

III. CRISIS DEL SECTOR SALUD EN CHILE

Dr. Pedro Escudero

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 1, 1992/ 14-22

Agradezco mucho la gentileza de haberme invitado. Cuando leí la nota de invitación me pareció interesantísimo el tema, pero cuando la releí me angustié un poco porque la pregunta era contestar si está en crisis la salud nacional, por qué y concluía si eran convenientes cambios legislativos. Parecía muy simple a primera vista, pero la segunda lectura me revela la inmensa complejidad del tema preguntado.

Tratando de orientarme en cómo abordar el tema, tocaré en forma más bien asistemática diversos tópicos relacionados y veamos si al final podemos redondear algunas ideas. En algún momento he tenido la osadía –propia de la juventud que tenía algunos años atrás– de intentar resumir lo que puede ser la gestión en cualquier campo del quehacer humano con unas 5 palabras. Con el correr del tiempo ese intento me ha sido útil y cada vez que me veo en alguna dificultad recurro a él y me sigue sacando de apuros. Esas 5 palabras son: *Recursos* que se asignan a *Estructuras* destinadas a cumplir *Funciones* que –dentro de un *Contexto*– apuntan a un *Futuro Deseado*. Los Recursos no son solamente los recursos que tradicionalmente estamos acostumbrados a manejar, recursos físicos, humanos, financieros, etc. Son mucho más que eso, los recursos son también la creatividad, los conocimientos, la capacidad de liderazgo, la capacidad de convocatoria, la credibilidad en algún momento determinado. Osea, los “Recursos” son mucho más de lo que habitualmente pensamos.

Cuando a esos recursos les damos alguna forma organizativa, estamos hablando de “Estructura”. En el caso específico de salud, estructura es la atención hospitalaria, es todo el aparato estatal desde el

nivel ministerial hasta los niveles ejecutivos más locales, es la forma cómo hemos ido organizando todo el sector privado, en fin, todo ello destinado a cumplir “Funciones”.

En el caso de salud, las “Funciones” son consultas médicas, operaciones, vacunaciones, todo lo que ustedes saben, que apuntan a un “Futuro Deseado”, y apuntan a ese futuro deseado, dentro de un “Contexto”, que es político, histórico, social, económico, cultural, geográfico, por lo tanto esencialmente cambiante, y esencialmente condicionador del conjunto. Ahora, a este “Futuro Deseado” se llega o no se llega, pero de alguna forma se debería acceder a él a partir de algún punto presente conocido. En otras palabras si yo no tengo claro cuál es mi presente, si no sé dónde estoy, el “dónde quiero llegar” puede ser utópico o irrealizable. Si yo no sé la distancia que media entre dónde estoy y hasta dónde quiero ir, no voy a poder definir claramente mis “funciones”, y si no puedo definir claramente mis funciones, no voy a poder juzgar adecuadamente las “estructuras”, su concordancia con el “contexto” y menos voy a saber que voy a hacer –con toda esta gama de “recursos” que recién comentaba. Por lo tanto uno debería partir –si me siguen la línea conceptual que estoy tratando de plantear– por un muy buen diagnóstico descriptivo del presente, y cuando el diagnóstico deriva de una buena descripción, siempre hay consenso sobre él. En los juicios que uno emita sobre las causas, los efectos o el futuro, podemos disentir, pero en la descripción diagnóstica no puede disentirse si está bien hecha. Si esta mesa la describo bien, todos vamos a estar de acuerdo de qué ancho, color y textura es. Podremos

estar en desacuerdo si es útil o no a los fines que persigue, si es hermosa o no es hermosa, si podría haber otra mejor, pero no en su descripción. Igualmente, la descripción del “presente conocido”, si es seria, si es honesta, tiene necesariamente que conducir a consenso. Sin ese consenso mal podemos lograr un consenso en el “futuro deseado”.

Qué es lo que observo yo habitualmente en Chile en salud: –y no sólo en Chile pues he tenido ocasión de conocer diversas otras realidades y es una tendencia que uno ve reiteradamente– que sin un claro diagnóstico del presente y sin un claro consenso de dónde queremos llegar, estamos siempre clamando por más recursos y por modificar las estructuras. Es decir, parecería ser que la lógica se invierte y queremos cambio por el cambio y recursos mayores pues los actuales siempre son escasos. Los recursos son escasos por definición, porque son necesariamente limitados frente a aspiraciones humanas que son infinitas. Por otra parte, toda forma organizativa es siempre mejorable, es siempre susceptible de modificar en un sentido favorable, pero si uno no tiene claro dónde estamos y dónde queremos llegar al pedir modificaciones muchas veces estaremos un poco “apacentándonos en el viento”. El “futuro deseado” tiene a mi juicio -a lo menos tres vertientes que podríamos llamar *resultados o indicadores biomédicos*, otra vertiente que es la *satisfacción de todos los actores* y la tercera vertiente -que me gusta poco nombrar pero que es inevitable –es un *costo abordable*, de no ser así se transforma en utopía.

