

EL CONCEPTO DE JUSTICIA SANITARIA EN EL DISCURSO GUBERNAMENTAL Y DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE

Leda Berardi Drudi
Universidad de Chile

En una muestra de 65 países, dada a conocer por el Banco Mundial en 1996, Chile es calificado como uno de los países con peor distribución del ingreso.
(Fazio 1997: 68).

I. Introducción

La salud es un derecho humano esencial para el buen funcionamiento de una sociedad. Chile, si bien goza de excelentes indicadores de salud -comparado con los países de Latinoamérica y Norteamérica-- posee, a la vez, altos niveles de insatisfacción en lo que se refiere a calidad del sistema de salud. A partir de estas dos premisas, nos propusimos analizar los discursos gubernamentales y del Colegio médico de Chile con el fin de determinar cómo se expresa ideológicamente el principio ético de "justicia sanitaria", postulado por el Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

El concepto de *justicia sanitaria*, conjuntamente con los de *beneficiencia*, *no maleficiencia* y *autonomía* constituye uno de - los principios básicos de la Bioética.

Según la clasificación de los conceptos clásicos de justicia --conmutativa, legal y distributiva--, la justicia sanitaria es "la aplicación del concepto de *justicia distributiva* en el ámbito de la salud (y como tal) se encarga de la distribución proporcionada o proporcional a cargos y cargas, méritos y beneficios. La relación proporcional es determinada por el criterio de equidad" (Montt 1995: 6).

Desde esta perspectiva, la justicia sanitaria implica un sistema de salud solidario que considere la *solidaridad* como principio a partir del cual se garantice el acceso de todos los ciudadanos a las prestaciones médicas que se requieran según las circunstancias particulares de cada caso.

Por consiguiente, para que un sistema de salud sea consecuente con el concepto de justicia sanitaria debe ser *equitativo* y *justo* en lo que se refiere a prestaciones en las áreas de prevención y curación de enfermedades.

Entre las variables importantes que permean el concepto de equidad se encuentra la que se refiere a *calidad de atención* en salud. Todo ciudadano --en su carácter de individuo bio-sico-social-- tiene derecho a ser atendido de manera integral. Una de las definiciones que mejor satisface este requerimiento es la que entrega Bruce, ratificada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas:

Atención de calidad es aquella que, inscrita en el concepto de salud integral, resuelve el motivo de consulta tomando en cuenta la historia, la

vida cotidiana y la subjetividad de quien la demanda, estableciendo un vínculo interpersonal que promueva en el o la consultante la autonomía, la autoestima y la percepción y ejercicio de su dignidad y derechos (CORSAPS, 1996:1).

El estado del arte de la calidad de vida en Chile. Incidencia en la salud de la población.

Aun cuando Chile exhibe altas cifras en su crecimiento macroeconómico --7% anual en 1998-- la favorable imagen y proyección internacionales del país, en lo que se refiere a desarrollo económico, no guardan relación con la insatisfactoria calidad de vida de alrededor de la mitad de la población en lo concerniente a derechos sociales esenciales tales como educación, salud y recreación, entre otros (Arriagada, 1996).

Mideplan (1997), a partir de los datos de la encuesta CASEN (Caracterización Socioeconómica Nacional) 1996, informa que, a fines de 1996, la población en situación de pobreza es de 3 millones 300 mil, equivalente al 23,2% de la población total y a aproximadamente 700 mil hogares (19,7% del total de los hogares). Este porcentaje incluye 800 mil (5,8 %) personas indigentes, lo que corresponde a un estimado de 175 mil hogares (4,9%) del total.

Las regiones IX, VIII, VII, X y IV, en orden descendente, concentran entre un 36,5% y 30% de pobreza con incidencias de indigencia entre 12,0% y 8,1%.¹

Con respecto a los sectores de la población que viven en condiciones de precariedad, Agacino y Escobar (1997: 111) señalan que "la expansión y dinamismo de la economía se acompañan de una precarización de las fuentes de ingreso para una mayor masa de la fuerza de trabajo ocupada". Agregan que tal precarización es consecuencia tanto de las condiciones de empleo --la temporalidad y la subcontratación, entre otros factores-- como de los bajos niveles de salarios.

