

Crisis y cambio en el modelo de atención en salud¹

Antonio Infante B.², Rafael Urriola U.³, Renato Orellana M.⁴

Los sistemas de salud pueden ser calificados como próximos a una etapa de crisis o insertos en ella cuando cumplen con la mayoría de las siguientes cinco dimensiones: los usuarios manifiestan evidentes y reiteradas disconformidades; los gastos aumentan sistemáticamente más de lo que pueden sustentar los usuarios o el Estado; los gastos de bolsillo aumentan o no se reducen hasta los parámetros internacionales sugeridos; el endeudamiento (diferencia entre el presupuesto programado y el devengado) se incrementa desmesuradamente en el tiempo; los oferentes centran sus problemas más en asuntos internos que en logros de resultados.

En Chile, el sistema de aseguramiento de la salud está soportado en 85% por el Estado a través de Fonasa y otras instancias públicas (FF.AA. y policiales, que solo representan el 1,2% del gasto en salud, de lo cual 0,72% son cotizaciones y 0,48% aporte fiscal). La crisis es esencialmente del sistema público, porque el privado no es alternativa para la enorme mayoría de la población, no solo porque gran parte de esta no dispone de las capacidades de pago (cotizaciones según plan y con montos mínimos superiores a lo que pagan

1 Las opiniones aquí vertidas son de exclusiva responsabilidad de sus autores. No comprometen a las instituciones en que ellos se desempeñan.

2 Médico salubrista. Director de Epidemiología y Gestión.

3 Master en Economía Pública y Planificación, Universidad de Paris X Francia. Presidente de la Asociación de Economía de la Salud de Chile.

4 Ingeniero Civil U. de Chile. Investigador Asociado de Epidemiología y Gestión.

los afiliados a Fonasa), menos aún de asumir cotizaciones adicionales complementarias, que implican en promedio cerca de 50% por sobre el porcentaje obligatorio (7% del ingreso), y tampoco de los copagos promedio, que alcanzan a 35% en el sistema privado. Es decir, el sistema privado no entra en el concepto de seguridad social, porque financia necesariamente sus prestaciones con estos aportes adicionales.

Este artículo se distribuye en dos partes. En la primera se entregan los antecedentes de la crisis en el sistema de salud chileno, con datos referentes a cada uno de los problemas centrales que lo afectan, a fin de evaluar las causas tras las situaciones descritas, que pueden relacionarse con ineficiencias, insuficiencias en recursos o la propia estructura de funcionamiento. La segunda parte, como consecuencia de lo anterior, describe —a modo de ensayo y testimonialmente— los contenidos de propuestas de reformas sustantivas en el modelo de atención. Con ello se quiere contribuir a la posibilidad de superar las ineficiencias sectoriales y, de este modo, llevar el crecimiento del gasto —sin reducir cobertura ni calidad— a niveles sostenibles. Se describirá en qué consisten estos cambios en el modelo de atención y cuál es la diferencia estructural que se propone, con la eliminación de una burocratización excesiva y la recuperación de relaciones de confianza entre los equipos de salud de los distintos niveles de atención, y la población.

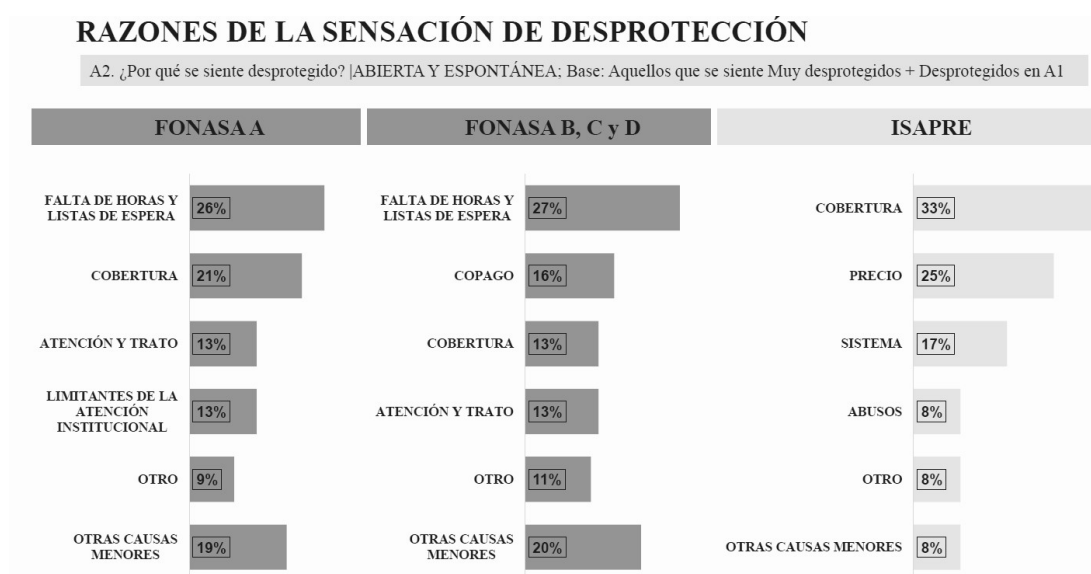
1 Sustentabilidad, satisfacción y organización del modelo de atención en salud

En esta primera parte se examinan las cinco dimensiones principales que se enuncian en los antecedentes, a fin de evaluar la sustentabilidad y capacidad del modelo para responder satisfactoriamente a las demandas en salud. Para este efecto, se usan indicadores relevantes con datos actualizados que permiten arribar a conclusiones sólidas, las cuales se desarrollan a continuación.

Pese al aumento de los aportes de los usuarios, la disconformidad con el sistema no se reduce. La encuesta Cadem del 4 de noviembre de 2020 cuantificó en solo 15% a la población que aprueba la gestión del titular de Salud (último en la aprobación ministerial). Asimismo, el 95% de la población cree necesario impulsar reformas en salud.⁵ Esta opinión es compatible con el alto nivel de desprotección entre los usuarios tanto de Fonasa como de isapres, que se expresa en la figura siguiente.

