Una alternativa de desarrollo del programa de salud del gobierno de transición a la democracia

Danuta Rajs

Programa de gobierno y programa de salud

El Programa de Gobierno actualmente vigente resume los objetivos y las estrategias formuladas por la alianza de clases que se encuentra en el poder para administrar el modelo neoliberal que fuera instaurado a partir del golpe de Estado.

Con el mantenimiento del patrón de acumulación de capital vigente, se busca repartir mejor los beneficios del desarrollo que se logre alcanzar, tras lo cual subyace el supuesto de "crecer para distribuir".[1]

Por una parte, para realizar la redistribución de los recursos, el Programa abandona formalmente el concepto de "subsidiariedad del Estado", lo cual constituye una diferencia crucial con el esquema de la dictadura. De aquí que pueda ser calificado como un programa reformista, en el sentido de constituir una propuesta de transformaciones cuantitativas al interior del modelo económico vigente. Por otra, defendiendo el modelo económico altamente transnacionalizado sin alteraciones de fondo —y con tendencia a la consolidación de esta nueva etapa del desarrollo capitalista—, el programa parece ser viable, lo cual implica su proyección más allá del periodo gubernamental actual.[2]

Las desproporciones que pueden ser detectadas en el Programa no son casuales, sino que reflejan el intento de interpretación de los intereses de un conjunto muy amplio de clases y capas sociales, que abarca desde el gran capital, hasta los sectores populares.[3] Por tratarse de un programa que no

se propone alterar en ningún sentido las relaciones sociales fundamentales, no modificará la ubicación de ninguna clase social en la estructura productiva ni en el esquema de dominación.

Lo anterior implica que, si bien buscará el desarrollo de políticas sociales —entre ellas las de Salud— que favorezcan a los más desposeídos, no adoptará ninguna medida que pueda generar cambios cualitativos en los derechos a los servicios sociales, circunscribiéndose exclusivamente a aumentar los servicios disponibles para las clases y capas sociales que resultaron más afectadas por las políticas de la dictadura. En otras palabras, *no inducirá modificaciones estructurales de los sistemas responsables de la prestación de tales servicios, ni incorporará servicios cualitativamente distintos de los que actualmente son otorgados.*

El cambio de gobierno marca el inicio de una etapa en la cual las tendencias a la democratización de la sociedad se enfrentan con aquellas que persiguen continuar el esquema de dominación fascista, no se observa aún el curso definido que realmente adoptarán los acontecimientos. La cuestión principal estriba en que sean capaces de preveer la viabilidad que efectivamente tendrá el desarrollo del Programa de Gobierno, a la luz del decurso que ha adoptado el proceso de las reformas legislativas —donde ha habido evidentes retrocesos con relación a los planteamientos programáticos iniciales— y en lo que respecta a la actitud que asumirán los representantes de la dictadura enquistados en las fuerzas armadas.

El éxito del gobierno democrático, expresado en el cumplimiento del programa prometido durante la campaña electoral, es un objetivo que la izquierda persigue, en primer lugar, porque puede incidir en una mejoría de la calidad de vida de los sectores populares; en segundo porque en la medida en que demuestre sus realizaciones en favor de las mayorías, se potenciará el apoyo popular a su gestión, cuestión crucial para la resolución definitiva de la contradicción coyuntural entre las fuerzas democráticas y los sectores prodictatoriales, es decir, para el alejamiento de las posibilidades de retorno a la dictadura fascista abierta, o disfrazada por la vía electoral; y en tercer lugar, porque, si logra promover la democratización de las instancias del poder político, dará lugar a la apertura de espacios objetivos para la difusión y para el debate ideológico público en torno a los proyectos estratégicos que podrían ser propuestos a la población para la resolución de las contradicciones de la etapa. En el marco de tales espacios, es más factible que las posiciones populares ganen legitimidad de masas, incluso por el solo hecho de no ser objeto del anatema ideológico ni de la represión física.

Los contenidos del programa de salud

La extensión del derecho a la salud es una reivindicación típicamente democrática, en el sentido en que se ubica en el ámbito del derecho al consumo, en este caso, al consumo ampliado de ciertos servicios necesarios para la reproducción cotidiana e histórica de la fuerza de trabajo.

De aquí que, al menos en teoría, ningún programa de salud, por progresista que fuese, podría atentar contra las bases de sustentación del modo de producción capitalista. No obstante, la práctica histórica ha demostrado que algunos contenidos de los programas de salud —como la participación popular, cuya idoneidad ya nadie cuestiona desde el punto de vista científico de la salud pública— pueden entrar en contradicción antagónica con el esquema de dominación e incluso con los intereses de fracciones no despreciables del capital, en tanto *todas* las medidas de ampliación de derechos al consumo de servicios de salud, que respondan al incremento de las necesidades en esta esfera, terminan *siempre* generando contradicciones de primera magnitud con los intereses de la mayor parte de las fracciones del capital, con la única excepción de los capitalistas que son dueños de las empresas que producen insumos para los servicios de salud.

Lo anterior no implica que la única función que cumplen las políticas de salud del Estado capitalista,[4] sea la de reproducción de la fuerza de trabajo aunque forma parte de sus determinaciones fundamentales. Entre ellas, cobran importancia en la actualidad las determinaciones político-ideológicas, relacionadas con la promoción del consenso de la población en torno a las políticas gubernamentales.