De las tabulaciones especiales de la CASEN 1994 se desprende que "de las 5.071.867 personas ocupadas en noviembre de ese año, 2.342.513 personas, es decir, un 46,2% del total de ocupados, son ocupados pobres" (Agacino y Escobar 1997:129, énfasis nuestro). Por otra parte, el número de pobres aumenta en 2.061.000 si se considera que su ingreso per per fluctúa entre 2 y 2,75 Canastas Básicas de Alimentos a nivel urbano y entre 1,75 a 2,5 a nivel rural.²

El método de determinación de la Línea de Pobreza sólo se limita al nivel de ingreso de los hogares suficiente para cubrir las necesidades básicas, subestimando variables tan importantes como educación, salud, vivienda, recreación y descanso, entre otras.

¹ Para la evolución de la pobreza e indigencia según región en el período 1994-1996, ver Mideplan (1997: 7).

² La determinación de la Línea de Pobreza se basa en el valor de 2 Canastas Básicas de Alimentos en la zona urbana y de 1.75 en la zona rural. El valor de la Canasta, en noviembre de 1996, era de \$17.136 (US\$ 40,8) en la zona urbana y de \$13.024 (US\$ 31,4) en la zona rural.

Dockendorff (1997) señala que autores como Bengoa, Espinoza y Oviedo (1884) se acercan a un concepto más integral de la pobreza al incluir la dimensión salud. Se establecen, así, distintos niveles y tipos de pobreza: "pobreza integral", "pobreza por atraso" y "pobreza moderna". La *pobreza integral* se refiere a grupos sociales con precarias condiciones tanto materiales como de salud. La *pobreza por atraso* implica pobreza material y un menor riesgo en lo que se refiere a la salud de las personas. En la *pobreza moderna*, si bien disminuyen las carencias materiales, en especial de infraestructura, no hay disminución en el riesgo de vida de las personas. Este fenómeno suele presentarse en las comunas urbanas, donde la pobreza convive con la modernidad. También se hace referencia a la existencia de una cuarta situación de pobreza "en aquellas comunas que, siendo pobres, no aparece en rangos muy agudos, ya sea de pobreza material o de salud" (pág. 262).

En relación a la distribución del ingreso a fines de 1996, MIDEPLAN (1997: 8) plantea que "mientras el 20% de los hogares más ricos captó un 57,1% de los ingresos autónomos, el 20% más pobre percibió sólo un 3,9%, (lo) que significa que la participación del 20% más rico es cercana a 14,6 veces la participación del 20% más pobre".

Lo reseñado hasta aquí da cuenta no sólo de la inequidad socioeconómica existente en la sociedad chilena³ sino también de sus repercusiones en la calidad de vida de las personas, lo que, a su vez, incide en la salud sico-social de la población. Esta interrelación debe ser analizada en el marco de una política económica de gobierno basada en los principios ideológicos del neoliberalismo.

La reforma del sistema de salud chileno se origina en la década de los ochenta bajo la inspiración de la ideología liberal del gobierno militar. Se enfatiza la importancia del individuo respecto de la sociedad, se desconfió de la intervención del Estado y se asume que las leyes "naturales" de la libre competencia permiten la autorregulación de los mercados (Montt 1995).

Para la ideología neoliberal lo anterior se expresa en dos tendencias: por una parte, la desregulación de lo privado mediante la libertad de los contratos entre individuos privados y, por otra parte, la desresponsabilización del Estado a través de una virtual abolición del "contrato social" en lo que se refiere a derechos sociales. De aquí, entonces, que los problemas de responsabilidad pública sean concebidos como atingentes a la esfera privada e individual.

Desde esta perspectiva, los individuos pueden, en consecuencia, *elegir libremente* qué servicios de salud contratar "y, si son racionales (...), la existencia de mercados libres de la previsión, de la salud y de la educación y capacitación garantizará decisiones óptimas dadas las condiciones de elección" (Agacino 1996-1997: 8). Sabemos, sin embargo, que el denominado "sistema de libre elección", al estar mediatizado por la situación económica de los usuarios del sistema de salud, prácticamente pierde su condición de libertad. Como se señala en un documento de trabajo del Taller de Salud Chile XXI (1998: 7, énfasis nuestro): "En salud, operar vía precio no es correcto, porque el mercado es imperfecto: los médicos inducen demandas de los pacientes, hay gran asimetría de información entre médico y paciente, por lo tanto, *no es el usuario quien elige*".

