

Editorial

Balance de la Situación en Salud 2006

Como saben nuestros lectores, Cuadernos aspira a dar una representación científica de la realidad de la salud en Chile y a ser, de este modo, una expresión del compromiso de la profesión médica con la Salud Pública. En el marco de estos objetivos, parece oportuno reflexionar brevemente acerca de la evolución de las políticas de salud en los últimos quince años.

Después de 1990 se abre un período en que hay ciertos avances, tales como la recuperación inicial de la infraestructura física del sector público, un cierto aumento de personal para la atención y la reinstalación de los Departamentos de Epidemiología y de Estadística. Se ha producido también un aumento del gasto médico, y en estas páginas se ha explicado que él no corresponde a ineficiencia sino – en gran parte – a la necesidad urgente de mejorar la calidad y la seguridad de la atención de los pacientes.

Sin embargo, en este período ha habido también partidas en falso, como la ratificación de la municipalización de los consultorios y postas, instalada por el gobierno militar. Otros ejemplos son: la distorsión, en 1994, de la estrategia de reducción de las listas de espera de los hospitales emprendida en 1991; el haber abandonado la práctica del sistema de información gerencial (SIG o SIGH) para el conocimiento de los costos de los hospitales; el fracaso de la propuesta de Fondo Solidario de Salud entre los sectores público y privado; y la ineficiencia en el uso de los recursos destinados al mejoramiento de la informática y otros aspectos de la gestión.

Hoy algunos de estos problemas tienden a ser reconocidos parcialmente. Sobre todo ahora, en el gobierno de la Dra. Bachelet, parece que se comienza a abordar con más claridad la problemática de la salud y enfermedad de las personas, de la población y del ambiente, que es, en definitiva, de lo que se trata.

Es importante que se esté dando primera prioridad a la salud y el desarrollo armónico de los niños, particularmente durante su gestación y en las primeras fases de su vida. Por ejemplo, se tiende a evitar que haya niños no deseados y se propone que los que sí son deseados – la inmensa mayoría – reciban todo el apoyo necesario: maternidades amigables; estímulo al apego del bebé y a la lactancia natural; ayuda económica a la madre; mayor participación del padre; estimulación del desarrollo motor, cognitivo y afectivo de los niños, practicada y enseñada en los consultorios; y luego, salas cuna y educación en pre- kinder y kindergarten con una cobertura y calidad muy aumentadas.

Toda la evidencia clínica y epidemiológica respalda la posición de la Presidenta y de los especialistas del sistema de salud, en cuanto a que en esta fase de la vida se decide en gran parte la salud futura. Suponemos que el diseño de la política de salud del actual gobierno cubre también, de manera articulada e inteligente, la atención progresiva de las demás etapas del ciclo vital: escolares y adolescentes; adultos en las edades del trabajo, de la formación de sus familias y de la participación sociopolítica más intensa. Porque, si no ¿quién cuidará de los niños y de los que se vayan discapacitando? Por algo se está dando al grupo de las mujeres y de los hombres de las edades jóvenes e intermedias de la vida una figuración importante en el proceso de monitoreo continuo de la equidad en salud, iniciado por la Subsecretaría de Salud Pública en el año 2005 y reforzado en el año 2006. Se está tratando así de abordar con un conocimiento de causa cada vez mayor la

mortalidad y la discapacidad prematuras que afectan a este grupo, a la par con la protección de la infancia y de los adultos mayores.

Tales políticas requieren, y así lo han subrayado la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, de un Sistema de Atención progresivamente fortalecido, es decir, de una Atención Primaria suficiente y efectiva y de un estrecho vínculo entre ésta, los Hospitales y las Universidades. En este aspecto, lo más urgente es reparar la actual falta de médicos y otros profesionales para conformar los equipos de atención de los sectores poblacionales, de tal manera que haya equidad en la satisfacción de la demanda de todos los estratos socioeconómicos del país. La falta de un avance, lo más acelerado posible, en esta política, nos llevaría a preguntarnos ¿quién se interesa en que no haya una atención primaria de calidad para todos?

Por otra parte, la lógica del AUGE indica aumentar progresivamente las patologías y las intervenciones curativas y preventivas en que operen las garantías de la Ley: es lo que ha propuesto la mandataria para su período de gobierno. Se trata de ir hacia la inclusión eventual de todo el espectro de la morbilidad y de los riesgos para la salud. Dado el alto costo de la propuesta, tal como se la modeló en la Reforma de Salud reciente, se requerirá poner en práctica lo antes posible mecanismos de asignación de recursos –mecanismos de pago– que sean muy eficientes y que lleven a aumentar la efectividad de las acciones. Se trata de pagar los costos reales –ni inflados ni subestimados– de los factores humanos y materiales de la atención, en el marco de procesos de planificación, programación y evaluación en que participen los equipos de salud, las comunidades y las autoridades administrativas y legisladoras.

A la luz de esta preocupación, la municipalización debe ser reevaluada, en cuanto es una estrategia con altos riesgos de ineficiencia, baja efectividad, inequidad y discontinuidades. Existen maneras, que han sido estudiadas y propuestas, para mejorar la situación sin pagar altos costos políticos, sino al contrario.

El gobierno ha enviado al Parlamento un Proyecto de Presupuesto que permite avanzar en una política integral de salud. Alcanza a \$ 2.219.272 millones para el sector salud, es decir, hay un crecimiento de 13 % real respecto al del año 2006. A su vez, el presupuesto para la Atención Primaria crece en 16 % y el presupuesto para inversión, en 109 %.

Estos son los caudales a ser administrados por el Ministerio de Salud. Hay que considerar que la inyección de recursos, también aumentados, para la protección social del niño y de la familia, para la educación, para la vivienda, el empleo, la previsión y la asistencia social, deben contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida.

Sin embargo, cabe moderar cualquier optimismo excesivo al recordar que, de acuerdo a las políticas macroeconómicas, estos aumentos de financiamiento no continuarán al mismo ritmo entre 2008 y 2010. En efecto, la Dirección de Presupuesto advierte a los congresales que en ese período el crecimiento del gasto consolidado del gobierno central será de entre un 5 y un 6 % anual. En otros términos, el gasto compatible con la política fiscal se calcula para el año 2010 en un suma 17,6 % superior al del 2007 (en moneda de este año).

Una consideración global de las expectativas en salud debe tomar en cuenta que ésta es parte de la situación general del país y que depende de la política general de los gobiernos. Y aquí hay aspectos fundamentales sin cuya corrección la acción sectorial tendrá un impacto limitado. El primero es la política ambiental. Como hemos señalado claramente en Cuadernos, urge, también desde el punto de vista de la salud, una política de energía basada en el uso de fuentes renovables no tradicionales: el viento, las corrientes marinas, las centrales hídricas de pasada, la geotermia, la radiación solar y la eficiencia en el consumo. Sin esto, el calentamiento

de la tierra y las contaminaciones aumentarán la morbilidad y la mortalidad por diversos mecanismos contra los cuales los equipos técnicos de salud serán, a la larga, impotentes. El segundo aspecto se refiere a la corrección progresiva de la distribución del ingreso nacional –la equidad socioeconómica– mediante políticas que comprenden, evidentemente, las de empleo, salarios y previsión social, además de los beneficios sociales netos. También es éste uno de los temas que preocupan a los médicos, en su rol de ciudadanos socialmente responsables.

Dr. Carlos Montoya Aguilar