

POLITICA DE ATENCION DE SALUD PUBLICA

Dr. Miguel Angel Solar

HISTORIA

1. Etapa Mapuche Tradicional; miles de años

La Medicina Tradicional Mapuche impera con su concepción de salud enfermedad etiológica del mal que nos hacemos los unos a los otros, (directamente o mediados por el mundo físico o biológico) y su respeto implícito a la reacción sindromática. La organización de la atención de salud se organiza privadamente en mercados locales inter-relacionados en un modo de producción familiar comunitario.

2. Etapa Incásica- Hispánica en la mitad de Chile y Argentina; 300 años.

Muy poco tiempo después de la irrupción del Imperio Incásico a fines del S XV con su régimen comunitario-señorial, los españoles de la mano de los incas nos traen la concepción de salud enfermedad como un desorden de humores que se re-armoniza con intervenciones químicas o físicas como la dieta y otras intervenciones físicas o químicas como a dieta, química y cirugía. Dicha concepción deja de lado la etiología psicosocial del mal interpersonal, lo cual se condice con una sociedad señorial y termina en la búsqueda de la armonía desconociendo la reacción sindromática como sanadora. Dicha atención también se organiza en forma señorial; medicina de beneficencia-compasión y exclusión-para los pobres y privada para los señores. Aparecen los primeros programas de policía sanitaria, (vacunas, cuarentenas).

3. Etapa Republicana; 200 años

Movimiento de trabajadores se organizan en mutuales para acceder a la medicina privada. Dicho proceso sufre estatización en Chile, no en Argentina, mediante el Seguro Obrero que culmina confluyendo con Beneficencia del período anterior para formar el SNS.

4. ETAPA DE LA REFORMA

La Propuesta:

Agenda para el Cambio es una propuesta de transformación de la Salud Pública chilena para pasar de un mercado centralizado a otro descentralizado con mayor iniciativa de los actores, el único posible para responder al incremento universal de la demanda de servicios de salud.

En mi opinión, la esencia de los cambios institucionales en atención salud es la separación de las funciones que permitirá aumentar la autonomía de los prestadores para producir lo que ellos quieran pero también de los usuarios o comunidad para consumir lo que ellos quieran; es decir los cambios van encaminados a pasar de un mercado planificado, manejado por los prestadores, a uno más libre con más protagonismo de los

sanos y enfermos. Concomitantemente el estado asegura un piso básico garantizado. Vamos al detalle:

- Producción de servicios diagnósticos y terapéuticos. Los Prestadores en sus Centros de Salud deben constituirse en empresas efectivas y eficientes, lo cual implica que sean de gestión compartida o empresas de trabajadores.

- Asignación de los recursos de la gente intermediadas por Fonasa e Isapres. Fonasa, Isapres y Mutuales deben representar la demanda de la población, (incluye la epidemiología) y premiar con recursos a los buenos y baratos y castigar a los malos y caros.

- Regulación o administración de la normativa. La Autoridad Sanitaria debe aplicar los “palos”, (policía sanitaria) para asegurar que usuarios y prestadores cumplan con los objetivos nacionales del plan de salud definidos políticamente por la soberanía popular; ellos se basan en la demanda popular de calidad.

¿Cual es la demanda de Calidad?

La gente dice: no quiero calmantes, para eso voy a la farmacia, quiero medicina. ¿Como hacerlo?

La salud de la población como producto del equilibrio entre personas y ambiente con el resultado del máximo bienestar y pleno desarrollo de las potencialidades personales y sociales constituye un bien esencial y objetivo primordial de las personas y de los pueblos. Dicha tarea compete a todos los sectores productivos y a todas las profesionalidades, todos ellos contribuyen al equilibrio entre personas y ambiente.

Ahora bien, ¿cual es la especificidad de los profesionales de la salud? El aporte particular es contribuir a la salud a partir de la enfermedad. Así es, cuando se rompe el equilibrio entre personas y medio y los factores de riesgo avanzan hasta dañar a las personas y éstas reaccionan con un síndrome mórbido ante la agresión; si dicha reacción no se produjese el agente físico, biológico, socio-psicológico nos invadiría hasta la aniquilación. A manera de ejemplo, sino respondiéramos con inflamación ante un germen la septicemia sería de rigor, si no respondiéramos con ansiedad ante el maltrato interpersonal, seríamos avasallados; en síntesis nos enfermamos para no morirnos o la capacidad de enfermarnos es parte de la salud y los profesionales de la salud debemos aportar a la salud desde esa perspectiva.

¿Porque traer a colación esta disquisición clínica en un comentario sobre política de salud? Por la naturaleza de la actual situación de salud a la cual toda Política de Salud debe responder. ¿Cual situación?

