

EDITORIAL

Retos clave de la salud pública en la India: una perspectiva desde la medicina social

Abhay Shukla

“De modo imperceptible, la medicina nos ha conducido al campo social y puesto de frente a los grandes problemas de nuestro tiempo.”

-Rudolf Virchow, Reporte sobre la epidemia de tifo en Silesia Alta, 1848

Este texto corto es una síntesis de un documento redactado en el contexto del lanzamiento de la Fundación de Salud Pública en la India. Intenta brindar una visión general de ciertos retos y problemas propios de la salud pública en ese país, algunos de los cuales no son ampliamente reconocidos. Al delimitar tales retos, hemos procurado ir más allá del enfoque biomédico para adoptar una perspectiva médico-social, que da una importancia central a los procesos sociales subyacentes y que apuntalan a la salud pública.

¿Transición o polarización epidemiológica?

“Esta polarización epidemiológica está caracterizada por una prolongada coexistencia de dos patrones de mortalidad, uno típico de las sociedades desarrolladas (crónico y degenerativo) y otro debido a condiciones sociales de vida pobres (infeccioso y parasitario), combinados con una alta mortalidad debido a accidentes y violencia... Este perfil indica la persistencia de grandes brechas sanitarias entre diversos grupos sociales y áreas en el interior de los países...”

“Las brechas crecientes entre las desigualdades sociales y el ingreso, todavía hacen surgir preocupaciones por su efecto en el ensanchamiento de los diferenciales de mortalidad en la región.”

Dr. Abhay Shukla

Joint Coordinator of SATHI-CEHAT, Pune. National secretariat of Jan Swasthya Abhiyan (People's Health Movement- India).

Email: cehatpun@vsnl.com

-Carlos Castillo-Salgado, Análisis de la situación sanitaria en América (1)

Es sabido que una parte significativa de la población de la India está pasando por la clásica “transición epidemiológica”, es decir, una reducción de la mortalidad debido a enfermedades contagiosas y partos y un aumento en la esperanza de vida y en la prevalencia de enfermedades no contagiosas. Sin embargo, si miramos a la sociedad hindú como un todo, observamos un patrón más complejo y segregado, con tres categorías sociales amplias (reconociendo algunos traslapes y grupos intermedios) que experimentan patrones diferenciales de enfermedad. Las clases medias y urbanas de comerciantes, así como parte de la clase rural con tierra disfrutan un nivel de prosperidad sostenida y pasan por la clásica transición epidemiológica. No obstante, los habitantes de los barrios bajos y los trabajadores de sectores desorganizados que deambulan entre áreas urbanas y rurales, tienen todavía una alta mortalidad debida a enfermedades contagiosas y han empezado a padecer “nuevas” enfermedades, que incluyen adicciones, problemas de salud mental y, en ciertos contextos, VIH/SIDA; estos grupos son un ejemplo de los que llevan la “doble carga”. Finalmente, los sectores rurales más pobres de diversos estados del norte y del centro de la India, especialmente los adivasis (grupo indígena), aún tienen altos niveles de mortalidad infantil, desnutrición e, incluso, muertes por inanición, y todavía sufren de una gran carga de enfermedades contagiosas. Por tanto, la afirmación de que la India está pasando por una transición epidemiológica reflejar tan sólo una parte de la realidad. Con las desigualdades crecientes puede que estemos atestiguando lo que puede ser caracterizado como una polarización epidemiológica, donde diversas secciones de la población se relacionan con la transición epidemiológica a distintos ritmos, y con

diferencias significativas en los patrones de morbilidad. Cualquier esfuerzo de gran escala en el área de la salud pública en el país necesita analizar en detalle esta polarización e idear estrategias para enfrentarla.

Segmentación y fragmentación del sistema de salud en la India

Es difícil hablar del “Sistema de salud de la India” como una sola entidad, mejor dicho, observamos una tendencia a la fractura de la atención a la salud en los partos, con diferentes sistemas para secciones distintas de la población, así como fragmentaciones entre varios programas verticales dentro del mismo sistema público de salud; hay segmentos claros del sistema de salud, dirigidos a secciones diferentes de la población. Aunque hay algunas excepciones, áreas grises y QUALIFIERS, esto no debe impedirnos identificar ciertas tendencias generales amplias. A diferencia de la situación en la década de los años 70s y principios de los 80s, en la que gran parte de la población (incluyendo la clase media) dependía principalmente en el sistema público de salud para la atención hospitalaria, hoy en día, hay cada vez más claramente sistemas de salud diferentes para los ricos, las clases medias y los pobres. Los hospitales privados de lujo y de grandes empresas presumen de sus instalaciones de calidad mundial e, incluso, de una creciente clientela internacional, éstos son utilizados, principalmente, por las secciones más ricas y las élites de las clases medias altas.