Estas encuentran perfecta expresión en el texto programático vigente, que presenta propuestas estrechamente vinculadas con las principales demandas que la mayor parte de la población percibe en torno a la salud. En este sentido, el Programa constituye una interpretación bastante acertada de las medidas que sería necesario aplicar con mayor urgencia, pero especialmente, de las exigencias que expresa a diario la gente. No hay duda de que estas demandas resultan de la enorme deuda sanitaria acumulada durante los últimos diecisiete años, si bien es cierto el carácter de las mismas es signo del peso de la ideología sobre la salud promovida desde hace mucho por las clases dominantes.

El Programa de Salud del gobierno contiene medidas de carácter popular que responden a la misma perspectiva reformista que predomina en el Programa de Gobierno.

Debido a la particular naturaleza de los problemas de salud, su desarrollo podrá impactar a mediano plazo los deteriorados niveles de salud actuales, siempre que logre avanzar hacia una concepción precisa acerca del sistema de salud que se propone configurar. Esto implica considerar las transformaciones operadas en el perfil epidemiológico —y por lo tanto, en las necesidades de salud de la población del país— en los últimos quince años, por efecto de una multiplicidad de factores cuyo análisis excede a los propósitos de estas líneas. Implica a su vez, reconocer los aportes más recientes de la investigación de sistemas y servicios de salud que han demostrado fehacientemente la validez de algunos principios de la conducción de las actividades de salud, a

través de redes jerarquizadas de órganos productores de diversas prestaciones.[5]

El Programa[6] contempla cinco capítulos principales en cuyas formulaciones se propone dar solución a la compleja problemática que se aprecia en el sector. Recogiendo las demandas expresadas por la gran mayoría de la población, establece los siguientes propósitos:

1. Mejorar el acceso a la salud, lo cual es entendido fundamentalmente en términos del aumento de las prestaciones de predominio curativo que *actualmente* otorgan los establecimientos del primer nivel de la atención. Esto se lograría mediante la ampliación de los recursos disponibles para esos establecimientos (personal, insumos y horarios de atención), que permitiría incrementar el número de atenciones sin variar sustancialmente su contenido.

No menciona la necesidad de incorporar actividades que den cuenta del nuevo perfil epidemiológico configurado en el país, ni aborda la problemática de la promoción de la salud con base en el análisis de las condiciones objetivas de existencia de las distintas clases y capas sociales, si bien se refiere a los aspectos preventivos en *acapite* separado.

Postula medidas idóneas para el incremento de la capacidad resolutiva de los órganos del primer nivel de la atención en la esfera curativa (aumento de la capacidad de diagnóstico y tratamiento y fortalecimiento del sistema de medicamentos genéricos), como también para aumentar las *atenciones* dentales curativas en estos establecimientos.

Aparecen elementos de la estrategia de la atención primaria, en la apertura a la participación de las organizaciones comunitarias (grupos populares de salud) y solidarias de salud (organizaciones no gubernamentales que realizan atención ambulatoria), cuya integración al sistema se verificaría mediante la constitución de corporaciones comunales de derecho público que coordinarían las actividades de todos los establecimientos vinculados a ellas.

Anuncia también proyectos de construcción de nuevos establecimientos, de funcionamiento de unidades móviles y menciona la necesidad de modificar la Ley de Prestaciones de Salud, sin especificar en qué consistiría tal reforma.

Propone un mejoramiento de los seguros privados de salud, mediante la aprobación de una nueva Ley de ISAPRE, cuyos contenidos, como ya se ha visto, apuntan básicamente a la fiscalización del cumplimiento de los contratos individuales y a la eliminación de algunas discriminaciones para estos sectores. Este nuevo ordenamiento incidirá favoreciendo la competitividad de los seguros privados de salud entre sí y con el sector público.

Aparentemente, los recursos financieros adicionales provendrían del Estado y de la cooperación internacional, apuntando esta última no sólo a los donativos, sino al endeudamiento externo para la adquisición y para el mantenimiento de fármacos, instrumental y equipos. A su vez, los recursos financieros de origen estatal resultarían de la reforma tributaria.

2. Resolver la crisis hospitalaria, entendida en términos del incremento de recursos, de la construcción de algunos nuevos hospitales y del descongestionamiento de estas unidades a través de una mejor resolución de los problemas en la esfera del primer nivel de la atención (servicios de urgencia en los consultorios, laboratorios de diagnóstico para la atención primaria).

El postulado más progresista de este punto es el que se refiere a la dignificación y humanización de la atención, con base en el respeto del derecho del paciente a la información y opción terapéutica.

3. Dar un gran impulso a la prevención y a la protección de la salud, con postulados iniciales que se aproximan al nuevo perfil epidemiológico por la vía de las variables epidemiológicas tradicionales. De aquí que, si bien se reconoce la necesidad de "promover cambios en las condiciones de salud y formas de vida más saludables", las actividades propuestas son, en su gran mayoría, las que habitualmente han formado parte de esta esfera de las acciones de salud.

En otros términos, el camino principal para la promoción de la salud sería el de la educación, obviándose las posibles intervenciones intersectoriales que serían necesarias para eliminar factores de riesgo para la salud que se originan en la organización del trabajo vigente en la actualidad, en la conformación morbógena de los espacios de consumo y de gestión, o en los efectos acumulados del terror de diecisiete años; con respecto a esto último, se ha iniciado la ejecución de algunos programas locales en regiones y comunas afectadas por el hallazgo de pruebas fehacientes de los crímenes de la dictadura.

En todo caso, la propuesta de un programa de salud integral de la mujer y de medidas para la prevención de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo, de problemas de salud mental y de salud dental, de reinserción social de los descapacitados (denominados minusválidos en el documento, según el enfoque productivista tradicional en salud) y sobre todo, de integración de las organizaciones sociales en las actividades preventivas en varias esferas, confiere contenido democrático a este punto del Programa, aunque no se especifica el nivel de la atención en el cual serán ejecutadas estas funciones, ni los mecanismos organizativos concretos que permitirán su cumplimiento.

