

II Seminario de Formación Profesional Médica

COMISION ORGANIZADORA

Presidente: Prof. Dr. Amador Neghme.
Secretario General: Dr. Salvador Díaz.
Integrantes:
Representantes de Facultades de Medicina, Colegio Médico de Chile y Servicio Nacional de Salud.

SECRETARIA EJECUTIVA

Dra. Cristina Palma
Dra. Gabriela Venturini
Dr. Francisco Quesney
Dr. José Quiroga.

Informaciones - Desarrollo - Divulgación bibliográfica

El medio institucional de la asistencia médica en Chile

(Síntesis de Documentos Básicos del Seminario)

Drs. GABRIELA VENTURINI,
SALVADOR DIAZ Y
CRISTINA PALMA

La asistencia médica en Chile ocurre en una alta proporción dentro de instituciones creadas por cuerpos legales que han hecho concretar las disposiciones de nuestra Carta Fundamental sobre las obligaciones del Estado hacia la salud de los ciudadanos.

La aplicación de la legislación ha determinado la existencia de dos grandes sectores que realizan las acciones de salud: el sector público y el sector privado*.

Es en el sector público donde se agrupan preferentemente las instituciones de asistencia médica que desarrollan una medicina organizada, con metas técnicas más o menos definidas y grados diferentes de racionalización en su administración.

La legislación ha ido creando sucesivamente obligaciones asistenciales a las Instituciones e incorporando a nuevos sectores de la población a los beneficios de leyes concebidas con espíritu o doctrinas diferentes, en que las concesio-

nes a la política contingente o las presiones de grupos diferentes han pasado fuertemente desvirtuando muchas veces las concepciones originales.

El Código Sanitario muy amplio regula con disposiciones generales lo relacionado con el fomento, protección y recuperación de la salud de la población. Entrega la atención de todas las acciones que dicen relación con "la salud pública y bienestar higiénico del país" al Servicio Nacional de Salud, institución que concentró las obligaciones que sobre la protección y el fomento de la salud, detentaba desde 1918 la Dirección General de Sanidad y las asistenciales que desarrollaban los Servicios Médicos del Seguro Obrero Obligatorio y la Dirección General de Beneficencia.

Cabe recordar que el impulso que el Cuerpo Médico dio a la creación del Servicio Nacional de Salud, como la concretización de una herramienta para cumplir los fines de una verdadera medicina social, ante la situación que dispersaba los recursos y los esfuerzos para actuar en forma separada e inarmónica frente a la demanda creciente de servicios.

En el Servicio Nacional de Salud recae la responsabilidad de preocuparse del fomento y recuperación de la salud de un vasto sector de

* El campo que cubre el sector público es aquel en que el gobierno ejerce influencia decisiva directamente o a través de personeros destacados por él, incluyendo la administración Comunal. Grunwald Joseph. "El Gasto Médico en Chile", 1er. Seminario de Formación Profesional. Pág. 99.

la población constituido por los beneficiarios de las leyes que regían a las instituciones que le dieron origen. Información estadística del Servicio de Seguro Social, confirmada por datos recogidos en encuestas permiten afirmar que una cifra vecina a 4.000.000 (alrededor del 44% de la población) representa el volumen de población con respecto al cual el Servicio Nacional de Salud tiene responsabilidades irrenunciables.

El diagnóstico precoz de un conjunto de enfermedades crónicas invalidantes, ha sido previsto por la Ley de Medicina Preventiva que crea obligación de establecer servicios preventivos (fundamentalmente diagnósticos) a las Cajas de Previsión. Las acciones terapéuticas a que da origen un diagnóstico confirmado de tuberculosis, lúes, cáncer, reumatismo, enfermedades cardiovasculares, renales y algunas profesionales, recaen en los Servicios Médicos de las Cajas de Previsión, siendo el Servicio Nacional de Salud el organismo que asume esta responsabilidad para los asegurados activos, pasivos del Servicio de Seguro Social y sus dependientes con derechos.

