

#### 4. La EQUIDAD en el acceso a la atención de salud de las personas.

Deben diseñarse las políticas y mecanismos que permitan un acceso equitativo de la población al nivel de prestaciones de servicios de salud que el país defina. Deberán proveerse los recursos necesarios para alcanzar la equidad en este campo en los más pobres, los marginados, los que viven en poblaciones alejadas, los más viejos, etc.

#### 5. La SOLIDARIDAD en salud.

La solidaridad se ejerce mediante mecanismos que sean eficientes y redistributivos. El gasto fiscal debe estar orientado a financiar tanto el acceso a la atención de salud de los más pobres y vulnerables

como las prestaciones preventivas y de protección que benefician a toda la población.

#### 6. Un MODELO de salud de tipo MIXTO.

La historia de la Salud Pública Chilena, la realidad política, cultural, económica, social y geográfica, hacen recomendable el desarrollo de un sistema de salud de tipo mixto. Debe redefinirse el rol del Estado, responsabilizándose éste principalmente de la formulación, supervisión y control de las políticas y normas que dicte. Debe proveer el financiamiento para garantizar el acceso a la salud. Debe controlar y regular el mercado de la salud y sus imperfecciones y debe garantizar el acceso a las prestaciones de salud pública que benefician a toda la población.

## COMISION N° 5 MODELOS IDEOLOGICOS EN SALUD

### INTEGRANTES

Dres. Reinaldo Bustos D., Coordinador  
Carlos Trejo M.  
Juan Ignacio Monge  
Jaime Sepúlveda S.  
Patricio Silva G.

### I. INTRODUCCION

El trabajo de la Comisión “**Modelos ideológicos en Salud**”, en la que actuó como coordinador el Dr. Reinaldo Bustos, se constituyó en base a un núcleo de profesionales médicos, que se reunió sistemáticamente los días lunes en la sede del Colegio Médico, para discutir y recibir a un grupo externo de invitados especiales. Estos últimos —figuras relevantes del mundo académico o intelectual— fueron invitados a exponer sus planteamientos, en la forma de ponencias individuales. A la invitación respondieron los Profesores **Pedro Morandé, Fernando Lolas, Gabriel Gyarmati**. Los Profesores Maturana, Max Neff, Saavedra, Rodríguez, no respondieron. El Prof. Rodríguez, envió un artículo referido al tema, que fue considerado para la discusión.

El grupo médico, compuesto por cinco médicos que asistieron con cierta regularidad, los Dres. **Reinaldo Bustos y Carlos Trejo M.**, hicieron presentaciones formales de ponencias escritas, las

que se consideraron para el informe final. Los Dres. **Juan Ignacio Monge, Jaime Sepúlveda y Patricio Silva** aportaron su valiosa experiencia y conocimientos para el desarrollo de la discusión, las que sin duda se reflejan en la elaboración final del documento.

Como conclusión del trabajo final, se redacta un Informe que resume las discusiones en el seno de ella, y del cual se extraen las orientaciones generales que a juicio de la Comisión, deben guiar, a su vez, las formulaciones en torno a una Política de salud para el país.

### II. INFORME DE TRABAJO

El trabajo de la Comisión “**Modelos ideológicos en Salud**”, convocó a un grupo de médicos de diferentes especialidades, perspectivas e intereses, *pero con clara conciencia de la necesidad de repensar los problemas que plantea la práctica médica*

*actual y sus proyecciones a nivel de salud pública.* A este grupo nuclear se sumó la participación de destacadas personalidades del mundo académico e intelectual, que discutió temáticas centrales para la Comisión.

Para fines de mayor sistematización y facilidad de comprensión, dividiremos este informe en tres partes: la primera recoge una *caracterización de la medicina contemporánea*, cuya finalidad es mostrar concretamente —a juicio de la Comisión— los “**nudos ideológicos**” conflictos de la práctica médica actual. La evidenciación de esos rasgos permite un *análisis interpretativo que, en una perspectiva analítica de la sociedad moderna, nos muestra cómo se dieron los elementos que estructuraron la forma actual de la medicina*, estrechamente vinculada al desarrollo tecnocientífico y a la dinámica económica de la sociedad (*segunda parte*). En la *tercera parte*, se presentan las sugerencias, que en virtud del análisis realizado, aparecen como pertinentes para una orientación adecuada de una política de salud para la población.

