísticas de “academia” se refiere a la escultura y la pintura, y es “el estudio de una figura humana, entera, desnuda, y que no forma parte de una composición”. Un ejemplo muy actual sería, entonces, la fotografía de la actual primera dama de Francia.

Por ello, cada término debería ser bien entendido por todos, por lo menos sobre la base de convenciones concertadamente consensuadas, o en base a aceptar una propuesta. En este caso, la mía. De otra manera, caeríamos en lo que los estudiosos “futurólogos del siglo XXI” de Francia están llamando “el peligro de una nueva babelización”, y que la califican como “la más peligrosa maldición

de los dioses”. Hablamos un mismo idioma y no nos entendemos porque cada término puede tener significados muy diferentes para cada uno.

No pretendo entrar en el terreno lingüístico y semántico ni referirme a todos esos términos, sino sólo llamar la atención sobre la imprescindible necesidad de que entiendan en qué sentido los estoy usando. Pueden estar de acuerdo en algunos casos y en total desacuerdo en otros, pero lo importante es tratar de darme a entender sobre lo que, personalmente, creo.

III. ALGUNAS DEFINICIONES INDISPENSABLES

No podría desarrollar el tema con la rigurosidad que exige la institución, el lugar y la ocasión si no presento algunas pocas definiciones conceptuales:

LA SALUD

Entiendo la salud como algo que es muchísimo más que la simple atención médica reparativa orientada a la enfermedad. Ya la definición de salud en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (Conferencia de San Francisco, 1946) lo entendía así y es por ello que costó mucho que fuese aprobada. Basta leer los debates de esa reunión fundacional para ver la lucha que tuvo que dar el yugoslavo Andrea Stampar para que finalmente se aceptara.

Entiendo la salud como una realidad social, y sólo por eso una cosa muy compleja. La entiendo como un proceso social donde se dan simultáneamente, y a veces contradictoriamente, muchos procesos sociales. La entiendo, y fundamentalmente, como un proceso político. Entiendo la política en su sentido de las decisiones que debe tomar una sociedad para el bien común -es decir de todos y sin excepciones-, pero logrado dentro del estricto cumplimiento de los valores ético morales de la civilización occidental cristiana (aunque en realidad sea más bien oriental y judeo-cristiana-islámica).

Entiendo que la esencia y la finalidad de la salud es prolongar al máximo posible la vida, pero que esa vida sea lo más saludable posible -en el sentido de permitir y facilitar el máximo desarrollo y realización del ser humano-. Pero, entendiendo también que esas situaciones ideales a alcanzar están condicionadas y determinadas por muchas otras

realidades sociales, procesos sociales y procesos políticos que están en permanente interacción, aunque no siempre sincrónica y convergente. La salud depende de muchas otras realidades, procesos y contextos.

Es por ello que si queremos enfrentar los problemas de la salud estamos obligados a actuar -directa o influyendo indirectamente- sobre los más significativos de ellos. Pero, lo más grave es que en las realidades sociales no hay interrelaciones simples y directas de causa-efecto ni hay procesos lineales, repetitivos, unidireccionales y continuos. De ahí que hoy nadie discute ya que, entre muchas otras, las necesidades condicionantes y/o determinantes de la salud sean, por ejemplo: un empleo y un salario dignos, una vivienda saludable con agua segura y adecuada disposición de excretas y residuos, una efectiva disponibilidad de alimentos y una buena nutrición, un sentido de seguridad y de porvenir; y, sobre todo, una educación que desarrolle las condiciones y conductas de ética y moral, de libertades y derechos humanos, de justicia social, de un libre ejercicio ciudadano, etc.

Esto requiere que tengamos por lo menos una idea de todos ellos y, en consecuencia, una “visión no sólo interdisciplinaria sino trans-disciplinaria” y nunca reducida o circunscrita a un solo campo de conocimiento y menos a una sola disciplina. En el mundo globalizado del Siglo XXI, uno ya no puede seguir siendo intelectualmente miope y de visión glaucomatosa. Estamos obligados a agregar a nuestros lentes culturales, ideológicos y teológicos -muchas veces inconscientes- lo que no ha logrado el desarrollo tecnológico porque son lentes mentales e intelectuales, esto es virtuales telescopios con prospectiva histórica y virtuales lentes gran angulares de 360 grados.

LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Entiendo la “Atención Primaria de Salud” (APS), tal vez hoy con más razón que hace 30 años -cuando el destino me deparó la responsabilidad de ser el Coordinador General de la Conferencia Internacional de Alma Ata, como una forma integral de enfrentar los problemas que condicionan y determinan la salud en todos los ámbitos, sectores y sistemas sociales y en todos los niveles de decisión política en que esté organizada una sociedad. La APS, entonces,

no es ni ha sido en Alma Ata el nivel más periférico de un sistema de servicios de atención médica.

Más aún, la APS tampoco es ni ha sido un paquete de servicios elementales y de bajo costo para los pobres del medio rural o de las zonas peri-urbanas. Por ello, la APS no es ni ha sido la responsabilidad de no profesionales y de voluntarios no siempre bien adiestrados.

La APS, más bien, es y ha sido desde Alma Ata, un enfoque estratégico que se aplica en todas las acciones sociales –todas- que realiza una sociedad para lograr la mejor salud de todos. Esto es trascendente porque sólo así será una sociedad justa y por ello humana.

Lo que ha sucedido es que la verdadera y legítima esencia conceptual, y en consecuencia operativa, de la APS se ha desvirtuado, distorsionado, y hasta prostituido. Esto ha ocurrido, como en toda realidad social, debido a muchas causas. Entre otras, por el facilismo de no tratar de hacer grandes pero muy difíciles cambios sociales y políticos; por la falta de información seria y pertinente; y, por la irresponsabilidad que a veces tenemos al discutir y decidir sobre materias y temas ignorados y/o no bien conocidos.

Pero, también hubo otros factores casi accidentales. Por ejemplo, en su propia denominación, se tradujo muy mal del inglés el término “care”, y se ha escogido, errada y/o maliciosamente, la acepción más antinómica del término “primaria”.

“Cuidado” es mucho más que “atención” y es una relación social horizontal con responsabilidad compartida de las partes, mientras que “atención” es una relación asimétrica y vertical donde uno que sabe atiende y otro que no debe saber y pasa a ser un paciente pasivamente atendido.

“Primario” fue entendido en su acepción más antinómica. En lugar de “principal, nuclear, fundamental o primero en orden o grado de importancia” fue entendido, por facilismo, como “primitivo, poco civilizado, empírico o de última clase”. La primera acepción fue, sin lugar a dudas, la genuina de la Conferencia de Alma Ata.

Distinguir qué es esencialmente y, sobre todo, qué no es la APS, requeriría de esfuerzos especiales de información, conocimiento y entendimiento. Cada día sufro al escuchar conceptos que se alejan tanto de lo que realmente justificó la realización de la Conferencia y de lo que se discutió por más de un año antes de aprobarse en Alma Ata.

Los elementos esenciales de la APS están dados en la Declaración final de esa Conferencia. Ahora se los puede entender mejor debido a los grandes cambios que se han dado en las últimas tres décadas.

No pretendo desarrollar esos elementos, por razones obvias de tiempo, pero los mencionaré sin mayores detalles:

- 1- La participación de todas las personas en el cuidado de su salud, tanto individual como familiar y colectiva;
- 2- La descentralización como medio instrumental para lograr esa efectiva participación;
- 3- La selección, adecuación y creación de las tecnologías que sean pertinentes y posibles – económica y culturalmente- a las diferentes realidades nacionales y locales. Por eso, en Alma Ata, se habló precisamente de “tecnologías apropiadas y apropiables”;
- 4- La visión transdisciplinaria y la acción interambiental, intersectorial e interinstitucional que permitiese enfrentar los diferentes contextos y factores causales, condicionantes y determinantes que contribuyen a un nivel positivo y posible de salud para todos; y,
- 5- La imprescindible necesidad de adecuar los sistemas de salud y, como parte de ellos, los sistemas de servicios de atención médica a los puntos anteriores.

Pocos recuerdan que las ideas de APS y de la Conferencia Internacional fueron una respuesta inicial para alcanzar la meta social que los países del mundo se plantearon en 1976, dos años antes, de: “una salud para todos” y no sólo para unos pocos.

Hoy en día cobra más aceptación internacional la expresión “un cuidado integral de la salud para todos y, sobre todo, por todos”. Esto último se ha hecho más claro por los desarrollos políticos y valorativos de las dos últimas décadas, principalmente en lo que respecta a los derechos humanos. Y, la salud es un derecho humano vital. Y, el cumplimiento efectivo de los derechos humanos debe ser una responsabilidad de todos.

