

Nº
378075

Segunda Exposición

Hacia una Salud Moderna y Solidaria

P7-102

Dr. Jorge Jiménez*

Al agradecer la invitación a participar en este Seminario que me ha hecho la Escuela, me parece oportuno destacar que siempre es grato venir a un ambiente familiar, no sólo al exponer el tema. Queda bastante claro que la exposición de la doctora Gómez ahorra muchos comentarios y me ayuda a apoyar uno de los argumentos que siempre hemos tratado de desarrollar con la gente que hemos nacido, vivido y esperamos morir en el Sector, que haya una continuidad histórica. Lo que ella expresa, con algunos matices, es un diagnóstico bastante compartido de lo que ha sido el desarrollo del sector salud; si ustedes lo comparan con el resto de los sectores sociales, queda muy claro que éste ha sobrevivido, de alguna manera o de otra, a todas las crisis y embates que ha experimentado.

Si se considera que las políticas sociales eran tradicionalmente en Chile un rol del Estado y se examina hacia atrás, se ve que éste se hizo cargo de la educación, de la vivienda, de la salud y de una serie de otras políticas sociales, como la previsión social. Cuando se produjo el cambio de 1973; vino con este un cambio de diagnóstico sobre el rol del Estado y del sector privado y, un poco a ciegas, empezaron sencillamente a desmontarse instituciones. Algunas se desmontaron porque no había mayor resistencia, y se produjeron daños que, de alguna manera, se están constatando hoy día. En el sector salud, la institucionalidad, la estructura, la tradición, fue mucho más fuerte.

Por de pronto, la reforma al sector recién se inició de verdad en la década del '80. Vale decir que hubo siete años de resistencia interna, incluso de participantes del mismo gobierno. De manera que, por ahí uno ve la solidez de las convicciones, más allá de si son ciertas o equivocadas. Yo, personalmente, creo que la convicción de atribuirle al Estado un rol importante en el sector salud, es una posición conceptual que sigue siendo muy sólida y muy válida. Sin embargo, más allá de eso, creo que esta posición era extraordinariamente compartida y sólida en todas las personas y cruzaba toda la sociedad.

Las políticas de estos años, tal como señalaba la doctora, han tendido a regionalizar a descentralizar y a delegar funciones, han producido algunos efectos que son interesantes, pero otros que también son nocivos. En general el diagnóstico de la regionalización y de la descentralización, es que está produciendo más daño que beneficios, particularmente en el área que es tan crucial para el sector salud, ya que está ordenado en niveles. En este sector se requiere de una ordenación y de

* Médico encargado de la Comisión de Salud de la Concertación de Partidos por la Democracia y actual Ministro de Salud.

una fluidez en el tratamiento de los problemas y en la atención de las personas que son portadoras de algún tipo de necesidad. De manera que lo que se ha llamado la "descentralización", sería más bien la "desarticulación".

Por otra parte, el elemento de la crisis económica, es bastante obvio. Esta ha afectado al sector salud, al igual que el resto de los sectores, quizás de una manera más dramática, porque es más visible y, también, porque se ha producido un efecto de comparación con el desarrollo del sector privado, el cual ha captado recursos que le han permitido desarrollarse de una manera bastante evidente y moderna, desde el punto de vista tecnológico.

Los hechos son de todos conocidos: ha habido una disminución del aporte fiscal a la mitad del aporte tradicional. Esta disminución que ha provocado una baja del gasto total en el sector, ha sido parcialmente compensada con el alza de la cotización previsional. Piensen ustedes que a los trabajadores, hoy día, les está costando bastante más su aporte (en salud, por lo menos) en términos de descuento específico para satisfacer esa necesidad; del 4 al 5%, del 5 al 6% y del 6 al 7% fueron las alzas progresivas del descuento.

