

VI. CRISIS DEL SECTOR SALUD EN CHILE

Dr. Hernán Sandoval Orellana

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 1, 1992/ 42-46

La discusión sobre el sistema de salud en Chile es parte de un debate universal, ya que es un problema que se está analizando en todo el mundo, porque hay una crisis generalizada de los sistemas de salud.

Hay una crisis conceptual de lo que se entiende por salud, de la organización de los sistemas de salud y también de cómo se enfrentan los problemas a partir de las distintas concepciones.

En la práctica, a cuando el concepto de salud se restringe y la discusión se centra en la atención médica, no se está discutiendo la salud, sino que de enfermedades.

Si se tiene como concepto de enfermedad un desequilibrio manifiesto y evidente para el cual se necesita atención médica y la intervención en salud se restringe solo a ello, se pierde la visión global de la salud.

Cuando, por otra parte, se plantea la salud como un objetivo en relación a un cierto nivel de bienestar, de calidad de vida y de esperanza de vida para una población determinada, se está planteando otro tipo de intervención que no es restringida a la atención médica, sino que es una intervención global sobre los distintos factores que van a incidir en la mantención o la pérdida de ese equilibrio que es la salud.

Esa intervención global, *es de naturaleza social* y en general, cuando uno se plantea en una perspectiva que lleva a resolver el problema de la salud en su conjunto, se hace evidente que la salud concierne a todas las personas y no sólo a aquellas que trabajan directamente en la atención médica.

En relación al concepto de salud y enfermedad, lo más importante que está sucediendo hoy día en el

mundo y en nuestro país, es el fin del paradigma que ha dominado el pensamiento médico y de la salud durante este siglo y que consiste en pensar que la enfermedad es producida por agentes específicos y basta acabar con ellos, para resolver los problemas de salud.

Esta concepción de la enfermedad parte prácticamente desde el Renacimiento y que ve a la enfermedad como el desajuste de un mecanismo en relación a un agente que lo agrede y que hay que controlar a ese agente.

Es, hoy día, una visión que está cada vez más desprestigiada, ya que da cuenta parcialmente de lo que está sucediendo en el mundo según el conocimiento actual.

Sabemos que las enfermedades son multifactoriales, que cuando hacemos una intervención médica estamos interviniendo sobre algunas manifestaciones y algunos de los elementos de esa multifactorialidad; en consecuencia, nuestra intervención, la mayor parte de las veces, es trunca y no va a resolver el problema de cómo se está generando socialmente la enfermedad.

Pienso que hay que plantear el debate en este sentido, porque si no se plantea de esta forma, se cae en el problema que se está viviendo en los países desarrollados, donde la discusión no está en la salud, sino en cómo rebajar los costos de la atención médica. Se ha producido una perversión en ese sentido, hay un gasto creciente en la atención médica, en esos países, que se ha tornado ineficiente para mejorar la esperanza de vida y tiene una eficiencia marginal o relativa en el mejoramiento de la calidad de vida.

GASTO EN SALUD

Tenemos que examinar cuál es nuestro futuro en ese sentido. ¿Vamos a crear o vamos a permitir que se cree un sistema que nos lleve a la situación que ya están viviendo los países que tienen ese sistema? Es la interrogante que hay que plantearse.

En Estados Unidos se ha llegado hoy día a gastar el 12% del producto interno bruto en salud y el problema más importante es el de los altos costos de la atención médica y el financiamiento que ella exige, sin alcanzar cobertura universal de la población norteamericana, donde hay 25 millones de indigentes que no son cubiertos.

Para comparación, en nuestro país aún no llegamos al 5% del producto interno bruto en gastos de salud.

Es evidente que al enfocar el problema desde esta perspectiva, hay que plantearse si es inevitable llegar a una situación como la de Estados Unidos y cuáles son los mecanismos para impedirlo.

