

UNA SALUD PÚBLICA CHILENA POST CRISIS.

Verónica Pinilla, directora del área de modernización del Estado,
Fundación Chile 21.



“La crisis sanitaria ha puesto con evidencia la necesidad de contar con un sistema de salud pública que dé respuesta a las crecientes necesidades sanitarias del país. Es obvio que la crisis nos saca de la normalidad, y que en este contexto es difícil hacer comparaciones entre periodos normales, y periodos extraordinarios o de crisis, como

los que estamos viviendo. Sin embargo, también es cierto que nuestro sistema de salud venía presentando síntomas de agotamiento que vinieron a demostrar con más fuerza los errores que se han cometido al no invertir en tiempo y forma en un sistema de salud público eficiente y eficaz. Estos errores deben ser enfrentados con la mayor celeridad posible.”

No hay duda que estamos frente a un desafío nacional y planetario. Millones de personas alrededor del mundo están enfrentando la mayor crisis sanitaria de las últimas décadas, develando la fragilidad del ecosistema humano y de las propias instituciones, para lograr resolver esta crisis de la mejor manera posible. Son muchas las interrogantes que se abren en este escenario, no solo sobre el comportamiento del virus, sino sobre el comportamiento del sistema público, y sus efectos sobre el manejo de la crisis, y en especial sobre las capacidades que el Estado puede y debe desplegar para intentar resolver de mejor manera las brechas sanitarias, económicas y sociales que quedarán al descubierto. La pregunta que se levanta es sobre el tipo de estado que se requiere en este contexto ¿Cómo debemos transitar, de un estado como el que

teníamos en octubre del 2019, a uno que se haga cargo de las grandes necesidades sanitarias de un país post crisis? Aquí desarrollo un par de puntos que me parecen relevantes priorizar.

La crisis sanitaria ha puesto con evidencia la necesidad de contar con un sistema de salud pública que dé respuesta a las crecientes necesidades sanitarias del país. Es obvio que la crisis nos saca de la normalidad, y que en este contexto es difícil hacer comparaciones entre periodos normales, y períodos extraordinarios o de crisis, como los que estamos viviendo. Sin embargo, también es cierto que nuestro sistema de salud venía presentando síntomas de agotamiento que vinieron a demostrar con más fuerza los errores que se han cometido al no invertir en tiempo y forma en un sistema de salud público eficiente y eficaz. Estos errores deben ser enfrentados con la mayor celeridad posible.

Uno de estos síntomas tiene relación con la existencia de la deuda sanitaria, o listas de espera, en el sistema de salud, que esfuerzos más o esfuerzos menos, se ha mantenido vigente, y creciendo, pese a los esfuerzos de los diversos gobiernos, de los últimos 20 años. Las listas de espera han sido entendidas como severos “problemas públicos”, bajo la mirada de los académicos o expertos (mirar Subirtas o Villanueva). Aunque los orígenes de las listas de espera son multicausales, es posible relacionar este problema público con la ineficiencia del sistema público, con la mala identificación del costo real de los procedimientos sanitarios, o de la definición de precios bases de los procedimientos que están por debajo de lo real. En todos los casos mencionados, lo cierto es que existen miles de ciudadanos esperando alguna atención sanitaria programada o algún procedimiento. Con la llegada del Covid19, sus probabilidades de ser atendidos pronto se alejan inexorablemente hacia un futuro incierto.

Una gran disyuntiva que se abre con esta crisis sanitaria es el aumento sustantivo, y preocupante, de esta ya instalada deuda sanitaria que mantiene hoy el sistema de salud pública, y que en luego del 2020 se verá aumentada y potenciada. Lo anterior, se entiende por la cancelación y postergación de procedimientos que estaban agendados en los diversos hospitales públicos, y debido a la crisis actual serán reprogramados. No es posible definir cuándo y cómo esta deuda sanitaria será tratada y gestionada luego de pasada la crisis sanitaria, pero lo cierto es que los procedimientos sanitarios agendados para el año 2020 tendrán que ser distribuidos en entre los años 2021 y 2022, afectando a otros que pasarán a estar en listas. En otras palabras, el sistema de salud público tendrá que enfrentar una de sus mayores crisis sanitarias, no la del Covid19, sino la de una ciudadanía, casi 15 millones de personas, que verán afectadas sus vidas al no poder recibir un servicio de salud en forma oportuna. Este problema público lo podremos evidenciar en la salud primaria, en la secundaria y terciaria, y en todas las especializaciones.