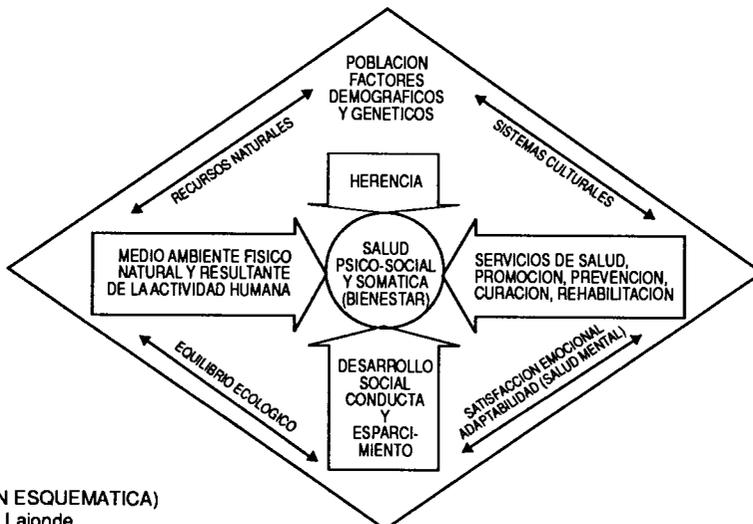
Hace no mucho tiempo hacia 1907, cuando estaba haciendo mi maestría, en Johns Hopkins, descubrí a Don Avedis Donabedian y me di cuenta que él,

muchísimos años antes, y con muchísima solidez argumental, tenía un esquema que puede llegar a ser bastante consistente con este esquema que yo les cuento. En su esquema tanto el recurso en bruto como la organización que se le da, va a ser llamado *Estructura*, las funciones a cumplir las llama *Proceso*, y este tránsito del presente conocido al futuro deseado, esa actualización del futuro deseado, obviamente es un *Resultado*. Dejemos este punto aquí. Vamos a saltarnos a otra cosa y luego lo retomamos.

Salud es un tema extraordinariamente complejo, porque ni siquiera tenemos una buena definición operativa de lo que es *Salud*. Tenemos la definición de la Organización Mundial de la Salud, excelente ideal orientador, suerte de “estrella de Belén” que nos guía, pero en caso alguno un instrumento de trabajo. Tampoco tenemos buenas herramientas para medir la salud, con lo que se nos complica el acotar el presente conocido y el futuro deseado. Por otra parte, si retomamos el concepto amplio de salud, vemos que el quehacer específico del sector salud es sólo una parte y ni siquiera probablemente la más importante y que hay muchísimos otros factores que están incidiendo. Además, la salud —casi como ninguna otra área del quehacer humano— nos involucra afectivamente con gran intensidad. Es muy difícil que alguien pueda permanecer indiferente frente a la problemática de la salud, lo que incorpora al tema una complejidad adicional.

Quiero mostrarles un esquema que traje de Costa Rica y que me pareció interesante, pues nos recuerda ordenadamente parte de la gran cantidad de factores que están en juego, y que hacen que el tema sea extraordinariamente complejo, como señalé antes.

FACTORES PRIMARIOS DETERMINANTES DE LA SALUD



(REPRESENTACION ESQUEMATICA)

Fuente: Trabajos de Laionde

Planteamos nuevamente la pregunta inicial: ¿está la salud en crisis?. Yo busqué en el Diccionario de la Real Academia la palabra *crisis*. En un sentido genérico se refiere a una enfermedad o a un negocio y dice que es “aquel punto en que la situación o se agrava rápidamente o mejora rápidamente”. Siento que si uno se atiene a la definición de Crisis, permanentemente tenemos la sensación de que ese punto llegó y, a veces que las cosas en vez de mejorar, se van agravando y rápido. Pero no necesariamente eso es así. Uno de los hobbies que tengo es llevar archivos de recortes de prensa de temas que me interesan. Ahora solamente tomé algunos bastante al azar y quiero compartirlos con ustedes. Situación de hospitales en Italia, donde los “médicos asisten a las guardias sólo a dormir y los ratones y cucarachas circulan libremente por las cocinas”.

Aquí hay uno de Alemania que más allá de lo pintoresco del hecho que relata, denota un clima laboral sub-óptimo, por decirlo de algún modo. Y en Inglaterra, Lady Diana y Sarah Ferguson quieren ser enfermeras para ayudar a superar la “crítica situación” de los hospitales ingleses. No lo hicieron al fin, pero el gesto fue significativo....

Este otro no es cómico sino intensamente dramático. Lo deben haber leído Uds. en algún momento. En París, un joven iba saliendo de un hospital; lo atropelló un vehículo en la puerta, agonizó más de una hora frente a la puerta del hospital y murió. Hay consenso que se hubiera salvado si lo atienden puntualmente, pero no lo atendieron. La defensa para no atenderlo, alude a una circular oficial según la cual los establecimientos hospitalarios, tienen que mover todos los recursos para auxiliar heridos pero sólo “dentro de los límites de sus medios materiales”. En ese hospital, con una subjetividad absoluta, consideraron que el caso “estaba fuera de sus límites”. Esto es en Europa. En México, comercio, venden guaguas vivas para transplante de órganos; 20.000 niños mueren por deshidratación al año. Se iba a suspender el carnaval de Río, y dice aquí “a petición del Presidente Regional de Medicina, ante el estado de calamidad en que se encuentra la Salud Pública de Río”. Y este es relativamente reciente: un millón y medio de limeños están enterrados en cementerios clandestinos.

