

La atención médica de las personas: propuestas atrevidas

Medical Care for Persons. Daring Proposals

Dr. Alejandro Goic G.

Palabras clave: *Situación y atención de salud; planificación de acciones sanitarias; Servicio Nacional de Salud; calidad; carrera médica; fortalecimiento sistema público; Isapres; Hospital Docente.*

Cuando se habla de la *situación de salud* de un país —en este caso la de Chile— las opiniones que uno escucha son llamativamente dispares. La razón es que algunos se refieren a los *indicadores globales* que miden la situación de salud colectiva: índices de mortalidad infantil y materna, de morbilidad, expectativas de vida al nacer, etc. y, otros, a la calidad de la *atención médica de las personas*, es decir, aquellas acciones destinadas a la recuperación de la salud. No se trata de una separación artificial de las acciones sanitarias integradas sino que de una distinción necesaria para entender las afirmaciones contradictorias que se emiten sobre la situación de salud de nuestro país.

Los indicadores globales que objetivan la situación de la salud de Chile ofrecen una visión positiva: tenemos la menor mortalidad infantil y materna de los países latinoamericanos, la desnutrición infantil fue superada y nuestros indicadores sanitarios son comparables a los de países desarrollados. Nuestros índices son similares a los de EE.UU pese a la enorme diferencia que existe en términos del gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (7,7% versus 17,1% respectivamente) y el gasto *per capita* de US\$1.204 versus US\$9.146, respectivamente¹. Habría que agregar que si uno observa la actual realidad sanitaria del país a través de los indicadores tradicionales solo tiene a la vista una fotografía del momento lo que no es suficiente si no se considera su evolución en el tiempo y el porqué de su razonablemente satisfactorio nivel actual.

Lo cierto es que los logros sanitarios nacionales no son fortuitos ni obedecen a juegos del mercado; se deben en gran medida a acciones sanitarias planificadas: promoción de la salud, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, así como a programas específicos: control del niño sano y de la embarazada; atención profesional del parto; programas de distribución de leche y alimentación complementaria a los niños; vacunaciones, saneamiento ambiental, formación de recursos humanos, etc. Estas acciones y programas fueron implementados sistemáticamente desde mediados del siglo pasado por el Servicio Nacional de Salud (1952) y se han sostenido en el tiempo. Paralelamente al importante desarrollo económico, educacional y social del país en los últimos 60 años: en 1952, un *per capita* de US\$3.827 versus 23.950 en la actualidad; un 60% de la población en la línea de pobreza versus 14,4 %; un analfabetismo de 23% versus 1,4 %, etc. Hoy día las acciones sanitarias están dirigidas a problemas de salud distintos a los del pasado en razón de cambios del perfil epidemiológico que enfrenta el país: han adquirido mayor relevancia los accidentes cardio y cerebro-vasculares, la obesidad, drogadicción, afecciones mentales, enfermedades crónicas e invalidantes y las precariedades médico-sociales del anciano. En todas estas materias están en curso medidas para enfrentarlas multisectorialmente las que va en la dirección correcta, aunque falta muchísimo por investigar y avanzar.

En contraste notorio con los logros de la salud pública y los nuevos enfoques epidemiológicos en marcha, la atención médica de las personas que enferman es un grave problema médico y social en nuestro país. Según una encuesta de la Universidad Católica Silva Henríquez (2015)² aplicada a usuarios pobres de

1 Goic A. El sistema de salud en Chile: una tarea pendiente. Revista Médica de Chile 2015; 143: 774-786.

2 Yañez, Marcelo. Encuesta de calidad de la atención de salud en el sector público. Universidad Católica Silva Henríquez. Radio. uchile.cl/2013/05/.

la Región Metropolitana, el 75% califica de mala o muy mala la calidad de la atención del sector público; 3 de 4 personas le atribuyen responsabilidad al Ministerio de Salud; de cada 4 entrevistados 3 debieron acudir a un médico particular para resolver su problema de salud. “No me atendieron, se atrasó la hora de atención, el personal médico me trató mal, fueron las principales razones para calificarla negativamente. Además, la mitad de la población opinó que “los trabajadores de la salud sí discriminan entre pacientes”. Sin ánimo de generalizar estos resultados, lo cierto es que reflejan en alguna medida nuestra realidad en atención médica.

