

CUADERNOS MEDICO SOCIALES

ISSN 0716-1336

Cuadernos Médico Sociales

2009; Vol 49, N°1

Acceso al texto completo en el sitio web: www.colegiomedico.cl

EDITORIAL

- La crisis y el estado de preparación del Sistema de Salud** 3
DR. CARLOS MONTOYA-AGUILAR

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

- Hospital Luis Calvo Mackenna: 15 años de gestión, avances y desafíos pendientes** 5
DR. OSVALDO ARTAZA BARRIOS

ATENCIÓN DE SALUD

- Un programa para recuperar y mejorar el aporte de los médicos en la Atención Primaria de Salud** 16
DR. CARLOS MONTOYA-AGUILAR, DR. MANUEL IPINZA RIVEROS

BASES DE LA SALUD PÚBLICA

- Modelos y conceptos en Salud Pública y Sistemas de Salud: hacia una perspectiva transdisciplinaria** 26
DR. ARMANDO ARREDONDO LÓPEZ

ECONOMÍA DE LA SALUD

- Una metodología para evaluación de servicios de salud con deuda usando ajuste de riesgos por morbilidad** 36

PHD CAMILO CID PEDRAZA, DRA. XIMENA RIESCO CRUZAT

- La persistencia del gasto de bolsillo de los hogares en salud: 1997 - 2007** 44
PHD CAMILO CID PEDRAZA

EPIDEMIOLOGÍA

- Epidemiología de las Intoxicaciones: análisis de las llamadas efectuadas durante el año 2007 al Centro de Información Toxicológica (CITUC) de la Pontificia Universidad Católica de Chile** 49

DR. JUAN CARLOS RÍOS, DR. ENRIQUE PARIS, DANIEL MAQUEIRA, JUAN JOSÉ MIERES, MARLI BETTINI, PATRICIA CERDA, MARCELA PÉREZ, TAMARA DE LA BARRA, VICTORIA BRAVO, DRA. SANDRA SOLARI

Mortalidad por causas circulatorias, cáncer y trauma: comparación de Chile con los países de la OECD y con los de Sud América DR. CARLOS MONTOYA-AGUILAR	61
MEDIO AMBIENTE	
Reflexiones desde la ética medioambiental sobre el problema demográfico DR. SERGIO SÁNCHEZ BUSTOS	68
RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS	
Informe sobre la situación actual de la Educación Médica en Chile	75
Seguro Social de Salud versus Sistema de Salud financiado con impuestos: la evidencia de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo	77
NOTICIAS	
Seminario: "Calidad y pertinencia a la formación médica". 27 y 28 de mayo, Colegio Médico de Chile	80
INSTRUCCIONES A LOS AUTORES	81

Editorial

La crisis y el estado de preparación del Sistema de Salud

“Una brusca contracción mundial está afectando a los países avanzados y a los que están en desarrollo... El producto global disminuirá este año por primera vez desde la Segunda Guerra... El comercio internacional se encamina a su mayor declinación en 80 años... Se proyecta en el 2009 un aumento de 46 millones de pobres a causa de la crisis económica.” Pero “aún en períodos de recesión “mundial” no todas las partes del mundo o aún de regiones en particular son afectadas con igual intensidad”¹.

En nuestro país pueden verse afectadas las empresas privadas, entre las cuales las Isapres, las Clínicas, los proveedores de insumos para la atención de salud, incluyendo a los centros formadores de personal. No sabemos si esto será así y en qué medida: depende de su endeudamiento y de las posibles contracciones de la demanda.

El Estado tiene una situación financiera sólida; pero es posible que tenga que responder a mayores y más urgentes compromisos, en su papel de asegurador de última instancia.

Lo que ya se está viendo es la repercusión de la crisis sobre los trabajadores dependientes. Hay despidos y hay reducción de las remuneraciones en una u otra forma. Ello se asocia a una disminución de las cotizaciones para la seguridad social y la salud², a un mayor endeudamiento y a la postergación de los proyectos de mejor vivienda o transporte. Puede haber menos remesas enviadas por chilenos que tenían buenos sueldos en el extranjero.

Como primera consecuencia habrá una disminución del nivel de vida y de las condiciones de trabajo de algunos grupos, no sabemos de cuántos. Para ellos habrá un daño de los grandes determinantes de su salud. La población, que sigue recurriendo en forma constante a gastos de su bolsillo para obtener atención de salud, tendrá menos capacidad para hacerlo. Algunos perderán el derecho a recibir subsidios por incapacidad laboral, o los recibirán de menor cuantía, en tanto que los requerirán con mayor urgencia.

Otro importante conjunto de determinantes de la salud es la calidad del ambiente. Una crisis financiera puede retardar proyectos de monitoreo y control de dicha calidad. Más grave que eso sería la postergación de proyectos de sustitución de las fuentes contaminantes e inseguras de energía por otras que son limpias y seguras. Los empresarios pueden dudar en extender los campos de aerogeneradores y persistir en el uso de carbón. Sería un impulso adicional al calentamiento global, fenómeno que sin duda estaba ya actuando en forma sinérgica con la degradación de la dinámica financiera y con la irresponsabilidad política, y que ahora agravará los efectos biológicos de la crisis.

La experiencia indica que las crisis se asocian a elevaciones en la tendencia de mortalidad. “Los países que sufrieron contracciones económicas de 10% o más, entre 1980 y 2004, tuvieron un exceso de más de un millón de muertes de menores de un año. Hay evidencia de que la rapidez del deterioro del desarrollo humano durante las desaceleraciones del crecimiento económico es mayor que la rapidez de la recuperación que exhiben durante las aceleraciones del crecimiento.... La crisis actual retardará fuertemente la disminución de la mortalidad infantil”³. Es seguro que el impacto no será de la misma magnitud en Chile; pero es altamente probable que se produzca un cambio desfavorable en las tendencias, particularmente en aquellas comunas que ya están afectadas por un

1 Banco Mundial 2009 Swimming against the tide: how developing countries are coping with the global crisis, Background paper for the G 20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting in the UK, March 13-14 2009

2 Urriola R, Política fiscal y regulación de los gastos en salud, Comunicación personal, marzo 2009-03-18

3 Banco Mundial 2009 Swimming against the tide: how developing countries are coping with the global crisis, Background paper for the G 20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting in the UK, March 13-14 2009

alto nivel de desempleo. Esta relación se comprobó en nuestro país para las crisis de 1975 y de 1982⁴, para no hablar de lo ocurrido en la crisis de los años 30⁵.

Los problemas sanitarios específicos que pueden agravarse se encuentran sobre todo en el campo de la salud mental y de otras patologías que no se encuentran suficientemente controladas, como la diabetes y las enfermedades respiratorias del adulto mayor.

La resistencia de la población a los riesgos no es homogénea. Hay grupos vulnerables, como los temporeros y ex-temporeros, los trabajadores cesantes de las minas y de las industrias forestal y pesquera; y de manera más general, los pobres y los que se encuentran en el límite de la pobreza.

El sistema de atención mostrará, como en las “pequeñas” crisis recientes, una migración de afiliados de las Isapres al sector público. La presión de los pacientes adicionales, portadores de garantías AUGE y de promesas de no padecer esperas prolongadas, puede redundar en una mayor compra de prestaciones por el sector público a las clínicas privadas; y el esfuerzo de las Isapres por retener cotizantes, rebajando costos, puede llevar a mayor compra de servicios de parte de ellas a los hospitales públicos. También es posible que los establecimientos estatales vean reducidos sus ingresos propios derivados de copagos y que tengan dificultades para adquirir medicamentos. Paradojalmente, puede aumentar en la población general el consumo de medicamentos y cosméticos, a causa de los esfuerzos de las empresas por mantener su cifra de negocios con ayuda de publicidad y “ofertas”.

Frente a los riesgos que aquí se han esbozado, sólo el sistema público, el Estado, puede ofrecer una protección eficaz y amplia. No será fácil. Menos que nunca bastará con hacer más de lo mismo (parafraseando al ministro Erazo en su reciente declaración a Vida Médica). Deberá intensificarse la eficiencia, en procura de efectividad. La equidad puede ser (siempre lo ha sido) tema de vida o muerte para algunas personas. Para ello es indispensable la planificación, la elección de tecnologías según evidencia de costo-efecto, una intermediación financiera eficiente, un mecanismo eficiente de asignación de recursos a los proveedores, la aplicación firme del formulario nacional de medicamentos, con acentuación del uso de genéricos. Hay que proteger las inversiones con un mantenimiento cuidadoso. Necesitamos hospitales y consultorios bien gestionados, resolutivos y funcionando estrechamente en red. El sector salud, como gran empleador y gran comprador, deberá esmerarse en hacer sus pagos y transferencias de manera oportuna y completa

En tiempos como los que vienen es más importante que nunca la solidaridad: solidaridad entre estratos socioeconómicos, entre comunas, y entre personas. Es posible que mecanismos como el Fondo de Solidaridad Gremial del Colegio Médico sean llamados a probar ahora más que nunca su razón de ser.