Cuando yo estuve haciendo una asesoría en el Salvador, tuve la oportunidad de comprobar que era imposible saber la mortalidad infantil en el Salvador, porque miles y miles de campesinos, entierran a sus niños muertos en el patio de la casa y luego los van olvidando.

La medicina ha tenido en los últimos años progresos indiscutibles, pero ello a un nivel de costos

elevadísimos, prácticamente inabordables. Ha tenido un crecimiento de la tecnología no siempre de justificación comprobable en su eficacia y su eficiencia. Un incremento en la industria farmacológica en el que probablemente, de los miles de medicamentos que se expenden, tengan verdadera justificación un porcentaje relativamente pequeño. En Inglaterra el 75% del conocimiento farmacológico de los médicos proviene de los visitantes médicos que están interesados en que sus productos se vendan. Yo no conozco estudios chilenos, pero no parece aventurado pensar que la cifra debe ser a lo menos semejante o incluso mayor.

Este progreso de la tecnología nos ha llevado a fronteras impensable hace no muchos años. Incluso la prolongación de la vida más allá de los medios aceptables, ya se ha transformado no en una prolongación de la vida, sino en una prolongación de la agonía y ello a costos astronómicos. En EE.UU. hay gente que dice en forma bastante cínica que “en definitiva la gente se muere cuando se le acaba la plata”. Mientras dura el dinero está en cuidados intensivos y con elementos sofisticados para poder seguir con vida.

El porcentaje del producto geográfico que se destina a la salud varía bastante de país a país en cifras per cápita sin que haya diferencias sustanciales en resultados. EE.UU. gasta casi tres veces lo que Inglaterra (\$ 2.051 y \$ 758 respectivamente). El tener diferencias en aportes económicos, se sigue en la diferencia de la calidad de los resultados? podríamos pensar que sí, pero fíjense ustedes: con ese gasto per cápita EE.UU. tiene una expectativa de vida de 76 años y una mortalidad infantil de 10; en Inglaterra baja a la tercera parte el gasto y tiene prácticamente la misma expectativa de vida y una mortalidad infantil menor. Por lo menos uno podría asumir entonces que en este esquema hay aspectos organizativos y funcionales que van mas allá de los recursos y que en resultados—a lo menos en cuanto a indicadores biomédicos—hacen diferencia. Y creo que son factores que hemos estudiado poco.

Un comentario sobre los *indicadores biomédicos* más habituales, como la mortalidad infantil, la general, la materna, las morbilidades específicas, las letalidades. De ellos se han hecho muchas críticas negativas. Se dice que son burdos, que sólo apuntan a aspectos muy gruesos, que sólo miden eventos negativos y no la salud en un sentido positivo, en fin, críticas todas con más de alguna base de sustentación.

Hace algunos años un economista chileno muy conocido dijo que el mejor indicador del bienestar de los pueblos era el uso per cápita de rollos de papel confort, porque si una población ha superado todas

sus necesidades básicas y tiene la aspiración y el acceso a ello... lo hacía en broma. Tal vez no sea mala idea pero lo concreto es que uno vuelve siempre al PGB (Producto Geográfico Bruto), al ingreso per cápita. Igual ocurre en salud. Aunque nos quejamos mucho de nuestros indicadores, en la práctica siempre volvemos a ellos y cada vez que intentamos un nuevo indicador, sucede un poco como con el indicador de los rollos de papel confort. Volvemos siempre a los clásicos, porque son los que nos permiten comparaciones a través del tiempo y comparaciones entre países, por lo tanto con todo lo criticable que puedan ser, han sobrevivido y siguen en uso.

Al comparar resultados—según estos indicadores—y aporte de recursos, tenemos que concluir que hay factores intermedios que modifican la correlación pudiendo obtenerse muy buenos resultados a nivel *costos abordables*, el segundo de los elementos de la calidad a que me referí al comienzo. ¿Y que pasa con la *satisfacción de los actores*, les voy a mostrar algo. Si ustedes se fijan, el mayor grado de satisfacción en general está en Canadá con un gasto intermedio, le sigue no muy lejos Inglaterra con un gasto muy bajo y está bastante más atrás EE.UU.. Por lo tanto, si mantenemos en mente estos tres puntales de la calidad: *costo abordable*, sin sacrificar el resto de las funciones de los seres humanos, la *satisfacción de los actores* que son, el paciente, sus familiares, sus amigos, los prestadores, los médicos, el personal de colaboración, etc., y no sólo los *indicadores biomédicos*, lo observado por lo menos llama a meditar.

