

ETICA EN SALUD PUBLICA: APORTES Y DESAFIOS

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 2, 1997/ 39-46

*Dra. Marie-Charlotte Bouësseau**

La salud pública, como manera de racionalizar las respuestas al fenómeno social de la enfermedad, está viviendo una nueva etapa de su historia y debe enfrentar desafíos emergentes. Entre ellos, la ética viene a cuestionar nuestras concepciones del orden sanitario, de la justicia sanitaria, del rol del Estado y de la responsabilidad individual frente a la producción de este bien compartido que llamamos salud. Es bueno recordar crisis anteriores antes de analizar la que vivimos hoy: "El orden social antiguo descansaba sobre dos pilares: el palacio y el hospicio. El equilibrio histórico de este orden social se recreaba en la unidad de la miseria y la misericordia... Hacia el último tercio del siglo XIX en Chile, este orden social antiguo comienza a presentar graves fisuras, que conducirán finalmente a su grave cuestionamiento... es a partir de la cuestión de la salud —como organización social y como política— desde donde se acometió la crítica histórica e ideológica del sistema aristocrático de apropiación privada del cuerpo del pueblo. Esto fue así porque es en torno al problema de la salud popular donde se trabará la contienda histórica que contribuirá a dibujar decisivamente la preocupación por lo colectivo y lo social en Chile", señala María Angélica Illanes¹. De hecho, la crisis de la salud pública en todos los países occidentales no se puede aislar de los profundos cambios socioculturales, económicos y políticos que viven las sociedades contemporáneas. La

reflexión ética nos permite un enfoque pluri y transdisciplinario muy necesario para percibir la complejidad de los fenómenos involucrados en el campo de la salud. Nuestro propósito es de señalar algunos aportes de la reflexión ética en la crisis actual de la salud pública. Uno sería la apertura de una vía pluralista que permita articular realidades y necesidades socioculturales particulares con principios fundamentales universales, saliendo del dualismo clásico entre la concepción culturalista y la concepción universalista de la salud pública. Otro aporte sería una renovación del rol social de la medicina en el marco de un Estado que se quiere todavía "benefactor", o sea, defensor del bien común y dentro de sociedades "modernas", o sea, muy afines a las libertades individuales, incluyendo también a la libertad del mercado. A su vez veremos que la salud es un tema central del debate democrático en torno al tipo de sociedad que queremos construir y el sentido que damos a su historia.

1. ENTRE UNIVERSALISMO Y CULTURALISMO: UNA VIA PARA UN ENFOQUE PLURALISTA DE LA SALUD PUBLICA

• **Vuelo por encima de una larga historia²...**

Históricamente la preocupación por una organización global de la salud de la población estuvo

* Unidad de Estudios Colegio Médico de Chile - 1990.

¹ "En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública en Chile 1880-1973", Vicky Lara/Miriam Saá De., 1993.

² En este capítulo nos referimos al artículo "L'internationalisation de la santé: entre culturalisme et universalisme", de Didier Fassin, publicado en la revista *Esprit*, de feb., 1997.