Para esto, yo podría recurrir a un comentario que hizo el ministro de salud¹ sobre el programa de la Concertación; él dice que el promedio de gasto de la última década en relación al P.G.B, en salud, es el 2,6%; Alrededor de quinientos millones de dólares en términos globales. Por otra parte, dice que de más está reconocer que el porcentaje es muy bajo, agregando que el aporte fiscal en el año '74 era de 1,92% de ese P.G.B; el que se redujo progresivamente año a año, hasta llegar en 1988 al valor más bajo 0,86%. En realidad, de acuerdo a otras interpretaciones es de 0,50% del P.G.B. La relación cotización de cargo del trabajador versus aporte fiscal, ha variado desde 1,4 el año '74 a 1,1; esto significa que se equilibró el aporte fiscal con el aporte previsional. "Si se estima, - dice el ministro, que el gasto en salud del sector público debe equivaler al 3,3% del P.G.B deberían o duplicarse las cotizaciones lo que es socialmente poco aceptable, o duplicar el aporte fiscal". Esto es lo que piensa la actual autoridad, con respecto a materia de gasto en salud.

Por otra parte, esta disminución de los recursos financieros ha provocado daños que son bastante evidentes y perceptibles. Por de pronto, hay en el sector privado una acumulación de modernización, de equipamiento y de infraestructura, que se ha estimado, conservadoramente, en alrededor de trescientos millones de dólares. Paradójicamente, alguien me contaba que el Ministerio estima en trescientos noventa millones de dólares el déficit o la cantidad de recursos que sería necesario invertir en el sector en infraestructura y equipamiento. Además, también hay un déficit operacional. Esto significa que los insumos y todos los componentes del gasto están también disminuidos de alguna manera. Esto se está reflejando en las quejas que se escuchan a diario. De allí que, si uno considera, tomando el mismo dato del Ministerio de Salud, es decir, que el aporte debiera ser de 3,3% del P.G.B, se debiera pensar que el sector público necesita alrededor de 150 y 200 millones de dólares más al año.

Al respecto, hay sin duda discrepancias, las que se han producido a nivel de quien tiene la llave para dar los recursos y quien tiene que tomar las decisiones para adaptarse a la crisis.

Hace pocos días*, en otro taller o seminario, la confesión de parte de una funcionaria del área finanzas del sector salud, era que la disminución del aporte fiscal ha continuado como una política expresa y deseada por parte del gobierno. (No dijo del Ministerio de Salud). Yo entiendo que en realidad, el Ministerio de Salud nunca va a querer que le disminuyan los recursos, pero la política del

1. Se refiere al Dr. Juan Giaconi, Ministro de esa cartera, durante el régimen anterior.

* Septiembre '89

gobierno era bajar el aporte fiscal, para ver qué pasaba. Esto era un poco para ver si llegaban recursos de otros lados, o si por el aumento previsional se producía algún balance. De todos modos, somos testigos de que ese balance no se ha producido.

Les decía que uno de los efectos de la mayor cantidad de recursos de salud en el sector privado, se ha visto más drásticamente expresado cuando las personas tienen acceso a poder comparar y ver que es posible en algunas partes tener acceso a una medicina moderna, lo que no es posible para la gran mayoría de las personas. De manera que esto ha provocado una percepción y una relevancia del tema de la salud, a un nivel en que realmente nosotros no estábamos acostumbrados. En todas partes, se ha visto que las razones por las cuales este tema ha estado tan presente en la opinión pública, es precisamente porque este efecto de comparación, ha sido bastante evidente.

Ahora bien; hablando un poco de la democracia y pensando en este tipo de reuniones y en otro tipo de cosas que uno ha podido ir constatando en estos años, uno se da cuenta de lo que puede ser una paradoja bastante provocativa: hoy día la sociedad chilena es más democrática que antes, esto en lo real, aunque probablemente no en lo formal. Me baso en esto para decir que el sufrimiento que se ha visto en el sector salud y en otros sectores ha incidido en que el aprecio por una serie de valores, entre los cuales está la vida, la salud y muchos otros aspectos relativos a los derechos humanos, es mucho más alto. Esto significa que las proposiciones que se están haciendo hoy día no son un mero acomodamiento a los cambios que ha habido en estos años, sino que son el producto de la percepción de que la participación, la gestión local y todas las fórmulas específicas de trabajo a nivel de las políticas sociales y, en general, a nivel de la vida de la comunidad, son reales. Esto porque expresan una convicción bastante más profunda que las antiguas posiciones de descalificar a la democracia, como un elemento burgués, formal o instrumental. Yo creo que el sufrimiento -estoy absolutamente convencido- nos ha hecho bastante más maduros en ese sentido, por lo menos a los que somos más viejos. Espero que la gente joven que afortunadamente tuvo la oportunidad de ver que había una opción que se podía aprovechar y utilizar para buscar una salida razonable a este período, esté bastante más consciente de eso hoy día que lo que estaba hace uno o dos años atrás, cuando no había credibilidad y se veían las cosas muy oscuras.

