

Entrevista al Dr. Juan Luis Castro

Presidente del Colegio Médico de Chile

**Planteamientos recogidos por
Dr. Claudio Sepúlveda-Alvarez.***

Al acercarse el final de la tramitación Parlamentaria de la Reforma de Atención de Salud, el Presidente del Colegio Médico evalúa perspectivas.

Cómo evalúa Ud. la acogida a la acción del Colegio Médico en la Reforma?

Frustrante. Ante la normativa reformista propuesta por el Ejecutivo -como institución que agrupa a quienes atendemos enfermos cada día y utilizamos la tecnología correspondiente- el Colegio Médico se posicionó por una verdadera reforma de la atención de salud, centrada en bases legítimas de progreso como son el cambio epidemiológico y tecnológico de la salud. Aunque el Colegio Médico hizo oír su voz constantemente, quienes han decidido el curso de esta normativa sólo consideraron aspectos financieros y políticos.

En el Parlamento, solo UN parlamentario, mi predecesor como Presidente de este Colegio, supo votar en contra; tenía perfecta conciencia de lo que estaba en juego. Una legislación sobre derechos sociales, sobre la salud, es diferente a una legislación sobre derechos civiles. En este último caso, se podría decir que la legislación civil es la "tecnología" de lo civil. La legislación sobre la salud está lejos de ser la tecnología de la salud, una materia que pocos legisladores conocen, como lo demuestra la extrema premura con que despacharon los proyectos legislativos de alza del IVA, Autoridad sanitaria y AUGÉ. Procesamiento tan rápido es sólo posible cuando no se aquilata las consecuencias de una decisión. Estamos seguros que seremos llamados, en su oportunidad, a corregir las severas anomalías introducidas en nuestro sistema de salud.

Como describiría Ud. la esencia de esta nueva normativa en salud?

La nueva "normativa" en salud no es sino una nueva legislación, ahora aprobada por el Parlamento, a través de una alianza táctica que unió todas las posiciones, concertacionistas y de oposición de derecha, como se lo recordaba Joaquín Lavín al Presidente Lagos en reciente Carta Abierta en "Qué Pasa" (semana del 4 de septiembre). Esta legislación no es una reforma de la salud, es un cambio de normas que, como otros han dicho -incluyendo el Director Emérito de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. Carlyle Guerra de Macedo (en las páginas de estos Cuadernos Médico-Sociales)- cambia el financiamiento, no el tipo ni la calidad, de los servicios de salud que la población chilena recibirá. Es un cambio normativo que entroniza la legalidad y la legitimidad de libre mercado, que redefine como mercancía no sólo los servicios de salud, sino también a quien los recibe y a quien los proporciona: un paciente vale lo que su "plan de cobertura" vale, un profesional médico vale la suma de los "bonos" que cobra. Es la metalización -dura y vieja palabra- de todo ser humano, médicos y pacientes incluidos. La relación médico-paciente misma esta vulnerada en su esencia ética: pasa por cuanto pueden pagar unos y cuanto quisieran recibir los otros.

Tampoco es tan "nueva" esta normatividad, sólo prolonga y expande las premisas de los primeros tiempos de la Dictadura - allá por 1980- cuando, al fundar las ISAPRES, Hernán Buchi hizo que Hacienda tomara el relevo del Ministerio de Salud en la conducción de la salud de los chilenos, al decidir que éste era un buen sector para que el capital nacional hiciese (más) dinero. Con ello, seguía las indicaciones del capital

* Miembro Comité Editorial CMS

internacional en expansión, inserto en las directivas del Banco Mundial, el que abría sus préstamos -ya en esa época, con interés y aval del Estado, un Banco es un Banco- al sector salud en diversos países del mundo en desarrollo, en especial aquéllos con mayor mercado potencial, Indonesia, Brasil, Turquía.

Cuál será la situación de los pacientes bajo tal normativa?

