

de 0 a 8 horas, o sea, con ese día ya han cumplido una jornada de 8 días por lo tanto, tienen un día libre cada 8 días y el personal está cansado. Hay un 40% de ausentismo laboral en todos los servicios analizados, ustedes ya han dicho las causas por las cuales este ausentismo se produce.

Bueno, nosotros esto lo planteamos a nivel ministerial, venían las vacaciones y no íbamos a tener reemplazantes pero una cosa es tener un reemplazante, cualquier médico uno lo agradece si va pasando por la calle y se encuentra con un colega y le dice ¿quieres hacer turno? uno se siente emocionado si le dicen que sí, pero en el fondo sabe conscientemente que la capacitación de ese colega no es la capacitación de un colega que lleva 5 ó 7 años en la Posta.

Nosotros tenemos la convicción que la Urgencia es una especialidad por ello queremos formar una sociedad y por ese mecanismo arrastrar gente y formarlos junto con la universidad y darles un trato de especialistas. Un médico bien formado optimiza el recurso y entrega una atención a la altura de las necesidades. Ω

---

## D E B A T E

### **Dr. Ricardo Peña G.**

Antes de pasar a la segunda parte vamos a dar unos 10 minutos para que el auditorio intervenga. En la segunda parte deseamos ver qué solución dan los jefes de Urgencia al problema. A lo mejor la gran solución va a ser el realizar una gran Convención de Urgencias, donde se traten todos estos temas, o sea, una gran convención sobre la salud en Chile, porque realmente la crisis de urgencia es la crisis de la salud en Chile.

### **Médico del Hospital Calvo Mackenna**

Primero que nada quisiera felicitar al Departamento de Salud Pública que tuvo la inquietud de discutir este problema, en segundo lugar deseo hacer presente que los médicos de urgencia siempre hemos tenido las intenciones de querernos unir, pero nunca hemos llegado a ello.

Creo que eso es lo importante ahora; la verdad es que los síntomas del enfermo conocemos los todos los hemos repetido en numerosas ocasiones y el diagnóstico está en la Tabla de esta reunión, quitándole los signos interrogativos.

Los causantes de esta crisis han sido evidentemente las autoridades que hemos tenido hace un buen tiempo atrás, pero que ahora corresponde que hablemos del tratamiento del enfermo y esperamos que en esta reunión cristalice lo que anunció el Dr.

Vera: Es importante que nos preocupemos ahora de elegir un grupo que trabaje, porque evidentemente que no podemos estar todos en una comisión. Creo que habría que elegir un grupo y propongo que se elija una persona por cada Servicios de Urgencia, en primera instancia, y después esa persona sería representante en cada hospital para llevar esta inquietud. Es necesario constituir una fuerza y esa fuerza tenemos que dársela al grupo cada uno de nosotros trayendo una moción de cada Servicios de Urgencia hospitalario de Santiago. Por ejemplo nosotros que somos 40, traeríamos ese voto y se lo transmitiríamos al representante de tal manera de tener fuerza cuando hablemos con el Ministro. Los problemas de urgencia no los consideran porque igual trabajamos, igual atendemos. Nadie se va a botar en huelga en urgencias, todos los demás servicios pueden hacer una huelga. Nosotros nunca. En el último movimiento lo único que no se cristalizó fueron los 15 días de vacaciones de invierno descanso importante para un buen desempeño, que redundo por lo demás en los enfermos, nadie se va a Miami ni a ninguna parte, son los días en que el médico se relaja, por lo demás el médico no vive con el sueldo de urgencias.

Considero que nosotros no obtenemos las cosas porque no somos fuerza y nos somos fuerza porque no estamos unidos.

### **Dr. Mario Cornejo**

De lo dicho yo creo que se pueden obtener varias conclusiones las que debieran ser el punto de partida en el tratamiento de esta materia.

Los Servicios de Urgencia en estos momentos han llegado a un grado de deterioro tal que no están en condiciones de cumplir la misión que se espera de ellos, o mejor dicho que se les exige. Cualquiera sea el aspecto que uno analice de los Servicios de Urgencia, va a llegar a la misma conclusión.