En resumen, ante la incertidumbre y variabilidad en la magnitud y naturaleza de los riesgos, el Sistema de Atención de la Salud – y en él los profesionales de la salud - debe estar preparado. Además debe contar con un mecanismo eficaz de monitoreo y de alerta, basado en un conjunto de indicadores, vigentes para cada comuna y región, susceptibles de ser llamados con frecuencia mientras dure la crisis. Como propuso la OMS al grupo consultor de alto nivel reunido en enero de este año, “hay que crear conciencia de las formas en que un repliegue económico puede afectar al gasto en salud, a la provisión y demanda de servicios y a los resultados en estado de salud...y hay que identificar qué acciones –incluyendo el monitoreo de señales de alerta temprana– contribuirán a mitigar los efectos negativos...”⁶ “Hay que dar máxima visibilidad a la salud”⁶.

No hay duda de que las señales de alarma ya están entre nosotros. Los médicos están en situación de ser de los primeros en percibir las y en comunicarlas.

Dr. Carlos Montoya-Aguilar

4 Montoya-Aguilar C, Marchant L, An investigation of the possible effects of economic changes on health care and health. Chile 1974-1992, Health Planning and Management 1994; 9(4): 279-294

5 Behm H, 1969, Mortalidad Infantil y Nivel de Vida, Ed. Univ., Santiago de Chile

6 Organización Mundial de la Salud, Financial crisis and global health – Background paper for a high level consultation held 19 January 2009 in Geneva

Hospital Luis Calvo Mackenna: 15 años de gestión, avances y desafíos pendientes

Fifteen years managing Calvo Mackenna Children's Hospital; progress and remaining challenges

Dr. Osvaldo Artaza Barrios¹

Resumen

El Hospital Luis Calvo Mackenna, establecimiento de la red metropolitana oriente, de referencia nacional para varias enfermedades pediátricas, comenzó un proceso de cambio hace 15 años. En dicho período, donde hubo continuidad de sus políticas internas y en su liderazgo, se han logrado importantes avances, pero también quedan muchos aspectos pendientes. Así como el establecimiento puede exhibir logros, también ha tenido dificultades y serios conflictos que enfrentar. Este artículo desarrolla los hitos más importantes de dicho período y se proponen reflexiones de importancia para el sistema público de atención así como sobre los temas de mayor relevancia que quedan por enfrentar.

Palabras clave: hospital pediátrico; políticas hospitalarias

Abstract

Luis Calvo Mackenna Hospital, member of Metropolitan East Health Network, is a national reference center for pediatrics. It has begun a process of change which by 2008 had completed 15 years. Domestic policies and leadership have been consistent and continuous during this period. Important advances have been achieved, but there are also many pending issues. This paper describes the most important events and the main challenges for the future.

Key words: pediatric hospital; hospital policies

INTRODUCCIÓN

El Hospital Luis Calvo Mackenna, es un centro asistencial pediátrico público, fundado el año 1942, que brinda atenciones de consulta de especialidades, de urgencia y de hospitalización quirúrgica y médica para la red oriente y para todo el país en patologías de alta complejidad. El hospital tiene 19 mil mt² construidos, cuenta con una dotación de 250 camas, de las cuales el 25% corresponde a unidades de cuidado intensivo pediátrico, neonatal, quirúrgico y cardioquirúrgico.

La producción anual alcanza a los 17 mil egresos; 8 mil cirugías mayores, 200 mil consultas ambulatorias. Para ello, cuenta con 1060 funcionarios que corresponden a 21% médicos, 14% otros profesionales, 44% técnicos paramédicos 11% auxiliares, 8% administrativos, y 2% directivos. El 10% de los profesionales, están contratados por una fundación sin fines de lucro (Fundación Aníbal Ariztía, entidad conformada por el propio establecimiento para flexibilizar su gestión).

Recibido el 27 de enero de 2009. Aceptado el 12 de marzo de 2009

¹ Médico, Director del Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago de Chile. Correspondencia a: oartaza@calvomackenna.cl

El presupuesto mensual de operación es de aproximadamente 2,5 millones de dólares, de los cuales el 65% corresponden a remuneraciones y el 35% a bienes y servicios de consumo. Del total de las transferencias estatales un 70% provienen de pagos contra resultado (PPV) y la diferencia a pago histórico. Los ingresos propios, por ventas de servicios a privados, corresponden al 10% de los ingresos totales y son recaudados y administrados por la Fundación Ariztía.

Lo anterior se ha traducido en un hospital público con estabilidad financiera; que ha podido profesionalizar su gestión y autogenerar espacios de autonomía y definición de políticas propias; que en los últimos años ha aumentado la complejidad de su producción, y que ha iniciado numerosos programas y polos de desarrollo innovativos. Tiene el apoyo de una entidad sin fines de lucro cuyo objeto es recaudar aportes privados (Corporación de Amigos del Hospital).

El año 2006 pasó a ser un “Establecimiento Autogestionado en Red”, según la definición de la Ley y luego de un largo proceso de gestión del cambio iniciado el año 1993 (1).

EL COMIENZO DEL PROCESO

Dado los graves problemas de gestión que existían a principios de los noventa, fundamentalmente en el ámbito del recurso humano y otras áreas, la dirección del hospital², a fines de 1993, teniendo como antecedente una jornada de reflexión impulsada por el Servicio de Pediatría, inició un profundo proceso de cambio cuyas directrices fundamentales serían: lograr una organización orientada a la satisfacción del usuario; involucrar a toda la organización en un proceso de cambios (a través de la elaboración de una visión común y “reglas del juego”) y gestionar en forma participativa el proceso a través de una fuerte descentralización interna. Estos objetivos se tradujeron en un Plan Estratégico, en el cual tuvieron

un rol fundamental la capacitación y los cambios de estructura (2).

Hasta el año 1993, el Hospital tenía una dirección no profesional. Como ejemplo, se puede señalar que no existía unidad de recursos humanos, sino tan sólo unas pocas funcionarias que llevaban el registro formal de aspectos administrativos relacionados con leyes laborales y pago de salarios.

La organización era altamente jerárquica y vertical. El director trabajaba aislado, con sólo la colaboración de un Subdirector Médico del cual dependía una veintena de Jefes de Servicios Clínicos y de Unidades de Apoyo, lo que junto a una escasa visión sistémica y de percepción del entorno, explicaba la existencia de “feudos” poco coordinados entre sí, más centrados en el desarrollo de la especialidad que en la satisfacción integral de las necesidades del usuario. Otra consecuencia fue la normalización cultural de fuertes mecanismos informales de comunicación y de toma de decisiones (2).

El Subdirector Administrativo, quién se caracterizaba por una mentalidad generalmente conservadora de las “viejas tradiciones y prácticas de la administración pública” era más un elemento de mantención que de innovación. De él dependían otras 20 jefaturas de secciones administrativas; finanzas, admisión, servicios generales, contabilidad, abastecimiento, farmacia, etcétera, cuyos jefes tenían la percepción –por lo demás correspondiente a la realidad– de no contar con los recursos requeridos para apoyar adecuadamente la labor clínica, junto a graves problemas de comunicación y coordinación con el área médica.

La organización quedaba, así, poco validada, con funciones escasamente definidas, alta conflictualidad, falta de estímulo al trabajo en equipo, y donde la estructura informal se preguntaba si acaso “era necesaria una Dirección”.

Se planteó entonces el objetivo de reorganizar los Servicios y Unidades Clínicas en función de las necesidades y requerimientos de los usuarios, bajo la filosofía de la mejora continua de la calidad y de empoderar a cada unidad como centro de responsabilidad.

Se apreció como prioridad, el revertir la situación de “varios hospitales en uno”, poco coordinados y solidarios

2 El primer Director del período en referencia en el presente artículo, fue el Dr. Julio Montt Vidal (1993-1995), teniendo como subdirector al Dr. Osvaldo Artaza. Éste último, desde 1995 ha estado hasta la fecha como Director con interrupciones, en las que el hospital fue conducido por el Dr. Miguel De La Fuente (1999); Dolores Tohá (2002-2004); y Francisco Ossandón (2005). Desde el 2006, el Dr. Artaza asume a través del Sistema de Alta Dirección Pública. Las personas mencionadas mantuvieron continuidad de objetivos y estabilidad en los equipos. Aspecto esto último, que sin duda ha sido clave en lo desarrollado por el hospital en los últimos años.

entre sí, con un trabajo médico excesivamente centrado en el desarrollo de la especialidad, la tecnología y "la academia" y no en la calidad de los procesos, el uso eficiente de los recursos y la satisfacción del usuario (2).