¿Qué es lo que ha llevado a Estados Unidos a ese enorme gasto? Pienso que es debido a una concepción de la salud que consiste en considerar que los problemas más importantes de la acción en salud son los que se relacionan con la atención médica y que los otros aspectos que condicionan la salud, no son de competencia del llamado sector salud

PRIORIDAD A LA ATENCION MEDICA

Es un camino por el cual se está yendo en nuestro país. Por ejemplo, en instituciones como las ISAPRES cerradas de las empresas del Cobre, se está llegando a una medicalización de la salud que no es conducente a un mejoramiento real del bienestar y calidad de vida de la población beneficiaria. En Chuquicamata, la tasa de consultas por persona al año, es de 12; y en el Mineral El Teniente, es de 9. Tasas que se acompañan de un gasto enorme en interconsultas para aquellas especialidades en las cuales no hay capacidad interna de los propios servicios médicos.

El resultado en salud de todo este gasto es muy bajo. No sólo eso, sino que en el caso de Chuquicamata, habría una tasa de cáncer pulmonar muy alta, ya que las tasas en la II Región son 3 veces el promedio nacional y 5 veces la tasa de mortalidad por cáncer del pulmón de Arauco.

Es decir, en este caso los verdaderos problemas de salud y que causan morbilidad y mortalidad importante, no están siendo atacados porque ellos *no son de resorte de la atención médica*.

Por otra parte, resulta que extraer el arsénico al

humo que sale por las chimeneas de la fundición de Chuquicamata, tendría un costo aproximado de USD200.000.000.- (doscientos millones de dólares), y con ellos se solucionaría el problema de contaminación ambiental por arsénico. Esto significa que si se destinara gran parte de lo que se gasta en interconsultas, a mejorar el sistema de descontaminación en Chuquicamata, éste se pagaría en algunos años y además, se recuperaría azufre para fabricar ácido sulfúrico que hoy día es escaso en Chile.

En el contexto del pensamiento dominante y de lo que la mayor parte de la gente espera de la salud, éste es un planteamiento muy difícil de sostener. Decirle a alguien que no se haga un Scanner, ahorre su scanner y haga una contribución para que mejoren los sistemas de captación del arsénico, el trabajador va a decir, el Scanner es mío, el problema del Arsénico es de la empresa. Así, vamos a un modelo de consumo que a la larga no tiene efecto en la salud, sino que además, al consumir enormes recursos éstos no se pueden destinar para llevar a cabo acciones que efectivamente podrían traducirse en un mejoramiento de la salud. Siguiendo con este ejemplo de Chuquicamata, he sabido que allí las tasas de malformaciones congénitas del tipo del labio leporino es de una frecuencia de 1 por cada 500 nacimientos en relación a un promedio nacional que sería de 1 por 750 nacimientos. Está comprobado que el arsénico es una agente que puede producir malformaciones congénitas, tanto por estudios en cultivo de tejido como en animales de experimentación.

Aquí hay una evidencia acerca de un problema de salud que no está siendo enfocado correctamente, en un sistema en el cual el gasto en salud es extraordinariamente elevado y mucho más alto que en el resto del país. Frente al problema del labio leporino, la respuesta del sistema es que todos los labios leporinos pueden operarse; en consecuencia, es un problema de salud que, en teoría, estaría resuelto según el pensamiento dominante en salud. Lejos de ello, porque sabemos que ese tipo de malformaciones son evitables.

Por otra parte, culturalmente el trabajador está condicionado para aceptar que su hijo sea un operado y no demanda que se dé una solución radical al problema de la contaminación ni tampoco piensa que eso debería hacerse, en gran medida, a expensas de un gasto en atención médica que, en la práctica, no está mejorando su nivel de salud.

Centrar los problemas de salud en la atención médica y dejar que prevalezca una concepción cultural que el acceso a ella es lo mejor que se puede

en salud, nos lleva a una espiral de gastos que no sólo es caro sino que es ineficiente para la solución de los problemas de salud de una comunidad.

REORIENTAR LAS ACCIONES

Hay que plantearse, desde el punto de vista de los problemas de salud globales, cuáles son los que hay que enfrentar en una comunidad y cuál es el sistema que realmente podrá dar satisfacción a todas las personas, cualquier sea el nivel socio-económico que ellas tengan.

Esto significa establecer límites, límites que son acordes al desarrollo cultural de una sociedad y que yo aprendí en una forma muy práctica. En 1975, en Mali, me llevaron a una aldea donde todos los mayores de 40 años eran ciegos. Ciegos por la oncocercosis, enfermedad frecuente en esa región de Africa, producida por una microfilaria que, alojándose en la retina, produce la destrucción de ella.

