

I. CRISIS DEL SECTOR SALUD

Dra. Danuta Rajs

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 1, 1992/ 6-10

1. LA CRISIS Y SUS CAUSAS

Para hablar de la crisis de una estructura social hace falta definir los conceptos involucrados en la aseveración, especialmente entre profesionales de la salud, dado que no es posible extender la idea de la crisis que se presenta en la evolución de determinados procesos nosológicos individuales al análisis del curso histórico de organizaciones sociales complejas, regidas por leyes propias y distintas de las del campo biológico.

Parece más conveniente, por otra parte, referirse a la situación del conjunto del sector, que restringir el objeto de análisis al sector público, toda vez que lo observado en la actualidad en este componente del sector salud no es ajeno, en lo absoluto, a la evolución de las áreas privadas de la prestación de servicios de salud (por ejemplo, la transferencia directa de recursos humanos y financieros y la transferencia indirecta de recursos financieros, desde el sector público al sector privado, en los últimos diez años).

En consecuencia y para la comprensión de estas líneas, definiremos al sector salud como al conjunto de los organismos sociales constituidos para dar respuesta a ciertas necesidades humanas específicas, las necesidades que dicen relación con la obtención y con el desarrollo de condiciones colectivas de salud favorables para el incremento y el mejoramiento del aporte social de todos y de cada uno de los integrantes de la sociedad en los distintos planos de la vida social.

A su vez, entenderemos por crisis de una estructura social a la etapa de su desarrollo en que, debido

a la evolución de los intereses contradictorios entre ellos, las relaciones entre los actores sociales que la integran llegan a un estado tal de enfrentamiento, que hace imposible mantener su modo de funcionamiento en las mismas condiciones, requiriéndose de una transformación de esas relaciones para garantizar la continuidad del cumplimiento de su función social.

A la luz de lo anterior, es posible afirmar que hoy en día asistimos al desarrollo de una situación crítica que afecta a la totalidad del sector salud en el país, situación que puede evolucionar hacia una crisis de proporciones, según las actitudes y las medidas que vayan adoptando los distintos actores sociales involucrados en el proceso —el Estado (Ministerio de Salud y otras instituciones), los prestadores de servicios de salud públicos y privados y los usuarios. Por lo mismo, es posible también que se logre inhibir el progreso de esta situación crítica.

La expresión más global de este estado del sector estriba en su creciente incapacidad para promover el desarrollo de condiciones de salud adecuadas para el conjunto de la población. En otras palabras, el fin último del sector, su misión social, la de dar salud a través de la prestación eficiente y equitativa de servicios que generen impactos favorables y detectables sobre la salud colectiva, parece no poder ser cumplido con la estructura organizativa y con los recursos actualmente disponibles para su funcionamiento.

Algunas manifestaciones más específicas de esta situación crítica se verifican en:

a) La incapacidad de conducción del proceso de generación de salud por parte de los órganos estata-

les responsables de estas funciones. La presencia de los organismos públicos aparece debilitada y se somete en la negociación a las condiciones impuestas por un sector privado hegemónico en recursos financieros y en tecnología, que ejecuta el 60% del gasto nacional en salud, a pesar de que se ocupa de la enfermedad –y no, de la salud– de menos del 20% de la población. Además, la institucionalidad vigente contribuye a respaldar la hegemonía del sector privado.

b) La carencia de una estrategia nacional y territorial (geográfico-poblacional) definida en función del perfil epidemiológico vigente, que deriva de la impotencia de los órganos rectores del proceso antes señalada y que conduce a la anulación de los posibles efectos de las acciones promocionales y preventivas del sector público, debido a la contradicción insoluble entre los propósitos y las finalidades que persiguen los distintos prestadores de servicios de salud. Así, por ejemplo, lo más preventivo que conciben y practican los prestadores privados es la detección precoz. En cambio, el sector público mantiene actividades de protección específica e incluso, de promoción de la salud, si bien no alcanza a desarrollar acciones intersectoriales de impacto en estas esferas del quehacer en salud. Esto último es producto también del escaso poder con que cuenta.

c) La ausencia absoluta de participación social en la búsqueda de mejores condiciones de salud, aun cuando en la actualidad no existe corriente alguna de la Salud Pública que niegue el carácter de requisito técnico indispensable que tiene la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud (en la toma de decisiones y en la gestión de los servicios de salud), para el éxito de los programas y de las acciones de salud.