Esto obviamente se refleja también, en nuestras proposiciones sobre la salud. Los profesionales del sector, tendemos a ser bastantes exclusivistas y a reservarnos mucho ante las decisiones; sin embargo, si uno piensa -tal como se desprende de las estadísticas que ha mostrado la doctora Gómez- los desafíos del futuro, exceden con mucho la capacidad técnica y médica. El problema, hoy en día, es un problema que atañe realmente a las personas, a la comunidad, a la familia y al país en general. En esto el Estado va a seguir siendo su principal ejecutor, aunque dejando espacio para muchas organizaciones y, sobre todo, para la familia y para las personas.

Propuesta programática de la Concertación:

Los principios -que hemos adoptado de la Organización Mundial de la Salud- para proponer un programa y un conjunto de tareas para el futuro democrático son tres:

En primer lugar, el tema de la justicia y de la equidad, al cual Judith hacía referencia al hablar de lo que ocultan los promedios. Tenemos que tener conciencia de que detrás de un promedio de mortalidad infantil o de desnutrición, hay zonas que tienen el doble, el triple o el cuádruple de la cifra promedio nacional o de la cifra promedio más baja de alguna comuna acomodada. De manera que la búsqueda de la justicia es un primer principio fundamental para trabajar en salud.

El segundo principio es dar más años a las personas, disminuyendo las muertes evitables y

aumentando la expectativa de vida. Esto implica también, tareas muy específicas, que después podemos ir discutiendo.

En tercer lugar, uno quisiera que se dé más salud a los años; que los años de la vida sean más plenos a través del desarrollo y el uso de las capacidades físicas y mentales de las personas, para vivir saludablemente y aspirar a ser feliz.

Estos tres principios se expresan en una propuesta programática que tiene que ver con cinco puntos fundamentales:

En primer lugar, mejorar el acceso a la salud; en segundo lugar, resolver la crisis hospitalaria que es una de las tres áreas que se encuentra más evidentemente dañada; en tercer lugar, dar un gran impulso a la prevención y a la protección de la salud; en cuarto lugar, mejorar la calidad del medio ambiente y finalmente, proceder al rescate del sector público, integrando a los sectores privados y solidarios. Estas son las cinco tareas, que se están proponiendo para el futuro.

Para mejorar el acceso a la salud (probablemente, el tema que preocupa a la población), uno tiene que pensar que es importante reconstruir, fortalecer y mejorar la red de atención primaria, creando los consultorios que sean necesarios. En la atención primaria, deberá buscarse fórmulas nuevas. Pensamos que uno de los grandes defectos de este tipo de atención en Chile, es que por el mismo hecho que les señalaba, de esta especie de despotismo ilustrado de los profesionales de la salud con respecto a la población, en el cual no se la incorpora mayormente, el sistema se fue burocratizando y no se dió la oportunidad para el diálogo, para la conversación, para la relación interpersonal. Este es probablemente el elemento más importante de satisfacción en la prestación del servicio médico. La gente no espera tanto que su médico tenga un equipamiento demasiado sofisticado, sino que le dé uno, dos o tres minutos de atención, para conversar un poco y resolver el problema de su salud o tranquilizarse.