Pero la comunidad, en general está absolutamente desinformada sobre esto; la comunidad cree que está protegida frente a estas necesidades básicas. La salud es el problema más importante que tiene un individuo y por ende es el problema más importante de la familia y de la sociedad. Los problemas de salud y de urgencia son doblemente importantes, justamente porque son impredecibles e impostergables, y es justamente en esta necesidad básica, importantísima de la comunidad donde se está más desprotegido. Y digámoslo fuerte, la atención de los Servicios de Urgencia es de mala clase y no precisamente por culpa de los que trabajamos en la urgencia sino, por otros factores muchos de los cuales ya se han analizado aquí. Eso

se traduce a mi juicio en muerte de pacientes, muertes que podrían haber sido evitadas. Todos tenemos algo de responsabilidad, desde luego los médicos que trabajamos en urgencia por no haber sabido darnos la organización adecuada para alzar nuestras inquietudes y nuestras opiniones también; son responsables las autoridades de salud, especialmente aquellas que impusieron una política de salud restrictiva la que afectó especialmente a los Servicios de Urgencia.

Por su parte, la prensa, el Parlamento se preocupa de múltiples asuntos secundarios, terciarios, descuidando este problema. Yo digo todo esto porque creo que gran parte de los problemas o una parte de ellos se pueden solucionar dentro de los muros de nuestro propio servicio. Otros problemas se pueden solucionar a nivel de las direcciones de Area, pero la mayor parte de los problemas que aquí están planteados exceden incluso, el ámbito del Ministerio de Salud. Por eso yo creo que este debate debe ser transformado en realidad en un debate nacional, y en este sentido creo que el Colegio Médico debe llevar la batuta, un debate en el que participen todos los sectores de la comunidad, partidos políticos, religiosos, organizaciones comunitarias, etc. y en el cual se defina, de una vez por todas, si queremos estructurar Servicios de Urgencia que realmente estén capacitados para cumplir con su misión, o si vamos a continuar negándoles los recursos necesarios y en este último caso la comunidad va a saber que quedará desprotegida frente a una de sus necesidades más importantes, fundamentales.

#### **Médico del Hospital de San Bernardo**

Yo quería presentar, a grandes rasgos, lo que es el Hospital de San Bernardo. San Bernardo que está a muy pocos minutos de este lugar de discusión tiene una población asignada en los últimos años de 220 mil personas. Es una población que se ha quintuplicado prácticamente en los últimos 3 años con la masiva llegada de poblaciones erradicadas de otras comunas de Santiago. Nuestro Servicios de Urgencia también participa del pecado y desperdicio que ya ha sido mencionado. Los volúmenes de nuestro Servicio también son importantes: En el año 90 nuestro Servicios de Urgencia también llegó aproximadamente a las 140 mil atenciones de las cuales 70 mil corresponden a personas adultas el resto a niños. Sin embargo, ¿Quiénes realizan esta atención de urgencia?: Nuestro Servicios de Urgencia en la práctica, cumple turnos de 12 horas y estos turnos de 12 horas están dados para adultos con dos personas, un cirujano y un internista. En la noche el cirujano aparte de atender y de "boxear"

como les consta a todos, tiene que participar en las intervenciones quirúrgicas, desde apendicectomías hasta traumatismo graves absolutamente solo acompañado por los arsenaleros solamente.

Todo esto muestra la magnitud del problema que estamos viviendo nosotros. Las cifras nuestras son bastante cercanas a las que ha mencionado el Dr. Gac. Llegamos a 75 mil en adultos, pero sólo con dos personas atendiendo.

#### **Dr. Ricardo Peña G.**

Muchas gracias doctor. Realmente parece increíble que a 20 km del centro de Santiago tenga que entrar a operar un cirujano solamente acompañado de una arsenalera, ello va contra la ética de este mismo Colegio. La Justicia en el día de mañana va a ser inflexible con ese colega, ante cualquier demanda que pueda tener por un acto de mala práctica, por aceptar operar en esas condiciones.

#### **Dr. Edgardo Varela A.**

La verdad es que todo nos sirve para poder encontrar soluciones. Yo pertenezco al Hospital Exequiel González Cortés, y la verdad que se ha planteado aquí, nos sucede a todos. Lo que planteaba el Dr. Vera, con respecto a encontrar a un colega en la calle y solicitarles hacer un turno, eso es así y nosotros tenemos algunos problemas con colegas que han pasado por el Hospital y sus reemplazo están involucrados con problemas que no sabemos hasta donde van a llegar. La verdad es que el peso de la Ley puede perfectamente caer sobre ellos y sobre otros más.

Muchas veces hay colegas que han venido a capacitación desde los Policlínicos y han tenido que hacer turnos de posta porque no hay quien reemplace.