5 Núcleo Milenio en Desarrollo Social (Desoc), Centro de Microdatos de la Universidad de Chile (CME) y Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (Coes), *Termómetro social* (octubre 2019). <https://bit.ly/2LuuJ70>

Figura 1. Sensación de desprotección en usuarios de Fonasa e isapres



Fuente: Superintendencia de Salud/Universidad de Concepción, 2017. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-17015_recurso_1.pdf

Según este estudio de la Superintendencia de Salud y U. de Concepción, mientras 48% de los afiliados al sistema público de salud estima que la principal insuficiencia del ente asegurador es la falta de especialistas que atienden por Fonasa, dos tercios de las personas afiliadas a isapres critican las constantes alzas de los planes. Sin duda, una muestra clara de esta disconformidad es la cuantificación de los procesos que han llegado a judicialización: entre 2010 y 2017 hubo 822.825 recursos de protección contra las isapres, como lo reconoce la Indicación Sustitutiva enviada por el Gobierno para la reforma a las isapres en 2019.

En el ámbito económico, la situación general del financiamiento se refleja en la tabla 1.

Tabla 1. Chile: Gasto real en salud, según fuente de financiamiento 2003-2017 (en % y precios de 2017, en millones de pesos)

AÑO	Aporte fiscal (%)	Cotización Fonasa (%)	Cotización isapres (%)	Cotizaciones voluntarias (%)	Pago directo hogares (%)	Otros ingresos (%)	Gasto total precios de 2017
2003	23	15	14	5	43	0,4	6.000.632
2004	24	15	14	5	42	0,4	6.439.473
2005	23	17	14	4	42	0,4	6.818.770
2006	24	17	13	5	41	0,4	7.380.944
2007	25	17	13	5	39	0,3	8.201.703
2008	26	17	13	6	37	0,3	8.833.515
2009	30	17	12	7	35	0,3	9.521.549
2010	30	17	12	6	34	0,3	10.182.773
2011	30	17	12	6	34	0,3	10.666.001
2012	30	18	12	6	33	0,3	11.415.496
2013	30	17	12	7	34	0,3	12.377.920
2014	31	17	11	6	34	0,3	13.386.042
2015	32	16	11	6	35	0,3	14.411.749
2016	34	16	9	6	35	0,3	14.954.225
2017	35	15	10	6	34	0,2	16.189.299
Tasa de crecimiento anual (%)	10,6	7,3	4,7	9,7	5,5	4,6	7,3

Fuente: www.desal.minsal.

Nota: El ajuste de precios se hace por el Índice de Precios en Salud (IPS), correspondiente a la división 6 de salud del IPC "Índice de Precios al Consumidor". Empalme con datos INE base 2017=100.

Las tasas de crecimiento de los aportes de los agentes (Estado y hogares) para salud son expresadas en términos reales, es decir, por sobre el Índice de Precios al Consumidor (IPC) e incluso por sobre el Índice de Precios en Salud (IPS), que normalmente es entre 1% y 2% superior al IPC. Si además se considera que el Producto Interno Bruto (PIB), en términos reales aumentó en alrededor de 3% en igual lapso, significa que cada año el sector salud está absorbiendo ingentes sumas desde otros sectores productivos.

El Estado, a través del presupuesto público, está llevando el mayor peso de este crecimiento del gasto en salud (10,6% anual). El gasto público en salud en Chile pasó de 1,7% del PIB en 1990 a 2,7% en el 2000 y a 4,9% en 2019, según

el último presupuesto del Estado. Cabe destacar que la mayor parte de este aumento es absorbido por los costos de los servicios hospitalarios públicos, que ocuparon el 1,3% del PIB en 1990 y el 3,9% en 2017 (Dirección de Presupuestos [Dipres], Finanzas Públicas, varios años). Si se recuerda que, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la proporción del gasto en salud que parece adecuada como aporte del Estado está entre 5% y 6% del PIB, se puede colegir que ya se está en ese escenario en 2019, lo cual reduce el margen de holgura para futuros aportes públicos.

Asimismo, para examinar las alzas de las cotizaciones tanto en Fonasa como en isapres, conviene recalcular este valor considerando los aumentos de las poblaciones cubiertas por cada uno de los seguros entre los años señalados. De este modo, se arriba a una tasa de crecimiento real per cápita anual de los aportes de los cotizantes de cada seguro de 5,2% en Fonasa y 4,6% en isapres. Esto se debe a que el número absoluto y relativo de carentes de recursos cubiertos por Fonasa se ha reducido en el periodo considerado. En cambio, entre los afiliados a isapres, los pagos obligatorios sobre los ingresos (7%) se mantienen proporcionalmente estables, en tanto las cotizaciones voluntarias complementarias han subido en 9,7% anual.

Por otra parte, el gasto de bolsillo en salud (GBS) o gasto directo que efectúan los hogares sin reembolso de otros seguros (35% del gasto total en Chile) está muy por encima de los promedios OCDE (20,6% en 2019) y de lo que aconsejan los expertos internacionales. Este gasto se caracteriza por ser regresivo, es decir, los hogares más pobres pagan una proporción mayor de su ingreso en este rubro, especialmente en medicamentos. El GBS está compuesto en una alta proporción por medicamentos (29%), consultas médicas (19%), servicio dental (15%) y servicios hospitalarios (13%). Esto hace pensar que los precios de los medicamentos no son ajenos al crecimiento del gasto sectorial.

El señalado aumento del gasto no obedece a una voluntad planificada ni por las autoridades ni por los usuarios. Más bien existe la sensación de que se produce por dinámicas incontrolables. En efecto, el debate sobre la deuda sectorial tiene larga data. El impacto demográfico en Chile otorga un factor explicativo parcial al aumento de los gastos en salud. Un estudio del Ministerio de Salud (Minsal)⁶ permite suponer que el efecto del crecimiento poblacional estaría explicando un 0,5% del aumento del gasto anual, y que el cambio en la estructura etaria (envejecimiento relativo de la población) explica otro 0,7% del aumento del gasto. Sin embargo, la tasa anual global de crecimiento del gasto en salud, como se dijo, es 7%. El impacto de los precios, de los cambios

6 Rafael Urriola, "Cambio demográfico y envejecimiento, ¿está preparado el sistema de salud?". *Boletín Economía y Salud* (Departamento de Economía de la Salud [Desal], Ministerio de Salud), vol. 13, no.1, 2019.

en los patrones de demanda de la población y de las transformaciones tecnológicas deben explicar la diferencia.

