

## ALGUNAS IDEAS PARA CONTRIBUIR A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN CHILE

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 4, 1993/ 14-17

*Drs. Juan Giacconi, Vicente Valdivieso  
y Ernesto Guiraldes.  
Facultad de Medicina de la Pontificia  
Universidad Católica de Chile*

En 1952 inició sus funciones el Servicio Nacional de Salud. Para su época, este sistema estatal, centralizado y de cobertura teóricamente universal, fue, sin duda alguna, avanzado e innovador y, en muchos aspectos, exitoso. Las facultades de medicina respondieron en forma adecuada a los requerimientos del SNS, centrando sus esfuerzos en la formación de un médico general con capacidad para resolver, aún en lugares apartados y con medios rudimentarios, los problemas de salud más comunes de la población. El sistema de Médicos Generales de Zona, complementado con los programas de especialización a través de becas primarias o de retorno, permitían con razonable seguridad una carrera funcionaria digna para la mayoría de los egresados.

En los últimos 40 años, la realidad de salud de Chile se ha modificado profundamente. El país ha experimentado cambios demográficos, que han modificado las características de la población y de sus enfermedades. Alrededor de 1952, el 42% de los habitantes vivían en el área rural; los menores de 15 años constituían más del 50% de la población y los mayores de 60 años alrededor del 3%; la natalidad era de 40 por 1.000, la mortalidad infantil de 150 por 1.000 nacidos vivos y la expectativa de vida de sólo 54 años. Los mismos parámetros muestran en la actualidad una realidad totalmente diferente: sólo el 15% de los chilenos habitan en el campo; la proporción de menores de 15 años ha caído a un 30% mientras que la de mayores de 60 años ha aumentado a un 8%; la natalidad es de sólo 22 por 1.000, la mortalidad infantil de 14 por 1.000 nacidos vivos y la expectativa de vida ha subido a 72,5 años.

Los cambios señalados indican que la población del país se encuentra envejeciendo. Además, debido a la migración a las ciudades, al rápido progreso de

las comunicaciones, la mejoría en los índices de escolaridad y al aumento del ingreso per-capita, se trata de una población más informada, más consciente de sus problemas y, en consecuencia, mucho más exigente en materias de salud.

En paralelo con los cambios demográficos señalados, asistimos a una profunda modificación del perfil de la patología. La mortalidad por enfermedades infecciosas ha caído; en cambio, van en aumento las enfermedades crónicas y los accidentes como principales causas de muerte y en especial, de morbilidad crónica y de invalidez. Estos últimos aspectos han pasado a tener una repercusión económica y social cada vez mayor. De hecho el principal problema que enfrentará la medicina del próximo siglo será el de la prevención y manejo de las enfermedades crónicas del adulto. En consecuencia, nuestra mayor necesidad es la de adaptar las estructuras, la organización asistencial y muy especialmente la educación médica a esta nueva realidad.

En los últimos años el Ministerio de Salud ha realizado múltiples estudios para precisar la situación actual e introducir las reformas necesarias en las organizaciones asistenciales. Sin duda, la más importante de estas iniciativas es el Proyecto Minsal-Banco Mundial, que completó su etapa de diagnóstico y se encuentra en las fases iniciales de su implementación física. Los principales problemas detectados por este proyecto en el sistema de salud fueron los siguientes (1):

1.- El sistema de salud vigente es inadecuado para el actual perfil epidemiológico: No responde con eficiencia a las patologías responsables de las causas de muerte más frecuentes como son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes. En los últimos años se han hecho impor-

tantes esfuerzos en el nivel primario de atención; pero los desafíos planteados por el cuidado de la salud del adulto y sus enfermedades crónicas obligan a resolver la enorme crisis existente en los niveles secundario y terciario. La falta de inversión en estos niveles los ha hecho incapaces para absorber la demanda proveniente de un nivel primario cuya capacidad resolutoria es también deficiente.

2.- Prolongada restricción financiera del sector público de la Salud: La tendencia al menor gasto en salud comenzó a producirse en la década de las setenta, pero se agudizó en la década de los 80, cuando el gasto fiscal en este campo cayó de un 1,4% a sólo un 0,8% del producto geográfico bruto.