Los problemas relacionados con riesgos biológicos del ambiente de trabajo, se traducen en accidentes y enfermedades profesionales. La legislación que protegió económicamente al trabajador, originalmente dentro de una concepción restringida, orientada en lo fundamental a la compensación económica de la invalidez, en fecha relativamente reciente amplió su cobertura incorporando a nuevos grupos de población. Simultáneamente agregó acciones preventivas y curativas ante nuevos riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Ley 16.744).

Las acciones diagnósticas y terapéuticas en este campo recaen en el Servicio Nacional de Salud que ha resultado ser el depositario de las obligaciones que asumió precedentemente la Caja de Accidentes del Trabajo, a través de sus servicios médicos.

Un conjunto de organizaciones del sector público mantienen servicios de asistencia médica, que entregan prestaciones a una población cuyo volumen no es fácilmente calculable. El tipo de acciones que desarrollan estos servicios varían dentro de un rango más bien pequeño que comprende atenciones ambulatorias, preventivas, diagnósticas y curativas y, en proporción menor, hospitalización en establecimientos ajenos, frecuentemente del Servicio Nacional de Salud, como es el caso de las Municipalidades, Servicios de Bienestar de las Cajas de Previsión y otros. Las instituciones que disponen de establecimientos hospitalarios propios (Fuerzas Armadas, Carabineros y Ferrocarriles) utilizan este recurso para sus beneficiarios, aunque de-

ben recurrir en forma inevitable al Servicio Nacional de Salud, cuando la demanda excede la capacidad de sus servicios y en todas aquellas localidades donde los únicos establecimientos de atención cerrada son los de dicho Servicio.

La heterogeneidad de las prestaciones, la extensión diferente de ellas al grupo familiar, la naturaleza parcial de las acciones que se enfocan principalmente a lo curativo y aún su forma de financiamiento, hacen de este grupo de instituciones de asistencia médica un conjunto difícil de clasificar y un exponente de las características que exhibe el panorama institucional de la atención médica en Chile.

A esta situación descrita se ha venido a agregar la complejidad de una nueva iniciativa para hacer accesible la asistencia médica a un vasto sector poblacional que carecía de ella. Una ley (16.781 de Medicina Curativa para empleados públicos y particulares) otorga derecho a la atención médica a un grupo de 1.600.000 personas constituidas por los empleados pasivos, activos y sus cargas familiares. La aspiración legítima de satisfacer el derecho a la salud de una sexta parte de los chilenos cristalizó al cabo de numerosas iniciativas frustradas, en un conjunto de disposiciones legales que garantizan asistencia a sus beneficiarios mediante la concurrencia de aportes económicos de patrones y empleados.

La diversidad de prestaciones considera la libre elección del médico y el establecimiento por parte del paciente. Esto representa una modalidad diferente de atención dentro de los mismos establecimientos y con los mismos recursos de personal que entrega prestaciones por un sistema funcionario para el grupo de beneficiarios de otra Ley (10.383), que tienen igual derecho a la salud.

La asistencia médica dentro de una concepción de medicina integral debe entenderse como el ejercicio de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud por parte de las profesiones médicas y de colaboración sobre la persona, su grupo familiar y por extensión, su ambiente.

Este tipo de medicina es más dable dentro de un marco institucional con metas precisas y una adecuación racional de los recursos a los fines.

La identificación de las personas que laboran en las instituciones con esos fines es más posible de producirse dentro de las organizaciones con estructuras visibles, dentro de las cuales ellas se sitúan y reconocen sus relaciones recíprocas. Naturalmente que el grado de identificación está influenciado por el nivel educacional y percepción de las personas. Estos elementos se pararán al personal en grupos con capacitación

desigual para el dominio de sus técnicas y con diferente adhesión al sistema.

El personal del área médica y de colaboración presta servicios principalmente en el sector público, donde se concentra la medicina institucionalizada. Dentro de ese sector la institución que emplea la mayor proporción de personal de salud es el Servicio Nacional de Salud (90% de las horas médicas, 87% de las horas enfermera, 98% de las horas matrona, 88% de las horas auxiliar enfermería y 91% de otro personal).

