

EDITORIAL

¿Y ahora, la salud?

El vigoroso debate nacional acerca del lucro, la inequidad, la gratuidad y la ineffectividad de la educación en Chile, sumado al paralelismo con los hechos que ocurren en el sector de la salud, ha llevado al Ejecutivo a lanzar diversas propuestas que persiguen conformar una respuesta pertinente a este sector.

El lucro y la inequidad quedaron de manifiesto al anunciarse casi simultáneamente la alzas de precios de los “planes” de las Isapres y sus cuantiosas utilidades. La prensa destaca sobre todo la decisión del Tribunal Constitucional en contra de las diferencias de precios entre usuarios de distinta edad y sexo, diferencias basadas en tablas de riesgo. El gobierno y la opinión pública reaccionan en particular frente a esta crítica.

Sin embargo, el problema es más de fondo: las Isapres son empresas comerciales y como tales su objetivo natural es general utilidades para sus dueños. Este objetivo hace que los precios que cobran sean tan altos como el mercado lo permita, y que a ello contribuyan los gastos de administración y publicidad, el pago por acto a los proveedores, y la desinformación del público ante la multiplicidad de “planes” ofrecidos. La naturaleza individual de los contratos entre las personas y las Isapres lleva a la desigualdad de los servicios entre los cotizantes y a la inequidad con respecto al resto de la población. No puede ser de otra manera, dado que un seguro privado debe, por naturaleza, cuadrar las entradas con los gastos en cada cuenta individual; y un factor determinante de los gastos es el riesgo de enfermar de cada persona.

En suma, la realidad de las Isapres es la que debe ser. Con una excepción fundamental: en Chile, a diferencia de los demás países, la ley establece que la cotización obligatoria correspondiente a la seguridad SOCIAL en salud, sea utilizada para pagar las primas de un seguro administrado privadamente y cuyas utilidades son apropiadas privadamente. Esto le crea al Ministerio de Salud el desafío de mejorar la situación por la cual reclaman los cotizantes y que objeta el TC. Para el Ministerio y los parlamentarios no hay solución dentro del régimen actual. La única solución coherente sería salir de este régimen: “privatizar las Isapres”, es decir, que los interesados paguen las primas desde su bolsillo, por planes integrales o complementarios, y que las empresas pasen a ser fiscalizadas por la Superintendencia de Valores y Seguros como cualquier otra organización de este rubro.

Se habla de desmunicipalizar la educación. En el caso de la salud había, desde antes de 1990, suficientes argumentos contra la administración edilicia, argumentos que no se tuvieron en cuenta al dictar el Estatuto de la Atención Primaria (APS). Por ejemplo: la multiplicación de aparatos administrativos, uno por cada una de las 350 comunas; la gran inequidad de ingresos propios entre municipios ricos y pobres; la inconexión con los hospitales, conducente a ineficacia de resultados en el estado de salud poblacional; la discontinuidad asociada a los períodos electorales; la baja resolutivez de las acciones. La carga del trabajo de administrar establecimientos perjudica el ejercicio de las funciones que sí corresponden a las alcaldías en materia de salud: la higiene y el saneamiento ambiental; la coordinación de los distintos sectores locales para promover y proteger la salud; el estímulo a la participación comunitaria, y la información a las organizaciones sociales.

Con todo, debe reconocerse el esfuerzo de los equipos de conducción de la atención primaria y la valiosa experiencia que algunos han adquirido en 30 años. Ellos están contribuyendo inteligentemente, en la muchos casos, a la integración de los médicos del actual “Programa Ministerial de Formación de Especialistas para la APS”. Esta integración del “especialista en formación” en los equipos multiprofesionales aumenta la resolutivez de

los Consultorios urbanos y tiende a cerrar la brecha entre estos y los hospitales. En el caso de la salud, el primer problema a resolver, antes de desmunicipalizar a fardo cerrado, es la automatización de las agendas y la rigidez de normas y metas, todo lo cual tiende a ser impuesto uniformemente desde el nivel central. Recientemente hemos sabido de una comuna pequeña en la cual la aplicación forzada de la estrategia de sectorización ha llevado a dividir al pequeño equipo local en tal forma que la única matrona quedó en un “sector” y la única enfermera, en el otro. Es en el nivel ministerial que corresponde efectuar en primer lugar y con urgencia una reingeniería basada en un mejor conocimiento de la realidad local, en el fomento de la relación médico-paciente y equipo-comunidad y en el cuidado de la programación y gestión clínica en beneficio de las personas, con respeto al uso del tiempo de las mismas.

La tercera gran área a considerar, también destacada desde 1990, es la dualidad del sistema de atención, que resulta en la fragmentación de los recursos de la Seguridad Social para la salud, con una distribución inequitativa. Así se daña la solidaridad que está en la base de las políticas que han tenido éxito en Chile y en otros países, base que reside en el principio de que la atención integral, equitativa, efectiva y eficiente de la salud es un bien y un derecho social universal y una responsabilidad del Estado. Una consecuencia de ese daño es la desprotección financiera de los hogares, reflejada en la alta proporción de gastos de bolsillo en salud para la mayoría de la población. Y la adopción, por el sector público, de la práctica de pagar por acto a los establecimientos estatales es otro factor de alto riesgo financiero, administrativo, técnico y moral; también lo es el uso de incentivos monetarios con preferencia respecto a la planificación y ejecución consciente y participativa en cada servicio y establecimiento, centrada en las personas y no en las patologías e intervenciones específicas.

Los médicos, por formación, estamos por llamar al pan, pan, y al vino, vino. Nos parece que el Sr. Ministro de Salud está en una línea similar. En realidad, no hemos visto buenos resultados de la política de acuerdos para el corto plazo, de las “leyes cortas” y de la resignación ante intereses que no contribuyen al avance real en la salud y el bienestar de la población. Desearíamos que las políticas fueran diseñadas en forma participativa e informada, para el largo plazo y con fundamento en los principios de Efectividad, Equidad, Solidaridad, Eficiencia y Dignidad de las personas.

Los Editores