

EQUIDAD EN SALUD: UN IMPERATIVO ECONOMICO

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 1, 1997/ 24-30

*Dra. Marie-Charlotte Bouësseau**

La salud, producto de una negociación continua entre vida y muerte, de equilibrio precario, inestable, siempre amenazado por agresiones externas o fallas internas, la salud es un tema de inquietudes omnipresente en las sociedades modernas. Por un lado, la biología, la genética describen con lujo de detalles –creciente de día en día– la complejidad de los factores que ponen en peligro este equilibrio. A través de los siglos la experiencia de la salud y de la enfermedad en el marco más amplio de lo que llamamos hoy la **cultura del cuerpo** se expresó de múltiples maneras; no obstante, lo que permanece a lo largo de esta historia es la percepción de una lucha constante, entre humores para los antiguos, entre microorganismos para los discípulos de Claude Bernard, etc..., lo cierto es que la salud siempre requirió de múltiples esfuerzos individuales y comunitarios, cualquiera sea el modelo de organización social que se considere.

Por otro lado, hoy día las fronteras entre salud y enfermedad se pierden en la multiplicidad de factores de vulnerabilidad. La medicina enfrenta nuevos problemas como la prevalencia de las enfermedades crónicas que generan estados intermedios entre lo sano y lo enfermo, la existencia de portadores de virus o de factores genéticos que generan situación de vulnerabilidad más que de enfermedad y requieren de una fuerte inversión tecnológica y económica. La medicina preventiva

y predictiva se atreve a conocer las amenazas del futuro y aumenta su campo de acción también en el tiempo. No basta con reaccionar a posteriori y de manera más o menos adaptada. La medicina debe anticipar, prever, prevenir, no sólo riesgos individuales sino también riesgos para la comunidad (Conocemos el impacto del medio ambiente, de los modos de vida, de la urbanización, de las condiciones de trabajo, etc., sobre la salud y la necesidad de establecer políticas de prevención eficientes a largo plazo).

Frente a la complejidad y amplitud de este desafío de la medicina moderna, se han desarrollado una serie de metáforas que expresan una concepción bastante idealista de la salud: el bienestar, la calidad de vida, por alcanzar para todos en el año 2000, según el propósito a lo menos “ambicioso” de la OMS... Concepción que ha provocado, en los países más desarrollados, una medicalización de los problemas sociales sin comprometer realmente a los distintos sectores de la sociedad involucrados en la “producción de salud”: se espera de la medicina que tenga remedio para todo malestar mientras otros sectores de la sociedad se olvidan de su responsabilidad en materia de salud. De “médicos sin frontera” hemos pasado a la imagen de médicos sin límite...

En su libro “Los límites de la medicina”¹, Edward Golub propone un cambio de metáfora. Este cambio de metáfora manifiesta referencias

* Depto. de Estudio Colegio Médico de Chile.

¹ “Los límites de la medicina. Cómo la medicina modela nuestra esperanza de curación”, Ed. Andrés Bello, 1996 (De original 1994).

conceptuales más operativas en el desarrollo y la organización de la medicina y sobre todo referencias cargadas de un sentido valórico más significativo. En este contexto de crisis (en el sentido de momento de decisión) surge la pregunta sobre la equidad en salud, con sus aspectos económicos, políticos, éticos. La ética en medicina no tiene otro propósito que establecer relaciones entre praxis y valores, o sea un puente entre lo que hacemos y lo que queremos y puente entre lo posible y lo deseable. Entre la política, ciencia de lo posible, y la economía, ciencia de la optimización de recursos, la ética se impone no tanto como una nueva disciplina sino más bien como espacio de discusión, de ayuda a la decisión, de evaluación de las prácticas. En el marco complejo de la salud, el debate entre política, economía, tecnología requiere de referencias éticas para dar alguna coherencia al futuro. El "bienestar" de una comunidad es fruto del contexto social, cultural, político, económico, dispositivo complejo que sirve la dignidad de las personas, mantiene su libertad, resalta su identidad. El sistema de salud es un elemento importante de este dispositivo siempre que finalice en una comunidad y no en una acumulación de individuos. De hecho, el desarrollo tecnológico de la medicina vislumbra paradójicamente los límites de la misma medicina: de por sí ésta no es capaz de "distribuir" la salud al conjunto de la población como se puede hacer con productos que se compran libremente en un mercado.

