

## Recuperación y reinención de la atención médica para la población de Chile

Recovery and reinvention of medical care for the population of Chile

Dr. Carlos Montoya-Aguilar<sup>1</sup>

**S**iempre, en las encuestas de opinión, “salud” aparece como lo más demandado. También son aspiraciones básicas, Educación, Alimentación, Vivienda y Seguridad Social. Todas están muy relacionadas entre sí. Hoy existe en Chile una fuerte conciencia de que son derechos ciudadanos que deben estar garantizados en la nueva Constitución del país.

¿Qué significan esos derechos? ¿Qué quiere o qué necesita la gente cuando habla de derecho a salud?

Una respuesta basada en la experiencia podría ser: “que la vea un médico cuando se siente enferma o herida, o si son mujeres, también que esté accesible una matrona en la gestación y puerperio o una enfermera cuando sufre un hijo; o un dentista si duele una muela”. El papel de estos profesionales a los ojos de la gente no debe ser subestimado.

La población chilena sabe que ese contacto con un profesional de la salud, esa ATENCIÓN DE SALUD, debe ocurrir preferentemente en un SISTEMA público que tenga objetivos claros. ¿Cuáles deben ser estos objetivos? El primero, que se evite la enfermedad, o el daño, o la muerte prematura, o el dolor, o el miedo de las personas; es decir, mejorar el ESTADO DE SALUD físico y mental de los individuos y de la población.

Otros objetivos generales del Sistema, que son consecuencias del anterior, son: apoyar el desarrollo del país y generar satisfacción de la gente. El papel de la atención de salud, del personal de salud, en el desarrollo, se explica por la presencia del sistema, con sus características de organización y calidad, en todos los lugares, en todo el territorio, en contacto directo con todos los habitantes. En situaciones de emergencia, como puede ser la existencia de una epidemia o pandemia como la del Covid-19, la Atención de Salud puede ser uno de los Sistemas que contribuyan a la salvación del país.

Cada comunidad conoce sus problemas de salud y de otros tipos. No debería ser imposible que los discutieran periódicamente en cabildos abiertos, con PARTICIPACIÓN de todos, familias, representantes de instituciones públicas y privadas, científicas y filantrópicas. Que se confrontaran datos, hechos, intereses, conocimientos, temores, experiencias. Que se compartieran historias, antecedentes. Que se llegara a conclusiones y se actuara.

Se vería que los problemas de salud son de todos, y que deben ser abordados con la suma de los recursos que hay en la localidad. También se percibiría que los problemas de distinta denominación están todos relacionados entre sí y que son necesarias estructuras mixtas de Salud y Educación, de Ambiente y Salud, de Salud y Deporte, etc.

Nuestro sistema de atención de la salud, como el de muchos países, está muy dividido: público y privado, de modalidad institucional y de libre elección, atención a trabajadores formales y a otros trabajadores, a indigentes y no indigentes. La fragmentación le resta efectividad y eficiencia, enormemente. Nos impide ver a todos y cada uno de nuestros vecinos. Un conocimiento recíproco entre los pacientes, las familias, los equipos de salud, es la condición necesaria para lograr CONTINUIDAD de la atención; para no repetir anamnesis, exámenes físicos, exámenes de laboratorio, a las mismas personas; para saber quiénes se han quedado sin ser vacunados o sin recibir exámenes preventivos oportunos. Es también necesaria para apoyarse mutuamente en casos de incomprensión y de agresión. La continuidad es un enorme recurso de la atención integral de salud.

Recibido el 22 de Enero de 2020. Aceptado el 18 de marzo de 2020.

<sup>1</sup> Médico Salubrista. Editor Cuadernos Médico Sociales

Esta integridad de contacto se logra en el trabajo diario de los equipos: las consultas, las visitas a los domicilios, a los barrios, a los sitios de trabajo, a las escuelas, a las sedes de las organizaciones sociales que piden recibir información, educación y entregar sus opiniones; y con sencillos censos de distritos.

El contacto íntegro, el acompañamiento recíproco, requiere formas de ORGANIZACIÓN. Una, muy importante, es la sectorización de los territorios urbanos que atienden los equipos de los Consultorios distritales y de los Hospitales. La ruralidad es hoy muy minoritaria en Chile; pero cuando tenía mayor peso originó el Programa de los Médicos Generales de Zona, por el cual médicos jóvenes obtenían ciertos incentivos si pasaban tres o más años en hospitales de pueblos chicos. Fue una importante innovación debida al Servicio Nacional de Salud (1952- 1980) y todavía se aprovechan sus beneficios para el sistema.

Importa mucho la organización del tiempo: que para los horarios de atención de los Consultorios se respeten los tiempos del trabajo y de otras actividades cotidianas de la gente, además de las de los funcionarios de los servicios de salud. Por ejemplo: aprovechar mejor el tiempo de 18 a 22 horas, que normalmente se dedica a actividades sociales. Para evitar las aglomeraciones y la pérdida de tiempo (y espacio) en las salas de espera, se debe programar la atención de los controles en horas asignadas mediante citación escrita, dejando entre éstos períodos para consultas espontáneas a resolver por orden de llegada.