Hay estudios en Alemania, por ejemplo, que demuestran que el uso mínimo de la psicoterapia (que no es de uso privativo de los psiquiatras ni de los psicólogos, sino que puede ser una tarea de cualquier miembro del equipo de salud), disminuye enormemente en esa persona, el uso de los servicios médicos con posterioridad. En el fondo, también uno podría decir -con el perdón de los psicólogos- que la psicoterapia es lo que uno entrega en el contacto interpersonal; eso tranquiliza y disminuye el nivel de angustia, bajando la demanda que esa persona está produciendo sobre el servicio de salud. Muchas veces, cuando la relación es fría, no se resuelve el problema psicológico. Esta persona, dirigida por un profesional tecnocrático o excesivamente tecnologizado, va a seguir rebotando sobre el sistema, incrementando los costos y los gastos del sector y provocando un efecto dañino.

En segundo lugar, para mejorar el acceso a la salud, hay que incorporar y reconocer las tareas de las organizaciones comunitarias y solidarias.

En tercer lugar, es importante establecer los mecanismos de coordinación entre los servicios al público, los sistemas comunales de salud y las instituciones que estén expresando una necesidad, o resolviendo una necesidad.

En materia de ley de prestaciones (a la cual se hacía también referencia), creemos que es importante revisarla, porque la impresión que hay, es que con la calificación de las personas que tienen derechos, se ha producido un bloqueo en el acceso a la salud. Han disminuído, en los últimos años, entre uno y medio y dos millones de atenciones en el sector público y, probablemente, esto se deba a que el proceso de calificación -siendo un poco largo y engorroso- no se ha expresado. Si bien

es cierto, la gente aparentemente está pagando menos, un 90% está en los tramos que no paga en la atención de salud, pero hay un porcentaje que sencillamente "tira la esponja" y no sigue insistiendo. Ahí, probablemente, se está perdiendo una gran cantidad de gente que debiera recibir atención.

Por otra parte, para mejorar el acceso a la salud, es obvio que hay que modificar la legislación de las Isapres, mediante mecanismos que le den aumento de la cobertura y estabilidad de los contratos. Así también deben desaparecer las exclusiones y existir mecanismos de supervisión adecuados para solucionar las controversias, respetando la libertad de las personas y de los profesionales del sector.

Además, es importante mantener y mejorar el sistema de acceso a los medicamentos; esto en Chile, ha sido una solución históricamente bastante razonable y buena.

Es importante también en la atención primaria, preocuparse de la atención odontológica, ya que ha sido bastante abandonada. Además es preciso mejorar dimensiones de la salud mental y de los grupos que están con problemas emergentes.

Para resolver la crisis hospitalaria, se propone renovar, construir y equipar adecuadamente el número de camas que sea necesario para paliar el déficit. Con el crecimiento de las ciudades, se ha ido alejando el centro hospitalario de la población, lo que ha producido un efecto bastante notorio. Es importante, además, mejorar la calidad del uso del apoyo tecnológico para el ejercicio de la medicina. Esto, porque mucho de lo que aparece como ineficiencia en el sector hospitalario público, es producto de la falta de recursos, obligándose a hospitalizar personas que necesariamente no lo necesitan, y que podrían resolver sus problemas con diagnósticos oportunos y adecuados. Bastaría con procedimientos que se realizaran en forma ambulatoria y que incorporaran, por lo menos, una parte de la tecnología moderna necesaria.

El tercer punto es el gran impulso a la prevención y a la protección de la salud. Esta se basa en el cambio de patrón demográfico y epidemiológico, lo que nos obliga a preocuparnos de los problemas que están emergiendo. Ellos son más importantes, lo que no significa dejar de lado la salud de la madre y del niño, que siempre ha sido la preocupación fundamental. Para esto, es fundamental desarrollar programas educativos masivos, integrar a la comunidad y llevar a cabo programas de pesquisa y de tratamiento. Así también se requiere producir una modernización de la calidad de la información epidemiológica, hacer los programas de salud mental, de la salud integral de la mujer y de la familia y, básicamente, coordinar las acciones de prevención y promoción de salud, con la participación de la comunidad y del sector privado.