Sabido es que la organización de la atención médica de la población es un asunto de gran complejidad por las múltiples aristas que tiene y el alto costo de su implementación y funcionamiento. Advertimos que, comparativamente con países de mayor desarrollo, tenemos un importante déficit de recursos para la atención médica: déficit de profesionales y de especialistas, de infraestructura sanitaria y de camas hospitalarias, de tecnologías de uso clínico, de ambulancias, de medicamentos genéricos, etc. Así, en relación con el promedio de los países del OCDE, Chile dispone de 1,8 médicos x 1000 habitantes versus 3,2 de los países del OCDE; de 4,2 enfermeras x 1000 versus 8,8; de 2,2 camas hospitalarias x 1000 habitantes versus 4,8; 30 % de disponibilidad de medicamentos genéricos en el mercado versus 75 %; 1 ambulancia por 48.108 habitantes versus 1 por 25.000.

Pareciera obvio que estas serias carencias no se resuelven sólo con una deseable buena gestión de recursos -de suyo escasos- sino que, además, a través de investigaciones en salud y una estrategia global, coherente y sostenida de políticas públicas planificadas que permitan ir avanzando progresivamente en el mediano y largo plazo para resolver los innumerables cuellos de botella que tiene la atención médica de las personas. Además, una reforma profunda a la Salud Pública no es tarea de un solo gobierno de 4 años sino que compromete a varios períodos presidenciales. Lo importante es tener clara hoy la meta a alcanzar y las vías de solución a los problemas actuales y prevenir los que se avecinan.

Como médico clínico y académico formado en un Servicio de Medicina ejemplar de un hospital

público me interesé tempranamente por los asuntos de Salud Pública. En las últimas décadas del siglo pasado y en el actual he publicado diversos artículos relativos al problema de salud en Chile, sus éxitos y precariedades. He abordado los fundamentos de una Medicina Social³, un análisis crítico del Servicio Nacional de Salud y una visión comparativo de nuestra realidad en el contexto latinoamericano y los países de la OCDE.^{4,5,6}

En el presente artículo me concentraré en problemas de la atención médica de las personas en conformidad a diversos estudios, la observación y experiencia vivida en hospitales y consultorios. Me referiré a un conjunto de propuestas que podrían implementarse en relativamente breve tiempo y permitiría avanzar a la solución de algunos problemas actuales. Y, al mismo tiempo, ir construyendo un sistema nacional que de satisfacción a las necesidades humanas y de salud de los habitantes.

Estas propuestas -que pueden ser consideradas atrevidas y ciertamente controversiales- identifican algunas deficiencias obvias en atención médica y sugieren medidas destinadas a mejorar y humanizar el acceso a la atención médica de las personas.

PROPUESTAS PARA EL CORTO PLAZO

1. *Implementar en todos los consultorios de atención primaria y consultorios de hospitales un sistema telefónico y/o computacional que permita a los usuarios por esta vía solicitar hora de atención médica. Así, dar término a la vergonzosa práctica que obliga a los pacientes a madrugar para ver si el consultorio dispone de “números” para eventualmente ser atendido. Se trata de instalar un sistema serio y eficiente que, en primer lugar, responda los llamados con prontitud e indique al paciente el día, hora y profesional que puede prestar la atención solicitada. Además, llamar al paciente el día antes de la consulta comprometida con el fin de confirmar su asistencia.*

2. *Implementar una atención médica a domicilio para menores y ancianos.*

Extender a todas las Comunas del país la valiosa iniciativa de la Alcaldía de Maipú “Médicos a domicilio” para atender gratuitamente en sus casas a pacientes ancianos y niños de 5 años o menos en

3 Goic A. Fundamentos médicos de una organización social de la Medicina. En: Desarrollo social y Salud en Chile. Cuadernos Sociales: Corporación de Promoción Universitaria (CPU): Santiago de Chile. 1979.