Cabe preguntarse quiénes son los beneficiarios del progreso tecnológico en medicina. El desafío de hoy ya no es solamente el del conocimiento científico, sino más bien la capacidad de transformar los conocimientos en bienes para la comunidad: desafío político, económico y ético. Este desafío se refiere a un concepto valórico central de las sociedades democráticas: la equidad. Si hemos dejado de creer en un progreso lineal es precisamente porque los mecanismos que permitieron el desarrollo del bien llamado Estado de bienestar entraron en crisis. Frente a esta crisis tenemos dos tipos de reacciones: 1) la equidad es inalcanzable, las naciones deben dedicarse al crecimiento económico y esperar que con el tiempo el conjunto de la población pueda alcanzar mejorar sus condiciones de vida (lo que algunos llaman el cuento de la lechera...); 2) la equidad es indispensable al desarrollo sostenible de las socie-

dades democráticas, las naciones deben crear nuevos mecanismos para fomentar la equidad en el contexto económico actual. La primera reacción confunde los mecanismos con los principios, la segunda trata de **actualizar los mecanismos para cumplir con los principios**. El tema de la equidad en los sistemas de salud que queremos abordar ahora es de primera importancia en este debate, en el cual los valores de la sociedad en su conjunto tengan oportunidad de expresarse. Un día se declaró que todos los hombres nacen iguales en derechos..., sin embargo las sociedades continúan generando desigualdades. Existe una tendencia espontánea de toda sociedad hacia la hegemonía de algunos grupos. Seguir aludiendo al principio fundamental de la equidad sin apoyar el desarrollo de mecanismos de redistribución de oportunidades es entrar en un tipo de esquizofrenia que no puede terminar sino en violencia. Equidad en el acceso a la educación, a la cultura, en el derecho a la libre expresión y por supuesto en el acceso a la salud es una opción decisiva en el proceso de democratización que Chile vive. El divorcio entre valores y prácticas nos hace incapaces de concretar un proyecto de salud coherente; la reflexión ética nos obliga a reconciliar los principios que permiten la convivencia ciudadana: "A eso sirve un proyecto social: hacer coherentes las exigencias éticas y las demandas económicas, las metas sociales y las necesidades democráticas", Roger Martelli.²

Nuestro propósito es examinar la pertinencia del criterio de equidad en salud, en particular del punto de vista de la economía, y su factibilidad en la situación chilena actual.

1. EQUIDAD EN EL CONTEXTO ECONOMICO MUNDIAL

Formular la pregunta de la posibilidad de la equidad en el contexto económico de globalización del libre mercado es interrogarse respecto al rol del Estado, su eficiencia en la lucha en contra de la pobreza, su capacidad de desarrollar la paz y la justicia social que el mercado por sí solo no puede mantener. En el caso de países como Chile la pregunta se refiere a cierta concepción de la modernidad como destino, fatalidad o como proyecto.³ En el caso de países más desarrollados esta pre-

² Roger Martelli, "Une perspective politique pour le mouvement social", Libération, 10.04.97.

³ Bernardo Subercaseaux: "¿Chile un país moderno?", 1997.

gunta nace de la crisis del Estado benefactor, Estado-nación, forma política en la cual se concretizó la modernidad. Nos parece pertinente retomar la problemática de la equidad a partir de la realidad económica de este fin de milenio y con criterios económicos. Muchos economistas concuerdan en decir que la riqueza de Europa hoy día no está tanto en sus ferrocarriles, ni siquiera en su "savoir-faire" sino más bien en un relativo acuerdo sobre las reglas del juego social, los principios que definen el reparto del producto nacional.

Existe un reconocimiento del capital social, de la riqueza de la cohesión social, capital que se mantiene en base a una red de solidaridades complejas que son los servicios sociales. Muchas señales llaman la atención sobre las amenazas que existen hoy sobre este capital social. La marginalización creciente de sectores de la sociedad que terminan siempre en ghettos, es decir focos de violencia totalmente incontrolables, nos recuerda que la "máquina para fabricar cohesión social", según dice Anton Brender, no se puede parar y debe modernizarse para ser más eficiente... "Si no adaptamos los mecanismos de integración social a la situación actual de nuestras sociedades, la violencia de los ghettos encontrará un eco muy peligroso en las sociedades donde la vida de la mayoría tiene un precio muy bajo..."⁴ En los países más pobres, el aumento de las desigualdades aparece ahora como una amenaza seria en contra de un crecimiento económico sostenible. El terrorismo (globalizándose más aún que el capital), nos recuerda el peligro constante que constituye la mezcla explosiva de desesperación y de injusticia...