Este cuadro muestra países con tasas de mortalidad infantil creciente y con una esperanza de vida decreciente (son países tomados un poco al azar). Con algunos otros indicadores, entre ellos, el producto interno bruto per cápita, en US\$. Si bien no del todo lineal, hay una relativa correlación. Por lo menos todos los “mejores” del grupo se acercan a los 4 mil dólares y de ahí para arriba, y todos los “peores” están bajo los 2 mil. Sin embargo, cuando observamos qué pasa con Chile y Costa Rica (tal vez Cuba, aunque no tengo datos precisos, podría incorporarse a este cuadro) hacen una clara excepción: están integrados en el grupo de los grandes en cuanto a resultado terminal de mortalidad infantil y están claramente metidos en el grupo de los chicos en cuanto a PGB. Es decir, hay factores—de nuevo—distintos que el simple aporte de recursos que están jugando un rol en este indicador.

En la Universidad de Johns Hopkins, hace algunos años atrás, se elaboró un complejísimo indicador que se llamó *Índice de Necesidad en Salud*, que tiene la gran gracia de juntar 5 grupos de indicadores

y cada uno de estos grupos, conteniendo 4 a 5 variables, en un intento de ir más allá de los aspectos puntuales, un intento -discutible o no- globalizador.

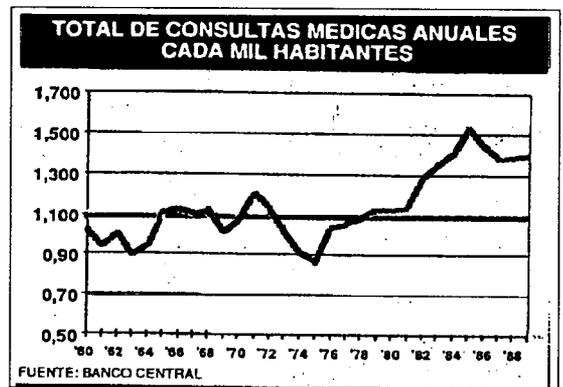
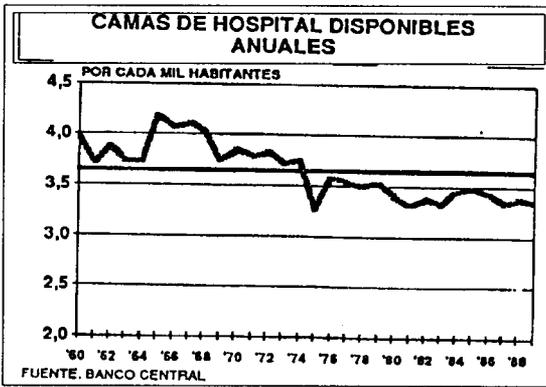
Revisemos algunas cifras nacionales de *indicadores biomédicos*, muy por encima, pues Uds. las conocen mejor que yo. La Mortalidad General: como Uds. saben muy bien, depende fundamentalmente de la estructura etárea de la población. Nosotros somos una población que está envejeciendo, sin embargo, con todo, la mortalidad en general, incluso contra lo esperable, se mantiene un descenso y hemos ido mejorando en un proceso continuo. La Mortalidad Infantil: la cifra del 89, (la última oficial) es de 17—buenísima— y sigue mejorando. Pero ha ido mejorando con una característica interesante que me parece digno de destacar: Chile y Costa Rica siempre con el resultado mejor; la reducción de Chile es definitivamente lejos mayor seguido por Costa Rica como siempre. Por lo tanto, no es sólo un fenómeno ocasional. La Mortalidad Materna nuestra es extremadamente baja y ha seguido bajando, con bastante correlación con la atención profesional del parto. La *función* se cumple para obtener un *resultado*, porque ¿qué logro con mantener una atención profesional si la mortalidad es alta? La atención profesional de parto, ya en 1970 era excelente para América Latina y ahora es 100% (el 1,6 que falta es el típico folklore de la señora que no alcanza a llegar al Hospital y se atiende por carabineros), pero tenemos 100% hace mucho tiempo y esto es el esfuerzo de mucha, muchísima gente y muchas generaciones.

Que pasa si vemos algunos aspectos de estructura y proceso (lámina 3). Por ejemplo, las camas de hospital: han bajado en número por cada 1.000 habitantes, sin embargo la tendencia global mundial es hacia la desinstitutionalización de la atención, es ir sacando a los pacientes del hospital. Porque el hospital es un hotel caro, (hay gente que da comida que hace las camas, que hace el aseo...) y la única justificación de este hotel caro es que en él se pueden hacer procedimientos que no pueden hacerse en otra parte. Por lo tanto, cada vez que yo hago un procedimiento en el hospital que podría hacer en otra parte, estoy abusando perversamente del hotel. En la medida que la población va adquiriendo mayor nivel cultural, mayor noción de autocuidado, mayor noción del aspecto preventivo, uno puede ir bajando la tasa de camas en forma progresiva. ¿Y qué pasa con las consultas abiertas? vemos que la gente está atendándose más en forma ambulatoria y probablemente más precozmente. Qué pasa ahora con todos estos resultados buenos que estamos mostrando—buenos entre comillas, buenos para nuestro