3.- Insuficiente capacidad de gestión: En esto influye la obsolescencia de los sistemas administrativos y de asignación de recursos, los que no disponen de sistemas modernos de información computarizada. Además, el manejo del sector es entrabado por la enorme rigidez del marco administrativo en que se desenvuelve. Tampoco existen sistemas de cálculo de costo de las prestaciones y hay serios problemas en los procedimientos de recuperación de costos.

4.- Desarrollo inorgánico de los sistemas de Salud: Manifestado en la escasa complementación entre los subsectores público y privado.

A este resumen del diagnóstico ministerial nos parece necesario agregar la rigidez y estancamiento de la formación universitaria en las carreras del área de la Salud y, en particular, en la educación de los médicos. En efecto, la estructura curricular de las escuelas de medicina –muy semejante en todas las facultades– sigue orientada a la formación de un médico general con características que han variado poco respecto a las que se pretendía en 1952. La preparación actual de los médicos es, sin duda, inadecuada para enfrentar la realidad demográfica y epidemiológica del presente y del futuro. A pesar del enorme desarrollo del conocimiento de la biología moderna, la enseñanza básica sigue confiada principalmente a la memoria de los estudiantes; por otra parte, la enseñanza clínica continúa centrada en el manejo de la enfermedad más que el cuidado de la salud y en el enfermo hospitalizado, que representa situaciones extremas o terminales de alto costo, más que en el enfermo ambulatorio, al que habría que tratar preventivamente y educar.

Las proposiciones que siguen se refieren a las reformas que nos parecen necesarias, tanto en la organización asistencial y administrativa del siste-

ma público de la Salud como en la educación médica de pre y post-gradó. Pensamos que ambas reformas son igualmente indispensables para una modificación real y profunda de los sistemas de salud del país.

## I. PROPOSICIONES PARA LA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA SALUD

### A. Criterios generales

1.- Descentralización administrativa de los Consultorios, Centros de Referencia de Salud (CRS)<sup>1</sup> y Hospitales de nivel secundario y terciario agrupándolos en sociedades autónomas de acuerdo a su ubicación geográfica y a las características de la población que sirven.

2.- Mantenimiento y refuerzo del control normativo del Ministerio de Salud, incluyendo auditorías periódicas.

3.- Intercomunicación expedita y eficaz entre los niveles de atención, incluyendo criterios generales para la derivación de pacientes mediante solicitud y respuesta de interconsultas.

4.- Adquisición de exámenes y de procedimientos de diagnóstico y tratamiento a proveedores públicos o privados.

5.- Preservación de la mayor libertad de elección posible para el usuario dentro de cada nivel de atención.

6.- Educación del paciente y de su grupo familiar en todos los niveles de atención, y en especial en el nivel secundario, dentro de programas organizados por grupos de patologías, de modo de lograr la participación activa y racional del paciente y su familia en los procesos de diagnóstico, tratamiento y prevención.

7.- Racionalización del uso de exámenes y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, incluyendo:

a) La pertinencia de su uso, la que deberá ser estudiada por expertos de las escuelas de medicina y de las sociedades científicas mediante proyectos de investigación operacional financiados por un fondo diseñado para ese objeto.

b) El control de calidad periódico de los servicios ofrecidos.

8.- Elaboración de un "Plan Básico de Salud", de aplicación nacional, que garantice cobertura universal, accesibilidad, equidad y un trato digno.

1. Centro de Referencia de Salud (CRS): En la definición del Ministerio de Salud, "es un Centro Ambulatorio de Mediana Complejidad destinado a la atención de pacientes con equipos de especialistas más cercanos a la población"... Se construirán cinco de estos Centros en la Región Metropolitana dentro de los próximos 2-3 años.

Este plan básico:

- Deberá ser estudiado por una Comisión Nacional permanente, en la que participen representantes de los diferentes sectores interesados incluyendo al Colegio Médico, las facultades de medicina y las sociedades científicas;
- Deberá señalar explícitamente las prestaciones que incluya;
- Sus características generales y las modalidades de su financiamiento deberán ser aprobadas por ley y sus modificaciones periódicas por decreto supremo.