También es importante mejorar la calidad del medio ambiente. Hay una serie de problemas que han estado muy patentes; estos son la contaminación del aire y la contaminación del agua. Ambos se han ido postergando por razones económicas o por razones de otro orden, por lo que es importante enfrentarlos. También hay medidas por parte del sector público que se han abandonado, como es el control de los alimentos. Esto tiene un impacto importante en la cantidad de casos de enfermedades, siendo también básico que haya una legislación que obligue a las partes a resolver los problemas.

Por último, una política de salud tiene, como se ha dicho, que rescatar al sector público, e integrar a los sectores privados y solidarios. Eso significa que el Ministerio no sólo debe recuperar el dinero, sino que también tiene que recuperar la autoridad, las potestades y los medios para cumplir a cabalidad sus funciones de normativa, de dirección superior y de supervisión.

También es importante -y esto es de sentido común- mejorar la gestión del sector. Se requiere

modernizar. Uno va a cualquier institución del sector privado y ve que se están utilizando mecanismos y métodos de gestión que son bastantes modernos, sin embargo, el sector público está en la edad de la carreta.

Es importante modificar también, el código sanitario, porque hay una serie de problemas que no han sido revisados; no han sido incorporados, me refiero a los transplantes, al uso de los tejidos y a la fertilización "in vitro".

Es importante preocuparse de la clase media pobre; de la gente que está en el sistema de Fonasa de libre elección. Probablemente los que están más perjudicados en la situación actual, son los que están aportando más y recibiendo menos.

Y, por último en la legislación, la incorporación del sector solidario, como ya se ha dicho, es importante. Corresponde incorporarlo a las tareas, ya sea a través de una política explícita, con entrega de subsidio, o con delegación de funciones, a fin de que toda la experiencia que se ha acumulado en estos años, y la que pueda seguir, sea considerada.

Con respecto al tema de la familia, lamentablemente no se ha logrado concretar en ninguna área específica del sector salud, una política que tome en cuenta la familia como centro. Se han hecho muchos intentos, se ha escrito mucho, se ha teorizado, se han hecho proyectos de aplicación piloto de medicina familiar, de salud familiar, pero no se ha pasado de ese nivel. Aún es posible implementar masivamente una estrategia de esa naturaleza porque las razones para tener un enfoque familiar de la salud son bastante obvias. En la familia se nace, en la familia se crece, en la familia se envejece, en la familia se muere.

Muchas de las medidas que estamos enfrentando para poder mejorar la calidad de nuestras prestaciones y expandir el número de ellas, se benefician enormemente con el enfoque familiar porque incorporan al resto de la familia al trabajo.

Cuando uno piensa, por ejemplo, en cómo se aborda el problema de la tercera edad, y lo compara a cómo se atiende a los ancianos en los países desarrollados, se da cuenta que en estos últimos, el costo de personal pagado para atender a la gente de la tercera edad es enorme y pesa enormemente sobre los presupuestos de salud. En cambio en las familias latinoamericanas, que tienen todavía el concepto de solidaridad interfamiliar más presente, uno puede elaborar toda una estrategia que utilice los recursos propios de la familia para mejorar la calidad y permita absorber toda esta demanda nueva que se nos viene encima. Esta es una tarea de orientación y educación.

Lo mismo pasa con las otras patologías que diariamente se nos están haciendo patentes, como el problema juvenil de la adolescencia, el problema de los embarazos precoces que están siendo un problema grave en salud pública. Y toda esa cantidad de problemas tienen mucho que ver con la situación actual de la familia y se resuelven probablemente desde el punto de vista de un enfoque familiar.

Pienso que estos son los principios y las tareas fundamentales que nosotros debíamos proponer para la próxima década. Yo creo que en el sector salud, particularmente, hay bastante capacidad humana para realizar todo esto. Afortunadamente están las universidades, los distintos grupos y las organizaciones, que han mantenido el espíritu y la preocupación por la salud como un problema social y no como algo exclusivamente relacionado con recurso o con acceso individual. El sentido social de la salud -no hace falta insistir en eso- es una verdad tan evidente como una catedral. De manera que eso significa también que el compromiso moral en esta tarea tiene que ser muy sólido y muy fuerte. Yo estoy absolutamente convencido de que así va a ser. Muchas gracias.