

## V. CRISIS DEL SECTOR SALUD EN CHILE

*Dr. René Merino*

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 1, 1992/ 37-41

El tema a mi disposición ha estado en el tapete de la discusión frecuentemente en los últimos años; ya no debe quedar nadie que no haya escuchado los argumentos y contra argumentos de unos y otros en relación con él.

Lo importante es que hoy día este análisis se está haciendo en forma mucho más seria, más técnica y con menos ideologismos incorporados a él.

La pregunta es si acaso el sistema de salud estatal en Chile está en crisis o no. En mi opinión, si no lo está, lo parece bastante. A diario vemos en la prensa los problemas con los trabajadores de la salud, aquellos con el cuerpo médico, las renuncias relativamente publicitadas, algunas con escándalos de ejecutivos de alto nivel, como es el caso del hospital Salvador y otros antecedentes que nos hacen responder esta pregunta en forma positiva.

Y esto es una realidad si se tiene en cuenta, el conocimiento directo que se tiene de los hospitales de todo el país, a través de los médicos que trabajan en ellos agravada por el claro oscuro que existe entre el sector de atención privada y el estatal.

Se discute cómo es posible que se pueda hablar de crisis si los índices de salud con los cuales se evalúa el nivel de salud de la población, siguen mejorando, creo que la razón está dada porque esta es una crisis interna, propia de los hospitales, pese a que la función de estos sigue en un nivel básico parcialmente adecuado.

Los grandes críticos de esta crisis hospitalaria son los trabajadores de la salud, especialmente los médicos, más que los usuarios quienes en algunas encuestas realizadas muestran un cierto grado de aceptación del sistema.

Creemos que la población usuaria del sistema estatal de salud, tiene una baja capacidad de crítica, está acostumbrada a un cierto tipo de atención de salud que consideran normal y aceptable. Sin embargo, los médicos que sí saben lo que es dable esperar de un sistema de atención de salud bien organizado, tienen una opinión distinta, ya que su grado de información y su capacidad de comparación son diferentes.

Volviendo al tema de nuestros índices aceptables de salud, queremos señalar que los factores que han influido en su descenso persistente a lo largo de decenios, son sin duda variados y no es del caso analizarlos en esta oportunidad, sin embargo, creemos que la estructura y la extensión de la atención de salud nacional han sido relevantes en este aspecto.

Este descontento crítico médico real, con conocimiento de causa ha producido fenómenos que antes desconocíamos, de los cuales tal vez el más relevante es el abandono del hospital estatal, de profesionales distinguidos por la clínica privada. Sin duda alguna la diversificación de las oportunidades de trabajo del cuerpo médico, han permitido este fenómeno. Suponemos que se podría intensificar en el futuro si no se toman las medidas correctivas necesarias. No consideramos este fenómeno como esencialmente malo, ya que el médico tiene hoy día mejores posibilidades de elección para realizar su actividad, sin embargo, es necesario tomar las precauciones necesarias para que la dotación de profesionales médicos esté adecuadamente distribuida en las distintas especialidades y en las distintas regiones, para poder entregar un adecuado servicio al sector público. Como veremos más adelante este

problema debería resolverse, con la reestructuración adecuada del sector que permita el incentivo óptimo de los profesionales.

Indudablemente el deterioro de los hospitales ha sido progresivo y permanente desde hace muchos años y la inversión no ha sido la suficiente para mantener el ritmo del avance tecnológico, ni para su mantenimiento adecuado.

Pese a que el problema de las rentas médicas es muy serio, no voy a hacer caudal de ellas para explicar este deterioro, ya que realmente el gran esfuerzo lo han hecho los trabajadores de la salud, pese a sus rentas.

Los médicos acostumbrados desde siempre a ingresos escasos, estaban dispuestos a aceptarlos en la medida que su trabajo era satisfactorio y gratificante, lo que implica hospitales con recursos para su adecuado desempeño y desarrollo profesional. Esa situación hoy día es la que ha hecho crisis, y si sumamos bajas rentas y condiciones de trabajo inadecuadas nos podemos empezar a explicar el éxodo de profesionales al cual ya hicimos referencia.

Con estos antecedentes deberíamos pensar que procurar los medios técnicos, administrativos y financieros para que el trabajo se desarrolle adecuadamente, es fundamental. Para que esto se produzca en mi opinión se requiere una reforma estructural fundamental, y muy especialmente que incorpore todos los aspectos de la gestión, estructura del sector, reglamentos y leyes que rigen su administración, y financiamiento.