4. Mejorar la calidad del medio ambiente, cuyos postulados constituyen, sin lugar a dudas, el componente más progresista del Programa, ya que no sólo se propone descentralizar las actividades de salud ambiental, extendiéndolas a los territorios de todos los Servicios de Salud Regionales, sino que contempla la adopción de medidas que afectan los intereses de las empresas que devastan y contaminan el ambiente en el país. En todo caso, según el Programa, tales medidas deben ser objeto de modificaciones legislativas que obliguen a las empresas contaminantes a asumir el financiamiento de las actividades de descontaminación. Se menciona

también la necesidad de legislar para impedir la contaminación de zonas aún libres de este flagelo.

5. Rescatar al sector público e integrar a los sectores privado y solidario, lo cual parece obedecer a la estrategia de conformación de los Sistemas Locales de Salud (Silos), preconizada por la OMS/OPS y las agencias financieras internacionales, para la superación de las deficiencias que viven los sistemas de salud en los países capitalistas periféricos en el marco de la crisis capitalista y por efecto de las medidas de ajuste estructural de la economía.

Esta estrategia, cuya concepción básica puede ser idónea para extender el derecho a la salud, implica sin embargo, diferentes posibilidades de interpretación de sus objetivos. En condiciones de hegemonía tecnológica y financiera del sector privado de la salud, como las que vivimos en la actualidad, puede convertirse en una perfecta vía hacia la privatización, restringiendo aún más el acceso de la población a la atención y, sobre todo, consolidando la estratificación de sistemas de salud por clase social desarrollada por la dictadura.

El supuesto tiende a ser confirmado, al observar que, para los "sectores medios dramáticamente abandonados", se propone buscar fórmulas de solución por la vía del sector privado. En los últimos meses, han resurgido expresiones de esta tendencia en las propuestas de subsidiar la demanda, emitidas ya no sólo por los parlamentarios de derecha, sino por personeros gubernamentales.[7]

Es igualmente posible conferir a la estrategia de desarrollo de los Silos un contenido popular, en la medida en que, democratizado el poder comunal, se verifique la participación popular en la gestión local del sector salud y se respetan los principios organizativo-asistenciales que han demostrado su efectividad en la práctica de los servicios de salud y que aparecen en la bibliografía internacional disponible.[8]

A este respecto, a lo largo de la totalidad del Programa se formulan propuestas que implican la participación popular en diversas actividades de salud, a la vez que se propone la constitución de las corporaciones comunales de salud como instancia de integración de todos los actores sociales involucrados en el problema a nivel local. Sin embargo, no se menciona la injerencia de las organizaciones sociales en la gestión sectorial ni se alude a la democratización de la gestión de los establecimientos a través de la participación de sus trabajadores.

Uno de los componentes cruciales de la calidad de los servicios de salud —la preparación de los trabajadores de la salud— se menciona sólo marginalmente en conjunto con las medidas de mejoramiento de las condiciones de trabajo en el sector. Tampoco se alude al equipo de salud.

Los resultados esperables de la aplicación del Programa

Como se desprende de la descripción anterior, el concepto de salud implícito en el programa corresponde al del modelo epidemiológico multicausal[9] el cual, reconociendo la acción de "factores sociales" en la generación de los problemas de salud, los asume en una perspectiva "extrasectorial". De aquí que, a la luz de este enfoque, sólo resulte posible para el sector salud constatar los efectos de esos "factores", sin poder interferir jamás en sus esferas de determinación.

El cumplimiento del Programa de Salud del gobierno, si bien no representa una solución definitiva ni estable para la problemática de salud del país, no sólo por la restricción de recursos financieros que enfrentará durante todo el periodo, sino sobre todo, por el enfoque fragmentario de los problemas de salud que subyace a su formulación, contribuiría significativamente a mejorar las deplorables condiciones en que se encuentra hoy el sector. Para esto, es indispensable precisar sus contenidos y concitar la voluntad mayoritaria de los poderes del Estado, con miras a ponerlo verdaderamente en práctica. De aquí la importancia de la injerencia de las personas, de las organizaciones populares y de todos los interesados en la definición y en la ejecución de las actividades de salud y en favor de la realización de las medidas en él propuestas.

Desde el punto de vista de los intereses populares, la mayor parte de los objetivos señalados en el Programa constituyen en la actualidad necesidades manifiestas. Su desarrollo se convierte, por lo tanto, en una meta a lograr como parte del proceso de democratización de la sociedad, de tal modo que quede definida en su aplicación una clara postura democrática, cuya manifestación más evidente será la **equidad** en el acceso y en la calidad de las prestaciones de salud, prescindiendo del efecto de las diferencias de clase social y de ingresos entre las personas.

El logro de la equidad implica sobre todo, pero no exclusivamente, el desarrollo de un enorme esfuerzo de recuperación de las capacidades del sector público de la salud, esfuerzo que requerirá de aportes financieros de gran magnitud. Se relaciona asimismo con el incremento de la congruencia entre las necesidades de salud de las mayorías y la cantidad y la calidad de los servicios otorgados por este sector.

Implica también, entre otras medidas, normar las prestaciones que son ejecutadas por el sector privado, para que asuma actividades preventivas, aunque sean poco "rentables" y para que respete los derechos a la información y a la opción terapéutica de sus pacientes.