En cualquier caso, la deuda pública sectorial ha sido catalogada como el principal problema por varios gobiernos. En la década de los noventa del siglo pasado, dicha deuda aumentó en más de diez veces, aunque valga reconocer que existía una deuda con la población, porque los servicios de salud públicos se deterioraron notoriamente entre 1973 y 1990.

En los últimos años, como se observa en la infografía siguiente, la deuda (sobre gasto) no ha cesado de aumentar, alcanzando una tasa de crecimiento de 37% anual entre 2013 y 2018, tendencia que resulta insostenible para el presupuesto público.



Eva Luna Chekh

En abril de 2018, el ministro de Salud, Emilio Santelices, alertó en la Cámara de Diputados de un "sobreenfamecimiento que, de acuerdo a las proyecciones, alcanzará los \$ 800 mil millones a fin de año". Y cumpliendo plazo, las estimaciones de la cartera fallaron por poco: el déficit financiero del sector anotó un nuevo récord y alcanzó \$ 801.962 millones, es decir, US\$ 1.151 millones.

La cifra constituye un alza del 27% respecto del sobregasto que tuvieron los servicios en 2017. Sin embargo, según el Minsal, este sería uno de los menores incrementos de los últimos años (ver infografía).

Del déficit total -que en el año recibió aportes desde Hacienda por \$ 443 mil millones- un monto de \$ 358 mil millones corresponde a deuda con los proveedores. Se trata de una cifra que creció un 49% respecto de 2017, configurando una de las mayores alzas desde 2013.

Para Salud, gran parte del déficit es estructural y deja un estrecho margen para la gestión, pues corresponde a

"Buscamos saber cuánto de esto se debe a una subvaloración de las prestaciones".

LUIS CASTILLO
SUBSE. REDES ASISTENCIALES

"La deuda hospitalaria, de la forma en la que es abordada, seguirá creciendo".

VICTORIA BEAUMONT
FUNDACIÓN POLITOPEDIA

"El déficit ha crecido sistemáticamente por falta de disciplina fiscal y falta de eficiencia".

HÉCTOR SÁNCHEZ
ACADÉMICO DE LA UNA.

\$ 113

MIL MILLONES es el costo anual del ausentismo laboral en Salud, que en 2018 llegó a 24,3 días. La meta es reducirlos a 21 en 2019.

ítems que deben cubrirse como los reajustes salariales, alimentación, efecto de la aplicación de nuevas leyes, entre otras áreas ineludibles. Y a eso, añaden dos factores que justifican parte del incremento: la rebaja presupuestaria de \$ 106 mil millones por autoridad fiscal que se aplicó a los servicios -y que sin ella, afirman, el déficit habría sido de \$ 695 mil millones- y a una mayor actividad asistencial, que derivó en un alza de la producción. "Este sobregasto, cuando tú los desmenuzas hay un porcentaje no menor que es ingestible. Y si hubiésemos tenido otra experiencia presupuestaria, como la que teníamos contemplada, el sobregasto habría terminado por primera vez mucho menor que el año pasado, pero por otra contingencia, el déficit fiscal y un montón de cosas más, no se pudo", explicó el subsecretario de Redes Asistenciales, Luis Castillo.

Según cifras del Minsal, en 2018 las consultas médicas aumentaron un 10%, los procedimientos el 9% y las cirugías un 11%, y la ocupación de pa-

bellones llegó al 56%, la cifra más alta desde 2015. "Cuando a comienzos de 2018 hablamos de este tema (sobregasto), dijimos que con las condiciones de ese momento, haciendo lo mismo, íbamos a llegar a \$ 800 mil millones. Pero no hicimos lo mismo, hicimos mucho más", avisa Mauricio Verdejo, jefe de la división de presupuesto del Minsal, quien añade que la actividad asistencial creció un 6%, promedio. A estos factores, Castillo añade el subarancelamiento, es decir, procedimientos cuyo valor real está desajustado y que causan déficit en los hospitales. Al respecto, la autoridad sostiene que la deuda flotante de un año a otro bordea los \$ 300 mil millones y que, sobre eso, "lo que está haciendo la Subsecretaría es saber cuánto se debe a una subvaloración de la prestación. Creo que debe ser entre un 30% y un 40%, el resto es gestión".

Para Eduardo del Solar, director de la Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud, "esta es la peor deuda en años. Durante 2018 no se abonaron pagos y normalmente se realizan tres

aportes". Además, planteó que el gremio no ha visto reflejada en compras la mayor producción y que "esta deuda tiene que ver con una pésima gestión de los hospitales". Del Solar, además, planteó que la situación es crítica: "si estas empresas no reciben los pagos de forma oportuna, van a quebrar. Nosotros no podemos estar financiando al Estado".

Victoria Beaumont, directora ejecutiva de Fundación Politopedia, dijo que "el Minsal está sirviendo en forma desahogada la deuda. El problema es que los montos se incrementan año a año y esta estrategia de manejo está normalizada. Se hacen esfuerzos para suplementar, en lo posible, el presupuesto en el transcurso del año, siendo insuficiente para frenar el incremento de los gastos". Así, añadió Beaumont, "la deuda hospitalaria, de la forma en la que es abordada, seguirá creciendo y lo más delicado es que ya es un hecho de la causa, casi al mismo nivel de la existencia de las listas de espera".

Héctor Sánchez, director del Instituto de Salud de la U. An-

drés Bello, planteó que "el déficit de financiamiento del sector público ha ido creciendo sistemáticamente, principalmente por falta de disciplina fiscal desde los directivos de los servicios, ineficiencia en el sentido de la productividad y la forma en que se calcula el presupuesto de los hospitales, que también es deficiente".

Metas

Con un paquete de medidas, que van desde gestión de recursos humanos a acciones administrativas, en la Subsecretaría de Redes Asistenciales se impulsaron la meta de reducir a \$ 755 mil millones, es decir, un 6%, el déficit del sector para 2019. Así, entre las acciones destaca hacer compras conjuntas -y más eficientes- de medicamentos y otros insumos y disminuir el ausentismo por licencias médicas de 24,3 días a 21. Según la proyección de la cartera, solo considerando estos ítems se podría lograr un ahorro basal de \$ 43 mil millones. "Nosotros apostamos a que el ahorro generado va a poder financiar cuatro centros de salud", planteó Castillo. ●

Figura 2. Evolución del sobregasto en Servicios de Salud. Fuente: *La Tercera*, 27 de febrero 2019.

