



SALUD: PROBLEMAS Y SOLUCIONES

DR. RENE OROZCO SEPULVEDA

Es difícil proponer soluciones en Salud sin analizar, previamente, las causas principales que han contribuido a su deterioro, Podemos resumirlas en los siguientes puntos:

1.- Disminución de la inversión pública en el último decenio, que ha traído como consecuencias déficit en la construcción y mantención de hospitales, equipamiento deficiente, rentas exiguas del personal.

2.- Creación de un sistema de Salud privada (Isapres) en competencia con el sistema de Salud público menosbajado. El resultado de esta política es la existencia de dos calidades de atención en Salud: la privada que captó a los usuarios de mayores recursos y la pública que hubo de hacerse cargo de los trabajadores de menores ingresos e indigentes. De esta manera hemos llegado a que las tecnologías modernas se desarrollan en las clínicas privadas y las obsoletas en los hospitales públicos.

3.- El mejoramiento de la atención primaria en los últimos años (creación de nuevos consultorios periféricos y extensión de sus horarios) se ha traducido en un aumento de la demanda hospitalaria como consecuencia del diagnóstico de patologías pesquisadas. Esta demanda no ha sido satisfecha, generándose una reprobación que se manifiesta en las encuestas.

4.- La atención terciaria que sólo otorgan algunos hospitales del país, sufrió idéntico proceso, con el agravante que para poder realizarla se requiere de un equipamiento sofisticado, de alto costo y de recursos humanos especializados que el estado no ha preparado, a pesar de que el número de médicos que egresan de las Universidades es suficiente.

- 5.- Déficit en la formación de profesionales de la Salud, en su perfeccionamiento y en su especialización.
- 6.- El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) no entrega a sus usuarios los beneficios que debieran obtener con su cotización de 7%, debiendo éstos, por tanto, acudir a los hospitales públicos. Estas instituciones, sobrecargadas, prestan una atención secundaria tardía, de mala calidad y en definitiva de mayor costo para el Ministerio de Salud.
- 7.- Aumento progresivo de los costos de la atención secundaria y terciaria. En promedio éstos aumentan el doble que el I.P.C. de un país.
- 8.- La mejoría de los índices de mortalidad infantil y la mayor expectativa de vida de la población, agravarán la situación de deterioro. El incremento del número de personas de más de 65 años nos obliga a contar con tecnologías adecuadas para ellos (bypass coronarios, hemodiálisis, cirugía vascular, rayos laser).
- 9.- La gestión administrativa y los reglamentos vigentes dificultan la toma de decisiones, mantienen un estado de incomunicación entre los diferentes niveles del Ministerio y las Regiones y entre las Direcciones Regionales y las autoridades hospitalarias.
- 10.- La geografía de Chile hace difícil la accesibilidad a la salud de los habitantes de regiones apartadas. Esta situación es tanto más grave cuanto más complejo es el diagnóstico y tratamiento que se requiere.
- 11.- La población chilena, por su educación, exige una calidad de atención en Salud que no guarda relación con el ingreso per cápita de sus habitantes.

Estas causas y otras que no mencionaremos, por ser de menor jerarquía, explican la insatisfacción pública por los problemas en Salud. Toda persona aspira a tener el derecho y el acceso real al nivel de Salud más alto que su comunidad ha alcanzado (concepto ético). En Salud el pueblo no acepta diferencias de atención y no debieran existir con una política adecuada.