1.- La medicina en el contexto tecnocientífico y de la dinámica económico-social actual: proyecciones para orientar un política de salud coherente para Chile.

Como una manera de graficar la problemática actual del sector salud, traducida en una “crisis” de las políticas de salud en el mundo occidental, esbozaremos las características más centrales de una medicina altamente tecnificada y sujeta a las leyes del mercado. Esta caracterización hará evidentes las sugerencias que presentaremos en las conclusiones de la Comisión.

### 1. El crecimiento de la medicina moderna

Primero, debemos reconocer el extraordinario crecimiento de la medicina moderna. Esta *ha crecido* en los últimos 50 años de una manera impresionante, superando con creces —sólo en este período— lo alcanzado en cinco siglos de actividad médico-científica. Ello, a causa del extraordinario avance tecnocientífico y a la dinámica económica de la sociedad moderna actual. Estos dos elementos han agregado al conocimiento médico logrado hasta entonces, un elemento decisivo a su quehacer: *la eficacia resolutive* de los problemas de salud. Esto se expresa en términos de una gran capacidad en el diagnóstico, a través de técnicas de gran rendimiento, acompañada de una eficacia terapéutica nunca antes conocida. En la actualidad, la medicina controla en gran medida las enfermedades infecciosas, propias de nuestra realidad de países en vías de desarrollo,

a la vez que se abre por ejemplo a los descubrimientos en el ámbito de la genética, *que la hace simultáneamente preventiva, predictiva y curativa*, hecho inédito que ubica a la práctica médica en un nivel *cualitativamente distinto* a las décadas inmediatamente anteriores, al mismo tiempo que la expone a graves controversias bioéticas.

### 2. Límites y paradojas de la medicina actual

Pero este crecimiento, producto del desarrollo tecnocientífico, ha revelado también sus límites y paradojas: uno de ellos es la iatrogenia que implica el nuevo uso de recursos técnicos. *Se ha comprobado que las técnicas sofisticadas cuestan caro y, desde un punto global, inciden poco sobre la calidad de vida y la sobrevida de las personas. De otro lado, hábitos de vida tales como el tabaquismo y el alcohol, ciertos comportamientos alimentarios y del sedentario de la vida moderna, son responsable de un gran porcentaje de las patologías actuales, sin que la medicina esencialmente curativa, tenga a la fecha un impacto importante en su control.* A esto se agrega el mal consumo y el abuso de los medicamentos, la construcción de diagnósticos como una “construcción social” de la realidad que lleva actos médicos inútiles, etc., fenómenos todos imputables a la dinámica moderna de la medicina, con consecuencias importantes para las políticas de salud pública en general.

Desde el punto de vista del individuo, la tecnología aplicada a la medicina ha generado otros problemas no menos importantes. Solo a título de ejemplo: *primero, la pérdida de confianza* en las posibilidades propias de ser autogestionario de su proceso de salud y enfermedad; *segundo, el riesgo de someter al individuo a una dinámica de demandas en salud*, ligadas al mayor distanciamiento de éste de sus propias necesidades, *ante la mediación de la técnica y la publicidad*, que modifican las expectativas imaginarias del sujeto en torno a su bienestar o esperanzas de vida sana. En el medio privado de nuestro país, ya se puede observar esta tendencia que implica un deslizamiento general de los modos de consumo, caracterizado por un crecimiento relativo y absoluto de servicios. Esto ha generado distorsiones que se expresan en los usuarios. No es lo mismo lo que los técnicos definen como salud y que se expresa en las Políticas de Salud, producto de la formación recibida, a lo que los usuarios perciben y se representan como salud. **La salud es una “construcción social”**. Esto último incide fuertemente en las demandas, comportamientos y concurrencia a los servicios de salud por parte de la

