

Editorial

Salud Pública: el mayor patrimonio de Chile

La salud pública es el mejor negocio de Chile y en ese contexto debe ser una de las principales prioridades de las políticas públicas. Paradójicamente, Chile es el único país en el mundo que, con un gasto fiscal en salud de sólo 1,6% del PIB, el más bajo del planeta, y un gasto público total del 3,1% del producto, mantiene indicadores similares a los de países que gastan cifras inmensamente superiores, como Estados Unidos que destina un 15% de su PIB, equivalente a USD 5 500 per capita, a la atención de salud.

Costa Rica, país de características socio-económicas parecidas a Chile, gasta en su Servicio Nacional de Salud, de cobertura universal, un 5,4% del PIB. El Reino Unido, también con un Servicio Nacional de Salud de cobertura universal, gasta en él un 6,4% del PIB. Chile debiera gastar no menos del 6,5% del PIB en su Sistema Público, lo que aún así estaría muy por debajo de lo que gastan países desarrollados e incluso latinoamericanos de igual nivel de desarrollo económico que el nuestro. El porcentaje del PIB que destina Chile está muy por debajo incluso del de las economías más liberales del planeta, las que con el esfuerzo fiscal van en ayuda de los más débiles, representando una verdadera voluntad política y compromiso con la salud. Chile, como nunca antes en su historia, tiene hoy recursos económicos suficientes para financiar progresivamente un mayor Gasto Público en Salud.

A pesar de los escasos recursos públicos con los que cuenta nuestro sistema de salud, Chile ha logrado indicadores en muchos casos superiores a los de países que superan, en miles de millones de dólares, el presupuesto de esta área. El éxito de esos indicadores se basa en un modelo absolutamente progresista creado por una generación de visionarios que anticiparon, en casi 50 años, conceptos que hoy son considerados claves para el éxito de la gestión de la salud pública.

Chile inició en 1952 un proceso de reforma de salud absolutamente innovador para su época y aún, incluso, para hoy; incorporó una estrategia de atención primaria que por primera vez aplicaba un enfoque eco sistémico en un territorio, innovando con la creación de equipos de salud multidisciplinarios, lo que devino en uno de los principales aportes del sistema: el equipo de salud familiar. Desde los consultorios se desarrolló un sistema integral de atención primaria que, ya desde esa época, hizo de la promoción y de la prevención una prioridad.

Es precisamente este modelo y su experiencia, la más eficiente a nivel planetario, uno de los principales patrimonios y aportes de Chile al sistema de salud mundial. De hecho países como Inglaterra y Francia están recién hoy, 50 años después de Chile, reformando sus sistemas de salud a uno más enfocado en la atención primaria integral y el establecimiento de equipos de salud familiar.

A pesar de la construcción de un sistema pionero, visionario y multidisciplinario que constituye uno de los principales bienes intangibles de Chile, éste hoy está en crisis debido a la falta de visión de las políticas públicas que han subvalorado el patrimonio intrínscico de este sistema.

Chile no puede continuar con un sistema de salud cuyo financiamiento de atención primaria es de unos insuficientes \$1.400 mensuales per capita. Este monto, con el que se espera cancelar todos los servicios relacionados, es vergonzoso para un país como Chile. Estudios recientes de la Universidad Católica indican que el aporte mínimo debe ser \$2.800 mensual, por lo que la actual nimia asignación de recursos no es más que consecuencia de una falta de visión sobre lo que el sistema público debe ser.

A la escueta asignación de recursos fiscales se suma una las principales deficiencias del sistema: faltan 1.000 médicos de atención primaria además de enfermeras, matronas, dentistas, nutricionistas, sicólogos etc. Y como si esto fuera poco, se le debe sumar un importante déficit de infraestructura.

Frente a esta realidad, con las leyes médicas vigentes y con los recursos económicos de los que dispone el país, se puede iniciar una verdadera reforma como la originada en 1952, dotando a las consultorios de Especialistas Básicos (Internistas, Pediatras, Gineco-Obstetras y Psiquiatras) a través de un programa especial de seis años de duración de formación de los mismos, así como de contratación de estos especialistas ya formados por jornadas de 22 horas semanales con una remuneración de un millón de pesos mensuales, y exigiendo que los médicos especialistas del sistema hospitalario tales como endocrinólogos, reumatólogos, neurólogos, cardiólogos, neumólogos, oftalmólogos, otorrinólogos, vuelvan a cumplir una jornada parcial en la atención primaria de al menos una mañana a la semana; y que entretanto los médicos de atención primaria realicen pasantías de perfeccionamiento, una mañana a la semana, en el servicio clínico y hospital de su interés. Estas medidas ayudarían a descompartmentalizar el actual sistema de salud volviendo a unir lo que nunca debió haberse separado.

El inmediato aumento de la capacidad resolutive de las necesidades de la población, el mejoramiento de la dignidad de la atención gracias a su implementación por especialistas, la disminución de las listas de espera y la consecuente disminución de consultas médicas de urgencia, de interconsultas y de hospitalizaciones innecesarias, financiarían largamente esta inversión.

Hoy está en curso una privatización silenciosa del sistema público de salud: si bien los médicos en Chile han aumentado desde 15.334 en 1995 a 23.934 en 2006, la proporción de ellos que trabaja en el sistema público ha bajado del 52,4% en 1995, al 36% en 2006, para atender al 75% de la población chilena. Esta alarmante disminución del porcentaje de médicos en el sector público está asociado a una importante pérdida de capital humano y experiencia: los especialistas con más de 10 años de antigüedad y remuneraciones de 400.000 pesos por media jornada, se han visto “obligados a privilegiar” el sistema privado por sobre el público, significando una pérdida inconmensurable de recursos. Para revertir esta equivocada política se debe, entre otras soluciones, contratar a estos especialistas en jornadas de 44 horas semanales con una remuneración equivalente a 2 millones y medio de pesos mensuales.

En 1985 el Sistema Nacional de Servicios de Salud disponía de 3 camas por cada mil beneficiarios. El año 1996 el número de camas aumentó a 3,4 por mil beneficiarios. El año 2006, para una población beneficiaria de 11.479.384 personas, el número de camas disponibles es de 26.228 (3.485 camas menos que en 1985), lo que representa una razón de 2,3 camas por mil beneficiarios. Los países desarrollados cuentan con 5 o 6 camas por mil habitantes; Chile debería aumentar de inmediato el número de camas disponibles a un nivel de al menos 4 por mil habitantes. A ello se suman las brechas de camas complejas UTI y UCI que además de ser un problema de salud y político, se plantea fundamentalmente como un problema ético. Esta deficiencia y el déficit de especialidades médicas es una realidad que se observa en todo el país haciéndose mas urgente aun la necesidad de formar, de una vez por todas, a aquellos especialistas que el país y las regiones necesitan.

Sólo con la articulación de estas propuestas se podrá salir del esquema neoliberal que amenaza a la salud pública, al cual se suman las propuestas de las Isapres y sus funcionarios, que buscan establecer el subsidio a la demanda.

Hoy es más imperioso que nunca que uno de los principales patrimonios y activos del país –que hoy está bajo amenaza de extinción y en una privatización silenciosa– se recupere y sea lo que fue en el pasado; uno de los principales pilares para construir una sociedad más igualitaria, justa y digna.

Dr. Guido Girardi Lavín
H. Senador de la República
Presidente de la Comisión de Salud del Senado

Dr. Mariano Ruiz Esquide
H. Senador de la República
Miembro de la Comisión de Salud del Senado