País	Mortalidad Infantil Tasa/1.000	Esperanza de Vida al Nacer Años	Mortalidad General Tasa/1.000	Agua Potable		Analfabetismo		Bajo Peso al Nacer (2) Porcentaje	Producto Interno Bruto per cápita US\$
				Cobertura	Porcentaje	(2) Porcentaje	Porcentaje		
Holanda (2)	8,0	76,0	9,0	100,0	0,0	4,0	9.290		
España (2)	9,0	75,0	9,0	s/i	5,5	5/i	4.290		
Irlanda (2)	9,0	74,0	9,0	s/i	s/i	4,0	4.850		
Alemania Fed. (2)	9,0	74,0	12,0	100,0	0,0	5,0	10.940		
Reino Unido (2)	10,0	75,0	9,0	100,0	0,0	7,0	16.690		
Italia (2)	11,0	75,0	11,0	s/i	3,0	7,0	6.260		
Checoslovaquia (2)	15,6	72,0	12,0	s/i	s/i	6,0	5.820		
Grecia	16,0	75,0	9,0	s/i	7,5	6,0	3.680		
Chile	18,7	71,0	6,0	84,0	3,5	6,0	1.320		
Costa Rica	19,0	73,0	4,0	84,0	6,5	9,0	1.380		
Portugal	19,0	74,0	14,0	57,0	15,5	8,0	2.230		
Polonia	19,0	72,0	10,0	62,0	s/i	8,0	2.070		
Hungría	20,0	71,0	14,0	66,0	s/i	10,0	2.020		
Yugoslavia	27,0	72,0	9,0	68,0	8,5	7,0	2.300		
Uruguay	29,0	72,0	10,0	83,0	6,5	8,0	1.710		
Argentina	34,0	70,0	9,0	57,0	4,5	6,0	2.360		
Venezuela	37,0	70,0	5,0	83,0	13,5	9,0	2.820		
Colombia	48,0	65,0	7,0	92,0	12,0	10,0	1.230		
Ecuador	67,0	66,0	7,0	59,0	17,5	s/i	1.160		
Brasil	67,0	65,0	8,0	71,0	22,5	8,0	1.840		
Perú	94,0	59,0	11,0	52,0	15,5	9,0	1.130		
Bolivia	118,0	53,0	15,0	37,0	25,5	13,0	540		

Fuentes: (1) Banco Mundial: Social Indicators of Development 1987

(2) UNICEF: Estado Mundial de la Infancia 1988



nivel de desarrollo—si lo miramos desagregadamente a nivel nacional: los márgenes de diferencias tanto en natalidad, en mortalidad infantil, entre los lugares peores y los mejores es increíblemente pequeño para un país de 5 mil kilómetros de largo, con la cantidad de accidentes geográficos y las diversidades climáticas que tenemos.

El promedio desagregado todavía es positivo y los peores resultados en las regiones más deprimidas son mejores que en la inmensa mayoría del resto de los países del continente.

Ahora que pasa con la *satisfacción de los actores*, qué pasa con la percepción. Yo creo que se ha formado un curioso y grave consenso relativo de todos los sectores en torno al convencimiento de que la salud nacional está hecha un desastre y creo que es grave ese consenso. Intento ser -como decía al comienzo- lo más descriptivo posible. Hago el mayor esfuerzo posible por no emitir juicios de valor, por no dar interpretaciones. El tema de salud es un tema central y recurrente en todas partes del mundo, particularmente en época de campañas políticas y de elecciones. A mí me tocó vivir esta situación en 4 ó 5 países de América y la tónica era semejante en todas partes. Inglaterra, que se consideró por años un verdadero paradigma de organización en salud, tenía a los ingleses convencidos de que su sistema era el mejor, y estaban orgullosos de ello hasta que un buen día los convencieron de que no era así, y sin que nada cambiara objetivamente entraron en esto de la sensación de crisis. Sin que el sistema cambiara, la percepción cambió. Vital en este cambio fue el informe Griffith, un empresario privado a quien se le solicitó un análisis crítico al sistema, y él le encontró todos los defectos que se le podía encontrar a algo. Era la época de más fuerte anti-estatismo. El lema en muchas partes, era “el estado no es la solución, sino que, el estado es el problema”.

Chile no fue ajeno a esta corriente y así, surge esa suerte de consenso tácito a que antes me referí: un

determinado sector de la población veía la salud estatal como un símbolo de un estatismo anacrónico e ineficiente, y no sólo no movía un dedo por defender lo defendible y rescatar lo rescatable, sino que con un inmenso desconocimiento de la realidad, no dudaba en denostarla y criticarla acidamente. El sector de opinión contrario, curiosamente coincidía plenamente en esta actitud de desconocimiento y crítica demoleadora, por considerar la salud estatal descuidada, abandonada y símbolo del mal manejo del gobierno militar o la “odiosa dictadura”. Quedaron pocas voces que trataron de mantener en alto lo que significaba para este país la salud estatal, y que trataron de mostrar con esfuerzo personal que es loggable, -con gran escases de recursos, con gran adversidad del entorno,- mantener un clima laboral grato, mantener a la población razonablemente contenta y con buenos resultados biomédicos a bajo costo. El año 89 la tasa más baja de mortalidad neonatal precoz de todo Chile la obtuvo el S.S.M. Sur Oriente, -sobre el S.S.M. Oriente que incluye las clínicas más ricas del país-. El S.S. M. Sur Oriente es el más pobre del país en todo sentido y la mortalidad neonatal precoz es el mejor indicador de efectividad del actuar médico.

