

Redes asistenciales despiertas: Centradas en la dignidad de las personas y sin burocracia

Antonio Infante

Nos ha inundado un discurso que es ajeno a nuestro giro principal: el nivel de salud y bienestar de la población chilena. Mecanismos de pago; compromisos de desempeño; metas de gestión; bonos por cumplimiento de metas; etc. En el trasfondo una mercantilización de las relaciones entre los diferentes actores del sistema de salud público chileno.

El desafío es recuperar una preocupación genuina por la salud de las personas y su calidad de vida en el territorio que habitan. Mucho se habla de la fragmentación del sistema, se detectan los puntos críticos y sus consecuencias pero no se toman medidas para superar ese problema. Es lo que quiero proponer en este ensayo.

Después de trabajar tanto en el ámbito municipal como en servicios de salud y en el nivel central he llegado a la conclusión que hay que alivianar la estructura y centrar nuestros esfuerzos en la gestión clínica, esto es en el conjunto de actividades que pueden hacer más eficaz el accionar del sistema para alcanzar un mejor nivel de salud tanto de las personas como de las comunidades, recuperando dignidad en su relación con el sistema.

En mi experiencia hay una institucionalidad con mucha carga administrativa que dificulta la conversación clínica al interior del sistema. Me refiero a los Servicios de Salud. Su rol coordinador de la red asistencial ha derivado a un conjunto de ritos administrativos que en nada contribuyen a un mejor desempeño sanitario. Con la autonomía relativa de los hospitales, los Servicios se han concentrado en la atención primaria y más en su fiscalización que en el acompañamiento de procesos asistenciales. Metas sanitarias, niveles de actividad, bonos de desempeño, son las preocupaciones principales. Son escasos los Servicios de Salud que cuentan con espacios analíticos que orienten la actividad asistencial. Las iniciativas innovadoras que aparecen en la red asistencial obedecen principalmente a la inquietud de grupos clínicos que intentan mejorar la calidad de su atención. En esa área los Servicios no aparecen.

Hice el ejercicio de registrar el gasto de los Servicios durante 2018, sumando remuneraciones y gastos de operación, teniendo el cuidado de no incluir aquellos gastos en servicios con APS propia. La sorpresa fue grande. 700 mil millones de pesos, una cifra casi idéntica al total de la deuda hospitalaria de ese año. Dinero destinado a la burocratización y entorpecimiento de los flujos de la conversación asistencial, con una gran complicidad del nivel ministerial que es quién empuja y promueve esa orientación en el trabajo de los Servicios.

LA PROPUESTA

1. Propongo terminar con la institución Servicios de Salud y formar una única autoridad sanitaria regional a nivel de Gobernación, que incorpore un fuerte componente analítico, en que se junten la gestión asistencial y sus números, con la información territorial, incorporando determinantes sociales y variables vinculadas a calidad de vida. Ese grupo debe apoyar, nutrir y orientar el trabajo de hospitales y centros de salud.

2. Deberá crearse un espacio de conversación y construcción de confianzas entre el hospital principal de la zona con los diferentes establecimientos como hospitales comunitarios o centros de salud y con activa participación de vecinos. Allí se tomarán acuerdos respecto a cómo formalizar esa relación, centrada en la gestión clínica. Se buscará incentivar el contacto directo ojala cara a cara entre los especialistas y los

equipos de salud de los centros, para concordar mecanismos de derivación, de acompañamiento y de solución de problemas, todo centrado en la salud de las personas y del territorio. Ese grupo deberá darse sus propias normas de relación, que responderán a las orientaciones de la realidad epidemiológica y prioridades del territorio a cargo.

3. Como consecuencia lógica de esta nueva estructura deberán fundirse las subsecretarías, volviendo a un lenguaje normativo centrado en la promoción y prevención, sepultando cualquier parecido a un “ministerio de la enfermedad”.

4. Esta relación entre equipos de APS y equipos del Hospital deberá facilitarse eliminando restricciones que hoy tienen tanto los Hospitales como los centros de salud para funcionar plenamente. Eso implicará necesariamente un aumento del aporte fiscal cercano al menos a un punto del PIB, lo que permitirá:

a. Garantizar un uso pleno de la infraestructura disponible en pabellones, laboratorio, imagenología y nuevas iniciativas, como también una mejoría de recursos a la APS.

b. Generar mecanismos que incentiven la incorporación y el aumento de jornada de los especialistas al sistema público. Deberán suprimirse los cargos de 11 horas. Hoy en términos de jornada completa el sistema público tiene un especialista cada 1.118 personas y el sistema privado uno cada 734 personas¹.

c. Facilitar la movilidad de los funcionarios al interior del sistema público, algo que se facilitará al eliminar los Servicios de Salud y que demandará buscar soluciones para los equipos de dependencia municipal.

d. Disminuir el gasto de bolsillo de la población que hoy debe recurrir a la libre elección de FONASA para solucionar oportunamente sus necesidades de atención.

