

CRISIS DE LA SALUD PUBLICA

Cuad. Méd. Soc. XL, 2, 1999/ 5-7

Queremos llamar la atención en este editorial sobre la situación de crisis que vive hoy la salud pública chilena.

Varias señales son preocupantes. La salud pública ha dejado de ser la disciplina líder en el campo de los problemas sectoriales y de las definiciones políticas y programáticas de cuidado de la salud en nuestra realidad. Y lo que es peor aún, no es infrecuente que se la subordine o se la excluya.

Los responsables superiores del sector parecen no requerir ni exigir a la salud pública como sustento gestor. Incluso para algunos, esta disciplina es considerada como la expresión del *sentido común* en la intervención de la salud colectiva y, como tal, se la ejerce irresponsablemente.

Aún más. Para muchos la disciplina de salud pública nada tiene que ver con la administración y la gestión de salud.

Su correlato es el surgimiento de saberes instrumentales y reduccionistas en la programación, la gestión y la evaluación de los servicios de salud. Las habilidades administrativas y la gestión financiera son, sin duda, necesarias, lo que nadie discute. Pero lo grave es que también se las considera suficientes para resolver los problemas colectivos de la salud. De hecho, desdeñan la salud pública. Para muchos dirigentes del sector, sólo la productividad y la maximización de la rentabilidad están a la moda.

En defensa de la gestión financiera y administrativa en el manejo de la salud, se postula que estamos frente a un nuevo paradigma de la salud colectiva, que reemplazaría al que sustenta la salud pública. Se trataría de "modernizar" el cuidado de la salud, lo que equivale a lograr productividad a cualquier costo y, en definitiva, alcanzar

la mayor rentabilidad. El éxito en el mundo de los negocios de la atención médica es un apronte de lo que será la atención médica, cuando los nuevos "gurús" logren reemplazar a los salubristas o sanitaristas. Pero, al mismo tiempo, la salud pública no ha sido aún renovada y readecuada a las nuevas realidades.

El enfrentamiento de estas tensiones define la situación crítica que vive hoy la salud pública. A nuestro parecer esta situación es compleja y resulta de la interacción de una red de variables. La ocasión nos limita a mencionar sólo aquellas que nos parecen más evidentes e importantes: las variables biomédicas y los cambios en la economía.

LA ALIENACION DEL DESARROLLO CIENTIFICO-TECNICO DE LA MEDICINA

El acelerado y progresivo desarrollo científico y técnico de la medicina y de la salud es ya un lugar común reiterado con majadería. Se reconoce el obvio efecto que este desarrollo ejerce en las habilidades médicas para diagnosticar y tratar la enfermedad y, con menos frecuencia, sus efectos sobre medidas preventivas y promocionales.

Sin embargo, este análisis es sesgado por la exaltación reduccionista y acritica que se hace de sus efectos biomédicos. Raramente se analizan sus efectos sociales, económicos y culturales.

El desarrollo científico-técnico es un gran seductor de los médicos y personal de la salud. Tiene atractivos que van desde su capacidad diagnóstica y terapéutica hasta las ventajas económicas, pasando por la gratificación al ego que produce el control de las variables biológicas.

En los usuarios, por su parte, crea esperanzas de curación, con frecuencia de carácter milagroso, no correspondido por la verificación científica. En no pocas ocasiones, sus efectos prodigiosos se desparpaman a cuanto achaque, sea físico o psíquico, que altere la armonía orgánica.

Producto de los dos cambios anteriores se han creado condiciones de explotación comercial, lícita y, a veces, no tanto, de la nueva tecnología y de los nuevos conocimientos. Estos últimos son instrumentalizados aumentando su valor de venta al usuario y también en la preparación de especialistas (caso oftalmólogos y dermatólogos), transmisión de nuevos conocimientos (cursos, seminarios, etc., de alto valor).