³ Un análisis de la inequidad social en Chile puede consultarse en Berardi (1999).

En palabras de Alex Figueroa, ministro de salud, (1997:25): "(...) el debate sobre la salud se da en un contexto histórico marcado por la crisis del Estado de bienestar y la irrupción en el inconsciente colectivo, público y privado, de *las fuerzas del mercado*" (cursivas en el original).

Estos principios de la ideología neoliberal se transforman, así, en un *sentido común* --homogeneizado a través de un discurso del *sentido común de lo individual*-- que contrarresta el sentido común de lo colectivo. De acuerdo con esta premisa, si un individuo no logra un nivel de vida de calidad satisfactoria, es producto de su propia responsabilidad puesto que es un "sujeto libre cuyo comportamiento no ha sido suficientemente racional o (...) un sujeto que no ha sido lo suficientemente 'moderno' o 'pragmático' y que por ello ha desaprovechado la 'libertad de elegir' que garantiza el sistema" (Agacino 1996-1997 :9).

El énfasis puesto en el individualismo repercute negativamente en lo que se refiere a solidaridad: los individuos, al ser considerados como bienes transables en el mercado --*capital humano*, en la terminología de Friedman--, se transforman en contendores no solidarios que compiten frente a las leyes de la libre competencia del mercado.

Una sociedad no solidaria, por consiguiente, se caracteriza por un tejido social desarticulado constituido por individuos que se ven obligados a defender sus intereses y necesidades personales por cuenta propia.

Los conceptos de ideología que se reseñan a continuación muestran cómo los principios ideológicos del neoliberalismo se sustentan en valores, socio-culturales que responden a los intereses de un determinado grupo social:

van Dijk (1995: 3-4) señala que las ideologías son

sistemas o marcos básicos de cognición social esencialmente evaluativos compartidos por grupos sociales, constituidos por selecciones relevantes de valores socioculturales organizados por un esquema ideológico que representa la autodefinición de un grupo. Además de la función social de mantener los intereses del grupo, las ideologías tienen la función cognitiva de organizar las representaciones sociales (actitudes, conocimientos) del grupo.

Billig (1995: 164-165, énfasis nuestro) agrega que autores como Eagleton (1991) McLellan (1886) y Larraín (1983) utilizan el término "ideología" para "describir aquellas prácticas de pensamiento, acción y discurso por medio de las cuales el mundo contingente y socialmente construido llega a ser experimentado como 'natural' , 'inevitable' u 'objetivo'".

II. Antecedentes teórico-metodológicos

Las fuentes, tanto teóricas como metodológicas, utilizadas para realizar la investigación derivan fundamentalmente de Bolívar (1994), Billig (1995), van Dijk (1984 y 1995) y Brown y Yule (1983).

La selección de estrategias discursivas realizada por el emisor del discurso pondrá de manifiesto *cómo* se presentan los tópicos explícitos e implícitos utilizados para argumentar acerca del principio de justicia sanitaria.

Para el análisis de las estrategias discursivas se recurrió a la definición y clasificación de van Dijk (1984:115). Puesto que las estrategias discursivas varían de acuerdo al contexto social en que están insertas, las conclusiones de esta investigación sólo son válidas respecto del corpus seleccionado y del momento socio-histórico en que se enmarca el discurso examinado. En consecuencia, el análisis de las estrategias y de los tópicos (van Dijk 1984) fue realizado a partir del concepto de "texto en situación" (Bolívar 1994, Brown y Yule 1983), lo que implica tomar en cuenta las variables circunstanciales del contexto social en que se enuncia el discurso: quién dice qué, cómo, cuándo, dónde y con qué propósito.

