

Problemática de la Atención de Salud

Problems in Health Care

Dra. María Ibaceta Lizana*

Resumen

Se describen las características de una crisis de la atención en este período de transición, con referencia a la cirugía en un Hospital Base de Región. Entre esas características se encuentran: la insuficiencia de la atención primaria; la debilidad del funcionamiento de la red regional; el déficit de disponibilidad de pabellones, de equipos, de insumos, de presupuesto; la falta de anestesiistas. El número de operaciones efectuadas en el hospital en el presente año 2005 ha disminuido con respecto a la tendencia anterior, lo cual se atribuye a los problemas mencionados. Se concluye que tal situación resulta, al menos en parte, de que no se ha planificado correctamente el desarrollo de los Hospitales Públicos y se invita a la discusión y comparación de tales situaciones.

Palabras Clave: *Crisis de la atención; Atención quirúrgica; Planificación hospitalaria*

Abstract

We describe the features of a crisis of health care in this transition period, with particular reference to the surgical services in a Regional Hospital. Some of those characteristics are: the shortcomings of primary health care; the weak functioning of the regional health care network; the insufficient availability of surgical rooms, equipment, medicines, budgetary resources; the relative lack of anesthesiologists. In the current year, 2005, the number of surgical interventions done shows a serious reduction in comparison with the previous trend. This finding is, at least in part, a consequence of defective planning of the development of our Public Hospitals. The need for a discussion and comparison of such situations is suggested.

Key words: *Crisis in medical care; Surgical care; Hospital planning*

* Servicio de Cirugía. Hospital Hernán Henríquez Aravena (Temuco). Departamento de Cirugía Universidad de la Frontera. Ex Directora del Hospital Hernán Henríquez. <mibaceta@entelchile.net>

ALGUNOS PROBLEMAS APARENTES

Estamos enfrentando una crisis encubierta, el sistema en transición está mostrando serias falencias que pueden interferir en su actuar. Algunas son grietas en el sistema de gestión; otras afectan a los mecanismos de control, que deben ser adecuados; también la falta de inversión en algunas áreas se está haciendo aflictiva.

En este artículo me refiero en particular a cuatro síntomas de esta problemática.

- En primer lugar, las Unidades de Emergencia están colmadas.
- En segundo lugar, las listas de espera se alargan indefinidamente. Los equipos de especialistas tienen listas de espera por separado. Cada cierto tiempo las rompen porque en los pacientes que tienen más de dos años de antigüedad seguramente el problema se solucionó o se hizo crónico, o el paciente falleció, o en fin porque ya es demasiado larga. La lista de espera del Hospital tiene sólo las enfermedades trazadoras (colecistitis crónica litiásica y hernias); las demás patologías que son las que nos preocupan en el quehacer diario no se conocen. Se ha comenzado a hacer el listado de la lista de espera de las patologías no trazadoras, pero que son el diario quehacer de un hospital complejo.
- Tercero, la opinión pública tiene opiniones cada vez más desfavorables del Servicio, del Hospital, de los funcionarios y todo lo que tenga que ver con el sector Salud, especialmente del AUGE y la Reforma.
- El cuarto síntoma es que con todo esto el personal se siente menoscabado y desmotivado. Además necesitan una mejoría de sus lugares de trabajo y contar con los medios necesarios para dar satisfacción a los usuarios y poder sentirse satisfechos de que el arduo trabajo realizado se efectúa a cabalidad.

LAS CAUSAS ADYACENTES

La congestión de las Unidades de Emergencia obedece, en buena medida, al hábito inveterado que tiene la población de no concurrir a los Consultorios. No confían en la atención que allí reciben y la imagen de los consultorios es negativa.