Dejo el financiamiento para el final en forma intencional y no porque sea el menos importante, sino porque pretender solucionar los problemas del sector sólo por la vía del financiamiento, sería un grueso error. Sin dejar de lado financiamientos parciales, necesarios para mantener el sistema funcionando, la gran inversión que el sector requiere en mi opinión no debe hacerse, sino sobre un sistema reestructurado en su organización y en su administración.

Invertir con la estructura actual sería seguramente dilapidar una parte importante de los recursos, y un país pobre no tiene derecho a invertir mal.

Nuestra obligación es buscar con seriedad los caminos alternativos que permitan solucionar los problemas antes descritos. Antes de enfocar estas probables soluciones, creo que es necesario referirse a un sector de lo que conocemos como extrasistema y que ha demostrado eficiencia en su accionar, entregando hoy día a una parte de la población del país, ya importante, una atención de salud satisfactoria y de buen nivel.

Las Isapres y las clínicas privadas han demostrado capacidad de adaptación, adecuado aprovechamiento de los recursos e imaginación para entregar a sus afiliados una atención médica de acuerdo con sus expectativas, y bastante atendida a la realidad nacional. El crecimiento del sistema ha estado dado por esas características, y en mi opinión deberíamos seguir creciendo en los años próximos, a tasas parecidas a las actuales hasta copar aquella parte de la población que, con su 7% o con su cotización de salud más una cotización adicional voluntaria, pagada por ellos o por sus empleadores, se incorpore al sistema.

Este es un fenómeno que hemos observado con mucho interés y que esperamos se extienda en el futuro. El interés de los empresarios por incorporar a sus trabajadores al sistema Isapres, tiene que ver con un apreciable número de contratos individuales colectivos que han contribuido significativamente al crecimiento del sistema. Más interesante es comprobar que este aporte patronal ha sido absolutamente voluntario.

Por otra parte no es desdeñable considerar el impacto que el sistema de atención privado ha tenido sobre las remuneraciones médicas; hoy día casi el 60% de éstas están dadas por el sector privado, en relación con no más del 18 o 19% de la población.

Ya nos hemos referido a que estos aspectos han determinado en gran medida el que hoy en día una parte minoritaria de los médicos del país trabajen en el sector estatal. Yo no sé si esto es malo o bueno, no me cabe ninguna duda que para el cuerpo médico es favorable el tener numerosos empleadores y no estar dependiendo exclusivamente del monopólico y omnipotente estado.

El desarrollo del sector privado ha permitido posibilidades nuevas, que antes no existían. En la medida que el sector estatal se descentralice con independencia real de gestión y económica, estas posibilidades aumentarán, beneficiando a una mayor cantidad de profesionales. Sin duda esto exigirá cautelar adecuadamente la formación de especialistas y el destino de éstos, de tal manera de corregir iniquidades que puedan producirse en relación con la distribución geográfica, y por especialidades de los profesionales.

A no dudar, la responsabilidad regional que se producirá, estimulará la competencia por la contratación del personal que requieran y esto mejorará las condiciones de trabajo médico y la eventual mala distribución que hoy día existe y que se podría corregir en el futuro.

Estamos refiriéndonos a problemas que requie-

ren transformaciones profundas, lo que no es nuevo en la historia de la atención médica en nuestro país, porque siempre ha tenido la visión de transformar sus estructuras adaptándolas a sus realidades.

Desde la época del servicio médico de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, probablemente el primer atisbo de medicina organizada en el país; continuando con la organización del SNS (Servicio Nacional de Salud) en el año 1952, sin duda alguna la gran estructura de salud que este país ha tenido, responsable de múltiples avances en infraestructura, en docencia y en atención de salud, responsable en gran medida de los excelentes índices de atención de salud que presenta el país.

La creación del SNS fue un proceso largo. Según uno de sus gestores, se necesitaron más de nueve años para “convencer” a las autoridades de la época de su creación y durante muchos años dio plena satisfacción a la atención de salud de una parte importante de nuestra población.

Sin embargo, en el año 1968 fue necesaria la creación del SERMENA ya que una parte de esta población, la de los empleados, no les satisfacía la atención que en el SNS se podía conseguir. La exigencia de la época estaba dada por la necesidad de la “libre elección”, la que no era posible conseguir en la estructura funcionalizada del SNS.

El SERMENA llenó esta necesidad y durante algunos años funcionó adecuadamente.

Posteriormente tanto el SNS como el SERMENA y casi con toda seguridad por razones de financiamiento, de aumento desmesurado en su tamaño que hacía de su administración una labor casi imposible, comenzó un proceso de disminución de su eficiencia con serios problemas en su administración y descontento progresivo de funcionarios prestadores y prestatarios.