El *corpus* está constituido por los discursos del Ministro de salud y del Presidente del Colegio médico de Chile, Enrique Accorsi, emitidos durante la realización del seminario "La salud en Chile. Diagnóstico, desafíos y perspectivas", organizado por la Comisión de salud de la Cámara de Diputados y el Colegio Médico, en abril de 1997.

Con respecto a los *procedimientos* de recolección y de análisis de los datos, se utilizó el sistema de *párrafos* para segmentar los textos en unidades de análisis. Luego, se diseñó una *matriz de recolección de datos* en que se vació la información seleccionada. La matriz consta de 5 columnas: párrafos, tópicos, estrategias discursivas, señales lingüísticas y comentarios⁴.

III. Resultados e interpretación

Los siguientes tópicos y estrategias discursivas dan cuenta de cómo el concepto de justicia sanitaria se expresa en los discursos de Figueroa y Accorsi. Ambos discursos están constituidos por 41 párrafos.

La estrategia más utilizada por Figueroa es la de *Transferencia* (19 veces versus 2 en Accorsi). Por su parte, la estrategia más utilizada por Accorsi es la de *Contraste* (13 veces versus 7 en Figueroa). La estrategia de transferencia se utiliza con el fin de responsabilizar a otros de determinadas situaciones o problemas, generalmente negativos. El uso de estrategias de contraste permite realzar el efecto persuasivo del mensaje; los enunciados del emisor aparecen razonables y, por consiguiente, aceptables por la audiencia.

En los *párrafos 9 y 10*, Figueroa traspasa el riesgo de debilitamiento de la vocación (médica) y la responsabilidad de recuperar la solidaridad a las organizaciones del sector:

(...) atribuir sólo a factores económicos la privatización de muchos de nuestros profesionales, es no mirar de frente el riesgo de debilitamiento de la vocación en que se formó y consolidó la salud pública chilena.

⁴ Para un análisis de estrategias semánticas en las noticias de la prensa mediante el empleo de matrices de recolección de datos, consultar Kaplán y Weber (1996.)

En los mismos párrafos utiliza también la estrategia de contraste:

lo hicieron (en el pasado) porque se sentían parte de una comunidad de objetivos, porque les importaba (*i.e. eran solidarios*) lo que ocurría con los habitantes de este país, porque respondían a una vocación aun cuando ello les significara estrecheces económicas y diversos sacrificios.

Con respecto a este punto, Accorsi utiliza estrategias de contraste, transferencia y causalidad:

(.. .) los profesionales (.. .) son formados en los establecimientos del sistema público, pero luego emigran hacia el sector privado en procura de mayores ingresos. Con ello, se provoca una permanente e inexorable pérdida de recursos calificados en detrimento de la calidad de atención a la que acceden los sectores más pobres (.. .) generándose un claro subsidio en favor de la minoría de usuarios de más altos ingresos" (*i.e. el Gobierno es responsable de esta situación, al no asignar mayor presupuesto a la salud; a causa de los bajos ingresos....*) (*Párrafo 14*).

En los *párrafos 15 y 25*, Figueroa traspasa el problema de salud a las personas (2 veces):

Necesitamos de una participación activa de las personas para asegurar mejor salud a ellos y sus familias.

(...) Los programas de promoción, prevención y protección sólo tendrán éxito si las personas están tras ellos. (causalidad).

En el *párrafo 30* se repite el mismo tópico utilizando estrategias de repetición, de causalidad y de repetición de transferencia:

Las enfermedades dependen cada vez más de nuestros hábitos, ambientes y conductas.

Ambos utilizan estrategias de implicación para referirse a la política de recursos humanos en salud:

(..) en el mes de marzo se empezó a aplicar la ley que otorga bonificaciones de desempeño a los funcionarios del sistema público mejor evaluados. (...) Este sistema (...) lo vamos a perfeccionar con la elaboración de un nuevo reglamento de calificaciones que sea impersonal (*i.e. más justo*), más objetivo y más transparente' (Figueroa, *párrafo 38*).

Una moderna política de recursos humanos debe asegurar una situación laboral estable, remuneraciones y evaluaciones justas y objetivas, participación y respeto a los derechos funcionarios. (Accorsi, *párrafo 37*).

