

Editorial

Medicina, salud y nuevas leyes.

Medicine, health and recent legislation.

La nueva Ley N° 19.937 establece trece Autoridades Sanitarias Regionales. Con ello se repone el nivel del Servicio Nacional de Salud llamado de Jefaturas Zonales, intermedio entre el aparato central y las Áreas de Salud, el cual había sido eliminado por el DL N° 2763, de 1979.

La diferencia con las Jefaturas Zonales está en que éstas retenían, a nivel regional, una visión integrada de las funciones de la atención de salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. En cambio, las Autoridades Sanitarias se preocuparán particularmente de la promoción y la prevención, ejecutadas por los consultorios periféricos o centros de salud, no de la asistencia. En la nueva organización están bajo una Subsecretaría de Salud Pública. La función asistencial (en la nueva nomenclatura, la producción de "bienes asegurables") realizada en los hospitales públicos será coordinada por los 28 Servicios de Salud, rebautizados como "gestores de red", desprovistos ahora de sus atribuciones de fiscalización, vigilancia epidemiológica, sanitaria y otras, y subordinados a una Subsecretaría de Redes Asistenciales.

El propósito explícito de esta separación – en los términos del ex Subsecretario de Salud Pública – es "evitar que el ámbito de las políticas públicas saludables sea avasallado por la asistencia sanitaria..." Este propósito, considerado aisladamente, puede ser justo. Su aplicación en la práctica puede, sin embargo, llevar a un desequilibrio en el sentido opuesto, y a un grado de fragmentación del sistema que impida optimizar efectividad y eficiencia. Ha habido ejemplos pertinentes.

En los años cuarenta se crearon las Unidades Sanitarias, con la loable intención de que fueran exclusivamente establecimientos de fomento y prevención – "Sanidad" – haciendo desde control de niños y embarazadas sanas, educación, vacunación, promoción de redes de agua potable y disposición de excretas, hasta baños y lavanderías comunitarias. La intención no pudo cumplirse: los enfermos del barrio necesitaban y obtuvieron asistencia médica. Por obra de la realidad, las Unidades Sanitarias se transformaron rápidamente en Centros de Salud Integrales.

Otro caso ilustrativo es el que ocurrió en el Servicio Nacional de Salud a poco de haberse echado a andar. El propósito de sus fundadores y directivos fue el de dar preeminencia a los Centros de Salud, cuyos Directores fueron la autoridad de cada una de las Áreas de Salud. La subordinación de los grandes hospitales a esos directores no pudo mantenerse: la desproporción era grande. En 1959 se reformó la ley del SNS para entregar la jerarquía máxima a los Directores de los Hospitales Base y las Áreas de Salud pasaron a llamarse Áreas Hospitalarias, hasta 1979. No fuimos pocos los que consideramos que este cambio vulneraba la estrategia de la salud pública. Se explicó que el propósito era responsabilizar a los hospitales, con todos sus recursos, por la salud de la población asignada. Pero, en las palabras de Benjamín Viel, en vez de que el hospital saliera a la calle, fue la calle la que entró al hospital. Es probable que si en el organigrama original del SNS se hubiera diseñado un mecanismo directivo equilibrado, se hubiera evitado tener que pasar de un extremo a otro.

Como médicos, es una parte de nuestro deber el estar atentos a estas relaciones con la población y dentro del sistema y sugerir las adecuaciones requeridas para una mayor efectividad y armonía. Es muy importante

que, en el marco de la legislación ahora vigente, los profesionales de la salud busquemos mantener y fortalecer los puentes entre salubridad y asistencia, en cada nivel del sistema público en que nos corresponda actuar.. La integración de estas funciones es necesaria y posible en el día a día. Cada atención de urgencia o en el Consultorio de Especialidades o en la sala de hospital debe vincularse a través de la anamnesis con la realidad de vida del paciente, de su familia y de su trabajo y debe ser ocasión de educar acerca de factores de riesgo y acerca del mejor modo de utilizar el sistema de atención, conociendo sus derechos. También debe generar la oportuna contrarreferencia al centro de salud y al médico que refirió, ofreciendo la asesoría especializada que corresponda.

Por otra parte, en el centro de salud o consultorio, cada encuentro con usuarios que haya debido generar una referencia al hospital, debe complementarse con el seguimiento del diagnóstico e indicaciones del especialista. Para que ocurra esta vinculación perdida o dañada entre niveles que fueron separados hace ya 25 años (¡toda una generación de profesionales!) es importante que un número importante de médicos del sistema público, individualmente o en forma organizada, procure compartir su jornada entre hospital base y consultorio, especialmente si están en etapa de destinación y formación.

El sistema público de salud ha sido, en Chile, factor creciente de equidad. Hay desigualdad en los indicadores de salud y atención; pero es menor que la desigualdad en ingresos y patrimonio económico. Hoy es importante que resguardemos la equidad en cada acción de salud individual y colectiva; que procuremos no excluir a nadie de los cuidados que necesite según la evidencia científica; y, puesto que los ensayos randomizados no cubren todo, tampoco excluyamos a nadie de las atenciones que estén indicadas según la experiencia de nuestros equipos clínicos. Con el mismo objetivo de equidad, debemos velar porque se investiguen las desigualdades y se resuelvan planificadamente, aplicando a todas las personas y comunidades las mismas normas de calidad, oportunidad y protección financiera.

De acuerdo a la ética médica, los mismos principios de integralidad y de equidad deben aplicarse a los usuarios en el ámbito privado. Evidentemente, las reglas del juego organizacional y económico de los seguros y empleadores privados son diferentes a las del sistema estatal, dado que los objetivos finales son diferentes.

Para que se optimice la orientación vocacional y social de nuestra labor, apuntando hacia un Estado de bienestar y justicia, es importante crear o reconstruir alianzas entre colegios profesionales, trabajadores de la salud, Estado, Universidades y sociedad civil. Y que en estas alianzas haya respeto mutuo para entablar un intercambio productivo.

Dr. Carlos Montoya - Aguilar