

LA META SANITARIA PARA CHILE EN EL 2010¹

Cuad. Méd. Soc. XL, 3-4, 1999/ 36-50

*Dr. Alfonso González Dagnino**

RESUMEN

Se plantea que, para cumplir con los propósitos nacionales de abandonar el subdesarrollo el año del Bicentenario de la Independencia (2010), es preciso, en cuanto a salud, alcanzar los mejores indicadores que hoy tienen los países desarrollados. Se señala que para ello es indispensable mejorar la distribución del producto nacional, corregir las desigualdades entre el sector privado y público de salud, robustecer el sector público y transformarlo en una administración de salud moderna (uso de Estructuras Matriciales, Administración Por Objetivos, etc.), que apliquen la salud integral. Para ello es preciso trabajar con el concepto de Problema de Salud, que el autor describe y desarrolla. Plantea que los Servicios de Salud Chilenos deberán ser Orientados por Problemas (SOP), en contraste con los actuales, Orientados por Actividades (SOA). Los primeros utilizan como herramientas principales los planes y programas, que atacan los problemas de salud poblacionales, en tanto los segundos únicamente las canastas de servicios o las actividades de salud desagregadas, que inciden insuficientemente sobre los problemas de salud. Concluye citando el informe sobre la Salud Chilena elaborado por la Universidad de South California en 1994, en el que se recomienda a Chile no seguir el modelo norteamericano de salud.

SUMMARY

In order to achieve the national goal of leaving the stage of underdeveloped country by the year 2010 (year of the Independence Bicentenary), Chile needs to obtain in the health sector the best health indicators that developed countries have today. To obtain this purpose, it is essential to improve the GNP distribution among the population, reduce the inequalities between public and private health sectors, strengthen the public health sector and transform it into a modern health administration (with matricial structures, management by objectives, etc.). These goals can be reached only through a holistic view of health (promotion, prevention, recovery and rehabilitation). A holistic view implies the concept of Problem of Health. The Health Services should be focused on Health Problems instead of Health Activities as it occur today. In fact, a Health Service oriented on Health Problems can work by plans and programmes that improve the health status of the population. The others cannot, because they only work by health activities or health activities packages. The conference ends with an analysis of the South California University Report on Chilean Health, 1994.

¹ Presentación realizada en la III Sesión Científica de la Sociedad Chilena de Salubridad. "Meta Sanitaria para el año 2010". 27 de junio del 2000

* Miembro de la Sociedad Chilena de Salubridad

INTRODUCCION

La propuesta que planteamos aquí para la Salud de Chile emana del valor supremo que asignamos a la persona humana por su sola condición de tal. Asumimos de este modo, plenamente, los valores de nuestra civilización. Es necesario explicitarlo ahora que, tan a menudo, se justifica con argumentos "técnicos" la mera satisfacción de intereses. Del valor de la persona humana brota el Derecho a la Vida, esto es, el derecho de cada individuo a permanecer vivo el máximo tiempo posible, y hacerlo, además, de la mejor manera. Es evidente que tal derecho es el progenitor de todos los demás. El Derecho a la Salud es el componente principal del Derecho a la Vida. Por tanto, cuanto lo cuestione, dificulte su ejercicio, o lo entorpezca de cualquier manera, atenta contra el Derecho a la Vida, y es, en su sentido más profundo, inmoral. El Sistema de Salud de Chile que heredamos de la dictadura, discriminaba a los chilenos por su nivel económico, atentando contra el Derecho a la Vida. Era por tanto un sistema inmoral. A pesar de lo mucho que se ha hecho en estos años de democracia, este sistema perdura en sus rasgos fundamentales, y el problema de la salud continúa siendo entre nosotros una cuestión moral. No es posible olvidar esta verdad dolorosa, así como tampoco que en este contexto deben juzgarse los diversos planteamientos técnicos sobre los servicios de salud. A tales planteamientos se les deberá hacer siempre una pregunta final: ¿respetan el derecho universal a la salud, o lo limitan? La respuesta separará las aguas.

NUESTRO PLANTEAMIENTO

Chile, como país, se ha propuesto llegar al Segundo Centenario (2010) habiendo dejado atrás el subdesarrollo (por lo menos en sus expresiones

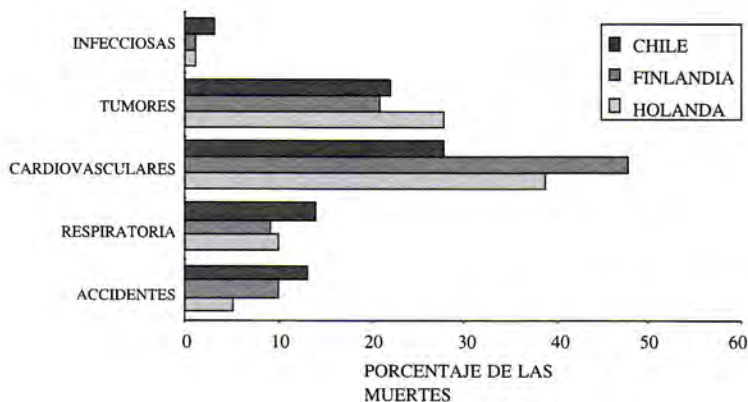
emblemáticas). Meta ambiciosa y difícil, pero no imposible, si todos los sectores nacionales realizan un trabajo esforzado y la situación internacional no interfiere brutalmente. Concordantes con este propósito-país, nosotros proponemos alcanzar en el 2010 los mejores indicadores de salud que hoy, año 2000, ostentan los países desarrollados (por cierto, nos referimos a aquellos con políticas públicas de salud consistentes: Países Escandinavos, Inglaterra, Canadá, Japón, España). Los indicadores específicos que deberemos alcanzar, o sobrepasar, así como su cuantificación y los plazos para ir alcanzándolos uno a uno, tendrán que ser motivo de un estudio especial de nuestro grupo. Señalamos algunos, que, muy probablemente, se incluirán en dicho estudio, por ejemplo, una expectativa de vida de 78 años, o más, corregidos por incapacidad. Otros indicadores podrían ser: bajar de 5 por mil la mortalidad infantil, bajar drásticamente las tasas de mortalidad por cáncer de mama (17 por cien mil) y cérvico-uterino (14,5 por cien mil) a menos de 1 por cien mil; bajar a 8%, o menos, la prevalencia de trastornos mentales en la población; alcanzar las cifras de complicaciones diabéticas de los países escandinavos a base de enérgicos programas poblacionales preventivos, y del mismo modo conseguir una elevación menor de la curva de accidentes cardiovasculares que los augurados por nuestro creciente envejecimiento. Desde luego, muy probablemente ese estudio establecerá bajar la mortalidad por tuberculosis de 5 por cien mil a menos de 1 por cien mil (tasas ajustadas por edad con EE.UU.), las muertes por neumonía e influenza de 46 por cien mil a menos de 10 por cien mil (tasas también ajustadas con EE.UU.), la erradicación completa de enfermedades como la hepatitis, la tifoidea y paratifoidea, y de la meningitis meningocócica, enfermedades éstas cuyo peso en nuestro país se muestra en el cuadro siguiente.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SELECCIONADAS NOTIFICADAS EN CHILE EN EL PERIODO 1989-1996

Año	Hepatitis	F. tifoidea y paratifoidea	Meningitis meningocócica A	Tuberculosis
1989	10.481	6.567	230	6.728
1990	11.400	5.172	257	6.151
1991	8.900	4.983	322	5.498
1992	5.291	1.897	292	5.304
1993	6.048	1.631	380	4.538
1994	12.834	1.597	482	4.138
1995	15.355	1.409	585	4.150
1996	9.707	1.404	524	4.178
Total	80.016	24.660	3.072	40.685

Fuente: Ministerio de Salud de Chile

POSICION RELATIVA DE CAUSAS DE MUERTE.
CHILE, FINLANDIA Y HOLANDA, 1995



Fuente: Ministerio de Salud de Chile.