La estrategia mas utilizada por Figueroa para referirse explícitamente a la solidaridad es la de causalidad, mientras que Accorsi lo hace a través de la estrategia de auto-presentación positiva:

(...) Los éxitos de la salud pública chilena se han debido (...) a su capacidad para combinar una decidida intervención estatal junto a las capacidades humanas y materiales de la sociedad civil. Creo que ello ha sido clave para evitar (...) la des-socialización y creciente abstracción y formalización que han tomado las diversas expresiones de solidaridad al ser mediatizadas casi exclusivamente desde el Estado y las instituciones públicas. (Figueroa, *párrafo 6*)

(...) Las palabras que pronunciara cuando realizamos el juramento medico, encierran un compromiso (. . .) ético (...) que sintetizan el orgullo que sentimos por nuestra actividad. (...) La profesión que escogimos hace tanto tiempo es una de las más bellas opciones éticas y de servicio que el ser humano puede asumir. Es la belleza que nace de comprometerse con la vida y con quienes más necesitan ayuda. (Accorsi, *párrafos 1 y 41*)

El tópico relativo a la *inequidad* es aludido por Accorsi en diversas oportunidades a través de estrategias de contraste (en 6 párrafos), de énfasis (en 2 párrafos) y de implicación:

(...) salud para los ricos y otra para los pobres y sectores medios (...) atención digna y oportuna para unos pocos y postergaciones y vagas promesas para la inmensa mayoría (*párrafo 6*; estrategia de contraste).

Hay una minoría de chilenos que goza de una salud cercana a las naciones desarrolladas y una inmensa mayoría de chilenos condenados a sufrir, el peor castigo del atraso y la pobreza (*párrafo 8*; estrategia de contraste).

(...) nada puede servir de excusa para postergar las decisiones de inversión que el Estado chileno debe adoptar con el fin de situar a la salud en coherencia con sus objetivos de (...) crecimiento con equidad (*párrafo 7*; estrategia de énfasis).

No estamos negando (...) la legitimidad de que exista un sector privado de salud, pero sí que lo haga en condiciones de equilibrio con el sector público, que (...) garantice la igualdad de oportunidades a todos los ciudadanos. El

acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud (...) debe darse en la medida de sus necesidades y no sólo de sus posibilidades (*párrafo 26*; estrategia de implicación).

Figueroa, al igual que Accorsi, critica la inequidad y la ineficiencia de un sistema de salud que no funciona de manera mixta, que segrega según nivel de ingreso y en el que coexisten capacidad ociosa y exceso de demanda.

IV. Conclusiones

La premisa sobre la cual se basó este trabajo fue ampliamente corroborada en los discursos analizados: la inequidad y deficiente calidad del sistema público de salud es manifestada tanto por el Ministro de salud como por el Presidente del Colegio médico de Chile.

Las estrategias discursivas utilizadas para referirse al tema de la justicia sanitaria difieren, sin embargo, en cada uno de los actores. El discurso del Dr. Enrique Accorsi exhibe, por una parte, --de manera explícita y enfática-- solidaridad con las personas más desprotegidas y con el gremio médico y, por otra parte, apela a la urgente necesidad de reformar el actual sistema de salud para acortar la brecha entre ricos y pobres. De esta manera, es congruente con el principio de justicia sanitaria planteado por el Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe.

Basado fundamentalmente en estrategias de contraste, el discurso del Dr. Accorsi denuncia la inequidad del sistema de salud derivado del bajo aporte fiscal a la salud (1,2% en 1997) y de la existencia de dos sistemas que no son solidarios entre sí. Mientras la cotización anual promedio de los usuarios de Fonasa (Fondo Nacional de Salud) es de alrededor de \$21.854, la de los afiliados a las Isapres es del orden de \$85.652. Estas cifras demuestran la inequidad existente tanto a nivel de los salarios como de la calidad de atención; aun cuando el porcentaje de retención (7%) es el mismo para ambos usuarios, la atención recibida en cada caso difiere de manera notable. En palabras del Dr. Accorsi:

El gran problema al que nos enfrentamos es la existencia de un sistema inequitativo y carente de solidaridad. Que hay salud para los ricos y otra para los pobres y sectores medios. Que el derecho a una atención digna y oportuna es patrimonio de unos pocos mientras que para la inmensa mayoría, sólo postergaciones y vagas promesas.