presente desde el mundo antiguo. En el imperio romano, en el mundo griego como en los estados precoloniales africanos o americanos existe la conciencia de una responsabilidad colectiva frente a la salud³. Esta preocupación empieza a ser un aspecto importante de la vida política en Europa en el siglo XVIII con el desarrollo de lo que Michel Foucault llamó “biopolítico” y “biopoder”. Sin exagerar el poder de control de las poblaciones que Foucault otorga a la medicina, es cierto que la articulación del naciente saber científico con el poder político empieza muy temprano en la modernidad. “La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala”, R. Virchov. El inicio institucional de la salud pública en América Latina ocurre al mismo tiempo en particular con el ecuatoriano Eugenio Espejo y el peruano Hipólito Unanue quienes promueven medidas sanitarias como la construcción de cementerios extramuros, la vacuna contra la viruela, la eliminación de la basura, el control de alimentos, etc.⁴ En el siglo XIX el higienismo propone un nuevo saber y una suerte de nueva moral: se trata de transformar las conductas para lograr un mejor estado de salud, dentro de una perspectiva universalista. Nacido en Europa este nuevo saber, va a confrontarse de inmediato con un contexto particular: la colonización en África y en Asia. El propósito de la salud pública en Europa era entonces mantener la fuerza de trabajo; con la colonización la medicina tuvo que enfrentar condiciones concretas radicalmente distintas para lograr su objetivo. En su mayoría, los médicos coloniales pensaron que el enfoque universalista de la salud pública debía dejar el paso a un enfoque mucho más culturalista, o sea, a proyectos particulares adecuados a cada circunstancia local. Este paso constituyó una primera ruptura histórica entre salud pública y medicina colonial, entre un modelo universalista de salud pública y un modelo culturalista. El segundo modelo siempre sufrió graves influencias racistas, pero sobre todo funcionó como justificación de la colonización de África y Asia, tal como en otros tiempos el pretexto de la evangelización de América intentó justificar la conquista española. El ideal higienista adecuado a las circunstancias de las poblaciones colonizadas solía servir de vector para una nueva civilización, pero, de hecho, tomaba en cuenta grupos étnicos más que personas. Se produjo enton-

ces otra ruptura: dos posturas se opusieron, siendo sin embargo las dos caras de la misma moneda. Por un lado se pensaba que este mundo “primitivo”, vulnerable, incapaz de luchar contra las enfermedades, debía ser “civilizado”; por otro, se comentaba que la colonización y la modernización eran las responsables de la degeneración de las sociedades “primitivas” que, por lo tanto, debían volver a sus tradiciones. Cualquiera sea la posición, lo constante en el discurso culturalista que dominaba en esta época es la subordinación de lo político a lo cultural. Este discurso, no exclusivo pero dominante, concuerda con el proyecto colonial, lejos del pensamiento universalista, de los Derechos Humanos. Después de la Segunda Guerra Mundial la creación de organizaciones internacionales tales como la OMS o la UNICEF, el énfasis dado a soluciones técnicas y la descolonización de los países africanos y asiáticos fueron creando un contexto radicalmente distinto, el discurso universalista volvió a dominar sobre todo en los países del sur. No obstante, a posteriori, ninguno de los dos modelos parece haber sido adecuado a las realidades de los países en desarrollo. En los años setenta un nuevo paradigma de salud pública parecía emerger en base a experimentos locales como fue el caso en Cuba. Una nueva era para la salud pública se inauguró en 1978 con la conferencia de Alma Ata. El optimismo, culminando en la lucha contra la inequidad, se formuló en el famoso desafío de la OMS: “Salud para todos en el 2000”,... optimismo que se está perdiendo, en víspera del cambio de milenio... Lo más importante de esta nueva etapa podría ser, quizá, un cambio notable en el rol social y en el estatuto epistemológico de la medicina: ésta pierde su supuesta neutralidad política y su tradicional autonomía moral. Muy ligada a la diversidad cultural, a las opciones políticas, al contexto económico, a veces instrumento del orden sanitario, otras veces instrumento de una de las conquistas más determinantes de la modernidad (racionalización y dominio del fenómeno de la enfermedad), la medicina abre grandes esperanzas pero también contribuye a agravar las desigualdades entre los que pueden acceder a ella y los que no pueden. El enfoque universal tan fuertemente afirmado no logra concretizarse para reducir las desigualdades y por lo tanto puede terminar siendo una ilusión o una mistificación justificadora del

³ Cf. Didier Fassin, “L’espace politique de la santé. Essai de généalogie”, PUF, 1996.

⁴ Cf. Marcos Cueto, “Salud, cultura y sociedad en América Latina. Nuevas perspectivas históricas”, IEP - OPS/OMS, 1996.

orden sanitario mundial actual sin tener ningún efecto de transformación de la realidad. Desde Alma Ata la situación de la salud en el mundo no marcó convergencia, sino al contrario un aumento constante de las desigualdades entre norte y sur, y entre los diversos sectores sociales de cada país.