población. *Por lo tanto, a los problemas técnicos de facilitar y posibilitar una equidad básica para el acceso a cuidados médicos apropiados, se agregan entonces problemas culturales y otros dependientes de ámbitos ajenos a la medicina, que dificultan el logro de metas como la mejoría del nivel medio de salud, la adopción de modos de vida favorables a la salud, o la higiene del medio ambiente.* La acción médica y de las políticas de salud no se desarrollan en el vacío. Así, *la inadecuada puesta en perspectivas de sus posibilidades, que la hace asumir responsabilidades que deben ser compartidas por otros subsistemas como el económico por ejemplo<sup>1</sup>, hace difícil que las políticas de salud escapen a la designación de ser un “chivo expiatorio” del sistema. Esto es importante de consignar, dado el hecho que además, el Sistema de salud está constituido por recursos primarios, compuestos tanto por los recursos físicos como humanos, conceptos y técnicas que posibilitan la realización de un trabajo en salud, y los recursos secundarios, donde se incluye el sistema de recompensas con las cuales también se trabaja, que al no ser adecuadamente considerados, contribuyen a acrecentar la sensación de “crisis” del Sistema de Salud en su conjunto.* Por lo tanto, los resultados finales de éxito o fracaso del sistema dependen de muchos factores, entre los cuales, *los no menos importantes son derivados del manejo de las expectativas tanto del personal como de los usuarios de éste, así como de los factores socio-culturales, que hacen de la salud una construcción social, y por lo tanto, sujeta a múltiples influencias.*

### 3. Dinámica económica y crecimiento de la medicina

Otro tipo de problemas es dependiente de la dinámica económica de tal crecimiento de la medicina.

“La salud no tiene precio” es el predicado de la población alguna vez afectada por la enfermedad. Tal representación colectiva de la salud favorece la especulación económica en torno a ella.

A juzgar por la crisis del sistema en el mundo, ella tiene precio. *Si bien es cierto que los mecanismos de*

*mercado han implicado acentuar el dinamismo del progreso médico, éste comporta también serios riesgos, pues calidad de atención no implica satisfacer ilimitadamente las necesidades del paciente.* Paradojalmente, los médicos hemos demostrado una tendencia fuerte a descubrir y definir nuevas necesidades y desarrollar nuestras propias concepciones morales y sociales de las que los individuos definen como ideales en salud. A eso ayuda una eficaz política de marketing de los productores de productos médicos<sup>2</sup>. El sistema médico justifica la imposición de sus propias preconcepciones, basado en las incapacidades de los individuos de evaluar sus necesidades en materias de salud. El “infantilismo social” así definido, es también otro de los factores que hace aumentar los gastos en salud, al mismo tiempo que responsable del divorcio entre lo ofrecido y lo buscado por parte de los usuarios, engendrando frustración y apatía, *que se expresa en las reticencias a la participación de la población en los programas de salud.*

Pero también, basado en el mismo principio de que la salud no tiene precio, se introduce en el sistema de salud la inflación irracional de técnicas y multiplicación de actos médicos, que **—si mediara una adecuada evaluación de tales actos técnicos—** no son justificables sino que por la lógica económica. *Sabemos bien que en salud la demanda es ilimitada.* Los cuidados de la salud no pueden ser verdaderamente asimilados a los bienes de consumo, por el simple hecho de la existencia de una gran asimetría entre el conocimiento del consumidor y la naturaleza del producto ofrecido a los pacientes. **A nuestro juicio, para evitar un consumismo médico irracional, se requiere definir cuáles son los objetivos de un sistema de salud para una población de un país en vías de desarrollo.** No olvidemos que en nuestro país, la introducción de los mecanismos de mercado, ya evidencian con claridad los efectos negativos de la injerencia de la lógica económica en salud, por parte de un sistema de salud separado en dos: uno público y otro privado.