Con respecto a los profesionales de la salud, denuncia la emigración al sector privado derivado de los bajos ingresos del sector público y el no respeto a los derechos de los funcionarios.

Por su parte, las estrategias discursivas más utilizadas por Alex Figueroa son las de transferencia, mediante las cuales no asume, como gobierno, las problemáticas derivadas de los bajos presupuestos destinados a la implementación de las distintas políticas sociales.

En el caso de los profesionales de la salud, a diferencia de Accorsi, les traspara la responsabilidad de recuperar la solidaridad. Mediante estrategias de implicación admite la ausencia de solidaridad en la sociedad chilena, de un verdadero sistema mixto de salud, de eficiencia y humanización del sector público y las deficiencias del actual reglamento de calificaciones del personal.

El sector privado (ISAPRES) es catalogado de poco transparente y competitivo. Para ello utiliza estrategias de repetición. Este tipo de estrategias tiene como función atribuir relevancia a la proposición o afirmación que se emite con el propósito de que la comunicación sea más efectiva (van Dijk 1995).

Figueroa apela a la necesidad de un modelo de salud "en el que los intereses de todos, en el más *justo* equilibrio posible, sean la base de una vida más sana y *justa para su población* " (párrafo 34, énfasis nuestro).

Utiliza estrategias de repetición y causalidad para plantear una concepción mecanicista con respecto a la salud, educación, oportunidades de trabajo y calidad de vida. En ningún momento revierte el planteamiento, es decir, que una mejor calidad de vida redundaría en una mejor salud:

(...) más y mejor salud es más democracia, más acceso a las oportunidades y, también, más calidad de vida (párrafos 27 y 28).

Además, el concepto de calidad de vida postulado por el ministro alude prácticamente sólo a las políticas urbanas, ambientales y recreacionales:

(..) el concepto de calidad de vida (...) debería alejarse del paradigma denominado 'pato-céntrico'. (..) El concepto de calidad de vida nos permite avanzar hacia una formulación biológica, pero también psicológica y social de la salud de la población. Con ello, nuestra gestión debe asumir responsabilidades (...) en la formulación de las políticas urbanas, ambientales y recreacionales (párrafo 28).

Si bien Figueroa recurre a cifras para mostrar mejoramiento en el nivel de salud del país en lo que se refiere a vacunación anti-sarampión y anti-influenza, mortalidad infantil por neumonías y aumento del número de cargos de médicos generales y de dentistas, no se exponen cifras relativas a la incidencia de las condiciones y estilo de vida en la salud de la población, tales como trabajo, vivienda, transporte, comunicaciones, alimentación, ambiente, recreación, educación y uso de los sistemas de salud. Con respecto a este punto, el ministro reconoce la contradicción entre excelentes indicadores de salud comparado con los países americanos, y los altos niveles de insatisfacción de la población.

Según los resultados de una encuesta sobre satisfacción de los usuarios de la atención primaria de salud en el año 1994, la Región Metropolitana --que tiene los mejores índices de salud-- es la que presenta peor evaluación por parte de los usuarios (Ferreccio 1994). De un total de 1.196 encuestados, se observa un 31% de satisfacción (Mideplan 1992).

Si consideramos que en 1996 el ingreso medio mensual de los hogares del primer decil alcanzó un monto de \$57.693 versus 1.654.518 del décimo decil, y que el ingreso per cápita fue de \$12. 878 y de \$520.966 respectivamente (Mideplan 1997), podemos inferir que la inequidad social existente en el país repercute necesariamente tanto en la calidad de vida y salud de la población como en la calidad de la atención recibida.

V. Consideraciones finales

La recurrente utilización de estrategias de transferencia por parte del ministro de salud es consecuente con los principios ideológicos del modelo económico neoliberal: los médicos son los principales responsables de la calidad de la atención y los pacientes del estado de su salud. No se considera la incidencia de los factores socio-económicos en las diversas enfermedades derivadas, por ejemplo, de los estados de stress:

(...) en un contexto epidemiológico cada vez más determinado por los hábitos y conductas de las personas, la participación de estas y sus organizaciones en la promoción y prevención en salud, no es sólo un activo para el sector, sino también para el régimen democrático (párrafo 25).