Todo lo anterior no es factible si no se precisa la concepción estratégica que regirá el desarrollo del sistema de servicios de salud, en cuyo contexto queden perfectamente definidos el papel que jugarán los subsistemas público, privado y solidario; la direccionalidad y las condiciones de gobernabilidad indispensables para su funcionamiento y el carácter de sus relaciones con los demás sectores de la economía y con la población organizada.

No pronunciarse hoy en torno a tal concepción equivale a favorecer, incluso por vía de la omisión, la consolidación del

sistema de salud estratificado por clase social heredado de la dictadura, con sus secuelas de discriminación y de falta de equidad. Tal curso de los acontecimientos sólo generaría, en el mejor de los casos, impactos transitorios y parciales sobre las condiciones de la salud colectiva.

Una alternativa de desarrollo del programa

La factibilidad de la realización del Programa depende básicamente de la aplicación de medidas que conciten el apoyo de las mayorías a las posiciones democráticas. Pero la promoción del consenso en torno a cualquier posición sólo se puede lograr mediante prácticas concretas, que sean expresión de los ideales de justicia social que las sustentan.

Para contribuir al desarrollo del Programa de Salud en favor de los intereses de la mayor parte de la población del país y complementando las medidas en él señaladas, sus contenidos podrían ser interpretados como sigue:

1. Mejorar el acceso a la salud y resolver la crisis hospitalaria

Aparte de la necesidad indiscutible de aumentar los recursos del sector público para todos los niveles de la atención, conviene destacar que, desde el punto de vista de la demanda, el gran impedimento para el acceso equitativo a las atenciones deriva del ordenamiento económico de la misma que establece la Ley de Prestaciones de Salud.

De aquí que parezca conveniente asumir medidas transitorias, en espera de la sustitución de dicha Ley, que reconozca la igualdad del derecho de toda la población del país a la salud y no sólo a la atención preventivo-curativa tradicional. Entre éstas, cabe mencionar las siguientes:

1.1 *Garantizar la gratuidad de las prestaciones que otorga el sector público y municipalizado.*[10]

1.2 *Restablecer la cotización patronal* para el seguro estatal de salud,* como medio para incrementar los recursos sectoriales (y aliviar la carga impositiva que afecta hoy a los trabajadores).

1.3 *Incrementar el aporte estatal al sector*, por la vía de la reasignación de recursos provenientes de la suspensión del pago de la deuda externa, de la disminución del gasto militar (reforma de la Ley Reservada del Cobre y de otras disposiciones legales relativas al tema), de la captación de no menos del 20% de los mayores ingresos provenientes de la reforma tributaria, (salvedad hecha de que sería necesario en realidad superar por esta vía los efectos de la contrarreforma tributaria de 1984, derogando esa normativa) e incluso, de la implantación de impuestos patrimoniales transitorios o permanentes.

1.4 *Disminuir el porcentaje de cotización de los trabajadores*, elevando en primer lugar el límite inferior del tramo salarial o de ingresos desde el cual se aplica alguna tasa de cotización. A la vez, es indispensable eliminar la cotización de los pensionados.

1.5 La solución de largo plazo se encuentra, sin embargo, en la creación de un **seguro universal y obligatorio de salud**, basado en un esquema de financiamiento tripartito, es decir, mediante aportes del Estado, de los empresarios y de los trabajadores. Tales fondos no pueden sino ser gestionados por el Estado, con base en una cuota pre-establecida de aporte para todas sus partes concurrentes. La estructura administrativa del órgano de apoyo financiero en cuestión debería ser descentralizada en lo ejecutivo, para facilitar la asignación de recursos por Servicio de Salud Regional, manteniendo la relación con la instancia central para garantizar los mecanismos redistributivos entre regiones.

La gestión financiera de este órgano debería incluir mecanismos variados para la previsión y para el control del inevitable aumento histórico de sus erogaciones, a medida que envejezca la población.

Lo anterior no implica eliminar simultáneamente los seguros privados de salud, ya que nada impide dejar a la elección de cada quien la cotización adicional a una institución privada.

De esta manera, *los términos de la competencia que se establecería entre esos seguros y el seguro estatal por captar cotizantes, serían más justos y se expresarían necesariamente en una mejor calidad de la atención en todos los sectores.* Es evidente que tales medidas deberían ser acompañadas de un proceso educativo de envergadura que promoviera la adquisición de una concepción científica sobre la salud por parte de la población, demostrando la diferencia entre aquella y el tratamiento de la enfermedad, y elevar las facultades individuales y colectivas de optar de frente a las diferentes propuestas de los subsistemas de salud.

Una alternativa temporal a esta propuesta, destinada especialmente a resguardar la cantidad y la calidad de los servicios que hoy perciben ciertos sectores afiliados a Isapre (particularmente cerradas), sería la centralización de todos los fondos previsionales de salud en un órgano estatal (Fonasa), que actuaría como distribuidor de los recursos financieros tanto para el sector público como para las Isapre.

Con respecto a los seguros privados de salud, que cubren hoy a más de un millón y medio de habitantes en el país con una atención cuya calidad es discutible —aunque la mercadotecnia la haga aparecer como superior a la que otorga el sector público— sería conveniente no sólo buscar la regulación de sus actividades mediante la creación del órgano fiscalizador correspondiente, sino sobre todo, dejar de favorecer sus exorbitantes ganancias, al menos restituyendo entre sus obligaciones la de financiar los subsidios maternales —que hoy se financian en su totalidad con aporte estatal— y las de proporcionar servicios de promoción de la salud (alimentación complementaria, por ejemplo) y de protección

* Si bien es cierto que las cotizaciones patronales son asignadas a los costos de las empresas, elevándose por ende los precios de sus productos en el mercado, se puede considerar que quienes se verían más afectados por este incremento serían los que más consumen, es decir, los que disponen de más dinero.

específica (inmunizaciones), para superar la paradoja de que los beneficiarios de esas instituciones reciben hoy estas prestaciones monetarias y en especie, con cargo a las cotizaciones de los más pobres.