Estas afirmaciones nos conducen con claridad al reconocimiento **que la medicina se articula en dos lógicas diferentes, incluso discordantes.** En una vertiente científica-positivista ella objetiva un cuerpo enfermo, por lo tanto ella es objetivable en términos

1. Ya que con su lógica de funcionamiento contribuye a deteriorar de otra manera la salud de la población. Cf. por ej. la emergencia del modo de vida, ligada al crecimiento económico rápido de todos los países en vías de modernización, como el nuestro, expresado en la así llamada “transición epidemiológica”. Cf. Rapport Technique N° 797, OMS Génova, 1990.
2. Por ej. nótese que la empresa farmacéutica promociona sus productos directamente a los médicos, gastando proporcionalmente más dinero en publicidad que en investigación.

de “productos”, “valores” de cambio del acto médico, etc. Por el otro, comprometida en una relación humana, está llamada a responder a demandas de bienestar subjetivas, quedando por lo tanto, encadenada a un intercambio de deseos y expectativas. El cuerpo y el discurso no son más sólo objeto sino también sujeto. Como lo indicaran algunos autores, ello requiere de una epistemología de tipo hermenéutica: una negociación sobre el sentido de la enfermedad y la salud, del placer, el sufrimiento y la muerte. Por ello se imponen distinciones fundamentales: no es lo mismo enfermo, padecer una enfermedad y ser un enfermo. Tampoco es lo mismo sanar que curar. De esta manera se introducen otros aspectos que deben ser integrados a la reflexión *de lo que se espera* de un sistema de salud. **A la lógica de la búsqueda de equidad, calidad y oportunidad de la atención en salud, debe por lo tanto, hacerse un espacio privilegiado a los mecanismos de tipo económico-culturales que determinan los gastos en salud, pues ésta es una “construcción social”.** Estos mecanismos, junto a los problemas bioéticos emergentes de esta misma dinámica tecnocientífica y económica, son los verdaderos problemas ideológicos de la medicina de hoy que deben ser integrados a la discusión de una adecuada política de salud para el país.

Considerándose entonces que los verdaderos problemas “ideológicos” de la medicina contemporánea residen en la dinámica sociocultural y económica de la sociedad moderna, y que su estructuración y conocimiento son fundamentales para la orientación de una política de salud coherente para la población, **procederemos a una breve genealogía de la relación moderna de la medicina y sociedad, que nos permita conocer “de dónde viene” esta nueva variedad de problemas “ideológicos en medicina”.** De esta manera, se completará una visión de conjunto de los problemas actuales de la medicina, **debidamente contextualizados**, que permitirá alumbrar con claridad un conjunto de sugerencias, que contribuyan a la adecuada puesta en perspectiva de una política de salud “sustentable” para el país.

### III. LA MEDICINA EN EL AMBITO DE LA CULTURA OCCIDENTAL

Para comprender el desarrollo moderno de la medicina, es —a juicio de la Comisión— necesario *renovar* las herramientas conceptuales tradicionales utilizadas con este fin. Esta exigencia es básica para encarar los problemas que han surgido en las

últimas dos décadas, de tal forma de adecuar las repuestas a dichos problemas. Tales respuestas son tributarias de análisis multidisciplinarios o transdisciplinarios. En este sentido, destaca —de una manera general— lo inapropiado del enunciado “modelos ideológicos”, para caracterizar una discusión en torno a los problemas y paradojas que plantea la evolución de la medicina moderna y sus particularidades específicas en nuestro medio. De otra parte la salud no es un estado, sino un proceso sujeto a cambios históricos, en constante transformación, y con características específicas en nuestros países latinoamericanos, que no siempre se reflejan en las Políticas de Salud de la región, muchas veces “modelizadas” abstractamente, siguiendo modelos foráneos, sin considerar siquiera los aspectos contradictorios y las limitaciones a las que se han visto enfrentadas en otras realidades culturales y político-económicas.

**Por lo tanto, esta discusión —para dar cuenta de los problemas actuales de la medicina y las políticas de salud en el mundo occidental, que se reflejan miméticamente en el ámbito propio de nuestra realidad— debe hacerse sobre el fondo de la evolución cultural de la Modernidad, examinando la coevolución de la modernidad, los cambios culturales producidos en este contexto y las transformaciones de la práctica médica.**

En esta perspectiva de análisis, **la clave interpretativa básica** la constituye la evolución cultural y social, y los cambios históricos de la medicina posterior a su emergencia moderna. Así —en la evolución histórica—, para las sociedades tradicionales de tipo oral, en donde primaba la organización social en base al parentesco, **el sujeto concreto** (el hombre total) era la referencia de todas las prácticas humanas, entre ellas la medicina. *La terapia*, en el sentido griego, de acompañamiento al sujeto afectado por la enfermedad, puede considerarse como la expresión conceptual más elaborada, que englobaba las prácticas terapéutico-mágicas de toda la medicina premoderna.