Existen muchos indicadores que revelan los riesgos de un crecimiento sin equidad. La tranquilidad visible de Chile contrasta con el nivel de violencia de otros países de la región (Colombia con un promedio de 90 homicidios anuales por 100.000 habitantes...), pero eso no debe conducir a desconocer señales subterráneas de fractura social: la violencia familiar, el consumo de drogas, la prostitución (en particular la prostitución de menores) son síntomas de un profundo malestar de algunos sectores de la sociedad chilena, olvidados del "milagro chileno". La arrogancia con la

cual se publicitan los éxitos económicos tiene su costo: un alto riesgo de desestabilización social. Los economistas, quizás más que nadie, temen la desestabilización social y muchos insisten en la necesidad de invertir a largo plazo y de diversas maneras en mecanismos de consolidación de la cohesión social. Bismarck no era precisamente un demócrata pero sabía, hace más de un siglo, que no se puede soñar con el desarrollo económico sin política social, por ello inventó el seguro social.

La necesidad de mantener la fuerza de trabajo en condición de producir pero también de consumir, son necesidades estrictamente económicas. Pensar que eso se logra con algunos subsidios es una ilusión. La sociedad victoriana también debatió con fuerza el tema del valor económico de la salud. En un excelente artículo, Catherine Gallagher⁵ nos recuerda la importancia de esta problemática al momento en el cual se desarrolla el capitalismo inglés: "Se trata de fijar nuestra atención sobre un esquema que estructura el pensamiento victoriano: la convicción ampliamente difundida de que el valor económico sólo puede determinarse en nuestra relación con el bienestar del cuerpo". Ciertos discursos de economistas parecen olvidarse de las lecciones de la historia al respecto. Otros empiezan a recordar la necesidad imperativa de invertir en la gente: "Estamos abordando áreas nuevas; los países de América Latina parecen haber encontrado el camino del crecimiento y empiezan a resolver su deuda social, pero es importante que se aborden los temas que tienen que ver con la calidad de vida de la gente", comentó recientemente Enrique Iglesias, presidente del BID.⁶ La necesidad de construir comunidades de destino⁷ que en última instancia contribuyen al desarrollo de una identidad nacional, indispensable al esfuerzo que representa mantener un alto nivel de productividad (Bismarck también lo tenía claro...), se encuentra de acuerdo con la necesidad ética de respetar los derechos humanos más fundamentales. Pero nuestro deseo de hacer nación,⁸ de compartir un destino común debe concretizarse más allá de sentimientos nacionalistas, en mecanismos de solidaridad.⁹ Hoy día la mayoría de los chilenos viven en situación de pobreza o en situa-

⁴ Anton Brender, "L'impératif de solidarité", De la Découverte, 1996. (A. Brender es director de estudios en un banco francés).

⁵ Catherine Gallagher, "La bio-economía de nuestro común amigo", Fragmentos para una historia del cuerpo humano, Vol. III, ed. Taurus 1992 (ed. original 1989).

⁶ Ricardo Soca, "La mitad del presupuesto del BID se dedicará a acciones sociales en América", El País, 03.04.1997.

⁷ Pierre Rosenvallon, "La nouvelle question sociale-Repenser l'Etat-providence", Ed. Seuil, 1995.

⁸ Ibid.

⁹ J. Bichot: "C.S.G.: la solidarité professionnelle se meurt, vive la solidarité nationale", Droit Social N° 1, enero 1991.

ción de precariedad por su alto nivel de endeudamiento, pero no se toma en cuenta el crecimiento de las frustraciones y por lo tanto el crecimiento de la violencia que sufre la sociedad chilena.