El dilema entre universalismo y culturalismo, movimiento pendular de la salud pública entre los dos polos de una dialéctica, perdura. Surge entonces la necesidad de un pensamiento realmente pluralista para abrir nuevos horizontes. Universalismo y culturalismo son ideologías que piensan el Otro respecto a uno mismo; la reflexión ética exige pensar el Otro respecto a valores como la solidaridad o la equidad, "de estas nuevas convergencias, quizá, podemos esperar hoy día señales del inicio de una reforma del orden sanitario mundial"⁵. La reflexión ética en materia de salud pública nos permite realizar un paso hacia una visión pluralista de la salud pública. Dejando de oponer universalismo y culturalismo, la ética nos conduce a un análisis de las realidades en su diversidad, refiriéndose a valores, criterios de evaluación, tales como la solidaridad, la equidad, la justicia, el bien común, el respeto de la dignidad humana y de la autonomía de la persona.

- **La ética como determinante de una concepción pluralista de la salud pública: una manera de salir del dualismo entre universalismo y culturalismo**

La ética parece invadir los medios de comunicación y el discursivo de muchos responsables políticos; sin embargo podría ser un nuevo monstruo con pies de barro si no tomamos conciencia del rol ambiguo, residual o ritual al cual la ética está reducida con frecuencia. Cuando la ética se aplica a los progresos científicos de la medicina, aparece como el intento a posteriori de reconciliación entre dos enemigas de siempre: ciencia y conciencia, en el marco de una lucha bastante desigual, regida por el "dogma" de la autonomía de la ciencia... Cuando se trata de aplicar una reflexión ética al campo de la salud pública, la situación es más difícil todavía: los valores de equidad, de justicia sanitaria corren el riesgo de quedarse en un rol de ornamentación retórica... En

concreto, esto significa un retraso de la reflexión ética respecto de la investigación científica como de las decisiones políticas, cierta marginalidad de las instituciones que se dedican a la ética como si su función fuese nada más que la conjura de los excesos... En el caso particular de la salud pública que nos interesa aquí, la ética no puede reducirse a un museo de valores tradicionales, "desactivadas", debe ser por el contrario la capacidad de dar sentido y coherencia a la organización social enriquecida por el progreso científico. Tal concepción de la ética puede generar un enfoque pluralista de la salud pública por dos razones principales. La ética impone tomar en cuenta la complejidad de la realidad incluyendo las contradicciones que existen en nuestras prácticas; esta rigurosa descripción se orienta hacia un criterio de evaluación: el respeto de la persona, su cultura, su historia, su autonomía, su libertad y sobre todo el respeto de su dignidad. En segundo lugar la ética presenta opciones, alternativas, fomenta un debate creativo, una responsabilización de los ciudadanos y de las instituciones, condiciones necesarias para que la participación de la comunidad en las decisiones tenga alguna pertinencia y no se reduzca a un "gadget". La priorización en salud es uno de los problemas en los cuales esto tiene mucha relevancia. Establecer prioridades supone un debate muy abierto, descentralizado, permanente, en el cual los actores sociales participan; sin embargo requiere al mismo tiempo de referencias generales dadas a nivel nacional e internacional para introducir problemáticas que las condiciones particulares no permiten debatir. Por ejemplo, el tema del aborto en América Latina todavía no se debate, sin embargo varios estudios revelan que es una de las primeras causas de mortalidad femenina en el continente⁶... Optar por una ética de la argumentación no plantea dificultad en principio, en la práctica... sí. La práctica de este tipo de argumentación no es sólo un método, es de por sí una transformación de las relaciones de poder. Las instancias éticas (comités de distintos tipos) deben promover modelos de argumentación; deben renunciar al consenso y explicitar las contradicciones cuando es necesario⁷. En este momento decisivo en el cual la mayoría de los países enfrentan graves crisis de sus sistemas de salud, la

⁵ Didier Fassin, "L'internationalisation de la santé: entre culturalisme et universalisme", en *Esprit*, feb. 1997, p. 86.