La crisis del sistema estatal de salud comenzó ya hace ocho años. Se podrían buscar responsables pero creo que este no es el objetivo de esta exposición, ya que si hubo alguna responsabilidad en este desmedro progresivo habría que buscarla en el hecho de no haber realizado los cambios profundos que el sistema necesita con mucha anticipación.

En el año 1981 nuevamente se produjo un golpe de timón para adecuar las estructuras de atención de salud a las necesidades sociales. Había ya en ese momento una gruesa capa de población, la cual no alcanzaba por sus propios medios la atención de salud que deseaba. La libre elección, la atención en clínicas privadas, no estaba al alcance sino de una muy pequeña capa de población de muy altas rentas.

El ciudadano medio no tenía capacidades económicas para hacerlo y la mayor parte de la población

del país podía considerarse en la práctica como un “indigente médico”. La aparición de las Isapres vino entonces a llenar este vacío. La velocidad con que el sistema se ha desarrollado y la cantidad de afiliados que hoy día tiene, demuestran que la necesidad existía, y que era indispensable un sistema que permitiera solucionar las expectativas de salud de este grupo de población.

Es interesante observar cómo progresivamente grupos de más bajas rentas están incorporándose a éste. Sea por la vía de los planes colectivos, de las Isapres cerradas, del aporte empresarial voluntario y muy especialmente por la persistencia de las Isapres en disminuir el costo de los planes.

Se ha discutido frecuentemente si esto significó una disminución de los recursos con que FONASA contaba para los más pobres, perdiendo así el sentido solidario del sistema de salud. Al respecto creo que es necesario considerar que la solidaridad que la comunidad entera tiene con los más pobres debe expresarse a través de instancias redistributivas que la autoridad debe implementar usando los recursos derivados de los impuestos generales de la nación y no de recursos privados propios del trabajador, como es el caso del 7% de cotización de salud. Por otro lado, si bien es cierto al retirarse de FONASA el afiliado ISAPRE retira su cotización de salud, es verdad también que deja de gastar en el sistema. No sé a ciencia cierta si este balance es positivo o negativo, en todo caso lo que sí tengo claro es que este grupo de población gastaba probablemente más que el grupo de los más pobres en la medida de sus mayores exigencias en salud y de la mayor facilidad que tenían para conseguirla.

En todo caso quienes pretenden que esta diferencia explicaría todos los problemas del sistema de salud estatal, en mi opinión están equivocados; difícilmente este saldo sería capaz de levantar este sistema de salud que como ya hemos visto tiene problemas muchos más serios que el mero financiamiento, el cual por otra parte de acuerdo a lo dicho no sería relevante.

Hoy día nuestra obligación es redefinir el sistema de salud estatal, ha objeto de poner al alcance de los más pobres un tipo de atención de salud más acorde con sus necesidades, aprovechando mejor el siempre escaso financiamiento del sector y estableciendo así mayor equidad a este respecto. Probablemente en algunos años más vamos a estar rediscutiendo el sistema de salud ya que seguramente las condiciones económicas y sociales, el costo de la atención y la tecnología médica van a cambiar, y será necesario adaptarnos nuevamente. Es indispensable que no consideremos el sistema que creemos como inamo-

vible y definitivo, ya que como ya hemos visto y para repetir el término "los golpes de timón" son indispensables.

Considero que la primera pregunta planteada en esta reunión está respondida; efectivamente el sistema está en crisis, y el diagnóstico es claro, la crisis es estructural administrativa y no sólo de financiamiento.

La segunda parte a considerar es cómo resolver esta crisis :

La solución de ésta es encararla en forma definitiva y global, pretender parchar a mi parecer sería un error. Pretender sólo mejorar el financiamiento del sistema me parece sería un error aun más grande. El sistema estatal de salud hoy día es incapaz de administrarse eficientemente y eso trae problemas.

No más lejos que los años 50 la medicina era de bajo costo, más simple y menos sofisticada, no existían las UTI, la imagenología que conocemos hoy día, la endoscopía, etc. El diagnóstico y el tratamiento estaba basado en la habilidad y en los conocimientos del médico. Hoy en cambio la medicina se ha encarecido con la aparición de nuevas técnicas, de nuevas drogas, de tratamientos, cada vez más perfeccionados.

Tenemos hoy día que encarar permanentemente el desarrollo de esta tecnología, financiarla y ponerla al alcance de nuestros beneficiarios.

La administración por ende se ha complicado, el manejo de sumas importantes de dinero, el mantenimiento de equipos sofisticados, las exigencias crecientes de la población hacen que el administrador deba ser un técnico experto. No es suficiente un médico aficionado o de buena voluntad. Se requiere administradores capaces, no sólo de manejar presupuestos y personal, sino de idear formas imaginativas que permitan optimizar el uso de los recursos siempre escasos.

