

ALIANZA PARA LA SALUD¹

Un Intento por Desarrollar el Modelo Democrático de Salud

Cuad. Méd. Soc. XXXVI, 1, 1995/ 33-36

Dr. Mariano Requena B.*

La "participación de la comunidad en salud" ha sido en los últimos años reconocida como uno de los elementos necesarios en toda política y estrategia de desarrollo del cuidado primario de la salud.² No obstante y a pesar de los variados esfuerzos por implantarla, discutirla y analizarla, la idea es diversa y difícil de consensuar. Ello no depende tanto del término mismo, sino que de los supuestos básicos del modelo utilizado en la construcción de los programas y definición de las políticas. Los matices van desde la adoración de la tecnología a la mitificación de la capacidad autónoma de la gente para superar sus problemas de salud-enfermedad.

La Comisión de Salud del Concejo de la Municipalidad de Santiago consideró que la participación de la gente en salud es un elemento necesario en los resultados y la eficiencia de sus programas. Por ello, este proceso se inició con un Cabildo denominado *Alianza para la Salud*. Cincuenta y dos unidades vecinales convocaron a conversar sobre sus problemas de salud y a proponer soluciones. Estas unidades vecinales a su vez, llevaron sus conclusiones a cabildos de las siete agrupaciones vecinales. Ellas remataron en el Cabildo Comunal que entregó sus

conclusiones al Concejo Comunal. Este proceso fue la etapa inicial de una relación comunidad-equipo de salud que no sólo debe continuar, sino se debe transformar en hábito y conciencia colectiva, lo que dependerá de la maduración que alcance el equipo de salud y la comunidad de la idea de participación.

Las ideas inspiradoras de la Alianza para la Salud no fueron un flujo súbito de inspiración. Por el contrario, respondieron a un proceso de maduración de las sucesivas discusiones de la Comisión de Salud del Concejo Municipal.³ Después de conocer la realidad de la atención médica comunal, de tocar variados temas e incluso de tensionar nuestras opiniones, se fue imponiendo la idea de participación, que todos estamos de acuerdo que es fundamental en el desarrollo de un eficiente y eficaz sistema chileno de cuidado de la salud.

LOS MODELOS DE CUIDADO DE LA SALUD

La tesis central de este proyecto postula que la relación entre el médico y los proveedores de salud con el usuario, y del equipo de salud con la comuni-

* Concejal y Presidente de la Comisión de Salud del Concejo de la Municipalidad de Santiago. Presidente de la Sociedad Chilena de Salubridad.

1. Artículo basado en el discurso pronunciado por el autor en el acto de inauguración del Cabildo Alianza para la Salud de la Comuna de Santiago, el lunes 23 de mayo de 1994.

2. Se utilizará en este artículo la expresión "cuidado de la salud primario" en vez de "atención de salud primaria" porque nos parece que *cuidado* expresa mejor la idea de prevención y de integralidad que la expresión *atención* que connota una acción de reparación y de espera de lo que suceda. Además, es una traducción más adecuada a "primary medical care".

3. La Comisión de Salud Municipal convoca a todos los sectores relevantes de la salud comunal. Están los Servicios Metropolitanos de Salud Central y Occidente representados por sus Directores de Salud Primaria; las Sedes Central y Occidente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile representadas por sus Coordinadores, el Colegio Médico Regional Santiago, las Direcciones de Salud, de Educación y de Higiene Ambiental de la Municipalidad y, muy importante, con los propios usuarios a través de tres miembros del Consejo Económico y Social.

dad en el cuidado de la salud de la población, basado en el *modelo mercantil*, es, por estructura, no equitativo ni eficiente, aun cuando sea contextualizado en el mejor dominio financiero y en una óptima fórmula gestionaaria. La equidad y la eficiencia pasan necesariamente por la participación del usuario, expresado en el *modelo democrático* de relación médico-paciente.

La medicina y el cuidado de la salud, desde la promoción a la curación, se genera en la relación simple entre un necesitado y alguien con la capacidad de satisfacer esa necesidad. Es lo que denominamos relación necesitado-satisfactor, conocida más específicamente como relación médico-paciente. Es la unidad de funcionamiento más universal, simple, necesaria y suficiente de cualquier sistema de cuidado de la salud. Un sistema de cuidado de la salud es en esencia la producción y reproducción millones de veces de esta simple relación. A nivel social, la comunidad representa "el necesitado" y el equipo humano y material de salud "el satisfactor". En todo caso, la relación es finalmente siempre entre personas.

La dinámica de la relación necesitado-satisfactor en el *modelo mercantil* es gatillada inicialmente por un problema de salud. A éste se responde con una solución, la que finalmente el necesitado consume. Así se configura el sistema básico compuesto por un *consumidor* que es el paciente, un *proveedor* que es el profesional y una *mercancía* que es la atención de salud. Esta relación se da tanto en la medicina privada —en una transacción económica directa— como en la medicina estatal o la intermediada por seguros públicos o privados.

