

Aspectos críticos pendientes del sistema público de salud

Cesar Gattini

OCHISAP

Octubre 2015

Chile destaca por poseer un sistema de salud que ha llegado a ser bastante complejo y moderno, en línea con el progresivo desarrollo socioeconómico del país. Por más de tres décadas, el sistema de salud se ha diversificado, y se ha estructurado de forma global y coherente con la reforma neoliberal aplicada simultáneamente a la economía, la política y al Estado en los años 80. Bajo ese enfoque, se plantea que el Estado asume un rol esencialmente subsidiario y de corrección de “imperfecciones” del mercado.¹⁻³ Como resultado, el sistema asistencial de salud es mixto y conformado por múltiples y heterogéneas entidades públicas y privadas, las que se encuentran entremezcladas y abiertas a la atención potencial de toda la población, independiente de la situación de aseguramiento de cada persona.⁴

La expectativa neoliberal en la reforma sanitaria de los 80 se basaba en que con el crecimiento esperado del país, la mayoría de la población tendría suficientes ingresos económicos para poder acceder a cobertura de seguros y atención privada de salud. Bajo esa expectativa, el sistema de aseguramiento y atención pública quedarían sólo para cubrir personas de menores recursos y pobres, incapaces de acceder al sistema de mercado privado.¹⁻³ Sin embargo, y en contra de esos pronósticos, el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) continúa siendo el principal proveedor asistencial del país. La red del SNSS supera la cobertura de 80% de la población en muchas de sus actividades asistenciales, y se ubica en todos los lugares poblados del país, destacando que su acción también alcanza a los grupos más pobres, vulnerables y de sectores rurales del país.⁴

Desde la aplicación de la reforma original de los años 80, los diversos gobiernos – aunque de diverso signo doctrinario - han continuado bajo el mismo modelo imperante, en que se sigue buscando favorecer el desarrollo del sistema previsional y asistencial privado, en persistente desmedro del sistema de seguro y asistencial públicos. De modo predecible, el SNSS ha acumulado deudas históricas (destacando que tuvo un gran abandono entre 1973 y 1990, mientras que se favorecía el crecimiento privado); además, el SNSS no se puede auto financiar en base al cobro de servicios asistenciales prestados a las personas. Mientras que parte importante de los ingresos del SNSS son gubernamentales (basados a su vez en impuestos generales) otra parte proviene de FONASA (originada especialmente en cotizaciones), entidad que estima unilateralmente los costos por prestación y otros mecanismos, fondos que resultan insuficientes para recuperar los costos involucrados en los centros asistenciales.

Destaca que la modalidad de pago a actividades asistenciales presiona fuertemente a los centros asistenciales sobre los tipos de servicios preferentes a prestar, bajo postulados y estimaciones estadístico-financieras convertidas en teóricas, marginando la responsabilidad y capacidad de la gestión clínica y la perspectiva de salud pública. La crisis mantenida en hospitales plantea el imperativo de revisar qué tan correcta ha sido la cuantía y modalidad de financiamiento FONASA a centros del SNSS (de otro modo, los centros serían eficientes, y los centros no estarían en crisis).

En un sentido similar, cabe revisar y monitorear en forma exhaustiva, el modo de financiamiento de pago a centros de nivel primario, esencialmente basados en inscripción. La lógica pública del SNSS (desvirtuada por el modelo neoliberal imperante), lleva a que los Servicios de Salud y sus redes asistenciales tengan responsabilidades sanitarias sobre poblaciones objetivas, pero en la modalidad actual, no se cuenta con población residente relativamente cautiva, ni la inscripción significa que los inscritos se van a atender allí y por modalidad de atención institucional. Todo ello requiere

exhaustiva y objetiva revisión y monitoreo. Cabe destacar que las comunas con mayor pobreza y con menores recursos y fondos municipales, no pueden aportar fondos locales para complementar el financiamiento de la atención primaria.