En esa aldea me di cuenta que había algo, para mí, prácticamente inaceptable, lo terrible no era tanto que fueran ciegos, sino que esa gente aceptaba que envejecer era enceguecer y, en consecuencia, ser ciego no era enfermedad, sino que era solamente llegar a viejo.

Actualmente, para nosotros esto es inconcebible. Saber a los 20 años que a los 40 se va a ser ciego y aceptar que es una forma de vida, es algo que nos resulta increíble y que incluso cuesta aceptar cuando uno lo está viendo.

Así como nosotros podemos conocer situaciones donde una enfermedad se transforma en una forma de vida aceptable para una comunidad determinada, nosotros podemos ir hacia el otro extremo y pedir cualquier cosa a la atención médica. Por ejemplo, alguien podría considerar que su papada es antiestética y que es necesario que el seguro de salud, cualquiera sea la forma que adopte, tenga que pagarle para que se opere la papada, porque si encuentra que le deteriora la fisonomía, puede afectar su autoestima y, por último, su salud mental y llevarlo a una depresión. Podría, en consecuencia, solicitar el financiamiento de esa intervención de cirugía estética, porque de no hacerla, las consecuencias en su salud mental serían graves y una depresión podría resultar mucho más cara que una intervención para eliminar la papada.

BUSQUEDA DE LA EQUIDAD

Por todo lo anterior se hace evidente que es necesario poner límites.

Este límite, por una parte, significa un piso, que

es lo mínimo que hay que otorgar con el financiamiento que proporcionan los sistemas de previsión o seguridad social, mínimo que es difícil de calificar. Quizás, podríamos llegar a tener criterios para fijarlo como, las muertes evitables, los años de vida perdidos, las enfermedades evitables, o cualquier otro que se establezca con criterios epidemiológicos, pudiendo incluso llegarse a establecer una escala. En este momento no se cuál sería el mínimo, pero que habría que establecerlo. Puede ser que digamos que ningún chileno muera de apendicitis, porque todavía hay gente en nuestro país que muere de apendicitis. Esto significa que tendría que haber pabellones quirúrgicos con cirujanos, anestesistas, enfermeras, pabelloneras y todo lo que se precisa, a lo largo del país, disponibles para operar apendicitis como me lo enseñaron. Si es de noche, antes que salga el sol, y si es de día, antes que se ponga el sol.

Este mínimo, este piso de prestaciones que es necesario otorgar, hay que fijarlo en un debate público, plantearlo como lo que queremos para nuestro país y para nuestra población. Es decir tenemos que fijar objetivos nacionales en salud que comprometan a todos. Garantizar un mínimo, conforme a objetivos epidemiológicamente determinados, es el comienzo para alcanzar la equidad en salud.

COSTO DE LA SALUD

Una vez que hemos establecido un mínimo, tenemos que saber cuánto vale, porque evidentemente hay un costo que enfrentar con un poco más de USD 900.000.000.- (novecientos millones de dólares) que hoy día manejan los sistemas de salud entre FONASA, con el sistema hospitalario y la libre elección, las ISAPRES, las Fuerzas Armadas y otros organismos como las Mutualidades. Esto representa aproximadamente un 4% del producto interno bruto, al cual, si se le suma el gasto de las personas, que no conocemos, podríamos quizás llegar a los 1.200 ó 1.300 millones de dólares, cercanos al 5% del producto interno bruto, que se gasta en salud, principalmente en atención médica.

Este es el primer aspecto sobre el cual hay que ponerse de acuerdo. Cuál es el mínimo y cuáles son los objetivos sanitarios de un sistema de salud mixto que esté integrado por las instituciones estatales y las instituciones privadas.

El segundo aspecto sobre el cual hay que alcanzar un acuerdo es cuánto es el gasto que el país va a hacer en salud como porcentaje del producto interno bruto. Tenemos que decir cuánto más vamos a

gastar, el 6, el 7, el 8% del producto interno bruto, cuál es el límite y cómo usamos los fondos que nos ponemos como tope.

Si alcanzar los objetivos de salud nacional implica un aumento del gasto, es necesario también llegar a un acuerdo sobre el financiamiento y tiene que definirse si es con el aporte de las empresas, aporte de las personas, aporte del Estado a través de los impuestos, sistema general de impuestos y con cuánto cada parte va para financiar el presupuesto destinado a salud.

