

Preguntas para ilustrar el papel del filantropismo en la planificación de los servicios de atención a la salud

Gerardo Maupomé*

Los últimos 20 años han marcado cambios profundos en el tejido cultural del país, en el contrato social que regula las relaciones entre los distintos mexicanos, y en las prioridades de gobernantes y gobernados. Estos giros fundamentales en las formas de entender la vida en el nuevo siglo exigen formas innovadoras de pensar y de plantear los rumbos de la sociedad. En la búsqueda de estas fórmulas, lo novedoso y lo que parece prometedor han creado inestabilidad para aquellos enfoques que en el pasado nutrieron el quehacer de la atención a la salud.

Para los profesionales de la salud pública, la práctica clínica y la investigación en salud, estos tiempos conforman retos derivados de las transiciones epidemiológica y demográfica de la nación, agravadas por lo que se llamó la prolongada crisis económica. Aunque en el 2004 ya no se habla de crisis sino de la necesidad de crecer más allá de modelos anticuados, es evidente que México sigue viendo el tiempo pasar, y las oportunidades de desarrollo escapar. Entre tanto, ante las necesidades apremiantes del presente, los dedos acusadores se erigen por doquier para explicar porqué la buena salud y las necesidades de atención clínica en la población siguen siendo adeudos en los haberes del cambio.

Y sin embargo, hay cambios. Nadie pensaría que sería posible dejar de asumir realidades ante la ebullición de un país con más de cien millones de habitantes; con una enorme población joven y fértil cuyo único acervo son precisamente la juventud y la capacidad de engendrar; y con los dolores de crecimiento que implica transcurrir en un mundo en constante y violenta evolución. Es la forma en la que se propone resolver estos cambios (y los valores implícitos en enfrentar estos retos con imaginación y coraje) lo que está en la mesa de debate. Por una parte, los detractores del viejo régimen y los esquemas del pasado argumentan (con considerable razón) que ese populismo barato no llevó a nada bueno. Por otra parte, los emisarios de las nuevas ideas puján por hacer valer y crecer vías paralelas a los niveles de gobierno - aquellas opciones en las cuales las organizaciones de diversa

sofisticación y cuño suplantarían al paternalismo y a los dispendios gubernamentales. La teoría en la que se apoyan los emisarios es la necesidad de diversificar las respuestas más allá del sector salud; involucrar a la comunidad; y dar entrada al ruedo a los agentes no convencionales - primordialmente basados en la filantropía como uno de los motores de mejoría en la comunidad. Estas respuestas, contenidas en redes comunitarias y financiadas mediante aportaciones filantrópicas y trabajo comunitario, constituyen vías paralelas a los cometidos gubernamentales.

Lo que subyace a este debate es particularmente álgido para la práctica de la salud pública, la práctica clínica y la investigación en salud. Bajo este nuevo esquema ¿estarán sus campos de trabajo abiertos a los métodos propios del racionalismo y el escrutinio objetivo? ¿será posible introducir esquemas de evaluación en donde los intereses de la mayoría hayan establecido prioridades y preferencias?, ¿continuarán siendo la experiencia y las técnicas de la salud pública, de la epidemiología y del sanitarismo los mecanismos rectores de las políticas de salud en la sociedad? El punto central del debate es aceptar o desechar las vías paralelas; los puntos accesorios son jerarquizar qué papel y qué preponderancia tienen estas vías paralelas en los esfuerzos de salud que van más allá de lo individual.

Toda evaluación de programas de salud incluye valores políticos o culturales. Aceptar o rechazar la predominancia de vías paralelas basadas en el filantropismo es, en sí misma, una acción que conlleva aseveraciones muy claras de valores. Plantear las dadas propias de lo filantrópico como un mecanismo legítimo para enfrentar los cambios en la salud, es aceptar implícitamente que el quehacer de la salud pública, la práctica clínica y la investigación en salud como disciplinas es suplantable con la generosidad de aquellos que más tienen. Loable fin - en lo general y bajo una óptica superficial. En lo específico y tras un análisis detenido, este planteamiento niega que haya un papel rector de estas ramas de las ciencias de la

* *Centro para la Investigación en Salud, Kaiser Permanente, Portland, Oregon, Universidad de Columbia Británica, Vancouver, Columbia Británica, Universidad de California en San Francisco, San Francisco, California.*

Correspondencia y Sobretiros: Dr Gerardo Maupomé, Center for Health Research, 3800 N. Interstate Ave., Portland OR 97227, United States of America, Phone (503) 335-6625, Fax (503) 335-6311, e-mail gerardo.maupome@kpchr.org

salud. Peor aún, establece una clara posición secundaria de estas actividades y de su solidez científica en la búsqueda de respuestas a fenómenos sociales; lo que son rigurosas técnicas de investigación y análisis quedarían supeditadas al arbitrio y las veleidades de la filantropía.