Para graficar la magnitud de la meta que planteamos, señalamos a continuación el peso relativo de causas de muerte en 1995 entre Chile, Finlandia y Holanda.

Plantearse metas ambiciosas implica por lo menos dos ventajas: una, tensionar al aparato de salud nacional al logro de objetivos concretos, y por cuyo cumplimiento serán evaluados; dos, orientar el trabajo del sistema de salud hacia resultados en la salud de las personas. O dicho de otro modo, en fijar la atención, más que en los servicios de salud como tales, en los problemas de salud.

CONSIDERACIONES GENERALES PREVIAS

En el mensaje presidencial del 21 de mayo de este año 2000 se plantea alcanzar a fines del sexenio (2006) importantes soluciones medioambientales, de comunicaciones, de vivienda, de erradicación de la pobreza, de bienestar material y desarrollo educacional y cultural, que constituyen en sí mismas premisas insoslayables para cumplir la meta de salud que proponemos.

Creemos que las principales dificultades que deberán superarse emanarán, por una parte, de nuestra diversidad epidemiológica y demográfica según lugar y sectores sociales, y por otra, de la asimetría entre el sector público de salud y el privado mercantil de salud. Ciertamente, detrás de estas diversidades está, en último término, la desigual repartición del ingreso nacional, como veremos más adelante.

En los años próximos, en la medida que se atenuen las diferencias en el ingreso de los chilenos, y desaparezcan así las condiciones materiales condicionantes de las diferencias en la salud (desaparezcan las inequidades), se instalará un escenario complejo, en el cual, para alcanzar el nivel de salud propuesto en la meta sanitaria, cobrará creciente importancia la mejora de la calidad de vida, con la multitud de factores que inciden en ella: culturales y educativas, de utilización creador del ocio, de adopción de hábitos y formas de vida saludables, de una cultura nacional de salud, etc. La calidad de vida, en definitiva, se transformará en la cuestión central para acercarnos a los países desarrollados.

Alcanzar en el 2010 los mejores indicadores de salud que hoy tienen los países desarrollados, exigirá pues, en una primera etapa, alcanzar los niveles de vida de los países desarrollados. Para ello es indispensable aproximar, en el interior de nuestro país, los sectores pudientes con los desfavorecidos elevando el nivel de vida de estos últimos. Es decir, corregir las enormes inequidades sociales que nos aquejan. Tal cosa se logrará únicamente con políticas sostenidas de gobierno tendientes a mejorar la distribución del ingreso nacional. Daremos una cifra ilustrativa: mientras el 20% de las familias de más altos ingresos de Chile obtiene el 60% del ingreso nacional, el 20% de las familias de ingresos mas bajos obtiene el 4,5% de este ingreso (Cifras del Banco Mundial 1997-98). Esta es la dimensión de la brecha. Por otra parte el modelo económico que nos rige, lejos de atenuar la brecha, la ha aumentado en estos

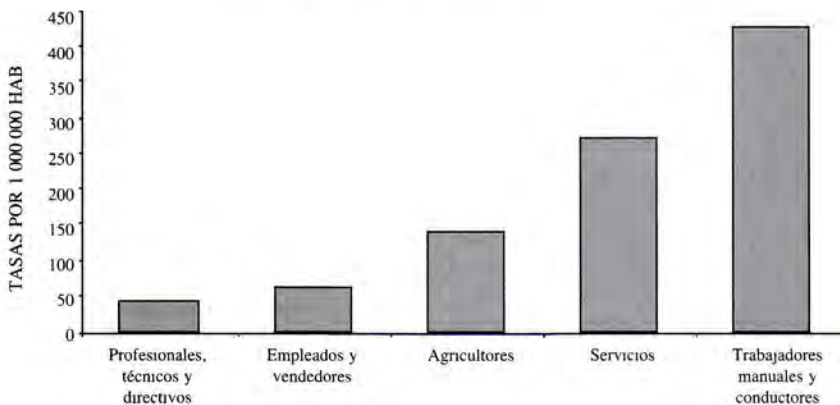
últimos años, no obstante que los sectores más desvalidos han mejorado sus ingresos. La creciente disparidad en el ingreso de los chilenos se debe a otra verdad fundamental, que no es posible olvidar si queremos alcanzar las metas de salud propuestas: el mercado, en cuanto a distribución de ingresos, no se autorregula; por el contrario, su tendencia ineluctable es a la concentración de las riquezas. El proceso de globalización que vive actualmente el mundo, expresa el proceso gigantesco y final de esa concentración: el ingreso de las seis personas más ricas del mundo es actualmente igual al de los doscientos millones de personas mas pobres (Informe de Naciones Unidas, 1999). No abundaremos sobre este tema, sobre el que existe una numerosa y rica bibliografía.

La situación de la salud en nuestro país es el correlato de lo que ocurre en la economía nacional, la cual, a su vez, es el correlato de lo que ocurre en la economía mundial. Ilustremos esta realidad de nuestra salud: el país invierte el 6,5% del PIB en Salud, pero en el Sector Privado invierte el 4%, y en el Sector Público sólo el 2,5% (World Development Indicator, 1998, Banco Mundial). Es decir, la inversión es de 1 a 3 a favor del sector privado mercantil, siendo que éste atiende únicamente al 25% de la población, y el Sector Público, con la mitad del PIB del sector privado, atiende al 75% de la población. Es verdad que la situación ha mejorado con la llegada de la democracia: en 1989 el gasto per cápita en salud era de 89 dólares en el Sector Público, en tanto que en

1999 llegó a 221 dólares (los países con que pretendemos compararnos en el año 2010, gastan hoy entre 1.200 y 2.000 dólares por persona). A pesar del contraste de las cifras actuales con la inopia de la dictadura, aun las cifras de hoy son muy bajas, incluso no superan el nivel histórico del 3,5% del PIB que se invertía en el sector público en 1973. De todas maneras, insistimos, hay que valorar lo hecho por la democracia si consideramos que durante la dictadura el PIB en el sector público fue 0,85%

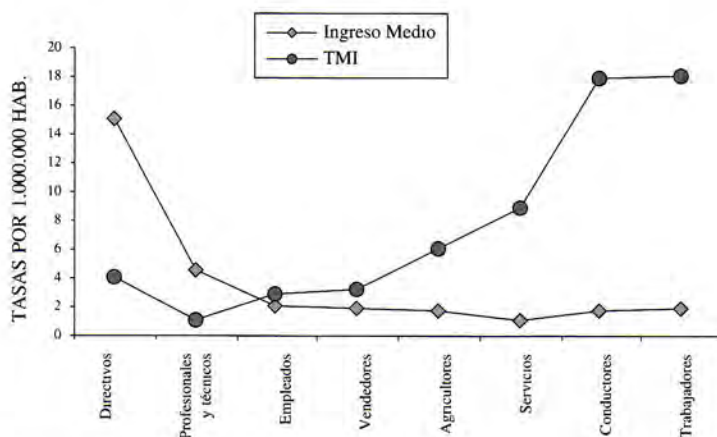
Finalmente, la cotización por persona en el sector público es hoy de \$ 31.318 y en el Sector Mercantil de las Isapres sube a \$ 113.893. Esto se expresa -no podría menos que expresarse-, en una desventaja del sector Público de Salud en accesibilidad, oportunidad, comodidad y calidad. Estos desequilibrios se objetivan en indicadores: la morbilidad por tuberculosis es diferente en las comunas ricas y las pobres. En Vitacura es de 5,9 por cien mil hbts., en Estación Central es de 60 por cien mil hbts.; en Las Condes es de 6,7 por cien mil hbts., en San Joaquín es de 41,5 por cien mil hbts. (cifras del Programa de Tuberculosis. Ministerio de Salud de Chile, 2000). Podríamos seguir, pero estamos sólo ilustrando lo que decimos. Todavía dos ejemplos mas: las tasas de mortalidad en la población entre 15-64 años, según ocupación (que expresa ingresos y nivel educacional), y las tasas de mortalidad infantil según grupos educacionales y nivel de ingresos.