Algunos conflictos recientes del sector salud expresan claramente que más allá de cierto nivel de frustración no se puede apelar a la responsabilidad ciudadana. La gente quiere saber si su vida individual tiene o no algún precio, quiere saber si su trabajo contribuye al bienestar de la comunidad o sólo mejora algunos índices. El crecimiento económico no se mantiene sin **augmentar el precio de las vidas individuales**,¹⁰ lo que significa en concreto mejorar las condiciones de trabajo, de vida, la calidad de la educación y de la formación profesional, el nivel de salud. El desarrollo humano no se piensa sin **formular proyectos comunes**, lo que significa en concreto fomentar un debate público amplio sobre los valores compartidos, defender la tolerancia hacia lo no productivo, lo vulnerable, lo débil. Lo que está en competencia en el mercado mundial no son sólo productos y tecnologías, en la competencia internacional entran los espacios sociales. Por lo tanto podemos decir que llegó la hora de tomar en cuenta el espacio social en la competencia internacional. **Hablar de equidad no es una manera de darse buena conciencia con discursos baratos, es un imperativo tanto económico como ético.** No basta con conquistar mercados, hay que construir espacios de vida; esa afirmación no es fruto de una ideología colectivista ni de una utopía humanista, sino de la misma lógica económica: no hay crecimiento económico sin cohesión social y no hay cohesión social sin mecanismos eficientes de redistribución. Uno de los mecanismos de redistribución que demostró su eficiencia es el sistema de salud que contribuye a la repartición real de oportunidades en la población, basado en varios niveles de solidaridad: entre generaciones, entre sectores sociales, entre naciones, fundado en una concepción comunitaria y no individualista de la salud.

El sistema de salud es una expresión concreta del rumbo que se da la sociedad: a donde las fuerzas del mercado debe conducirla. Sin rumbo claramente definido por el conjunto de la sociedad lo más probable es que terminará por encallarse. "Ahora la demanda de equidad requiere de nuevos vectores institucionales", según la formula-

ción de Fernando Cardoso "es una tarea colectiva y no sólo una reivindicación de grupos o clases"¹¹. Chile comparte con Brasil el triste récord de inequidad a pesar de éxitos económicos innegables. En contextos distintos, el Mercosur y la Unión Europea tienen que enfrentar un desafío común: dar al libre mercado un espacio social que garantice su viabilidad. Si la globalización de la economía no satisface las exigencias de la equidad, o sea si no se logra "domesticar el capitalismo" con medios actualizados para construir este espacio social, focos de violencia no faltarán para prender nuevos incendios devastadores.

Las opciones que reclaman una reducción máxima del rol del Estado desplazan las exigencias de solidaridad de un nivel nacional o internacional a un nivel mucho más reducido de grupos étnicos o religiosos, de familia, etc., o sea un modelo de solidaridad premoderna, solidaridad tribal y no nacional: el capital, la tecnología, las ciencias siguen los caminos de la mundialización mientras la solidaridad se retracta en espacios cada día más reducidos: ¿quién puede seriamente pensar favorecer la equidad en base a tales contradicciones? Si los modelos tradicionales de solidaridad que permitieron mantener la equidad en el marco del Estado benefactor se derrumban, es un imperativo y una urgencia inventar nuevos modelos de solidaridad adaptados al mundo globalizado en el cual vivimos sin renunciar a los fundamentos políticos y éticos de las sociedades modernas entre los cuales está la equidad.

2. EQUIDAD EN EL CONTEXTO DE LA SALUD EN CHILE

Chile se encuentra en un proceso de democratización, de crecimiento económico y de integración a los mercados internacionales, también en un proceso de cambios socioculturales de reformulación de valores con un alto riesgo de fractura social. En tal contexto la enfermedad dejando de ser percibida como fatalidad podría ser sólo objeto de la responsabilidad individual (fundamento conceptual del seguro de salud privado). En este modelo la responsabilidad de la comunidad nacional sólo interviene en situaciones de extrema gravedad, de pobreza o bien en el marco de acciones de prevención, o sea acciones de salud

¹⁰ Cf. nota 3.