Veinte años atrás la administración de los hospitales del país estaba representada sólo por algunos meritorios funcionarios contables, en la medida que las necesidades administrativas eran relativamente primitivas. Hoy en día la sofisticación del sistema hace que sea exigible otro nivel de preparación de nuestro estamento administrativo.

El manejo de los presupuestos del sector ha pasado por varias etapas y se ha ido complicando cada vez más. Se han intentado los presupuestos por programa, los presupuestos per cápita, la facturación por atención prestada y ninguno ha sido realmente eficiente y en gran medida los hospitales se financian con un componente de presupuesto histórico importante. No podemos atribuir este problema a la

forma intrínseca de elaborar el presupuesto, sino más bien a la incapacidad administrativa para desarrollarlos como corresponde.

Si a esto le agregamos las enormes trabas derivadas de los reglamentos y leyes que rigen la administración civil del estado, podemos concluir sin mucho margen de error, que es muy difícil pedir la eficiencia a un administrador estatal al cual en la práctica no se le permite administrar.

Para mencionar sólo uno de los problemas que dicen relación con esto, hemos observado a lo largo de muchos años las dificultades que se tienen para retener el personal no médico de buena calidad, con capacidad administrativa, que tiene múltiples alternativas de trabajo en otras partes. Las remuneraciones que el sistema es capaz de pagar le hacen imposible competir con otras empresas, muchas de menor tamaño, importancia y complejidad, para retenerlos. Así que estos profesionales ingenieros, administradores u otros, sólo pasan por el sistema, adquieren alguna experiencia y a muy corto andar se alejan.

No logramos adquirir profesionales que logren tener la permanencia y por ende la experiencia suficiente en el sector. Esto nos obliga a funcionar, en la parte administrativa, con personal del sector salud no adiestrado administrativamente y por ende más ineficiente.

La administración se complica aun más por la incapacidad de decisión que existe en los niveles locales, producto de una descentralización que ha quedado en el papel. Descentralización de la cual hemos hablado por años, que en la práctica no ha funcionado o por falta de voluntad política o porque los problemas se mezclan, la incapacidad administrativa local hace que sea más fácil y de menor responsabilidad pedir instrucciones hacia la autoridad superior.

El camino para solucionar esta crisis es complejo, difícil y necesariamente innovador. El Ministerio de Salud debe ser el gran normador del sistema, tanto público como privado, y el gran contralor de tal manera de garantizar que las políticas dictadas se cumplan.

En lo que no estoy de acuerdo es en que el Ministerio administre, porque administrar centralizadamente y con eficiencia 1.500 establecimientos hospitalarios de distinto nivel, dispersos en el país entero, con más de 65.000 funcionarios de los más variados niveles y con la complejidad que implica manejar más de 5.000 productos no sólo es difícil si no que casi imposible.

Entonces para mí, el esquema está dado por un Ministerio fuerte como el ya descrito y hospitales

independientes, probablemente empresas autónomas del estado, regionales con reglas de administración sustancialmente distintas a las que tienen hoy día, que permitan a los directores administrar ya que actualmente esto se hace imposible. Quiero insistir en que cualquier cambio que se produzca en el sector, debe incorporar una revisión completa y sustancial de las reglas de administración civil que rigen a los hospitales, ya que cambiarlas es indispensable.

El hospital regional así planteado, independiente, autónomo, con un gran componente regional, financiándose con los ingresos provenientes de un FAP corregido, de manera de eliminar los incentivos perversos que el actual tiene, trabajando con paquetes de atención y con un sector de atención primaria, similar al actual, a cargo de las municipalidades. Probablemente podría aprovechar en forma más eficiente los recursos actuales y futuros que al sector se destinaran y que sin duda alguna, es indispensable aumentar.

El disponer de nuevos recursos económicos para

el sector es una necesidad evidente, sin embargo debemos procurar en este sistema reestructurado mantener costos de atención bajos, acordes con nuestra realidad económica nacional. Hoy en día Chile logra aceptables niveles de salud con un costo bajísimo. Alrededor de US\$83 dólares per cápita al año. Seguramente mejorar el sistema implica aumentar este valor per cápita, pero casi con seguridad también el país no está en condiciones de hacer crecer este presupuesto espectacularmente.

Para resumir, el diagnóstico de este caso nos habla de un sistema de salud estatal colapsado con problemas de estructura, de administración y financiamiento. Su solución no está dada sólo por mejorar este último aspecto; se requieren modificaciones profundas que hagan efectiva la descentralización con hospitales autónomos en lo administrativo y en lo financiero, con gran componente de responsabilidad regional. Consideramos indispensable un financiamiento adecuado, previa corrección de sus problemas estructurales y administrativos.