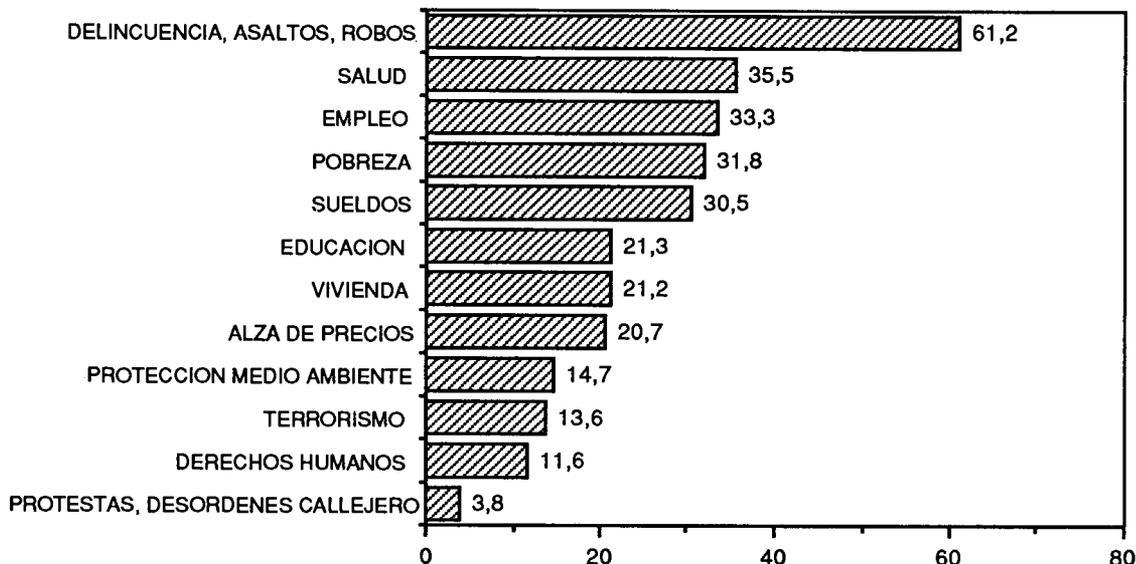
Y ¿qué pasa con la población, cómo ve la población estas cosas? Esta encuesta es de julio de este año. Se pregunta sobre los problemas que el gobierno debería poner mayor esfuerzo en solucionar. Salud aparece en segundo lugar, pero si ustedes se fijan, muy lejos de delincuencia, asaltos, robos y no se olviden ustedes que la primera causa de muerte en Chile entre los 4 y los 45 años son las violencias,, agresiones y traumatismos y es la tercera causa de muerte global. Se muere cada temporada, cada semestre, más gente atropellada por descuido peatonal en la Norte-Sur que los que han muerto de Sida en toda nuestra historia y se ahoga más gente en el verano por bañarse, en lugares inadecuados o sin saber nadar, por irresponsabilidad, que de Sida.

¿Qué pasa con los problemas prioritarios que deberá enfrentar el gobierno -julio del 91-? empleo, violencia, inflación, falta de oportunidades a la juventud, drogadicción, educación y salud, es decir como problema no lo ven de la más alta prioridad. Y tengo

una encuesta más reciente todavía que es de la Universidad de Chile, publicada el 8 de agosto; cuál es el tema que más preocupa hoy. De las 5 primeras prioridades no aparece salud.

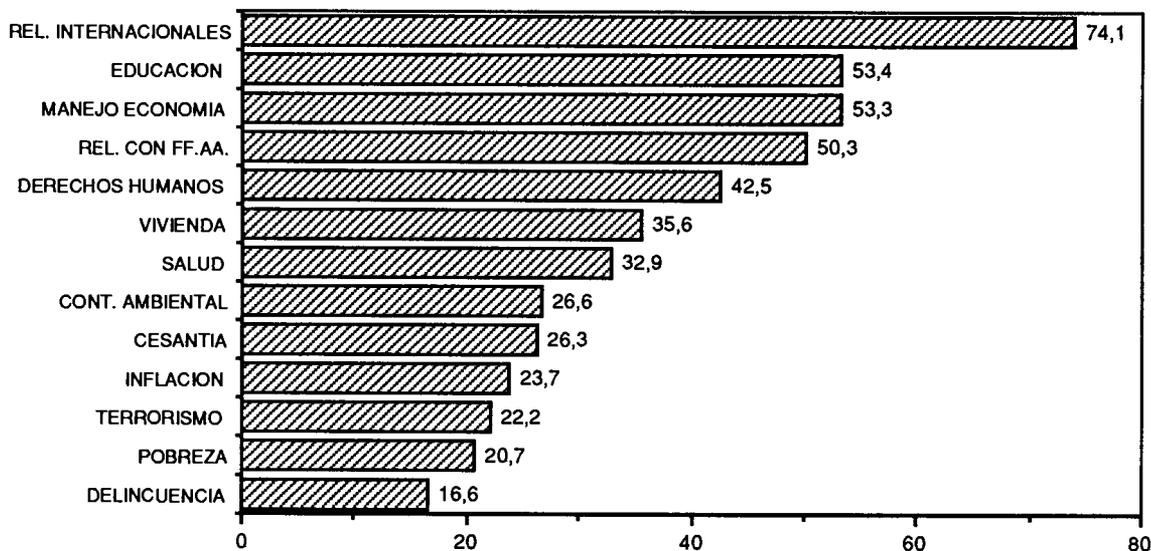
En resumen, podemos concluir que el tema de la