En el Congreso Nacional, el ministro de Salud E. Santelices aceptó que, finalmente, el monto global de deuda de 2018 alcanzó la cifra récord de \$801 mil millones (*La Tercera*, 6 de marzo 2019). Mientras que las autoridades sectoriales argumentaban que este incremento se debía a un aumento en la producción de bienes y servicios de salud, la Asociación de Proveedores de Insumos en Salud (APIS), en tanto, refutó tal argumentación: “Si fuera aumento de la producción habría un alza significativa en las ventas y este año fue similar al resto en esos términos”, dijo su gerente ejecutivo (*ibíd.*).

Finalmente, los agentes oferentes han centrado sus reivindicaciones en un cómodo argumento de insuficiencia de recursos, descuidando los efectos sobre el bienestar en la población, que es lo que finalmente está en juego. De su parte, las isapres han centrado sus comunicaciones en una supuesta reducción de las utilidades. El texto “No + Posverdad en Isapres” (2019)⁷ coloca el énfasis en este aspecto, postergando o desestimando los reclamos de los afiliados que pagan cada vez más. Al menos hasta ahora, las isapres han fracasado en la contención de costos para el sistema. De hecho, en lugar de enfrentar alguna racionalidad de costos, las empresas están desarrollando sistemas con integración vertical y prestadores preferentes, es decir, clínicas que tienen como propietario al mismo *holding* que la isapre.

Por otra parte, la mayoría de los ejecutivos o directores de servicio en el sistema público de salud plantean sistemáticamente la falta de recursos para justificar el endeudamiento y el incremento del gasto. Ciertamente es necesario ordenar los recursos, pero sin duda existen otras ineficiencias o gastos innecesarios,⁸ que podrían dar holgura al sistema. Por ejemplo, otro estudio de Minsal,⁹ donde se mide las hospitalizaciones de veinte patologías que esencialmente pueden resolverse en el nivel primario, como gastroenteritis infecciosa, asma, deficiencias nutricionales, hipertensión, úlceras, entre otras, en 2018 ocuparon 1.043.241 días-cama (17% del total del uso anual). Una gestión eficiente podría ayudar a liberar el uso excesivo de este recurso y reducir listas de espera o compras externas en otras patologías.

Las cinco dimensiones analizadas sucintamente en esta parte del artículo dan cuenta de una crisis importante en el sistema, que no podrá resolverse

7 Citado en R. Urriola, “Luces y sombras en el proyecto de reforma a las isapres”, *Barómetro de política y equidad*, vol.15: *Chile en marcha, ¿atrás? El largo invierno de Piñera II* (Santiago: Fundación Equitas / Ediciones SUR, 2019), p. 100. <http://barometro.sitiosur.cl/barometros/chile-en-marcha-atras-el-largo-invierno-de-pinera-ii>

8 OECD, *Tackling Wasteful Spending on Health* (París: OECD Publishing, 2017). <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>

9 Ismael Aguilera C., “Impacto económico de los adultos mayores en las estancias medias hospitalarias”. Presentación en Seminario Internacional *Impacto económico del cambio demográfico y del cambio epidemiológico*. Santiago de Chile, 11 y 12 de julio 2019.

sin el concurso de todos los agentes involucrados y con el aporte de todos ellos. Grandes problemas requieren grandes soluciones. El modelo de funcionamiento segmentado, “hospitalocentrista”, con mecanismos de pago e incentivos ineficientes, desperdicios en el uso de recursos, no participativo y solo esporádicamente basado en trabajo en equipo, con temor a aplicar regulaciones ante la presión de los grandes intereses que hay en el sector, está tocando fondo. El marco de las soluciones es lo que se analizará en la segunda parte.

2 Hacia una nueva red asistencial: descentralización, relaciones de confianza e impacto sanitario

2.1 A modo de desahogo

Este ensayo nace de una preocupación profunda respecto a la realidad en que se desenvuelve el sistema público de salud. No lo estamos haciendo bien, solo hacemos más de lo mismo y estamos cómodos.

Nos parece que hemos puesto el énfasis en temas ajenos al corazón cultural del sistema público de salud. Por una parte, como se decía anteriormente al describir las dimensiones que explican la crisis: los oferentes han centrado sus preocupaciones en asuntos internos antes que en logros de resultados, con una arquitectura organizacional basada en transacciones mercantiles (incentivos económicos por cumplimientos de compromisos de gestión), que necesariamente se acompañan de pasos burocráticos que nada tienen que ver con el bienestar de las personas. Por otra parte, el mundo político y comunicacional ha instalado prioridades que sirven para alimentar las conversaciones de los matinales de la televisión y que han contribuido a que se pierda la brújula. Por ejemplo, enfrentando la más clara de las prioridades: las listas de espera.

Nuestro quehacer diario como funcionarios se ha llenado de papeles, indicadores de proceso, certificados para acreditar, monitoreo exhaustivo e inútil de las listas de espera, y podríamos señalar muchos más. No estamos midiendo indicadores de resultado sanitario. No sabemos si lo que estamos haciendo tiene impacto en la salud de chilenos y chilenas. Lo que es peor es que este exceso de mediciones sin sentido sanitario ha llevado a que nuestros equipos trabajen mecánicamente,¹⁰ perdiendo el entusiasmo, las ganas de innovar e incluso las ganas de compartir entre nosotros.

Existen numerosos aspectos a los que se les asigna influencia en los malos resultados. En la atención primaria municipal no se ha logrado instalar el modelo de salud familiar y el enfoque biopsicosocial del trabajo. Esto ha afec-

10 Constanza Venegas A., Médica General de la organización de Profesionales Con Vocación, “La caza de ‘pacientes-meta’ en la Atención Primaria de Salud”, *El Mostrador*, 17 de abril 2019. <https://bit.ly/2s2FTc2>

tado la capacidad preventiva, la pesquisa precoz de problemas, traducándose en una baja capacidad para resolver las demandas de las personas. Una clara señal de ese fenómeno es la baja sistemática que han tenido las consultas a médicos de la atención primaria. Otro factor es la fragmentación entre el nivel primario y los siguientes niveles de complejidad, que dificulta un flujo expedito de las derivaciones. También existen problemas vinculados al estado de ánimo de los equipos de salud, en los que prima una actitud burocrática antes que entusiasmo por la gestión clínica, entendiéndose por esta la preocupación de los equipos de salud por las necesidades y problemas que presentan las personas en el territorio bajo su responsabilidad.