⁶ Cf. A.C. Defossez y D. Fassin, "Une liaison dangereuse: sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur", *Cahiers des Sciences humaines*, 1992, 28, p. 23-36.

⁷ Cf. Luc Ferry, "Tradition ou argumentation. Des comités de sages aux comités de délibération" en *Pouvoirs*, puf 1991.

voz de una ética de la argumentación sigue siendo muy débil, reducida a declaraciones de intención muy lejanas de la realidad. Tomamos el caso de la meta fijada por la OMS para el año 2000: Salud para todos. Hemos visto que el impacto doctrinario de esta meta no tuvo el efecto esperado en la realidad concreta. Uno de los aspectos importantes de esta meta era la concientización respecto del problema del medio ambiente. La primera Cumbre de la Tierra, realizada en Río de Janeiro en 1992, llamó la atención internacional sobre la responsabilidad de las naciones respecto a un derecho fundamental de las poblaciones: el derecho a vivir en un ambiente sano. La Segunda Cumbre de la Tierra que acaba de celebrarse en Nueva York concluyó en un fracaso total al momento de tomar decisiones concretas... El tema del medio ambiente tan presente en las declaraciones como el tema de la equidad no parece más tomado en cuenta en las decisiones concretas. ¿Cuál sería el rol de una ética de la argumentación frente a estos desafíos? En primer lugar salir del dualismo que opone valores y conciencia por un lado, materialismo científico-técnico y mercantil por otro, dualismo que encierra la ética en un rol conservador, ritual, mientras ciencia y economía se ubican del lado del progreso. Desde siempre la cultura permite oposiciones institucionales y éticas a la "ley natural", ley que implica la eliminación de los más débiles⁸. Estas oposiciones fueron determinantes en la evolución de la especie humana. La civilización, los "instintos sociales" tales como el deber de asistencia, se contraponen a la ley de selección natural. La selección natural deja el paso a la educación, a la medicina, al derecho. Una ética de la argumentación integrada a los procesos de evolución podría permitir entonces una renovación del debate en torno a la salud como fenómeno social, político, cultural y económico. Integrar la ética a los procesos de evolución significa integrarla a la investigación científica como también a las decisiones políticas. El desafío ético actual de la salud consiste en la articulación de valores universales con un análisis pluralista de las realidades culturales, económicas y sociales. El problema de la justicia sanitaria y de la equidad como el problema de la preservación del medio ambiente son dos aspectos de la salud pública

entre muchos otros relacionados a la calidad de vida, que requieren de este tipo de reflexión ética. Los esfuerzos del Norte y del Sur deben producir esa "nueva generación de profesionales de la salud" según la expresión de Ibrahim Babangida. "Debemos defender el principio de contagiarnos, principio de apertura fundado en la necesidad que une los hombres y las mujeres en su destino y en su deseo frente a las amenazas de la enfermedad, necesidad a la cual se adjunta la deriva demográfica y la ruptura de los ecosistemas... contagio de las ideas, innovaciones, cambios que deben unir actores del norte y del sur, liberales de sus particularismos y utilitarismos a corto plazo, ...pasar de una transferencia de saberes a una lógica de la inventividad", asegura Dominique Fromel⁹.