Paradójicamente el tremendo desarrollo del conocimiento ha disminuido el gran poder que hace tres o cuatro décadas ostentaban los médicos. Con algún retraso respecto de los países desarrollados, los médicos pierden cada día ese poder de "dios de bata blanca", como los denomina Alvin Toffler (1). El sistema de salud era creado y controlado por ellos y los lapsos de la historia institucional de salud chileno era marcado por los médicos, como lo fue el Seguro Obrero Obligatorio, el sistema de urgencia de la Asistencia Pública, el Servicio Nacional de Salud o el Servicio Médico Nacional de Empleados.

Hoy día vemos cómo sus diagnósticos son discutidos por los laicos: cómo la industria farmacéutica les tiene cada día menos respeto y guía sus decisiones; las compañías de seguro cambian sus decisiones diagnósticas y terapéuticas (de licencias, por ejemplo) y la normativa que dicta el Ministerio de Salud es ajena a los criterios de salud.

El desarrollo tecnológico mencionado ha derivado en efectos económicos importantes. Como afirma José Roberto Ferreira (2) "...se observan efectos aparentemente paradójicos con respecto a la tecnología. Esta, siendo responsable por los enormes avances en el campo de la salud, encarece al mismo tiempo el costo de la atención, restringe el acceso a los servicios y aumenta el grado de inequidad".

El progreso científico-técnico se ha autolimitado al desplazarse sólo dentro de los límites de la biomedicina. Sus esquemas conceptuales etiológicos y ecológicos ya no dan cuenta de la complejidad de las variables que la realidad impone. El ropaje epistemológico tradicional se ha encogido. Es entonces el enfoque colectivo biopsicosocial que ofrece la salud pública el que hoy le exige a la medicina buscar modelos explicativos.

La verdad es que estos modelos explicativos ya eran comprendidos hace más de 150 años. Ideas sociales multifactoriales sobre salud colectiva se registran ya en el siglo XVIII. Johann Peter Frank (3) escribe el libro "Sistema de una política médica integral" (4). En seis tomos se ocupa de los problemas de población y reproducción humanas, entrega normas de nutrición y protección contra el frío y la pobreza. Concluye que "...la pobreza es la causa principal de la enfermedad".

En la Inglaterra, de la naciente industrialización, Edwin Chadwick denuncia las malas condiciones de vida de los obreros en su Informe (5), publicado en 1842. Dos años antes, Villerme (6) en Francia se hizo cargo del mismo problema. Por su parte, Federico Engels publica en 1844 el libro "Las condiciones de la clase trabajadora en Inglaterra" (7).

En Alemania, en 1850, Rudolf Virchow (8) encabeza un movimiento de denuncia de las condiciones de vida de los obreros y funda un periódico, *Die medizinische Reform*. Afirma Virchow: "La medicina es una ciencia social y la política no es más que la medicina en gran escala". ¿Qué quiere decir Virchow con esta afirmación? En primer lugar que la medicina —que seguramente hoy día Virchow diría "1.a salud es..." en vez de "La medicina es..."— acontece en el medio humano que es la sociedad. Allí están las variables que determinan el estado de salud o enfermedad. Allí está el medio donde la biografía de cada persona en su intercambio social va derivando en la estructura biopsíquica que condiciona las respuestas con el medio.

Por su parte, la misión de la política es el bienestar humano colectivo, ya sea a través de programas, servicios, normativas y corrección de condiciones adversas. Las evidencias crecientes de la predominancia etiológica en el nivel de salud de las variables económicas, sociales y culturales, dirigen nuestra mirada a la política como la actividad que tiene sobre ellas tuición.

LA CRISIS DE LA SALUD PUBLICA ES VICTIMA DEL FUNDAMENTALISMO ECONOMICO

Los grandes cambios económicos que hemos estado viviendo, y que probablemente viviremos aún por años, es otra clave para entender la crisis de la salud pública.