Esto se acrecienta por el hecho en medio de esta crisis sanitaria no se pueden desviar recursos ni esfuerzos públicos humanos a nada más que no sea a casos de urgencia, o el manejo del Covid19. Parecería raro, de todas formas, que alguien fuera convocado a ser tratado por algún hospital público, teniendo en consideración que las probabilidades de contagio dentro de los recintos hospitalarios son mucho mayores. Aun más, sería altamente criticado que pacientes sean atendidos mientras que en los mismos hospitales se están asistiendo a decenas de

contagiados con el virus. Por esta misma razón, la autoridad deberá ser capaz de buscar soluciones innovadoras y apropiadas para enfrentar la deuda sanitaria lo antes posible.

Mucho se hablará de la necesidad de aumentar la inversión pública en salud. La crisis sanitaria actual ha tensionado al sistema de tal manera que ha generado apurar la obtención de camas y que éstas estén disponibles para Covid-19. Esta decisión es bienvenida, toda vez que esta inversión sea permanente en el tiempo y estas queden liberadas para el uso público en el sistema nacional de salud, con la idea de responder con el sinnúmero de requerimientos ciudadanos, y que nos permita acercarnos a los indicadores internacionales en esta materia. Uno de ellos es el acceso a camas en el sistema de salud, teniendo Chile un promedio de 2,1 camas por mil habitantes, en comparación con el promedio de la OECD de 4,7. En el caso de los profesionales de la salud, Chile cuenta con un promedio de 2,1 enfermero/as por mil habitantes, siendo el promedio de la OECD de 9 por mil habitantes; y en el caso de médicos, su acceso es aún más limitado ya que Chile enfrenta números discretos. Esto es de 2,1 médicos por mil habitantes, en comparación con los 4,1 de la OECD. Esto refleja la necesidad de seguir invirtiendo tanto dentro como fuera del sistema de salud. Al ir cerrando la brecha estaremos acercándonos a condiciones que pueden garantizar una mejor salud, lo que permitirá enfrentar la deuda sanitaria de manera más eficiente.

Las variables no sanitarias son elementos que no se pueden dejar de considerar en el sistema de salud chileno. Poco a poco los países han ido incluyendo otros determinantes en el entendimiento de una salud integral, como es el caso de las condiciones socio-económicas, el acceso a educación preventiva, el conocimiento de los efectos del tabaquismo, alcohol y el sedentarismo en la vida de las personas, así como la contaminación y el cuidado del medio ambiente. Hago especial mención a la prevención como fórmula para modificar los hábitos de la población y hacerlos más saludables, con la idea de ser eficientes en el uso de los recursos públicos y extender la esperanza de vida de la población.

La gestión de riesgo es un fenómeno que es preciso incorporar en los estudios de salud pública en Chile. En este respecto, conocer los grados de riesgo de la población respecto de su salud es un esfuerzo público que vale la pena iniciar. Esta información requiere del análisis exhaustivo de datos y una data que permita obtener más información del quehacer permanente de la población y de sus condicionantes de salud. Para eso se requiere, data que esté disponible en datos abiertos para el uso de las universidades, centros de estudios y de pensamiento, que permitan obtener un conocimiento adecuado de la forma como es posible mejorar la calidad de vida de la población, y en el caso de las políticas públicas, lograr diseñar e implementar políticas que sean altamente eficaces y eficientes en el uso de los recursos públicos. De una vez por todas debemos hacer mucho más con los recursos que tenemos y eso requiere una gran inversión en diagnósticos acabados y análisis multifactoriales, los datos sin duda aportan a ese objetivo.

Los gastos en servicios de salud de las familias chilenas han ido creciendo en el tiempo. Estamos hablando que las familias chilenas gastan mas de sus bolsillos para medicamentos y atenciones médicas del promedio de familias de la OECD, afectando esta situación a las familias mas vulnerables. Esta situación se relaciona en forma directa con la existencia de la deuda sanitaria

que obliga a las familias a buscar soluciones privadas en el ámbito de la salud, y al excesivo precio de los medicamentos. En este sentido, es preciso que se tomen medidas desde el sistema público que apunte a paliar este gran problema, los que deberían estar asociados, a lo menos, a tres puntos fundamentales: a) reducir las listas de espera; b) regular precios de medicamentos, en función de cierta priorización consensuada y con la idea que los laboratorios tengan bandas de precios, y c) que los planes de salud cubran los costos de medicamentos. De esto se ha debatido bastante y se ha legislado, sin embargo, es preciso que en este debate participen activamente todos los actores involucrados en este problema público: Pacientes, FONASA, isapres y los propios laboratorios.