Gran parte de las clases medias urbanas y algunos sectores de las poblaciones rurales más pudientes prefieren utilizar hospitales privados y casas de asistencia de las ciudades y pueblos. Sin

embargo, el uso de ciertos servicios preventivos públicos de salud y hospitales públicos terciarios, especialmente para la atención de largo plazo, es una excepción al patrón general de esta preferencia por la medicina privada. Finalmente, los pobres de las ciudades y del campo son los principales clientes de las instalaciones públicas de salud, especialmente a nivel primario y secundario, a menudo estos grupos también recurren a practicantes privados menos calificados, algunos de los cuales ni siquiera cuentan con certificaciones formales. El estado penoso de las instalaciones a cargo de la salud pública en la mayoría de los lugares refleja el limitado poder de negociación de su clientela y explica la baja prioridad, dado su presupuesto y mantenimiento (una vez más, con la excepción de las instalaciones públicas terciarias de salud en las ciudades más grandes, que son utilizadas también por las clases medias).

Este patrón de segmentación es corroborado cuando vemos las cifras de utilización de los servicios públicos y los “otros” (que son esencialmente privados) y la hospitalización en áreas rurales y urbanas, por cuartiles económicos basados en datos de la 52ª Encuesta Nacional Muestreada (*National Sample Survey, NSS*, por sus siglas en inglés). Se nota que la utilización de servicios de salud públicos disminuye y que el de los servicios privados aumentan sustancialmente conforme analizamos los sectores de mayores gastos. Asimismo, hay una inversión efectiva en las proporciones si se comparan el cuartil más bajo con el más alto.

Fuente del Tratamiento de Pacientes, India 1995-96 (2)

<i>Cuartil, gastos mensuales per capita</i>	rural		urbano	
	público	otro	público	otro
0-25	61.2	38.8	60.8	39.2
25-50	57.7	42.3	48.3	51.7
50-75	46.8	53.2	40.3	59.7
75-100	35.6	64.4	28.3	71.7

Se puede observar una tendencia similar relacionada con la atención institucional a los partos; en el quintil más pobre el 73% se ubica en el sector público, pero este porcentaje disminuye conforme se avanza hacia arriba en quintiles de ingresos, alcanzando solamente el 36% en el quintil más rico.

La tendencia general de estratificación y segmentación del sistema de salud, que implica **una tendencia clara y creciente de sistemas de salud diferentes para las clases más pudientes y las más pobres**, parece haberse fortalecido en la última década. Las clases más ricas pueden utilizar servicios públicos de calidad, mientras los pobres utilizan los servicios públicos de salud, pero debido al deterioro y a la reducción en la oferta de estos servicios, también dependen sustancialmente de médicos privados poco calificados o sin calificación. Estos médicos, junto con las instalaciones públicas de salud periféricas, forman parte del “sistema de salud para los pobres”, que, hoy en día, conforma un “sistema de salud pobre”.

Esta fractura del sistema de salud ha tenido efectos negativos muy serios en el desarrollo del sistema de salud general de la India, mismos que han sido analizados en detalle por varios autores (5). Las cifras de utilización de la atención sanitaria entre 1986-87 y 1995-96 (NSS 42ª y 52ª) muestran que el debilitado sistema de salud público ha perdido pacientes frente al sector privado, y que éste, a cambio, ha crecido rápidamente y de un modo virtualmente descontrolado y poco regulado, lo que resultó en un incremento brusco en los gastos médicos. En la década transcurrida entre 1986-87 y 1995-96 (6), los gastos de la atención hospitalaria se elevaron un 436% en áreas rurales y un 320% en áreas urbanas. La proporción de pacientes que no utilizó ninguna tratamiento, por incapacidad para pagarlo, casi se duplicó (7), se estimó que en el caso del 40% de los episodios de hospitalización, los gastos fueron cubiertos vendiendo propiedades o adquiriendo deudas. Con la fractura casi total del sistema de salud y la “secesión de los ricos” a principios del 2000, en vez de “salud para todos”, vivimos una situación de “salud para los que pueden pagarla”. El objetivo de un sistema universal de salud parece haberse abandonado *de facto* como objetivo nacional, por ejemplo, la *Política de Salud Nacional 2002* (NHP por sus