La cultura sanitaria moderna considera a la enfermedad como lo contrario de la salud, incluso la definición de la OMS, “salud es el completo bienestar” y no solo “la ausencia de enfermedad” induce a éste equivoco con resultados dañinos para el bienestar. La epidemia de la adicción a drogas, la automedicación anti-sintomática que

daña y cronifica muchas enfermedades y el aumento de los costos son los males de nuestro tiempo, y se producen por considerar a la enfermedad con su cortejo sindromático bio-sico-social como el mal a combatir, desaprovechando de ésta manera perfeccionar la fuerza sanadora del síntoma y, además, omitiendo diagnosticar con rigor, para corregir, los factores ambientales socio-sico-biológicos-físicos agresores. Aceptar el equivoco, hace perder a los profesionales de la salud el arma específica que tienen para lograr el equilibrio persona-ambiente y así producir el máximo bienestar. Dicha arma terapéutica es perfeccionar el síndrome y disminuir los factores agresores; cuando lo anterior sucede y la terapia es etiológica todo acto curativo es preventivo.

Buscando formular lo antedicho en términos de objetivos de política propongo considerar que el equilibrio (positivo) entre las personas y el ambiente, se mantiene y recupera en la medida que se fortalezcan los factores protectores entre los cuales esta la capacidad de reacción bio-sico-social ante los factores agresores socio-sico-biológico. De manera aún más simple, el objetivo más general de la política de salud integral, es luchar contra las causas de las enfermedades y no contra los síntomas defensivos que ellas suscitan. Indispensable formulación cuando la salud esta amenazada, hoy, más que nunca por las drogas blandas o duras, paz para hoy y más dolor para mañana, en la rodilla o en el alma.

Mercado de Salud, Calidad y Eficiencia

Solo en un Mercado de Salud más libre donde los consumidores de diagnósticos puedan elegir que consumir será posible que emerjan las propuestas de atención de salud que “fortalezcan los factores protectores entre los cuales esta la capacidad de reacción bio-sico-social ante los factores agresores socio-sico-biológico”

El modelo macroeconómico de mercado, actualmente hegemónico en la economía nacional asigna, legalmente, a muy pocas organizaciones financieras, de propiedad pública o privada, la captación de las cotizaciones obligatorias de seguridad social de los chilenos y, en nombre de ellos, compra o financia las prestaciones o beneficios de los usuarios poniendo en juego la fuerza inequitativa de su posición monopsonómica. Los prestadores y usuarios con enfoque bio-social sienten que los intermediadores financieros están en condiciones de no pagar lo que ellos quieren producir en cuanto prestador y no financiar los beneficios en cuanto usuarios.

Ante el modelo imperante hay una reacción nostálgica de mercado planificado centralmente en que la calidad-cantidad y precio de las prestaciones de salud son producto de una decisión de una burocracia política ilustrada que dicta ordenes de producción, asigna los recursos humanos y materiales y fija las cuotas de consumo a la población mediante normas de cobertura, rendimiento, concentración. El mercado regulado centralmente es nuestro reciente pasado y muchos de nuestro presente.

En mi opinión el modelo macroeconómico centralizado no solo bloquea prestadores bio-sociales sino que dado el cambio demográfico y epidemiológico de la población y el desarrollo sofisticado de los servicios de salud se hace imposible responder a la nueva situación de salud caracterizada por un inmenso crecimiento de la demanda, en cantidad-variedad-calidad. Ninguna autoridad central puede decidir eficientemente la producción, circulación y consumo de las prestaciones de salud y tan sólo los usuarios

y prestadores libremente concertados pueden hacerlo. ¿Como pueden hacerlo? Vaya aquí un segundo modelo.

¿Qué Hacer?

Los prestadores deben convertirse en centros de decisión apoyados por una política de descentralización y los usuarios deben participar en la producción de servicios de salud que demanden aumentando su libertad de elegir para seleccionar los mejores servicios en calidad y precio que requieran de acuerdo a sus preferencias e ingresos, sean estos últimos personales y sociales. Descentralización para los prestadores y Participación para los usuarios, y así le ponemos cara a la Política de Salud.

En el mundo moderno no hay nada mas inequitativo que privar de Libertad a usuarios y prestadores en las decisiones de producción y consumo lo cual conlleva ineficiencia y escasez que hacen más probable la inequidad en el uso de las prestaciones de salud.

¿Que impide la descentralización?, varios siglos de cultura centralista e intereses que controlan el centro.

¿Que impide la participación de los usuarios?, el monopsomio, muy pocas instituciones que intermedian las finanzas las cuales acuerdan no competir entre sí por la mejor intermediación, las más ventajosa para el paciente y la más equitativa para el prestador, y financiar solo a prestadores dominantes en el mercado.