

# META SANITARIA PARA EL AÑO 2010<sup>1</sup>

Cuad. Méd. Soc. XL, 3-4, 1999/ 28-29

Dr. Manuel Zúñiga\*

## INTRODUCCION

1. Fijar una meta sanitaria para un plazo de 10 años no debería constituir un compromiso aventurado para un planificador que pretenda asumir la tarea con un criterio puramente técnico (o "tecnocrático"). Sin embargo, en la circunstancia que ahora vive Chile, en la etapa de un nuevo gobierno que inicia el siglo, que sostiene como postulados centrales "CRECER CON IGUALDAD", apoyado en los principios fundamentales de "SOLIDARIDAD" y "EQUIDAD", el abordaje integral que se requiere constituye un difícil y complejo desafío. En efecto, son numerosas las interrogantes que deben ser adecuadamente resueltas para que las perspectivas de evolución de la situación de salud y las metas consecuentes a alcanzar, tengan firme sustento en la realidad y constituyan una parte bien definida de un proceso de desarrollo general, en el entendido que el bienestar social y la salud no deben considerarse como un medio de la economía o del crecimiento macroeconómico o un instrumento político, sino como objetivos sociales finales de máxima prioridad.
2. Para definir la meta a alcanzar, una tarea previa indispensable es establecer con claridad la situación existente en el punto de partida. Al respecto, en el documento final de la Comisión de Salud de la Concertación, en el que se

resumen las principales definiciones que el país debe enfrentar en este campo, se reconoce que el principal problema está determinado por las inequidades existentes, tanto en los niveles de salud de los diferentes sectores sociales, como en la accesibilidad a los Servicios y calidad de la atención que se entrega a la población.

Si consideramos la situación de salud en el contexto más general del modelo de desarrollo socioeconómico, debemos reconocer que las inequidades en salud son consecuencia y parte de un marco general de desigualdades que incluye inequidades económicas, políticas, de género, tecnológicas y culturales. En síntesis, las inequidades en el plano económico-social constituyen un factor determinante en el campo de las inequidades en salud, por lo tanto, la justa ponderación del papel que juegan los factores sociales en la morbilidad y en la mortalidad, es requisito básico para comprender la real relación existente entre equidad en salud y equidad social.

En consecuencia, comprender a fondo la influencia de la inequidad en la generación de desigualdades en salud es requisito necesario para entender las diferencias entre países de diverso grado de desarrollo, las diferencias regionales en el propio país y sobre todo, las que se hacen evidentes al analizar las diferencias sociales. El saldo negativo de la inequidad no lo pagan por igual todos los grupos o sectores sociales.

<sup>1</sup> Presentación realizada como introducción, en la III Sesión Científica de la Sociedad Chilena de Salubridad: "Meta Sanitaria para el año 2010", 27 de junio del 2000.

\* Miembro de la Sociedad Chilena de Salubridad.

En todos los países, inclusive en los más desarrollados, existen diferencias muy significativas en las formas de enfermar y de morir en los distintos sectores sociales. A esto se debe agregar las innegables desigualdades de acceso a los servicios de salud originados por la clase social. La profundización del estudio de estos aspectos es indispensable para la adecuada orientación de las posibles soluciones, sobre todo para no agregar nuevas inequidades a las que heredamos del pasado.

3 La superación de las inequidades en cuanto al ejercicio del derecho a la salud es un aspecto central a considerar en los planes o modelos de reforma del sector salud que se han venido postulando. El actual gobierno anuncia que en el próximo año se llegará a definiciones concretas en esta materia.

El cumplimiento de la “meta sanitaria para el año 2010”, estará directamente relacionado con las decisiones finales a que llegue este proceso. Ningún modelo de reforma que se oriente a disminuir la responsabilidad y presencia del Estado para abrir el campo de la salud y del ahorro social a las reglas e intereses del mercado puede ser aceptado. Una reforma de ese orden tiende a “confirmar la división clasista mediante la estratificación de la clientela, a priorizar en la práctica sanitaria el componente asistencias y de respuesta a la enfermedad individual en detrimento de las dimensiones y práctica de la responsabilidad social” (S. Franco). Estos modelos de Atención Médica son claramente generadores de inequidad puesto

que la condición de acceso a la salud es determinante de parte considerable de las desigualdades en la situación de salud de diversos sectores sociales. Confiamos en que la reforma chilena considere algunas de las “conclusiones relevantes” que nos ha hecho llegar recientemente la Directora de la OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland, quien señala textualmente: “La responsabilidad última del desempeño del Sistema de Salud de un país incumbe al gobierno. La gestión atenta y responsable del bienestar de la población –rectoría– es la esencia de un buen gobierno. La salud de la población es siempre una prioridad nacional y el gobierno tiene en ello una responsabilidad continua y permanente”.

Está claro que esta es una posición muy diferente al “Estado Subsidiario que preconizan los reformadores neo-liberales”. Forma parte de las recomendaciones destinadas a “ayudar a los formuladores de políticas a tomar decisiones juiciosas”, como señala el “Informe sobre la salud en el Mundo 2000”. (OMS).

El presidente Lagos ha sido enfático al señalar que la salud es un derecho y no un negocio. “CRECER CON IGUALDAD”, “SOLIDARIDAD”, “EQUIDAD”, deben ser la base de la auténtica REFORMA DE LA SALUD que se requiere para fortalecer el sector público, orientar y regular positivamente el sector privado, y hacer posible la atención integral de la salud de todos los chilenos. Sólo de esta forma podremos alcanzar una Meta Sanitaria para el año 2010, que signifique un nuevo avance sustancial de la Salud Pública chilena.