5. No me parece recomendable proponer una estructura única, homogénea a nivel nacional. Más bien soy partidario que localmente se establezcan los criterios de funcionamiento. Por ejemplo podrá haber territorios en que se quiera desmunicipalizar y en otros mantener ese tipo de administración. Lo importante y que debe cuidarse, es que no reaparezca la enfermedad burocratizante y que el entusiasmo de la organización esté centrado en la mejoría del nivel de salud y calidad de vida de la población en el territorio a cargo.

6. Finalmente, es cierto que esto se parece mucho a la organización que tenía el Servicio Nacional de Salud, una estructura administrativamente liviana y centrada en la conversación clínica. Esta vez eso sí habrá que cuidar que los hospitales no se lleven la pelota para la casa y por eso la importancia de este Consejo Local con participación amplia del hospital, los centros de salud y las organizaciones sociales del territorio.

POTENCIALIDADES DE LA PROPUESTA

1. Reinstalar una relación cercana entre especialistas y equipos de atención primaria tendrá sólo consecuencias virtuosas:

a. Mejorarán las competencias clínicas y resolutivas de los médicos de APS con la consiguiente menor y mejor derivación a especialidades. Podrán además asumir tareas clínicas más complejas como el manejo de pacientes domiciliarios o la incorporación de algunos procedimientos hoy subutilizados por ellos como la ecografía.

b. Al mejorar las competencias médicas, estos profesionales dejarán de hacer actividades perfectamente abordables por el resto del equipo de salud. Las enfermeras podrán hacerse cargo del cuidado de personas con patologías crónicas; los nutricionistas tomarán a su cargo el control de la obesidad; los kinesiólogos participarán en la evaluación clínica de pacientes traumatológicos previa a su derivación al especialista y tomarán a su cargo la rehabilitación descargando esa unidad del hospital. Los tecnólogos de oftalmología y otorrinología tomarán a su cargo tareas clínicas que los especialistas no han querido delegar. Los ejemplos pueden seguir para el ámbito de la salud mental o de tareas preventivas a nivel de escuelas.

c. Los especialistas retomarán responsabilidades por lo que ocurra en su población a cargo. Al instalar relaciones de confianza con la APS y mejorar la resolutividad de ésta, recibirán casos más complejos y podrán devolverlos a sus equipos de cabecera con la certeza que serán bien manejados, disminuyendo así los controles y las derivaciones entre especialistas que copan cerca del 40% de las consultas de los centros de especialidad. Aumentarán así la recepción de casos nuevos o

¹ Se asume que un 30% de FONASA acude a la libre elección y que la proporción de jornadas completas equivalentes es la misma.

liberarán tiempo para comunicarse por correo con los equipos de salud o para convocarlos a reuniones para analizar casos clínicos interesantes. Especialistas motivados, capaces de emocionarse con los casos que les toque resolver, sin duda comunicarán otro estado de ánimo a ese espacio tan agresivo para los pacientes y poco acogedor para los equipos de atención primaria que es el consultorio de especialidades del hospital.

d. Los profesionales de los centros de especialidad también verán aumentadas sus responsabilidades clínicas ya que al aumentar la complejidad de los pacientes, necesariamente tendrán que asumir funciones hoy en manos del grupo médico. Matronas, enfermeras, kinesiólogos, tecnólogos, psicólogos e incluso asistentes sociales, tendrán espacio para innovar y asumir nuevos roles haciendo más desafiante el trabajo del equipo multiprofesional.

e. El espacio analítico regional podrá construir escenarios complejos de la realidad del territorio, juntando datos clínicos, epidemiológicos y sociales, apoyados en la información de otros sectores. Además tendrá antecedentes para monitorear la gestión clínica de la unidad hospital-centros de salud, aportando observaciones basadas en

procesos como la calidad de referencias y contrareferencia; el uso exagerado de la urgencia hospitalaria; hospitalizaciones innecesarias o demasiado prolongadas. También se preocupará del desempeño clínico de los equipos, promoviendo auditorías de defunciones o por aumento de patologías evitables. Un grupo que lo único que no podrá hacer es intervenir en cómo haya acordado relacionarse la unidad hospital-centros de salud con el apoyo de la comunidad.

EN SÍNTESIS

Poner a las personas y al territorio que habitan, al centro de las preocupaciones, actividades y esfuerzos de los equipos de salud traerá consecuencias virtuosas para el sistema público. Una estructura liviana, desburocratizada, con soporte analítico y construida en torno a relaciones de confianza, sólo podrá mejorar el impacto sobre el nivel de salud de su población a cargo con la consecuente satisfacción de ésta.