A nivel de la cirugía, nosotros no tenemos anestesista, no tenemos ayudante, operamos solos.

#### **Dr. Francisco Ossandón C.**

Estoy de acuerdo con todo lo que se ha dicho. He asistido muchas veces a este tipo de reuniones las cuales son una catársis colectiva, pero creo que ello no es la idea, debemos en cambio llegar a detectar cuales son las raíces del problema, y buscar la orientación para cambiar la situación.

Pienso que hay un problema administrativo. La atención de Urgencias es una prioridad (también la de Maternidad) no se puede postergar, por lo tanto habrá que hacer ver a las personas encargadas de la distribución económica de los fondos de los Servicios de Salud, que si es por "priorización" que arreglar en primer término la situación de los Servicios de Urgencia.

Hay que hacer ver que esto es prioritario y segundo, buscar la independencia administrativa y el manejo de fondos de los Servicios de Urgencia, porque si no se pierden en el maremagnum de los gastos del servicio.

Incluso eso ayuda a los servicios de Clínicas porque gran parte de los programas que tienen los servicios de Clínicas son ocupados por los enfermos de urgencia que ingresan entonces se les ocupan las camas, los pabellones y no se pueden hacer las operaciones que están programadas, etc. Al haber una cierta separación habría una ventaja.

El tercer problema es que la atención de urgencia tiene el problema ético:

Primero, en el sentido de que se le está entregando tremendas responsabilidades a gente que está recién salida y que tiene poca experiencia. Tal vez una de las cosas que más experiencia requiere es la atención de urgencia. Así que le estamos ofreciendo a la población, no es lo que la población necesita, en cuanto a experiencia médica.

En segundo lugar, estamos asumiendo responsabilidades que no tenemos porque asumir, y que ningún juez las va aceptar. Si un colega no cuenta con anestesiista, él está asumiendo la responsabilidad del anestesiista y si un auxiliar le está dando la anestesia él es el responsable de lo que ocurra. Por lo tanto, no debemos asumir estas responsabilidades, al "tapar esos hoyos" somos nosotros los causantes de esta situación, desde el momento en que "tapamos hoyos" no hacemos ver el problema real que existe.

Yo pienso que si no se puede dar una atención digna, el médico de urgencia no debe aceptar asumir un riesgo que no le corresponde, porque por mucho que se les diga que los van a respaldar, en el momento determinado desde el punto de vista legal no se puede condenar a un servicio de salud, no se puede condenar a una clínica, no se puede condenar a nadie a un pago civil, mientras el médico no haya sido penalizado, y no penalizado desde el punto de vista civil, sino desde el punto de vista corporal, o sea, tiene que haber una pena corporal para el médico para que se demuestre que hubo negligencia y por lo tanto corresponde una indemnización ya sea por el médico o por la institución.

Por lo tanto cualquier indemnización que solicite la persona, pasa por la condena del médico primero.

#### **Dr. Ricardo Peña G.**

Yo quiero agradecer la intervención del doctor Ossandón con respecto a las responsabilidades éticas y legales que tenemos al asumir responsabilidades que no nos corresponden en los Servicios de Urgen-

cia. Sin lugar a dudas los jueces, a pesar de que el Colegio perdió su tuición sobre la ética (somos ahora una Asociación Gremial y no una corporación de derecho público), siguen tomando en cuenta la opinión que tienen los sumarios éticos del Colegio. Los Jueces insisten en que antes de hacer condena el Colegio determine si éticamente hubo culpa o no y ello en muchas ocasiones para poder actuar. Lo dicho así debe ser transmitido a todos los Servicios por el doctor Ossandón es muy importante.

#### **Sr. Pablo Valencia G. (Ingeniero Biomédico)**

En primer lugar muchas gracias por darme la posibilidad de estar aquí. Yo no soy médico, soy Ingeniero Bio-médico. Para nosotros participar en esta conferencia ha sido una experiencia absolutamente valiosa la pregunta que nos hacemos es cuáles serían los escenarios posibles de solución bajo un punto de vista tecnológico, bajo un punto de vista clínico, bajo un punto de vista de gestión administrativa en opinión de un economista.

Vuestra situación es crítica, pero no es tiempo de respuestas locales, no podríamos proponer una solución sino que tratar de traspasar esta experiencia en la forma de escenario para que las autoridades locales sean capaces de tomar algunos elementos y adaptarlos a la realidad chilena para ver si se puede dar un efecto completo.