siglas en inglés) menciona “Salud para Todos” tan sólo una vez, y lo hace para descartar este objetivo, calificándolo de “ambicioso” y, en cambio, declara que el NHP 2002 será dirigido a “un nivel que concuerde con nuestras expectativas realistas sobre los recursos financieros...”

Junto con la segmentación y la estratificación general del sistema de salud, algunos analistas de la salud pública han estudiado la seria fragmentación dentro del mismo sistema público de salud, debido a su rígida división en programas verticales (8, 9). Esto fue una consecuencia lógica del alejamiento del objetivo a la *Atención Primaria a la Salud Integral* y un cambio de política hacia la atención sanitaria primaria selectiva, encarnada en programas verticales específicos. De manera progresiva, estos programas hicieron sombra al sistema público entero de salud y, a menudo, no hubo un intento serio de integración entre ellos. El caso clásico ha sido la influencia dominante del “Programa de Bienestar de la Familia”, en el que los objetivos de esterilización han dictado en dónde ponen sus esfuerzos los trabajadores de campo, descuidando otras funciones importantes de la salud pública (10). Es una gran ironía el hecho de que el “Programa de Inmunización Universal”, uno de los programas verticales insignia de los años 80s y 90s, fuera parcialmente secuestrado por la vacunación “*Pulse Polio*” que, se ha visto, tiene un efecto negativo en otras inmunizaciones de rutina (11). ¡Éste ha sido un caso de “un programa vertical dentro de un programa vertical” con consecuencias muy adversas!

A pesar de que la recientemente lanzada Misión Nacional de Salud Rural, que ha surgido como una iniciativa con buenas intenciones para fortalecer a la salud pública rural y para integrar varios programas de salud, todavía hay un largo camino que recorrer para revertir y, finalmente eliminar, esta segmentación del sistema de salud. Este proceso va a requerir del fortalecimiento cualitativo del sistema público de salud (que necesita de un mayor financiamiento público), con una reintegración multinivel (desde la comunidad hasta el panorama nacional) y de varias actividades dentro de un solo marco de acción en la salud pública. Además, necesita haber una regulación efectiva del sector privado entero y una unificación del sistema de salud bajo un solo techo, que tenga como meta un sistema de acceso

universal a la atención de buena calidad, en un marco basado en los derechos. Puede argumentarse que este objetivo debe constituir la agenda fundamental y prioritaria para la política de salud pública de la siguiente década

El resurgimiento de las enfermedades contagiosas: una reflexión sobre los desequilibrios ecológicos y sociales

“¿Acaso no podemos rastrear las enfermedades de la población a los defectos en la sociedad?”

“Si la enfermedad es una expresión de la vida individual bajo circunstancias desfavorables, entonces las epidemias deben ser un indicativo de disturbios masivos.”

-Rudolf Virchow

El resurgimiento de enfermedades infecto-contagiosas en la India atrajo la atención internacional en 1994 con la reaparición de la peste en forma de epidemia, la que produjo cientos de muertes. Los brotes de dengue que se repiten en las áreas urbanas, el incremento continuo de los casos de malaria *falciparum*, el surgimiento de leptospirosis como un problema importante de salud pública y, por supuesto, la epidemia del VIH-SIDA, testifican la importancia del resurgimiento de dichas enfermedades infecto-contagiosas.