### **B. Nivel Primario de Atención**

1.- Se propone que los consultorios se mantengan descentralizados de los hospitales de nivel terciario y, en cambio, se vinculen estrechamente al nivel secundario ambulatorio (CRS).

2.- Esta vinculación se realizará mediante medios modernos de comunicaciones que garanticen:

a) El despacho y recepción oportuna de interconsultas que cumplan con el objetivo de orientar al médico tratante, manteniendo en lo posible al paciente bajo su control.

b) El envío de muestras a los laboratorios del CRS y la recepción oportuna de los resultados.

3.- Los pacientes del nivel primario serán atendidos por médicos especializados en Medicina General del Adulto o en Medicina General del Niño, (Ver reformas a la Educación Médica) que contarán con la capacidad y los medios para lograr un poder resolutivo adecuado.

4.- El consultorio de nivel primario contará con un equipo multidisciplinario para aplicar programas específicos de diagnóstico y promoción de la salud en la comunidad a su cargo.

5.- En lo posible, los consultorios estarán conectados en forma expedita a un servicio de urgencia de su nivel (SAPU) o del nivel secundario.

### **C. Nivel Secundario de Atención**

Este nivel estará constituido por los CRS y los hospitales tipo 3.

1.- En este nivel la atención médica será otorgada básicamente por especialistas en Medicina Interna General, Pediatría General, Cirugía General y Gineco-Obstetricia.

2.- Estos Centros contarán además con el apoyo periódico de otras especialidades y subespecialidades

clínicas, de acuerdo a la demanda del nivel primario de atención.

3.- Los pacientes tendrán acceso a los servicios del nivel secundario sólo mediante interconsultas cursadas por sus médicos del nivel primario.

4.- En los CRS se desarrollarán programas multidisciplinarios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de las principales enfermedades crónicas del adulto. En estos programas tendrán importante participación enfermeras, psicólogos, nutricionistas y otros profesionales del área de la salud según las características propias de cada uno.

5.- El Hospital de Nivel Secundario contará con los 4 servicios básicos, servicios de apoyo diagnóstico capaces de ejecutar los exámenes y procedimientos definidos para el nivel y con un Servicio de Urgencia.

6.- El conjunto de establecimientos formados por los consultorios de nivel primario, por el CRS y por el hospital de nivel secundario correspondientes, podrían organizarse como una empresa autónoma con su personal administrativo y su oficina normativa vinculada al Servicio de Salud correspondiente. Esta empresa autónoma tendría una población voluntariamente afiliada y esta afiliación sería excluyente respecto de la de otras empresas similares.

### **D. Nivel Terciario de Atención**

Estará constituido por los Hospitales tipos 1 y 2, y los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT)<sup>2</sup> adosados a ellos.

1.- En este nivel se concentrarán servicios clínicos y técnicos propios de las sub-especialidades de la Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia, además de otras especialidades clínicas, tanto médicas como quirúrgicas, para el servicio de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

2.- Incluirán, además, las áreas de tratamiento intensivo correspondientes.

3.- Contarán con los servicios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento propios de este nivel y con un Servicio de Urgencia adosado al hospital.

4.- Los pacientes tendrán acceso a los servicios del nivel terciario sólo mediante interconsultas cursadas por sus médicos tratantes del nivel primario o secundario, según lo justifique cada caso.

El Ministerio de Salud y los Servicios de Salud actuales se reservarán en exclusividad las activida-

---

2. Centro Diagnóstico y Terapéutico (CDT): En la definición del Ministerio de Salud, "es un Centro Ambulatorio de Alta Complejidad, adosado siempre a un Hospital aunque con administración diferente, destinado a la atención de pacientes sin necesidad de hospitalización para procedimientos de diagnóstico y para algunas intervenciones quirúrgicas de mediana cuantía"... Se construirán cinco de estos Centros en la Región Metropolitana dentro de los próximos 2-3 años.

des normativas (dictación de políticas, planes y programas generales de salud) y de auditoría como son:

- El control de los programas de las personas.
- El control de los programas del ambiente.
- La realización de auditorías periódicas.
- El control de calidad de los servicios públicos y privados que ofrezcan prestaciones dentro de su jurisdicción.
- El COMPIN correspondiente.