La cuantía de personal de salud que presta servicios en el sector privado no es conocida con exactitud, pero puede afirmarse que existe una capacidad de horas médicas que el sector público no copa y que derivan al ejercicio privado de la profesión. Otros recursos profesionales, como las asistentes sociales, por ejemplo, laboran preferentemente en el sector privado (62% del total de esas profesiones), así como ocurre con los odontólogos en una proporción que, aunque no se conoce con precisión, es sin duda alta.

El recurso cama hospitalaria dentro del sector público, tiene una distribución semejante a la del personal. 96,4% del total de camas se encuentra en este sector. Los establecimientos del Servicio Nacional de Salud disponen del 86,6% de las camas y el 9,8% restante pertenecen a las Fuerzas Armadas y otras instituciones fiscales.

El sector privado cuenta sólo con el 3,6% de las camas del país, o sea mil trecientas camas serían utilizadas por más de 4.000.000 de personas. Esta desproporción entre las 34.500 camas del sector público que sirven a 4.500.000 de personas en uso de su derecho y 1.300 camas para atender una población ligeramente inferior en número, que las utiliza con pago directo, obliga a pensar en la forma cómo este segundo grupo de personas satisface sus necesidades de asistencia médica cerrada. O bien cabría suponer que los grupos no cubiertos por la previsión en cuanto a atención médica de hospitalización pudieran estarse derivando hacia las camas del sector público (especialmente al Servicio Nacional de Salud), o tendrían tasas de hospitalización más bajas en clínicas privadas y pensionados, porque sus episodios de enfermedad transcurren preferencialmente en sus casas, lo que podría considerarse como una forma de hospitalización domiciliaria.

Estas consideraciones obligan a redefinir la cama hospitalaria como recurso de salud y a tener in mente la capacidad potencial de servicios que representaría la organización de un sistema domiciliario de hospitalización.

Una caracterización de la forma como se atiende la población y del medio institucional donde ello ocurre, obliga a reconocer ciertos hechos:

1. La asistencia médica a la población se ha expandido como respuesta a una intención y presión positiva de diferentes grupos sociales, políticos y profesionales que han querido llevar los beneficios de la medicina a un número creciente de individuos.

2. La expansión de la atención médica a nuevos grupos laborales y previsionales se ha producido por agregación y no siempre con la necesaria coordinación de instituciones y sistemas con los previamente existentes. El panorama actual se separa notoriamente de la concepción ideológica de un servicio único de salud o un sistema de salud.

3. La heterogeneidad en el tipo de atenciones que reciben las personas según su afiliación previsional es un hecho común. La pluralidad de los sistemas previsionales fragmenta el núcleo familiar como unidad de las acciones de salud que postula la medicina integral. La consecuencia es la duplicación innecesaria de derechos para algunos, desamparo previsional y de atención médica para otros y desaprovechamiento o despilfarro de recursos para las instituciones.

4. El acceso a las acciones de protección y fomento de la salud está garantizado para grupos de población más numerosos que aquellos que pueden invocar derechos en el campo de recuperación de la salud (diagnóstico y tratamiento). Una mayor cantidad de personas debe afrontar el riesgo de enfermedad sin derecho a reclamar atención.

5. La atención médica institucionalizada en Chile reconoce diversos niveles de atención de complejidad progresiva, que abarcan desde unidades asistenciales primarias (posta rural de atención periódica) hasta establecimientos de alta especialización con elevada concentración de recursos técnicos incluyendo niveles intermedios. A cada uno de estos niveles corresponde un grado equivalente de desarrollo global de la comunidad y dotación de recursos.

La complejidad del equipo de salud, así como el tipo de prestaciones que éste pueda proporcionar en los distintos niveles, aumenta también desde el nivel primario hasta el nivel de más alta especialización, que dispone de la mayor dotación de recursos materiales y humanos para desarrollar técnicas perfeccionadas de diagnóstico y tratamiento. El costo de los servicios en los diferentes niveles es desigual y progresivamente creciente y coincide con la capacidad económica y global de la comunidad para sostenerlos.