d) La aguda escasez de recursos del sector público que, a pesar de los esfuerzos realizados desde marzo del año pasado, continúa operando con dotaciones que se encuentran por debajo del límite mínimo indispensable, bajo el cual ya no es posible prestar servicios de ninguna clase y cuyo indicador más destacado se encuentra en los niveles salariales de los trabajadores del SNSS, protagonistas recientes de un vasto movimiento reivindicativo. Considérese, por ejemplo, el déficit de recursos humanos estimado con la planta esquemática actual y la capacidad de superación del mismo en 1991, del orden de un 17% de las necesidades.

e) La inexistencia y en muchos casos, la omisión de la aplicación de normas técnicas de la producción de servicios de salud en todos los niveles y en las estructuras públicas y privadas, signo de la escasa capacidad de gestión del sector público, que revela,

entre otras cosas, la profundidad del deterioro y la disgregación existente entre los organismos de salud.

f) La estratificación de las cantidades y de las calidades de los servicios de salud que perciben las distintas clases y capas sociales, en función de sus ingresos económicos, según lo establecido en la Ley 18.469, aún inalterada en lo sustancial, que sanciona legalmente la inequidad en salud.

En suma, en el sector salud se han ido acumulando los elementos que pueden conducir a una crisis irresoluble si se mantiene el esquema organizacional y jurídico-institucional actual, ya que:

1) Quienes dirigen se hallan imposibilitados de conducir, debido al escaso poder político con que cuentan, lo cual obedece a su vez a las insuficiencias estructurales de los mecanismos de financiamiento y de dotación de recursos para el sector público y a la institucionalidad del sector que, entre otras disposiciones, sanciona una especie de “libertad de mercado salvaje” para el sector privado, que se orienta sólo por objetivos económicos ajenos a las reales necesidades de salud del segmento de la población al cual atiende.

2) Quienes se desempeñan en las instituciones del sector público y municipalizado no pueden subsistir ni prestar servicios de calidad medianamente aceptable, debido a la aguda restricción de recursos, dado lo cual emigran a otras áreas laborales o al sector privado de la salud y/o se movilizan en pos de la recuperación de sus derechos. Entre los trabajadores del sector privado de la salud ha habido también movimientos reivindicativos relevantes.

3) Quienes reciben los servicios manifiestan insatisfacción, hecho que no es privativo de los usuarios de los establecimientos públicos, sino que se presenta también entre los afiliados a las compañías de seguro privado de salud, que reciben atención curativa de parte de los prestadores privados. Entre los indicadores de producción de estos últimos se verifica asimismo la presencia de tendencias hacia la sobreindicación terapéutica e instrumental (por ejemplo, el 56% de los partos atendidos a beneficiarias de ISAPPE, son cesáreas).

4) Dadas las condiciones descritas, bastaría que se incrementara la movilización de los trabajadores de la salud y que apareciera en escena la movilización de los usuarios, para desatar una importante crisis, máxima si se observa que, con algunas excepciones relativas al acceso a los establecimientos del primer

nivel de la atención, las escasas reformas introducidas hasta ahora sólo han servido para perfeccionar y profundizar las relaciones sociales ya existentes en el sector, favoreciendo la tendencia que este ya mostraba hacia la fragmentación y la privatización.

Todo lo anterior reconoce, por supuesto, causas precisas, que se remontan al régimen anterior, que perpetró una serie de transformaciones regresivas en la estructura, en los criterios de organización, en la orientación de la producción y en las fuentes y modalidades de financiamiento del sector, en concordancia con el modelo económico impuesto. En otras palabras, ese régimen buscó transferir la mayor parte de la responsabilidad del financiamiento de los servicios de salud a la población, abrir espacio para el crecimiento de los servicios privados de salud y controlar a los trabajadores de la salud mediante la fragmentación del antiguo SNS, en todo lo cual tuvo éxito. Al mismo tiempo, grupos importantes y crecientes de la población fueron quedando marginados del acceso a servicios de salud suficientes en cantidad y en calidad.

2. POSIBILIDAD DE LA MANTENCION DE LAS ACTUALES RELACIONES SOCIALES EL SECTOR

Reconocida la profundidad de la situación crítica en que se encuentra el sector, es difícil que alguien pueda pronunciarse en favor de la continuidad de las relaciones sociales existentes en su interior. Por el contrario, estas constataciones deberían inducir al Estado a la adopción de medidas correctivas inmediatas, especialmente en consideración a las propuestas programáticas en salud del actual Gobierno y en la perspectiva de la proyección de la coalición gobernante para un futuro período presidencial.

La estrategia de la conformación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), preconizada por los organismos internacionales de la salud como medio de superación de los efectos negativos del actual modelo económico y de sus "ajustes económicos estructurales" sobre la situación de salud, como también con miras a la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud, para tornarlos eficaces, puede beneficiar importantemente a la población y a los trabajadores de la salud, si se funda sobre la recuperación de los criterios técnicos de salud, por encima de cualesquiera otras consideraciones y sobre la más amplia participación social en la gestión local de los servicios de salud.

