

FOCALIZANDO LA EQUIDAD

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 1, 1997/ 3-5

Dr. Mariano Requena B.

La equidad en salud, que hemos privilegiado en este número de Cuadernos Médico-Sociales, es un tema omnipresente en la discusión y análisis sectorial. Sin embargo, no significa que siempre esté consciente y, por el contrario, la mayoría de las veces la equidad se ignora o, deliberadamente, se la oculta. Obviamente la idea de equidad tiene que ver con su naturaleza valórica que en la praxis sectorial se expresa como criterio ético del accionar en salud.

La equidad, como todos los valores, no es un concepto que pueda tener existencia independiente y autosustentarse. Necesita siempre de un depositario específico. En nuestro caso, este depositario se encarna en los diversos aspectos del proceso de salud-enfermedad y de sus sistemas sociales de intervención.

Es una de las cualidades que se asigna a los depositarios del valor y que, por ello, es necesario distinguir de aquellas condiciones primarias que son inherentes y propias del depositario e independientes de nuestra subjetividad (1).

Por otro lado, los valores son cualidades polares y jerarquizadas. La polaridad surge de la sola existencia del valor: su existencia se debe dialécticamente a la existencia de su contrario. De hecho, aspirar a la equidad en salud es corregir su contrario, la inequidad.

Al mismo tiempo, los valores tienen una ordenación jerárquica.

Cuando se enfrentan dos o más valores referentes a una cosa, surge la necesidad de **elegir o preferir** entre ellos, lo que connota la existencia de una escala de preferencias que los ordena en

superiores e inferiores. En todo caso, no hay que confundir jerarquizar los valores con clasificarlos. Por ejemplo, entre equidad y solidaridad, ¿cuál debe priorizarse en situaciones de elección?

En política de salud, la equidad es una cualidad-valor atribuible a todos los componentes, tanto en el vasto campo del proceso salud-enfermedad como en el sistema de cuidado de la salud.

Más específicamente, lo que interesa discutir es la equidad en el **nivel de salud de la población y la equidad en el acceso a sus servicios y beneficios**.

La equidad en el **nivel de salud de la población** es, al mismo tiempo que un objetivo esencial de la política de salud, el indicador central del impacto de la intervención social en salud (2). La elección de la equidad como indicador del impacto sobre la salud de una comunidad tiene un profundo significado ético, filosófico, económico, de justicia social y de derecho humano a la vida y la salud.

Esta perspectiva de la equidad va más allá de los indicadores operativos con que se miden los impactos en el nivel de salud, como la eficiencia, la eficacia y la productividad. Es evidente que la perspectiva reduccionista del administrador de salud, debe demostrar que los recursos que se le entregan para su gestión son empleados con eficacia, eficiencia y productividad.

Pero a nivel de nación, gobierno y Ministerio de Salud, es preocuparse si el esfuerzo en salud ha logrado disminuir las diferencias en muerte y enfermedad. La equidad en el nivel de salud de los chilenos es un problema de Estado.

Para redondear la relación equidad–nivel de salud debemos hacernos cargo del proceso social que ha llevado a lo que Michel Foucault denomina **somatocracia**. Su genealogía se ubica inicialmente en los años que siguen al término de la Segunda Guerra Mundial.

El Plan Beveridge (3) pone sobre la mesa el carácter social de la medicina y requiere del Estado su presencia. De hecho, ha habido una preocupación creciente del Estado por intervenir en el “cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud” (4).

El efecto de la medicina sobre la salud ha demostrado ser mucho más limitado que la influencia del conjunto de factores tanto del ambiente económico, social y cultural como del ambiente ecológico.

EL CONCEPTO DE EQUIDAD

En el ámbito de la política de salud, el concepto de equidad es ambiguo y confuso. Frecuentemente se menciona la equidad sin establecer su depositario y, como afirmamos antes, el término pierde sentido cuando no se precisa su pertenencia. En otras ocasiones es utilizado como una especie de “pasaporte ético” que permite dar cumplimiento al formalismo que exigen las convenciones y las apariencias sociales, aunque en la realidad las propuestas sean esencialmente carentes de equidad. Por ello interesa precisar el concepto y sus criterios de reconocimiento, especialmente referido al tema de política de salud.

Aceptamos como una proposición general la definición de J.H. Bland: “Equidad significa justicia. Significa que las necesidades de la gente, en vez de los privilegios sociales, guían la distribución de oportunidades de bienestar” (5). Esta definición se aplica tanto al nivel de salud como al acceso a los servicios y acciones.

En todo caso, este concepto de equidad no surge independiente del momento de desarrollo que vive la política de salud de un país determinado.

Es un concepto que tiene historicidad y que, por ello, debemos mirarlo en “el aquí y el ahora” del sector.

Es el contexto de la lucha política por hegemonizar un modelo de sistema de salud que en Chile tiene que ver con la herencia de la dictadura y la fuerte presión del neoliberalismo en el sector; con la globalización mundial de la economía, la pobreza y las enormes brechas económico-sociales que brotan y que nos golpean el rostro cuando el país se ve exigido por coyunturas extraordinarias y por exigencias “extraprogramáticas”, aunque previsibles, como los temporales que recientemente azotaron al país.*

La equidad, tanto a nivel de salud como del acceso a sus servicios, es el valor principal que, junto a otros, sustenta el derecho a la salud. Expresa y concentra en su concepto la meta esencial que aspira cualquier sistema de salud y traduce una posición ética frente a la responsabilidad del Estado de entregar salud para todos.

Subentiende la presencia necesaria de otros valores, como la solidaridad, y es incompatible con el individualismo neoliberal y con la competencia mercantil. Finalmente, de las reformas de la seguridad social, la salud es el sector donde la equidad tiene una manifestación más extrema, puesto que se refiere a una “distribución del derecho a la vida” (6).