Sabemos que se han proporcionado recursos a la Atención Primaria, pero no mejora. En general no entregan una atención completa porque muchas veces no cuentan con los medicamentos necesarios ni hacen los exámenes complementarios a los pacientes. Por lo tanto las personas se van a los Hospitales, los que cuentan con especialistas en los turnos, exámenes de laboratorio las 24 horas, medicamentos, ecografías y posibilidades de radiografías inmediatas: llegan a las Unidades de emergencia y las repletan. Hay municipios en que se disminuyen al máximo los incentivos para la contratación de médicos, lo que hace que se contraten los que no han calificado para ningún cargo concursable, o médicos extranjeros que tienen una preparación diferente, ya que manejan diferentes patologías y medicamentos debido a las diferencias climáticas y de desarrollo ambiental con nuestro país.

En resumen, debe examinarse objetivamente la atención de los consultorios y ver manera de tener médicos calificados siquiera en las más importantes especialidades básicas, por ejemplo internistas y pediatras; y de solucionar el problema de los exámenes de laboratorio, radiografías, ecografías y medicamentos.

Los médicos de urgencia deben enfrentar a una población exigente y angustiada. Muchas veces se ven obligados a hospitalizar patologías que pueden ser tratadas en forma ambulatoria por miedo a posibles demandas. ¿Es razonable trabajar con ese temor? ¿Por qué se da tanta tribuna sólo a lo que pudieran ser fallos y no se privilegia informar del trabajo serio, responsable y esforzado? Así muchos enfermos leves ocupan las camas de los hospitales y otros con enfermedades de cuidado deben quedar en camillas de observación esperando que se produzcan espacios de atención.

Pasando al tema del funcionamiento de la red asistencial, la gestión de las camas es lenta, y la interacción entre los hospitales no es expedita, en parte por falta de vehículos de traslado o porque los hospitales más pequeños de la región están también ocupados. Se cuenta con el número justo de ambulancias y el costo de la bencina es difícil de financiar con presupuestos limitados.

Frente al envejecimiento de la población, faltan en nuestro país establecimientos de baja complejidad donde puedan permanecer el tiempo necesario los cada vez más numerosos pacientes con patologías crónicas, que no tienen cabida en nuestro hospital ni en ningún hospital base de región por exceso de demanda. Los hospitales de mediana y larga estadía que existen en Francia pudieran ser un ejemplo a seguir; y debería implementarse la hospitalización domiciliaria.

La falta de medicamentos, la demora en conseguir algunos exámenes importantes, como scanner, arteriografías, resonancias magnéticas, prótesis diversas hace que las operaciones se posterguen y que los enfermos y sus familiares estén permanentemente insistiendo y reclamando, a veces en forma muy airada y a veces directamente a los diarios o a la televisión.

Pero el problema más grave con que nos enfrentamos en este momento, y que es causa de que las listas de espera estén estancadas, es el de los pabellones centrales. De doce pabellones que fueron inaugurados en 1994 actualmente funcionan cuatro (además de un pabellón de obstetricia). En este aspecto, el escollo más serio es la falta de anestesiólogos. Se decidió que estos especialistas

sólo pueden dar anestesia a un paciente por vez y no controlar dos pabellones simultáneamente. Las horas de anestesia sólo cubren las necesidades de 4 pabellones para cirugía electiva de todas las especialidades, que alcanzó un promedio de 35 cirugías diarias los años 2000 – 2002, cifra que actualmente es mucho menor. Ya en el año 2001 se suspendían, en promedio, 150 operaciones cada mes. Hay 60 especialistas de las diferentes especialidades que cada día deberían llevar enfermos a Pabellón para operaciones electivas.

El Cuadro 1 muestra en el período 1995 – 2004 una tendencia general horizontal del número de pacientes (no de operaciones) intervenidos en forma electiva en el Hospital Hernán Henríquez (Clínico Regional de Temuco). Hubo fluctuaciones relacionadas con proyectos especiales, que han sido transitorios. En los años 2003 y 2004 la cifra estuvo exagerada artificialmente por las intervenciones de psiquiatría, que son electroshocks realizados en el pabellón central. Si se toma en cuenta este hecho, queda en evidencia un descenso moderado del total de operaciones electivas en 2004, descenso que afectó a otorrinolaringología, cabeza y cuello, tórax, vascular y cirugía general. Este descenso se acentuó fuertemente en el primer semestre del año 2005, período en que el promedio mensual fue de 117 operaciones menos que en el decenio anterior; las especialidades más afectadas fueron, esta vez, cirugía infantil, cirugía general, oftalmología, otorrinolaringología, ginecología y tórax.