Reformas parciales de la década pasada (como la Ley de Autoridad Sanitaria y el Programa AUGE), junto un mayor recurso aportado al SNSS, han contribuido a resolver aspectos críticos parciales de esta institución. Sin embargo y de modo previsible, se mantienen las falencias cruciales no resueltas, debido a que se continúa inalterable con el modelo neoliberal, a la vez que el sistema de salud continúa sometido a limitaciones no resueltas cabalmente, de recurso, infraestructura, tecnología, financiamiento y de recursos humanos.^{2,3} Tampoco se cuenta con evaluaciones exhaustivas integrales, objetivas y propositivas al respecto, que permitan estimar en forma más precisa las brechas existentes, como base necesaria para una debida planificación. Los objetivos decenales de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (especialmente el Objetivo 7 sobre “Fortalecimiento del sector salud”) no especifican los arreglos de estructura, recursos y desempeño que es necesario fortalecer (y qué recurso preciso y oportuno pondrá el Estado) para el planeado cumplimiento de dichos objetivos, a todo nivel y según necesidad.⁵

En este contexto, el SNSS mantiene una serie de aspectos críticos que eran previsibles y posibles de corregir en la década de los 90, y que tienden a ser similares a los problemas prioritarios encontrados en los sistemas públicos de otros países que han desarrollado reformas sanitarias de acuerdo al modelo neoliberal del Banco Mundial.^{1,2}

La limitación de recursos humanos, tecnológicos y financieros limita a su vez, una respuesta más coherente, oportuna y efectiva a las necesidades y demanda asistencial de la población. Más allá de la atención de nivel primaria y de urgencias, ello se refleja por las inadecuadas y largas listas de espera, y el envío de pacientes a la atención privada (más notorio bajo el Programa AUGE), lo que impide dotar a los centros del SNSS del recurso que necesita y además que continúa aumentando el desfinanciamiento del sistema (por cuanto los cobros de atención privada son mayores).⁶⁻⁸

Las limitaciones financieras de larga data (deuda histórica de falta de inversiones y de recursos necesarios), repercuten en limitaciones de salarios, restringidas plantas de personal, falta de personal calificado (que tiene a emigrar al sector privado), cobertura y oportunidad de atención hospitalaria (especialmente aquella que genera largas listas de espera), tecnología asistencial y capacidad asistencial.⁶⁻⁸

Este tipo de aspectos críticos planteados en la literatura ¹⁻³, aparecen sistemáticamente reiterados por ejemplo, en documentos recientes como las propuestas de la Comisión de Salud de la Nueva Mayoría⁶ (difundidas al inicio del actual gobierno) y del Colegio Médico.^{7,8} Sin embargo, sería muy útil que aquellos diagnósticos globales se pudieran profundizar en debido detalle en cuanto a situación y causas; cabe recordar que el país no es homogéneo y hay mucha disparidad entre áreas y grupos de población, así como mucha heterogeneidad entre los servicios y centros de salud. Es necesario conocer, cuáles son las causas que impiden concretamente mejorar lo que allí se plantea en términos generales, y como ello pudiese servir para orientar una consecuente y concreta planificación para enfrentar cada uno de los aspectos limitantes y sus causas. En ello, es importante describir muy concretamente las prioridades de acción, así como también la factibilidad de poder realizar mejoras y progreso (en qué tiempo, con qué recursos, con qué respaldo legal y presupuestario, y estrategias para lograr la aceptación y voluntad de actuar por parte de la autoridad sanitaria, política y económica, y de la comunidad. Sólo así se puede favorecer el mejoramiento que se necesita en el SNSS.

También es necesario analizar la diversa y concreta situación de los recursos y desempeño que poseen los diversos Servicios de Salud y sus establecimientos de redes asistenciales, y evaluar como esa situación dispar se relaciona con las diversas necesidades de salud de las personas en las distintas comunas y Servicios de Salud. El SNSS, a todo nivel de gestión y acción, cuenta con excesivos y sofisticados sistemas de información e

indicadores (como las centenas incluidas en la Estrategia Nacional de Salud, o las centenas de indicadores de gestión de los Servicios de Salud), que no tienen correlato con acciones en consecuencia para resolver carencias y limitaciones de desempeño: financiamiento, personal calificado, sistemas de referencia de morbilidad, integración de la red asistencial, capacidad resolutoria en todos los niveles que corresponda.^{4,5}