## II. PROPOSICIONES DE CAMBIOS EN LA EDUCACION MEDICA

Las organizaciones asistenciales y administrativas propuestas en los párrafos precedentes sólo operarán satisfactoriamente si cuentan con personal médico preparado de acuerdo a los objetivos descritos, los que se pueden resumir en lograr una medicina eficaz, humana, integral, del menor costo posible y al alcance de todos.

Las reformas en la educación médica que nos parecen más necesarias para alcanzar esta meta son:

1.- Racionalizar los contenidos y objetivos curriculares, adecuándolos para obtener un egresado que conozca la realidad de salud del país y el rol profesional que le corresponde jugar en ella.

2.- Reorientar la formación de pregrado, hacia la solución de problemas en el ámbito ambulatorio, con especial énfasis en la prevención y en la educación para el cuidado de la salud.

3.- Ampliar las posibilidades de especialización a todos los egresados, incluyendo en los programas de post-título, la formación de especialistas en Medicina General del Adulto y Medicina General del Niño.

4.- Aumentar la oferta de cupos para la formación de Médicos Internistas Generales y Pediatras Generales, utilizando como principales campos de enseñanza los Centros de Referencia de Salud (CRS) y los hospitales del nivel secundario de atención.

5.- Incorporar al currículum conceptos económicos y administrativos básicos, incluyendo la relación costo-beneficio de los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y prevención, y su adecuada selección en la práctica clínica.

6.- Enfatizar los hábitos de auto-aprendizaje, incluyendo la búsqueda personal de información por medios modernos.

7.- Entrenar a los alumnos de pre y post-grado en el trabajo en equipo con otros médicos y profesionales del área de la salud.

8.- Aumentar la capacidad resolutoria de los médicos, reforzando la enseñanza de contenidos éticos, legales y administrativos.

Para que estas modificaciones curriculares logren los resultados señalados será necesario mejorar las condiciones ambientales y técnicas del nivel primario y acelerar la creación de un nivel secundario de atención debidamente equipado para un desempeño profesional satisfactorio.

Como hemos señalado, el Ministerio de Salud cuenta con los estudios técnicos fundamentales para presentar al Parlamento una reforma de las organizaciones asistenciales y administrativas. También cuenta con el importante apoyo financiero del Banco Mundial a través de proyectos de desarrollo que ya han sido aprobados y se encuentran en ejecución. Esperamos que las facultades de medicina tomen conciencia de esta nueva realidad y realicen las reformas necesarias para que los egresados del futuro próximo puedan desempeñarse exitosamente en ella. Para que eso sea posible, es necesario elaborar proyectos educacionales que cuenten con el respaldo del Ministerio de Salud, del área privada de la salud, y de la sociedad en general.

Las reformas propuestas en este documento no sólo persiguen mejorar la asistencia médica en cantidad y calidad y racionalizar su gestión: estas metas, difíciles de lograr si se considera nuestra situación actual, no son todavía suficientes. Debemos hacer un gran esfuerzo colectivo para mejorar la visión que la población tiene sobre la salud; para que ella se considere efectivamente como un bien que debe ser cuidado desde la gestación hasta el fin natural de la vida, protegiéndola de los riesgos provenientes del ambiente, de nuestros malos hábitos e incluso de la propia medicina si ella no es correctamente utilizada en su beneficio.

Por esta razón fundamental, una ley que pretenda reformar la Salud del país tiene que considerar recursos para la educación médica de post-grado, incluyendo becas para formar un mínimo suficiente de Médicos Generales del Adulto, Médicos Generales del Niño, Médicos Internistas y Pediatras Generales; para desarrollar programas de educación para el autocuidado de los pacientes; para financiar estudios sobre la pertinencia de exámenes y procedimientos y así reducir los costos de la medicina; y para educar al público en general en el cuidado y promoción de la salud.

## REFERENCIAS

1. Proyectos de Reforma del Sector Salud y de Asistencia Técnica y Rehabilitación de Hospitales. Ministerio de Salud. Banco Mundial. Santiago, Marzo de 1993.