Las intervenciones de urgencia, en cambio, han tenido un ascenso moderado, con discretas fluctuaciones. Las operaciones en el pabellón de obstetricia no están incluidas en esta estadística.

Tabla 1: 10 Años de Operatoria Pabellones Centrales

EQUIPOS	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	PROMEDIO	
INFANTIL	1.025	1.127	1.157	736	710	792	674	741	618	767	835	
ORTOPEDIA				374	460	487	446	392	416	522	310	
TRAUMATOLOGIA	544	549	571	530	648	665	702	614	641	683	615	
NEUROCIRUGIA	216	201	231	220	203	179	171	189	195	233	204	
UROLOGIA	502	521	536	493	549	574	599	571	477	481	530	
GINECOLOGIA	269	446	528	495	627	650	630	559	664	646	551	
OFTALMOLOGIA	229	261	304	328	318	335	280	265	341	338	300	
OTORRINO	561	515	616	489	616	513	513	435	401	383	504	
PENSIONADO	533	367	335	327	237	433	362	436	477	515	402	
PSIQUIATRIA				38	91	251	264	265	551	551	201	
PROYECTO OTO				70	99	64	19	49	70	1	37	
PROYECTO UROL							16				2	
PROYECTO ADUL			759		65	0	0	15			84	
PROYECTO INFA				0	72	0	293	206	209		78	
FUNQUEM					72	0	8	33	44	43	20	
TOTAL	3.879	3.987	5.037	4.100	4.695	4.943	4.975	4.806	5.104	5.164	4.673	
BECADO	121	106	180	200	256	222	202	147	175	236	185	
BILIO	324	281	262	205	189	215	220	192	193	131	232	
CABEZA Y CUEL	418	342	386	293	303	331	270	273	397	27	304	
CARDIACA	99	94	107	93	98	89	75	105	138	275	117	
GASTRO	310	261	266	211	226	240	216	262	208	346	255	
GENERAL	290	303	326	307	353	339	388	305	339	229	318	
MAMA	274	296	297	247	215	223	250	234	219	213	247	
TORAX	175	193	197	182	196	188	160	163	175	121	175	
VASCULAR	275	246	313	240	288	333	320	305	312	247	288	
TOTAL	2.286	2.122	2.334	1.978	2.124	2.180	2.107	1.986	2.165	1.825	2.121	
URG.ADULTO	2.594	2.841	2.671	2.819	2.662	2.794	2.846	2.979	3.057	2.864	2.813	
URG.INFANTIL	550	694	776	888	926	971	1.071	1.016	994	1.012	890	
TOTAL	3.144	3.535	3.447	3.707	3.588	3.765	3.917	3.995	4.051	3.876	3.703	
ELECTIVAS	6.165	6.109	7.371	6.078	6.819	7.123	7.082	6.792	7.368	7.037	6.794	
URGENCIA	3.144	3.535	3.447	3.707	3.588	3.765	3.917	4.002	4.051	3.876	3.703	
TOTAL MENSUAL	9.309	9.644	10.818	9.787	10.407	10.888	10.999	10.794	11.419	10.914	10.497	