**Esta formulación básica de la medicina centrada en el sujeto (el hombre total), se ve trastrocada por el cambio de paradigma premoderno a moderno.** Este *cambio de cosmovisión* hace que ahora, en la sociedad moderna emergente, articulada sobre un orden social estamental y basada en el texto escrito, *se desplace* al sujeto concreto (el hombre total) por la idea, el concepto, redefiniendo la sociedad naciente a partir de “*un proyecto para el cual se busca un sujeto*”. **Este es el cambio que da origen a las concepciones ideológicas de la sociedad que surgen con el movimiento de la Ilus-**

tración<sup>3</sup>, en cuyo contexto categorial, se discuten todavía hoy —erróneamente a nuestro juicio— las soluciones políticas en materia de salud.

Para la Comisión, y en base a los antecedentes aportados desde nuestras perspectivas de análisis<sup>4</sup>, tales soluciones “ideológicas”, concebidas en el marco de las doctrinas ideológicas nacidas del pensamiento ilustrado, son claramente reduccionistas y, por lo tanto, insuficientes, para dar respuestas a las paradojas de las prácticas médicas actuales, que se reflejan en las Políticas de Salud de cualquier Estado occidental que se considere.

### 1. La medicina moderna: cosmovisión e ideología

Tema recurrente de discusión en el seno de la Comisión fue el “rol de la medicina” en el plano social. Nuevamente ha sido la interpretación histórica cultural la que no ha aportado los elementos axiales para comprender la evolución de ella y el rol central que ha asumido en el contexto de las sociedades modernas. Las Políticas de Salud —en este horizonte de análisis— han sido tributarias de las concepciones político-sociales imperantes en nuestras sociedades. Por lo tanto, ha sido el sistema político-económico y social que se ha instaurado en el mundo occidental, el que ha guiado las formulaciones específicas en Políticas de Salud que hoy día conocemos. Son las ideologías nacidas de la Ilustración —como lo hemos sostenido más arriba— las que han determinado los “modelos ideológicos en salud”, los que sin embargo —dada su propia naturaleza ideológica— se ha revelado, para nuestro análisis, reductores e insuficientes para la comprensión y eventual solución de los problemas sanitarios actuales de la población. Tanto los modelos conservadores, que defienden los modelos profesionales y de la libre empresa, inspirados en el liberalismo del siglo XVIII, como lo modelos radicales, inspirados del marxismo del siglo XIX, han sido históricamente insuficientes, en sí mismos, para ofrecer soluciones integrales. De la misma forma, los modelos neoliberales, por la naturaleza misma de su concepción, lejos de solucionar los problemas del sector salud —tanto en los países desarrollados como en los en vía de desarrollo, como los nues-

tros—, han profundizado la brecha social en salud, y han generado una crisis global del sector, que ha implicado, entre otras consecuencias, una carestía creciente de la atención en salud y la disociación entre un servicio público y otro privado en nuestra realidad. En suma, los discursos ideológicos tradicionales se han revelado incapaces de aportar soluciones posibles, pues *no integran los cambios operados por la sociedad moderna*.