RIESGO DE MORIR EN POBLACION OCUPADA DE 15-64 AÑOS. CHILE 1995



Fuente: Ministerio de Salud de Chile.

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL ESTIMADAS SEGUN GRUPOS OCUPACIONALES E INGRESOS MEDIOS. CHILE 1995



Fuente: Ministerio de Salud de Chile.

Estos ejemplos –y tantos otros que podríamos señalar aquí–, están revelando una inmoralidad. Esta inmoralidad se agrava cuando se considera que de diversas modos el sector de los más pobres (FONASA), subsidia al sector de los más ricos (ISAPRES): el 2% de la cotización de los trabajadores al FONASA se transfiere todavía en forma considerable como bonificación a las Isapres (algo menos de 30.000 millones anuales), el Sector Público financia igualmente el programa de alimentación complementaria a los niños del Sector de las Isapres, tanto como el pago de licencia maternal a las afiliadas de Isapres (32.000 millones anuales), las vacunaciones (cuya cobertura nacional en Chile supera el 90% de la población), etc. Pero lo más grave acaso de este parasitismo del sector privado al sector público, sea el que hace por el uso de las instalaciones del sector público sin pagar por ellas, o haciéndolo tarde e incompletamente. Ahora que tenemos el clásico brote de enfermedades respiratoria en los niños (IRAs), y hospitales y consultorios públicos casi no dan abasto para atender esta demanda dramática, constatamos que el 15% de las camas de hospital para las IRAs están ocupadas por el sector de Isapres (datos del Ministerio de Salud de Chile, 2000). Pero hay más: de 9.500.000 consultas en Atención Primaria en el sector público, 950.000 fueron por clientes de Isapres, sin que se pagara por ellas (año 1999). Del total de camas del sistema público (30.623) un 12% son ocupadas por pacientes no FONASA (casi todos Isapres, mas o menos 3.600 camas), y del total de camas complejas, el

13% lo ocupan las Isapres (Ministerio de Salud, 2000).

Declaramos enfáticamente que no estamos en contra del sector mercantil de la medicina, sino muy por el contrario: consideramos altamente conveniente para el país, y encomiástico para el subsector privado, que éste atienda la salud del 25% de los chilenos, siempre que lo haga con la calidad necesaria y atendido a la legalidad vigente (laboral, penal, civil, comercial, de derechos ciudadanos, etc). Afirmamos que dicho sector, al entrar al mundo del mercado, debe desenvolverse en él ateniéndose a sus leyes, sin bonificaciones ni privilegios del estado. Obviamente ello no debe alterar las relaciones de buena vecindad entre ambos subsectores y la coordinación en la ejecución de políticas nacionales, llegándose en casos puntuales a expresiones de solidaridad y ayuda mutua. En las relaciones entre ambos subsectores deberá existir una total equidad. Dicho lo cual, afirmamos que, hoy por hoy, la solución mercantil de salud, como solución nacional, es inviable. El dramático ejemplo de los EE.UU., que gastando el 17% de su PIB en salud, principalmente en salud privada, deja sin cobertura de salud a 35 millones de norteamericanos, debiera ser suficiente.

En estas Consideraciones Generales, señalemos todavía tres cuestiones que dificultarán el logro de la meta sanitaria propuesta:

- Una de ellas es la enorme inercia que tienen los Servicios de Salud, producto de la experiencia empírica, la tradición, los valores cul-

turales, los hábitos, los procedimientos consagrados a fuer de repetidos, las ideologías que se viven como verdades y por tanto se defienden fieramente, y por cierto los intereses profesionales y sindicales. Estos factores pesarán con fuerza entre nosotros porque Chile tiene una sociedad fuertemente autoritaria, lo que la hace reacia al cambio.

- Otra consideración que debemos hacer aquí, es la que emana de nuestra peculiar ubicación entre los países subdesarrollados. No estamos entre los más subdesarrollados, sino en una posición intermedia con los países desarrollados, con indicadores de salud en general muy buenos, por lo que la lucha por alcanzar la meta propuesta se deberá librar sobre algunos sectores sociales y algunas regiones geográficas, en un escenario muy complejo, con mortalidades descendentes en menores y altas en adultos. Aquí se plantea el debate sobre la así llamada "Epidemiología de Transición", que otros prefieren llamar "Epidemiología de la Desigualdad", pues las cifras nacionales son mas bien promedios de realidades diversas, y otros, finalmente, "Epidemiología Bipolar". No nos corresponde aquí entrar en este análisis, pero lo haremos posteriormente en un trabajo específico.
- No se nos escapa tampoco que cualquier predicción de un curso de futuro incluye la incertidumbre, pero también estamos seguros que de plantear nuestros objetivos de salud dentro de premisas de alta probabilidad, tendremos una razonable expectativa de alcanzarlos. Contamos con la ventaja adicional de haber experimentado en Chile, cuando se abordaron los problemas de salud con objetivos de salud cuantificados (Servicio Nacional de Salud, 1952 a 1976), las cosas marcharon bien, al punto que los niveles de salud fueron durante décadas por delante de la realidad socio-económica del país. Hay pues una rica experiencia histórica en el país. Su indudable valor reside en que —de atrasarse el desarrollo del país en el logro de sus metas generales— usando de ella podríamos adelantarnos al nivel que nos correspondería por la situación económico-social.

Por cierto, todo el movimiento del Sistema hacia el logro de los objetivos de salud planteados, deberá encuadrarse en un Plan Maestro de Planificación Estratégica, que se continúe de manera natural con la Planificación Operativa, lo que permi-

tirá orientar y hacer confluir las acciones cotidianas del Sistema (tanto del Sector Público como del Privado Mercantil) en la dirección deseada, dándole simultáneamente al sistema en su conjunto, y a las instituciones en particular, la necesaria flexibilidad para las adaptaciones locales y los cambios circunstanciales. Ni que decir tiene que una organización de este tipo, con tareas concretas a cumplir año por año, todas de gran complejidad, requiere de profundas transformaciones. Si pretendiéramos alcanzar las metas del Bicentenario con más de lo mismo no iríamos a ninguna parte.

EL PUNTO DE PARTIDA

Los niveles de salud de los que partiremos ya han sido señalados. De más está decir que los mejores niveles de salud que exhibe el sector más pudiente de nuestra población se debe a sus mejores condiciones de vida, más que al sector privado de salud donde se atiende. Donde sí hay diferencias grandes entre los sectores de salud público solidario y mercantil privado, es en la atención por especialidades y en las intervenciones quirúrgicas electivas: Por ejemplo, en 1996 la cirugía coronaria total en el país fue de 11,4 x 100.000, siendo la privada 22 x 100.000 y la pública 5,2 x 100.000. En USA es de 120 x 100.000 y en Canadá 70 x 100.000 (datos del Colegio Médico de Chile, 2000). Para alcanzar las cifras del sector privado en estas y otras prestaciones, el sector público chileno debe rehacerse todavía de la terrible devastación que le infligió la dictadura, como es ampliamente conocido. Como pura ilustración: en 1970 en el sector público la colecistectomía electiva tenía una tasa de 425 x 100.000, y llegó en 1985, por deficiencia de recursos, a 275 x 100.000. No podemos extendernos más aquí sobre este doloroso asunto, pero baste decir que a contar del desmantelamiento del Servicio Nacional de Salud, todos los indicadores de salud sufrieron una regresión, que se expresó con fuerza en los años 80, y que empezó a recuperarse en los años 90. Hay una abundante literatura científica chilena que describe este fenómeno. El costo en vidas que significó la devastación del sector público está por calcularse.