PROBLEMAS QUE EL GOBIERNO DEBIERA DEDICAR MAYOR ESFUERZO EN SOLUCIONAR



FUENTE: ESTUDIOS CEP-ADIMARK, JULIO DE 1991

EVALUACION DE LA LABOR DEL GOBIERNO ACTUAL POR AREAS (% EVALUA CON NOTAS 5-6-7)



FUENTE: ESTUDIO CEP-ADIMARK, JULIO DE 1991

Column 3

salud como apreciación general, está llegando a su punto de flotación, que es donde posiblemente el sentido común nos indica que estamos: ni para sentirnos en extremo orgullosos de la situación pero tampoco para creer que estamos en la catástrofe absoluta.

¿Qué tendencias uno ve afuera? yo quiero mostrar el modelo del *Rush Presbyterian Hospital, de Chicago*, -me lo traje en junio del 91, de EE.UU. Yo creo que nunca se deben copiar modelos, pero son inspiraciones que a uno le ayudan a ordenar las ideas de alguna forma. Por lo menos a los estándares profesionales y las expectativas de los clientes le dan una gran importancia y las superponen. El costo abordable es mucho más vital para nosotros que para ellos que en este esquema lo omiten. ¿Pero quienes son los clientes entre comillas? son los pacientes, sus familiares, los médicos que llevan pacientes a ese hospital, también los estudiantes, el grupo de empleadores, (que sufren la consecuencia en los más variados sentidos), los planes de salud, los propios empleados y los médicos de planta, son todos clientes del hospital porque todos los usan.

Así, cuando hablamos de actores el enfoque es mucho más amplio que el simple consultante ¿Y que pasa por el lado de los estándares profesionales? ahí están nuestros ya conocidos “*estructura - proceso - resultado*”, y referidos no sólo a médicos, sino también a enfermería, apoyo técnico, apoyo administrativo. En Chile creo que hemos trabajado muy poco la elaboración de estándares operativos en esas áreas. Es una de las muchas tareas que deberemos enfrentar en un futuro próximo.

Quiero detenerme en un par de puntos. La palabra “*efectividad*”. Es una palabra que a alguna gente no le gusta o la considera innecesaria. Más que la palabra, deseo recalcar el concepto subyacente, pues estimo que es particularmente valioso en salud y que debemos defenderlo a toda costa. Eficacia es logro de un fin. Eficiencia es el logro de ese fin al menor costo (o con la máxima rentabilidad, según como se mire). Efectividad es todo lo anterior, pero concepto que estimo vital en Salud.

Otro aspecto: no esperar un año para tener un resumen estadístico de eventos negativos: llevar el registro y la capacidad de reaccionar con medidas correctas cuando se requieran, día a día, caso a caso, muerte a muerte o queja a queja. Información oportuna y descentralizada, útil al que va a tomar la decisión. Nosotros tenemos sobre-dosis de datos y lamentable escasez de información relevante a la toma local de decisiones.

El “*evento centinela*”, es un término más bien elegante que rescata el valor de la anécdota, que no

tendrá tal vez significación estadística o justificará una publicación científica, pero que puede ser de un enorme valor para orientar la gestión. El caso que comentamos del muchacho que murió frente a un hospital en París, por ejemplo. No sé cuántos millones de habitantes tiene París, pero sin duda que esa muerte no tiene significación estadística alguna. Sin embargo, para sus padres, su familia, sus amigos, les aseguro que tiene significación y mucha. El evento centinela y el enfoque concurrente nos permite un manejo mucho más humano, rescatando lo más valioso de nuestra razón de ser. A veces olvidamos que los pacientes tienen nombres, apellidos, domicilios, dolores, angustia, incertidumbres, penas. Son únicos, irrepetibles y por lo mismo infinitamente valiosos. También estos enfoques, al ir corrigiendo de inmediato lo negativo permiten mayor prevención de nuevos problemas.