Si por el contrario revisamos la evolución de la medicina en un trasfondo analítico de tipo sociocultural, podremos aprehender de **que los verdaderos problemas ideológicos de la medicina actual**, que den cuenta de sus paradojas y límites, no se encuentran ni se pueden abordar de acuerdo a los esquemas ideológicos propios de una concepción de la sociedad que tenga como referencia la idea o los discursos políticos nacidos de la Ilustración. **Estos discursos no han incorporado el cambio fundamental que implica la definición de la sociedad actual como una sociedad funcional, en que los procesos tecnológicos y la dinámica económica del mercado son determinantes del funcionamiento y la organización social y de las prácticas humanas, entre ellas la medicina. Este aspecto nos parece fundamental de comprender para postular ciertas bases en las cuales debe anclarse un proyecto médico y una política de salud para el país.**

Ya hemos esbozado las características que ha asumido la medicina actual, en el contexto de una sociedad regida por la tecnociencia y el mercado de la sociedad de consumo, constituidos por la segunda naturaleza, capaz de definir *con mayor propiedad* que el discurso político, los criterios de bienestar social para nuestras poblaciones actuales. Interesante es recalcar esto, pues esta *identificación entre tecnociencia y bienestar humano como posible de lograr a través del progreso tecnocientífico, es a juicio de la comisión, el punto de llegada de las ideologías utópicas que han presidido el desarrollo social en busca de un progreso concebido como infinito, paradójicamente han prescindido del sujeto concreto. La despersonalización de la medicina en una primera etapa, la persistencia del sufrimiento y la realidad de la muerte, el hecho de que la especie humana siga dando muestras de que sigue enfermando por otras causas, ahora ligadas a los*

3. Por Ilustración conocemos aquel movimiento intelectual que fundamenta la idea del progreso social en la fuerza de la razón humana. Las corrientes ideológicas más conocidas en el mundo moderno, nacidas de la Ilustración, son las corrientes liberales, conservadoras y socialistas.

4. Cf. las ponencias individuales aportadas por los miembros del grupo de trabajo.

*estilos de vida, las amenazas de transformación del hombre por mediación de la tecnociencia, que ha hecho surgir una nueva disciplina en el paisaje médico: la bioética; son consecuencias directas del desarrollo moderno de la medicina. Esta, partiendo por una reducción del hombre concreto a las dimensiones físicas del cuerpo mecánico, de acuerdo a los patrones de cientificidad de las ciencias básicas, ha ido perdiendo, peligrosamente, especificidad humana, en virtud de la dinámica económico-social de la sociedad de consumo moderna.* No negamos los beneficios aportados por las ciencias y el método científico a la práctica médica. Una tal práctica ha ofrecido *certidumbres esenciales* al hombre moderno, que se ha expresado en el control de ciertas enfermedades infecciosas, las que prácticamente han sido reducidas hasta casi su desaparición y/o abolición de su poder mortífero a lo largo del siglo XX, con la sola excepción de aquellas producidas por virus o tumoraciones malignas, como es el caso del sida o el cáncer. *La medicina ha aportado así a la calidad de vida de la población, una cuota considerable de ayuda efectiva que no se puede desconocer.* Sin embargo, tales logros no pueden justificar una desviación de su finalidad básica.

La capacidad de la medicina es limitada. La creencia imaginaria de que por sí misma podría controlar el caos que representaba la enfermedad en el seno social, *encuentra en las patologías del modo de vida moderno, un límite importante.* La medicina, en virtud de estas evidencias, ya no puede participar en la actualidad de la presencia que incluso la elevó a la categoría de una poderosa coadyuvante política, que pudiera afirmar el orden social en su conjunto, como ocurriera en el pasado. *Las Políticas de Salud, que fueron consideradas variables básicas de cualquier régimen político en el pasado, dada su potencialidad de ayudar a la estabilización social, haciendo participar a la medicina de la utopía de un orden social perfecto, sin enfermedad, sufrimiento o muerte, deben redefinir sus límites.* Solo así se puede escapar a la sobre carga de responsabilidades de parte de la sociedad al sistema de cuidados de la salud de la población. Esto plantea con fuerza la necesidad de deslindar estas responsabilidades. **La salud es “deteriorada” con mayor rapidez por las influencias del medio social patógeno, que la velocidad mediante la cual puede ser “recuperada” por el sistema sanitario de tipo curativo.** Esto se agrava en la actualidad, debido a que la dinámica tecnocientífica y económica ha extendido la objetivación del cuerpo de la enfermedad para hacerlo “funcional” a los re-