Este modelo es eficiente en los casos en los cuales el paciente padece una enfermedad, en cuya solución no tiene posibilidad de participar y debe convertirse en un sujeto pasivo y dependiente de las habilidades técnicas del profesional. Son los casos, menos frecuentes pero más espectaculares, de un infarto al corazón, de la fractura de una pierna o de una apendicitis aguda. Al paciente sólo le cabe obedecer y a lo más preguntar. Es la idea de atención de salud predominante en nuestra sociedad occidental.

Sin embargo, en el 90% de los casos, este modelo asimétrico de relación necesitado-satisfactor no es el más eficiente. Son los casos en que el paciente puede tomar un papel activo y contribuir, junto al

médico, primero a definir el problema y enseguida a buscar juntos la mejor forma de solucionarlo. Se constituye en una relación de coproducción.

Para algunos esta idea puede parecer utópica y romántica. Sin embargo, ha sido precisada científicamente. Pertenecen a este grupo la úlcera del estómago o del duodeno y el colon irritable. Incluye aquellas enfermedades crónicas, recurrentes y de mayor costo como la hipertensión arterial, la diabetes, la epilepsia, los trastornos de la primera infancia, la esquizofrenia, la depresión, la enuresis, etcétera. También cuentan las enfermedades cuya solución y prevención tienen que ver con cambios de hábitos, como son el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción y la obesidad. "Los pacientes pasan a ser potenciales productores en un trabajo conjunto con el profesional, no para vender un producto rentable o una mercancía de consumo privado, sino que para producir un bien social".

Pero sus efectos no se limitan al individuo. La atención médica tiene también efectos sociales y familiares. Esta forma de relación es un producto inteligente del trabajo aliado del profesional con el paciente. No es caridad condescendiente ni la venta de misterios técnicos. Es lo que definimos hoy como *modelo democrático*.

LOS RESULTADOS REALES DEL MODELO MERCANTIL

Nuestra cultura supone que la intervención de la medicina es beneficiosa para la persona intervenida, lo cual es históricamente falso. Sólo alrededor de 1935 se comienza a controlar la mortalidad de algunas enfermedades y aún hoy la acción de la medicina es dudosa en muchas enfermedades. Sin embargo, esta forma de evaluar la medicina es estrecha y no es la forma que lo hace la población.

Sentir que se nos cuida, que alguien está preocupado de nosotros, tiene un efecto sanador hoy científicamente comprobado.⁴ Ese sentimiento humano de protección permite legitimar y valorar socialmente la medicina. También es por ello que a nivel político la sensación de protección de su salud que tiene la gente contribuye muy decisivamente a la estabilidad social. Esta percibe que la preocupación por su salud y por sus consecuencias que tengan sus líderes y gobernantes, a través de ese sentimiento de su protección, es mucho más impactante que

4. Una completa revisión y compilación de la experiencia sobre el efecto sanador de las emociones se puede encontrar en Norman Cousins, 1989. "Head First. The Biology of Hope". E.P. Dutton, New York, y en Robert Orstein and David Sobel, 1987. "The Healing Brain. Breakthrough Discoveries About How the Brain Keeps Us Healthy". Simon and Schuster, New York.

los indicadores estadísticos o de sofisticado instrumental.

La tendencia hacia un pseudomodernismo sectorial, basado en la sobretecnificación, la despersonalización y el eficientismo instrumental, está llevando, sin siquiera percibirlo, a fragmentar y aniquilar la relación humana en el cuidado médico personal. Por ello en una sociedad donde la protección a la enfermedad es frágil y donde el acceso a la salud depende de la capacidad de adquirirla, el componente estabilizador de la atención de salud reduce su efecto, especialmente en momentos de crisis y ruptura social.

COSTO-EFECTIVIDAD DE LOS MODELOS MERCANTIL Y DEMOCRATICO

Es un hecho universal que alrededor de un 50% de las necesidades reales de atención de salud no son ni pueden ser satisfechas. La tendencia al avance y encarecimiento consecuente de la medicina junto a la mayor demanda derivada de la aspiración a la alta tecnología, que el aumento del nivel educativo conlleva, da por "...resultado una 'espiral viciosa' que inevitablemente conduce a una crisis fiscal, incluso en los países ricos".⁵

Su cobertura plena coparía cualquier presupuesto. Desde esta perspectiva, el recurso que el propio paciente puede ofrecer como participante de su propia medicina y tratamiento es un elemento importante.

Debe ser una participación práctica y concreta. Madres con hijos asmáticos, hipertensos, epilépticos jóvenes, mujeres y hombres con sobrepeso, diabéticos, alcohólicos y otros, pueden realizar sus propias mediciones y controles y tomar sus propias decisiones en base a planes de cuidado continuo, preparados en conjunto con los profesionales de la salud. Se pueden desarrollar comités vecinales de una enfermedad y compartir experiencias. En situaciones como éstas, la gente sólo puede estar impregnada de buenas intenciones de mejorarse. Las dificultades pueden surgir frente a pequeñas y simples técnicas, que todos evitarán al comienzo, pero que terminarán por adoptarlas y dominarlas.

La mayoría de la comunidad debe estar preparada para este nuevo estilo de consulta democrática, para lo cual se requiere reconstruir confianza y refundar comunidad donde ella no exista o es débil. Es una tarea difícil cuyo *primer paso debe ser dar*

credibilidad a esta forma democrática y diferente de la relación entre usuario y proveedor.