Y en cuanto a los incentivos: fíjense qué pasa con los incentivos: desde la presión del pagador por contener costos, los europeos están volviendo a los viejos y nobles valores profesionales, éticos y humanos. Es decir, después de haber hecho tantos esfuerzos por medir todo, estamos redescubriendo lo que nuestros maestros nos inculcaron por generaciones.

Yo tengo una confianza absoluta en este país, en nuestro querido Chile. Estoy convencido que nuestro país es privilegiado en muchos aspectos. No siempre lo hemos sabido tratar y cuidar como se merece, pero cuando lo cuidamos y lo tratamos bien nos responde bien.

La historia de la salud nacional, desde sus albores, es grandemente alentadora. Desde ese famoso Bachiller Bazán – que ustedes han oído hablar que en el siglo XVI mató más españoles que los que mataron los indios (ya hubo esfuerzo en ese entonces por mejorar la calidad y regular la práctica), a Fray Pedro Chaparro que en el fondo descubrió la vacuna antivariólica, o el inmenso aporte de los maestros europeos que marcaron nuestra medicina de la segunda mitad del siglo pasado– Blest, Sazié, Cox y tantos otros.

Nuestro primer Código Sanitario, en 1918 y el actual que surge del anterior con naturales modificaciones. Que el año 24 tuvieramos un Seguro Obligatorio es un adelanto gigantesco. Que tuvieramos el Servicio Nacional de Salud como lo tuvimos el año 52, es algo que merece meditar. Creo que Chile ha demostrado a lo largo del tiempo la capacidad creativa de irse dando respuestas nuevas a situaciones nuevas. Ahora estamos con una escolaridad media de 8 años y no tenemos analfabetismo. Por cada persona que tiene uno o dos años de

escolaridad tenemos uno de 4to. medio. Bueno, ha cambiado la población y ha cambiado la tecnología en todas partes y Chile no es una excepción. Cuando los pueblos progresan van variando sus énfasis. Nuestra población cada vez está más consciente en su derecho a elegir. Elegir Gobiernos por supuesto, y parlamentarios, pero también lo que lee, las noticias que ve y por qué no, a elegir en salud. Yo no quiero ser pitoniso y adelantar cómo será el futuro, pero lo veo muy centrado en una sana subsidiaridad del estado. Creo que el estado no es el enemigo público pero tampoco es el hacedor de todo. El estado es la nación jurídicamente organizada, y si la nación se organiza jurídicamente es para hacer aquellas cosas que los particulares no pueden hacer por sí solos. Pero, por otra parte, aquello que sí pueden hacer los particulares no tiene porque hacerlo el estado que sólo subsidiará a los que no pueden. El subsidio probablemente no esté tan relacionado con los montos de renta, (una renta muy baja puede colaborar a la marcha del conjunto y a paliar la escasez de recursos con el pago o co-pago de la atención abierta, por ejemplo, mientras rentas medias altas o altas tal vez serían indigentes relativos frente a un hecho catastrófico como un politraumatismo, una cirugía cardíaca grave, etc.)

Trato ahora de responder a la última pregunta: los cambios legales que se requerirían.

Le consulté a un amigo abogado que era ley para no hablar sin propiedad y me dijo algo como que ley es “la expresión soberana de la nación, expresada en la forma y por los entes que la constitución estipula, que manda, prohíbe o permite” (no garantizo que la definición sea la exacta pero creo que contiene en lo esencial lo que me enseñó mi amigo).

Si no tenemos un gran consenso de dónde estamos y a dónde queremos llegar, mal una ley no va a

mandar, prohibir o permitir nada en este campo. Porque estamos en un período donde lo tarea es mucho más de meditación, de diálogo abierto, de cambio de opiniones francas y de estudios serios que de legislación.

En verdad es difícil tratar de poner tantas ideas juntas en tan breve tiempo, pero tuve la intención de dejar algunos mensajes subyacentes. Cuando claramente mostré que a diferentes aportes y recursos, los resultados no varían linealmente, que algo pasaba entre medio y esa suerte de caja negra es un poco lo que es la gestión. Creo que en general la gente que trabajamos en salud, médicos específicamente, tenemos una tendencia a movernos en dos extremos: muy macros –estamos siempre preocupados de los grandes lineamientos políticos de la nación– y muy micro- estamos preocupados de la trompa izquierda; entre esos extremos queda un gran lapsus que hemos ido dejando como una espacio vacante. Y cada vez que un nicho ecológico queda vacante, lo ocupa otra especie. Creo que eso no es bueno para el sector salud. Todo lo que es gestión local yo creo que lo hemos dejado bastante vacante. El abordarla con seriedad es otra de las tareas del futuro.

Chile, a su nivel y con sus diversas condicionantes está razonablemente bien en indicadores biomédicos y costos, aunque con diversas áreas problemáticas en cuanto a satisfacción de los actores, incluso más relacionados con los prestadores que con los usuarios.

Las tareas del futuro: mucho debate franco, mucho estudio serio de la realidad, mucha búsqueda de consenso. Ello, con mesura, con cautela, con sentido de las porporciones y previo a solicitar grandes cambios estructurales que si se hacen con apresuramiento, pueden fácilmente redundar en más daño que beneficio.