Detrás de los diversos niveles de salud entre regiones y sectores sociales se esconden las inequidades de la sociedad chilena. Y sin embargo, en tan desventajosas condiciones, el Sector Público hace lo que puede y compite con éxito con el Sector Mercantil privado en numerosos ámbitos.

logrando los ventajosos indicadores de salud que tenemos a nivel nacional, superiores a los que nos correspondería por la condición socioeconómica y de condiciones de vida de nuestro pueblo. Desde luego, atiende en prevención y promoción al 100% de la población. El número de consultas por cada 100 afiliados es igual ahora en el Sector Público que en el Mercantil, sin contar con el éxito espectacular del Sector Público en campañas masivas, como las IRAS, las vacunaciones, etc. Si comparamos nuestro Sector Público con cualquier otro, en términos de expectativa de vida al nacer en relación al gasto en salud por habitante, no hay ninguno que logre lo que nosotros con 220 dólares de gasto por habitante (España, Francia, Inglaterra, gastan entre 1.200 y 2.400 dólares por persona). En otras palabras, el Sector Público es de una extraordinaria eficiencia y eficacia.

Además, el Sector Público tiene un sistema de información que permite construir los indicadores de salud del país, región por región, comuna por comuna, e incluso establecimiento por establecimiento. Su administración, con sus imperfecciones, es transparente, y podemos saber sus gastos, el número de exámenes de laboratorio, de radiografías, etc. que se hicieron. El Sector Privado es en este sentido una gran laguna oscura: nada sabemos de su letalidad hospitalaria, su mortalidad precoz, ni de la calidad de sus prestaciones: ¿cuál es la proporción de análisis de laboratorio, de radiografías, de biopsias, por paciente en el sector privado, como avales de una buena clínica? Tampoco nada sabemos de sus tasas de complicación postoperatoria ni de sus resultados, de la frecuencia con que realizan PAPS a las mujeres del sector, ni mamografías, etc. ¿Cuanto del PIB que la sociedad invierte en el Sector Privado se pierde en derroche? Desde luego, sus gastos administrativos suben del 18%, en tanto en el Sector Público no llegan al 7%.

EL CAMINO

El camino hacia los objetivos de salud propuestos no es un camino único sino un conjunto de caminos paralelos, confluentes a ratos, que en su conjunto nos llevarán a lo que hemos denominado "La Meta Sanitaria para Chile el Año 2010". Los planificadores deberían expresar esta complejidad de los caminos en un PERT, con su "camino crítico" y sus "caminos subcríticos", incluso con sus costos y sus probabilidades de realización (PERT probabilístico y de costos). Ello nos daría

una Carta de Navegación para los próximos diez años, con criterios de prioridades temporales en cada etapa, y sobre todo, con criterios de inversión, año por año. Por el momento señalemos aquí los diversos caminos, que deberán, con distinto énfasis, empezar a recorrerse

1. Corrección del Sector Mercantil

Las dos realidades de salud señaladas más arriba, que se corresponden con los dos subsectores de los Servicios de Salud, se yerguen como obstáculos muy serios de inequidad, incluso de despilfarro, para el logro de las Metas de Salud del Bicentenario. Se desprende nítidamente, pues, que la primera meta operativa debe ser eliminar las inequidades dentro del aparato de Salud del país: fin de las bonificaciones, de los subsidios, compra y venta rigurosa de prestaciones de salud entre ambos sectores según precios comerciales, control de calidad sobre las actividades del Sector Privado, normación del sector privado para orientarlo al cumplimiento de las metas nacionales de salud, evaluación rigurosa de sus actividades, implantación de un Sistema de Información adecuado en el Sector Privado, transparencia administrativa, información amplia al cliente de lo que cubren los planes ofrecidos, vigencia para los clientes de Isapres de la Carta de Derechos del Paciente que registrá en el Sector Público, etc.

2. Reforzamiento del Sector Público de Salud

Debe comenzar a hacerse simultáneamente con la corrección del Sector Mercantil. Hay una correlación interna, orgánica, entre la corrección de las deformaciones del Sistema Mercantil y el reforzamiento del Sector Público. Este último no se reforzará lo debido sin corregir el Sector Mercantil.

- a) El reforzamiento del Sector Público implica como condición sine qua non la voluntad política de mantener Salud como primera prioridad. De allí fluirán múltiples consecuencias que reforzarán al Sector Público. Por ejemplo, la exigencia al sector privado mercantil de responder con infraestructura propia a las necesidades de sus afiliados (el sector Público, en el plano nacional, apenas puede atender a sus propios beneficiarios).
- b) En segundo lugar, el reforzamiento implica allegarle al sector los recursos que necesite. La compra de servicios al Sector Mercantil

deberá evaluarse, no sólo con el criterio económico de minimización de costos, sino en el concepto de que todo reforzamiento del sector mercantil que el Estado promueva con el dinero solidario de FONASA (al comprarle servicios), conduce a un subsiguiente estancamiento del sector público, y alienta a la solución mercantil nacional, que, como hemos visto, no es viable. No es la compra sistemática de servicios al sector mercantil la solución para las carencias del sector público, sino el desarrollo del propio sector público para que pueda subvenir a las necesidades de salud de la población. La proporción del PIB que se invierta en el Sector Público de Salud deberá ir creciendo estos años, hasta llegar en el 2010 a un 5% o 6%, cifra muy prudente (estimada por investigadores de Salud Pública chilenos), y bastante inferior a lo que gastan actualmente los países desarrollados con políticas públicas de Salud explícitas (España, Inglaterra, etc.) con los que deseamos compararnos en el 2010. Ellos gastan el 7%, 8%, 10% y aun más de su PIB en salud.

La meta en salud que nos proponemos, pues, es a un bajísimo costo, y de hecho, nos situará como el Sistema de Salud Público más eficiente y eficaz del mundo. Hay amplio consenso nacional que la manera de financiar el Sector Público Solidario deberá ser un Fondo Universal Solidario, que se formaría con aportes de todos los ciudadanos con ingresos, y también del gobierno, aunque habría que plantearse la participación de los empleadores como tales, como ocurrió en Chile durante décadas. Por cierto, esta materia exige afinación técnica, pero la idea central es que todos los ciudadanos productivos contribuyan a la salud de todos los chilenos. Ello no sólo permitirá un financiamiento adecuado del Sector Público, sino que coadyuvará a la construcción de una sociedad más solidaria. La atención de Salud en todo el Sector Público, para todos los chilenos, cualquiera sea su patología o necesidad de los servicios, será absolutamente gratuita.

3. Mejoramiento y adecuación del Sistema de Salud

Esta tarea tiene un propósito claro: capacitar al Sistema de Salud para alcanzar los objetivos de salud. No podemos engañarnos: hay entre las Metas de Salud y los Servicios de Salud una vinculación que es insoslayable: los Servicios son el ins-

trumento para conseguir las Metas. El instrumento que construyamos nos dirá hasta dónde podemos llegar en el cumplimiento de las metas de salud; por su parte, las metas de salud que nos proponemos nos dirán qué tipo de instrumento requieren para lograrse. Esta es una verdad central.

El perfeccionamiento del instrumento pasa, como hemos dicho, por la corrección de las inequidades e insuficiencias actuales emanadas de los privilegios del Sector Mercantil, y por las correcciones en la distribución del ingreso nacional. Estos aspectos marchan juntos, y su separación es válida sólo para el análisis y la organización del trabajo de transformación de la salud nacional. Veamos ahora específicamente las transformaciones requeridas en los servicios de salud.