Una vez iniciada esta primera fase, se estimó fundamental hacer un estudio del clima organizacional, como paso necesario antes de impulsar la generación de un Plan Estratégico de la organización. En esta primera fase se invirtió en capacitación de los miembros de la Dirección de modo de que se transformaran en un equipo de alto rendimiento capaz de definir e impulsar los cambios.

El primer estudio de cambio organizacional se realizó en 1994. Los resultados obtenidos permitieron conocer algunas de las representaciones sociales estabilizadas en los miembros del hospital, las cuales intermediaban su motivación y su conducta laboral. Esto importaba, porque la nueva política implicaba centrar los esfuerzos en la planificación y en los procesos para la gestión participativa.

La Dirección tenía que enfrentar varios desafíos: una mala evaluación general de las jefaturas, relacionada con sus capacidades de gestión y particularmente con la mala comunicación establecida con ellas y entre éstas y su personal; la disposición al cambio estaba claramente entorpecida por la auto percepción de sus funcionarios de estar haciendo muy bien sus propios trabajos, siendo los problemas ajenos a su responsabilidad (autocrítica baja); no se compartían los criterios de satisfacción de usuario al interior de la organización, siendo dos los polos: concepto de paciente v/s concepto de cliente/usuario.

El criterio de satisfacción, cuando se aplica el concepto de "paciente", es casi exclusivamente clínico y técnico; y cuando se aplica el concepto de "cliente/usuario" se incorpora a la persona usuaria como parte de la organización y se brinda una satisfacción integral.

El enfoque del plan se inició con jornadas ampliamente participativas de revisión institucional, en 1994-1995, lo que llevó a concebir una visión y una misión común para el hospital, no sólo desde la dirección sino desde los propios trabajadores. Se viabilizaban así los cambios, que comenzaron por generar enormes incertidumbres en el hospital.

Los resultados de las instancias de participación y concertación desarrolladas, permitieron visualizar en forma compartida la necesidad de la constitución de una Unidad de Recursos Humanos, aspecto recogido en la planificación estratégica del hospital. Este fue uno de los más grandes y complejos desafíos, que tuvo el equipo directivo, ya que se debió enfrentar el "modus operandi" y "status quo" establecido por el personal al interior de la organización. Ello implicaba necesariamente un cambio de mentalidad, donde la participación era fundamental, ya que debían cambiar los marcos o patrones que delimitaban y explicaban el desempeño de la organización (3). La creación de la Unidad (luego Departamento y ahora Subdirección), generó altísima tensión. Los trabajadores se habían forjado la expectativa de una Unidad de reivindicación, tanto así que una funcionaria preguntó por la oficina de "derechos humanos", cuando el objetivo de dicha instancia no era otro que el de asesorar metodológicamente a la estructura de línea. Esto da cuenta de lo que faltaba por avanzar en constituir verdaderos equipos de trabajo con un nuevo estilo de liderazgo. En este contexto, la capacitación orientó a los funcionarios acerca del papel que cumple un área de recursos humanos, amortiguando así las expectativas y demandas que surgían paralelamente al proceso.

En una organización fuertemente informal el rol de la capacitación para potenciar la capacidad de flexibilidad y disposición de cambio frente a las actuales formas y costumbres de funcionamiento es fundamental para lograr el cambio deseado en las unidades "personas" que en último término son las que deciden practicar o no el cambio deseado. En un esfuerzo de gran magnitud, se capacitó simultáneamente a más de un tercio de la organización y ello hizo posible generar la permeación –aunque inicial– al cambio, que se requería para las fases posteriores.

En el diseño de la capacitación estratégica, la unidad de recursos humanos tuvo como pilares fundamentales a considerar: el marco legal, la cultura de la organización y el modelo de centros de responsabilidad al que se pretendía llegar. Estos elementos, especialmente los dos últimos, dieron señales sobre la necesidad de entregar herramientas adecuadas para que cada centro de responsabilidad pudiera manejar su recurso humano en forma descentralizada.

Relevante fue también, el trabajo sostenido para lograr participación activa real de los usuarios. Esto se fue logrando con la consolidación de potentes organizaciones de padres que han sido clave para la relación de la institución con los nuevos usuarios y para recibir permanente retroalimentación sobre nuestros procesos. Actualmente estas agrupaciones, están representadas por una directiva que participa en nuestro Consejo Consultivo. Logros tales como: el programa de visita las 24 horas; la gestión efectiva de reclamos; programas de transición de pacientes crónicos, y muchos otros., se deben a este tipo de debates entre trabajadores y usuarios, con disminución de los niveles de resistencia al cambio.

IMPLEMENTACIÓN DEL CAMBIO

Durante 1995, a todos los funcionarios se les preguntó sobre cómo percibían un hospital “del mañana”, generándose un proceso de discusión de varios meses de duración. complejo. Una vez difundidos y socializados los acuerdos obtenidos, se dieron a conocer públicamente (con la firma de los distintos actores claves de la organización), en un acto solemne (con amplia difusión en los medios de comunicación del país) en que se constituyó el Consejo de Desarrollo (espacio de concertación, en el que participan representantes de la jerarquía, de los trabajadores y de los usuarios) del hospital (4).

El diagnóstico de situación había señalado como debilidades el insuficiente desarrollo de políticas de gestión de recursos humanos; atención centrada en el desarrollo de las especialidades médicas y no en la satisfacción de las necesidades del usuario; sistemas y actitudes de comunicación interna inadecuadas; insuficiente planificación, programación y control de gestión; insuficientes sistemas de recuperación de costos; marco jurídico y organizacional rígido, escasa autonomía y descentralización hospitalaria, baja percepción de entorno, poca capacidad de la organización para adaptarse a un entorno cada vez más exigente por competitividad, eficiencia y flexibilidad.

Como amenazas principales, se apreció las políticas comerciales y de extensión de cobertura de los seguros privados a población de ingresos medios y bajos (que son clientes naturales del hospital) y el clima de desconfianza de los trabajadores de la salud hacia todo lo que signifique cambio, por asociar éste a

“privatización” e inestabilidad laboral. Como fortalezas de nuestra institución se había constatado una imagen pública positiva; el compromiso, persistencia e iniciativa del equipo directivo; la estructuración y desarrollo de sistemas gerenciales; y la capacidad de generar recursos propios por ventas de servicios a terceros.

Como oportunidades se definió la mejoría de la atención primaria y secundaria, junto a un aumento de la población de mejores ingresos en nuestra área geográfica; y la decisión de la autoridad central de salud de impulsar y apoyar el cambio en salud en términos globales.

A continuación, el equipo directivo del año 1996 adelante trabajó junto a algunos líderes de la organización (Jefes clínicos, Departamento de Enfermería) en la implementación del Plan Estratégico.

Uno de los pilares fue el diseño de políticas de calidad institucionales, su difusión y implementación gradual en el establecimiento. En ello, fue esencial contar con una nueva unidad “Servicio Al Cliente” y el compromiso de enfermería y trabajo social, estos últimos, los primeros grupos profesionales en asumir integralmente las tareas de implementación (2).

El primer Plan Estratégico propuso objetivos, metas, responsables y plazos en los diferentes ámbitos de la gestión, poniendo de manifiesto todas las debilidades y condicionantes tanto culturales como de orden jurídico y especialmente la capacidad de la organización de aprovechar oportunidades y de controlar amenazas, tales como, la de haberse constituido, en una “especie de piloto” del cambio en salud (3, 4, 5, 6). Esto nos colocaba “en vitrina” frente a los sectores gremiales y políticos del país, lo cual introducía un elemento serio de tensión adicional.

Alineación del apoyo privado y creación de la Fundación Aníbal Ariztía

A fines de los ochenta, se creó en nuestro establecimiento una Corporación de Amigos (AMICAM), con el objeto de recabar aportes de beneficencia del sector privado. Conscientes del potencial de dicha actividad, el equipo directivo a principios de los noventa, diseñó una estrategia de posicionamiento del establecimiento en la opinión pública, alineada con una profesionalización de la recolección de fondos

por parte de la Corporación, así como un alineamiento entre la voluntad de dicha corporación de apoyar al hospital y la ejecución del plan estratégico de la institución. Estas acciones fueron muy exitosas y de público reconocimiento, lo que permitió: (i) posicionar una marca de excelencia institucional con el efecto interno de prestigio y reconocimiento; (ii) generar infraestructura y equipamiento que posibilitó contar con fuertes incentivos internos.