Otro aspecto básico de la organización es la del personal. Es concebible una cierta normalización de LOS EQUIPOS de los Consultorios distritales urbanos (Cesfam). Como ejemplo (sujeto a discusión), a cada sector de 10 000 habitantes pueden corresponder tres médicos generalistas (orientados a niños, mujeres, o a otros adultos); a cada dos o tres sectores, tres o cuatro “especialistas básicos” (pediatría, medicina interna, psiquiatría de adultos, ginecología). También debe sectorizarse la dotación de odontólogos, de matronas, de enfermeras universitarias, de paramédicos. Y para cada Consultorio, un farmacéutico y el respectivo personal auxiliar, con un arsenal de medicamentos del formulario nacional, de modo que sea posible el despacho inmediato de la mayoría de las recetas. Evidentemente, a esta estructura deben agregarse los demás servicios generales propios de un Consultorio y correspondientes a las políticas de atención de salud del país en cada época. Para las urgencias, dos vehículos siempre disponibles. Y

la dirección del Consultorio Distrital puede corresponder a un médico de familia.

Los dos tipos básicos de establecimientos de atención, que son los consultorios distritales y los hospitales, tienen distintas funciones; pero no debe entenderse que se trata de dos niveles separados y con distintas jerarquías técnicas. El mayor problema de muchos Sistemas Nacionales de atención de salud es esta diferenciación entre medicina general y de especialistas de la cual son, desgraciadamente, víctimas la gran mayoría de los pacientes. En efecto, en la referencia desde el “nivel” de Consultorio al Hospitalario, sucede frecuentemente que se desvinculan la referencia y la contra referencia, y el paciente espera semanas, meses o años la atención especializada que le ha sido indicada en el Consultorio. La INTEGRACIÓN ENTRE NIVELES es esencial. Este problema, si fuera comprendido en toda su gravedad, podría tener solución a través del diseño cuidadoso-- hecho por el Ministerio de Salud y las Universidades-- de la formación y del empleo de los médicos y demás profesionales en distintas fases de su carrera.

La recuperación y la reinención de la atención de salud en Chile pasa por ser concebida como un objetivo estrechamente vinculado a este otro derecho; el derecho al mejor estado posible de la salud personal y colectiva. Su realización para todos depende tanto del desarrollo científico como del avance social y político, de la confianza, la solidaridad y la cooperación ciudadana.

## **MESA SOCIAL DE LA SALUD, ENERO 21 2020**

---

**El tema central de mi exposición en la Mesa será: Organización del Sistema de Atención.**

Una manera de definir los problemas de la atención de salud de Chile es: que ella está dividida. Estaba dividida en 1952 y el gobierno de la época, a través de la Ley 1038,3 fusionó las diez o doce instituciones públicas que la componían, formando así el Servicio Nacional de Salud. Fue una medida de **organización** que superó parcialmente la división y así mejoró la equidad, la eficiencia y la eficacia de la atención que recibía la mayoría más vulnerable de la población chilena.

Los Decretos-Leyes de 1980 disgregaron al Servicio Nacional de Salud y crearon las Isapres. Fue nuevamente una medida **organizacional**, ésta vez dirigida en sentido inverso y que, consecuentemente, redujo la equidad, la eficiencia y la

eficacia de la atención para la mayoría de los chilenos. Esta es historia conocida y resultó de la aplicación de una determinada doctrina económica.

Lo que me interesa destacar es que, en concreto, se trató de una medida de **organización**, es decir, ahora se separaron funciones y éstas se asignaron a distintas estructuras, por ejemplo, a servicios, seremis, Fonasa, subsecretarías. Ello quedó estipulado firmemente en los convenios entre el Gobierno de Chile y el Banco Mundial, originados en los pequeños préstamos que el Banco otorgó a Chile para paliar la situación desastrosa en que la dictadura entregó los hospitales chilenos. La doctrina económica y política arriba mencionada está explícita en el informe del Banco y en las reuniones de los grupos de apoyo a la reforma y grupo internacional de apoyo a la reforma 1996, 1997 (ver Montoya-Aguilar c., *La salud Dividida*, pág. 136).

La división de nuestra atención de salud subsiste hoy,

- principalmente en la separación entre los sectores privado (Isapres) y público;
- dentro de lo privado, en los miles de planes individuales;
- y dentro de lo público, entre la modalidad institucional (MI) y la MLE; Medicina de Libre Elección;
- dentro del presupuesto público de salud

entre el PPI (Programa de Prestaciones Institucionales Institucionales) y el Programa de prestaciones valoradas,

- dentro del presupuesto público, entre el ppto por objeto del gasto y el ppto por programas,
- dentro del sistema público, entre medicina general y medicina especializada;
- dentro del sistema público, entre atención con medicamentos y sin medicamentos.

Por lo tanto, creo que lo que los profesionales y técnicos debemos proponer a los que toman decisiones, a la población y a los constituyentes es algo muy claro y sencillo:

**Organizar, mediante una Ley, un Servicio Nacional de Salud para todos**, no dividido; y los correspondientes Servicios Locales de Salud.

**Otro asunto distinto de la Organización, pero relacionado, es el del financiamiento.** Creo que dicho Servicio Nacional de Salud debe ser financiado, según una ley, por el Estado y por el total de las cotizaciones de todos.

Termino haciendo votos porque continúe la Mesa Social de la Salud y agradeciendo por ella a su coordinadora, Dra. Orielle Núñez y por las ideas compartidas con mis colegas de la Mesa.