El tercer aspecto sobre el cual hay que alcanzar acuerdos es sobre quién administra los fondos; éste es un problema extraordinariamente importante, porque mientras mayores sean los fondos destinados a salud, más interés hay en administrarlos. El solo hecho de administrar una masa grande de dinero, da posibilidad de generar grupos de influencia y de poder, aunque todo ese dinero se gaste. Esto tiene que ver con el tipo de instituciones que manejan los fondos para la salud, si éstas son públicas o privadas. En ese sentido, es necesario dejar claramente establecido que el sector público de salud en Chile ha realizado una enorme tarea de trascendencia histórica en mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud al alcance de la mayoría de la población.

El sistema público, a pesar de las restricciones y la pobreza a que lo condenaron ha podido, de todas maneras, dar la mayor parte de las prestaciones de atención médica que se proporciona en el país al conjunto de la población. El intento perverso de acabar con el servicio nacional de salud, en la práctica, ha fracasado porque éste representa una conquista de los chilenos que no están dispuestos a dejarse arrebatar.

La postura contra el sistema público de salud no ha sido una postura pragmática y en búsqueda de la eficiencia, sino que es una postura ideologizada y que en la práctica busca entregar en manos de administradores privados, todos los fondos destinados a la atención médica, independientemente si ellos lo hacen bien o mal y también, del real impacto que tengan en la salud de la población.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS

El cuarto aspecto que está en debate es la estructura y organización de los servicios de salud, la gestión de los servicios de salud tiene que hacerse en unidades más pequeñas y con un grado de mayor autonomía y mucho más comprometidos con las comunidades locales. La descentralización es una necesidad; una descentralización real que dé poderes

y capacidad de manejar los fondos a la gente que está en los niveles locales. Esto es muy importante, porque en un momento determinado el director del servicio de salud va a saber que en su comunidad se necesita una inversión o una campaña de vacunación o la construcción del alcantarillado. Mientras no haya un manejo de los fondos en y por la comunidad local, se va a trabajar en torno a grandes ideas y grandes esquemas y no en relación a intereses concretos donde la comunidad va a estar representada.

¿Cuál podría ser el modelo para la gestión de los hospitales?. Porque el sistema de administración actual es muy complicado y tiene grandes limitaciones por las imposiciones del Estatuto Administrativo, la forma de reclutamiento y de manejo del personal, las inversiones y todo el manejo económico financiero. Es evidente que es necesario modificar la gestión para hacer eficientes los hospitales públicos que no se deben privatizar.

Si no se hace esa transformación profunda de la gestión de los hospitales, el sólo aumentar los recursos destinados a ellos será totalmente ineficiente.

Estoy también de acuerdo con el Dr. Merino que si no se hace esta transformación profunda de la gestión de los hospitales, el sólo aumentar los recursos destinados a ellos será totalmente ineficiente.

PARTICIPACION COMUNITARIA

Un elemento esencial de la transformación de los modos de gestión de los servicios de salud y del sistema hospitalario es la participación de la comunidad. Pienso que efectivamente la comunidad tiene que intervenir en la toma de decisiones sobre el uso de los recursos destinados a salud y ella debe ser consultada para ir generando una identificación entre la comunidad local y sus servicios de salud en los niveles que correspondan, provincial o regional, según la densidad de la población de las unidades territoriales que se considere para desarrollar un modelo de sistema de salud local.

Todos estos son los elementos de una discusión que es urgente hacer a nivel nacional. Es urgente hacerla no sólo entre los especialistas en salud, sino que también con la participación de todos los actores sociales y representantes de diversos organismos de la comunidad en general.

OBJETIVOS NACIONALES

Lo importante, a mi juicio, es que uno puede preveer ciertas tendencias, puede preveer la naturaleza y la extensión de las demandas que se plan-

tearán en el tiempo en una determinada población. Por ejemplo, nosotros podemos decir ahora que el envejecimiento de la población va a llevar a un determinado tipo de patología y ello genera ciertas necesidades específicas en salud.

Estos elementos simples dan una orientación para poder dirigir el trabajo sistemático del sector salud en el sentido de prevenir la ocurrencia de las patologías más graves que se generan por las causas ya señaladas.