Respecto al sistema de salud de Chile, me quiero detener en algunos puntos del Fondo Nacional de Salud, FONASA, y su capacidad de enfrentar los retos del futuro post crisis. Se han analizado con regularidad las falencias que tiene el FONASA en Chile, y las restricciones que esta institución ha manejado durante años y que lo ha debilitado en su rol de ser un asegurador público de las prestaciones de salud. Primero, es un servicio altamente demandado por la población, con más de 14 millones de beneficiarios, que tiene como función acercar y asegurar que todas las atenciones de salud sean garantizadas. Segundo, es un servicio que debe asegurar no solo el acceso, sino que además la calidad en la atención que permitirá que los beneficiarios puedan percibir un servicio que da tranquilidad, que muestre cercanía, con capacidad de dar respuestas oportunas a las necesidades sanitarias. Tercero, debe ser un fiel reflejo de un estado protector, en el sentido de que tome decisiones no discrecionales, independiente del gobierno de turno. Sin embargo, vemos que, pese a los esfuerzos de sus altos directivos, y al compromiso de los funcionarios públicos, este servicio tiene mucho por hacer aún, y sus reformas deben ir destinadas a resolver algunos problemas centrales, que paso a señalar.

El actual FONASA cuenta poca capacidad de fiscalizar los servicios entregados en la atención primaria. Los sistemas de atención primaria están bajo la gestión de los municipios o de las corporaciones de salud locales, siendo el gobierno local el responsable de su gestión y de los resultados que se obtienen. Pese a que hay mayores niveles de coordinación que en el pasado, y se han hecho esfuerzos por mejorar este vínculo, FONASA no tiene la injerencia administrativa ni territorial de lograr fiscalizar el uso de los recursos ni la calidad de la atención de salud, siendo difícil en estos casos asegurar que las derivaciones del sistema sanitario primario terminen exitosamente en procedimientos centralizados, lo cual genera dificultades el tener que coordinar mundos opuestos, lo local y lo nacional. A lo anterior se suma las diferencias propias de las capacidades de los municipios, aquellos que cuentan con recursos para ser inyectados en el sistema primario de salud en su territorio, y aquellos que solo dependen de los recursos centrales para funcionar, generando desigualdades que pueden ser pagados con la vida de la población.

FONASA no cuenta con la capacidad de gestionar y coordinar los recursos de salud de manera integral. Si bien existen voluntades para que las coordinaciones entre Fonasa y redes asistenciales se den, es cierto que estas coordinaciones dependen íntegramente de las voluntades políticas de los ministros de la cartera. En estricto rigor, el presupuesto de salud de la Subsecretaría de Redes Asistenciales podría diseñarse y ejecutarse sin tomar en consideración las necesidades que tienen los beneficiarios de FONASA, por lo tanto, podría ser tremendamente ineficiente a la hora de

priorizar necesidades en inversiones de infraestructura, tecnología, aumento del gasto en campañas sanitarias específicas. Con esto no quiero decir que no se realicen coordinaciones, pero si insisto en que este es un tema central en el sistema de salud, y lo más importante, desviando el rol fundamental de Fonasa hacia otros servicios públicos que deberían ser repensados a la luz de las necesidades actuales y futuras.

FONASA no tiene capacidad de asegurar planes de salud explícitos. Dado que el presupuesto es aprobado por Hacienda, y esto depende del nivel de negociación que los sectorialistas de DIPRES y el Director/a de FONASA tienen anualmente para discutir el presupuesto de este servicio, sus resultados son variables y por lo tanto obligan a la institución a preocuparse de hacer lo mismo con menos o de lograr hacer más con lo mismo, de acuerdo como venga la mano del Estado. Lo anterior, significa que no existen planes explícitos de salud que sean conocidos por los beneficiarios de FONASA y entregados como garantías, y estos beneficios varían de acuerdo al presupuesto asignado. Si nosotros les preguntamos a los beneficiarios cuáles son las garantías que tienen bajo los servicios de FONASA, probablemente sus respuestas nos sorprenderían a todos. En este sentido, FONASA debe asegurar las mismas garantías de salud, independiente el tipo de beneficiario, el lugar donde reside, o el período cuando éste es atendido. En complemento, las discusiones sobre los planes universales de salud han ido creciendo y favorablemente este debate ha tomado, en períodos, las agendas políticas. Sin embargo, antes de discutir sobre el plan universal de salud, con opción de entrega de servicios tanto del mundo público y/o privado, es preciso que FONASA cuente con una condición que lo posicione de manera más estratégica en el sistema de salud.