El año 1995, se iniciaron los trámites para constituir una Fundación denominada Aníbal Ariztía, con el objeto de que a través de la administración del pensionado y otras dependencias que venden servicios a terceros pudiera el establecimiento ganar flexibilidad en su gestión, manejando sus recursos propios sin las rigideces propias de la administración pública. Los importantes aportes recibidos desde la Corporación de Amigos (nuevos pabellones y dependencias) estaba obligando a nuevas contrataciones de profesionales para hacerlas operativas; se veía a la Fundación como una potente herramienta para dichas contrataciones.

En 1997 se procedió, luego de una masiva votación democrática, a elegir el directorio de la fundación, Directorio en el cual participan todos los estamentos del hospital.

La idea inicial despertó muchas desconfianzas de los gremios, como el temor a la privatización, las que trascendieron a los medios de comunicación. Ello obligó a generar espacios de negociación no tan solo locales, sino que también a nivel nacional. El Ministerio debió abrir una comisión negociadora con el Colegio Médico para viabilizar estas iniciativas. Este contexto atrasó la puesta en marcha de dicha entidad, de manera que las contrataciones se hicieron igualmente y en forma irregular desde el punto de vista de las normas del Estatuto Administrativo, lo que generó un sumario administrativo al equipo directivo del hospital.

Dichos contratos luego fueron traspasados a la fundación, cuando ésta estuvo operativa, y recientemente están soportados por las nuevas facultades que la ley otorga al establecimiento. La fundación ganó por licitación la administración de las contrataciones que el establecimiento requiere para el cumplimiento de sus metas asistenciales. En los nueve años que la Fundación lleva de funcionamiento, se ha ido ganando paulatinamente la confianza de los

distintos actores, al contribuir significativamente al desarrollo de proyectos prioritarios.

El sumario mencionado significó que el director debió estar fuera del establecimiento durante un año y fue un revés al proceso que estaba en marcha. El aprendizaje de dicho episodio, es que hubiera sido preferible avanzar más gradualmente respetando las reglas del juego, a la par que se buscaban alternativas sostenibles y cambios legales (lo que finalmente ocurrió). En lo personal, el director del establecimiento comprendió que hay niveles de riesgo que no son aconsejables para los procesos de cambio y que hay "formalidades" que humildemente hay que cumplir, y que el límite entre las "audacia innovadora" y la "imprudencia", no siempre es fácil de identificar, por lo que se hace fundamental mejorar las capacidades de observación y escucha ante situaciones de alta tensión y riesgo institucional.

Capacitación de apoyo a la estrategia

La capacitación de apoyo a la estrategia se centró principalmente en reforzar la implementación de cuatro áreas estratégicas fundamentales: el área de recursos humanos, el Servicio de Atención al Cliente, los centros de responsabilidad y la calidad. Estas materias significaban entrar en un terreno de posibles conflictos.

Dentro de este marco, se diseñó un plan de capacitación específica en las áreas de: trabajo en equipo, para los médicos con manejo de recurso humanos; nuevos estilos de liderazgo, para toda la línea de supervisión del hospital; administración del tiempo, para jefes de centros de responsabilidad; mejoramiento continuo de la calidad, etc. Para el personal administrativo se ha diseñado una nivelación y profesionalización en esta área, que es fundamental para la modernización de la gestión.

Con el fin de llegar a la estructura informal más resistente al cambio se diseñó un programa de capacitación orientado a nuestros líderes informales (gremios o sindicatos) en materias de Relaciones Laborales y Modernización del Estado, de modo de entregar nuevos elementos de juicio para una participación gremial más constructiva.

Dadas las dificultades crecientes del personal para asistir a clases presenciales, la capacitación se sostiene mediante sistemas de auto aprendizaje. Y así como

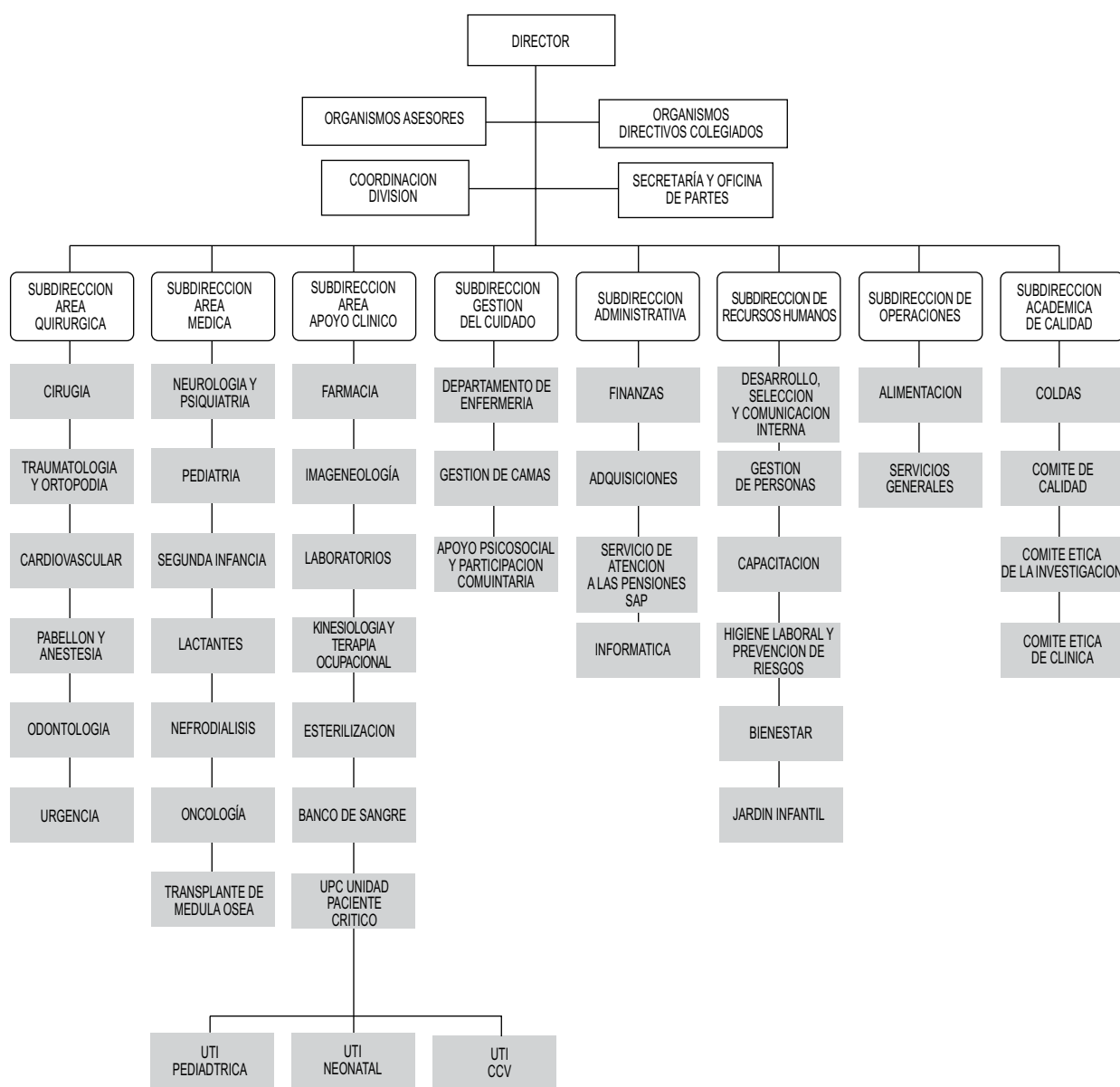
se han requerido cambios metodológicos, los ejes temáticos han incorporado ámbitos emergentes, tales como: burn-out; género; buenas prácticas laborales; gestión del cambio.

Cambios estructurales

Luego de la reestructuración de los Servicios Clínicos y de la creación del Departamento de Enfermería (hoy Subdirección de Gestión de los Cuidados), tendientes a la implementación de los Centros de Responsabilidad, se tomó la decisión de modificar la Subdirección Médica, denominándola División de Gestión Clínica.

Esta última está conformada por cinco subdirecciones (Médica; Quirúrgica; Apoyo del Cuidado; Académica y Calidad) y coordinada por una persona responsable de gestión clínica. De dicha División dependen los centros de responsabilidad y los comités técnicos, donde se toman las decisiones acerca de nuevos polos de desarrollo, inversiones en equipamiento, introducción de tecnología, etc. Se relacionan con esta gerencia la subdirección administrativa (finanzas y operaciones) y la subdirección de recursos humanos, cuyo objeto es apoyar una adecuada gestión del recurso humano en cada centro de responsabilidad (Figura 1).