El estancamiento de la mayoría de los indicadores de nivel de salud, como la cobertura, los niveles de compensación y las complicaciones de las enfermedades crónicas, principalmente cardiovasculares, hace sospechar que existen problemas estructurales o de diseño de la actual red asistencial pública. Los indicadores están estancados desde hace rato y los aumentos presupuestarios no se han reflejado en una mejoría de la situación.

En este ensayo reflexionaremos respecto a posibles soluciones que ayudarían a recuperar la histórica capacidad de impacto sanitario de la red pública chilena.

2.2 *La red asistencial actual*

En 2019 se cumplen cuarenta años de la atomización del Servicio Nacional de Salud (SNS) (DFL 2763 de 1979) y quince desde que la reforma instaló las dos subsecretarías en el Ministerio de Salud (Ley N.º 19937 de 2004). Ambos procesos tienen en común la instalación de fragmentaciones institucionales en el sistema público de salud. El primero municipalizó los consultorios y creó los Servicios de Salud, entregando la administración del nivel primario a alcaldes designados con férreo control de la seguridad interior, decisión que se ha mantenido con municipios democratizados. Al crearse los Servicios, se divide la administración del SNS (hoy son 29), y se agrega además una Secretaría Regional Ministerial (Seremi) por región. La fragmentación siguiente crea la Subsecretaría de Salud Pública, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los hospitales autogestionados en red. Esto implica una sucesión interminable de pasos administrativos y muchas veces descoordinaciones o simplemente medidas contradictorias.

En este documento no profundizaremos en cada uno de los espacios de fragmentación, pero sí tenemos el convencimiento de que este diseño y estructura ha debilitado el liderazgo sanitario en las políticas públicas y también ha burocratizado la atención de las personas. El estancamiento de los distintos indicadores y los permanentes reclamos de la población así lo confirman.

En el espacio local, este diseño estructural también ha tenido consecuencias. La relación de los hospitales con la Atención Primaria de Salud (APS) es mediada por Servicios de Salud cuya preocupación principal es el cumplimiento de las metas asociadas a compromisos de gestión elaborados en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, con los consecuentes incentivos económicos (bonos) para alcanzarlas. Prima así la relación administrativa y fiscalizadora por sobre la gestión clínica. El control realizado se centra en el número de acciones y no en la disposición de los recursos clínicos para un mejor flujo de pacientes por la red y se despreocupa de fomentar el diálogo clínico, profundizando la fragmentación y burocratización de la relación hospital-consultorios. A lo anterior se agrega la presencia de la Seremi, que fiscaliza en terreno la implementación de los programas elaborados por la Subsecretaría de Salud Pública que no conversan necesariamente con las orientaciones de la otra subsecretaría.

Un buen ejemplo de esto es el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA), incorporado en la estructura de la Red en la última reforma para atenuar la fragmentación. Ya desde la definición de sus integrantes aparece como una instancia de coordinación administrativa. En la práctica asisten masivamente los profesionales de la dirección del Servicio, no todos los municipios, y algún representante del o de los hospitales del Servicio. Para darle más importancia a esta labor, se transforman los acuerdos en un compromiso de gestión, obligando a reuniones mensuales con verificación fotográfica. Esa es la máxima integración en la red asistencial actual.

En este escenario, despejando el letargo reinante, lo que en realidad añoran los equipos de salud de los consultorios es el acceso expedito a especialistas para aclarar dudas diagnósticas y la discusión de casos complejos y prácticas de trabajo conjunto que establezcan relaciones de confianza y colaboración entre ellos.

¿Qué aporta la intermediación del Servicio de Salud? Verificación de cumplimiento de indicadores válidos para los compromisos de gestión y bonos por cumplimiento de metas. El Servicio de Salud se preocupa más de cumplir con las orientaciones ministeriales que de implementar soluciones que fortalezcan la gestión clínica en la red asistencial. Mira más al nivel central que a su territorio.

Esta realidad hace que el hospital, ya sea su consultorio adosado o el servicio de urgencia, no sienta responsabilidad por la situación sanitaria del territorio al que atiende y solo sea reactivo a la demanda. En esas circunstancias, los especialistas cumplen con atender su agenda y no se inquietan (y nadie los invita a que lo hagan) por generar vínculos con los colegas de APS o por promover medidas de anticipación que repercutan en el desempeño de la red asistencial a su cargo. Para ellos, esas son tareas del Servicio de Salud. El con-

trol administrativo ha eliminado la reflexión clínica en el sistema hospital-consultorios.

2.3 *Innovaciones asistenciales exitosas*

Sin embargo, a pesar de lo señalado anteriormente, todavía es posible encontrar iniciativas innovadoras que logran hacerse espacio y desarrollarse en este ambiente desfavorable.

- **Telecardiología en el Hospital Higuera de Talcahuano:** el equipo de cardiólogos del hospital promovió la teleasistencia a equipos de salud de las provincias de Concepción, Ñuble, Biobío y Malleco. Para ello instalaron unidades descentralizadas capaces de hacer electrocardiografía, test de esfuerzo y ecocardiografía. Todas estas unidades son operadas por enfermeras entrenadas y con capacidad para conversar con el cardiólogo de Higuera frente a cualquier emergencia o para recibir indicaciones de manejo clínico. Esto fortaleció la capacidad local de manejo clínico y repercutió en una disminución de derivaciones y, por tanto, de listas de espera.
- **Telenefrología en Hospital Higuera de Talcahuano:** en esta experiencia, los nefrólogos acceden remotamente a resultados de exámenes de laboratorio, pesqu岸ando tempranamente problemas de filtración renal. Mediante correo electrónico contactan a los médicos tratantes de los consultorios, apoyando sus decisiones clínicas y con ello reduciendo el progreso de un daño renal, con la consecuente disminución o postergación de la diálisis.