Esto lo comentábamos con el Dr. Chancuada (él ha sido Director Médico del Hospital General de Los Angeles; este Centro es uno de los más grandes del mundo, el más grande de los Estados Unidos, son 3.500 camas y un presupuesto de 200 y tantos millones de dólares al año con una población de un 90% de indigentes, muchos de ellos llegan sin historia médica y con una población de SIDA que ha estado gradualmente saturando las emergencias).

El doctor Chancuada, a una delegación de médicos chilenos que estuvo en Estados Unidos les dijo que ojalá no aprendieran el sistema americano. Les dijo, si ustedes quieren ser un sistema avanzado, yo les voy a contar qué cosas no hacer para no llegar a la misma terrible situación en las cuales millones de personas están sin centros de salud y no tienen ningún tipo de cobertura y esas personas terminan en los Servicios de Urgencia de los hospitales generales, equivalentes a la Posta Central.

Lo que si nos preocupa a nosotros y esta es una pregunta que quisiera hacer es: Esta mañana tuvimos una especie de discusión con el Director de la Posta Central, con personas de los hospitales, representantes del Ministerio y una de las preguntas fundamentales que me ha dado vuelta en la cabeza es qué hacer con la capacidad de los Servicios de

**Urgencia.** Qué hacer con la capacidad de los Servicios de Urgencia que no atienden las 24 horas. ¿Qué hacer con los hospitales que tienen capacidad de camas de alguna forma u otra, como el Hospital Universitario? Qué hacer con una readecuación del sistema de urgencia. Qué hacer entonces, cual es la labor fundamental de la Posta Central. ¿Hay que crear una nueva Posta Central?

Nosotros somos increíblemente ingenuos con esta situación porque no conocemos los detalles internos de la situación chilena, pero me gustaría mucho de que hubiera una discusión sobre esto, porque nos pareció un poco sorprendente de que este tema siendo tan visitado y tan importante bajo el punto de vista de la Posta Central, es la Posta Central la que puede crear; y ya el Ministerio habla de un sistema parecido al 911, que la experiencia nuestra el 911, sobrecarga terriblemente los Servicios de Urgencia, porque vienen un 60 a 70% de emergencias no calificadas, ¿cuáles son las consecuencias de una medida de ese tipo? ¿Cuál sería el escenario de una unidad de rescate que desgraciadamente no tiene poder de resolver porque ese servicio de rescate trae a toda la gente que se lo solicite a los Servicios de Urgencia.

**Dr. Ricardo Peña G.**

Pasaremos a la segunda parte y en ella quisiera partir con el Dr. Feliú y preguntarle ¿Qué soluciones ve usted a esta problemática?

**Dr. Raúl Feliú M.**

Podría ser muy simple la respuesta: Acentuar los recursos, pero no es así, yo creo que hay una solución ideal que conviene mencionarla sería que la Región Metropolitana tuviese 5 Hospitales Base con capacidad resolutive plena incluyendo la máxima complejidad las 24 horas del día, eso es lo ideal. Podemos conversar después si esa solución ideal es factible o no.

La situación real está dada en pocas palabras por los pocos SAPUS que estarían asumiendo la complejidad primaria de urgencia. En segundo lugar, los Servicios de Urgencia adosados a los hospitales que, por las características que aquí han señalado de absoluto divorcio con su Hospital, tienen una capacidad resolutive media, son capaces de solucionar una complejidad mediana, y necesariamente tienen que referir a la instancia última que hay en Santiago, la Asistencia Pública que tiene una capacidad resolutive un poco mejor, y que es la última opción nosotros por eso tenemos la puerta abierta y no rechazamos nunca a nadie y de alguna manera resolvemos los problemas.

Uno es el plano real, otro es el plano ideal. Yo creo que aquí tiene que haber una gran definición y ésta le corresponde al nivel político, ¿Va a apuntar hacia la solución ideal, asumiendo todo lo que esto significa en inversión, costos, y en tiempo de demora o se va a abocar en perfeccionar lo que hoy día tenemos? perfeccionamiento que pasa por una solución al problema de personal, pasa por un equipamiento que estreche la brecha tecnológica (que nos deje no en los 20 ó 30 años que tenemos, sino que en dos o tres años) y que renueve la estructura.