Estos objetivos nacionales en salud no son sino la expresión de la voluntad de alcanzar un cierto nivel de salud para el conjunto de la población y no corresponden a una visión estatista de los problemas de salud. Ellos forman parte de los sistemas de salud de todos los países modernos e incluso los países más liberales, como Estados Unidos, tienen objetivos nacionales; por ejemplo, en la cobertura de los hipertensos, el nivel promedio del colesterol en los distintos grupos de edad, las muertes evitables, las muertes por accidentes del tránsito o por accidentes del trabajo, para los cuáles hay tasas nacionales alcanzables en períodos de tiempo determinado.

Nuestro país también puede tener este tipo de objetivos, porque hay una tradición de salud pública bastante estructurada y una organización que es capaz de alcanzarlos, como los que se plantearon en torno a la salud materna infantil en las décadas anteriores. Podemos, por ejemplo, insertar dentro de un abanico de acciones posibles en salud, el problema de la atención médica y plantearlo como uno más, de los necesarios a desarrollar y no como el que resuelve los problemas de salud.

Por ejemplo, es evidente que el hipertenso de 40 años hoy día puede ser el que necesitará un bypass, cuando tenga 60 años. Nosotros tenemos que posibilitar que ese sujeto, que sabemos que tiene un alto riesgo de enfermar, modifique sus conductas, sus estilos de vida y sobretodo, los factores de riesgo que lo están llevando a ese tipo de patología.

La visión medicalizada actual es en la práctica no intervenir sobre los factores que van a condicionar las enfermedades del futuro, sino que ofrecer la esperanza que, cuando en 10 años más tenga un infarto, habrá una tecnología que le permita superar esa enfermedad abriendo la arteria que está obstruida.

La alternativa que se ofrece hoy es tener la capacidad económica para hacer uso de esa tecnología y no desde hoy día empezar a evitar tener que llegar a eso.

En la práctica, el orientar el problema de la salud hacia la capacidad de dar atención médica, genera

expectativas que se resuelven por la vía de montar una capacidad en las cuales esos servicios se vendan y vender "atención de salud" que es un buen negocio, pero es mala salud.

ADMINISTRACION DEL SISTEMA

Esto además plantea una contradicción, plantea la contradicción entre quién administra los fondos y quién proporciona los servicios. Por eso, en la práctica, cuando ofrecemos un sistema de salud a la población, éste tiene que ser sobre la base de un piso, es decir, de prestaciones mínimas; pero también tiene que ser sobre la base de un techo, es decir, que hay ciertas prestaciones que no son financiadas por los sistemas previsionales de salud, porque de otra manera se estimula el consumismo. Fijado al mínimo, que dé real cobertura a las necesidades de la población, hay que dejar que ésta recurra a otros servicios, de su propio bolsillo, cuando las demandas o las exigencias que tienen son superiores a las coberturas que le ofrecen los seguros. Pero no se puede ofrecer que los seguros den una cobertura total e ilimitada, porque eso lleva a estimular un espiral de gastos que, ya sabemos, plantea problemas irresolubles, incluso en los países ricos.

No son los mecanismos económicos los que van a permitir que evitemos los abusos, sino que es la fijación de normas y la intervención en el mercado para poder establecer estas barreras al consumismo en salud, que en la práctica, es ilimitado, porque se le ha hecho creer a la población que es la tecnología la que puede ofrecer solución a sus problemas de salud y en la práctica, no es con tecnología como se solucionan muchos de los problemas de enfermedad.

Es por ello, también, que es necesario señalar que en nuestro país, las ISAPRES deberían tener planes y políticas de prevención de las enfermedades más frecuentes, lo que permitiría rebajar los costos. Pero eso sólo se logra haciendo que los contratos de los afiliados a las ISAPRES sean a largo plazo y que éstas estén obligadas a cubrir todas las contingencias de la salud en ese largo plazo, incluyendo la vejez.

En síntesis, nosotros tenemos hoy día que tomar las medidas preventivas que nos permitan sacar la máxima eficiencia de los pocos recursos que el país puede destinar a salud y hay que fijar los grandes objetivos con los cuales ordenamos el problema de la prevención, la atención médica y el problema, básicamente, de la calidad de vida, la esperanza de vida y el bienestar de la población.