Paradójicamente, se estimula la demanda. Aún en los "eventos" cubiertos bajo la sigla AUGE -cualquiera sea su número-, la revolución de las expectativas está en curso, se ha "sobrevendido el vuelo", la demanda esta en expansión. Y con urgencia "garantizada", en tiempo, calidad y dinero: más rápido, con más tecnología, sin límite de gasto... aun si nadie sabe, realmente, cual es la "norma" ("lo mejor") de cada una de estas categorías. Son los Juegos Olímpicos de la Salud... para aquellos "deportes" (los eventos AUGE) aceptados en la lista. Los récords están por establecerse: la atención más cara, la más rápida, la que usa "toda" la última tecnología. Tal expansión de la demanda, pronóstico de la cual ya hemos visto sus primeros "piques" -en tratamiento SIDA, en diálisis renales-, no puede sino crear otro problema subsidiario, una nueva tensión entre Estado y ciudadano, directa cuando el financiamiento es FONASA, indirecto cuando el financiamiento son las ISAPRES.

Tensión social en que el financiamiento, público y privado, es el colchón, aun si los servicios no mejoraran automáticamente: mayores recursos requieren también mejores aprovisionamiento, administración, entrega de servicios, etc... una cadena casi interminable de eslabones para que el paciente realmente esté mejor; cadena tan larga que hasta podrá olvidarse el objetivo real: mejores servicios de salud, perdidos entre equipos que eran obsoletos, médicos que atendían mal, el bono no alcanzaba, no se había declarado la patología previa, el medico deseado no estaba en la lista ISAPRES... Es imponer un escenario de limitación de los servicios por el nivel de gasto del que demanda, de reducción del derecho a la salud, oculto tras patologías seleccionadas, de "eventos[AUGE] garantizados", lo cual es como decir que también los hay "no garantizados". Que son más, muchos más!

Así, los pacientes excluidos -los de menos recursos- aumentarán paulatinamente, en número, y en cantidad y calidad de postergaciones, frustración, insatisfacción, sufrimiento. Quienes tengan alternativa -esto es, dinero suficiente para saltarse toda la cade-

na- irán derechamente (como siempre?) donde crean, o sepan, que están las condiciones que desean. La(s) medicina(s) de varias velocidades será(n) un hecho !! La desigualdad acentuada. Por ley. Gran contradicción gubernamental, donde los sectores de menor ingreso poco agregan a sus magras aspiraciones - en abierta contradicción con la promesa pre-electoral del "crecer con equidad"- mientras el capital privado ve las tasas de retorno de las ISAPRES, de las AFPs que las prohíjan, (de las Clínicas privadas, si sus balances fuesen públicos) aumentar y empinarse muy por encima del doble dígito, a 15 -18 - 21 % anual. Compárese con el ingreso nacional, el cual con expectación crece a... quizá si el 5%. Y los sueldos mínimos, al 3.5%. Qué duda puede haber que el sector privado en salud hace, ya, buen negocio ! Varias veces por encima del promedio nacional. Lo cual es fácilmente explicable si se considera - como lo demuestran los pocos estudios de costos que existen, por ejemplo Rodríguez y Tokman, o los tuyos Claudio, con real sentido salubrista- que servicio a servicio (examen a examen, si se quiere) los costos privados son más del doble de los públicos. Cómo no !, si el servicio de salud privado tiene que acomodar el 20%+ de ganancia de que estamos hablando !!

Que nadie se sorprenda de este resultado, el sector privado nunca ha luchado por la solidaridad, la equidad. Por el contrario, su negocio es diferenciar sub-mercados: quién puede pagar mas, quién puede pagar "algo" mas, quién puede pagar mucho, quién "no puede" pagar. Estos últimos, que vayan a FONASA. Pero el Gobierno no es el sector privado, nos representa a todos, debiera cautelar la equidad que esgrimiera para obtener los votos que lo eligieron. Estamos, en cambio, en presencia del negocio a gran escala con la medicina, configuración que sucesivas cohortes de políticos y salubristas habían logrado evitar que llegase a Chile. El Estado es hoy, si acaso, un mero re-asegurador de este negocio: aceptara aquellos que no pueden pagar, o pagar poco, aquéllos que las ISAPRES rechacen. Y le comprará al sector privado tanto como sea posible, cuando sus propios establecimientos -autorizados desde ya para entrar en convenios con el sector privado, son autogestionados- no alcancen la garantía de "oportunidad" de servicio. Por ley.