Es en ese sentido donde tienen que haber definiciones y no somos nosotros, los que trabajamos en urgencia, por muy Directores que seamos, los que vamos a tomar la decisión última en ese sentido. El Ministerio ha dado algunos pasos y me permito yo señalarlos, porque junto con Carlos Carvajal y con otros Jefes de Servicios de Urgencia hemos participado largos meses en reuniones y discusiones, elaborando un proyecto que lo terminamos y que se está estudiando; es una organización del Servicios de Urgencias de ambulancias, un problema que no se ha tocado aquí, pero tan dramático y caótico como los servicios hospitalarios de urgencia. Eso está totalmente terminado, es un estudio muy completo que si llega a materializarse va a ser una solución hasta donde la ciudad de Santiago permite, con sus vías tan estrechas, pero implica aumentar sustancialmente los gastos, crear una empresa aparte. Es un asunto complejo y aprovecho de decir que nosotros, la Asistencia Pública, asumimos la problemática, los costos y los riesgos de lo que implica el traslado de enfermos de urgencia en Santiago, y ello nos da muchos dolores de cabeza y grandes gastos.

El segundo proyecto que también está terminado, se refiere a la organización y acreditación de los Servicios de Urgencia. Se hizo un estudio muy cuidadoso en el que se pretende homogeneizar criterios, establecer una red coordinada en el país, primero en la Región Metropolitana, definir cada Servicios de Urgencia, establecer los niveles de complejidad, establecer los estándares de calidad que nos vamos a fijar niveles A, B, y C, que no es el caso entrar a analizar.

Tenemos ese estudio que en forma muy detallada define una política de personal que incluye todas las cosas que aquí se han criticado, la carrera bien definida, como se accede a los cargos, cómo se aleja de los cargos, que ese es uno de los grandes problemas; ustedes no se lo imaginan, pero a mí me da vergüenza decirlo. Yo tengo un chofer de ambulancia que tiene 70 años, y que anda haciendo servicio de ambulancia de urgencia, porque no puede jubilar,

porque no le conviene.

Una política de conservación de personal, de incentivos, etc. todo está en ese proyecto y también una política de financiamiento. Nosotros enfatizamos mucho en ese proyecto que, de una vez y por todas, se hagan planes sobre base de gastos reales, porque es increíble, todos funcionamos sobre la base del 20 ó 30% de lo que cuesta realmente algo y asumimos deudas y deudas y después vienen los tirones de orejas por todos lados. Pero la única forma de seguir funcionando es con esas deudas.

Al mismo tiempo que entregamos este proyecto que tiene una envergadura importante, un costo de implementación y de operación bastante grande solicitamos una decisión política al respecto, es el país el que tiene que decidir si quiere darse esto o no, y por eso yo creo que todo esto pasa inevitablemente por una toma de conciencia de la comunidad; la comunidad espera muchísimo de nosotros, crea expectativas legítimamente y cree que si va a un servicio lo va a atender gente que sabe lo que tiene que hacer y que existen todos los recursos; y efectivamente, no hay todo esto, pero es difícil en Santiago crear esa conciencia.

Nosotros no hemos sabido o no hemos podido “vender nuestra pomada” y la prensa, la verdad de las cosas, es que lo único que hace es bombardearnos con escándalos cada vez que puede y yo se los he dicho en la cara por eso soy muy impopular con ellos, yo les digo, ¿qué escándalos vienen a buscar ahora? ¡Hagan noticias positivas, promuévannos!, éstos son hospitales que son dependencias a las que se les pide mucho y se les da muy poco, se espera mucho de nosotros, y no solo la opinión pública corriente, los propios colegas. ¿Díganme ustedes, que es lo que tiene en la mente cualquier santiaguino, incluso médico, cuando pasa algo: “Llévenlo a la posta”, porque allá de alguna manera se lo arreglan.

Por eso le agregamos a este proyecto, al Sr. Ministro un agregado que decía ésta es una proposición a plazo mediano o largo plazo, pero se necesita una proposición a plazo inmediato porque este es un barco que se hunde, si no se toman medidas aquí y ahora, esto se hunde. Eso está en manos del Ministerio. Todo lo que significa aumentar personal implica crecimiento del sector público y críticas políticas de todos lados, por los equilibrios macroeconómicos, etc. De manera que es una tarea tremendamente compleja, yo la veo con mucha preocupación porque no veo una salida luego.