Figura 1
Organigrama actual



El Director del hospital, es quien tiene la responsabilidad de mantener y liderar el proceso de cambios. A su lado tiene algunas estructuras de gran importancia: el Consejo de Usuarios (que sucedió al Consejo de Desarrollo); la OIRS, que tiene múltiples funciones de gran importancia en reorientar a la organización hacia el usuario - la principal es utilizar al reclamo como fuente de mejora de procesos; y la Unidad de Estudios y Control de Gestión del hospital. Esta última tiene como objetivo dar apoyo multiprofesional en la implementación, monitoreo y evaluación del plan estratégico. Actualmente, como producto de la reforma, se agregó una Unidad de Auditoría dependiente directamente del director del establecimiento

Consolidación del proceso

De 1998 a la fecha, el proceso ha estado en fases de consolidación, realizándose en los años 2001 y 2007 nuevos estudios de clima organizacional, que señalaron como puntos importantes el reconocimiento de las jefaturas y la relación con ellas. En el año 2005 se hizo una reformulación del Plan Estratégico 2005-2010. Los años 2002 a 2005 estuvieron marcados por las repercusiones al interior del establecimiento del debate asociado a la tramitación parlamentaria de los proyectos de ley sobre reforma a la salud y particularmente a los cambios que ésta conlleva en el ámbito hospitalario. Acreditarse como uno de los primeros hospitales de "autogestión" fué la prioridad en el período 2006/2007.

Una vez alcanzada la categoría de "autogestión en red", el establecimiento ha estado concentrado en: 1. Mejora de sus procesos tanto asistenciales como administrativos. 2. Definición e implementación del proyecto "Calvo Mackenna del 2012", el cual alinea en un solo concepto tres líneas de trabajo: (i) nuestro estudio de pre-inversión (EPH), con énfasis en las mejoras de proceso que la construcción participativa del estudio va generando, las cuales se resumen en la declaración de que "más que un nuevo edificio, nos importa que nosotros seamos mejores personas y nuestros servicios sean de excelencia"; (ii) la construcción de interacciones de calidad entre nuestros trabajadores; entre trabajadores y usuarios; y entre nuestra organización y el entorno, en una lógica de redes efectivas de cooperación, con la instalación de una filosofía de "Hospital Amigable"; y (iii), en la renovación tecnológica, particularmente mejoras del manejo de información.

En una jornada participativa, en diciembre del 2008, se volvió sobre las decisiones esenciales que generaban consenso en todos los estamentos del hospital, con participación de otros actores relevantes tales como nuestras agrupaciones de usuarios, entidades colaboradoras y representantes de nuestra red asistencial, entre otros.

En dicha jornada, se refrendó nuestra vocación de hospital inserto en una red pública tanto territorial como de carácter nacional; nuestra vocación por la alta complejidad; la decisión de convencer y concordar con nuestras autoridades; el avance gradual hacia hacernos cargo de la adolescencia (actualmente sólo atendemos a niños y niñas hasta los 14 años y 11 meses), para lo que tendremos que hacer grandes adecuaciones de infraestructura, tecnología y particularmente de nuestras competencias profesionales; y finalmente la decisión de hacernos responsables de la docencia y la investigación como pilares estratégicos del desarrollo futuro de nuestra institución (a la fecha, estos temas son desarrollados por instituciones externas –Universidades– como temas "anexos o complementarios".

Las últimas auditorías de autogestión nos han dado un alto puntaje; en la del 2008 obtuvimos un puntaje máximo, lo que no se condice con la debilidad de muchos de nuestros procesos que obviamente deben continuar mejorando. Por tanto, ha surgido la necesidad de aplicar instrumentos complementarios que nos ayuden a identificar nuestras necesidades de mejora. En ese sentido, hemos estado explorando la aplicación de la pauta de auto evaluación de Situación Gerencial de la Empresa Actual (SIGA) de Chile Calidad (Centro Nacional de la Productividad y Calidad).

Los principales aspectos actuales

Los Centros de Responsabilidad (CR) tienen como objetivo generar descentralización interna y por tanto acercar la toma de decisiones a los propios equipos clínicos. Se definieron en el año 1995; a continuación se inició un sistema de información periódica sobre metas y presupuesto basado en el *winsig* (sistema de información gerencial) y desde el 2005 se suscriben formalmente compromisos de gestión internos. Progresivamente se ha ido mejorando la calidad de la información que se entrega a los jefes de centro, así como la calidad del diseño de los compromisos. También se ha ido ganando en

cuanto al involucramiento de los equipos clínicos en temas de gestión. Lo que aún es deficitario es el nivel de cooperación entre centros (aún no superamos suficientemente la cultura de “feudos”), y aún es insuficiente la capacidad de los centros de mirar más allá de los límites de sus propias necesidades derivadas de la ultra especialización.

El rol de enfermería versus el rol del médico en la gestión de los CR ha generado cierto nivel de conflicto. Por una parte los médicos reconocen que “dejaron el campo de la gestión a enfermería” y tienen la expectativa de “recuperar terreno”, y por otra parte lamentan que las enfermeras hoy “sólo se dedican a administrar y ya no nos acompañan a la visita como antes”. Sin duda en esa suerte de disputa, hay una tremenda oportunidad y así estamos intentando tomarla. Se debe reconocer la responsabilidad que ha ido adquiriendo enfermería en la gestión, así como apoyar al médico en su reciente –y esencial– interés en asumir más responsabilidades en ese ámbito, junto a fortalecer los roles técnicos específicos de enfermería clínica en equipo con los médicos y otros profesionales en la mirada multiprofesional que requieren nuestros cada vez más complejos pacientes. Seguiremos construyendo, en forma consensuada, nuestro modelo de gestión, clarificando roles en la gestión del cuidado y de la clínica, en un contexto de cooperación eficaz y eficiente en estos “temas de frontera”.

Para el desarrollo de los CR ha sido clave: i) contar con una unidad de estudios y control de gestión que genera información a los jefes de CR; ii) la capacitación continua en gerencia a quienes tienen cargos de relevancia; iii) el poder paulatinamente –aprovechando los concursos de jefaturas de servicio clínico– ir ajustando los CR a los jefes clínicos, a los cuales se les exigió competencias de gestión (el reglamento de concurso del SSMO da puntaje a la formación acreditada en gestión); y iv) la comprensión de la necesidad de gradualidad de los procesos y de la necesidad de mucha participación. La reciente instalación de la metodología de Grupos Relacionados de Diagnósticos –GRD– nos ofrece una potente herramienta para la gestión clínica, así como un nuevo elemento para abogar por nuestro financiamiento.

Con respecto a hacer del hospital una institución más amigable, ha sido muy importante contar con políticas de calidad y con líderes importantes fuertemente comprometidos con dicho ámbito. Así se desarrollaron,

desde mediados de los noventa, iniciativas como la biblioteca del niño; la escuela para niños crónicos; un programa de visitas extensivas y muchas otras, que facilitaron la instalación gradual del acompañamiento de los padres 24 horas en el establecimiento y un integral apoyo psicosocial a nuestros usuarios. Para ello fue esencial el importante nivel de organización que tienen las agrupaciones de usuarios en el hospital, lo que ha permitido una fecunda interacción con dichas organizaciones. Recientemente culminó, tras un largo proceso de participación, entre trabajadores del hospital y usuarios, el diseño de una Carta de Derechos y Deberes del Usuario del establecimiento con su reglamento.

Se organizó la Subdirección de Recursos Humanos, que tiene áreas de “gestión del personal”, “desarrollo organizacional”, y “bienestar”. La construcción participativa, con intensos debates, de un decálogo de “buenas prácticas laborales” ha sido un hito relevante en un largo proceso de intervención sobre el clima organizacional al interior del establecimiento. Se ha iniciado un fuerte programa de adiestramiento de las jefaturas del establecimiento para consolidar un estilo de liderazgo alineado a nuestros objetivos de largo plazo.

La atención progresiva y la ambulatorización fueron bien recibidas en el ámbito quirúrgico, pudiéndose crear gradualmente un Bloque Quirúrgico con gestión centralizada de las camas. En el área pediátrica médica este proceso ha sido muy lento, siendo un primer hito que la especialidad broncopulmonar dejara de tener camas propias; pero todavía la especialidad de oncología sigue teniendo camas propias y existe aún una separación por grupo etario (lactantes y segunda infancia), pensándose generar aquí, como primer paso, una sala de pre-alta común.