El modelo mercantil por su parte, fortificado por la competencia, es por naturaleza y por estructura inflacionario. La autoridad unilateral del profesional se impone sin contrapeso, al mismo tiempo que se especifica el acto de salud como una mercancía. Allí se cultiva y se fomenta el sobreuso de tecnología diagnóstica, se abusa de los medicamentos y se medicaliza de la vida diaria. El paciente como "cliente" debe ser satisfecho en sus deseos más que a las reales necesidades de la enfermedad. Promueve la somatización de los problemas personales y familiares y complica las relaciones familiares y sociales. De allí los términos de "cliente" y "consumidor" con que se moteja a los pacientes. La gente se siente sometida en su rol de cliente y reclama su derecho a tener siempre la razón.

Tenemos confianza que sean muchos los que comiencen a entender el modelo democrático una vez que les sea explicado e ilustrado con experiencias. Que finalmente le den la bienvenida, a pesar del escepticismo y de las nuevas responsabilidades que conlleva. Ya no son sólo los profesionales los responsables del éxito, como tampoco de los fracasos.

Por otro lado, las explicaciones que pueda recibir la gente dependen de la comprensión que el profesional tenga. Todos los pacientes, actuales o futuros, o sea toda la gente, deben ser ayudados a aprender de su propia experiencia o de la de sus familiares y amigos, a cambiar del rol de consumidores pasivos de cuidado de su salud a productores activos de su propia salud y la de otros. No olvidar que el significado original de la palabra "doctor" es "profesor".

Son muchos los conflictos que esta tarea conlleva y que habrá que superar. No son ideas fáciles de cambiar. Hay resistencia y desconfianza a lo nuevo. También hay fuertes intereses económicos que superar. Es menos rentable para una significativa minoría de profesionales que pueden prosperar como comerciantes, para los seguros de salud privados y de corporaciones que hoy están controlando grandes áreas del sector.

Esta es una batalla con varios frentes y no es que el normativo y legislativo sea más importante. Aunque el resultado final de estos conflictos no es predecible, no hay dudas que estará determinado por el compromiso que adquiera en el curso de su trabajo diario. Nuestros pacientes y nosotros debe-

5. Gyarmati, Gabriel, 1994. "Consideraciones en torno a la formulación de un modelo de atención de salud". Salud y Cambio 5(15): 17-23. Santiago, Chile.

mos aprender a trabajar de una nueva manera, aquí y ahora, con la gente que tenemos, a partir de las costumbres y expectativas tal como son, y haciendo campaña localmente, con nuestros pacientes en el vecindario. El resultado final será sin duda importante, aun cuando el comienzo sea modesto, periférico, "...diario, minuto a minuto, y en una escala masiva...", que será irresistible. *Saber claramente hacia dónde vamos hará toda la diferencia.*

La atención de salud de la Comuna de Santiago tiene una gran responsabilidad en esta tarea. Por su importancia, su visibilidad y su centralidad, las iniciativas que emprenda pueden tener efectos que sobrepasen sus límites. Partimos con condiciones favorables, como son representatividad y convocatoria de los principales actores sectoriales en la Comisión de Salud, el compromiso y el apoyo de la Municipalidad. Sin embargo, para avanzar serán necesarias condiciones complementarias:

- Buscar mecanismos y formas de mejor coordinarse e integrar a los Servicios de Salud Metropolitanos Central y Occidente;
- Adecuar el presupuesto de salud en cantidad y calidad a esta estrategia participativa;
- Explorar con todas las Facultades de Medicina formas de atraer estudiantes de medicina para que se comprometan en este nuevo enfoque e,
- Invocar el reconocimiento por el Ministerio de

Salud del carácter experimental de esta idea, con el fin de extender su aplicación.

NO OLVIDEMOS LA LUCHA CONTRA LA EXTREMA POBREZA

Sería hoy en Chile una omisión grave no contextualizar el problema de salud comunal en la gran tarea nacional de *erradicación de la extrema pobreza*, la cual, más allá de las apariencias en la comuna de Santiago, es importante, especialmente en la tercera edad.⁶ La pobreza, y especialmente la marginalidad, tiene relaciones bidireccionales con la salud: la mala calidad de vida, expresada en educación deficiente, hábitos negativos, relaciones sociales depredadas, hipoalimentación y entorno degradante, son elementos que llevan a la enfermedad e, inversamente, la pobreza es mantenida y reproducida por su mala salud física y mental. La pobreza es, al mismo tiempo, variable dependiente e independiente de salud.

Se configura, como en la mayoría de los problemas de la pobreza, un círculo perverso con la salud, cuya única forma de romperlo es a través de dignificar y potenciar al marginado, hacerlo sentirse escuchado y protegido. Por ello, la Alianza para la Salud debe disponer en sus prioridades y objetivos el elemento pobreza en su quehacer.

6. La Comuna de Santiago tiene un nivel de pobreza cercana al 25% de su población, la cual, a su vez, sobrepasa el 12% de personas mayores de 65 años.