Cabe reiterar que éste es uno de los problemas de salud pública clave en la India y que un enfoque puramente biomédico es inadecuado para entender este resurgimiento. Una interacción compleja de factores sociales y ambientales (incluyendo la migración, las condiciones de vida urbanas, los patrones de irrigación y las formas de distribución, depósito y uso del agua, etc.) han creado el escenario para la mayoría de estas enfermedades. El reto para la salud pública en la India no es simplemente el hacer nuevas vacunas (aunque éstas pueden ser parte de una estrategia más grande), sino el entender las condiciones subyacentes que son responsables del resurgimiento de estas enfermedades y el sugerir las medidas relevantes y necesarias para enfrentarlas de manera integral y efectiva. Existen algunas experiencias específicas que demuestran que un enfoque con orientación comunitaria e integral, que combine el uso apropiado de

medidas biomédicas, con estrategias ambientales y comunitarias, es el que tiene mayores posibilidades de ser exitoso. Estas experiencias necesitan ser evaluadas y convertidas en lecciones relevantes para ser generalizadas y desarrollar una aproximación eficaz para enfrentar de manera eficiente este resurgimiento.

Hambre y desnutrición crónica – dimensiones inexploradas de la salud pública

A pesar de que la desnutrición ha sido desde hace mucho un problema importante en la India, el acontecimiento periódico de muertes por inanición en los últimos años es un hecho alarmante, estas muertes son la punta del gran iceberg de la desnutrición entre niños y adultos. De acuerdo al Instituto Nacional de Nutrición, el 60% de los niños en las áreas rurales están desnutridos, el 21% están severamente desnutridos y el 38% de los adultos tiene deficiencia crónica de energía (12). Desde el punto de vista de la salud pública, dos aspectos de esta situación son especialmente alarmantes: en primer lugar, a pesar de los constantes casos de muerte por inanición, y una negación oficial de los mismos, no ha habido respuesta aparente de la profesión de la salud pública para definir e identificar la inanición y las muertes, así como para entender el contexto en el que ocurrieron. A algunos de nosotros se nos ha dicho que la inanición es un tema “tabú” para los investigadores oficiales. El desarrollo de una metodología para documentar las muertes por inanición en un contexto comunitario más grande fue dejado a cargo de un grupo independiente de profesionales y activistas de la salud, el Observatorio del Hambre del Movimiento de Salud de los Pueblos (el *Hunger Watch group of Jan Swasthya Abhiyan*).

Sin embargo, se necesita hacer mucho más para entender y prevenir de manera efectiva la inanición, que puede ser entendida como el último ataque a la salud de los grupos afectados. En segundo lugar, y quizá de modo más serio, sabemos que la desnutrición disminuye de manera sustancial la inmunidad a una variedad de enfermedades contagiosas. La disminución en la prevalencia de enfermedades contagiosas mayores, como la tuberculosis en los países occidentales durante la primera mitad del siglo 20, precedió a la introducción de los anti-micobacteriales, y ha sido atribuida grandemente a las mejoras

nutricionales en la población. Es bien sabido que mientras el 40% de la población en la India sufre de alguna infección de *M. tuberculosis* en algún momento, tan sólo una pequeña parte de ésta desarrolla la enfermedad, que depende de otros factores como el debilitamiento del sistema inmunológico, que puede estar vinculado a la desnutrición. Sin embargo, de no ser por algunos grupos independientes de profesionales de la salud trabajando en áreas rurales que han notado estos vínculos (13), ha habido poca respuesta de parte de la salud pública para entender las implicaciones de la desnutrición con el fin de explicar el gran número de casos de tuberculosis, incluyendo los casos resistentes a varios medicamentos, malaria endémica y los brotes recurrentes de gastroenteritis en comunidades rurales pobres. Este contexto nutricional es motivo de preocupación. El consumo *per capita* de granos comestibles en la India disminuyó de 485 gramos diarios en 1991-92 a tan sólo 427 gramos diarios en 2002-03, además ha disminuido el consumo calórico agregado *por capita* en este periodo (14). El entender y enfrentar las dimensiones a gran escala de la salud pública (en algunos casos las crecientes situaciones de desnutrición) y el, por lo menos, asistir en la identificación de la inanición para posibilitar su prevención, parecen ser parte de las tareas desatendidas de la salud pública hindú.