¹¹ Fernando Henrique Cardoso. "La croissance au service de l'humain", informe PNUD 1996.

costosas en las cuales no hay posibilidad de sacar beneficios. Una privatización radical de la salud en ambos sentidos de la palabra (responsabilidad individual y financiamiento privado) alimenta la espiral de costos característica de países como EE.UU., mientras la privatización controlada, regulada de algunas prestaciones relacionadas a la salud, permite mejorar el costo-beneficio de las acciones de salud manteniendo la exigencia de un sistema de salud equitativo¹² y su contribución a la cohesión social y la gobernabilidad, opción política que la sociedad chilena tiene que hacer ahora. Si bien la medicina no deja de ser el arte de conjugar los progresos científicos al servicio de la dignidad humana, se encuentra al cruce de actividades relacionadas con la industria (la industria farmacéutica es una de las más rentables actualmente) y el negocio (al acto médico se afecta un precio). La regulación de las actividades relacionadas a la industria y toda forma de negocio debe integrar el criterio de equidad para que las intenciones tengan alguna posibilidad de concretizarse en la práctica. La equidad no se mide con facilidad y obliga a un trabajo de evaluación pluridisciplinaria todavía sospechoso para gran parte de la profesión médica. La profesión médica se somete desde mucho tiempo a una autoevaluación de competencia técnica; el problema que surge ahora es que la evaluación deja de ser autónoma y depende de otras disciplinas. Eso constituye un cambio inédito que los médicos chilenos viven al igual que sus colegas de otros países. La necesidad de una evaluación pluridisciplinaria de las prácticas médicas (evaluación económica pero también jurídica, sociocultural, etc.) parece amenazar la dignidad y la ética de la profesión médica. Sin embargo en el proceso de este cambio histórico de la medicina moderna, el rol de los médicos será decisivo para recordar la prioridad de criterios como la equidad, el respeto de la persona, tal como fue importante el rol de los médicos para defender el desarrollo científico de su profesión en las últimas décadas.

La situación de la salud en Chile se caracteriza no por una transición epidemiológica como se comenta a veces sino por una bipolarización.¹³ El sistema de salud chileno tiene que enfrentar una situación compleja en la cual persisten patologías

relacionadas con la pobreza y otras prevalentes en los países más desarrollados. Esta situación requiere de un esfuerzo importante en materia de financiamiento, de organización, de formación inicial y permanente de los profesionales y sobre todo evaluación de las prácticas para medir sus impactos, localizar sectores vulnerables, establecer prioridades en función de criterios complejos como el criterio de equidad. Establecer políticas de salud a partir del análisis de indicadores epidemiológicos globales, de promedios que no dan cuenta de la realidad bipolar de la salud en Chile no permite tomar en cuenta el criterio de equidad. El embarazo no deseado, la drogadicción, la violencia, los accidentes del trabajo podrían resultar prioritarios si se tomara el criterio de equidad de oportunidades como referencia y no serlo respecto a un criterio de costos a corto plazo. Otra característica del sistema de salud chileno actual es un tipo de comentarios que se hace a partir de criterios por lo menos discutibles pero poco discutidos. Entre muchos ejemplos se puede mencionar un artículo de Luis Larraín publicado en noviembre 1996¹⁴ en el cual el autor pretende demostrar la ineficiencia de los seguros sociales. Empezando con una mención a los siglos pasados, pregunta: "¿Por qué las sociedades de antaño eran capaces de abordar este problema (la enfermedad) sin necesidad de la intervención del Estado mediante este invento de los seguros sociales?". Buena pregunta..., más de un historiador investigó este tema, pocos piensan que las obras de caridad del siglo XIX hubieran permitido el desarrollo de la medicina científica y sus efectos en la salud de la gente...

Sin embargo, lo más importante es que este tipo de "análisis" descansa sobre una ideología con máscara de racionalidad científica. De hecho, el autor contesta a la pregunta en los siguientes términos: "El análisis económico de esta interrogante ha llevado a concluir que la existencia de seguros sociales se traduce en una disminución del ahorro de las personas y que finalmente redundaría en una baja del ahorro nacional. Desde este punto de vista los seguros sociales no serían una solución eficiente a los problemas de disminución de ingresos y de salud de la población, sino apenas una respuesta convulsiva del Estado que re-

¹² Cf. Seminario sobre salud en Canadá organizado por el Colegio Médico Regional Santiago, dic. 96.