quisitos del funcionamiento social en su conjunto, con lo cual inaugura al unísono, la crisis de la racionalidad médica y la crisis de los sistemas de salud en el mundo. Estas crisis son expresadas por la insatisfacción creciente de los usuarios y médicos, ante una medicina que se deshumaniza o no puede proveer de “satisfacciones” a una población que, de otro lado, “demanda” salud en una atmósfera de oferta y consumo. Esto es *sin que se considere que las necesidades de salud son creadas socialmente de forma permanentes, siguiendo la lógica económica de un producto cualquiera del mercado, generando una especulación sobre la salud y la enfermedad inaceptables, cualquiera sean las ideas que orientan la organización social y sus estructuras económicas o políticas.* El caso de la industria farmacéutica y de la tecnificación de la medicina son ejemplos elocuentes. Ambos fenómenos han generado la paradoja de un aumento creciente de los gastos en salud sin que se experimente una reducción de las patologías humanas en forma proporcional, al mismo tiempo que crece la insatisfacción de los usuarios.

**Estos dos macrofactores: tecnificación de la medicina y dinámica socioeconómica de las sociedades occidentales –sobre todo en aquellas que sufren cambios rápidos como la nuestra–, constituyen, en suma, los verdaderos problemas ideológicos de la medicina actual, los que deberán tener una atención preferencial a la hora de definir Políticas Públicas de Salud en nuestro país.** Como se sabe, las soluciones políticas “ideologizadas” en el sentido tradicional (políticas más socialistas o más liberales, más descentralizadas o más centralizadas) no han resuelto los problemas de salud de la población. **Estos, en la medida que traducen problemas culturales, afectivos, sociales, vinculados al aniquilamiento del sujeto en la dinámica de las sociedades funcionales modernas insertas en una cultura audiovisual, no logran tener respuestas y sobrepasan las soluciones ofrecidas por las solas propuestas de corrección de la gestión, ajustes administrativos de los recursos humanos, etc., haciendo de sus conceptos-guías de equidad o mayor eficiencia, sólo formulas vacías o abstractas.** El problema es sumamente complejo y requiere, por lo tanto, de un abordaje amplio y global.

#### IV. CONCLUSIONES

A juzgar por el análisis anterior, las modificaciones en el sistema de salud deben ser globales. En ese sentido, la Comisión sugiere:

1.- Propender a una **modificación profunda** de la enseñanza de la medicina: en la actualidad ésta descansa en una antropología residual, la que está en la base de la deshumanización y emergencia de los problemas bioéticos de la medicina contemporánea. Se debe proponer, en este sentido, una revisión de los estudios médicos acorde con el cambio de las patologías y las necesidades que ellas plantean. Se debe revisar el estatuto del médico general y la formación de especialistas, el "tipo" de profesionales de la salud requeridos, etc.

2.- Estimular una discusión profunda **acerca de los límites de los servicios de salud y de las finalidades de la medicina**. Ante la salud de la población hay responsabilidades compartidas y el subsistema salud debe diferenciar bien el alcance de "sus" responsabilidades.

De otro lado, la política debe basarse también en las **necesidades sentidas** de la población. Ello implica que debe efectuarse una **evaluación** de los resultados de los sistemas de salud. Es necesario evaluar la innovación tecnológica y la política de medicamentos. Es necesario examinar qué tipos de procedimientos utilizar y cuál es su impacto —no sólo desde el punto de vista de "para" el paciente sino que también "para" la comunidad—, de las diversas aproximaciones frente a una misma patología. También es necesario evaluar las políticas de salud y los programas sanitarios. **El papel del Estado cobra aquí singular importancia en un rol de arbitrar los equilibrios que correspondan.**

3.- La política de salud de un país **con recursos escasos** como Chile debe —a juicio de la Comisión— basarse en una **planificación global** del sector. Esto no implica propiciar una estatización del sector, sino adecuar equilibrios y regular las mediaciones entre el subsistema público y privado, corrigiendo la iniquidad, y el desfinanciamiento de uno en función del otro. **Indudable es la necesidad de mejorar la gestión del sector, mejorando los indicadores de gestión y la evaluación de la eficiencia general del sistema.** El sistema privado tiene que asumir la responsabilidad de autoeliminar sus ofertas de salud, asumiendo al mismo tiempo una función social más solidaria.