FONASA no hace prevención en salud. Dado los recursos existentes, y el rol histórico asignado al sistema de salud en Chile, es posible afirmar que son pocos o nada las instituciones que en Chile se preocupan de invertir en educación para la prevención de la salud, motivando a la población a obtener mejores hábitos en su día a día. Aunque pareciera ser relativamente fácil lograr algunos programas de prevención, y de hecho vemos que estas funciones son cubiertas por el sistema privado y exclusivamente destinado a sus beneficiarios, no existen esfuerzos serios y constantes en el sistema público nacional, que permitan, primero, lograr entender los hábitos de vida de la población chilena que afectan su condición de salud, y segundo, que acciones concretas se deben desarrollar para que la población viva una vida más saludable y que el Estado ahorre recursos públicos debido a esta acción. En países desarrollados la inversión en salud ha sido sustantivamente modificada, y las curvas de gasto público se han movido hacia acciones preventivas y de cambios en el comportamiento personal y familiar, logrando reducir los abultados presupuestos sanitarios. Esta acción debe tomarse con responsabilidad, y no hay duda que es FONASA que, al conocer el diagnóstico de la salud chilena, debe invertir tiempo y recursos para desarrollar programas específicos orientados a esta función, que lleguen a todos los rincones del país.

FONASA no cuenta con ningún órgano corporativo que ayude a analizar y tomar mejores decisiones para asegurar salud. Al día de hoy, FONASA es una institución unipersonal, que es liderada por un director/a elegido por alta dirección pública, y que se mantiene en el cargo mientras cuente con la confianza del presidente de la República. Aunque con casos

excepcionales, hasta antes del 2016 era muy poco usual que este cargo fuera ocupado por un profesional que no contara, además, con la anuencia del Ministro de Salud. Lo anterior, porque la función de FONASA siempre se ha mezclado con la función de prestación de salud, siendo extremadamente difícil separa este rol del de asegurador de salud. En este sentido, se percibe como difícil que FONASA levantara la voz en contra de la mala gestión o calidad de algún prestador, cuando éste último dependía finalmente de quien lo eligió para ocupar el cargo. Esto debe cambiar, y para contar con una instancia que sea un real asegurador de salud, se necesita una separación entre estas funciones mencionadas, y que FONASA cuente con un órgano corporativo que le de más fuerza a la hora de tener que cumplir con sus funciones. Se ha planteado la idea que FONASA cuente con un órgano corporativo, compuesto por diversos representantes altamente calificados, con capacidad técnica que permitan darle más espaldas a esta institución. Opciones de conformación del órgano corporativo existen varias, incluidos; técnicos calificados, representantes de las asociaciones de pacientes (como el caso de Corea del Sur), representantes de los funcionarios de la salud, ex directores de FONASA, ex Rectores o Decanos/as de Facultades de Medicina, entre otros.

FONASA debe tener capacidad de seleccionar a los prestadores de salud. Esto es crucial, porque FONASA dado su poder de pago, puede y debe influir en la calidad de las redes de prestadores, que en general es el Sistema Nacional del Servicio de Salud, y en prestadores privados cuando los precios se asemejan y cuando el sistema público no puede cubrir con las necesidades en el territorio. Este mandato será aún más relevante en el período de post crisis, porque dado que el sistema de salud estará fuertemente demandado, será una alternativa ir a los prestadores privados. Si esto será el caso, es preciso que la política de precio sea públicamente conocida, y que esto vaya en la línea de lograr reducir el problema que motivó el inicio de este documento, y que es la deuda sanitaria que tendremos que enfrentar. De este modo, así como el Estado ha asumido el control sobre la oferta privada de salud en esta crisis, sería estratégicamente necesario pensar hoy quienes, y en qué condiciones, serán convocados a resolver esta alta demanda, dando garantías de calidad en la atención de salud a una población que querrá ponerse al día en sus requerimientos de atención. Menuda tarea que tenemos por delante.