La historia del establecimiento llevó a generar tres unidades de cuidados intensivos independientes (pediátrica, neonatal y cardiovascular). Hoy tenemos coordinaciones entre ellas a nivel de enfermería y de jefatura médica. En el actual proyecto UPC, se avanza significativamente al plantearse un intermedio común y áreas de administración y soporte compartidas.

Ha habido avances sustantivos en el ámbito de la ambulatorización. En el área pediátrica médica ha sido clave la disposición de las especialidades de no tomar “la cama como centro” de su quehacer, independientemente de que aún falte mucho para

integrar nuestros procesos asistenciales a la Atención Primaria, así como para mejorar nuestra comunicación e interacción con los centros hospitalarios que nos derivan pacientes. Interesante será el desarrollo de un área de Hospital de Día Oncológico y de trasplante de médula ósea con un modelo muy innovador, en las dependencias que ocupaba la Corporación "Salvémosle el Corazón al Niño". En el área quirúrgica el avance en este sentido ha sido notable. Actualmente el 60% de las cirugías mayores son ambulatorias, porcentaje que probablemente mejore con la construcción de un nuevo edificio por nuestra Corporación de Amigos (3500 metros cuadrados), donde se instalará el nuevo hospital de día quirúrgico. Lo interesante, será lograr integrar transversalmente estas potentes iniciativas, de forma que la atención de urgencia, la atención del consultorio externo y estos nuevos desarrollos se armonicen entre sí y a su vez estén adecuadamente integrados con la atención cerrada.

Los aciertos

Han sido evidentes aciertos: i) la continuidad en los equipos directivos, lo que ha posibilitado alinear progresivamente a la institución; ii) haber contado con una Dirección de Servicio que muy tempranamente (año 1996) delegó ampliamente facultades a los establecimientos del Servicio de Salud, lo que permitió ir desplegando competencias en gestión interna y dejó en mejor pie a dichos establecimientos para acceder luego a la autogestión en red; iii) haber obtenido una creciente aplanamiento de la estructura de la organización, que ha permitido delegar responsabilidades y ampliar el "equipo directivo"; iv) haber invertido en profesionalizar las áreas de apoyo logístico, de administración y finanzas y particularmente la de recursos humanos; v) haber comprendido la importancia y potencial de la ayuda de nuestra Corporación de Amigos y el haber tenido la visión de manejar las ganancias en gestión a través de la Fundación Aníbal Ariztía; vi) el fuerte trabajo con las agrupaciones de padres y las competencias adquiridas en el ámbito de la calidad; vii) la inversión sostenida en capacitación en gestión, calidad y trabajo en equipo, entre otros tópicos que han permitido ir generando un cambio cultural.

Los aciertos señalados, nos han permitido, además de estar entre los primeros establecimientos en alcanzar la categoría de "autogestionados en red", el mantener un buen nivel de producción asistencial con complejidad

creciente, lo que hemos podido comprobar a través de la recientemente introducida metodología de los Grupos Relacionados de Diagnóstico, con estabilidad financiera, y con la posibilidad de generar políticas propias en el ámbito del recurso humano y de canalizar aportes no estatales en el ámbito de la infraestructura y la renovación tecnológica.

En el trabajo con entidades privadas ha habido aspectos "de dulce y de agraz". Cuando los roles y misiones de las instituciones involucradas han estado claras, se han actualizado periódicamente los compromisos, se ha evaluado el trabajo conjunto, y sobre todo, se ha puesto por delante el "bien común" (los beneficiarios del sistema público), la relación ha sido de crecimiento y muy enriquecedora. Esto ha sido la experiencia con nuestra Corporación de Amigos AMICAM y con nuestro gran colaborador en la asistencia y la investigación, el hospital Saint Jude de Memphis. En un nivel intermedio, ha estado la experiencia con nuestra Fundación Aníbal Ariztía: a pesar de los grandes beneficios que nos ha reportado en gestión, nos ha implicado también grandes esfuerzos en adecuar su estructura y sus competencias a las crecientes demandas que el hospital le ha ido haciendo. Al respecto hay que señalar como experiencia, que es muy fácil que estas entidades creadas por un hospital público para apoyar su gestión, de alguna manera repliquen los defectos y fragilidades de nuestros procesos tradicionales. Para esto último hay que estar permanentemente en alerta. En ello, nos ha sido clave el contar con una unidad de Auditoría muy profesional y un equipo jurídico sólido. Finalmente, como experiencia dolorosa podemos señalar nuestro fracaso con la Corporación "Salvémosle el Corazón al Niño". Allí se produjo imperceptiblemente y a pesar de la buena voluntad de los involucrados, una divergencia entre los intereses de las partes. Cuando se quiso corregir el evidente desencuentro ya era demasiado tarde. Mientras hubo una larga lista de espera, dicha corporación fue clave para colaborar con el hospital en su programa de cirugía cardíaca. La relación contractual entre las partes era funcional a dicha realidad y cientos de niños se beneficiaron de ello. Cuando el contexto cambió, por la entrada en vigencia del AUGE y la entrada de nuevos prestadores, se evidenciaron problemas que pudieron haberse resuelto sólo de haberse anticipado. La falta, en este caso, de capacidad de anticipación y de adaptación,

culminó con un quiebre de la relación de cooperación en vez de un cambio adaptativo.

Lo pendiente

Uno de los desafíos consiste en mejorar la capacidad de trabajar en red entre los distintos centros de responsabilidad.

En relación a nuestro Servicio de Salud, dada la fuerte vocación institucional a la alta especialización, se tiende a visualizar más a los pacientes complejos que vienen de fuera de nuestra red territorial, que a los pacientes que nos provienen de la Atención Primaria o desde el Servicio de Urgencia. Por otra parte, la relación entre los equipos directivos del establecimiento y de la Dirección de Servicio ha estado tensionada por la fuerte tendencia del hospital a maximizar sus propias necesidades versus la comprensible lógica de la Dirección de Servicio de velar por “el todo más que por las partes”. A esto se suma la importante capacidad de lobby que el hospital ha generado a distintos niveles, lo que complica las confianzas con el resto de la red local. Alcanzada la autogestión, se constituye en un hecho esencial revertir dificultades de interacción con la red, para cumplir así cabalmente con los objetivos de la reforma.

En cuanto a la calidad de nuestros procesos asistenciales nos falta avanzar en: continuar protocolizando nuestra práctica; mejorar la interacción con las unidades de apoyo; mejorar el soporte informático en gestión clínica; y, sobre todo en avanzar en instalar prácticas que nos permitan aún mejores estándares en seguridad del paciente.

Los médicos han sido, en general, el grupo profesional donde ha habido mayor dificultad para el proceso de cambios. Los primeros en comprometerse en el proceso fueron los jefes de servicio, luego de importantes esfuerzos en capacitación. Luego los jefes de unidad y finalmente los demás médicos en forma parcial. Dentro del grupo médico sin responsabilidades de gestión que se han ido abriendo al proceso de cambios están aquellos cuyas especialidades fueron siendo incorporadas a mecanismos de pago asociados a resultados o “Pago por Prestaciones Valoradas –PPV”, ya que se generaron incentivos percibidos como importantes para esos grupos, particularmente en mejoras de infraestructura y tecnología. Persiste un grupo de médicos, que aún resisten el cambio y cuya disconformidad se manifiesta en una menor

motivación, o en falta de colaboración en aspectos administrativos –como es el caso de algunos requerimientos del AUGE– y en no contribuir a sus equipos más allá del mínimo exigido por sus pares. Sin duda, que es responsabilidad de la organización el buscar “una manera de hacer las cosas” que permita alinear las necesidades de dichos profesionales con los objetivos institucionales (7). Éste es uno de los desafíos pendientes de mayor relevancia. Habrá que compensar las percepciones de “pérdida” que éstos tienen, en términos de la autonomía profesional, del reconocimiento social, y del poder tradicional con respecto al resto del equipo de salud y al usuario. Por el contrario, grupos asociados a especialidades en fuerte desarrollo en nuestro establecimiento, tales como cirugía de avanzada, oncología y trasplantes, están en una disposición claramente distinta y mucho más permeables a los nuevos requerimientos.

En los últimos años, por nuestra cercanía con las grandes clínicas privadas, hemos vivido la amenaza permanente de pérdida de enfermeras (el año 2008 un 18% de nuestras enfermeras migraron al sector privado) y actualmente de médicos, dada la política de algunas de estas clínicas de exigir dedicación exclusiva. Lo anterior, requiere del hospital contar con políticas de retención de nuestros profesionales, las cuales no son fáciles de sostener por nuestras limitaciones de recursos.