2. LA PROFESIÓN MÉDICA EN EL MARCO DEL ESTADO BENEFACTOR

• La doble negación del mercantilismo y del estatismo

El rol de la profesión médica es clave en la articulación de la salud pública con la ética. Proponemos analizar brevemente esta concepción de la medicina en el marco del Estado Benefactor en base a un amplio estudio sociológico que se realizó en 1996 en Francia cuyo objeto de estudio fue los 50 años de ejercicio de la medicina que van de 1930 a 1980 en aquel país. Queremos solamente evidenciar algunos puntos específicos; en particular cómo en el contexto del Estado Benefactor la medicina opone un doble rechazo al mercantilismo y al estatismo, defendiendo modalidades de ejercicio liberales y una concepción de la salud como derecho fundamental de todo ciudadano. Este período incluye una verdadera revolución científica de la medicina: la difusión de la farmacopea, el desarrollo del Seguro Social; incluye también una guerra mundial... Sin embargo la generación de médicos que vive estos cambios tiene siempre el mismo universo referencial: las modalidades de ejercicio de la profesión cambian pero el rol social del médico parece mantenerse. Es un rol marcado por el prestigio de la medicina clínica y la respetabilidad de los médicos adquirida en el siglo XIX, cuando el transformarse en burgués y

⁸ Ver sobre este tema la excelente lectura de la teoría de Darwin por Patrick Tort en "Darwinisme et société", puf, 1992, en la cual el autor critica la lectura que Spencer hizo de la obra de Darwin.

⁹ Cf. "Pour un nouveau contrat de santé nord-sud-Le refus d'une médecine deshumanisée", en *Le Monde Diplomatique*, sept. 95.

notables muy bien insertos política y socialmente en todas las regiones del país, los médicos consolidan su rol social. Este prestigio adquirido desde un siglo se mantiene cuando el “mercado de la salud” se generaliza, después de la segunda guerra mundial con la implementación del Seguro Social. Muy controlado por el Estado, el “mercado de la salud” permite a la profesión médica desarrollarse a la velocidad de sus progresos científicos, olvidándose del gasto creciente que significa para la comunidad y en base al concepto de autonomía de la profesión. De hecho, el crecimiento económico de estas décadas lo permitía. El Seguro Social francés, la “gran revolución” según la expresión de su primer director, Pierre Laroque, en 1945, no fue fruto de un consenso nacional, a tal punto que el decreto del 4 de octubre 1945 que ratifica su creación ni menciona sus motivos... Sin embargo logra abrir una nueva época para la medicina. Los médicos tienen el monopolio de la profesión desde 1892 y van a beneficiarse tanto del progreso científico como del crecimiento económico, sin tener clara conciencia de la importancia del creciente mercado que se abre al sector salud y de su rol en el espacio económico (pero nadie puede negar que la industria farmacéutica llegó a ser una de las más florecientes en Europa durante estas décadas...). En el caso francés este espacio económico permite una multitud de opciones para los médicos y establece una gran diversidad de modalidades de ejercicio, desde la formación inicial, el tipo de remuneración, la carrera hospitalaria, etc. Esta diversidad caracteriza la profesión médica en Francia. El Seguro Social que permitió el crecimiento espectacular del mercado de la salud instaura al mismo tiempo un control estricto de la tarificación de todos los actos médicos y de los medicamentos. Esta situación permite a la vez un ejercicio liberal con gran flexibilidad y una definición de normas y reglas por parte del Estado.

Los médicos de esta época valoran más que todo el servicio a la comunidad que reconocen como definición de su profesión, la primacía de la relación médico-paciente, cierta idea de la medicina que se transmite de generación en generación

(la “vocación”), valoran el prestigio social, el reconocimiento de los pares por encima de los beneficios económicos, rechazando toda idea de mercantilismo y defendiendo la autonomía y la libertad de ejercicio de la profesión. En eso se parecen a muchos de sus colegas de otros países. Desde los años 80 la profesión se caracteriza por tres fenómenos principales. La *demografía*: hoy la tasa de médicos por 100.000 habitantes es de 270 en promedio (de 200 a 400 en función de las regiones) de los cuales la mitad son especialistas y dos tercios trabajan en el sector liberal. Otro fenómeno importante es la feminización de la profesión con 40% de mujeres de las cuales 23% trabajan en el sector liberal. Tercer fenómeno más reciente: la *baja del poder adquisitivo* de los médicos, constante desde 1992.¹⁰ Características que los médicos franceses comparten también con la mayoría de sus colegas europeos.¹¹