¿Cómo enfrentar este desafío? Es difícil corregir las causas explicitadas en un corto plazo, pero si es posible iniciar con éxito una serie de políticas que la comunidad apreciaría como un camino de esperanzas, de solución:

a).- Postergar nuevas construcciones hospitalarias y privilegiar el equipamiento tecnológico de los actuales hospitales.

b).- Los hospitales con edificios en muy mal estado (San José y Salvador en Santiago) es mejor reconstruirlos de menor tamaño y en otras ubicaciones. La venta de sus terrenos actuales, muy valiosos, permitiría financiar en gran parte los nuevos edificios. El personal de estos establecimientos podría redistribuirse transitoriamente en otros hospitales que padecen de falta de ellos.

c).- Modificación de los sistemas de trabajo y de remuneraciones. Los hospitales deben funcionar 24 horas, en la actualidad lo hacen entre 4 y 6 horas diarias. Para lograr este objetivo es esencial establecer un nuevo sistema de remuneraciones. Este debería componerse de dos vertientes: una renta derivada de su condición de empleado público y otra derivada de un sistema variable, según productividad. El financiamiento de esta segunda vertiente proveniría de la atención de pacientes privados, de Isapres y de Fonasa.

d).- Implementación de pensionados y medios-pensionados en los hospitales públicos. Su inversión es baja y su rentabilidad es alta, facilitando una libre competencia con las clínicas privadas que tienen aranceles muy elevados.

e).- Transformación y adecuación del Fonasa. Los aportes de los usuarios invertidos exclusivamente en la obtención de mejores beneficios tales como bonificación mayor del día-cama, de los derechos de pabellón, de los aranceles profesionales y de otras prestaciones, disminuiría la demanda de estos pacientes en los hospitales públicos; se facilitaría la atención ambulatoria de muchas patologías. En Estados Unidos, la consecuencia del progreso tecnológico ha sido la obtención de un índice ocupacional de sus hospitales de sólo el 50%.

f).- Formación de especialistas y subespecialistas. Existe en el país un número suficiente de médicos generales que no han logrado especializarse. Esto ha generado frustración, baja de la calidad y eficiencia de la atención de Salud y problemas éticos. Todo hospital debe iniciar concursos para profesionales que deberán formarse a través de un programa de becas en aquellos centros capaces de hacerlo. Logrado este objetivo retornarán a sus lugares de origen.

g).- Equipamiento. El equipamiento tecnológico masivo es de alto costo y, en general, su rendimiento no es eficiente porque los profesionales capaces de utilizarlos son escasos, o bien, están subutilizados por horarios restringidos. Debemos equipar, en primer lugar, sólo aquellos servicios preparados para recibirlos y usarlos por lo menos 12 horas diarias, posteriormente y en forma progresiva lo haremos con aquellos hospitales cuyos becados hayan retornado.

h).- El Ministerio debe establecer políticas definidas de Salud, velar por su cumplimiento, relacionar al sector salud con la comunidad nacional y sus autoridades, obtener recursos suficientes públicos y privados, coordinar los servicios regionales, etc. La administración regional debe ser autónoma y los directores de hospitales y consultorios deben tener independencia en su gestión, respetando los presupuestos por programas para evitar endeudamientos no autorizados. En resumen la administración debe ser autónoma, descentralizada, asumida responsablemente.

Comentarios generales.- Es necesario terminar con el concepto de que los hospitales son deficientes y que allí se atienden los pobres e indigentes. Estas instituciones deberían atender a cualquier ciudadano en forma óptima sin considerar quien financia su atención de salud; aún más, debieran competir con las clínicas privadas con éxito porque en los hospitales se crea un ambiente académico que atrae a profesionales con gran vocación docente.

La entrega de cuantiosos recursos para mejorar las remuneraciones del personal de la Salud, desgraciadamente, no cambiará la calidad de ella. Es de justicia mejorar las rentas tan exiguas, pero también es justo reconocer que si no se establece un nuevo concepto en la atención de Salud nada cambiará e incluso los problemas se agavaran progresivamente.

El concepto fatalista que mientras Chile gaste 78 dólares al año per cápita, en salud ésta no puede mejorar me parece erróneo porque cada país, según su propia realidad, puede encontrar caminos de solución de costos diferentes. No existe un plan de Salud ideal, que se pueda aplicar a todas las naciones. El problema de Chile es que no existe un plan conocido, coherente, aceptado, que permita a la población y al personal de la Salud, tener fé de que el, progresivamente iniciará un cambio decisivo, positivo.

Santiago, 16 de Agosto de 1991.