4 Visión crítica del Servicio Nacional de Salud 1978. Revista MENSAJE. 1978; No. 273: 625-632.

5 En torno a la Medicina Social Chilena. Revista Médica de Chile 1979, 107. 1043-1045.

6 El sistema de salud en Chile: una tarea pendiente. Op. cit.

caso de necesidad⁷.

3. Realizar Talleres sobre Relaciones Humanas

Talleres periódicos y obligatorios a todo el personal de la salud, incluyendo el personal administrativo y de servicios, auxiliares de enfermería y profesionales de la salud con el fin de deliberar sobre los factores que favorecen y los que desfavorecen las relaciones interpersonales. Su objetivo: promover una actitud y conducta amable, respetuosa y acogedora a los afligidos pacientes y evitar vallas burocráticas.

4. Retornar al objetivo original de las Becas Primarias y Secundarias y de Médicos Generales de Zona (MGZ).

- *Planificar los cupos de especialidades* según requerimientos prioritarios del país, especialmente para internistas, pediatras generales, cirujanos generales y neurólogos.

- *Reducir a 3 años la obligación de los Residentes-becarios de servir post beca en el lugar designado por el Ministerio.* En mi opinión, los años de permanencia post-beca en provincias es actualmente exagerado y puede ser una de las razones por las que varios becados eluden su compromiso. Es difícil para un profesional joven que está iniciando su carrera y formando familia comprometer 6 años de su vida en un lugar destinado. Entre otros factores, compromete la eventual posibilidad de obtener becas de perfeccionamiento en centros de excelencia del extranjero que ha sido un factor que explica el excelente nivel de los especialistas chilenos.

- *Establecer normas legales más rigurosas que sancionen a los Residentes Becarios primarios financiados por el Ministerio que no cumplan con el compromiso de ejercer post beca en los lugares que determinen las autoridades de acuerdo a las necesidades del sistema público.*

- *Asegurar a los Médicos Generales de Zona la obtención de becas de especialización (becas de retorno)* en tanto hayan cumplido satisfactoriamente sus tareas durante al menos 3 años y hasta los 5 años en atención de salud en lugares remotos.

- *Proporcionar estipendios de instalación* en sus lugares de destinación a los MGZ y Residentes Becarios.

5. Diseñar estrategias para aumentar progresivamente el número de médicos, odontólogos y demás profesionales de la salud en el sector público.

Nunca como ahora el país ha dispuesto de mayor número de médicos, a lo que hay que sumar los médicos extranjeros que en cantidad creciente han llegado al país y han sido acreditados⁸. Cada

año se gradúan más de 1500 médicos. Se estima que actualmente hay más de 44.000 médicos en Chile (2,39 médicos x 1000 habitantes). Sin embargo, en el sector estatal hay solo alrededor 23.000 facultativos. El año recién pasado aprobaron el examen médico nacional (Eunacom) 1695 médicos extranjeros.

- *Mejorar significativamente los salarios, las condiciones laborales y la tecnología de uso clínico para atraer a los médicos al sector público.* No menos importante, fortalecer en su etapa formativa en las Escuelas de medicina su formación valórica y su espíritu de servicio público.