Sin embargo, ponerla en práctica implica necesariamente concebir la totalidad del sistema del cual el SILOS formará parte y a la vez, definir con preci-

sión el grado de autonomía de operación y de gestión con que contarán estas unidades mínimas territoriales de dirección y sus componentes locales. De aquí que, si bien el proceso de transformación debe cumplir etapas distintas y de complejidad creciente, que no pueden verificarse sino a lo largo de un período prolongado, cada objetivo parcial y cada meta alcanzados deben obedecer al marco general del sistema de salud al cual se pretende llegar.

Los principios generales que, a mi juicio, deben regir en el nuevo sistema son:

- a) Acceso igualitario de toda la población a los servicios preventivo-curativos.
Esto implica la democratización del gasto en salud, concentrando la mayor parte del mismo en el subsistema público (que atiende a la mayor parte de la población) y una distribución regional equitativa de los recursos.
- b) Sistema de prestaciones integral y del nivel científico y tecnológico que ha alcanzado la humanidad hoy en día, para toda la población. Esto implica no sólo generar y aplicar rigurosamente normas técnicas en la producción de los servicios de todos y cada uno de los órganos prestadores públicos y privados, sino sobre todo, garantizar la equidad en la dotación de recursos para unos y otros.
- c) Elevada calidad humana de los servicios proporcionados a las personas.
Este principio sólo puede ser cumplido bajo condiciones de trabajo idóneas (incluidas las remuneraciones) para los trabajadores de la salud y mediante la instauración de mecanismos de capacitación permanente de los mismos.
- d) Máxima eficacia económica, con base en la racionalidad y en la eficiencia de estructuras y funciones y en el grado de participación de los distintos actores sociales en la gestión del sistema.

Esto requiere de la puesta en práctica de estrategias como:

- descentralización efectiva de la gestión, otorgando autonomía relativa en la decisión de adquirir bienes de consumo, de invertir y de contratar personal a las instancias directivas regionales del subsector público
- regionalización y subdivisión de las regiones con criterio geográfico-poblacional y congruente con la división político-administrativa del país, normando el número máximo de habitantes a

asignar a cada establecimiento del primer y del segundo nivel de la atención

- democratización de la gestión sectorial, lo cual implica la creación de mecanismos de participación social adecuados y la capacitación de los directivos en técnicas de gestión democráticas

3. ES NECESARIA UNA LEY DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La concreción de estos principios generales puede ser lograda si se concibe el proceso en términos de:

1) La constitución de un Sistema Nacional de Salud Mixto, Intersectorial y Participativo, que integre al conjunto de los organismos públicos, privados y solidarios relacionados con la salud bajo una dirección técnica única en cada territorio y en todo el país y que instaure mecanismos de participación de las organizaciones sociales territoriales y de las de los trabajadores de la salud en la gestión del sistema. Es evidente que esta dirección no puede sino estar en manos del sector público 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 y el control de riesgos específicos.

Esta concepción no implica que la propiedad de todos los establecimientos de salud 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 supeeditado a los objetivos y a las normas del plan de salud globalmente formulado para todo el territorio en cuestión, con la finalidad de potenciar los efectos del esfuerzo común. Es indiscutible que el otorgamiento de recursos de poder suficientes al sector público de la salud, al igual que la participación social, son requisitos indispensables para el logro de estos propósitos. Hay que reconocer, a su vez, que gran parte de estos recursos de poder proviene de la capacidad financiera y de gestión y del poder resolutivo de los órganos del sector público, dado lo cual, tanto el subsistema de financiamiento, como los de dotación de recursos humanos e incluso, materiales a los establecimientos de este sector, deben ser considerados como elementos de valor estratégico en el proceso de transformación de las actuales relaciones sociales sectoriales.

2) La recuperación de la red de atención progresiva, con base en la definición de las atribuciones y de la capacidad resolutiva de cada nivel de la

atención y especialmente, de las líneas de referencia y contrarreferencia entre ellos. Esto implica 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, con base en el desarrollo de la programación local y del poder resolutivo de cada establecimiento.

En cuanto a la propiedad de los establecimientos y dada la necesidad de desarrollar la estrategia de la atención primaria precisamente en el ámbito comunal, bajo condiciones de un gobierno comunal democrático, es posible imaginar la diversificación de las formas de propiedad y/o de administración delegada de los establecimientos del primer nivel, por ejemplo, colocando algunos bajo la tuición directa de las organizaciones sociales territoriales, como las Uniones Comunales de Juntas de Vecinos.

