

Qué hacer en atención de Salud en Chile. Resumen para el año electoral 2017

Dr. Carlos Montoya-Aguilar¹

En los períodos de campaña para elegir Presidente de la República se espera que los partidarios de cada candidato produzcan un programa relativo a cada sector de la actividad nacional. En las elecciones anteriores profundas discusiones han producido voluminosas propuestas de política de salud. De ellas poco se ha traducido en orientaciones con verdadero impacto histórico. Sólo la situación desastrosa heredada del gobierno militar requirió en 1990 urgentes medidas para la recuperación parcial del sistema público de atención de la salud (reforma tributaria, préstamos internacionales); y también la confusión que siguió respecto a la política para el sector llevó al candidato Lagos a hacer la declaración política de que “la salud no es una mercancía” y a abrir la expectativa de un Fondo Solidario de salud, expectativa para la cual no contó con el apoyo del Parlamento.

Con estos antecedentes y estando ya en plena campaña electoral 2017, suena a ingenuidad el formular durante el actual período un programa de salud del cual se hayan discutido, entre políticos y técnicos, todos los componentes normales. Sin embargo, se trata de un tema de la mayor importancia para la población y también para los profesionales y técnicos que proveen la atención de salud. Lo único que parece factible y efectivo es lanzar una idea simple y potente acerca de qué camino, qué método, se propone —o propone el candidato— para reestructurar el sector en el futuro próximo con la participación de todos los actores involucrados y sobre todo, de los usuarios, que siempre han carecido de información adecuada y nunca han sido realmente escuchados; y también, con la participación de los médicos y enfermeras.

Antes de entrar en tal propuesta, que llama a realizar un diagnóstico participativo de la salud y la atención de

salud de cada localidad, conviene compartir, en forma muy resumida, la concepción que tenemos algunos salubristas acerca de la

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL PAÍS EN GENERAL, CON ENFOQUE EN LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DEL SECTOR:

Isapres: seguros privados de salud. Presentan insuficiencias, particularmente en cuanto discriminan y aplican precios excesivos. Existen propuestas de corrección creadas por las Comisiones Presidenciales de 2010 y 2014, y un proyecto de ley en el Senado. Este gobierno y el anterior no han logrado zanjar el problema. Las propuestas existentes mejorarían sólo la situación de aquella minoría que está afiliada a Isapres. En verdad estos seguros privados deberían financiarse con primas libremente acordadas con los clientes y no con cotizaciones restadas a la seguridad social (el 7 %). Estas cotizaciones deben ir a un fondo común para financiar un sistema que cubra a toda la población.

Clínicas y otros prestadores privados: desde fines de la década de 1980 ha habido gran crecimiento de sus infraestructuras y personal gracias a sus importantes utilidades, basadas en la simbiosis con las Isapres y, en parte creciente, en transferencias desde el sector público, en lo cual la Ley AUGE y la Libre Elección desempeñan un papel importante. Cubren actualmente a cerca de la mitad de la población.

Mutuales: son seguros públicos que poseen en algunas localidades una infraestructura de provisión que se suma a la red de prestadores privados.

FONASA: Institución dependiente del Ministerio de

¹ Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile

Salud, convertida gradualmente, entre 1992 y 1998, en “seguro” de salud para los no afiliados a Isapres.

Hospitales e Institutos Públicos y Direcciones de Servicios de Salud: Muchos de estos establecimientos carecen de los recursos adecuados para responder a la demanda de gran parte de la población, que está afiliada al “seguro público” de salud (Fonasa). Presentan: endeudamiento continuo; esperas; servicios de urgencia sobrepasados en su capacidad; déficit de camas críticas; obligación legal (Ley AUGE) de referir casos a los prestadores privados, transfiriéndoles el respectivo financiamiento, a precios superiores a los costos del propio sector público.

Centros de salud de primera línea (Consultorios APS): son en su gran mayoría, de propiedad municipal (consagrada por ley de 1995). Dentro de un cuadro de gran desigualdad económica entre municipios, logran desarrollar las actividades prescritas por el ministerio, incluyendo las de promoción y prevención. Se reconoce la importancia de su función, se les entrega una parte considerable del presupuesto, y sin embargo hay insatisfacción de usuarios y de observadores profesionales a su respecto. El problema principal es su desvinculación de los hospitales públicos, es decir la falla en el mecanismo de referencia y contra-referencia de pacientes, con largas esperas y con ineffectividad técnica. En el origen de esta situación está el incumplimiento del rol propio de los médicos en los consultorios y su aislamiento respecto a sus colegas de los grandes hospitales. El gobierno actual ha rehusado implementar, mejorándola, la solución de formación combinada (FOREBAS) de una parte de los médicos jóvenes.