Los parámetros que la salud pública** utiliza en la construcción de políticas de salud consistentes con las necesidades y los problemas sectoriales han sido distorsionados por la hegemonía neoliberal que ha reinado en Chile desde que la dictadura depredó y desmanteló el Estado de Bienestar.

La nueva ideología jerarquiza la responsabilidad individual en el cuidado de la salud, el cual pertenece al ámbito privado (7). Por lo tanto, se debe transferir al sector privado el cuidado de la salud que pueda ser rentable y que constituya instrumento de acumulación y reproducción de capital.*** El rol del Estado pasa a ser subsidiario de aquellas actividades y población no interesante económicamente para el sector privado.

* Nos referimos a los efectos sobre los sectores pobres de los temporales que afectaron al país durante el invierno chileno de 1997.

** El concepto de salud pública es equívoco. Su significado es muy variado y diferente para diversas zonas o actores sociales sectoriales. Para esta presentación se entiende como salud pública al conjunto de problemas, actividades y decisiones relativos a la salud considerada como fenómeno social.

*** Hoy en Chile el monto de dinero que mueve el sector salud, sin considerar la industria farmacéutica ni la industria de instrumentos médicos, sobrepasa los 2.000 millones de dólares. Más de la mitad de esta cantidad es controlada hoy día por la industria de los seguros de salud (ISAPRE) para cubrir el 28% de la población, según el Banco Mundial para 1996.

EL CUADRO POLITICO DE LA POLITICA DE SALUD CHILENA

El momento actual de la política de salud chilena se caracteriza por un enfrentamiento entre dos concepciones antagónicas de modelo de salud deseable para Chile. Por un lado, se mantiene, a pesar del desmantelamiento sistemático y estratégico y de los embates ideológicos, el modelo integral y solidario del Estado de Bienestar. Por otro lado, el modelo neoliberal de salud, en avance permanente y con clara tendencia hegemonizante.

Vale la pena mencionar algunos rasgos del modelo neoliberal que explican su agresividad y, sobre todo, su avance hegemonizante. Lo primero que destaca es la presencia de una legislación favorable a sus intereses comerciales a través de la no regulación de las condiciones contractuales, de la obligación de los usuarios a cotizar un 7 por ciento de su sueldo y de liberar indeterminadamente los sobreportes.

Sobre la base de este paraíso del libre mercado el sistema neoliberal de salud ha montado un sistema integral económico, político e ideológico de penetración y posicionamiento social. En lo económico su poder se basa en el control creciente del gasto nacional en salud que hoy ya supera el 50 por ciento, sin incluir en él el gasto en farmacia.

El frente político, liderado por la Asociación de ISAPRE, logra una fuerte presencia en los espacios de discusión y en los medios de comunicación. Finalmente, a todo lo anterior se liga un fuerte sistema de penetración y difusión ideológica, constituido por el programa de formación de cuadros técnicos a través del programa docente PIAS y por institutos de desarrollo ideológico.

Lo que hoy vive Chile en el sector salud es un enfrentamiento de estos dos modelos, cuyo origen y dinámica obedece a la conjunción de diversas variables. Desde luego, el origen del enfrentamiento surge de la agresividad y de la aspiración hegemónica del modelo neoliberal y que hoy se encuentra en una etapa de avance.

Sin embargo, desde hace tres años su crecimiento se ha frenado por el agotamiento de población económicamente aceptable a las actuales condiciones de costos de las ISAPRE.

Si las ISAPRE logran bajar costos, ya sea por reducir valor del recurso humano (especialmente los aranceles médicos) y por utilización de la infraestructura pública, es posible que acceda a capas de menos nivel económico.

LO QUE OFRECE ESTE NUMERO

Con los artículos que se publican en este número sobre el tema, recién se comienza a distinguir en Chile el tema de la equidad en el sector. Aparte de plantear la equidad en la base valórica de todo discurso de política de salud, aún no se hecho conciencia colectiva ni se le ha traducido en los instrumentos planificadores y evaluadores.

Con este número de Cuadernos Médico-Sociales se espera impulsar el interés por la equidad como valor permanente e intransable de nuestra política de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Frondizi, Risiero, 1988. "¿Qué son los valores?". Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
2. Contandriopoulos, André Pierre, 1992. "Costo and Equity of Health System". En: PAHO (De.), International Health. A North South Debate. Washington D.C.
3. Sigerist, Henry. 1960. "On the Sociology of Medicine. From Bismarck to Beveridge: Development and Trends in Social Security Legislation". MD Publications Inc., New York, New York. El gobierno británico encargó en junio de 1941 a Sir William Beveridge un informe sobre la seguridad social y sus servicios conexos. Después de 18 meses de intensivo trabajo, Sir William presenta su trabajo en noviembre de 1942. Es el conocido Plan Beveridge. Este fue sometido a amplio debate y se convirtió en la base de la legislación social que lo implementó.
4. Foucault, Michel, 1990. "La vida de los hombres infames". Ediciones de La Piqueta, Madrid, España, pp. 175-202.
5. Bland, John H., 1997. "Equity-An Afterthought". COHRED. Research into Action, 3 (January-March): 1-3. (COHRED= Council on Health Research for Development, Geneva, Switzerland).
6. Vergara, Marcos Guillermo, 1996. "Programa de desarrollo directivo en diseño de política y gestión social": Ensayo introductorio. Salud y pobreza. Borrador.
7. Laurell, Asa Cristina, 1996. "Avanzar el pasado. La política social del neoliberalismo". En A.C. Laurell (Ed.), Estado y política sociales en el neoliberalismo, Fundación F. Ebbert, México, pp. 125-144.