3) La creación de mecanismos legal y materialmente fundados de participación social en salud, incentivando así la democratización local y la ingerencia 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.

Los contenidos antes señalados deberían ser materia de una Ley del Sistema Nacional de Salud, cuya elaboración cuidadosa debe ser asumida por el conjunto de los interesados, es decir, por las autoridades de salud, las organizaciones gremiales y sindicales de los trabajadores de la salud y los representantes de las demás organizaciones sociales territoriales y funcionales, antes de su envío al Parlamento.

4. ALGUNAS PRECISIONES RELATIVAS A LOS SUBSISTEMAS DE FINANCIAMIENTO Y DE DOTACION DE RECURSOS HUMANOS PARA EL SECTOR SALUD

4.1 Financiamiento

Uno de los determinantes cruciales de la situación crítica que vive el sector salud emana de la estructuración de sus fuentes y de sus modalidades de financiamiento, punto sobre el cual ha versado gran parte de los estudios producidos en los últimos meses por los organismos patrocinantes de este evento. Por esta razón, considero inoficioso extender la exposición al respecto.

Me parece preferible señalar algunas proposiciones que podrían permitir la superación de las dificultades actuales. A mi juicio, las modificacio-

nes que se emprendan al respecto deberían conducir a la implantación de un Fondo Nacional Previsional de Salud, de gestión pública autónoma y operación descentralizada (Regional), de carácter universal y solidario y conformado por los aportes de los trabajadores, de los empresarios y del Estado. Esto implica que los recursos financieros provenientes de todas las fuentes mencionadas ingresan directamente al Fondo común, en tanto las modalidades de financiamiento de cada órgano prestador de servicios pueden ser diversas. Así, por ejemplo, sugeriría el aporte per cápita corregido (según perfil epidemiológico y de la demanda local y según otros factores apropiadamente seleccionados) para la operación de los establecimientos públicos del primer y segundo nivel y la facturación de atenciones prestadas para todos los demás prestadores, incluso los privados, que formarían parte de la red de servicios disponibles en cada territorio.

En cuanto a los seguros privados de salud, éstos seguirían existiendo para el financiamiento de prestaciones adicionales que serían contratadas por quien quisiera y pudiera hacerlo con base en sus ingresos.

De lo que se trata es de eliminar la barrera económica al acceso a los servicios básicos de salud (establecida en la clasificación de la Ley 18.469), para propender a la equidad.

Se trata también de fortalecer al sector público, dotándolo de recursos suficientes para hacerlo competitivo en calidad con los organismos privados, de tal modo que la orientación de la demanda hacia uno u otro prestador sea sólo función de los ingresos económicos del demandante y no de la falta de capacidad resolutive de los establecimientos públicos de salud.

4.2 Recursos Humanos

No es posible concebir la operación de un Sistema como el propuesto con la actual dotación de recursos humanos en el sector público. Sin embargo, aun si se lograra superar el déficit existente por alguna

vía, quedaría por solucionar una serie de problemas complejos relativos a la organización, a los métodos de gestión y a las condiciones del trabajo en los establecimientos de salud.

Bajo las actuales relaciones sociales intrasectoriales, incluso si hubiera un mayor aporte financiero que diera solución a las demandas salariales de los trabajadores del sector público y municipalizado, lo más probable es que en poco tiempo más se reproduzca la situación de conflicto, excepto si se diera el hecho altamente improbable, de quintuplicar las disponibilidades financieras del sector público.

De aquí que, en conjunto con las proposiciones relativas a la creación de nuevas formas de financiamiento, sea imprescindible referirse a las modificaciones que son necesarias en relación con los recursos humanos del sector.

Entre éstas menciono:

1) La recuperación del papel protagónico del equipo de salud en el proceso de trabajo de los servicios de salud.

2) El mejoramiento de las condiciones de trabajo.

3) El acceso a la capacitación permanente.

4) La formación idónea de los profesionales del sector, que requerirá de la constitución de instancias de interacción entre las autoridades de salud, las instituciones de Educación Superior formadoras de los mismos y las organizaciones gremiales de los profesionales de la salud.

5) El apoyo a todas las formas de organización gremial y sindical de los trabajadores de la salud, como medio de favorecer su más amplia participación en la gestión democrática del sector.

Los cuatro principios antes mencionados deben ser materia de una Ley-Estatuto de los Trabajadores de la Salud, que se refiera tanto a la fuerza de trabajo del sector público, como a la que presta servicios privados y cuya elaboración debe contar con el concurso de todos los actores sociales involucrados.