Ministerio, Direcciones de Servicios y Seremis: un objetivo esencial del Sistema Público de Salud y de estos organismos en particular, debe ser: elevar el nivel del estado de salud de la población. Para ello, hay que usar en primer lugar los métodos de la estadística y de la epidemiología, seguidos de la clínica y la administración. No puede ignorarse que en Chile algunos indicadores importantes dejaron de mejorar o aún, empeoraron, en los últimos ocho o diez años.

Para la mayoría de la población, hay una idea general de aumentar la solidaridad y la efectividad del Sistema Público de Atención, sin precisión acerca del mecanismo para lograrlo. Las propuestas de mejora del sistema existente, que en diversos momentos posteriores a 1990 fueron llevadas a la práctica con éxito y que eran realizables vía decisiones administrativas, incluyeron: 1) solución de los cuellos de botella que generan esperas en los servicios clínicos hospitalarios; 2) uso del método SIGH para conocer la estructura y justificación de los costos y

así evitar el endeudamiento de los hospitales a través de la formulación de presupuestos globales sujetos a evaluación clínico-administrativa; 3) formación combinada en consultorio y hospital de algunos médicos del ciclo de destinación (FOREBAS) para aumentar resolutivez y unir niveles; 4) medición y solución de las inequidades intercomunales; 5) planificación de personal; 6) desmunicipalización gradual; y otras. Todas han sido descartadas, posiblemente por ser ajenas a la política de salud vigente en los gobiernos post-1990 - 1994.

PROPUESTA GENERAL PARA TRABAJAR – DURANTE 2017 - EN EL TEMA DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Propongo que, en primer lugar, se esclarezca la verdadera correlación de capacidades en el área de atención de la salud. En proporción al número de beneficiarios, estas capacidades son, en Santiago, Valparaíso-Viña y probablemente en otras ciudades, mayores en el sector privado que en el público en cuanto a infraestructura, tecnología y personal técnicamente calificado.

Una segunda premisa es que cada Región, cada provincia y, a veces, cada comuna, tiene una situación específica en cuanto a: a) el papel relativo de los proveedores y financiadores públicos y privados; b) los factores y necesidades en salud; c) el acceso y las coberturas de la población con actividades y recursos de atención y, d) los grados de igualdad o desigualdad (en salud y condiciones de vida) al interior de las comunidades.

Por otra parte, el sector público tiene la hegemonía política y legal; dispone potencialmente de amplios recursos financieros, los cuales no logran expresarse en atenciones a la población a causa del retraso en que ha caído respecto al diseño del sistema, a la infraestructura y a la capacidad de retener y entusiasmar a los médicos, enfermeras y otros profesionales. Se echa de menos el liderazgo social y técnico del Ministerio y el de la profesión médica en general. Existe, sin embargo, la vocación, la inteligencia y la sensibilidad social de los profesionales más jóvenes.

A la luz de estas consideraciones pre y post electoral, sugiero que, durante los periodos pre y post electoral, los candidatos incluyan en sus contactos directos en las diversas localidades la difusión de la idea de realizar un Diagnóstico Participativo de la situación de salud y de atención local, en el cual los actores sociales fijen también soluciones, objetivos y formas de control para cuando se asuma el gobierno. En este proceso se deberían evaluar los recursos actuales y los proyectos que tienen

unas y otras instituciones, privadas y públicas, identificando duplicaciones, vacíos, gastos en establecimientos cuya utilidad no haya sido evaluada; también, actualizar la priorización de tipos de instalaciones (camas críticas, por ejemplo); y todo ello con el ánimo de llegar a proporcionar a todos los habitantes la mejor atención de salud que se pueda obtener con el conjunto de recursos disponibles.

Las conclusiones de cada diagnóstico local deberían ser presentadas al público y, luego de ser re-discutidas, ser conservadas en forma visible, para acción y evaluación.

Propongo que la ideación y la responsabilidad por esta tarea esencial y otras afines sean instaladas, no en una Comisión, sino en forma institucional, dentro del Ministerio de Salud y de los Servicios territoriales de Salud, a fin de garantizar responsabilidad y continuidad. En este aspecto, es oportuno recordar que, en el marco del Proyecto Minsal-Banco Mundial, el Ministerio creó, en 1994-98, la División de Planificación Estratégica, que quedó a cargo coordinar la Unidades del Proyecto que existían a la fecha.

Finalmente, creo que la estrategia propuesta puede hacernos saber en qué consiste, localmente, la crisis de la salud de la cual se habla, y cuáles son los grados de segregación de la atención. Puede ser una cabeza de puente para empezar a vencer la dualidad que afecta gravemente al sector.