

Reformas del Sistema Sanitario Chileno y su Impacto en Reumatología

EDITORIAL

El sistema de salud chileno ha experimentado importantes cambios en los últimos años; ha sido objeto de atención nacional e internacional, provocando reacciones y posiciones a veces encontradas. Los cambios más substanciales y recientes son los relacionados con el marco legal del sistema sanitario nacional, y entre ellos son de especial importancia la ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (19.937) y la ley de Régimen General de Garantías Explícitas de Salud (19.966), más conocida como Plan AUGE. Los diversos cambios e innovaciones introducidos han tenido y seguirán teniendo consecuencias importantes para los pacientes, los profesionales e instituciones prestadoras de servicios de salud. Estas reformas no pueden ser analizadas fuera del contexto histórico y conceptual que las han influido. A continuación se reseñan y analizan sucintamente algunos aspectos que parecen conectados con las formas y contenidos de estas reformas.

El 22 de julio de 1946 los 61 estados representados en la Conferencia Internacional de Salud, reunidos en Nueva York (Estados Unidos de América), como preámbulo a la aprobación de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmaron un documento en el cual se declara: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o discapacidad (*disease or infirmity*, en sus expresiones originales en inglés)". Eran tiempos en que la comunidad internacional estaba marcada por los horrores de la reciente guerra y parecía dispuesta a organizarse y declarar, al menos, intenciones en favor de una vida pacífica, respetuosa de la dignidad de las personas y colaborar para que existieran oportunidades para el florecimiento y la plena expresión de las potencialidades humanas. No obstante, suele sostenerse que en la práctica mucho del quehacer de la profesión médica y de las organizaciones de salud se ha centrado en los aspectos físicos de la salud y en los síntomas de enfermedad. Por otra parte, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en 1978 en Alma Ata (Kazajstán), patrocinada por la WHO/OMS y UNICEF, fue una expresión colec-

tiva y explícita destinada al reconocimiento de los derechos en salud. En la Declaración de Alma Ata se ratificó la definición de salud de la WHO/OMS y la mayoría de los países participantes se comprometieron con el objetivo sintetizado en el lema "Salud para todos en el año 2000", meta infortunadamente no cumplida.

La definición de salud adoptada y mantenida en el tiempo por la WHO/OMS ha sido objeto de diversas críticas, la mayoría de las cuales apunta al hecho que no es posible derivar directamente de ella objetivos o contenidos operacionales y consecuentemente no permite medir en términos cuantitativos un estado de salud o su cambio en el tiempo, especialmente en el campo poblacional. Otras críticas han apuntado a los aspectos conceptuales, señalando que la salud así definida puede ser asimilada a la felicidad. Otros argumentan que la amplitud de determinantes es tal que los problemas de salud competen simultáneamente al ámbito económico, cultural, político, espiritual, etc., de tal forma que resulta una tarea impracticable para las instituciones de salud convencionales, incluidos los Ministerios de Salud, enfrentar los problemas de salud de una población. En el campo de los derechos de salud, las fuentes de polémicas no han sido pocas. ¿Puede el Estado o la sociedad garantizar la salud, especialmente definida así, o sólo puede garantizar el acceso a ciertas medidas sanitarias específicas, mínimas y comunes para toda la población? Entre el derecho a la salud según la definición WHO/OMS y el derecho al acceso a medidas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y protección financiera de la salud física y mental existe todavía un enorme trecho conceptual y práctico. Con todo, tanto la definición de la WHO/OMS como la declaración de Alma ATA han modelado las decisiones de políticas sanitarias de muchos países, incluido el nuestro.

La emergencia de las ciencias económicas como modeladoras y directrices de las acciones de los Estados y de las organizaciones intermedias ha agregado un componente crucial al complejo problema de la salud. Una corriente de estas ciencias ha enfocado a la salud teniendo