Ambas experiencias son conducidas por especialistas clínicos preocupados por anticipar complicaciones y apoyados por equipos de otros profesionales de salud, muchos de ellos en lugares distantes, pero conscientes de la importancia de la tarea que están desarrollando.

- **Hospital de día y hospitalización domiciliaria del Hospital de La Florida:** esta prioridad institucional es conducida por un equipo multiprofesional que logra aumentar en un 50% la capacidad de hospitalización aprovechando los domicilios y logrando una descarga rápida de los pacientes en espera de camas en la urgencia del hospital, implementando para ello un Hospital de Día al que concurren pacientes con problemas agudos, pero cuya hospitalización no es necesaria o puede ser postergada. Allí se hacen los exámenes diagnósticos pertinentes y se decide la conducta siguiente, siendo la mayor parte de las veces un manejo ambulatorio de las patologías.
- **Tele dermatología (en varios lugares):** dermatólogos y dermatólogas que, intercambiando fotografías de lesiones de piel, apoyan a colegas de APS en el diagnóstico, tratamiento y eventual derivación de estas, logrando

resolver localmente más del 90% de las consultas y generando competencias y capacidad resolutoria en el consultorio local.

- Buena resolutoria de algunos centros de APS: se destacan las experiencias Cristo Vive y Ancora, ambas de administración delegada. Esto no quiere decir que no ocurra en el ámbito municipal, pero es una excepción.

2.4 Qué tienen en común estas innovaciones

En las experiencias hospitalarias se destaca el liderazgo de especialistas por responder a una alta demanda asistencial involucrándose directamente con los equipos de salud de la atención primaria y estableciendo compromisos y lazos de confianza, con el apoyo de especialistas disponibles para aclarar dudas y resolver los problemas que enfrenta el centro de salud.

En las experiencias de Atención Primaria influye el compromiso de sus equipos y una gestión de menor burocracia, situación que se hace posible en parte por disponer de sus propios estatutos. La realidad municipal está muy determinada por el liderazgo del director o directora del centro, que puede involucrar y entusiasmar al equipo de salud, pero esa realidad puede desmoronarse con el cambio de dirección.

En todos los casos de buenas prácticas señalados, el énfasis ha estado en la gestión clínica y en la capacidad de empatizar con la realidad de los equipos de APS y de los pacientes que concurren a esos centros. Estas experiencias de innovación nacen del impulso de un grupo humano que se atreve a iniciar nuevas prácticas clínicas, nuevas relaciones entre las personas, generando un proceso de aprendizaje orientado a entregar un mejor apoyo a la salud de las personas.

Nuestro propósito en este ensayo es reflexionar y proponer una nueva (o rescatar antiguas) forma de relación entre el hospital y los centros de salud, buscando eficacia clínica, desarrollo profesional y mayor satisfacción para la población que se atiende en el sistema público de salud.

2.5 Una propuesta para innovar en la organización del sistema de salud

La base conceptual

En 2009, Elinor Ostrom recibió el llamado Premio Nobel de Economía por su investigación en torno a la efectividad de los sistemas policéntricos. La opinión predominante era que estos sistemas, caracterizados por múltiples centros de decisión independientes, eran necesariamente caóticos y menos eficientes que un sistema centralizado. Sin embargo, la investigación de Ostrom demostró que complejidad no es lo mismo que caos respecto a la gobernanza del sistema. A mayor cercanía con los problemas existe más capacidad para tomar decisiones adecuadas a la complejidad local.

Desde la perspectiva de la gestión de los territorios sanitarios caracterizados por múltiples comunas y hospitales, la organización actual con Servicios de Salud es un mecanismo de control creado bajo la presunción de que el desarrollo de acuerdos en forma independiente entre hospitales y APS sería caótico. El mecanismo elegido es el desarrollo de acuerdos estandarizados. Este es un diseño que tuvo sentido en el papel, pero ha probado ser ineficiente, como lo demuestran los indicadores. La situación es agravada por la burocratización y su desvinculación de la gestión clínica. Nos parece que es momento de abrir un debate sobre ajustes a la estructura organizacional vigente.

Ostrom logró demostrar, después del seguimiento de numerosos casos, que existía una forma de manejo efectivo y eficiente distinta a la centralización. Se trata de la gestión acordada directamente por quienes cuidan un espacio o bienes comunes. En el caso de este ensayo: *el territorio sanitario*.

Diferentes investigaciones en laboratorios desarrolladas a partir de la simulación de situaciones, prueban que la comunicación cara a cara permite aumentar la cooperación. En lo esencial, lo que hay detrás de ese tipo de relaciones es la CONFIANZA. Aprender a confiar en los demás es fundamental para la cooperación. La confianza se funda en que las decisiones que se toman y las acciones que se desarrollan a partir de ellas responden a un común acuerdo y tienen como propósito el cuidado de la población del territorio sanitario. Por otra parte, está demostrado que cuando los sujetos adoptan decisiones de forma anónima, sin comunicación entre ellos, el resultado es un manejo ineficiente de los recursos, pues cada cual intenta usarlos sin tener en cuenta al resto.

La confianza como requisito para el trabajo en red

Las experiencias exitosas de innovación asistencial que hemos descrito anteriormente se basan en un vínculo entre los especialistas y los equipos de salud, que elimina esa fragmentación. Esa relación se fortalece con cada caso clínico que se presenta, se discute y eventualmente se soluciona. A la relación entre los especialistas y los equipos se le agrega un componente emocional importante que refuerza el sentido del trabajo clínico: resolver el problema de una persona enferma. Se generan oportunidades de aprendizaje y, con ello, se establecen los vínculos al interior de la red. Con cada nuevo caso se consolida una relación de equipo, los roles de cada uno se especifican y desaparece la relación vertical, jerárquica y muchas veces descalificadora que marca la historia de las vinculaciones entre especialistas y equipos de atención primaria.

Ostrom, después de analizar múltiples y variados sistemas efectivos y eficientes de manejo colaborativo de situaciones complejas, identificó los principios de diseño que los hacían sustentables en el tiempo. Los sistemas que operan bajo las condiciones de estos principios se caracterizan por lograr coo-

peración en torno a un propósito común.