Se requiere evaluar y monitorear si es que eso no se traduce en distintos grados de inequidad en recurso, desempeño y producción de servicios frente a los diferentes requerimientos asistenciales planteados por las necesidades de los grupos de la población. La Estrategia Nacional de Salud y algunos Programas de Equidad (como el de Ministerio de Salud en 2009) se han concentrado en apoyo a las comunas de mayor pobreza (la equidad no puede reducirse al rol subsidiario y prioritario del Estado frente a la población más pobre, dejando a más del 80% de la población afuera). Es importante contar con mayor evidencia y antecedentes sobre equidad y eficiencia, que implique acciones y medidas concretas y detalladas para resolver paulatinamente el tema de crisis de recurso y desempeño a distinto nivel y áreas geográficas del SNSS.^{4,5}

Sólo analizando el comportamiento de los diversos servicios y redes asistenciales, y su contraste con las diversas necesidades de atención de salud de la población, es posible planificar un mejoramiento y progreso concreto, efectivo y equitativo en el SNSS.

Por ello, es importante evaluar en su globalidad, el modelo sectorial imperante desde los años 80, a la luz de la salud pública integral, y no sólo bajo el predominio de decisiones financieras e indicaciones teórico-administrativas ministeriales, que supeditan la asistencia sanitaria al financiamiento decidido por entidades económicas, en desmedro del foco en la adecuada estructura y desempeño de los servicios asistenciales. Esto último además debe evaluarse en torno a las necesidades de la población y la respuesta factible de los servicios de salud.

También es importante evaluar si los cambios considerados reformas de mediados de la década pasada (como ley de autoridad sanitaria, auto gestión de hospitales, y aplicación progresiva el programa AUGE) han resuelto los problemas pendientes de la reforma original. Los aspectos críticos repetidamente planteados por los trabajadores de la salud y la ciudadanía, obliga a considerar que es necesario evaluar y analizar con más exhaustividad la situación del sistema de salud. Ello para luego realizar las necesarias políticas, planes y readecuaciones que urgentemente se necesitan, en vez de insistir en consolidar y realizar arreglos menores en un modelo neoliberal que definitivamente no parece haber funcionado para el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Referencias

1. Unger JP, De Paepe P, Solimano G. y Arteaga O. Chile's neoliberal health reform: An assessment and a critique. PLoS Medicine [Internet]. 2008 [citado 20 Feb 2010];5(4). Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050079>
2. Laurell AC, Herrera Ronquillo J. La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. Salud Colectiva. 2010;6(2):137-148. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115020002>
3. Miranda E., Descentralización y privatización del sistema de salud chileno. Estudios Públicos N° 39, 1990. CEP Chile, 1990. Disponible en: http://www.cepchile.cl/1_1640/doc/descentralizacion_y_privatizacion_del_sistema_de_salud_chileno.html#.Vg1KCPI_Oko
4. Gattini C., et al. Panorama y tendencias de la salud en Chile. Edición 2013. OCHISAP Escuela de salud Pública FM Universidad de Chile. Disponible en: <http://www.ochisap.cl/images/Panorama%20y%20Tendencias%20de%20la%20Salud%20en%20Chile%20Revision%202013.pdf>

5. Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Ministerio de Salud, 2011. Disponible en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
6. Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría, “La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos”, Documento final, 17 de marzo de 2014
7. Colegio Médico de Chile. “Recurso Humano Médico.Propuestas para potenciar la Salud Pública”. Documento de trabajo, Agosto de 2014. www.
<http://www.colegiomedico.cl/> Acceso el 14.7.2015
8. Colegio Médico de Chile. “Recurso Humano en APS: Formación de profesionales y modelo de salud familiar”. Presentación de Médicos de Atención Primaria, Colegio Médico de Chile en VIII Congreso de salud Municipal, Castro 15-17 de noviembre de 2013. <http://www.colegiomedico.cl/> Acceso el 14.7.2015
9. “Programa de Comunas Vulnerables. Experiencia de Implementación 2009”. Equidad.cl, Ministerio de Salud, febrero de 2010