- *Ampliar los cupos de becas primarias y de retorno y del generalato de zona.*

Bien entendido su respectivo propósito, las Becas Primarias y de Retorno y el Generalato de Zona son poderosas herramientas para distribuir geográficamente a médicos generales y especialistas en los lugares que el país necesita. Cuesta entender que no se disponga de los especialistas que demanda la población dada la antigüedad de estos programas y que nunca como ahora se ha dispuesto de un mayor número de médicos cursando programas de especialización. Por ejemplo, en el 2015 ingresaron al sistema de formación 1128 profesionales, lo que significa que en agosto de este año estarían disponibles más de un millar de especialistas para ser destinados por el Ministerio si todos cumplieran su compromiso. Este año se ofrecieron 662 cupos para MGZ y 606 para becas de especialización. La disponibilidad de becas debiera ampliarse progresivamente y endurecer las sanciones a quienes irresponsablemente no cumplen sus compromisos.

6. Incorporar incentivos en la carrera funcionaria del personal de salud del sector público.

- No sólo incentivos económicos sino que también aquellos que estimulen la dedicación, la tarea bien realizada, el perfeccionamiento y el reconocimiento al desempeño meritario. Para progresar en la carrera funcionaria no debería bastar los años de servicio sino que, además, establecer un ordenamiento jerárquico del personal con denominaciones que visibilicen simbólicamente su respectiva jerarquía.

7. Fortalecer los Consejos Técnicos Hospitalarios.

Establecer un funcionamiento periódico de los Consejos Técnicos hospitalarios con la Dirección del Hospital y los Jefes de los Servicios clínicos y de apoyo e incorporar representantes de

7 "Médicos a domicilio". <http://www.municipalidadmaipu.cl/maipu-aprobo-iniciativa-medico-a-domicilio-que-atendera-gratis-a-los-vecinos-sin-distincion-social>

8 Castillo, Luis. Diario La Tercera 04 de diciembre, 2017.

organizaciones representativas de la respectiva comunidad local.

8. *Ampliar el listado de medicamentos genéricos.*

Incrementar significativamente la disponibilidad de medicamentos genéricos a disposición de la población y acelerar los estudios de bio-equivalentes, implementando políticas públicas y estrategias que trasciendan los intereses económicos y abusos de grandes empresas farmacéuticas. En este sentido, las “Farmacias Populares Comunes” para reducir el costo de los medicamentos es una iniciativa innovadora, inteligente y digna de aplauso.

Chile fue el primer país en el mundo en establecer un listado de medicamentos genéricos en la década de los años 60 del siglo pasado y desde entonces ha tenido un laborioso camino. Comparativamente con los países del OCDE la disponibilidad de estos medicamentos en Chile es muy baja: 30 % del mercado versus 75% en promedio de los países desarrollados.

9. *Evaluar los Servicios de Urgencias del sector público.*

- *Revisar a fondo la situación actual de la atención de urgencias*, su estructura, recursos humanos, tecnológicos y financieros; su funcionamiento, disponibilidad de camas, su organización jerárquica, los requisitos de ingreso de profesionales a esta delicada actividad médica y el tiempo de respuesta de las ambulancias a los llamados de urgencia.

Es impresentable que los enfermos que concurren a estos servicios sean atendidos en algunos de ellos 2, 4 u 8 horas después de concurrir. Me parece un atentado de humanidad y a la inteligencia humana, una contradicción monumental con la etimología y significado del término “urgencias” (latín *urgens, urgentis*: que significa apremia, que provoca apresuramiento). Una urgencia es algo que debe resolverse de forma inmediata, define el diccionario.

- *Nombrar un Supervisor de los Servicios de Urgencia.*

Un médico experimentado que tenga la capacidad y autoridad para evaluar y controlar el funcionamiento y la calidad de la asistencia de las urgencias médico-quirúrgicas, informe y proponga a la autoridad superior las medidas para mejorarla sustantivamente. Todos los Servicios de Urgencia deberían ser sometidos a acreditación.

10. *Fortalecer la Relación docente-asistencial.*

- *Definir lo que se entiende por Hospital Docente*, aquellos en los cuales se realiza sistemáticamente enseñanza superior y establecer con claridad los deberes y derechos de las Escuelas de Medicina y del servicio de salud correspondiente.