- a) En primer lugar, los Servicios de Salud, públicos y privados (estos últimos en la medida que su naturaleza se lo permita) deberán dirigirse a alcanzar los objetivos de salud propuestos como meta para el 2010. Esta afirmación, que parece una obviedad, implica desarrollos muy precisos, como veremos. No olvidar que el Sector Mercantil Privado atiende a más o menos el 25% de la población, hecho insoslayable para el gobierno, pues "la responsabilidad última del desempeño del sistema de salud de un país incumbe al gobierno y la salud de la población es una prioridad nacional". Son palabras textuales del Mensaje de la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS. Ginebra, Junio de 2000, en el cual se plantea y desarrolla este importante concepto, llamado de "rectoría", que enriquece la Teoría de la Administración de Salud. Consecuentemente con este concepto, la salud de ese 25% de la población que se atiende en el sector mercantil es, en última instancia, una responsabilidad del estado, y el sector no puede permanecer ajeno al logro de las metas nacionales de salud que el país se plantea.
- b) Las metas de salud que proponemos implican la superación de graves problemas de salud, algunos originados en el medio ambiente, los hábitos y formas de vida, la propia estructura y calidad de la población, y otros en los Servicios de Salud mismos. Por cierto, en estos problemas a veces hay situaciones de salud (ciertas enfermedades y otros trastornos, como la hipercolesterolemia, etc.) cuyo origen no está claro en los factores que hemos enumerado. Pero tanto las patologías y otras situaciones de salud, que tienen origen conocido como las

que no, repercuten en la sociedad provocando trastornos variados, que van desde pérdida de jornadas escolares o laborales hasta trastornos familiares, cada una de estas repercusiones tiene un significado específico. Por lo tanto, si queremos alcanzar las metas de que hablamos, deberemos resolver los problemas de salud que nos impiden alcanzarlas, atacándolos en su integridad. En unos casos deberemos atacar el problema en su origen medioambiental, o de hábitos y formas de vida, etc., es decir, en los factores que lo originan, y en otros a través de la corrección del daño ya producido, sea mediante el diagnóstico precoz, sea con la terapéutica adecuada para enfermedades establecidas. En un tercer grupo, sólo podremos aminsonar las consecuencias sociales que los problemas de salud implican: por ejemplo, transformando en personas útiles a los inválidos, los sordomudos, etc.

Esta concepción de la salud, y de la acción de salud, que abarca toda la dimensión del problema, y su ataque simultáneo en la población, poniendo énfasis en la parte que es más sensible a nuestra acción, se llama la integralidad en salud, o Salud Integral (prevención, promoción, recuperación y rehabilitación). Por lo tanto *únicamente a través de la práctica consecuente, y a fondo, de la integralidad, podremos alcanzar las metas de salud que planteamos para el Bicentenario*. Esta afirmación es un dato de la causa y no es necesario, a estas alturas del conocimiento y la experiencia mundiales sobre las cuestiones de salud, tener que

argumentarlo. Ahora bien, el Sector Mercantil Privado cooperará en estas tareas de salud integral en la medida que sea acordada con el gobierno en acuerdo al principio de rectoría, porque por definición, hay aspectos de la integralidad que están más allá de sus posibilidades.

El constructo que permite aplicar consecuentemente a la realidad la integralidad de salud, es el de Problema de Salud. Esto es fundamental comprenderlo, porque será la piedra fundacional de la Reforma de la Salud en Chile. Sin aplicar consecuentemente el concepto de Problema de Salud, desarrollándolo en todas sus posibilidades, no habrá integralidad en salud, seguirán los Servicios de Salud (Públicos, pero principalmente Privados), simplemente atendiendo las demandas de salud de la población, centrados en producir actividades de salud y desentendidos de resolver problemas de salud. Es decir, sin actuar con todas las fuerzas en mejorar la salud de los chilenos. No podemos entrar en detalles sobre esta cuestión crucial, que implica una reorientación profunda, bien que gradual, de los actuales Servicios de Salud. Hay una abundante bibliografía nacional y extranjera en que esto se establece sin lugar a dudas. Señalemos, para operacionalizar lo dicho hasta aquí, que un Problema de Salud se compone de tres partes, Origen-Daño-Consecuencias, y así debe ser conformado siempre, y no ser considerado sólo como sinónimo de Daño (enfermedad). Cada uno de estos tres componentes debe ser descrito exhaustivamente a través de los indicadores pertinentes.

PROBLEMA DE SALUD

Un problema debe describirse completamente, señalando sus causas, origen y poniendo al descubierto sus consecuencias

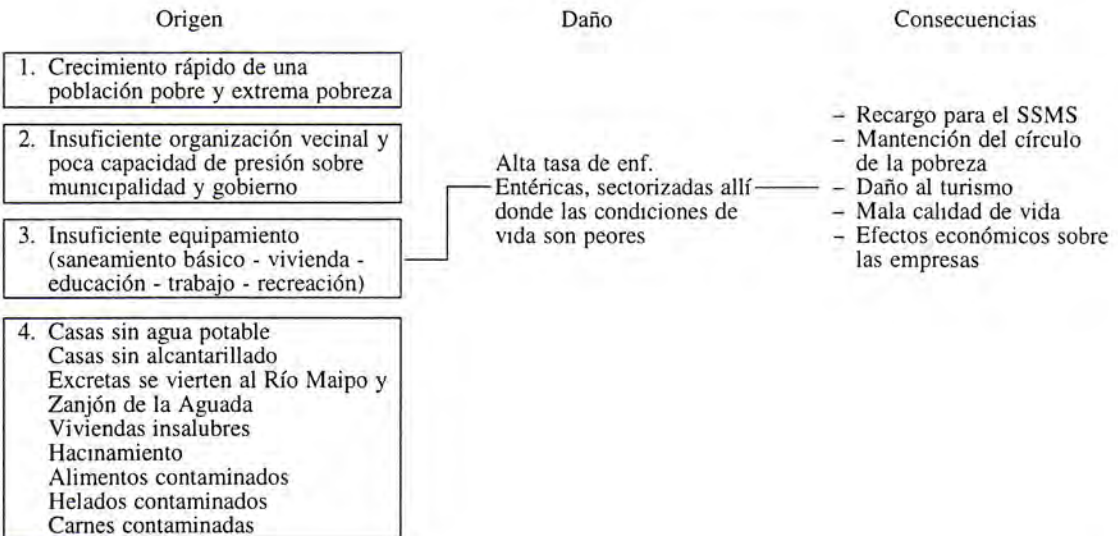
Origen	Daño	Consecuencias
Factores determinantes: - Biología humana - Medio ambiente - Estilos de vida - Servicios de Salud	Tiempo: tasas (crudas y ajustadas) Años de vida perdidos Lugar: áreas dañadas Personas: grupos étnicos, población	Personales Sociales Familiares Culturales Socioeconómicos Laborales
Conceptos importantes: - Riesgo relativo - Riesgo atribuible	Concepto importante: Efectividad	Indicadores diversos

Cuando se despliega ante nosotros un problema de salud así conformado, vemos de inmediato por dónde debe atacarse con mayor éxito: por el Origen (que son acciones específicas de prevención o promoción); para cuantificar el efecto a lograr eliminando cualquiera de los factores que en Origen actúan como productores del Daño, tenemos los conceptos epidemiológicos de Riesgo Relativo y de Riesgo Atribuible. Atacando el Problema de Salud por el Daño (diagnóstico precoz, como en el cáncer cérvico uterino, mamario, etc., o por medios terapéuticos tradicionales para enfermedades establecidas), si así lo recomienda la estrategia, deberemos manejar el concepto de Efectividad para saber hasta dónde corregiremos el Daño (disminuiremos la enfermedad mejorando a los enfermos). El concepto de Efectividad debe aplicarse tanto a la tecnología que se usa, como a las acciones humanas terapéuticas: efectividad de un procedimiento quirúrgico determinado, por ejemplo. A través de las Consecuencias, medimos, con distintos indicadores sociales y económicos, el impacto que en el entorno social y económico produce el Daño en Salud. A menudo es preciso actuar sobre un problema de salud tanto a nivel de Origen, como de Daño y Consecuencias, con distinto énfasis en uno u otro. Las técnicas actuales de planificación y programación nos proveen de instrumentos precisos para configurar, valorar y organizar el combate contra los Problemas de Salud, con la mejor estrategia, esto es, con la mayor efectividad y eficiencia posibles. Que esto no se haga en los Servicios de Salud actualmente de manera sistemática y lúcida, es absolu-

tamente inaceptable. Más todavía si se trata del Sector Público. Pero hay más: los Servicios de Salud deben ser evaluados, no por el número de consultas realizadas, operaciones llevadas a cabo, en fin, por el número de prestaciones de salud ejecutadas, sino por los resultados obtenidos en el combate contra los problemas de salud.