1.6 Aparte de las restricciones financieras al ejercicio de la demanda de atenciones de salud, conviene recordar que la inequitativa distribución geográfica de los establecimientos de salud es también un factor que impide el acceso. De aquí que otra medida imprescindible sea la promoción de una *distribución equitativa de los establecimientos del sector público de la salud*, con criterio geográfico-poblacional y en función de las necesidades locales específicas. Para esto parece indispensable estudiar científicamente esas necesidades, con la participación activa de los interesados y superando el enfoque curativista y medicalizado que ha predominado en la prestación de servicios de salud en estos años (es decir, incluyendo la valoración de las necesidades de servicios de promoción de la salud y preventivos).

1.7 Por otra parte, este conjunto de medidas no garantiza la *calidad* de los servicios que percibirá la población, calidad que se vio seriamente afectada durante la dictadura, especialmente, aunque no exclusivamente, gracias a la reducción y a la reestructuración del financiamiento del sector público de la salud.

La *recuperación de la calidad de las atenciones que generan los establecimientos del sector público* constituye una necesidad objetiva para las mayorías, para dar cumplimiento al principio de la equidad en salud, universalmente reconocido al menos, desde la fundación de la OMS y ratificado por todos los signatarios de la Declaración de Alma Ata. Además, este logro tendría la virtud de generar un ordenamiento de la demanda exclusivamente determinado por las diferencias de ingresos económicos entre las personas, sin incidencia de las diferencias de calidad de la oferta, factor que también favorecería el mejoramiento de la calidad de las atenciones en todos los sectores.

Las *medidas mínimas para recuperar la calidad de las atenciones*, además del incremento de los recursos involucrados en cada prestación, son las siguientes:

- *Recuperación de la planificación y de la programación de las actividades del sector público y hoy municipalizado* en función de las necesidades de la población, eliminando la injerencia del sistema de financiamiento por facturación (Fap), que distorsiona la estructura de la oferta de servicios. En todo caso, tal modificación tiene sentido solamente en el contexto de la reformulación global del sistema de servicios de salud, de tal modo que este mecanismo de control financiero de la producción de servicios de salud, sea sustituido por otro más idóneo.
- *Incremento de los recursos de toda índole en cada establecimiento*, con base en el análisis local y regional de las relaciones población/recursos, con criterios que no omitan los factores geográficos, ecológicos, económico- sociales. No se trata, por lo tanto, de establecer normas nacionales para las razones población/recursos, sino precisamente de adecuarlas a las particularidades de la población y de los recursos para la salud en cada área geográfico-poblacional. Lo anterior implica, sin lugar a dudas, desarrollar importantes esfuerzos de investigación de servicios de salud y de análisis de la estructura de la demanda, a la luz de las necesidades derivadas del nuevo perfil epidemiológico vigente en el país.
- *Recuperación del papel principal del equipo de salud* en el proceso de trabajo de los servicios de salud, superando la ineficiente y odiosa discriminación entre diversos "estamentos" profesionales y de oficio. La reorganización del trabajo en equipo debe basarse en la definición de la complejidad de los problemas a resolver en cada nivel de la atención, prescindiendo de cualquier otra consideración relativa a supuestas superioridades de una profesión por sobre las demás.
- *Mejoramiento de las condiciones de trabajo y acceso a la capacitación permanente para los trabajadores de la salud.*

La calidad de la atención puede ser asegurada, principalmente, con base en la preparación de los trabajadores que las ejecutan, lo cual debe ser lo más integral posible, abarcando al conjunto de las ciencias de la salud, sin soslayar los aportes de los nuevos desarrollos logrados en algunos núcleos académicos y poblacionales en el país y en otras latitudes, particularmente a través de la incorporación de las contribuciones provenientes de la investigación social.

La formación profesional requiere también de la vinculación con la práctica de la investigación científica de problemas de salud relevantes para la población del país, de tal modo que la tecnología para la salud sea congruente con las necesidades de salud vigentes en Chile. Esto implica el desarrollo de una política de producción de conocimientos científicos sobre la salud a cuya definición concurran tanto los organismos sectoriales, como los de educación superior y las sociedades científicas de las ciencias de la salud. En este sentido, sería conveniente la constitución de una comisión intersectorial idónea para la definición democrática de las líneas prioritarias de investigación en el campo de la salud.

Con respecto a las condiciones de trabajo, el actual desarrollo de las estructuras y de la tecnología de la producción de servicios de salud, repercute en la constitución de una escala muy amplia de puestos y ocupaciones en el interior del sector. Estas complejidades y su propio objeto de transformación, convierten al sistema en un órgano específico y altamente especializado, cuyos trabajadores detentan inserción y condiciones laborales igualmente diferenciadas. De aquí que parece indispensable dictar un Estatuto de los Trabajadores de la Salud, distinto del que rige en el conjunto de la administración pública.

En todo caso, las medidas más urgentes en esta esfera tienen relación con la selección de personal por méritos profesionales y laborales así como de instituir igualdad de remuneraciones según puesto y calificación.

- *Formación idónea de los profesionales de la salud*, considerando en primer lugar la *conservación del carácter universitario de todas las profesiones* en cuestión. A la vez, se hace imprescindible la generación de consenso entre el sector salud y las instituciones de educación superior, con participación de las organizaciones sociales que representan a los profesionales de la salud, con el fin de iniciar el necesario proceso de modificación curricular, que tienda a la preparación de profesionales que sean capaces de responder a las necesidades de salud de la población bajo una concepción democrática.
- *Apoyo a la organización gremial de los trabajadores de la salud*, como medio para favorecer la más amplia participación de estos en la gestión democrática del sector.

