

II. EL SECTOR PUBLICO DE SALUD

*Dr. Juan Giaconi Gandolfo
Prof. Salud Pública
Universidad Católica de Chile*

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 1, 1992/ 11-13

A. ASPECTOS DOCTRINARIOS

Si el país a través de sus autoridades democráticamente elegidas define su sistema socio-económico como una economía social de mercado, en concordancia con todos los países "modernos" del mundo, es difícil que la salud escape a algunas de las reglas de dicha filosofía.

Sin embargo, dadas algunas imperfecciones del funcionamiento de los mecanismos de mercado en salud se acepta cierto grado de planificación.

En el mercado de la salud la transparencia no es total, la soberanía del "consumidor" está parcialmente amagada, la demanda en algunos aspectos es inelástica y existen abundantes externalidades positivas en acciones de fomento y protección y en algunas acciones curativas. Esto lleva a los sistemas de salud a ser mixtos: un sector público y un sector privado complementario; el presupuesto de salud se gasta una parte vía oferta, el resto vía demanda (Fonasa Libre Elección, Isapres, etc.) Cual es el tamaño de cada sector depende en último término de cuánto está dispuesto el país a asignarle a salud y cómo distribuirlo.

En Chile el porcentaje total del PIB* que se destina a salud oscila entre 5-6%, los países en el tope máximo asignan a salud un 12% del PIB.

¿Llegaremos algún día a esa meta posible? ¿Es deseable?

Si la consiguiéramos, el desafío es como repartir los recursos; "calidad" de la inversión en salud es a

veces tan importante como su cantidad. Ya conocemos el clásico ejemplo de Inglaterra que con US\$ 890 per cápita consigue los mismos resultados que USA con US\$ 2.600 per cápita. Sólo gastar más en salud no significa mejorarla. Debajo de este dilema están las preguntas fundamentales: ¿es indiferente el tipo de organización de salud existente? ¿Da lo mismo tener o no un Sistema Nacional de Salud? Categoricamente no es indiferente, es muy conveniente tener un Sistema Nacional con un Ministerio de Salud fuerte, normativo, programativo, coordinador y supervisor. Este Ministerio no tiene por qué ejecutar las acciones u otorgar las prestaciones, incluso no es conveniente dicha mezcla de funciones. Se termina perjudicando la función planificadora y controladora.

B. SITUACION DEL SECTOR SALUD

Para calificar la situación de Chile en 1881 es necesario una vez más distinguir la situación de salud y de la relativa a la atención médica.

Con los recursos disponibles, US\$ 83 per cápita para Salud, al año los indicadores del sector distan mucho de ser catastróficos. Al contrario, una mortalidad infantil de 17,1 x 1000 nacidos vivos en 1989, una expectativa de vida al nacer de 71,5 años, una cobertura profesional del parto superior a 98%, etc, muestran un nivel de salud superior al esperable para un país con ingreso per cápita total anual de US\$ 2.000.

*Producto Interno Bruto

En consecuencia cuando se plantea una “crisis” se refiere muy especialmente al sistema de atención médica o a la medicina curativa disponible para la población. En este terreno, al igual en el resto del mundo, existen claramente necesidades no satisfechas: rechazos, listas de espera, mala calidad de atención.

En Chile, la situación se focaliza particularmente en una “crisis hospitalaria”. Los Hospitales públicos no cumplen las expectativas de equipamiento, dotación tecnológica y por ende poder resolutivo que se esperaría para nuestro perfil epidemiológico de morbilidad y el avance de la tecnología en el mundo ya desarrollado.

C. PROPOSICION EN RELACION AL SISTEMA HOSPITALARIO

Hospitales tipo 1 y 2, por ley genérica se transforman en Sociedades Anónimas Estatales, continuando sus actuales relaciones con el Servicio de Salud al cual pertenecen. Esto permite la ventaja de:

1. Darle una estructura administrativa gerencial a la cuantía de los recursos que maneja (financieros, personal, equipamientos, etc) y a la complejidad de su organización.
2. Permite la creación de Directorios representativos de las “fuerzas vivas” de la respectiva Provincia o Región. Esta es una forma de incorporar la comunidad local a su manejo y conseguir la colaboración de otros sectores.
3. La transparencia de recursos debe modificarse no haciéndola depender de las acciones ya realizadas, sino de mecanismos diferentes. Al respecto se proponen dos posibilidades principales, previa separación del presupuesto destinado al nivel primario.
 - 3.1. Tomar el presupuesto histórico más el incremento que se ha corregido por situaciones de mayor daño en salud (medido por indicadores tradicionales), ruralidad, porcentaje de extrema pobreza, etc.
 - 3.2. Asignar el presupuesto por agrupaciones de diagnóstico previamente valorizados a tarifas acordes a los costos reales de nuestros Hospitales.

El sistema de información gerencial y monitoreo (SIGMO) existente en los Hospitales desde hace varios años permitiría asignar tarifas a los egresos hospitalarios por diagnósticos. Paralelamente ha-

bría que fijar “precios de transferencia” a los demás servicios que preste el Hospital.