Con todo, el análisis de un problema de salud no concluye hasta donde llevamos analizado, sino que va mas allá: es preciso arborizar el Origen para remontarnos a la raíz social, económica, y aun política, que generó a los factores condicionantes. Es decir, por la "arborización" nos salimos de los factores condicionantes, que corresponden a la Epidemiología clásica, para entrar a investigar en la realidad social, que es la que genera, en último término, la realidad de salud. El ejemplo de arborización que ponemos aquí es en el problema de enfermedades entéricas tal como lo encontramos en un Servicio de Salud Metropolitano. Sus factores condicionantes (u Origen), se señalan en el punto 4 del ejemplo: casas sin agua potable ni alcantarillado, etc. Pues bien, para salirnos de la epidemiología clásica y entrar al problema social que siempre hay detrás, basta hacerle a cada uno de dichos factores condicionantes, la pregunta: ¿Por qué? La respuesta a esa pregunta nos llevará al punto 3 del ejemplo. A ese punto 3 (insuficiente equipamiento, etc), volvemos a formularle la pregunta: ¿Por qué?, y la respuesta nos llevará al punto 2. Mediante la misma pregunta llegamos al punto 1. Es posible seguir "arborizando", hasta llegar a puntos muy alejados. El planificador de salud sabrá dónde debe detenerse.

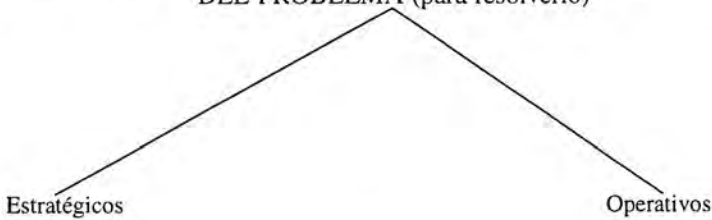
ARBORIZACION DEL PROBLEMA
(Ejemplarizado con enfermedades gastrointestinales. SSMS)



Es preciso también ponderar el peso relativo de cada factor en Origen, de cada aspecto del Daño y de la importancia de cada una de las Consecuencias, y ello en cada problema, para fijar nuestra estrategia de combate con precisión y destinar los correspondientes recursos. Igualmente es necesario, de toda la descripción del Problema de Salud que se ha hecho, y de su comprensión, extraer los Factores Decisivos para resolverlo, que dividiremos en *Estratégicos si no dependen de nosotros, y Operativos si están en el campo de nuestras actividades propias*. De los Factores Operativos surgirán los planes y programas de salud, en tanto que de los Factores Decisivos Estratégicos, lo que Carlos Matus llama "El Plan de Peticiones y Denuncias", porque nosotros, como responsables de la salud de la población, no podemos resignar nuestras banderas ante lo que está mas allá de nuestros poderes: simplemente pre-

sionaremos sobre ello a través de un Plan, rigurosamente concebido y evaluado, para mover el cielo y la tierra para terminar con los Factores Estratégicos. Básicamente, la intersectorialidad debemos aprovecharla para llevar a cabo el Plan de Peticiones y Denuncias. Este Plan es de importancia decisiva: cuando los Servicios de Salud presionan por remover los Factores Estratégicos con el poder que les da exhibir cifras de mortalidad y/o morbilidad atribuibles al Factor Estratégico denunciado, con aclaraciones ante la prensa, los parlamentarios, con el apoyo de la comunidad, etc., es muy difícil que ningún poder público o privado pueda resistirse. Lo que ocurre en la práctica es que los Servicios de Salud no planifican la remoción de los Factores Estratégicos, ni usan el poder que les da el conocer la significación epidemiológica de dichos factores.

FACTORES DECISIVOS EMANADOS DE LA ARBORIZACION DEL PROBLEMA (para resolverlo)



Completar equipamiento:

- Agua potable para toda la población
- Alcantarillado para toda la población
- Tratamiento de aguas servidas
- Viviendas salubres y fin de hacinamiento

Desarrollar la organización vecinal y la cultura de salud (para exigir soluciones y colaborar en su búsqueda y ejecución)

Operar en el terreno para conseguir correcto tratamiento de basuras, letrinas sanitarias, higiene de los alimentos (verduras cocidas, etc.), educación para la salud

Atención domiciliaria de los pacientes encamados. Atención precoz de diarreas, tifoideas y hepatitis, con las correspondientes medidas de aislamiento. Ideación de nuevas formas clínicas de tratamiento (ej. Tratamiento en casa, protocolizado y controlado por enfermeras). Evaluación de la efectividad de los medios empleados (que deben homogenizarse por protocolos).

Control severo de fábricas de alimentos, especialmente mataderos, manipuladores de alimentos, etc.

Todo esto debe encaminarse en un programa integral, que atraviese todo el servicio, en sus tres niveles, con nivel III que esté sectorizado con un mayor énfasis en áreas geográficas más deterioradas.

Hasta aquí hemos conformado los problemas de salud según el daño en las personas (por patologías, o situaciones especiales de salud como pueden ser el embarazo, el control del niño sano, etc.), que llevan a la programación y a la planificación. Debemos continuar señalando cómo, igualmente desde los Problemas de Salud, ordenados ahora no según el Daño a las Personas, sino según los Factores Condicionantes: Problemas de Salud originados en el Medio Ambiente (todas las patologías que se originan en el medio ambiente), en los Hábitos y Formas de Vida (las patologías y trastornos de la salud originados por hábitos no saludables, formas de vida inadecuadas, etc.), en la Estructura Poblacional (trastornos de la salud derivados de la propia característica de la población, por ejemplo, su estructura etaria), y en los Servicios de Salud (no solo daño iatrogénico, sino daño por insuficiencia, por ejemplo, por insuficiente cobertura de PAPs o mamografías, o por falta de información a la comunidad), se da origen a las políticas de Salud de un Ministerio, o de un Servicio Regional de Salud, dándoles a estos ámbitos nuevos de acción, nuevos instrumentos de acción, nuevas posibilidades a la intersectorialidad, nuevas vinculaciones con la comunidad, etc. Pero no podemos extendernos indefinidamente en estos aspectos que pertenecen a la planificación moderna de salud.

Queremos eso sí, ser muy claros: las metas de salud que nos hemos propuesto para el 2010 las alcanzaremos únicamente orientándonos hacia la solución de los problemas de salud, porque son ellos, los que en la realidad de salud, obstaculizan nuestro avance. Y el manejo de los Problemas de Salud requiere de Planificación. Implica trabajar por Programas locales, regionales y nacionales, que, según sea, deberán atravesar todos los niveles organizativos de un sistema, o toda la red, según se trate. En otras palabras, tanto el Sector Mercantil Privado como el Público deberán dejar de ser principal o exclusivamente Servicios Orientados por Actividades (SOA) para transformarse en Servicios Orientados por Problemas (SOP). Sólo con esta clara definición marcharemos, a un mínimo costo, hacia la meta, incluso por delante de la realidad médicosocial. Esto no es una fantasía: el viejo Servicio Nacional de Salud, la más grande creación de la salud chilena, y latinoamericana, funcionó desde los años 60 orientado por problemas (con un éxito reconocido mundialmente), y en 1973 toda su actividad se concretaba en 16 programas nacionales que recorrían el Servicio de un extremo a otro del país y atravesaban sus tres

niveles organizativos, dando atención curativa al 85% de la población chilena y atención preventiva y de promoción al 100%. El SNS fue, a lo que sabemos, el primer Servicio de Salud Orientado por Problemas. Esta es la esencia del SNS que permanece vigente y debemos rescatar para el futuro. No somos nostálgicos: todo lo demás del viejo SNS, así como de las actuales estructuras de salud deberán cambiar, para afrontar los desafíos del futuro. Pero teniendo un Sistema Orientado por Problemas podremos enfrentar, no sólo los problemas de salud actuales, sino los futuros, que ahora nos son desconocidos.