2. Dar un gran impulso a la prevención y protección de la salud y mejorar la calidad del medio ambiente.

Esto implica, en otros términos, recuperar la orientación preventiva de los servicios de salud, que se expresa en medidas como las siguientes:

- *Recuperación de los programas de educación para la salud y de higiene ambiental*, incluyendo la reinstalación de las actividades gratuitas de microsaneamiento. Al mismo tiempo, se impone la lucha masiva en contra de las parasitosis cutáneas y de otras plagas que afectan hoy a las mayorías, difundiendo las normas para la prevención e incluso, para el tratamiento naturista de las mismas, no sólo a través de los medios de comunicación tradicionales, sino también de los micromedios de las organizaciones sociales de base.

Conviene formular y desarrollar los programas de educación para la salud con base en una estrategia de democratización del conocimiento sobre la salud que fundamente la creación de un contra-poder ideológico de las personas frente a la ideología médica dominante; al "poder del conocimiento" de los profesionales de la salud y al poder burocrático del sistema de servicios de salud, de tal modo que adquieran capacidades para ejercer sus derechos individuales y colectivos en salud y participar en la gestión del sistema.

Las actividades de educación para la salud y de higiene ambiental deben conducirse localmente, desde los órganos de atención primaria, con activa participación de la población organizada y sobre la base de estrategias centrales y regionales precisas. Esto implica, obviamente, la dotación de recursos humanos y materiales específicos para el desarrollo de estas tareas en el entendido de que los disponibles son absolutamente insuficientes para hacerse cargo de nuevas responsabilidades. Para las actividades de educación conviene hacer uso también de los medios masivos y micromedios de comunicación.

2.2 *Recuperación de las actividades y de los recursos de los Programas de control sanitario del agua y de los alimentos* a cargo del Estado. Esto implica fortalecer y ampliar los contenidos de estos programas, extendiendo su cobertura y su calidad técnica. A la vez, deben incentivarse y supervisarse los sistemas de control de calidad de las industrias productoras y de las grandes empresas comercializadoras de alimentos.

2.3 *Recuperación de la cobertura de vacunación* proponiendo lograr unas coberturas del 85 al 90% en todo el país, con la participación de la población organizada en esta actividad. Conjuntamente, sería necesario profundizar la investigación epidemiológica, en lo posible mediante estudios directos en la población, para resolver definitivamente las modificaciones que muy posiblemente requiera el actual esquema de inmunizaciones, por ejemplo, en cuanto a la edad de la primovacunación antisarampión. Procede también considerar la incorporación de las demás vacunas antivirosis al esquema (rubeola, paratiditis).

2.4 *Recuperación del carácter preventivo del Programa de alimentación complementaria*, tendiendo a eleminar la focalización de estas actividades tanto en términos sociales, como en relación con los nutrientes otorgados, para convertirlo en un verdadero programa de promoción de la salud.

2.5 *Instauración de un programa intersectorial de Seguridad vial y prevención de las lesiones relacionadas con el tránsito* que contemple no sólo actividades educativas generales y a grupos específicos, sino que haga énfasis en el mejoramiento de las vías y de los medios de transporte; asimismo en las modificaciones de la inhumana organización del trabajo a que está sometida la mayor parte de los trabajadores del transporte.

2.6 *Recuperación de los mecanismos de control de los medicamentos*, fiscalizando estrictamente y en primer lugar, el ingreso de algunos fármacos al mercado nacional. Esto implica:

- Adoptar una posición consecuente en contra de la medicalización de la sociedad, luchando contra la automedicación y contra la propaganda de fármacos, pero difundiendo a la vez, con objetividad científica, los efectos benéficos y nocivos de cada uno de ellos. Para esto, hay que superar la tendencia a "tecnificar" y a "medicalizar" los problemas sociales, reconociendo objetivamente ante la población que los medicamentos no son la clave de la solución de las incomodidades que la afectan.
- Impulsar la recuperación del papel rector del Formulario Nacional y la restitución al patrimonio nacional de la propiedad del Laboratorio Chile.
- Incidir en el control de los precios de los medicamentos, con medidas generales, por ejemplo, a través de la centralización de las adquisiciones en el mercado internacional y reformar lo más pronto posible la Ley de Patentes Industriales en lo que respecta a los productos farmacéuticos, mediante disposiciones que favorezcan a los consumidores e incentiven el desarrollo de esta rama de la industria nacional.
- Favorecer la investigación científico-tecnológica nacional en el campo farmacéutico y de producción de equipos e instrumental, aprovechando las experiencias existentes al

respecto e impulsando por esta vía el fortalecimiento de la producción de estos insumos para el mercado nacional, e incluso, para el de otros países de América Latina.

2.7 *Recuperación del Programa de Planificación Familiar,* con gratuidad absoluta, amplio acceso (sin discriminación de edad, sexo o estado civil) y elevada calidad de las prestaciones que garantice la preservación de la salud de los usuarios de métodos de control de la fecundidad.

Esto implica también poner a disposición del público los medios necesarios para el *control de la fecundidad de las personas de ambos sexos* y desarrollar un amplio programa de educación sexual y salud reproductiva, que induzca a la adopción de actitudes y conductas responsables en esta esfera, con base en la difusión del conocimiento científico disponible sobre la materia.