El diseño de una nueva relación hospital-consultorios, focalizado en el cuidado de la salud de la población en un territorio específico, requiere que prime la confianza entre los diferentes profesionales y técnicos involucrados, con la certeza de que todos buscan mejorar su desempeño para dar una mejor atención a las personas que la demandan. Hemos utilizado los principios de diseño identificados por Ostrom para esbozar alternativas posibles de relación entre hospitales y centros de salud con foco en el cuidado de la salud de la población a cargo.

Los principios de diseño para el desarrollo de un prototipo son ocho.¹¹ Los enumeramos a continuación y para cada uno especificamos su posible expresión para un sistema hospital-consultorios. En el desarrollo de un prototipo, estos principios deben ser acordados por los equipos involucrados.

- i) *Una clara definición de límites al sistema.* El sistema hospital/consultorios es responsable de la salud de las personas inscritas en el sistema público de salud pertenecientes a un territorio definido.
- ii) *Reglas que gobiernan el uso de bienes comunes según las necesidades y condiciones locales.* Las reglas que definen el funcionamiento del sistema, así como las responsabilidades de las diferentes personas que lo constituyen, son establecidas por una mesa de conversación y acuerdos (Directorio) entre el hospital y los consultorios. Este nivel de decisión colectiva analiza la situación sanitaria de la población y define la utilización de los recursos disponibles y los procesos que ello implica adoptar, enfatizando la construcción de confianzas, la profundización de habilidades relacionales y el desarrollo de la gestión clínica.
- iii) *Los afectados por las reglas pueden participar en la modificación de estas.* Los ajustes corresponden al aprendizaje derivado de la práctica. Instalar una nueva forma de trabajar en conjunto es un proceso de aprendizaje. La mesa de conversaciones constituida puede revisar permanentemente sus acuerdos y modificarlos en función de un mejor y más armónico desempeño sanitario del sistema. Implica el análisis de resultados, de prácticas y del impacto de las reglas en el desarrollo de competencias en los equipos de salud. Supone también que los equipos tengan la posibilidad de criticar y sugerir la modificación de las reglas en uso.
- iv) *Las autoridades externas deben respetar los derechos de los miembros de la comunidad a la hora de establecer normas.* La constitución de la mesa como nivel colectivo de diseño del sistema hospital-consultorios requiere de la aprobación y apoyo de las autoridades que representan el macrosistema en que se encuentra anidado. Estas autoridades deben tener confianza en la descentralización de las decisiones, deben aceptar las que han sido adoptadas y estar de acuerdo con

11 Véase Elinor Ostrom, *Understanding Institutional Diversity* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 2005), cap. 9, p. 259.

ellas, y deberán preocuparse por el desempeño sanitario, la satisfacción de las personas y el gasto de recursos. No obstante, la modificación de acuerdos la hace la mesa hospital-consultorios.

- v) *Desarrollar un proceso llevado a cabo por miembros de la comunidad para monitorear el comportamiento de todos los actores involucrados.* El tema que convoca es el nivel de salud de la población en el territorio. La mesa hospital-consultorios socializará con trabajadores, funcionarios y representantes de los vecinos el sentido de la nueva organización y promoverá que se constituya una instancia que monitoree el desempeño del sistema, haciendo llegar periódicamente críticas y sugerencias de mejora.
- vi) *Establecer sanciones graduadas para quienes violen las reglas acordadas.* La construcción de acuerdos basados en la confianza es un ejercicio de aprendizaje que demanda transparencia en el desarrollo del proceso. El análisis de situaciones que hayan trasgredido los acuerdos contribuirá a la mejoría del desempeño; sin embargo, su incumplimiento implicará tomar decisiones que limiten la autonomía de quienes no los respeten. El hecho de tener sanciones graduadas es promover el aprendizaje, pero al mismo tiempo crear condiciones fundadas para que las personas que no cumplen no participen de él.
- vii) *Establecer medios accesibles y de bajo costo para la resolución de disputas.* Las disputas relacionadas con la operación y cumplimiento de los acuerdos son parte del proceso de aprendizaje. Estas deben ser públicas y transparentes. Para dirimirlas deberá considerarse la opción que más beneficie la salud de la población y el desempeño del sistema. El mecanismo debe ser definido y respetado por el conjunto del sistema, incluidos trabajadores y vecinos.
- viii) *La responsabilidad de gobernar los recursos compartidos para cuidar de la población se establece en niveles, desde el más bajo hasta el conjunto del sistema interconectado.* La construcción de acuerdos descentralizados busca alcanzar un mejor nivel de salud de la población que depende del sistema hospital-consultorios. Al mismo tiempo, supervisa el cumplimiento de las reglas normativas generales de la administración central, que a su vez ha tenido la posibilidad de hacer observaciones durante el desarrollo de la experiencia.

Implicancias de lo anterior en la organización de la red: proactividad y colaboración

La aplicación de los principios de diseño por quienes forman parte del sistema hospitalconsultoriospoblación puede dar lugar al siguiente escenario organizacional:

- El trabajo clínico en red lo realizan equipos de especialistas y de consultorios, que construyen relaciones basadas en la colaboración y confianza y van definiendo el rol que cumple cada cual en el proceso asistencial. Eso implicará el desarrollo de una relación privilegiada, horizontal y de colaboración entre los equipos del hospital, principalmente pero no exclusivamente ambulatorios, con los equipos de los consultorios.

- Cada consultorio define un gestor clínico, no necesariamente el director, que coordine el trabajo en red y que se encargue de apoyar y fomentar las relaciones entre los diferentes profesionales de los centros de salud con los equipos de especialidades del hospital. Para ello se desarrollan instancias de encuentro virtuales, visitas, reuniones y seminarios, considerando que los cara a cara son irremplazables en la construcción de vínculos de confianza en el trabajo. Estas instancias consolidan el trabajo en equipo al interior de la red. En el hospital vuelven a tener liderazgo los jefes de servicio clínico, hoy reemplazados en algunos lugares por jefes de “centros de costo o de responsabilidad”, como una señal inequívoca de la postergación que sufre la gestión clínica frente a las disposiciones administrativas y burocráticas. Esos jefes clínicos se preocuparán de animar la conversación y de realizar eventualmente auditorías clínicas en torno a casos que hayan llegado o que deberían haber llegado al hospital (hospitalizaciones evitables, descompensaciones o muertes).
- Lograr relaciones de trabajo que culminen en la constitución de un equipo requiere de algunos elementos facilitadores. El primero de ellos es acordar un objetivo común: los habitantes del territorio a cargo. En el caso de las redes de salud, beneficiar a personas enfermas o con serios problemas tiene un componente emocional y valórico que afianza esa relación. Las relaciones cara a cara enriquecen las relaciones de trabajo. Por lo tanto, los encuentros en seminarios, reuniones clínicas, presentación conjunta de trabajos, auditorías en red, ayudan a consolidar el equipo. Las relaciones a través de la web, correos electrónicos o wasap no alcanzan el mismo nivel de calidad. Esta realidad también debería replicarse en la red de urgencia, buscando constituir relaciones de equipo entre la unidad de urgencia del hospital y las existentes en la APS y dispositivos innovadores, como el hospital de día o la hospitalización domiciliaria.