La investigación científica ha obtenido información importante acerca de cómo interpretar objetivamente fenómenos sociales en términos de la salud, a lo largo de las últimas décadas. Éstos se resumen frecuentemente en porqué unas personas tienen mejor salud que otras. Con unas cuantas excepciones, existen obvias tendencias en la mortandad y la morbilidad en función de gradientes socioeconómicos,^{1,2} pero las interpretaciones más sofisticadas sugieren que diversas combinaciones de factores modulan estas tendencias. Entre otros factores encontramos el estatus en la escala social;³⁻⁶ la capacidad de autogestión,^{7,8} el estrés (tanto el positivo como el negativo);^{9,10} la configuración genética individual;¹¹ las muchas formas y definiciones de estilo de vida;¹² y los recursos culturales y sociales disponibles para el individuo a lo largo de las etapas de su vida.¹³⁻¹⁵ Si bien el papel exacto de cada factor en la frecuencia y la gravedad de las enfermedades es todavía materia de investigación científica y documentación epidemiológica, los avances logrados hasta ahora son el fruto de años de trabajo y de generaciones de recursos humanos - muchos de ellos invertidos en las tareas de la salud pública, la práctica clínica y la investigación en salud.

¿Podemos realmente los profesionales de la salud pública, la práctica clínica y la investigación en salud darnos el lujo de que nuestra práctica y cometidos queden dislocados de las disciplinas y su sustento técnico? No estamos hablando de un cambio menor. Estamos contemplando la introducción de valores que no tienen realmente compromisos con nuestras disciplinas, pero sí tienen alianzas con modas, percepciones mediáticas, y las preferencias de los generosos. Éxitos profesionales como los programas de vacunación y la lucha contra el cólera hubieran quedado tal vez en el simple papel si su instauración hubiera dependido de una óptica filantrópica. Quimeras todavía en nuestro haber, como instaurar una lucha efectiva contra el tabaquismo o evitar la mortandad derivada de los abortos, son tan sólo dos ejemplos de los callejones oscuros en los que el filantropismo nunca se aventurará.

No han quedado atrás las ideologías; no es cierto que las escalas de valores (implícitos y no) en los programas de salud han quedado reemplazadas por las realidades

del mercado, la inclusión de la sociedad civil, y las teorías globalizadoras. Estos últimos términos no son sino otros bagajes de ideología, disimulados en una envoltura supuestamente más pragmática y moderna. Un fantasma recorre la salud a nivel poblacional: es el asistencialismo basado en el financiamiento filantrópico. Apostar a que las vías paralelas son las respuestas del futuro es echar al aire la herencia de la salud pública, la práctica clínica y la investigación en salud; es debilitar una tradición profesional basada en la práctica razonada y racional de las herramientas características del conocimiento científico. Es soslayar la urgencia de continuar identificando objetivamente las necesidades de salud del país, e ignorar la necesidad de continuar instaurando las medidas clínicas y de promoción de la salud que efectiva y eficazmente resuelvan esos problemas.

Referencias

1. **Davey-Smith GD, Fratt C, Blane D, Hawthorne V.** Lifetime socioeconomic position and mortality: prospective observational study. *Brit Med J* 1997;314:547-52.
2. **Blane D.** Disease etiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *European J Pub Health* 1997;7:385-91.
3. **Shively C, Clarkson TB.** Social status and coronary artery atherosclerosis in female monkeys. *Arteriosclerosis Thrombosis* 1994;14:721-6.
4. **Sapolsky R, Mott G.** Social subordination in wild baboons is associated with suppressed high density lipoprotein-cholesterol concentrations: the possible role of chronic social stress. *Endocrinology* 1987;121:1605-10.
5. **Marmot MG.** Social inequalities in mortality: the social environment. In *Class and Health: Research and Longitudinal Data*. Wilkinson RG, ed. 1986, PP. 21-33. Tavistock, London.
6. **Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA.** Social/economic status and disease. *Annual Review of Public Health* 1987;8:1 11-35.
7. **Johnson J.** Conceptual and methodological developments in occupational stress research: an introduction to state-of-the-art reviews. *J Occupational Health Psychology* 1996;1:6-8.
8. **Siegrist J.** Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*; 1996;1:2741.
9. **Karasek R, Theorell T.** Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working 1990. NY, Basic Books.
10. **Marmot M.** Does stress cause heart attacks? *Postgraduate Medical Journal* 1986;62:683-6.
11. **Baird P.** The role of genetics in population health. In *Why are some people healthy and others not? The Determinants of Health of Populations*. Evans RO, Barer ML, Marmor TR eds. 1994 PP. 133-59. M. de Gruyter, NY.
12. **Evans R, Stoddart O.** Producing health, consuming health care. In *Why are some people healthy and others not? The Determinants of Health of Populations*. Evans RO, Barer ML, Marmor TR eds. 1994 PP. 27-64. M. de Gruyter, NY.
13. **Berkman L, Syme SL.** Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up of Mameda Country residents. *American Journal of Epidemiology* 1979;109:186-204.
14. **Kaplan GA, Salonen JT, Cohen RD, Brand U, Syme SL, Puska P.** Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology* 1988;128:370-80.
15. **Kawachi I.** A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996; 50(3):245-5 1.