como marco de referencia al hombre como un medio, dentro de un sistema productivo, para obtener u optimizar un producto y su salud como un atributo que incide en la cantidad, calidad u oportunidad del producto final del sistema, con todas las consecuencias previsibles de este modelo. También la economía ha contribuido a mejorar la amplitud y profundidad del análisis y a facilitar la toma de decisiones al momento de asignar recursos al área de salud y para seleccionar y priorizar programas dentro de esta área, que necesariamente debe competir con los limitados recursos globales con otros sectores. En una dimensión distinta, la propia medicina ha visto surgir una corriente de pensamiento con sus herramientas analíticas que se ha hecho conocer como medicina basada en evidencias (MBE), que ha impactado de manera importante el trabajo de las instituciones que diseñan políticas y toman decisiones globales de salud y en menor medida, a la práctica clínica individual. La MBE ha encontrado resistencias importantes entre los clínicos y las fuentes de estas desavenencias son variadas, incluyendo desde los aspectos semánticos hasta los prácticos. Sin perjuicio de sus innegables méritos, los cultores de la MBE, especialmente del ámbito institucional, han minimizado los roles de la autonomía de los pacientes, el arte médico más allá de la ciencia, y tal vez lo más importante desde la perspectiva práctica, que la “evidencia” o prueba aún no está disponible en numerosos campos de la medicina clínica. Por lo tanto, la toma de decisiones clínicas con frecuencia debe hacerse sin un respaldo científico explícito.

Los principios de equidad, de igualdad de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de los servicios de salud, garantizados y exigibles, difícilmente pueden encontrar detractores en nuestra sociedad. En varios aspectos prácticos, operacionales y en algunos de los conceptuales pueden apreciarse conflictos de intereses legítimos y han hecho surgir opciones para resolverlos que son racionalmente atendibles. Algunos de estos conflictos, por su propia naturaleza, no pueden resolverse apelando sólo a procedimientos técnicos y exigen transacciones y acuerdos. Hacia la cumbre de la pirámide está el conflicto del ethos de la salud pública que se relaciona mejor con la efectividad y eficiencia de las intervenciones sanitarias (los mejores efectos promedio que benefician a la mayoría, logrados a los menores costos) versus el ethos de la medicina clínica de personas individuales que se relaciona mejor con la eficacia (los mejores efectos para la persona individual, cualquiera que sea el costo). En numerosos otros planos surgen conflictos difíciles de resolver, por la vía de ejemplos no exhaustivos: la existencia de guías o protocolos no garantiza que sus contenidos puedan ser aplicados por profesionales no expertos en los lugares

donde no hay especialistas y de igual manera las guías y sus costos asociados limitan o anulan la posibilidad de que los enfermos elijan intervenciones sanitarias acordes con sus preferencias derivadas de sus valores, espiritualidad o cultura; la búsqueda de la equidad y los aspectos legales relacionados puede derivar en la necesidad de ofrecer medios diagnósticos, terapéuticos o de otra clase, inferiores a los que actualmente reciben muchos pacientes, en aras de la igualdad ante la ley; la necesidad de optimizar la utilización de recursos asociados a las intervenciones puede derivar en el deterioro de la relación paciente-médico, al poner al paciente en la obligación de atenderse en centros y por profesionales distintos a sus tratantes habituales, además de su impacto sobre el trabajo profesional individual.

Compete a los reumatólogos y sus organizaciones aprovechar la coyuntura histórica para reiterar ante la comunidad y las autoridades sanitarias la urgente necesidad de:

1. Incrementar el acceso de los pacientes reumatológicos a los especialistas, siendo necesario para ello incrementar el número y mejorar la distribución de éstos, creando los incentivos correctos y facilitando el acceso a los programas de formación de los médicos interesados.
2. Financiar investigación en clínica, economía en salud, educación a los pacientes, educación profesional y otras áreas relevantes para asegurar la calidad, efectividad, eficiencia y oportunidad de los servicios sanitarios relacionados con los enfermos reumatológicos.
3. Proveer los recursos financieros, instrumentales, instalaciones, medicamentos y demás medios necesarios para llevar a cabo oportunamente las intervenciones conocidamente eficaces y eficientes.
4. Otorgar el justo reconocimiento y apropiada retribución financiera por su trabajo a los profesionales de la salud involucrados en los cuidados de los pacientes reumatológicos.
5. Actualizar y adecuar a la legislación vigente los cambios necesarios para el cumplimiento de estas demandas e incorporar aquellos aspectos omitidos, con los mismos fines.

Los profesionales, los pacientes, la sociedad, las organizaciones intermedias y el Estado estamos convocados para cooperar en la búsqueda de soluciones equitativas, técnicamente correctas y financieramente factibles que nos acerquen al ideal de salud de la WHO/OMS, en un marco de participación, respeto y equilibrio de los legítimos intereses de las partes involucradas.

Héctor A. Gatica R.