¹³ Bipolarización epidemiológica que corresponde al "doble impacto" de la morbilidad, fenómeno que no es propio de los países en desarrollo y que se da también en los países industrializados (cf. Informe sobre la salud en el mundo en 1997 de la OMS y en particular el mensaje del director general, Hiroshi Nakajim, Ph. D. •

¹⁴ "Las ISAPRE: hacia la modernidad en salud", CIEDES, 1996.

emplaza los esfuerzos privados de las personas”. Lo menos que se puede decir es que existen muchos economistas que no comparten este “análisis” o mejor dicho esta profesión de fe...

A pesar de su “epilepsia”, el Estado benefactor logró algunos avances que no se pueden olvidar tan fácilmente. El caso de EE.UU. con el gasto en salud más elevado del mundo y 35 millones de sus ciudadanos fuera de todo acceso a la salud, es una dramática demostración de lo contrario. Otro pecado original de los seguros sociales, según Luis Larraín, sería su carácter de “impuestos al trabajo” responsable de la alta tasa de desempleo de muchos países europeos. El autor menciona otras causas del desempleo, en particular la legislación laboral, pero insiste: “(...) claramente los impuestos al trabajo tienen buena parte de la responsabilidad, que en cualquier caso tiene un origen microeconómico de distorsiones en los mercados, pues estas tasas de desempleo persisten aun en períodos de auge económico (...)”¹⁵. Obviamente los adeptos de este tipo de economía no faltan, pero llama la atención el poco interés que prestan al análisis histórico y la simplificación extrema que hacen de los fenómenos sociales. Salvador Valdés,¹⁶ para defender los seguros privados, acusa los “seguros obligatorios y monopólicos” de ser poco transparentes y objeto de manipulación de parte de grupos de presión y concluye: “Los seguros no deberían mezclarse con mecanismos de redistribución de riqueza, por deseable que esta redistribución sea. El motivo es que existen herramientas más efectivas para lograr redistribución de riqueza, porque son más transparentes y democráticas. Ellos son los subsidios e impuestos explícitos”. Héctor Sánchez afirma con toda claridad que “La equidad a cualquier nivel de complejidad de servicios de salud y a toda la población independientemente de su ubicación geográfica es imposible, por razones económicas y técnicas (...) La definición de los niveles mínimos en que se garantiza la equidad en salud, surge como producto de un juicio de realidad respecto de la magnitud y características del problema en salud y por otro lado de los recursos disponibles” Definición que corresponde según el mismo autor a “Las personas, la comunidad y el Estado”. ¿Se puede pensar seriamente que “las personas” adopten tal concepción de su propia salud, acepten que el precio

de su vida dependa fundamentalmente de sus recursos económicos, se satisfagan con esta visión veterinaria de la medicina? **La característica ideológica del debate sobre la reforma del sistema de salud chileno es seguramente la más peligrosa, cualquiera sea el tipo de ideología. La falta de realismo frente a la necesidad de una equidad viable, renovada, puede comprometer la salud de la población chilena y el desarrollo del país.**

A priori ideológicos que conducen a la privatización radical del sistema o a priori opuestos que no aceptan ninguna obligación económica, tendrán el mismo efecto: la destrucción de los sistemas de seguros sociales. La única manera de mejorar la equidad en salud es un análisis mucho más riguroso de la realidad. En este caso, rigor significa para los médicos: renunciar a la autonomía radical de la profesión y aceptar una diversidad de criterios de evaluación; para los economistas: renunciar a privilegiar beneficios a corto plazo e integrar criterios éticos; para los políticos: renunciar a éxitos espectaculares y privilegiar la estabilidad social.

3. HACIA UNA RENOVACION DE LOS MECANISMOS DE SOLIDARIDAD EN SALUD

No hay razones técnicas que obliguen a renunciar a la equidad como no hay razones técnicas que obliguen a renunciar a la democracia, lo que existe son necesidades de renovación de los mecanismos de solidaridad que permitan lograr la equidad en el contexto económico actual.

- A nivel financiero, ciertas opciones descansan sobre una **solidaridad activa**, concretamente una fiscalización que permite asegurar una **redistribución de oportunidades**, en particular mediante el financiamiento del sistema de salud. Otras opciones privilegian subsidios, lo que podríamos llamar **solidaridad pasiva o de compensación**. Estas opciones corresponden a dos tipos de privatización: la **privatización pasiva** que se está implementando actualmente en países como Canadá y corresponde a servicios no medicalmente requeridos (y bastante rentables) como servicios de

¹⁵ Algunos economistas norteamericanos calificaron esta concepción de “Voodoo economic” por su carácter altamente incantatorio...