Algunas proyecciones

El sistema público hoy tiene exceso de hospitalizaciones, sobre cien egresos por mil habitantes con estadía promedio cercana a los seis días y una actividad quirúrgica de menos de cuarenta cirugías mayores (requieren pabellón y anestesia) por mil habitantes. Buenas experiencias internacionales se acercan a los ochenta egresos por mil habitantes, con cerca de cuatro días de estada y sobre cincuenta y cinco cirugías por mil habitantes, de las cuales más de la mitad son ambulatorias (35% en la experiencia chilena).¹² Las diferencias señaladas reflejan, para nuestro caso, hospitales que podrían ser más eficaces. Al respecto, la

12 Bases de datos, Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud (Minsal) [<http://www.deis.cl/>] y Kaiser Permanente.

hospitalización domiciliaria, pero esta vez hecha por los consultorios y desde los hospitales, será una herramienta de descongestión importante. Los requisitos son simples: una red de protección municipal y equipos de salud de atención primaria apoyados por los especialistas y con financiamiento adicional, los cuales podrían anticipar casos que actualmente son hospitalizados; y, por otra parte, un equipo hospitalario consciente de hospitalizar lo estrictamente necesario, a partir de los siguientes criterios: resolver una emergencia, hacer diagnóstico en una patología que lo requiera, manejar una descompensación o realizar una cirugía compleja.

Los agentes externos al sistema hospital-consultorios facilitarán esta relación, contribuyendo en la construcción de confianza y nuevas relaciones de trabajo. El servicio de salud y la Seremi, al aceptar la autonomía del sistema hospital-consultorios, podrán profundizar su trabajo analítico, registrando y dándole seguimiento al proceso asistencial y reportando problemas, hallazgos y resultados del trabajo entre los equipos del hospital y de los centros de salud. La capacidad analítica sobre el territorio deberá entregar los antecedentes necesarios para que la acción del sistema hospital-consultorios tenga el máximo de integralidad, incorporando indicadores sanitarios con énfasis en los de impacto, predictores de riesgo en salud como los ACG (Adjusted Clinical Groups o medición de la carga de enfermedad en la APS) e indicadores de los determinantes sociales presentes en el sector. En este contexto, el propósito de un sistema de medición clínico es fortalecer las relaciones al interior del sistema hospital-consultorios y superar la fragmentación actual en la gestión clínica originada en el lenguaje administrativo burocrático.

La rutina vigente, como fue descrita al inicio de este ensayo, es muy ajena a los intereses que entusiasman a los equipos clínicos, genera distancia en la relación entre el hospital y los consultorios, y desvía la preocupación por las necesidades de las personas. Esta nueva organización implicará un desafío para organismos intermedios, como los Servicios de Salud y la Seremi, y también para el nivel central, con sus dos subsecretarías. Necesariamente tendrán que coordinarse y colaborar, potenciando la relación hospital-consultorios, no solo aportando elementos analíticos, sino también eliminando los requerimientos administrativos y burocráticos que hoy contaminan esa relación. Este cambio de funciones requerirá mayores niveles de coordinación entre salud pública y gestión de redes, instalando probablemente un espacio analítico común en el nivel local, una instancia que contribuya a que la gestión clínica incluya una mirada integral con énfasis preventivo sobre las necesidades y problemas de la población. Esto incluso podría derivar en la eliminación de los Servicios de Salud, unificando la conducción sanitaria político-estratégica de la región. Otro punto que modificar será el mecanismo de incentivo a los trabajadores, sin

que ello signifique un menoscabo en sus remuneraciones. El sistema de bonos por cumplimiento de compromisos de gestión, una forma de mercantilización de las relaciones de trabajo, ha sido gravitante en la burocratización y la pérdida de sentido de la inserción laboral en el sistema de salud.

3 Comentario final

Nuestra propuesta surge de la desesperación, al constatar que hacemos más de lo mismo y nos hemos distraído de nuestra tarea fundamental: trabajar por una mejor salud para los chilenos y las chilenas.

Proponemos avanzar hacia un sistema profundamente descentralizado en la toma de decisiones locales. La unidad hospital-consultorios construirá y profundizará una relación de trabajo centrada en la gestión clínica de su territorio, con las personas y sus familias como objetivo central. Será una relación basada en la confianza, con reglas flexibles, mutuamente acordadas y modificables de común acuerdo. Elementos esenciales para ello serán el trabajo colaborativo y horizontal, las relaciones cara a cara, la recuperación del entusiasmo y de un estado de ánimo abierto a la innovación y al aprendizaje continuo.

Los agentes externos aportarán con su especificidad para nutrir y no interferir en esta relación de trabajo y se preocuparán de que el marco normativo de la política nacional sea respetado. En el caso particular del sector salud, el agente externo Minsal, intermediado por la Seremi y el Servicio de Salud, se preocupará de aportar elementos robustos de análisis de la realidad y de la marcha del proceso, con énfasis en indicadores de impacto y la influencia de los determinantes sociales en el territorio.

Es urgente realizar ajustes a la estructura actual del sistema de salud, y para ello desarrollar prototipos con diferentes alternativas de solución que generen aprendizaje y contribuyan a renovarlo, recuperando el norte sanitario. Contribuirán en ese sentido experiencias distintas conducidas descentralizadamente por equipos de salud, ajustándose a sus diferentes contextos territoriales. Aquí hemos expuesto el bosquejo de una de esas alternativas.