

Cuad. Méd. Soc. XL, 3-4, 1999/ 3-4

Después de los seis primeros meses del tercer gobierno de la Concertación, es posible vaticinar cuáles serán las líneas relevantes y fundamentales que conformarán su estrategia sectorial. Una línea estratégica es la Reforma Sanitaria que abarca el ámbito sistémico total. La otra línea relevante, cuyo alcance está circunscrito al ámbito del subsistema público de salud, se orienta a mejorarlo y a fortalecerlo. La primera etapa de esta segunda línea estratégica se centró a mejorar la capacidad resolutoria del subsistema público de salud y cuya tarea inicial se ha centrado en la disminución de las "colas" de espera en la atención primaria. Un tercer componente es el financiamiento, que no hemos mencionado como una línea independiente por constituir un aspecto omnipresente en cada programa, que será siempre mejorable, que nunca será suficiente y condicionado a la política y a los programas que financia.

Cuadernos Médico Sociales, como publicación especializada en salud de la comunidad, se interesa en la actual coyuntura por todos los temas que tengan que ver con los sistemas de cuidado de la salud. Sin embargo, en la actual coyuntura, la Reforma Sanitaria concentra la mayor preocupación y 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 enraizadas y armarse de una férrea voluntad política capaz de superar la red de intereses corporativos y financieros, tanto nacionales como los que han llegado y seguirán llegando como viajeros VIP de la globalización^{1, 2}. Además, la Reforma Sanitaria deberá desarrollar, como condición previa a la discusión de la Reforma misma, una clara Política³ 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 políticamente.

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, tiene varias formas de manifestarse. Se expresa en la equidad, tanto en la igualdad en el nivel de salud, como en el acceso a la atención. También se hace presente en su financiamiento. Pero sobre todo, que es lo que nos interesa en este análisis, la democracia se expresa al decidir polí-

¹ Stoker, K., Waitkin, Howard and Iriart, Celia. *The Exportation of Managed Care to Latin America* NEJM, 340. 1131-1136.

² Pérez-Stable, Eliseo J., 1999. *Managed Care Arrives to Latin America* NEJM, 340. 1110-1112

³ 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*.

ticas o desarrollar un programa. Habrá democracia en salud cuando todos los participantes del sistema de salud, es decir los *proveedores primarios*, los *proveedores secundarios*⁴ (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 el mérito de resultar de las vivencias diarias con la salud y la enfermedad. De hecho, ha sido demostrado, tanto en países desarrollados⁵ como en los subdesarrollados y en vías de desarrollo⁶, que la participación de los usuarios agrega y enriquece el modelo biomédico con las variables económicas, políticas y sociales de la salud y facilita la toma de conciencia de la población de la importancia de corregir las variables económico-político-sociales.

El proceso de Reforma Sanitaria llega en el momento en 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 produzca avances sin retroceso.

Sin embargo, hemos notado que, a pesar de los avances en la democratización de la vida nacional, esta 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 decisiones* tiende a desinstitucionalizarse o informalizarse y se torna desconocido y misterioso, no sólo para la ciudadanía en general, sino que también para muchos actores..."⁷ sociales localizados en las instancias formales 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 tecnopoliticocracia⁸ junto con técnicos invitados. Los organismos gremiales que representan a los proveedores primarios, como los colegios y gremios de la salud, 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, se ha debilitado los mecanismos de presión gremiales de masa. Sin duda que se avanza mucho más a través de la formación de grupos técnicos extrainstitucionales pero con cooptación de miembros 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. Además se realizan reuniones internacionales a gran escala con técnicos directamente ligados a determinadas posiciones e intereses.

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.

DR. MARIANO REQUENA BICHET
Editor

Santiago, septiembre de 2000.

⁴ 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.

⁵ Fulton, Jane, 1993. *Canada's Health System*. Faulkner & Gray, Washington D.C.

⁶ Werner, David and Sanders, David, 1997 *The Politics of Primary Health Care and Child Survival*. Published by Health Wrigths, Palo Alto, California, USA.

⁷ Cortés Terzi, Antonio, 2000 *El circuito extrainstitucional del poder*. Ediciones Chileamérica - CESOC Santiago de Chile.

⁸ En la terminología empleada no hay intención peyorativa y sólo persigue caracterizar y sintetizar algunas ideas de política de salud