• A la búsqueda de una ética renovada

Desgraciadamente el mundo de la medicina moderna también tiene su desencanto... Estamos hoy día en presencia de una doble crisis: en primer lugar el financiamiento (el déficit del Seguro Social previsto en Francia para el año 1997 supera los 45.000 millones de francos, 7.500 millones de US\$ con un presupuesto total de aprox. 600.000 millones de francos, 100.000 millones de US\$). Sin embargo, debemos reconocer que los sistemas de salud europeos no enfrentan solamente una crisis de financiamiento, sino también una crisis de confianza: la medicina moderna focaliza todos sus esfuerzos al servicio de demandas individuales; la salud pública no tienen el rol que le corresponde. En Francia la contaminación de la sangre por el VIH, la difusión de la enfermedad de Creutzfeldt Jakobs, la tasa importante de muertes evitables¹² son algunas ilustraciones de la derrota del sistema¹³. Con lujo de recursos humanos, técnicos y financieros, el sistema se encuentra incapaz de resolver problemas básicos de salud pública. El aumento de los gastos en salud sigue siendo importante sobre todo en algunos sectores (ej. 10% anual para la imagenología), sin embargo las enfer-

¹⁰ Fuentes: OCDE/CREDES, Ordre des Médecins.

¹¹ Alemania es uno de los países europeos con grave problema de desempleo de los médicos: 8.000 de los 335.000 médicos alemanes son cesantes.

¹² N° muertes prematuras/total: 120.000/520.000 en 1994, de las cuales 60.000 muertes “evitables” se reparten en 40.000 ligadas a comportamientos de riesgo y 20.000 al sistema de salud (Fuente: Informe del Haut Comité pour la Santé Publique à la Conférence Nationale de la Santé, 1996).

¹³ Cf. Aquilino Morelle, “La défaite de la santé publique”.

medades infecciosas tienen todavía un fuerte impacto en la mortalidad (1.000 víctimas sólo por tuberculosis en 1990 en Francia), las poblaciones marginales no benefician de un acceso correcto a los servicios de salud, etc. Lo que ocurre en otros países europeos es similar. En Alemania, el modelo sociocorporativo basado en la co-gestión sindicato-patronato ya no funciona, “la salud es una empresa sin directivos”, opina Jakobs responsable de la AOK¹⁴, caja regional de seguro, “debemos establecer de nuevo nuestras prioridades, construir una continuidad entre los distintos tipos de cuidados”. Restablecer prioridades o sea hacer opciones puede poner en peligro el derecho fundamental a la salud si no se introducen en esta reflexión los aspectos éticos que fundan (y no sólo compensan) las decisiones. Dar más coherencia al diseño global de los sistemas de salud supone una descentralización de las estructuras de gestión y evaluación, pero a su vez debe garantizar la redistribución equitativa de los recursos financieros y el respeto de los principios establecidos por parte del Estado desde un nivel central. La crisis de financiamiento de la salud está obviamente al centro de todas las discusiones; sin embargo existe una gran diversidad en las modalidades de financiamiento del sector salud de cada país. En Europa el porcentaje del PIB dedicado a la salud varía de 4,1% en Turquía a 9,4% en Francia y Finlandia¹⁵. El porcentaje del crecimiento anual en términos reales entre 1960 y 1992 varía de 3,2% en Austria a 9,4% en España¹⁶. La parte de financiamiento público en el total de gastos de salud varía de 67% en Suiza a 94,8% en Noruega¹⁷. Cifras que dan solamente una ilustración de las diversas modalidades de inversión que los Estados hacen en el sector salud. La privatización de los sistemas de salud europeos aparece para muchos como un remedio susceptible de curar la terrible enfermedad crónica que sufren: el déficit. Se habla de organizar un “mercado complementario”, pero esto corresponde a realidades muy distintas en función de los países. Por ejemplo, la repartición entre organismos con o son fines de lucro es respectivamente de 95% versus 5% en Dinamarca ó 10% versus 90 en Italia, lo que sig-