LA MUNICIPALIZACIÓN

Entiendo por “municipalización” una de las formas administrativas de una descentralización del Estado y, sobre todo, entendiéndolo al Estado como un instrumento de los ciudadanos y al servicio de ellos y que por ello trata de hacer posible la participación ciudadana, tanto en la determinación de sus necesidades realmente sentidas, sus prioridades, como en las formas de enfrentamiento de sus problemas y necesidades insatisfechas. Precisamente, entre esas necesidades está el cuidado integral de la salud, para todos y, sobre todo, por todos.

Es indispensable recurrir a las ciencias políticas -dentro de esta visión transdisciplinaria- para entender los términos de “participación”, “descentralización” y otros tan utilizados y a veces tan mal usados hoy en día (como “desconcentración” y “delegación de autoridad” entre otros y que no son sinónimos de descentralización).

Entiendo, en consecuencia, por “participación ciudadana” como el proceso político sustantivo del ejercicio pleno del poder político para tomar decisiones frente a los problemas de una sociedad por quienes son el origen mismo del poder político. Hasta el siglo XVIII se pensaba que el origen del poder político era divino pero desde hace más de dos siglos ya se acepta que en una democracia verdadera y moderna -ahora llamada “democracia directa”- el poder se origina en la ciudadanía. En un sentido figurado, los ciudadanos son el equivalente a los dueños o accionistas del banco mientras que el Estado -desde el presidente de la República hasta el último funcionario del último distrito más pequeño- son tan sólo los empleados bancarios. El mismo título de “Primer Mandatario” no indica alguien que manda sino uno que tiene un mandato que cumplir bajo responsabilidad.

Por ello, la participación no debe confundirse con otros procesos y, por eso, también, es muy fácil de ser distorsionada y hasta prostituida. He visto muchas veces llamar “participación” a diferentes formas de paternalismo y hasta de manipulación. De ahí que me parece que el término de “participación comunitaria” resulta ya muy arcaico.

En esta misma línea de razonamiento y siguiendo el pensamiento de los estudiosos más modernos de las ciencias políticas, entiendo por “descentralización” el proceso político instrumental de transferencia, total y no revocable del poder político desde los

niveles centrales de un Estado hacia los niveles más periféricos de una sociedad nacional. Este proceso es instrumental y no sustantivo porque su propósito es hacer posible la genuina participación ciudadana, la que sí es un proceso político esencial. Algunos van más allá y dicen, en relación con la descentralización, que se trata más bien de un proceso de “devolución” del poder político a quienes son su origen -la ciudadanía- y que ese poder le fuera sustraído por los funcionarios de los niveles centrales, todavía herederos de los sistemas autoritarios, centralistas y monárquicos desde el incario, la colonia y la anarquía militarista republicana. No es de extrañar, entonces, el peligro siempre latente de que niveles intermedios de la estructura político-administrativa del Estado tiendan a ser aún más centralistas y autoritarios que el Gobierno Central.

Una verdadera descentralización que permita una genuina participación ciudadana debe ir hasta los gobiernos locales (municipalidades con verdadero poder político y los recursos humanos y financieros que les permita ese ejercicio) y, más aún, hasta los mecanismos de descentralización que ellos estructuren cuando sean muy grandes en población. Transferir o devolver el poder político a los Gobiernos Locales es la esencia de una verdadera municipalización. La “desconcentración” y la “delegación de autoridad” son tan sólo mecanismos administrativos de un nivel central para apoyar la descentralización y nunca procesos políticos. La municipalización no es, entonces, una transferencia simple y rudimentaria de algunas competencias y, a veces, sin los recursos indispensables, desde los niveles centrales a los gobiernos regionales y municipalidades.

Para lograr una verdadera municipalización es necesario, entonces, de serios procesos educativos, y por ello también ampliamente participativos. Para evitar confundirlos aún más no quiero entrar en el tema de la “regionalización”, que para los estudiosos modernos no es un proceso político sino un proceso muy importante pero instrumental de desarrollo geoeconómico.

Ya podemos ver que los procesos sociales y, especialmente, los políticos son muy complejos, difíciles, y que toman tiempo. Los grandes cambios que implican los procesos sociales deben, por ello, siempre empezar en las mentalidades de todos nosotros. Los grandes cambios no son formales y escritos sino mentales y conductuales y se dan en

las personas. Ello es más difícil aún en sociedades nacionales culturalmente centralistas y autoritarias. Y, cuando hasta nuestra educación formal, escolarizada y tradicional, nos ha deformado en este sentido.