#### **Dr. Gonzalo Lopetegui A.**

Para no caer en repeticiones sobre lo que dijo el Dr. Feliú yo me quiero centrar solamente en una

solución en el más corto plazo: En pensar en devolvernos algunas de las conquistas que perdimos, vale decir, incentivo económico, vacaciones de invierno, favorecer o financiar que el médico de urgencia se perfeccione haciendo en forma obligatoria ese curso de avances del manejo del trauma, que vale 40.000 pesos y que no cualquiera lo puede financiar; el Ministerio debería financiar eso para así ir mejorando la calidad de las atenciones, y poder atraer más gente y poder así volver a esa famosa lista actualizada.

En el largo plazo, el proyecto mencionado me parece fantástico.

#### **Dr. Eduardo Morales M.**

Yo creo que cuando se establecieron los niveles de atención en salud, se olvidó de la urgencia. Somos todos los niveles y de hecho atendemos desde la picada de zancudo hasta la penetrante cardíaca y eso, sin duda, que gravita en el entusiasmo de los médicos en la cantidad de público, en los incentivos de trabajo.

Pienso que urgencia también tienen niveles y hay niveles urgentes pero de menor complejidad que deben ser solucionados a nivel de la atención primaria. Esta idea que la estamos trabajando hace mucho tiempo se ha solucionado en parte con los SAPU, pero qué es lo que pasa ahí, en nuestra área existen 3 SAPU y nosotros no tenemos ningún conocimiento de ellos, no sabemos cómo funcionan, a qué hora funcionan, quién los atiende y ellos tampoco nos conocen a nosotros, es decir, es imposible aprovechar el recurso sin comunicación y coordinación.

Nosotros somos, como decía un servicio adosado a un Hospital general y somos dependientes de ese Hospital en cuanto a pabellones, camas; evidentemente somos resolutos, la Posta Central nos gana en oftalmología, pero igual que ellos mandamos a Neurocirugía, el resto tenemos que resolverlo con nuestros medios.

Creo que el Dr. Ossandón dijo algo que me parece de extrema urgencia: Se nos juzga con un doble estándar, el Director del Hospital nos dice “ustedes son la cara de Hospital, por lo tanto tienen que tener una buena cara”, y resulta que cuando pedimos recursos empezamos a competir con la lavandería, con rayos, con cualquier otro servicio y no se nos trata como urgencia. De tal forma que a mí me parece que una medida urgente es que los Servicios de Urgencia tengan una línea de financiamiento, no sé si administrativa, que nos permita disponer de los recursos necesarios para poder disponer sin tener que estar compitiendo con las otras

prioridades que necesariamente tienen los Directores de Hospitales.

### **Médico del Servicios de Urgencia Hosp. San Juan de Dios**

Creo que respecto a soluciones, los que han hablado antes que yo, han hablado lo más importante. La definición de la política de urgencias y en el fondo la definición de una política de salud hacia el área. El Dr. Cornejo hablaba de un debate nacional, indudablemente que para la salud en Chile hay que promover un debate nacional, que no solamente tiene que incluir urgencias sino todos los aspectos de la salud. Ese debate no se ha hecho, es necesario para promover un desarrollo equitativo y solidario de la salud, porque los fondos de salud existen, pero el país debe definir el destino de los fondos, eso entiendo yo como una política nacional.

Me alegró mucho haber escuchado al Dr. Feliú decir que está estudiando y ha hecho una comisión donde se han planteado seriamente los problemas; no sabía que existía un estudio a ese nivel y faltaba que el Ministerio promoviera este estudio conjunto.

Nosotros en el Área formamos una comisión ampliada, con integrantes de todas las clínicas para estudiar el problema de urgencia. Se plantearon medidas a corto y mediano plazo, que han sido enunciadas por las personas que me precedieron, el problema está prácticamente delineado, las soluciones están a la vista, pero falta la fuerza para que estas soluciones se apliquen. La comisión determinó una solución, lentamente ha ido manejándose esa solución, hay ya un proyecto, un estudio para hacer un nuevo edificio de la Posta N° 3; es posible presionar en un despertar de los Servicios de Urgencia, en especial el San Juan de Dios se dio cuenta de lo que la urgencia significa dentro de lo que desestabiliza la urgencia los planes dentro de los servicios clínico; ha presionado a las autoridades y tiene en este momento un estudio modernísimo que traerá aparejado la habilitación, los cargos a largo plazo, a corto y mediano plazo. Hay medidas las que están enunciadas, tenemos que hacer la fuerza necesaria para que esto se realice, elementos hay.