Cuál será la repercusión en el ejercicio profesional de los médicos?

Los médicos han perdido, y perderán aún mas, autonomía profesional. Serán las redes de seguros

-las ISAPRES-, integradas verticalmente con clínicas profesionales (lo que ya existe), así como con sus propios médicos asalariados ("por convenio", claro), las que determinaran adonde van, y a quien ven, sus pacientes. Si no quieren... no habrá cobertura, ni habrá bono. La persona será libre de ir... dondequiera, pagando DE NUEVO. Si quiere que sea su seguro el que pague, deberá ir donde se le dice que vaya. Que es donde los estudios de costo de las ISAPRE han calculado que el costo/benéfico les es más favorable, no donde el servicio es de mejor calidad y calidez para el paciente. Y para lo cual, las ISAPRES han ido comprando, estableciendo sus propias instituciones clínicas, entrando en "convenio" con sus propios médicos y profesionales. Rehaciendo, a escala privada, la red institucional pública prevalente por décadas en el país... y cuya crítica es pasatiempo favorito de los medios de comunicación. Doble standard se suele llamar a esta conducta.

Es el predominio del interés individual y privado: de la individualidad del seguro, no del ser humano; del capital privado, no de la privacidad del paciente. En tales condiciones, la expectativa de trabajo médico se torna un mercado más. A diferencia del abanico de estímulos existente, que conjugaba servicio como vocación, academia, especialización, prestigio y honorarios, el desarrollo del mercado médico convierte cada opción en su equivalente monetario: el proceso de especialización es de pago directo, el prestigio depende de un alto ingreso económico, va de la mano con el monto de los honorarios contractuales; la academia y la vocación de servicio como opciones únicas son solo aceptables para quienes estén dispuestos a la estrechez económica. La sobreproducción de médicos -expresada en el crecimiento desmedido de facultades y de cupo aceptado para esas carreras, unido a la gran inmigración médica- está llevando a condiciones anárquicas de ejercicio profesional.

Se recurre entonces a la especialización y sobre-especialización para asegurar un submercado laboral estabilizado, lo cual no puede sino terminar en una medicalización de la conducta de salud de la población, cuya demanda se expandirá sin relación directa con la incidencia de patología. La población ya no pide un médico, sino un superespecialista, sobre la base, a menudo equivocada, de síntomas imposibles de valorar por un lego.

Para asegurar un ejercicio profesional calificado, al servicio de un sistema equitativo de salud, y no a un sistema que privilegia - de manera contradictoria- la expansión del gasto privado pero reduce la

responsabilidad fiscal (patologías AUGE, concesión de la construcción de hospitales), el Colegio Médico ha desarrollado una férrea alianza con ASOFAMECH, institución que agrupa a las Universidades de reconocido prestigio, así como con la CONACEM, institución que controla la acreditación de competencias de especialidad médica, para limitar la anarquía existente en este campo y que puede conducir a una calidad profesional degradada, con obvias consecuencias.

Por lo demás, un aumento sin contrapeso de la oferta médica, se sigue de una disminución del valor de honorarios, esto es -como para todo mercado- del abaratamiento de la mano de obra. Ello se expresará en "convenios" que de facto, asalariarán al médico -a niveles más bajos que los actuales- con el diferencial incrementando los beneficios de las compañías aseguradoras y sus clínicas dependientes. No será la población la que obtendrá servicios más baratos, sino que el asegurador intermediario privado recibirá mayores beneficios, por disminución del costo de la mano de obra médica.

Como podrían los médicos contrarrestar estos desarrollos?