PR.MEN.	EQUIPOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	PROM
70	INFANTIL	30	31	46	51	46	30	39	39	39
26	ORTOPEDIA	42	44	37	57	47	31	32	28	40
56	TRAUMATOLOGIA	50	44	41	60	45	36	34	51	45
17	NEUROCIROLOGIA	22	15	17	19	17	16	20	17	18
44	UROLOGIA	40	39	38	34	44	28	39	33	37
46	GINECOLOGIA	48	34	44	40	33	27	30	31	36
	ONCO.GINEC.				15	16	15	17	18	16
25	OFTALMOLOGIA	19	30	4	13	9	0	3	0	10
42	OTORRINO	28	27	29	34	27	12	21	18	25
34	PENSIONADO	47	33	37	38	43	44	44	37	40
17	PSIQUIATRIA	6	7		0	0		0		2
3	PROY. OTO	19	30		19			12	8	11
	PROY. UROL									
7	PROY. ADUL									
7	PROY. INFA							1		
2	FUNQUEM		4		3	6	1	3	4	3
396	TOTAL	351	338	293	383	333	240	295	284	315
15	BECADO	15	8	3	0	7	6	11	11	8
19	BILIO	16	16	17	20	20	12	6	13	15
25	CABEZA Y CUEL	27	20	28	21	19	19	23	22	22
10	CARDIACA	13	12	7	16	19	14	13	14	14
21	GASTRO	15	15	11	30	22	12	21	22	19
27	GENERAL	14	12	16	11	12	6	15	6	12
21	MAMA	20	18	11	24	21	17	26	23	20
15	TORAX	6	9	11	11	8	5	8	14	9
24	VASCULAR	15	17	17	30	26	25	21	20	21
177	TOTAL	141	127	121	163	154	116	144	145	139
234	URG.ADULTO	271	220	253	259	250	194	190	216	232
74	URG.INFANTIL	88	69	78	85	93	86	77	81	82
308	URG.ORTOP.		6	11	20	7	11	0	10	8
	TOTAL	359	289	331	344	350	291	267	307	317
573	ELECTIVAS	492	492	414	546	478	356	439	429	454
308	URGENCIA	359	295	342	364	344	295	269	307	322
881	TOTAL MENSUAL	851	787	756	910	822	651	708	736	778

Diez años de operatoria de los Pabellones Centrales del Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, 2004- 2005.

En la Unidad de Emergencia hay dos anestelistas para cubrir las necesidades quirúrgicas de Urgencia de Adultos, Infantil y Maternidad. Generalmente un anesthesiólogo cubría las necesidades de la maternidad y el otro vigilaba dos anestesisas simultáneas en los pabellones centrales. Al decidir que el anestelista dará anestesia sólo a un paciente, el segundo pabellón de Urgencia no funciona y el número de enfermos por operar crece haciendo más lenta la atención de urgencia y la movilidad en las salas de hospitalización. Actualmente se logra efectuar sólo cuatro operaciones de urgencia en promedio cada 24 horas.

Se está dando prioridad a la patología AUGÉ, aunque se había prometido que siempre habría cabida para los enfermos de las listas de espera, especialmente los cánceres de localización gástrica, pulmonar, esófago, de piel, o de tiroides.

Si los 10 pabellones de cirugía electiva estuvieran funcionando se podría resolver la patología AUGÉ y no AUGÉ por igual. Si esto no sucede los pacientes Augé serán derivados a alguna clínica privada, con lo que la opinión pública verá cumplidas sus aprensiones acerca de la privatización del sistema cumplidas.

El programa de Cirugía Mayor ambulatoria ha sido retrasado también, ya que no se puede citar a un enfermo si no hay seguridad de operarlo. El Pabellón ambulatorio se ha visto afectado por la falta de horas de anestesia: se suspendió la posibilidad de anestesia general para los tratamientos dentales a los niños con Síndrome de Down; los adultos mayores citados para vitrectomía debieron ser reprogramados y citados para varios meses más.

No hay anestelistas formados en este momento para cubrir las necesidades de anestesia del país. Las autoridades del Servicio enviaron a tres médicos a especializarse en Anestesia a Santiago, pero terminarán su preparación en un año y medio más.

Se ha implementado una compra de servicios a los anestelistas para operar más enfermos pero ellos han dado una lista de las intervenciones que pueden hacerse y ellas no coinciden con las necesidades, especialmente las de los pacientes que están hospitalizados y que necesitan atención en primer lugar. Además los cirujanos que puedan acceder a este pabellón deben estar acomodando su tiempo, lo que interfiere con otras actividades programadas con antelación, como procedimientos y atención de policlínico. Esta solución sólo puede servir en forma transitoria.