2.8 *Recuperación de la actividad preventiva en salud oral,* lo cual incluye la fluoración del agua potable en las zonas central y sur del país, la fluoración tópica anual a los niños de 2 a 14 años y la detección precoz de caries y maloclusiones en toda la población. Hay que recordar que en la mayoría de los servicios de salud regionales, la razón obturaciones/extracciones continúa siendo menor que uno, lo cual indica que se sigue realizando una "terapéutica" mutiladora, que es expresión parcial de la ausencia de actividad preventiva.

Como es evidente, la ejecución de actividades preventivas en salud oral repercutirá en la necesidad de *incrementar la disponibilidad de recursos para la atención curativa en este campo,* dado que nada se soluciona sólo detectando la maloclusión o las caries, si no existe posibilidad de un tratamiento.

Para garantizar el acceso de la población al programa de salud oral, es conveniente plantear la instauración de un sistema centralizado de adquisición de insumos que permita abaratar costos.

2.9 *Implantación de programas de salud mental y de prevención de las drogadicciones* (tabaquismo, alcoholismo y otras) en los establecimientos del primer nivel de la atención, en respuesta a las graves alteraciones que sufre hoy la mayor parte de la población como resultado de los años de terror y desesperanza. El abordaje de la problemática vinculada con las violaciones a los derechos humanos y con las diversas formas de violencia que sufre la población, debe constituir un componente importante en este programa, a cuyo desarrollo pueden contribuir los organismos no gubernamentales especializados en la materia. Las líneas de trabajo a desarrollar en este terreno deben ser necesariamente intersectoriales y ampliamente participativas y que generen también alternativas de vida viables para los afectados como parte de su rehabilitación. Esto no impide, por otro lado, que se pueda legislar para gravar el consumo de drogas "legales" (alcohol, tabaco) y que se intente generar una legislación más moderna respecto del consumo de las drogas consideradas "ilegales".

2.10 *Impulso a los programas de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual* con amplia participación de la población organizada en las tareas educativas.

2.11 *Protección a la salud de los trabajadores* impulsando la dotación de recursos necesarios en los establecimientos del primer nivel de la atención y en urgencias. Esto implica también la incorporación de contenidos de salud ocupacional en los programas de capacitación continua destinados a los trabajadores de la salud de todos los niveles.

Un complemento indispensable para el éxito de estas actividades es el apoyo del sector salud a la extensión de la cobertura de la Ley 16 744 y a la creación de comités de higiene y seguridad, en todas las empresas dotadas de fuero, al menos mediante la aplicación de las disposiciones de esta ley (comités paritarios) o incluso promoviendo las modificaciones legales necesarias para el desarrollo del control de los trabajadores sobre el proceso de trabajo, de modo que éstos asuman un papel relevante en la investigación y en la vigilancia de los riesgos del trabajo.

Convendría asimismo, iniciar los estudios pertinentes para la incorporación de nuevas categorías a la lista de enfermedades profesionales, particularmente para el caso de las patologías generadas por la introducción de tecnologías modernas en el proceso productivo. En todos estos estudios resulta crucial la participación de los propios trabajadores.

3. Rescatar el sector público e integrar a los sectores privado y solidario.

La conformación de los Sistemas Locales de Salud (Silos), puede beneficiar importantemente a la población si se funda sobre la recuperación del predominio de los criterios técnicos de salud por sobre las consideraciones de otra índole y sobre la más amplia participación popular en la gestión local de la salud. Esto implica concebir el proceso en términos de:

3.1 *La constitución de un sistema nacional de salud intersectorial y participativo,* que integre al conjunto de los organismos relacionados con la salud bajo una dirección única en cada territorio y en todo el país y que instaure mecanismos de participación de la población organizada y de los trabajadores de la salud en la toma de decisiones en torno a la salud. Esta dirección no puede sino estar en manos del sector público de la salud y debe contar con autoridad suficiente para ejercer sus funciones técnicas, incluyendo entre ellas la interacción con los demás sectores de la economía para la promoción de la salud.

Por ejemplo, debería imponerse la opinión técnica sectorial y la de las organizaciones sociales del territorio afectado —con bases legales— en cualquier propuesta de desarrollo productivo o de servicios, en términos de la previsión y del control de daños ambientales o a la salud de las personas.

La formulación de esta concepción del sistema *no implica que la propiedad de todos los establecimientos de salud que lo integran deba ser necesariamente pública,* sino más bien que el conjunto de los órganos prestadores de servicios de

salud de una unidad territorial debe quedar técnicamente supeditado a los objetivos y a las normas del programa de salud globalmente formulado para todo el territorio en cuestión, con la finalidad de potenciar los efectos del esfuerzo común, cuyo propósito último no puede ser otro que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población que habita el territorio. Es indiscutible que el otorgamiento de recursos suficientes al sector público de la salud, al igual que la participación popular en su gestión, son requisitos indispensables para el logro de estos propósitos, en el entendido de que la concreción de esta concepción del sistema debe ser materia de una ley del sistema nacional de salud.

Entre sus contenidos deberán quedar asentadas las bases de la gestión democrática del sistema, desde el propio nivel central, en términos de la injerencia de las organizaciones sociales y de las organizaciones gremiales de los trabajadores de la salud en la adopción de decisiones de política de salud.

3.2 *La recuperación de la red de atención progresiva*, con base en la reimplantación de los sistemas de referencia y contrarreferencia entre establecimientos de distintos niveles de atención en cada territorio. Esto implica necesariamente el *retorno de los consultorios hoy municipalizados a la dependencia administrativa del Servicio de Salud Regional* respectivo, manteniendo la necesaria descentralización ejecutiva, con base en una legislación apropiada y sobre todo, en una dotación de recursos que garantice la autonomía relativa en la toma de decisiones y la capacidad resolutiva de cada establecimiento.