No será fácil. La proliferación de servicios, bajo las condiciones indicadas, puede llevar a falla médica repetida. La normatividad jurídica propuesta - aún sin sanción por el Parlamento, ya que el quinto proyecto que conforma la iniciativa gubernamental aún no se procesa- recurre a la sanción legal como medida de control. De aprobarse, se creará un nuevo negocio: el paciente que se sienta dañado por la acción médica debe recurrir a los tribunales ordinarios. No se ve como un daño de salud pueda ser corregido por una acción legal o por dinero adicional, pero es esta judicialización de la medicina la solución escogida, aunque es a imagen y semejanza de los millonarios juicios que se estilan en EE.UU. y contra los cuales luchara, sin éxito, la senadora Hillary Clinton. Demás está decir cuanto vulnera la relación médico-paciente un paradigma deshumanizado como éste, en que se trueca salud por su equivalente en dinero ! El Colegio Médico logró introducir -dentro de la ley AUGE- una instancia de mediación, anterior a la demanda judicial, que permitirá el encuentro y solución consensuada por las partes en conflicto eventual. Los integrantes de tales instancias serán nombrados por el Consejo de Defensa del Estado, para aquellos acogidos a FONASA, y por la Superintendencia de ISAPRES, para los acogidos a éstas últimas. Por cierto, la estructura interna de Tribunales de Ética, en cada Colegio regional de la

Orden, ha sido reforzada recientemente, adoptándose una nueva estructura y un nuevo Código de Ética, a la espera de la decisión legislativa final -bastante avanzada en el Senado- que pueda restaurar la tuición ética efectiva en los propios Colegios profesionales.

No obstante, ha sido necesario cautelar y proteger a los colegiados ante la posible falla de tal mecanismo mediatorio. Desde hace ya algunos años, el Colegio Médico ha creado una entidad distinta, FALMED -o Fundación de Asistencia Legal al médico- la cual procuraba los servicios legales requeridos para enfrentar situaciones de denuncia y que, ahora, asumirá también la eventual compensación que pudiera requerirse.

Como se ve, las normas jurídicas votadas como "reforma de la salud" significan, a través de mecanismos variados, expansión del negocio en salud, del aumento monetario que el sector puede alcanzar, dando concreción al paradigma avalado por la legislación de que hemos sido testigos. Pero tal expansión de mercado, en sí misma, no mejora la salud de la población, por mucho que aumenten, a menudo sin justificación técnica, los servicios de salud que se utilizan. Tales normas significan también una vulnerabilidad creciente de la profesión médica frente a la sociedad, obligando a su Colegio a desarrollar, como queda dicho, mecanismos e institucionalidad propios para hacerle frente.

Qué acciones gremiales del Colegio Médico se perfilan a futuro?

Con una normativa aprobada legislativamente, las opciones son diversas. Para reforzar su accionar corporativo, el Colegio ha tomado con las Sociedades Científicas, ASOFAMECH y CONACEM diversas medidas, algunas de las cuales ya se han detallado. Además, se requiere fortalecer vínculos con otras

asociaciones gremiales, de la ley 15076, en primer lugar, aun si nuestro Colegio es el único que puede mostrar alta convocatoria y afiliación, cercana al 80%. Será necesario desarrollar las instancias multigremiales, así como sus bases a nivel de cada establecimiento. En el clima imperante de despolitización y desencanto, es este un tema que necesita reforzarse, evitando las instancias de distanciamiento entre unos gremios y otros, instancias que se han manipulado de modo contingente, como son los casos de la dirección de pequeños hospitales (con las enfermeras) o de "interpretación" de la receta médica (con químico-farmacéuticos, en el proyecto de ley de medicamentos)

Es también necesario que las nuevas promociones médicas tengan, desde temprano, plena conciencia de las condiciones en que su ejercicio profesional se perfila. Nos abocamos ahora a un estudio de reforma reglamentaria de la Orden para permitir el ingreso adelantado de estudiantes de medicina, a partir de su sexto año de estudios (la mortalidad académica a este nivel es prácticamente nula; todos completarán sus estudios). Se considera, además, rebajar los niveles monetarios de contribución a la Orden, de modo que la cuota de "acceso" sea solo 50% de la normal, y ello por un período de nueve años iniciales, en lugar de tres, como es hoy. Estas medidas están orientadas a reencantar a los afiliados, existentes y potenciales, con una lógica asociativa cuyo debilitamiento se observa a todo nivel, incluyendo la Asociación Médica Mundial -cuya reunión anual 2005, dicho sea de paso, se celebrará en Chile- y no sólo entre nosotros. Los desafíos recientemente generados, requieren un Colegio Médico más fuerte, unido y de renovada eficiencia en sus acciones y posiciones doctrinarias.