nifica que bajo el término “privatización” se esconden opciones muy distintas. Las modalidades según las cuales los Estados tratan de disminuir su participación en el financiamiento de la salud: aumento del copago, exclusión de cierto tipo de prestaciones de “comodidad”, privatización de las estructuras o de parte de los servicios dentro de estructuras públicas (ver en particular la experiencia de Cataluña), seguros privados (España, Portugal, Grecia en particular), instauración de competencia entre las cajas de seguro (plan Dekker en Holanda o reforma del National Health Service británico desde 89) etc., no deben significar el abandono del rol regulador y normativo del Estado. Del punto de vista ético este proceso de privatización de los sistemas de salud obliga a una explicitación de los principios. Todos los tipos de privatización no son idénticos respecto al principio de equidad y de justicia sanitaria, pueden tener un efecto muy distinto en función de la realidad social en la cual intervienen. Una tendencia aparece en favor de la defensa de sistemas universales de salud que no excluya a nadie sino a algunas prestaciones (a título de ejemplo podemos señalar que en Francia se realizaron 25.000 intentos de fecundación *in vitro* en 1992, de los cuales nacieron 4.500 niños, cifra exactamente igual al número de niños adoptados, de los cuales 3.500 vienen de países extranjeros. La procreación médicamente asistida es una de las técnicas más costosas que puede justificar un debate ético en cuanto a la pertinencia de su financiamiento por los seguros). En este proceso que algunos llaman “privatización del Estado de Bienestar”, el debate ético debe estar presente a todos los niveles (principios, modalidades, evaluaciones). La reflexión ética en salud pública se impone en este momento de reforma del Estado para salvar los importantes logros de los sistemas de Seguros Sociales tradicionales y adecuarlos a las necesidades actuales más allá de las reformas de gestión que se implementan en todos los países para controlar los gastos del sector salud. Se trata de redefinir objetivos, prioridades para la medicina al servicio de una concepción renovada de lo que entendemos por salud.

¹⁴ Cf. “Assurance maladie allemande: un modèle seulement pour beau temps?” en n° 357, 6 dic 1996 (TDA).

¹⁵ Fuente: ECO-SANTE-OCDE, año 1992 citado en “L’escalade des dépenses de santé: comment en sommes-nous arrivés là?” Brian Abel-Smith (London School of Economics) - Etudes de politique de santé n° 8 -OCDE: “La réforme des systèmes de santé. La volonté de changement”.

¹⁶ *Idem*.

¹⁷ Fuente OCDE, año 1992, citado en “Comprendre la réforme des systèmes de santé” Bengt Jönson (Stockholm School of Economics) - Etudes de politique de santé n° 8 -OCDE: “La réforme des systèmes de santé. La volonté de changement”.

3. ALGUNOS DESAFIOS PARA CHILE

En el contexto chileno actual, la reflexión ética en salud pública se da en un momento privilegiado de democratización y de crecimiento económico del país. Las nuevas potencialidades que surgen de este proceso son numerosas: posibilidad de fomentar un amplio debate social, intercambiar experiencias dentro y fuera del país, favorecer el acceso a la información y el análisis crítico de las políticas de salud, posibilidad de profundizar la reflexión ética en la formación inicial y permanente de los profesionales de la salud, posibilidad de invertir recursos en salud. Sin embargo estas posibilidades de una verdadera modernización del sector salud en Chile, en este momento privilegiado no se aprovechan; el crecimiento económico del país corresponde más bien a un aumento de las desigualdades. Para corregir la dramática tendencia espontánea de los libres mercados, la regulación del Estado debe imponerse precisamente en los sectores de redistribución de oportunidades como son la educación y la salud. Una regulación justa (en el sentido ético de la palabra "justicia") no se logra sin un trabajo riguroso y permanente, desarrollado también desde la sociedad civil, orientado a una priorización, una evaluación pluridisciplinaria de las necesidades y de las acciones de salud. El desarrollo de una ética de la salud pública puede contribuir a reforzar la preocupación por la salud entendida como un bien social compartido, además, participa del mismo proceso de democratización de la vida política del país. La reflexión ética en salud pública confronta dos tipos de valores: valores sociales como la libertad individual, el respeto de la persona, la protección de la calidad de vida, la justicia, la equidad y valores estructurales o institucionales que consisten más bien en modelos de organización de los valores sociales. Por ejemplo, la salud pública valora más la prevención que la curación, la salud comunitaria que la libertad individual. En la manera de organizar (jerarquizar) valores, la salud pública expresa su finalidad de servicio del bien común. En el contexto chileno actual, asistimos a un fuerte desarrollo de lo que se puede llamar "medicina de los deseos", o sea servicios de salud definidos por la demanda del "cliente" (ya no se habla de "paciente" en el sentido de *patir*, susceptible de compasión...). Las prestaciones de salud surgen de la demanda y se evalúan básicamente