- *Fortalecer la Comisión Docente Asistencial de Salud*

con participación del Ministerio y representantes de ASOFAMECH, CONACEM, del Colegio Médico y fijar una agenda de reuniones periódicas.

11. *Establecer incentivos para que los Profesores Titulares universitarios postulen a las jefaturas de los Servicios Clínicos en los Hospitales Docentes.*

El *Jefe de un Servicio Clínico* es una figura clave y responsable directo para asegurar una atención de calidad. El mejor período de atención médica en los hospitales públicos docentes ocurrió cuando los Catedráticos universitarios fueron a la vez Jefes de Cátedras y de los Servicios Clínicos.

12. *Incrementar el número de hospitales generales de adultos y niños y de camas hospitalarias.*

El déficit de camas hospitalarias en el país es evidente y preocupante: Chile dispone de menos de la mitad de camas que el promedio de los países del OCDE. En los últimos años se ha estado haciendo un esfuerzo importante en la construcción de nuevos y modernos hospitales dotados de la tecnología adecuada; sin embargo, no se trata sólo de aumentar el número de Hospitales Generales de Adultos y Niños sino que de aumentar el número de camas y su relación con el volumen de la población que atienden. Esto es particularmente crítico en el caso de las grandes ciudades en las que se debiera planificar la construcción de hospitales en función del volumen de población.

13. *Modificaciones institucionales.*

- *Restituir un Servicio Nacional de Salud (SNS)* como un organismo público de administración autónoma y presupuesto propio y recrear los Departamentos de Fomento de la salud, Prevención de enfermedades, Recuperación de la salud y Rehabilitación con sus respectivas jefaturas técnicas.

- *Elección de un Director General de Salud nombrado por el Gobierno con aprobación del Senado de la República.*

- *Recreación del Consejo Nacional de Salud* presidido por el Ministro del ramo, con la participación de representantes de los organismos políticos, sociales, educacionales, gremiales y sindicales como una instancia de discusión de los problemas y políticas de salud del sector público.

- *Nombramiento de Directores Regionales de Salud* responsables de la atención de salud en sus respectivas regiones nombrados por el Consejo Nacional de Salud a proposición del Director General. Estas propuestas tienen como propósito favorecer el carácter técnico y de gestión de los asuntos sanitarios y la idoneidad de sus directivos, minimizando la influencia político partidista o de otro orden en la nominación de las autoridades de salud.

14. *Negación de Socorro Sanitario.*

Dictar una ley que sancione la negación de socorro sanitario y que, en caso de que signifique la agravación de un enfermo o su fallecimiento, sea perseguida penalmente la responsabilidad individual o colectiva⁹.

- Tal ley debería ser extensiva a la negación de entrega oportuna a los familiares de los fallecidos sometidos a autopsia médico legal.

15. Iniciar una reforma del sistema ISAPRES eliminando mediante ley de la República las llamadas pre-existencias y toda regulación que sea discriminadora en función del sexo, edad, condición o enfermedad que afecte a sus usuarios.

16. Disponer que los médicos involucrados en la administración de salud deban trabajar un mes cada año en atención primaria para comprobar en terreno las falencias en la atención médica y no olvidar que la tarea primordial de los médicos es cuidar de los enfermos.

PERSPECTIVA

En último término, el mediano y largo plazo no es más que la suma de varios cortos plazos sucesivos. La solución de los problemas de corto plazo -menos complejos y de menor costo- es lo que permite ir avanzando hacia la meta deseada más compleja y costosa. Para ello hay que tener claridad sobre el propósito que se quiere alcanzar y planificar los pasos a seguir, fijando objetivos, prioridades, plazos y financiamiento. Para determinar metas en cada etapa disponemos como punto de referencia los indicadores promedio de los países desarrollados del OCDE que ilustran nuestros déficits.