El propósito comunicativo de Figueroa es tratar de persuadir acerca de la viabilidad de la implementación de medidas en el sistema de salud como solución a los problemas de inequidad y falta de solidaridad.

El propósito de Accorsi, por el contrario, es poner en evidencia el alto grado de inequidad social derivado de una economía de mercado que produce

condiciones sociales (en las que) algunos grupos (tienen) carencias educacionales y de capacitación, deficiencias de salud y alimentación (y cuyas) condiciones de vida, en general, les impiden una incorporación positiva a los procesos de desarrollo y crecimiento, aunque este tenga lugar (Faletto 1993:207).

En lo que respecta a la ideología que subyace a ambos discursos, se observa que el sistema de creencias y valores difiere en cada caso según el esquema ideológico atingente a cada grupo. Un esquema es "un número limitado de categorías ideológicas básicas que organizan las proposiciones evaluativas que definen un grupo" (van Dijk 1995:4).

La actitud⁵ del ministro Figueroa, con respecto a la falta de vocación de los médicos, de transferir el problema de la calidad de la atención médica al personal del área de salud, está determinada por lo que van Dijk (1995) denomina "prejuicio", i.e. un modo o estilo de pensar o evaluar --controlado por principios ideológicos subyacentes-- que, en este caso, es acorde con los principios de la ideología neoliberal. Los responsables de la falta de solidaridad --de acuerdo con el concepto de "libertad individual" reseñado anteriormente-- son los médicos y trabajadores del sistema de salud, por cuanto su condición de "individuos

⁵ Por actitud entendemos "formas esquemáticamente organizadas de cognición social evaluativa y, por lo tanto, representaciones sociales compartidas por los miembros de un grupo" (van Dijk 1995: 5)

libres" los enfrenta a su "inherente capacidad de elegir" en lo que se refiere a opciones de atención.

Del mismo modo, aun cuando las personas pueden responsabilizarse con respecto a las posibilidades de contraer algunas enfermedades, también es necesario considerar la incidencia de los factores socio-económicos en las múltiples enfermedades derivadas de las condiciones de vida.

El concepto de solidaridad aludido por el ministro se inserta en una concepción neo-liberal clásica de la economía que postula una menor ingerencia del Estado en los asuntos de orden público versus una mayor privatización y menor regulación de precios y contratos de trabajo.

El debilitamiento de los lazos sociales y de los mecanismos de cohesión e integración se deben, contrariamente a lo sostenido por Figueroa, precisamente a la desregulación del ámbito privado y a la menor responsabilidad del Estado en relación a los derechos sociales.

Los planteamientos de Accorsi, en cambio, exhiben una ideología que cuestiona la inequidad social producto de la puesta en práctica del modelo económico neo-liberal.

Los postulados del Taller de Salud Chile XXI (1998: 7) resumen lo reseñado hasta aquí en cuanto a la necesidad de que el principio de justicia sanitaria se implemente en el sistema de salud chileno:

El esfuerzo realizado se ha orientado respecto de cómo ir creando conciencia de que el problema de la salud, aceptado por muchos como un tema individual-privado, es un problema colectivo donde las personas -- comprendiendo que sus problemas son los mismos que los de su vecino-- se unen y exigen al Estado y a quienes son sus representantes, intervenciones efectivas en el sentido de resolver los temas que los aquejan que, en definitiva, son de la mayoría de los chilenos.

En relación al principio de justicia sanitaria, el denominado *consentimiento informado* constituye uno de los aspectos éticos importantes que deben ser considerados por cuanto el reconocimiento de los derechos de los pacientes implica, por una parte, equidad en las relaciones médico-paciente y, por otra, atención a los derechos humanos consustanciales a todo individuo.