en función de la satisfacción del usuario. Esta concepción elimina la función de definición de necesidades de salud en la población, el rol preventivo y promotor que constituye el eje de la salud pública orientada al servicio del bien común. La elaboración de prioridades de salud debería discutirse desde los niveles más descentralizados con la participación de los actores y de los representantes de la comunidad, para llegar al nivel central al cual corresponde la función de redistribución de los recursos necesarios en base a un principio de equidad. Podemos constatar en la actualidad las contradicciones que se producen cuando esta reflexión no se hace de manera transectorial y no incorpora modalidades de va-y-viene entre los distintos niveles de decisión. Por ejemplo, las necesidades de salud que se perciben a lo largo del país no se toman en cuenta al momento de reformar la formación inicial de los médicos o de desarrollar una formación permanente. No se establecen normas para fortalecer el rol del médico de familia, para lograr una mejor repartición geográfica de especialistas para desarrollar el rol de otros profesionales de la salud en la comunidad. Mientras el mercado de la salud privilegia la satisfacción de las demandas sobre la satisfacción de las necesidades formuladas en base a mecanismos democráticos y equitativos, la salud pública no puede cumplir con su finalidad. Nuestras acciones siempre descansan sobre valores, pero la mayoría del tiempo esta relación queda implícita; muchas contradicciones tienen su origen en la falta de explicitación de los valores a los cuales nos referimos, desgraciadamente muchos malentendidos existen en torno a los valores de justicia o equidad a los cuales todos se refieren...

La salud pública debe también enfrentar la pregunta por el sentido que caracteriza nuestras sociedades después del derrumbe de las grandes ideologías. La sociedad chilena sufre esta búsqueda de sentido muy fuertemente en los últimos años por efecto de cambios socioculturales muy rápidos; por lo tanto debe abrir espacios de reflexión y discusión capaces de aclarar las orientaciones políticas coherentes con las aspiraciones profundas de la gente. La ética en salud pública tiene que enfrentar los cambios profundos que se dan en los aspectos sociales, económicos, culturales del fenómeno de la enfermedad. Hace falta una reflexión sobre el fenómeno de la enfermedad como experiencia humana¹⁸, reflexión en base a la cual la

¹⁸ Cf. Bouësseau M-C, "La enfermedad como experiencia y como condición", Boletín del Hospital San Juan de Dios, vol. 43 N° 5, sept. 1996.

sociedad puede desarrollar una actitud coherente al momento de elaborar un sistema de salud; la ética puede abrir este espacio de debate y mantenerlo abierto a los nuevos desafíos que no faltarán. Hace falta discernir entre nuestras necesidades, nuestros deseos, nuestros sueños respecto a

lo que llamamos salud. La diferencia que establecemos entre demandas y necesidades es el primer paso para salir de una concepción mercantilista de la salud, este paso no se puede hacer sin una clara conciencia de los valores que fundan nuestra convivencia y le aseguran un futuro.