Si se desea alcanzar un sistema de salud de cobertura universal se requiere de varios requisitos: primero, que la sociedad chilena y sus gobernantes otorguen a la salud la prioridad y relevancia que tiene para sus habitantes y actúen en consecuencia; segundo, que sea un sistema solidario que disipe el temor a enfermar de los chilenos por las graves consecuencias personales, familiares y económicas que significa¹⁰; tercero, que se planifique y se pongan en marcha y aceleren desde ya las políticas públicas y las acciones y programas destinadas a ir superando nuestras precariedades actuales; que se deriven recursos de leyes reservadas y se redistribuyan recursos del presupuesto nacional actual en beneficio del sector salud. Junto con ello que el país tenga un crecimiento

económico y una prosperidad social sustentable que haga posible financiar el sistema público de salud.

Finalmente y no menos importante, promover un cambio cultural que considere al sistema de salud como la expresión de una sociedad moderna, equitativa, cultural y socialmente avanzada. Debo constatar que, sin perjuicio de lo anterior, en todo país democrático los profesionales de la salud pueden ejercer libremente la profesión.

Es crítico acelerar la modernización progresiva del Sistema Público de Salud y su fortalecimiento en infraestructura hospitalaria y consultorios, tecnologías diagnósticas y terapéuticas de uso clínico, recursos humanos, gestión, capacitación técnica y humana del personal y salarios acordes con la importancia social de la atención de salud. Junto con ello, ir construyendo paso a paso una cobertura de salud para todos los habitantes del país con acceso oportuno y de calidad a todas las acciones sanitarias.

Un Fondo Central podría proveer el financiamiento de un sistema público nacional de salud con los aportes obligatorios y solidarios de los contribuyentes, tanto dependientes como independientes, y del Estado.

Además, es indispensable reformular el sistema de ISAPRES como entidades aseguradoras privadas financiadas por los adherentes al sistema, independientemente de la contribución financiera universal obligatoria que deben hacer al sistema público.

Es factible que en materias específicas el sistema público pueda establecer convenios con entidades privadas de salud sin fines de lucro que ayuden a sus tareas como, por ejemplo, en rehabilitación de discapacitados.

No es posible eludir un aumento progresivo y significativo de los salarios del personal y profesionales del sector público para hacerlos atraentes y competitivos, en conformidad con la importancia de su servicio a la comunidad.

Para enfrentar las complejas y costosas acciones médico-sociales que significa el envejecimiento creciente de nuestra población en razón del aumento de las expectativas de vida al nacer, es perentorio elaborar oportunamente estrategias y diseñar políticas públicas y programas específicos.

Todo lo anterior implica incrementar paulatinamente el gasto público en salud en función de modificaciones presupuestarias y del crecimiento económico y prosperidad del país.

⁹ Goic A. Negación de socorro sanitario. Artículo de opinión. Diario El Mercurio 13 de noviembre, 2009.

¹⁰ Goic A. Miedo a enfermar. Carta al Editor Diario El Mercurio. 23 de mayo, 2015

CONCLUSIÓN

La obligación de los Gobiernos -en razón del bien común- es atender y financiar las necesidades de salud de toda la población sin discriminación por condición social, económica o de otra naturaleza. De esta manera las personas se sentirán resguardadas en caso de enfermedad o accidentes y se disipará el miedo a enfermar que se nutre de la angustia que provoca la enfermedad y la zozobra económica que conlleva.

Los numerosos problemas de la atención médica de las personas –al igual que toda necesidad social compleja y económicamente costosa- no es posible resolverlos en un breve período de tiempo. Tampoco son factibles de inmediato cambios radicales del sistema de salud actual so pena de crear una situación social crítica. Sin embargo, si se tiene claridad en el objetivo a lograr en el largo plazo es posible resolver en plazos breves varias de las insuficiencias e inequidades que muestra hoy nuestro actual sistema mixto de salud.

De lo que en último término se trata es de lograr un sistema nacional de salud que establezca una relación virtuosa con la población, que sea a su vez moderno, eficiente y eficaz y resguarde la dignidad y el respeto que se debe a las personas.