

LA REFORMA SANITARIA

Cuad. Méd. Soc. XLII, 1-2, 2001/ 3-4

Mariano Requena B.
Editor

Si bien *Cuadernos Médico Sociales*, como publicación especializada en salud de la comunidad, se interesa por todos los temas que tengan que ver con los sistemas de cuidado de la salud, en la actual coyuntura concentra su mayor preocupación en la Reforma Sanitaria, en la que deseamos colaborar especialmente.

Reformar el sistema chileno de cuidado de la salud requiere una visión integral del país, pero, al mismo tiempo, considerar las peculiaridades locales; requiere un esfuerzo titánico por superar las crecientes desigualdades que el actual sistema tiene estructuralmente enraizado y armarse de una férrea voluntad política capaz de superar la natural diversidad de visiones sobre el complejo tema de reformar nuestro sistema de salud. Además, la Reforma Sanitaria deberá desarrollar, como condición previa a la discusión de las propuestas de cambio, una clara Política¹ de Salud, que hasta hoy día el país no tiene. Sin política de salud clara, las soluciones técnicas contienen valores y principios implícitos no necesariamente coincidentes con los intereses nacionales. Por ello, la Reforma Sanitaria es una tarea política que requiere ser abordada como base a la discusión técnica.

Desde un ángulo más global, la democracia, como aspiración política suprema, tiene sus manifestaciones concretas y operativas en la forma

como se la aplica y practica en los sectores específicos del quehacer nacional. En el sector de salud se expresa en la equidad, tanto en la búsqueda de igualdad en el nivel de salud, como en el justo acceso a la atención según necesidad; también se hace presente en su financiamiento y, sobre todo, la democracia se expresa en el proceso de toma-de-decisión sobre políticas y el desarrollo de programas. Habrá democracia en salud cuando todos los participantes del sistema de salud, es decir los *proveedores primarios*, los *proveedores secundarios*² (incluidas las instituciones de educación superior que provee el recurso humano técnico), los *usuarios* y la *institucionalidad de financiamiento*, tengan la oportunidad de participar con su opinión. La idea, en todo caso, no es participar por participar, sino que tiene la legitimidad de ser el resultado de la vivencia cotidiana del efecto de las malas condiciones sociales y económicas sobre su proceso de salud-enfermedad. De hecho, ha sido demostrado, tanto en países desarrollados³ como en los subdesarrollados y en vías de desarrollo⁴, que la participación de los usuarios agrega y enriquece el modelo biomédico

¹ El español utiliza el término *política* para referirse a dos conceptos que en inglés están singularizados, como son *policy* y *politic*. La *policy* se la entiende como " un curso de acción o de intento de acción, deliberadamente adoptado, después de revisar posibles alternativas que se persiguen o que se intenta perseguir " La *política* es un conjunto de actividades por las cuales se trata de alcanzar objetivos concretos" En esta presentación utilizaremos el término *política* en el sentido inglés de *policy*

² De los cuatro componentes de un sistema de cuidado de la salud mencionados, los *usuarios* y la *institucionalidad* no necesitan mayor precisión porque se autodefinen. El *proveedor primario*, a diferencia del *proveedor secundario*, es el conjunto de recursos humanos y materiales que entregan servicios de salud directamente a los usuarios y el *proveedor secundario* es cualquiera institución que provea productos y servicios a los proveedores primarios para su desempeño

³ Fulton, Jane, 1993 *Canada's Health System*. Faulkner & Gray, Washington D C

⁴ Werner, David and Sanders, David, 1997. *The Politics of Primary Health Care and Child Survival* Published by Health Wrights, Palo Alto, California, USA

porque contribuyen con su experiencia vivencial. Al mismo tiempo, facilita la toma de conciencia de la población de la importancia de corregir las variables económico-político-sociales, tanto aquellas referentes a sus hábitos como del ambiente que la rodea. El proceso de Reforma Sanitaria llega en el momento que un nuevo gobierno reabre la posibilidad de profundizar nuestra democracia y será en su aplicación en la base y en situaciones sectoriales concretas donde se produzcan avances sin retroceso.

Sin embargo, hemos notado que, a pesar de los avances en la democratización de la vida nacional, ésta ha mostrado algunos cambios negativos que la limitan. El sector salud no está ajeno a este fenómeno. Preocupa comprobar que "...el *proceso-de-toma-de-decisión* tiende a la desinstitucionalización o informalizarse y se torna desconocido y misterioso, no sólo para la ciudadanía en general, sino que también para muchos actores..."⁵ sociales localizados en las instancias formales e institucionales de toma de decisiones. Entre estos cambios vale mencionar la tendencia cupular del proceso de toma de decisiones. Se crean comisiones formadas por la tecnocracia y la tecnopolítico-cracia⁶ junto con técnicos invitados. Los organismos gremiales que representan a los proveedores primarios, como los colegios y gremios de la sa-

lud, han debido presionar para ser incluidos. Además, no se conocen los criterios para formar los equipos de trabajo, ni las etapas que debe recorrer el proceso de Reforma. En este sistema cupular se genera y fortalece el tan combatido centralismo.

Este fenómeno es producto, por un lado, de la contaminación con el individualismo fortalecido por la tendencia al desarrollo del trabajo extrainstitucional, simultáneamente el decaimiento de los mecanismos de presión gremiales de masa. Sin duda que técnicamente se avanza formalmente mucho más a través de la formación de grupos técnicos extrainstitucionales cooptados de la burocracia institucional, como lo demuestra la Asociación de Isapres. La forma como se ha orientado la toma de decisiones en la Reforma Sanitaria es producto de este estilo excluyente, apoyado por trabajos de centros de estudio y por un eficiente plan comunicacional.

Nuestra revista quiere abrir su espacio a todos los que, desde su visión y posición sobre la Reforma Sanitaria y sobre las políticas de salud en discusión, deseen expresar su opinión. Queremos que las opiniones que los lectores de *Cuadernos Médico Sociales* envíen queden como testimonios aportados desde la salud colectiva.

Santiago, junio 2002.

⁵ Cortés Terzi, Antonio, 2000 *El circuito extrainstitucional del poder* Ediciones Chileamérica - CESOC Santiago de Chile

⁶ En la terminología empleada no hay intención peyorativa y sólo persigue caracterizar y sintetizar algunas ideas de política de salud