### **Dr. Carlos Carvajal H.**

Se han tocado todos los problemas, pero yo creo que hay que tener en cuenta lo que dice el Dr. Feliú, que este es un barco que se está hundiendo, los Servicios de Urgencia se está hundiendo, se están yendo el personal, los médicos, por falta de recursos y yo creo que hay que tomar medidas ahora.

Nosotros hemos participado en la comisión en dos o tres oportunidades, pero nunca hemos termi-

nado de trabajar porque no vemos que signifique algo práctico; yo le tengo bastante miedo a las comisiones porque uno está mucho tiempo en esto y no aparece nada inmediato.

Hay algunas cosas que debemos puntualizar y que deben ser inmediatas:

- Desde luego, mejorar los lugares de trabajo, por lo menos en condiciones aceptables, eso no es un gasto tremendo.
- Mejorar las condiciones económicas, a todo nivel, desde el portero hasta el médico.
- Debe haber una carrera con expectativas de tipo funcionaria y académica y tener una política de urgencia bien definida. Definir que tipo de urgencia quiere, que quiere el Ministerio y eso exponérselo a la ciudadanía. Eso tiene un costo y hay que asumir ese costo.

Hay cosas absurdas, como por ejemplo los médicos SAPU están deseosos de tener algún tipo de contacto con los Hospitales, ¿por qué no permitirles que vayan a los Servicios de Urgencia a aprender como se trabaja, y que vuelvan después de un tiempo determinado a trabajar a su servicio respectivo, van a saber quiénes están ahí, cómo se trabaja, etc. pero no hacer lo que se me dijo a mí, en su tiempo libre puede ir, "eso es absurdo, tienen que ir con sus remuneraciones, con su tiempo de trabajo allá. Así van a tener médicos adiestrados y entrenados en urgencias en la periferia.

Desde el punto de vista administrativo, es fundamental mejorar los SAPU y Servicios de Urgencia, Consultorios Externos que sean resolutivos y no solamente que manden interconsultas y que llenen papeles, para lo cual tienen que tener algún tipo de capacitación sus médicos y tener algunos recursos mínimos. (Rayos, ECO, y Laboratorio.

Los Servicios de Urgencia tienen que tener un sistema por el cual le ingresen recursos propios para sus problemáticas propias sino se pierden en este maremagnum de fondos, incluso los que se generan en los Servicios de Urgencia se pierden.

El sistema administrativo debe ser diferente para los Servicios de Urgencia porque es un sistema diferente, por lo tanto tiene que tener un estatuto diferente con respecto al sistema diurno.

Hay médicos deseosos de trabajar en el sistema, en su nivel. Hay una cosa que es fundamental, los hospitales son "feudos" y cada "macro-feudo" tiene "micro-feudo", que son los servicios y cada uno cuida su parcela. Debe entenderse de una vez por todas, que los Hospitales son parte del Servicios de Urgencia: Si usted tiene que derivar a los enfermos, los Hospitales tienen que resolver el problema.

Se ha hablado aquí de los servicios adosados a los

Hospitales, pero que los hospitales “bajan la cortina a las dos de la tarde” eso pasa realmente, y resulta que hay 10 pabellones cerrados adentro, o equipo de rayos en la misma situación.

Los Hospitales tienen que entender que son la misma gente, los mismos chilenos, los mismos médicos, no cambia nada con trabajar en urgencia o trabajar adentro, especialmente tienen que entender esto los Jefes de Servicio que son feudos. Los Hospitales deben integrarse a los Servicios de Urgencia.

#### **Dr. Mariano Requena B.**

Esta es una reunión tremendamente ilustrativa, impactante. Felicito al Departamento de Salud Pública, porque me ha sugerido dos imágenes: Por un lado, la historia ha dicho que los médicos han sido sacerdotes, yo los miraba a ustedes y dije, aquí están los Obispos.

Yo creo que se necesita, para ver este problema en su gran contexto, tener alguna información de lo que está pasando en este país con las finanzas. Yo creo en este magnífico grupo que tiene una tremenda experiencia, que hace comisiones, pero las comisiones se hacen cuando no hay plata para solucionar los problemas, entonces se plantean las condiciones, se ponen a discutir el asunto, llegan a excelentes conclusiones, pero no hay respaldo. Voy a dar cifras concretas: El Servicio del Sistema de Salud dispone de 40 dólares per cápita al año, eso es lo que tiene para urgencias, hospitalización, atención externa, etc. etc. Esto es por persona, por habitante, por beneficiario, no estoy hablando de la población de Chile. El FONASA dispone de 80, y las Isapres disponen de 200 mil. Esa es la realidad que estamos viviendo en este país y significa el 1% del PGB, Estados Unidos, en cambio gasta el 13,5 del PGB. Este distinguido Dr. que está aquí y que dirige un tremendo conglomerado de hospitalización está gastando per cápita, 2.600 dólares, en tanto que nosotros gastamos 40. Esa es la realidad que nosotros tenemos que develar.