Salud laboral y ambiental: puntos de crisis “invisibles”

En la India, las industrias y los trabajadores están estratificadas, como muchos otros aspectos de la sociedad. Hay un segmento de plantas industriales grandes, con buen mantenimiento y respeto de las regulaciones de seguridad y salud laboral, muchos estudios elaborados por agencias oficiales se refieren a este gran sector organizado de industrias, esto se puede deber a que muchos institutos de estudios sobre salud laboral oficiales tienen que “ganarse su mantenimiento” y sólo la industria organizada puede pagar sus investigaciones. Sin embargo, estas industrias subcontratan a empresas más pequeñas para sus tareas más tediosas, contaminantes y riesgosas o dependen de procesos de extracción igual de peligrosos para sus materias primas. Es en este último segmento, en el que se pueden encontrar los principales peligros, en dónde no hay

regulaciones efectivas y prácticamente ninguna medida preventiva. Además, como consecuencia de la “liberalización”, las leyes laborales se han tornado a favor de la industria y la inspección de las fábricas es, en muchos estados, una mera formalidad. Como ejemplo, cabe mencionar a las industrias pica piedra de Godhra, en el estado de Gujarat. Ha salido a la luz pública que en los últimos años más de 400 adultos jóvenes migrantes del distrito vecino de Jhabua, en Madhya Pradesh, han muerto de silicosis debido a los niveles de polvo extremos en los contextos laborales de la industrias (15). En numerosas obras, hornos de ladrillos, salineras, presas y pequeñas minas, micro industrias de químicos y procesadoras, las condiciones en el trabajo son responsables de un gran número de lesiones laborales y muertes. La burda insuficiencia del sistema oficial de notificación de enfermedades y accidentes laborales se compara, tan solo, con el relajado trabajo del inspectorado laboral, a cargo de asegurar condiciones en el trabajo adecuadas en tales sitios, en los que a los trabajadores no se les permite organizarse y, por lo tanto, no pueden presionar para mejorar sus condiciones laborales.

Por otro lado, las condiciones ambientales en los alrededores de las industrias químicas y las procesadoras (a menudo concentradas en los “estados industriales” en el “Corredor dorado” del sur de Gujarat y en ciertas áreas de Andhra Pradesh) pueden tener consecuencias catastróficas en la salud pública de las poblaciones circundantes. Bhopal es el más grande y mejor conocido ejemplo de tales impactos desastrosos y multicéntricos. Algunos activistas ambientales (como grupos involucrados en la red nacional *Community Health and Environment Skill Share*) han llevado a cabo estudios, bajo su propio riesgo y enfrentando las amenazas de las industrias, y han identificado un número de áreas con mortalidad incrementada debido a las industrias contaminantes no reguladas. Sin embargo, la profesión de la salud pública necesita responder documentando y analizando estas “silenciosas” crisis sanitarias ambientales y recomendando medidas integrales, tanto para remediar como para prevenir tales desastres sanitarios creados por el hombre.

La cultura dominante de prácticas médicas irracionales: el consumismo médico

Una consecuencia de la proliferación sin regulación del sector médico privado ha sido el crecimiento fenomenal de varias formas de prácticas médicas irracionales. Éstas mejoran la “salud financiera” de determinados doctores, pero fracasan en el mejoramiento, o incluso dañan la salud del paciente. Estas medidas han sido internalizadas por grandes sectores de la población; tres prácticas bien conocidas que restan a los pacientes cientos de *crores* (poder adquisitivo) cada año son las inyecciones, las infusiones intravenosas y los “tónicos” innecesarios. Un estudio bien conocido, llevado a cabo a nivel distrital, ha estimado que cerca de dos terceras partes de los gastos en medicamentos prescritos por doctores fueron innecesarios (16). Esta irracionalidad se puede extender a los antibióticos y los esteroides innecesarios, estudios de laboratorios no indicados (incluyendo CAT scans y resonancias magnéticas) y cirugías superfluas. Como reflejo de esta tendencia, cabe mencionar el hallazgo de un estudio basado en una comunidad, de que el 45% de los partos fueron cesáreas (17). Además, algunos activistas de la salud de las mujeres han documentado “epidemias” de histerectomías en ciertas áreas donde las mujeres que sufren de menores molestias ginecológicas son inducidas por cirujanos para extraerles el útero. Lo que es más preocupante es el hecho de que *esta tendencia se extiende a las intervenciones sanitarias públicas, como las vacunas*. Algunos de sus fabricantes, en conspiración con un sector de médicos, han llevado a cabo, en varias partes del país y entre grupos de todas las edades y sectores de la población, promociones a gran escala de “campos” de vacunación contra la hepatitis B; estos hechos suceden sin el cuestionamiento de los profesionales de la salud pública. A pesar de que la “cultura de la inyección” ha sido bien documentada, otros aspectos MULTIFARIOUS de prácticas médicas irracionales, conectados con una forma de “consumismo médico”, necesitan ser seriamente criticados bajo la luz de fuertes análisis científicos. Aquí, los profesionales de la salud pública necesitan tener un papel mucho más activo y estar en las primeras filas de la defensa de la salud pública. Además, hay una serie de retos que necesitan ser analizados y enfrentados por la comunidad de la salud pública, mencionamos unos cuantos para su discusión posterior:

- La migración, el desplazamiento y su impacto en la salud pública.
- Violencia y conflicto (incluyendo la violencia en contra de las mujeres), determinantes clave de la salud comunitaria en contextos específicos.
- Política poblacional, servicios de salud reproductiva y la necesidad de una aproximación integrada a la salud de las mujeres.
- El impacto de las adicciones en la salud pública y la promoción de productos dañinos para la salud – tabaco, alcohol y *guthka*.
- El entendimiento de múltiples determinantes de la salud mental y la necesidad de una revisión del sistema de atención a la salud mental.
- ¿Agua privada, salud pública? – enfrentando las consecuencias en la salud pública del surgimiento de la privatización del agua.
- El significado poblacional amplio de la desnutrición fetal y materna, extendida en las futuras epidemias de diabetes, hipertensión y enfermedades coronarias.
- Enfermedades desatendidas (por ejemplo, anemia drepanocítica, Kala Azar, deficiencia de calcio entre mujeres, etc.).
- El impacto de la liberalización del precio y el régimen de patentes TRIPS en la disponibilidad de ciertos medicamentos.

Finalmente, debemos mencionar que *las iniciativas que han sido lanzadas para reformar el sistema de salud deben ser analizadas basándose en la evidencia*. Un ejemplo de ello son los programas de desarrollo del sistema de salud que han sido iniciados en varios estados, donde ciertas prescripciones de políticas comunes han sido seguidas. Con lo que respecta a medidas como la introducción de cuotas para usuarios, hay estudios que muestran un uso reducido por parte de los pobres (en Andhra Pradesh) y un funcionamiento inadecuado de los mecanismos de exclusión para los pobres (en Maharashtra). Tales intervenciones en las políticas necesitan ser evaluadas a la luz de la evidencia para poder entender el modo en que han influenciado la provisión de los servicios y su utilización, especialmente entre los pobres. Tales evaluaciones permitirían la corrección de cualquier distorsión y mejores diseños de futuras iniciativas en el sector sanitario.

Conclusión

La salud pública en la India, como a nivel mundial, está en una encrucijada. La primera aproximación, que domina mucho del pensamiento oficial, se concentra en programas y objetivos verticales., intenta analizar síntomas específicos de la presente crisis de la salud pública, poniéndolos bajo una lente. Sin embargo, en la búsqueda de soluciones específicas, se pierde el panorama completo: el ver constantemente a través de un lente nos vuelve miopes. Entonces, la desnutrición es aceptada como un problema a ser enfrentado por medio de micro-nutrientes y, en cambio, las causas de la drástica disminución en la seguridad alimentaria y hasta la inanición, quedan sin ser mencionados.

Por otro lado, la reemergencia de la malaria es una preocupación que requiere de nuevos medicamentos, sin embargo, el fenómeno migratorio de casi un sexto de la población de la India en busca de un mejor modo de vida, que llevan a los más pobres TOILERS de situaciones rurales a contextos urbanos igualmente pobres, condenados a sufrir la “malaria migrante” debido a su exposición a múltiples trazas del parásito, es raramente discutido. Los peligros laborales en los sectores no organizados casi no son percibidos y no son considerados temas “académicamente interesantes”, a pesar de la evidencia de deterioro en las ya de por sí malas condiciones de este gran y creciente sector, conforme la India se “globaliza” y ofrece su mano de obra barata para volverse “competitiva” en el mercado.