b) La evolución de un Servicio Orientado por Actividades a uno Orientado por Problemas implica cambios estructurales, funcionales, y de mentalidad, constantes y progresivos, que un Sistema de Salud del siglo XXI debe enfrentar desde ya:

—La estructura de los actuales Servicios de Salud chilenos, especialmente el sector público, funciona en el antiguo esquema piramidal weberiano, jerárquico y autoritario. Este esquema, periclitado en los años cincuenta, y que impide o dificulta la coordinación horizontal y bloquea la coordinación múltiple, supone igualmente una sobrepuesta pirámide del conocimiento. Es decir, que los que están en los niveles superiores de la pirámide sepan más que los que están en la base de ella. En ésta, además, debe ejecutarse un trabajo más bien simple. El sistema referido funcionó bien hasta después de la Segunda Guerra Mundial, antes que se desplegara la Revolución Científico Técnica. Esta Revolución Tecnológica es también una revolución del conocimiento. En los servicios de salud significó —y lo vemos ante nuestros ojos todos los días—, que las tareas ejecutadas en la base adquirieron creciente complejidad, requiriendo de mayores conocimientos y de uso de tecnología compleja. Basta pensar un médico en su consulta, en el laboratorio, o en el quirófano, para entenderlo. Estos conocimientos precisos, profundos, consumidores de alta tecnología se hicieron innecesarios según se subía en la pirámide administrativa de los Servicios, al punto de llegarse a la cumbre, el Ministro de Salud, donde ni siquiera se requiere saber nada de salud. Brevemente: la pirámide del conocimiento se había invertido. Esta contradicción, una pirámide de poder asentada sobre la base, con una pirámide del conocimiento invertida sobre ella, es la causa de los desencuentros, conflictos y frustraciones que aquejan a los trabajadores de la salud en Hospitales y Consulto-

rios, e impide el desarrollo de los servicios. De hecho, actualmente, la cumbre jerárquica de la pirámide opera como freno para la base. El esquema piramidal weberiano, con su verticalismo de mando que se opone a la participación, a la iniciativa, y a la coordinación, así como a la acción intersectorial, lo reconocen todos los teóricos modernos de la administración, es ya inadecuado para las complejidades del trabajo en las instituciones que desarrollan el trabajo moderno, donde el conocimiento y habilidad técnica de los ejecutantes, así como su buena voluntad y su entusiasmo, son determinantes del éxito. En dichas organizaciones es preciso formular otras estructuras organizativas, que destierren el ordeno y mando del esquema weberiano. No vamos a entrar en detalles en cuestiones propias de la Teoría Administrativa, que deben estudiarse en Mintzberg, en Galbraith, y otros clásicos vivos, tales como el análisis de cadencias, estructuras matriciales, objetivos de adhocracia, etc. Digamos solamente que será preciso cambiar gradualmente el esquema autoritario que nos rige (expresión de una sociedad autoritaria como es la chilena) por uno de coordinación múltiple y de dirección hacia objetivos de salud, donde la participación funcionaria y ciudadana sean parte estructural de la organización, profundamente funcionales a ella (en el esquema weberiano la participación no es necesaria, más bien molesta, y cuando se intenta implantar, es un pegote que no perdura). Será necesario un estudio, y un debate, sobre los cambios estructurales de los Servicios de Salud, porque el cambio de las estructuras organizacionales primero debe hacerse dentro de la cabeza de los hombres, lo que no es tarea fácil. Para este autor, las estructuras matriciales bidimensionales, que él manejó en el extranjero, en instituciones de salud, en zonas o áreas de salud, y a nivel nacional, son las más indicadas para armonizar las funciones complejas con la administración eficiente. Este autor ha realizado consultorías para resolver situaciones de alta complejidad en instituciones de investigación y en instituciones de salud de nivel terciario, tanto como en Centros de Salud, y siempre las estructuras matriciales (implantadas primero como meras funciones matriciales), han funcionado satisfactoriamente. Nos referimos a estructuras matriciales bidimensionales, tridimensionales y tetradimensionales (al agregarles el factor tiempo). Pensamos que dichas estructuras, bien planteadas y dirigidas, son la solución de los graves conflictos y deficiencias administrativas de los Servicios de Salud actuales. No podemos entrar aquí en detalles sobre su funcionamiento

to y puesta en marcha para no alargarnos demesuradamente. Señalemos tan sólo que las estructuras matriciales implican un personal altamente calificado, y toma su tiempo (que es menor cuando se aborda la cuestión con una estrategia establecida y probada).

—Cualquier organización no basada en el autoritarismo debe incorporar la Administración Por Objetivos, como compromisos de cumplimiento por parte de personas motivadas y comprometidas. Igualmente, estas nuevas formas de plantear las tareas, que no emanan de las órdenes del jefe, implican una autorresponsabilidad de los implicados. Otra vez, en opinión del autor, la descentralización, combinada con la autonomía técnica de ejecución y la disciplina normativa al nivel central, son posibles únicamente a través de las estructuras matriciales. En estas estructuras la aplicación de la Administración por Objetivos es una herramienta esencial. Más aún, es difícil concebir una funcionalidad matricial sin la Administración Por Objetivos.

—El Trabajo en Equipo (o participación funcionaria), del que tanto se habla actualmente, y que no logra afianzarse, es una condición necesaria de las Estructuras Matriciales y de la Administración Por Objetivos. Más aún: el Trabajo en Equipo es la forma en que funcionan las Estructuras Matriciales y la Administración Por Objetivos.

—El desarrollo y aplicación de la Economía de la Salud (no de la Economía en la Salud) permitirá fundamentar las decisiones sanitarias en términos no sólo de costo-beneficio sino de costo-utilidad, de cálculo de riesgo marginal en las acciones de salud, etc. Tampoco podemos profundizar en esto por razones de espacio, sólo señalar que sin incorporar a la práctica las técnicas de la Economía de la Salud, no tendremos un Sistema de Salud acorde a los desafíos del siglo XXI.

—Pero no sólo la gran gestión administrativa y económica de los Servicios de Salud será necesaria para el logro de las metas de salud que nos proponemos. También debemos en el nivel micro (si es que realmente es nivel micro), mejorar revolucionariamente la práctica de la clínica, para aumentar su calidad, y también disminuir sus costos, de manera de alcanzar los objetivos de salud propuestos con un PIB bajo. Estamos refiriéndonos a la introducción masiva en la clínica de la Epidemiología Clínica. Tampoco podemos entrar en mayores detalles respecto a esto, bien conocido en todo el mundo.

—La Protocolización de Actividades es el gran instrumento para mejorar en flecha la calidad de

las Prestaciones de Salud, la garantía para los pacientes de ser tratados con lo mejor que la ciencia puede brindarles aquí y ahora en los establecimientos. De paso, la protocolización consecuente resuelve en buena parte la cuestión de la referencia y la contrarreferencia, facilitando el funcionamiento en red. También las actividades administrativas deberán ser protocolizadas. Como en los acápite anteriores, tampoco aquí podemos entrar en detalles por ser cuestiones ampliamente divulgadas y conocidas.