Esto no es sólo un problema de los Servicios de Urgencia creo que si traemos a los internistas y a los pediatras tendremos, probablemente, igualmente una ilustrativa catastrófica. Ahora, este gobierno ha hecho un esfuerzo, claro si uno lo mide porcentualmente el 40%. Pero los países están gastando el 12 y EE.UU. está malgastando la plata, esa es la verdad.

Los países que están aprovechando mejor la plata, como Canadá o Inglaterra, están gastando en ese momento 700 mil dólares per cápita, nosotros estamos muy lejos y resulta que la Medicina a la que

la gente aspira es la que la gente ve en las telenovelas norteamericanas; en ellas se muestran hospitales magníficos, doctoras muy buenas mozas, médicos bonitos y ambulancias estupendas, resulta que ésa es la imagen que la gente está incorporando a su cabeza y éso es lo que espera ver de alguna manera reproducido y probablemente esa sofisticación es la que supone que hay dentro del Servicios de Urgencia.

Yo quería plantear muy brevemente esto porque creo que los colegas tienen que tener esta información. Además, debo decir que el sistema público se da el lujo de regalar 12 mil millones a las Isapres, esta es otra verdad que no se sabe. Doce mil millones de pesos se entregan todos los años a las Isapres y son concretamente calculables, de manera que yo creo que hay que tener una voluntad política, mientras no estemos en un 4% del PGB (evidentemente que el complejo de Los Angeles gasta dos veces lo que gasta el servicio chileno en salud, sólo el complejo de Los Angeles).

Felicito a los exponentes, porque a pesar de las tragedias han sido muy ilustrativos.

#### **Dr. Alfredo Gac M.**

Me alegra escuchar al Dr. Requena porque a uno lo sitúa en la realidad y la verdad es que revertir este proceso va a costar muchos años, son políticas que se tienen que revertir a largo plazo, lo cual no significa que uno dé por perdido todo y se siente a esperar como cambian las cosas. Uno tiene que adecuarse a lo poco que tenga.

Hay servicios que están tratando de hacer cosas con los pocos elementos que no tienen a la mano, yo estoy de acuerdo con el Dr. Ossandón, que no hagan las cosas, eso es importante que ellos lo sepan, no las hagan, aunque recarguen a los otros servicios, porque si las autoridades creen que se están haciendo bien las cosas y no se sabe realmente hasta que no se crea el problema.

Nosotros tenemos que luchar a nivel ministerial, a nivel gremial, y en nuestra propia casa, por lo tanto para tratar de sacarle plata al Ministerio de Educación y decirles que ellos tienen que subvencionar la salud y darnos plata a nuestro Hospital, sin ello es muy difícil y ahí mueren todos nuestros proyectos.

Es muy bueno el proyecto que ha presentado el Dr. Feliú al Ministerio, yo ya lo conocía, son soluciones, es importante que se tipifique a nivel nacional todos los Servicios de Salud que están practicando urgencias y a los cuales les da un cierto rango a cada uno y ellos pueden saber a que rango pertenecen y hasta que punto pueden actuar de urgencias y a que punto deben estar derivando las urgencias.

A corto plazo, nosotros debemos luchar por

## Debate

descongestionar los Servicios de Urgencia del ochenta y tantos por ciento de patología que no debiera llegar a nuestro Servicio y ser ellos absorbidos por estos SAPU que debieran estar proliferando a nivel más poblacional, acercando la Medicina a las poblaciones donde realmente se necesita.

A nivel ministerial, pelear por descongestionar nuestro Servicios de Urgencia aumentando las aten-

ciones periféricas que desde luego deben tener una coordinación con el Hospital Base (cuando los SAPU del Area Norte se instalaron tuvimos buena coordinación con ellos y fueron a hacer pasadas durante un tiempo no sólo para obtener un pequeño adiestramiento sino que para que ellos conocieran al paciente de urgencia y nosotros conocerlos a ellos). Ω