4. En todo caso, corresponde hacer reservas para ser entregadas a los Hospitales vía políticas de incentivos contra cumplimiento de metas Biomédicas y económico-administrativas (cumplimientos de endeudamientos máximos, acortamiento de promedios de días estada, etc.)

D. NIVEL PRIMARIO DE ATENCION CONSULTORIOS Y POSTAS RURALES

Cuando se aborda este nivel del sistema de salud chileno, fundamentalmente “adscrito” y administrado por Municipalidades se estima que está desmembrado del sistema o desarticulado de él.

¿Alguna vez en la historia sanitaria reciente se ha podido afirmar con certeza lo contrario?

En la década del 70, últimos años de existencia del SNS, los consultorios y postas del país sufrían de gravísimas carencias en todos los aspectos factibles de analizar. Su infraestructura era muy precaria y con vacíos de cobertura muy superiores a los actuales. Su personal, no pocas veces provenía del personal que se destinaba por razones disciplinarias desde los grandes Hospitales.

Para qué hablar del equipamiento e instrumental; era prácticamente de rigor que lo que se daba de baja en los Hospitales abastecía a los Consultorios.

¿Y la supervisión? Las Direcciones Zonales y Jefes de Areas tenían una prudente preocupación por los Hospitales, pero sobre los Consultorios y Postas era más distante, alejada y remota.

La pregunta central es ¿qué habría ocurrido con el nivel primario si no se hubieran traspasado a administración municipal? En mi opinión estaría muchísimo peor que hoy.

Con dotaciones en los servicios de salud prácticamente “congeladas” desde 1981, los establecimientos se traspasaron con 7.000 funcionarios y hoy disponen de 17.000. Es difícil imaginar esta expansión de recursos humanos con los Consultorios al interior de los servicios.

En cuanto a la renovación de infraestructura ya sea para cubrir áreas nuevas o reemplazar establecimientos obsoletos, se registran en los últimos 20 años alrededor de 850 establecimientos nuevos construidos. Las dos terceras partes de ellos, a partir de 1980 (Fondos Sectoriales y F.N.D.R.).

Con la creación de los Servicios de Salud, se estableció la Dirección de Atención Primaria, independiente de los Hospitales y de las propias Direcciones y Subdirecciones de los Servicios. En aque-

Los Servicios en que se las dotó adecuadamente de los recursos mínimos, se registran programas estables de supervisión, más allá de las rondas rurales semanales o quincenales de rigor. Si se cumplieran las estipulaciones de los convenios de adscripción firmados entre los Servicios y las Municipalidades respectivas tendríamos una de las mejores interrelaciones y coordinaciones en el contexto mundial. El problema es que muchas veces dichos convenios no se conocen y no se hacen cumplir los programas ministeriales explícitamente incluidos en ellos.

No me opongo a que en vez de Corporaciones Privadas, se creen Corporaciones de Derecho Público. Estoy francamente de acuerdo con ciertas normas estatutarias de personal de ámbito provincial, comunes a los establecimientos del nivel primario. Sin embargo nada podrá reemplazar la voluntad técnica y política de realizar y practicar una buena vinculación interrelacionada entre el nivel primario y los demás niveles del Sistema de Salud chileno. Adicionalmente si la disponibilidad financiera sube de \$ 2.000 por persona año, la calidad de la salud primaria podrá superarse progresivamente.

Como detalle curioso los Consultorios pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Central no fueron transferidos a administración municipal. Constituyen un "grupo control" que se podría comparar con establecimientos similares municipales de la Región Metropolitana. Una visión superficial

no detecta diferencias entre éstos (consultorio Nº 1, San José de Chuchunco) del de los demás de la Región.

La concreción de la estrategia de Atención Primaria de Salud, y de los principios de Salud para todos en el año 2.000 sólo se podrán cumplir con un nivel primario descentralizado que permita: la participación real de la comunidad, la coordinación de los diversos sectores atingentes a salud, la integración de la medicina occidental y tradicional y el uso de tecnologías apropiadas. Los sistemas locales de Salud (SILOS) podrán tener así una expresión real.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Health Care in the Developing World: Problems of Scarcity and Choice. Evans, John R., Lashman, Warford, J. New Engl. 305, 19, 1981.
- 2.- El Sistema de Salud en Chile: una visión crítica y una solución. Documento de Trabajo Nº 28 Julio 1991. Alvaro Covarrubias R. C.P.U.
- 3.- "Hacia un nuevo modelo prestador de atención médica" Rev. Adm. de Salud Nº 11 PIAS Universidad de Chile, 1990. Rioseco, A. y Ubilla, C.
- 4.- Subsidio a la oferta o subsidio a la demanda. Rev. Adm. de Salud Nº 14. PIAS Universidad de Chile, 1991. Rev. Adm. de Salud Nº 14. Miranda, Radic, E.