En lo que se refiere a calidad de la atención, uno de los factores que deben ser tomados en cuenta en la evaluación de la calidad es la variable "expectativa" versus la variable "evaluación" con respecto a la atención recibida. La Unidad de Salud y Género de CORSAPS (1996: 1), sobre la base de una investigación realizada por Matamala et al. (1995), señala que el nivel de expectativas de 110 usuarias del Servicio de salud Metropolitano Occidente es bajo: "sólo esperan que las atiendan y que no las hagan objeto de mal trato. No tienen conciencia de sus derechos".

No tomar en cuenta la expectativa de los usuarios puede conducir a resultados sesgados o contradictorios en lo que se refiere a apreciación de la calidad de la atención.

BIBLIOGRAFIA

- AGACINO, R. Y P. ESCOBAR. 1977. Empleo y Pobreza: un comentario sobre la Experiencia Chilena. En *Tópicos* 90, N° 8. *Globalización: una Mirada Crítica*. Medellín: Centro Ecueménico Diego de Medellín.
- AGACINO, R. 1996. Los Derechos Sociales y el Problema de la Impunidad. Crítica a la ideología y al sentido común dominantes. En *Economía y Trabajo en Chile 1996-1997*. Santiago: Programa de Economía del Trabajo. (PET).
- AGACINO, R. 1995-1996. Cinco ecuaciones "virtuosas" del modelo económico chileno y Orientaciones para una nueva política económica. En M. Fernández (ed.), *Economía y Trabajo en Chile N° 6*. Santiago: Programa de Economía del Trabajo (PET).
- ARRIAGADA, G. 1996. La política social de Frei: la pobreza no es inmutable. *El Mercurio* (28 de julio).
- BERARDI, L. 1999. La pobreza no es inmutable. Un análisis del discurso gubernamental acerca de la pobreza. Revista *Política* N° 3. Santiago, Instituto de Ciencia Política, Santiago: Universidad de Chile.
- BILLIG, M. 1995. Discourse, Opinions and Ideologies: A Comment. En T. van Dijk et al. (eds.), *Discourse and Ideologies. Special issue of Current Issues in Language and Society*, 2(2). Amsterdam.
- BOLÍVAR, A. 1994, *Discurso e interacción el Texto escrito*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- BROWN, G. Y G. YULE. 1983. *Discourse Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CORSAPS 1986, "Calidad de atención en salud sexual y reproductiva". *Hechos de Salud* Año II, N° 4, Febrero. Santiago.
- DOCKENDORFF, E. 1997. El caso de Chile. En R. Urzúa y D. Palma (eds.), *Pobreza urbana y descentralización en América Latina: Estudios de casos*. Centro de Análisis de Políticas Públicas. Santiago: Universidad de Chile.
- FALETTO, E. 1993. Política social, desarrollo y democracia en América Latina. Revista *Fermentum, Revista venezolana de Sociología y Antropología*. Número especial 6 y 7, Año 3. Enero-Agosto.
- FAZIO, H. 1997, *Mapa actual de la Extrema Riqueza en Chile*. Santiago: LOM-ARCIS.
- FERRECCIO, C. 1984. Discrepancias entre el sistema y los usuarios. ¿Nivel de salud o calidad de atención? Santiago: CORSAPS-FLACSO.
- KAPLÁN N. Y F. WEBER. 1996. Las estrategias semánticas del discurso racista en las noticias de prensa. En A. Bolívar (comp.), *Estudios en el análisis Crítico del Discurso*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- MIDEPLAN. 1997. *Pobreza y distribución del ingreso en Chile, 1996. Resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional*. Santiago: MIDEPLAN
- MONTT, J. 1995. Justicia Sanitaria. Análisis del Modelo Chileno. CursoTaller OPS/OMS-CIESS, *Legislación en salud*. México.
- TALLER DE SALUD CHILE XXI 1998. Prioridades para avanzar en el mejoramiento de los sistemas de salud chilenos: Opina la sociedad. Documento de trabajo. Mayo. Santiago.
- VAN DIJK, T.A. 1984. *Prejudice in Discourse*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin.
- VAN DIJK, T.A. 1995. Discourse Semantics and Ideology. En T. van Dijk (ed.), *Discourse & Society* 6(2). Amsterdam.