El segundo enfoque, que es desacreditado por no ser ni “práctico” ni “respetable”, hace preguntas inconvenientes y busca algunas de las

causas reales detrás de los síntomas de la crisis de la salud pública. Esta aproximación combina un análisis detallado e incisivo de las causas proximales (sin encubrirlas), para relacionarlas con procesos sociales y económicos más profundos. Esta línea de la salud pública ofrece opciones para enfrentar sus problemas existentes, pero también pone frente a la sociedad un espejo, un espejo provocativo e incómodo que le permite ver que estos problemas no son “accidentes” sino que surgen como consecuencia sistemática de las decisiones que están siendo tomadas, que benefician a pocos y marginan a muchos. Así como la buena epidemiología debería poder predecir de modo preciso la tendencia del desarrollo de la enfermedad en ciertas condiciones, la buena salud pública debe alertar a la sociedad de las consecuencias de las decisiones tomadas, decisiones que deben ser evaluadas en la escala del sufrimiento humano, y no pueden ser “equilibradas” por la promesa de un mejor acceso a los mercados mundiales o un PIB más alto. Debe ser capaz de ayudar a la sociedad a medir los costos humanos de un modelo de “desarrollo” particular y a tomar decisiones sobre el cambio de ese modelo.

¿Escogemos la lente o el espejo? Quizá ya es tiempo de mirar largamente en el espejo.

“... Los paliativos ya no serán suficientes. Si deseamos llevar a cabo acciones remediales, debemos ser radicales. Los paliativos en tales casos son más costosos que las acciones radicales...”

- Rudolf Virchow, Reporte sobre la epidemia de tifo en Silesia Alta, 1848

Referencias

1. Castillo-Salgado C., Health Situation Analysis in the Americas, 1999-2000, [Epidemiological Bulletin, Pan American Health Organization Vol. 21 No. 4, December 2000](#)
2. Dilip.T.R; “Extent of inequity in access to health care services in India”, chapter cited in “*Review of Health Care in India*”, by CEHAT January 2005
3. Mahal. A; et.al; “*The Poor and the Health Service use in India*”, by Health, Nutrition and Population Family discussion paper of the World Bank’s Human Development Network, August 2001.
4. Srinivasan. K; Mohanty, S.K; “*Health care utilization by source and levels of deprivation in major states of India: Findings from NFHS-2*”, by International Institute of Population Sciences, Mumbai.
5. Duggal. R; Gangolli.L; “*Introduction to review of health care in India*” chapter cited in “*Review of Health Care in India*”, by CEHAT January 2005
6. Iyer I. and Sen G.; Health sector changes and health equity in the 1990s in India; chapter in “*Health and Equity – Effecting Change*”, HIVOS, 2000
7. Misra R., Chatterjee R. and Rao S.; *India Health Report*; Oxford University Press, 2003

8. Banerji. D; “*Landmarks in the Development of Health Services in India*”, chapter no.1 cited in “*Public Health and Poverty of Reforms: The south Asian predicament*”, edited by Qadeer.I; Sen.K; Nayar.K.R; by Sage publications, 2001
9. Banerji. D; “*A Social science approach to strengthening India’s National Tuberculosis program*”, Indian Journal of Tuberculosis, 1993
10. Rao. M., “*The Way the Wind Blows: Population Policies in India*”, chapter cited in “*Review of Health Care in India*”, by CEHAT January 2005
11. Kishore J, Pagare D, Malhotra R, Singh MM, “*Qualitative study of wild Polio cases in high risk districts of Uttar Pradesh, India*. Natl Med J India 2003; 131-4
12. National Nutrition Monitoring Bureau, “*Diet and Nutritional Status of Rural Population*”, National Institute of Nutrition, ICMR, Hyderabad, 2002
13. ‘Hunger and Health: An interdisciplinary dialogue’ – Joint statement from workshop organised by Jan Swasthya Sahyog, Bilaspur. Published in *MFC Bulletin* No. 315, Feb.- Mar. 2006
14. Patnaik Utsa; “*The Republic of hunger*”, Public lecture organized by SAHMAT, New Delhi, April 10, 2004.
15. Unpublished report by Jan Swasthya Abhiyan, Madhya Pradesh, Dec. 2005
16. Phadke. A; “*Drug Supply and use: towards rational policy in India*”, Sage publications, 1998
17. Pai. M; *e .al.*; “A high rate of caesarean sections in an affluent section of Chennai: Is it cause of concern?”, *National Medical Journal of India*, 12(4): 156-58, 1999.