¹⁶ Cf. nota 11.

hotelería, servicios a domicilio, etc. La **privatización activa** que se está proponiendo en muchos países latinoamericanos deja a la responsabilidad del sector de salud público, las enfermedades catastróficas, las acciones de prevención y lo que corresponde a una “canasta básica de salud”, en la cual todavía no se sabe lo que cabe y lo que no.

- A nivel de organización del sector estas opciones privilegian, a su vez, o bien un modelo de salud integral con todos sus aspectos de prevención, promoción, investigación, etc., o bien una modelo de medicina curativa, individual en el cual ni la prevención ni la investigación tienen real importancia y por lo tanto una medicina que no tiene mucha posibilidad de mejorar su eficiencia a largo plazo, tampoco de actuar en el nivel de desarrollo de las poblaciones.
- A nivel conceptual, estas dos opciones tienen fundamentos obviamente muy distintos. La primera privilegia un enfoque pluridisciplinar del cuidado en su integralidad, en base a una concepción compleja de la salud atenta a los aspectos éticos. La segunda privilegia el rol tecnológico de la medicina curativa y una concepción muy individualista de la medicina fuera de todo proyecto de sociedad.

El criterio de equidad debe aparecer claramente al momento de establecer prioridades en las políticas de salud. Promoción y educación en salud que son maneras de redistribuir oportunidades en la población deberían desarrollarse mucho más y con criterios de eficiencia que son la duración, la coherencia, el rigor metodológico, la ética. El criterio de equidad debe ser también objeto de evaluación a nivel nacional, regional, local e internacional.

Sin concluir esta reflexión que debe quedar abierta, podemos resumir formulando algunas pisi-

tas para el debate. Asistimos a un cambio importante en nuestra percepción de la enfermedad: de castigo, pasó a ser un riesgo frente al cual uno tenía que asegurarse y actualmente la enfermedad se integra poco a poco a la vida humana como un estado de vulnerabilidad más o menos durable y grave. Ya no podemos soñar con un mundo “limpio” de toda enfermedad: al mismo tiempo que la medicina permite vencer patologías, otras emergen (Sida, Ébola, enfermedad del Legionario, Dengue, Creutzfeldt-Jakob). Tenemos que seguir conviviendo con la enfermedad. Si la sociedad no es capaz de cuidar con equidad a sus miembros vulnerables, lo más probable será que ocurra una regresión hacia actitudes arcaicas de exclusión, marginalización o culpabilización. La situación actual de la salud en Chile podría caracterizarse con tres palabras: **bipolar, híbrida y dual**. La situación epidemiológica es bipolar; la organización del sector es híbrida¹⁷ con una municipalización de la atención primaria sin descentralización efectiva, un énfasis en las infraestructuras hospitalarias, etc.; el financiamiento es dual con un sector privado y un sector público que se contraponen sin lograr ninguna complementariedad. Mejorar la equidad supone, entre otras cosas, privilegiar las acciones en contra de patologías ligadas a la precariedad socioeconómica, en particular las acciones de prevención (discriminación positiva), reformar la organización del sector público en la perspectiva de una real descentralización, manteniendo una redistribución de recursos a nivel central, acabar con el sistema de subsidios al sector privado, establecer un rol realmente complementario de los dos subsectores. Mejorar la equidad en salud es una meta compartida por todos los países en este momento,¹⁸ una de las condiciones sine qua non para que este mundo globalizado sea habitable.

¹⁷ Cf. Giorgio Solimano y otros, “Hacia un nuevo sistema de salud para el Chile actual”, *Persona y sociedad*, Vol. X N° 3, dic. 1996.

¹⁸ Cf. A título de ejemplos: “Diferencias y desigualdades de salud en España”, E. Regidor y otros, Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1994, el informe de Black Douglas en Inglaterra, los trabajos de Mackenback en los Países Vascos, el informe de la Conferencia Nacional de la Salud Francesa de 1996 titulado: “Reducir las desigualdades de salud”, el informe de la Comisión de la ONU para el Desarrollo Social de marzo 1997...