A pesar de nuestros avances, nos asombra la debilidad que persiste en muchos de nuestros procesos administrativos y clínicos: falta de estandarización y de mecanismos constantes de evaluación y control. Muy recientemente se ha comenzado a instalar el concepto de “seguridad del paciente” y de “cultura de aprendizaje desde el error”. Como siempre, las primeras en adquirir dichos conceptos han sido las enfermeras y mucho más atrás lo están comenzando a hacer nuestros grupos médicos.

Un desafío aún pendiente, es resolver adecuadamente la ecuación asistencia/docencia/investigación. Nos hemos dicho históricamente que somos un hospital asistencial y docente, pero en la práctica dichos ámbitos fluyen desvinculados. Es más, el hospital actúa pasivamente como campo clínico de terceros, sin haber alineamiento entre los intereses de las partes. Nuestro objetivo de mediano plazo es establecer nuestros propios objetivos en la docencia (especialmente del postgrado) y en la investigación,

relacionados con nuestros polos de desarrollo y nuestro posicionamiento en las redes públicas nacionales de la pediatría y la adolescencia, y dados dichos objetivos, establecer alianzas con las instituciones formadoras y que financian la investigación. En este ámbito tenemos grandes sueños que hacer realidad en el próximo tiempo.

El establecimiento ha crecido muy inorgánicamente, tanto por el impulso individual de algunos líderes, así como por los polos de desarrollo que no han incluido en su crecimiento a las áreas de apoyo. El importante apoyo que la Corporación de Amigos nos ha ido dando, se ha materializado sin que hubiera previamente un plan maestro de desarrollo institucional. Esperamos mejorar la desarmonía del establecimiento a través del proyecto de normalización –EPH– recientemente iniciado, con el objeto de generar un hospital sostenible y coherente con las necesidades actuales y futuras de nuestra red tanto local como nacional.

Un gran tema pendiente, es asumir plenamente al adolescente, tanto en sus necesidades ambulatorias como de hospitalización. Otro tema es avanzar en consolidar nuestros programas de transición de los pacientes crónicos a sus hospitales de origen.

Comentarios Finales

El hospital Luis Calvo Mackenna, inició, años antes de la reforma de la salud, un proceso de cambio organizacional, que se centró en: (i) Reestructurar la organización y cambiar su “cultura”; (ii) Profesionalizar su gestión; (iii) Lograr estabilidad financiera para sustentar mayor producción sin endeudamiento; y (iii) Potenciar el trabajo colaborativo con el sector privado y la comunidad a través de fundaciones sin fines de lucro. En este último aspecto, fue fundamental la cuantía y continuidad del liderazgo ejercido y el esfuerzo de capacitación como instrumento de facilitación de la estrategia –tanto es así– que donde más se invirtió en capacitación, junto a condiciones de infraestructura y tecnología, más se pudo avanzar en consolidar fases del proceso.

La evaluación del proceso, a 15 años de iniciado, nos permite constatar una significativa mejoría en la gestión de los recursos, lo que se manifiesta en una mejor capacidad de sostener la creciente complejidad de nuestros productos intermedios y finales, y en la capacidad de administrar proyectos de expansión,

todos ellos, progresivamente orientados a resolver demandas relevantes de los usuarios.

Asimismo, se ha avanzado en introducir trabajo participativo y descentralizado a nivel de diferentes áreas lo que se constituyó en una excelente base para la implementación de centros de responsabilidad. Esto no ha estado exento de un alto costo, en conflictos. Pero, lo que es más importante, se han logrado claros avances en permear la organización al cambio, introduciendo conceptos como calidad, contención de costos, trabajo en equipo, y el comprometer a muchos en una apuesta concertada: que es posible lograr un hospital público eficiente al servicio de los más pobres.

Por lo anterior, no es de extrañar, que aplicada la pauta de evaluación nacional para medir las competencias organizacionales de los hospitales públicos chilenos para acreditar como hospital de autogestión, el hospital Luis Calvo Mackenna, haya sido uno de los tres establecimientos que iniciaran el proceso de autogestión durante el año 2006. Este hecho, nos debe exigir esforzarnos aún más, para seguir mejorando nuestros procesos tanto asistenciales, como administrativos, donde aún tenemos debilidades muy significativas. Ya que la búsqueda de la excelencia no permite conformismos de ninguna índole.

Referencias

1. Artaza O., Castillo R., Fábrega R., Quinteros M. *Gestión del Cambio: Presentación de dos casos chilenos. Gestión Hospitalaria 4ª Edición* Editorial McGraw-Hill Madrid 2007. pág. 519-529
2. Artaza O. y cols. “La calidad y la satisfacción usuaria, pilares estratégicos del cambio”. *Cuadernos Médico Sociales (Chile) 1997; 38(3): 41-47*
3. Artaza O., Montt J., Vásquez C., “Estructura y Recursos Humanos en un Hospital Público Chileno: una experiencia de cambio”. *Revista Panamericana de la Salud Pública OPS 1997; 5: 342-351*
4. Artaza O. y cols. “¿Cómo preparar a una organización pública para funcionar en un modelo de “Autogestión y satisfacción usuaria?”. *Cuadernos Médico Sociales (Chile) 1997; 38 (3): 28-37*
5. Artaza O. y cols. “Buscando la Excelencia: Autogestión Clínica en la Atención Hospitalaria”. *Cuadernos Médico Sociales (Chile) 1997; 38 (3): 54-59*
6. “La Transformación de los Hospitales en América Latina y el Caribe” Organización Panamericana de la Salud. Washington 2000
7. Informe Desarrollo Humano PNUD 2009 “Las maneras de hacer las cosas”

Un programa para recuperar y mejorar el aporte de los médicos en la Atención Primaria de Salud

A programme for the recovery and improvement of physicians' contribution to primary health care

Dr. Carlos Montoya-Aguilar¹
Dr. Manuel Ipinza Riveros²

Resumen

Antecedentes: Chile reconoce la importancia de la atención primaria de salud (APS) y ha hecho progresos en su implementación. Sin embargo, persiste el problema de la falta de motivación de los egresados de las Escuelas de Medicina por participar en la APS y permanecer ahí. Un factor es la limitación que significa estar en el ámbito municipal, en comparación con el cauce amplio del sistema hospitalario y las posibilidades de especialización. Consecuencias: en la APS hay un déficit cuantitativo de médicos, una alta rotación de ellos y una baja resolutivez. Resulta un exceso de consultas en servicios de urgencia y un problema de insatisfacción de la población. Un camino de solución: desde el año 2007, el Ministerio de Salud, en conjunto con la Universidad de Chile, ha puesto en marcha el Programa de Especialistas Básicos para la APS urbana, que se basa en experiencias nacionales anteriores. Se describe este programa con sus ventajas y reducido costo. La experiencia inicial es alentadora.

Palabras clave: atención primaria; especialistas básicos; resolutivez; modelo de atención integral de salud; carrera profesional médica

Abstract

Background: Chile recognizes the importance of Primary Health Care (PHC) and advances have been accomplished in this field. Nevertheless there is a lack of interest of medical graduates in entering PHC activities and staying there. One reason for this is the restriction resulting from full time work within the municipal administration of the PHC clinics, in comparison with the mainstream of the hospital system, with its possibilities for specialization. Consequences: in PHC there is a quantitative deficit and a revolving door of doctors and clinical effectiveness is low. This results in an excessive utilization of emergency departments and in a degree of dissatisfaction among the population.

A scheme for improvement: Starting in 2007, the Ministry of Health, jointly with the University of Chile is implementing the "Programme of Basic Specialists for Urban PHC", which is based on previous national experience. The Programme is here described, with an analysis of its cost and advantages. The results so far are encouraging.

Key words: primary health care; basic specialties; effectiveness; comprehensive health care model; medical professional career

Recibido el 04 de marzo de 2009. Aceptado el 12 de marzo de 2009

1 Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile. Asesor Departamento de Estudios, Ministerio de Salud. Correspondencia a: cmontoya@minsal.cl

2 Profesor de Salud Pública, Universidad de Chile. Coordinador General del Programa de Especialistas Básicos para la APS Urbana.

INTRODUCCIÓN

¿Cuántos médicos **hay** en Chile y dónde y de qué tipos? ¿Cuántos **necesitamos** y dónde y de qué tipos?

¿Existe una norma? En general, NO. Pero en particular, para Chile, hay que distinguir hoy día entre dos partes del Sistema Público de Atención: los hospitales y la atención primaria (APS).