Bajo el supuesto de la reforma municipal y de la emergencia de un municipio democrático, no cabe duda de que el desarrollo de la estrategia de la atención primaria, deberá materializarse precisamente en el ámbito comunal. En este sentido, hay quienes conciben como posible la conservación de la dependencia administrativa de los establecimientos del primer nivel de atención bajo la égida edilicia. Hasta el momento actual, tal situación sólo ha contribuido a burocratizar el sistema, impidiendo el funcionamiento controlado de la referencia y de la contrarreferencia y disgregando la integración regional de los programas, aparte de no haber favorecido la participación popular.

Sin embargo, es posible que bajo condiciones de gobierno comunal democrático y mediante la creación de las estructuras de participación adecuadas, se logre incentivar la injerencia de las organizaciones sociales en la gestión de la salud, en cuyo caso podría ser imaginable la diversificación de las formas de propiedad y/o de administración delegada de los establecimientos del primer nivel, por ejemplo, colocando algunos bajo la tutoría directa de organizaciones sociales como las Uniones Comunales de Juntas de Vecinos. Tal experimento requeriría no sólo de modificaciones legislativas en lo relativo a la propiedad fiscal, sino sobre todo, en la definición de las formas de interacción y ámbito de las atribuciones administrativas de los Servicios de Salud Regionales —de los cuales dependería indefectiblemente la dotación de personal de insumos y de financiamiento— como también del alcance de la intervención de las organizaciones sociales en la toma de decisiones.

Por último, hay que recordar que en la actualidad no pocos se pronuncian por una curiosa forma de "descentralización" y de "democratización" de los establecimientos de salud del primer nivel, que se expresa en el traspaso de la propiedad de los mismos a los profesionales que en ellos se desempeñan.[11] No se menciona, claro está, cuál sería la participación de los trabajadores no profesionales de la salud, ni las formas de interacción que generarían estos establecimientos con la población. Debido a la inquietud que esta idea produce, parece necesario señalar que ella corresponde exclusivamente a una tendencia a la privatización de los servicios públicos, derivada del predominio de ideas preconizadas durante diecisiete años en Chile por los impulsores del modelo económico neoliberal. Como ya fue señalado anteriormente, la condición imprescindible para lograr efectos sobre las condiciones de salud de cualquier unidad geográfico-poblacional, no estriba ni prioritaria ni fundamentalmente en la solución de las necesidades individuales de atención curativa, sino en la aplicación de programas de salud integral, regidos por la lógica de la *promoción de la salud*, a cuya concreción concurran todos los prestadores de servicios de salud existentes en el territorio, así como los demás sectores de la economía y las organizaciones sociales. De aquí la importancia del fortalecimiento de los órganos de conducción del sistema también en el ámbito local, órganos que no pueden sino pertenecer al sector público.

3.3 *La creación de mecanismos legal y materialmente fundados de participación popular en salud*, incentivando así la democratización local y la participación de la población y de los trabajadores de la salud en el control y en la gestión directa del proceso de prestación de servicios de salud.

El desarrollo de estos mecanismos debe contemplar instancias idóneas de representación (mediante elecciones), de participación (constitución de organismos de base con voz y voto en la toma de decisiones de política) y de consulta (conformación de comisiones mixtas de expertos y representantes de los sectores interesados para el análisis que fundamente mejor las decisiones en torno a los distintos problemas locales de salud).

Referencias bibliográficas

1 Jaramillo, X. "El programa de la concertación visto desde la izquierda. Un enfoque de economía política", en *Pluma y Pincel* II(93):15-18, 21 septiembre, 1989 (Serie Documentos).

2 *Ibid*

3 *Ibid*

4 Fleury Teixeira, S.M. "El Estado capitalista y la política social", en *Memoria del II Taller Latinoamericano de Medicina Social*, Medellín, Colombia, Ed. Universitaria de Antioquia, Julio, 1987.

5 Concertación de partidos políticos por la democracia: "Salud para Chile con todos y para todos. Pauta para discusión de una

política de salud en un gobierno democrático", Santiago, agosto, 1989.

6 Castellanos, P.L., Vilaca, E. y A. Pellegrini: "La investigación en sistemas y servicios de salud y el proceso de implantación de los Silos en América Latina y el Caribe", OPS, Dt DRC/3794, 1989.

7 "El gasto en salud" (editorial). *El mercurio*, 30 de septiembre de 1990.

8 Según la argumentación expuesta en varios documentos relativos a la constitución de los Silos, su desarrollo requiere fundarse en principios organizativos específicos, como los de impacto, orientación para la solución de problemas, intersectorialidad, descentralización, base territorial- poblacional, programación local, participación popular, jerarquización, integralidad, heterogeneidad en la homogeneidad y realidad. Para una definición detallada de estos conceptos, véase Castellanos, P.L. *et al. op., cit.* [6]

9 Breilh, J. y Granda, E. "Investigación de la salud en la sociedad", Quito, CEAS, 1982.

10 La gratuidad de las prestaciones en los establecimientos del sector público del primer nivel de la atención fue decretada a fines de abril por el Ministerio de Salud, entró en vigencia en julio de 1990. El principal fundamento de esta medida estriba en que se ha demostrado que los ingresos obtenidos por esta vía constituyen una fracción despreciable del gasto de estas unidades resultando probablemente más onerosa la mantención del sistema de recaudación.

11 Riesco, M. Declaraciones durante la campaña electoral del Partido PAIS, en el Distrito XVIII de la Región Metropolitana.

56. Paraguay