4.- Se debe propender a corregir las desigualdades sociales ante la enfermedad y la muerte. Se debe estimular un sistema que conjugue eficacia y ética solidaria en salud.

5.- Se debe avanzar en **definir un perfil claro de las responsabilidades de la medicina y de una política de salud**. Se debe evitar la medicalización social, como también asumir las responsabilidades

que no correspondan. El sistema económico social debe también conducirse con criterios de preservación de la salud, si se quiere corregir la paradoja que implica que la medicina corrija las patologías que la sociedad genera a una velocidad mayor, haciendo de la práctica médica un mecanismo corrector que *carga simbólicamente con el fracaso global de su incapacidad*, en la medida que sólo es concebida como mecanismo corrector de los efectos negativos sobre la salud de la población.

6.- Se debe avanzar a la **descentralización efectiva** y mejorar la atención en el nivel primario. Esto implica un **reconocimiento de status a la medicina general, tanto en formación adecuada como en el plano de las recompensas a los profesionales y al personal de la salud.**

7.- Se debe **facilitar los mecanismos de participación efectiva** de la comunidad, atendiendo al hecho de que las demandas de atención en salud evolucionan en el tiempo. El objetivo fundamental deberá ser el mejorar *la calidad de los cuidados en salud*, contemplando no solamente los aspectos curativos sino que también los preventivos, considerando que las necesidades en salud cambian con la evolución social, y que implican la concurrencia, tanto de factores reales de cambio, así como factores creados socialmente en el imaginario social.

8.- Se debe avanzar en **mejorar la información al público usuario**. Esta es una responsabilidad compartida por el sistema educativo y de información por los medios de comunicación masiva.

9.- Se debe **valorizar adecuadamente la función de enfermería y de los otros profesionales de la salud**, así como el conocimiento profano en materias de salud.

10.- Se debe **estimular el conocimiento interdisciplinario y multidisciplinario en el enfoque y abordaje de los problemas de salud**. Los aspectos culturales y de conocimiento profano deben ser integrado en el diseño compartido de políticas locales de salud.

11.- Se debe propender a una **política de salud definida más acorde con juicios emanados de los criterios de la salud, que de factores extrasanitarios tales como el rendimiento de la economía o la tecnociencia**. La ética y el compromiso global con el hombre debería presidir tales desarrollos. El rol del Estado es fundamental para mantener los equilibrios globales en materias de salud pública, las que por ningún motivo pueden permanecer enteramente sólo en manos del mercado.

**El motor de desarrollo de la medicina basada en el mercado y la tecnociencia debe, por lo tanto, ser sometido a ciertas regulaciones.** De parte

del paciente se requeriría una postura cada vez más lúcida y crítica frente al modelo consumista en salud, pero también deberán instituirse medidas de regulación y planificación de las necesidades reales por parte de las autoridades. Los médicos deben reasumir una postura crítica frente a esta situación, la que sin embargo se reconoce difícil en tanto **la lógica económica tiende a subsumirlos en su forma básica de funcionamiento**. De otro lado, ésta no se puede imponer por una legislación externa. La formación médica debe asumir su responsabilidad social, de la misma manera como los individuos y el sistema económico-social, frente a la evidencia de que la salud tratada como a otro bien de consumo, no responde a las características propias de un bien de consumo más. Por el contrario, ella está sometida a

todas las influencias propias de consideraciones culturales y humanas que la hacen propicia a la colonización y distorsión característica de la actividad económica que preside el desarrollo tecnológico, que desprovista de regulaciones **ha profundizado la crisis real y sentida** en torno a la salud de la población.

**En suma, los conceptos de equidad, participación y eficiencia requeridos para el sector, deben anclarse en las consideraciones concretas de funcionamiento de la sociedad contemporánea, para adaptarse a la plasticidad y velocidad de los cambios, y escapar así a las pretensiones globalizadoras de los modelos ideológicos, que a menudo no consideran los factores de la realidad en sus propuestas programáticas.**