Si hubiera anestesiólogos extranjeros dispuestos a trabajar en nuestro país, sería una buena solución, ya que hay un reconocimiento de título. Si no tenemos los necesarios aquí, los especialistas chilenos no podrían discutir su contratación, salvo que ellos mismos accedieran a formar los anestelistas que el país requiere aquí y ahora. En varias oportunidades se ha tratado de crear un centro de formación de anestesiólogos, de acuerdo con la Facultad de Medicina. Los anestelistas de Temuco tienen los conocimientos y experiencia necesarios para hacerlo, pero ello no ha ocurrido.

Aún si contáramos con las horas de anestesia necesarias, todavía tendríamos que subsanar el problema de obsolescencia de algunos equipos que ya tienen 10 años de uso exhaustivo y del instrumental, que fue renovado en 1994 y ya ha cumplido con creces su vida útil. En junio del 2005 se confeccionó una lista que incluye 234 tipos de equipos e instrumental y que se refiere solamente a lo que hay que reponer, sin considerar nuevas necesidades, como por ejemplo la de tres laparoscopios con su respectivo instrumental.

Una razón subyacente adicional, de otra naturaleza, contribuye a la problemática observada: ella es que las autoridades del servicio tratan de paliar los problemas pero sin aumentar la deuda histórica, lo que dadas las falencias existentes pensamos seriamente que es imposible.

UNA EXPLICACIÓN DE FONDO

El origen de nuestros problemas actuales es, al menos en parte, el desarrollo inorgánico de los hospitales. Hemos perdido el norte, no se planificó el desarrollo y ahora estamos frente a la terrible situación de estar en condiciones, por conocimientos y experiencia, de hacer cosas a nivel del siglo XXI con presupuesto de un hospital tercermundista.

Por ejemplo, se han iniciado especialidades y Servicios al entusiasmarse las autoridades locales con dar horas a algún médico que llegaba a ofrecer algo que no existía y le iban dando unas camas, horas de pabellón, algún instrumental, y así se iba organizando algo que no estaba en los planes originales de un hospital base; y se iba generando un gasto que se distribuía entre todos los otros Servicios.

Así comenzó en la Neurocirugía, la Cirugía Plástica y en Hospitales tipo 2 la Traumatología, Urología. Las primeras dos máquinas de diálisis las regaló un paciente agradecido; por supuesto eran de segunda mano y generaron inmediatamente gastos en repuestos. El presupuesto no contemplaba estos extras y se generaron así más deudas cada día.

Debemos tomar en cuenta que hay nuevas técnicas. Por ejemplo, la laparoscopia, que exige comprar laparoscopios y su instrumental e insumos,

que son de alto costo: una sola pinza para esta técnica cuesta \$ 450 000. Ya no basta con una radiografía: a veces hasta para un lipoma se quiere sacar una ecografía, si es que no se pide un scanner. Hoy, para reparar una fractura de mandíbula se usa una miniplaca de titanio, con tornillos del mismo metal, lo cual cuesta alrededor de \$ 200 000, mientras que hace unos cinco años tratábamos la misma fractura con unos puntos de alambre de acero inoxidable por la suma de \$ 2 000; por supuesto que el tratamiento actual es mejor para el enfermo. Pero los presupuestos no se han adecuados a la realidad.

También fallan los planes de formación. Por ejemplo, un médico es enviado a Santiago a hacer una especialidad financiada por un Servicio de Salud con otras necesidades, pero no es la que se necesita en ese lugar, por lo tanto apenas termina trata de trasladarse al lugar donde podrá ejercer a cabalidad y ese servicio pierde una importante inversión. También hay mala planificación, por ejemplo un pabellón de Cirugía en un Hospital tipo 3 o dividir una sala de tratamiento intermedio de 6 camas entre dos hospitales tipo 2, otorgando 3 a cada uno, lo que duplica los costos de inversión en infraestructura y personal.

En suma, no hay congruencia entre las iniciativas implementadas y la realidad asistencial. Y si no hay un serio estudio de lo que podemos y debemos hacer, planificando en forma muy razonada, estaremos cada día más frustrados.