La caída del muro de Berlín y de los socialismos reales ha fortalecido al mercado, como me-

canismo de asignación de recursos, por sobre la economía planificada. Nuestro país sufrió el cambio a través de una imposición autoritaria rígida que no dejaba capacidad de réplica.

Su sombra se extendió a todos los ámbitos de la sociedad. Al sector social, formado por el sistema de instituciones, programas y acciones que generan bienestar social y que incluye educación, salud, vivienda, trabajo y previsión social. Si bien cada sector por separado debe enfrentar sus problemas, sólo se avanzará cuando seamos capaces de entender y enfrentar unidos la política social. Para los salubristas es un deber ético, táctico y estratégico buscar una solución a la crisis de la política social.

Lo que preocupa después de diez años de democracia es la mantención del individualismo, como fundamento de la privatización de las responsabilidades sociales; la disminución del aporte estatal, como mecanismo de fortalecimiento del sector privado; la discriminación en los servicios, como sustento de la iniquidad, y el Estado subsidiario. En esencia, se transfiere el aporte al bienestar de la gente al lucro privado.

La mantención inalterable de la política social, ha logrado sellar y consolidar las desigualdades en los beneficios sociales. Ha condenado a los pobres, a los jóvenes, a los viejos y a las mujeres a mantener congelados de por vida sus limitados servicios-beneficios. El Informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, confirmó dramáticamente las desigualdades objetivas como las subjetivas. Los encuestados sienten que su seguridad personal, familiar y social es precaria. La mayoría duda poder mantener su actual trabajo y su salario, de tener atención de salud cuando la necesite, de no ser agredido físicamente, de conseguir alguna vez la ansiada vivienda propia, de tener un jubilación digna o de poder acceder a la educación para sus hijos.

La garantía de los derechos sociales y de las necesidades humanas básicas es la base de la libertad positiva, la cual es requisito para construir una sociedad democrática, libre, solidaria e igualitaria. En definitiva, la satisfacción de las necesidades básicas permite una participación social verdaderamente libre.

Esta situación es superable y reversible. Se requiere conjugar voluntades en un amplio acuerdo social. Es un esfuerzo de todos por una política de salud que devuelva la confianza, los beneficios y los derechos sociales mermados.

Este conjunto de cambios han determinado, directa o indirectamente, la crisis que hoy vive la salud pública, lo cual no es señal de fatal irreversibilidad. Pensamos que en todo esto la salud pública y sus cultores han tenido una responsabilidad central. Es evidente que no hemos captado que los cambios mencionados también han sido cambios en la disciplina misma.

Es el momento de salir a recuperar el espacio que le corresponde a la salud pública, como la disciplina social que tiene la capacidad científica y técnica de plantearse frente a la misión de elevar el nivel de salud de la población chilena.

DR. MARIANO REQUENA BICHER
Editor

REFERENCIAS

- (1) Toffler, Alvin 1990. *El cambio de poder*, pp 27-28. Plaza Janes Editores, Barcelona.
- (2) Ferreira, José Roberto. 1992. *La crisis*. En. OPS, 1992 *La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate* Washington D.F.
- (3) Johann Peter Frank fue un médico alemán que vive entre 1745 en Rodalben, Baden y que fallece en 1819. Es un pionero de la medicina social
- (4) Sigerist, Henry. 1981 *"Hitos en la Historia de la Salud Pública"* Siglo XXI Editores, SA, México D.F., México.
- (5) Chadwick, Edwin 1842. *Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Class* Londres
- (6) Villermé, L. R. 1840. *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés, dans les manufactures de coton, de alnée et de soie* Paris
- (7) Engels, Frederic. 1844. *The Conditions of the Working Class in England in 1844* Citado en Waitzkin, H., 1983 *The Second Sickness* The Free Press, New York.
- (8) Rudolf Virchow en sus ochenta años de vida publicó más de 2 000 artículos científicos, numerosas contribuciones mayores en medicina y antropología y tuvo actividad parlamentaria como diputado miembro electo del *Reichstag* alemán