—La Atención Primaria de Salud deberá recoger el gran legado de Alma Ata (así como el Sistema de Salud, el gran legado del SNS): acercar la salud a la población, allí donde están los riesgos de enfermar y morir. Todo en la Atención Primaria de Salud deberá cambiar en el futuro: la idea, por ejemplo, de que estará formada sólo por generalistas, o especialistas en Atención Primaria. Será necesario, según los problemas de salud que enfrente el país, llevar a los centros de salud especialistas, por ejemplo, kinesiólogos para enfrentar las IRAs, acaso en otro lugar oftalmólogos, o radiólogos, ¿qué sabemos lo que el desarrollo de la tecnología y las posibilidades terapéuticas harán posible de realizar ambulatoriamente? En eso hay que tener una completa flexibilidad, y abandonar el “principismo”, que en administración siempre es catastrófico. Es en ese contexto donde deberemos aplicar, no sólo para la Atención Primaria, sino para toda la red, el concepto de Tecnología Adecuada, que no es más que una simple cuestión de racionalidad. Debemos también señalar que presumiblemente, como ha ocurrido hasta aquí, toda la tecnología del futuro pasará, de materia solamente manejable por especialistas en la etapa de su implantación, a procedimientos de la práctica general en una etapa ulterior. Es la gran megatendencia de la técnica, no desmentida hasta ahora. Hace 50 años el ECG era materia propia de un especialista, hoy cualquier consultorio tiene un electrocardiógrafo, y el trazado es interpretado por un médico general, o si es complejo, a través de la transmisión telefónica a un centro cardiológico. En suma, que así como las especialidades se desarrollarán cada vez en forma más compleja, alcanzando nuevos niveles de acción eficaz, también irán entregando procedimientos al generalista. Por tanto, el generalista deberá existir en el nuevo Sistema de Salud de este principio de siglo XXI, subiendo su nivel de acción y su manejo tecnológico constantemente. Por eso, la Atención Primaria deberá también albergar al generalista, y ca-

pacitarlo para resolver cada vez más problemas de salud. Otro aspecto de Alma Ata que la Atención Primaria no debe perder, es el de prestar una atención integral a la población. Esto es, el nuevo Sistema de Salud deberá jugarse por la transformación de los consultorios en Centros de Salud. Y también nos excusamos de profundizar en la materia, pues hay al respecto numerosa literatura y experiencia mundial. Aquí estamos trazando sólo las grandes líneas del futuro Sistema de Salud. Por eso mismo, y por ser una cuestión contingente, no nos pronunciamos respecto a la municipalización de la APS. Eso sí, la APS deberá funcionar, en lo fundamental, por programas integrales y por protocolos, íntimamente vinculada a todo el sistema de salud, del que formará parte integrante, y del que recibirá las orientaciones y al que dará cuenta de su evaluación.

—Todo el sistema funcionará en red, que asegure la continuidad de la atención del paciente en los establecimientos que sean necesarios, y en los niveles de atención técnica que se requiera. En toda la red se aplicará el concepto de Tecnología Adecuada formulado por OMS. La informática será el hilo conductor del funcionamiento en red y de la eficiencia y eficacia de las prestaciones de salud que aquí se señalan. Todo el Sistema de Salud Nacional, en el que se incluirán los subsistemas privados y públicos (cuando ambos se compatibilicen, si ello es posible), funcionará en Estructuras Matriciales, con Administración Por Objetivos, etc, como hemos propuesto hasta aquí, conciliando la indispensable dependencia del nivel central, que fijará las Políticas, el Manejo Secundario del Presupuesto, la Normación (en su sentido más general), y la Evaluación Nacional, con la Autonomía Técnica indispensable para aplicar planes y programas a la realidad local y regional. Pues cada establecimiento, cada región, y desde luego el nivel nacional, deberán evaluar sus acciones, analizar cuánto lograron en la lucha con los problemas de salud, a qué costo, para reformular sus tareas del año próximo. La técnica de fijación de objetivos de la Administración Por Objetivos permite hacer esto sin dificultad.

—Una política de Personal formará el número de personal necesario y con la calificación requerida. Ciertamente, también las universidades deberán adaptar sus currículums de pregrado a las necesidades del Sistema de Salud. Obviamente será preocupación principal mejorar las condiciones laborales y salariales del personal de salud.

3. El Subsistema Privado de Salud

Reiteramos que el gobierno no puede desprenderse de su responsabilidad sobre el sector privado de salud, de acuerdo al concepto de Rectoría en salud, ya señalado. En el subsistema privado es preciso distinguir el sector sin fines de lucro, como ONGs, instituciones de caridad, etc., y el sector mercantil, con mucho el predominante en el subsistema privado. No será difícil llegar a acuerdos, apoyos y complementaciones con el sector sin fines de lucro: su interés principal es el mismo del sector público, dar salud a los chilenos. Más cuidado se debe tener con el sector mercantil, pues su interés principal es hacer negocios con la salud, y eso lo enfrenta, o al menos lo separa nítidamente, del subsistema público, cuyo interés principal es mejorar el nivel de salud de los chilenos. Tan dramática es esta divergencia, que muchos se plantean si en tales condiciones es siquiera posible pensar en construir un sistema mixto público y privado de salud. Dejamos abierta la cuestión.

Sin embargo, volvemos a citar a la Directora de la OMS en su mensaje de junio de este 2000, "...un desafío creciente para los gobiernos es aprovechar la energía de los sectores privados... para mejorar el desempeño de los sistemas de salud... La rectoría en salud consiste, en última instancia, en supervisar la totalidad del sistema evitando la miopía, la estrechez de miras y el error de hacer la vista gorda ante los fallos detectados". Así pues, es tarea insoslayable del Sector Público, con el Ministro de Salud a la cabeza, preocuparse de la salud del país en su conjunto. El Fondo Universal Solidario debería, en este contexto, ser pagado por todos los ciudadanos (con las excepciones que establezca la ley), y los seguros que cubran la atención mercantil deberían ser pagados además del Fondo Universal Solidario. En otras palabras, el Fondo Solidario tendría carácter obligatorio (sería materia de ley), y los seguros privados, por definición, son voluntarios.

Ahora que está de moda copiar, o intentar copiar, el modelo norteamericano de salud, es bueno reproducir lo que concluyeron un grupo numeroso e importante de Profesores y Técnicos de alto nivel en Salud de la Universidad de South California,

que hicieron, por cuenta del gobierno norteamericano en el Trade Development Program, un estudio sobre el Sistema de Salud Chileno, su historia y sus logros, en conjunto con el gobierno de Chile, y que completaron su trabajo en 1994 haciéndolo llegar al Ministerio de Salud de Chile (no obstante lo cual, inexplicablemente, no ha sido conocido hasta ahora en nuestro país): "Analizando la estructura del Sistema de Salud norteamericano se ha demostrado que la aplicación amplia de un sistema de mercado en salud, resulta incontrolable en materia de gastos en desmedro de la salud pública. Por lo tanto, nuestro principal mensaje es que no se debe tratar de emular el Sistema de Salud Privado norteamericano, porque sabemos que sus resultados de costo y eficiencia no son aceptables para un país". Y más adelante concluyen: "Observamos que en Chile, no obstante la pobreza dramática en términos de remuneraciones, equipamiento y plantas físicas del Sistema de Salud pública, existe una marcada eficiencia a juzgar por los indicadores estadísticos y por los resultados en la salud pública. Aun cuando notamos la inequidad en la distribución de salud. Es decir, por la "arborización" nos salimos de los factores condicionantes, que corresponden a la Epidemiología clásica, para entrar a investigar en la realidad social, que es la que genera, en último término, la realidad de salud, en Chile y el efecto de la pobreza en marcados sectores de esta sociedad. Nuestro mensaje principal enfatiza la necesidad de descubrir nuevas rutas de desarrollo de salud, y no aplicar sistemas obsoletos e ineficientes, como el norteamericano, con su sector privado de libre mercado. Si tomamos en cuenta que los indicadores de salud chilenos se han obtenido con un gasto en salud per cápita de menos de un centésimo del gasto norteamericano, no podemos sino hacer un llamado a las autoridades chilenas a considerar seriamente los valores intrínsecos del sistema chileno, antes de producir un cambio que los acerque al sistema privado de mercado, que ha causado una de las crisis económicas y políticas más significativas de la sociedad norteamericana".

Este mensaje lo hacemos nuestro.