IV. DE LO FILOSÓFICO A LO PRÁCTICO

Otra de nuestras cargas culturales, todavía no superadas, es la concepción de que lo teórico no vale y que sólo tiene valor lo práctico. Alguno de nuestros muchos dictadores decía: “hechos y no palabras”. Y, no dejan de haber peruanos que recuerden con nostalgia ese eslogan. Eso también me recuerda el librito rojo de Mao y su idea de que el ser humano necesita de dos piernas para poder caminar. Una es la experiencia o la práctica -el primer paso- y la otra es la teoría que se basa en la práctica. Y el caminar es un proceso permanente si uno quiere avanzar hacia algo y en un camino sin final pero con un claro fin.

Lamentablemente, hay un culto, injustificado y excluyente, a lo práctico y hasta se denigra al que piensa, razona, valora y filosofa.

V. ALGUNAS CONCLUSIONES

Felizmente, hoy en esta Academia, me siento a salvo por el propio origen histórico, la propia esencia y el destino prospectivo y eficaz de un grupo tan selecto que conforman una Academia muy justificadamente reconocida en el país.

La “municipalización de la salud” y el enfoque de una verdadera “atención primaria de salud” —o, mejor un verdadero “cuidado integral de la salud para todos y por todos” y orientado a un desarrollo social integral- son temas sobre los cuales no caben soluciones mágicas o simplistas ni mucho menos irresponsables planteamientos, a veces demagógicos, poco pensados y analizados, atropelladamente formulados y que no obedezcan a serios estudios de sus múltiples, complejos y difíciles aspectos. Tampoco caben soluciones de arriba, impuestas mediante leyes o decretos, de carácter universal y en base a metodologías e instructivos universales e invariables. No cabe, tampoco, copiar modelos de otras realidades u otros tiempos que, incluso, no sabemos si tuvieron efectivamente el éxito que reclaman los que lo escriben y publican.

Tengo terror cuando alguien tiene en el bolsillo las soluciones totales, simples, definitivas, universales y eternas frente a los problemas de las realidades sociales. Primero, siento envidia pero pronto me

recupero pensando que son sólo demostraciones ostensibles de ignorancia y de soberbia.

La municipalización de la salud es una necesidad de la mayor trascendencia e importancia para el destino del país en un mundo inevitablemente globalizado y competitivo. Pero, por eso mismo, es muy difícil de lograr si no corresponde a una serie de condiciones y acciones, entre otras la de ser parte de un conjunto de reformas que abarquen todos los ámbitos del Estado. Una verdadera “Reforma del Estado” hará posible una verdadera “Reforma de la salud”. Lo que necesitamos es propuestas de procesos de legítimas reformas, y, por ello, con planteamientos iniciales y experimentales, pero basadas realmente en lo esencial de estos complejos y difíciles procesos sociales. Donde debe primar la humildad y la modestia de reconocer nuestras limitaciones, en analizar críticamente nuestras experiencias pasadas, así como tener, a la vez, la audacia de iniciar estos procesos de cambio real para aprender en el camino, caminando con las dos piernas de la práctica y la teoría. Porque la vida real es un permanente cambio.

VI. PALABRAS FINALES

La universidad peruana, las academias científicas, los colegios profesionales, y otras formas de organización de la llamada intelectualidad del país, están en el deber de cumplir con sus responsabilidades de mirar hacia el futuro y no sólo a la coyuntura. De mirar con veinte años de adelanto y de mirar al mundo con esos telescopios prospectivos y gran angulares de 360 grados. La clase intelectual está llamada a proponer verdaderas políticas de Estado y de ejercer un verdadero liderazgo frente al desprestigio -manifiesto en todas las encuestas de opinión pública- de la llamada clase política y de las tradicionales y anquilosadas organizaciones políticas, sindicales y de grupos de interés no sociales.

Me atrevo a decir esto porque creo que el propio título del tema, que ustedes me dan asignado, es una señal del camino a seguir. Una verdadera municipalización del cuidado integral de la salud para todos y por todos es una oportunidad real para ejercer este liderazgo. La clase intelectual puede contribuir a obligar a los Poderes del Estado para tomar la decisión política de hacer de la municipalización de la salud algo serio y trascendente. Y, sobre todo, con una firme e inequívoca voluntad política de hacerlo.

Muchas gracias y mil perdones por el estilo y la forma, tal vez poco académicos, de este discurso.