En los hospitales y servicios de urgencia la respuesta es, con excepción del caso de la medicina intensiva de adultos (1): que no sabemos, y ello por dos razones principales: a) porque no lo hemos investigado (lo que podría haber llevado a una respuesta empírica) y b) porque la necesidad a este nivel depende esencialmente del otro nivel. Una buena capacidad resolutive en la primera línea reduciría la demanda de personal en los hospitales y urgencias y también cambiaría la estructura de esta demanda. Lo mismo se lograría con una relación fluida de continuidad entre los dos niveles.

En la Atención Primaria sí tenemos respuesta. Pero antes ¿qué es la APS?

Es oportuno preguntarlo, porque hace casi exactamente 30 años que el mundo buscó y se dio una buena respuesta. Está en la Declaración de Alma Ata, 1978 (2, 3). Define a la APS con los siguientes términos:

“La atención primaria es el cuidado esencial de la salud que se basa en métodos y tecnologías científicas y socialmente aceptables, y que está universalmente accesible para los individuos y familias en la comunidad a través de su plena participación y a un costo alcanzable para cada sociedad en cada etapa de su desarrollo, en un espíritu de autonomía y de autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema de salud nacional, del cual es la función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico del país. Es el nivel de primer contacto de las personas, familias y comunidad con el sistema nacional de atención de la salud...” “Descansa, en todo nivel, en los trabajadores de salud...apropiadamente formados en lo social y en lo técnico para trabajar como equipo y responder a las necesidades de salud de la comunidad”.

La Declaración es a) una filosofía de la atención y b) la definición de un nivel dentro del Sistema de

Atención de Salud. El concepto sigue siendo válido. Pero en Chile estaba vigente en la profesión médica y en los dirigentes sociales desde la creación del Departamento Médico de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, del Consejo Nacional de Higiene, del Ministerio de Salud y del Código Sanitario, desde la década de 1920: hace 80 años (4).

La norma chilena dice que debe haber un médico de APS cada 3 000 habitantes, que entregue en promedio 9 000 consultas al año, además de otras prestaciones como visitas domiciliarias, educación sanitaria y diálogo con otros sectores pertinentes (5). Debido a la dicotomía entre sectores público y privado, esto se convierte a: un médico por cada 3 000 habitantes “inscritos en los Consultorios y validados por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa)”. Pero en el terreno y en las comunas pobres, es difícil hacer la distinción. La medicina es una sola. (De todos modos, en la mayoría de las comunas los inscritos son el 80% o más de la población).

Cantidad aparte, deberían tener la cualidad de poder resolver la gran mayoría de las necesidades que se presentan, así como tener un vínculo fluido con el hospital y una conciencia clara del sistema (su sistema) y de la población y territorio que atienden; de sus problemas de salud y de las causas de estos problemas, y de cuanto cuestan los problemas y las soluciones. Deben poder programar y hacer el seguimiento de sus acciones. Estas características y otras se resumen en una idea: el modelo de atención que la sociedad decide y puede darse. En Chile se llama **atención integral de salud** (6, 8).

Hoy, en Chile, falta una parte de los médicos de APS que la norma indica. Esta insuficiencia cuantitativa determina una insuficiencia de calidad, que repercute en falta de equidad y de efectividad. Y el déficit sería mayor si muchos de los cargos no estuvieran ocupados por médicos extranjeros (9).

Las cifras:

En los establecimientos públicos del nivel primario de atención hay en Chile, en 2008, 126.848 horas médicas contratadas, es decir, 2.883 equivalentes de jornada completa. La población beneficiaria ascendía, el 31 de diciembre de 2007, a 11.740.688 personas. El cumplimiento de la norma mencionada, de 3,3 jornadas por 10 000 personas, hubiera requerido de la presencia de 3.874 médicos. El déficit respecto

a la norma, a nivel nacional, era, por lo tanto, de 991 médicos, o 34% de los existentes o 26,5% de la cantidad normalizada (11, 12).

Desde 2007 está en vigencia el "Programa de Especialistas Básicos para la APS", que se describe más adelante, y que está dirigido a resolver el déficit de médicos en las nueve grandes conurbaciones del país, desde Antofagasta hasta Puerto Montt, pasando por La Serena-Coquimbo, Valparaíso-Viña del Mar, Santiago, Talca, Concepción-Talcahuano-Chillán, Temuco y Valdivia. Se trata de los lugares donde hay gran concentración poblacional y, además, Facultades de Medicina que actualmente o en un futuro próximo pueden ofrecer cupos de formación acreditada en las cuatro especialidades básicas que el programa contempla: Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia-Ginecología y Psiquiatría. Una proyección al año 2008 indica que la población beneficiaria del sistema público de atención, en los nueve conglomerados, alcanza a 6.341.000 personas. El número actual de médicos (equivalentes de jornada completa) en los consultorios de APS de dichos lugares es 1.855, es decir, corresponde a un promedio de 2,93 jornadas por 10.000 beneficiarios. Para llegar a la norma vigente, faltan 0,37 jornadas por 10.000 beneficiarios, es decir, 235 médicos para las 9 conurbaciones. Además debe considerarse que, de los médicos que hay, una alta proporción, estimada en un 40%, es decir, 742 jornadas, son extranjeros. Esta estimación es consistente con el dato de que, en 2007, había 986 médicos extranjeros en los consultorios de atención primaria de Chile (9).

Explicaciones del déficit

¿Por qué este déficit de cerca de mil médicos chilenos en la APS de las grandes ciudades? En las palabras de todos los decanos de las Facultades de Medicina, y de todos los que conocen la situación, los egresados chilenos no se interesan –o parecen no interesarse– en ir a los Consultorios de APS de las grandes comunas urbanas pobres (13, 14). Para ello hay varios factores:

a. En 1981 se inició el paso de la administración de los consultorios desde los Servicios de Salud a las Municipalidades. La transición se selló en 1995 con la promulgación del Estatuto de Atención Municipal. En su forma actual, el Estatuto coloca a los médicos de la APS, como médicos generales, en una vía cerrada respecto a su carrera profesional.

Desde hace varias generaciones, la cultura de los médicos chilenos incluye la aspiración a ingresar al trabajo hospitalario y a la especialización, y así ocurría antes de que se completara el proceso de municipalización de la salud (7, 8, 15). La situación que se generó expone a los médicos a situaciones de tensión, con pérdida de autonomía clínica y de estabilidad laboral. También ha empobrecido su relación con los pacientes y la población (16).

- b. Ha faltado claridad en la política de personal. Entre otras cosas, se han adoptado modelos extranjeros, como, por ejemplo, el del práctico general inglés, modelo que está siendo superado en el país de origen desde los años 90. (17, 18, 19, 20, 21).
- c. La formación de pre-grado, en algunas grandes Escuelas de Medicina, pone todo el énfasis en la experiencia intra-hospitalaria y ello ha sido difícil de cambiar, más bien por el hábito y la inercia organizacional que por una incomprensión de los docentes clínicos.
- d. Un factor de orden general es la debilidad del pensamiento y del sentido de Salud Pública en todos los niveles del sistema.

Consecuencias del déficit

- a. Poca atención en la primera línea. Y mucha (proporcionalmente) en la urgencia y en el hospital (1, 9).
- b. Poca prevención y promoción de salud. No hay vinculación intersectorial proactiva, intencionada en beneficio de la salud.
- c. Hay una articulación muy precaria entre el nivel primario y el nivel hospitalario del sistema de atención. No funciona el sistema (la red) como tal. Ello implica una ruptura en la continuidad de la atención de las personas
- d. Mucha rotación de los médicos; sólo meses en sus cargos de los consultorios (en promedio).
- e. Mucha derivación de problemas no resueltos desde el consultorio al Hospital o al Centro de Referencia (CRS)
- f. También pierde sentido el trabajo en el hospital, porque no hay sistema y porque no se pueden planificar las acciones en función de las verdaderas necesidades y de su capacidad; el paciente cae en una tierra de nadie.

Otras dimensiones del problema

Hay que examinar la validez de la norma cuantitativa mencionada.

Aún en aquellos pocos Servicios de Salud en cuyos municipios se está cerca de cumplir o se sobrepasa la norma cuantitativa de 145 horas semanales (3,3 jornadas), como son los del Occidente, Oriente y Sur de la Región Metropolitana y el de Valparaíso, los médicos siguen siendo "agentes externos" y no participan en la planificación local ni en las acciones de prevención, de trabajo en terreno, en equipo, con la comunidad y con los otros sectores pertinentes; son utilizados como técnicos para despachar la "morbilidad", es decir, para ocuparse de una demanda numérica e impersonal.

En segundo lugar, las atenciones médicas de APS registradas por el Ministerio de Salud alcanzaban en el año 2007 a un promedio de sólo 1,43 por beneficiario (dato preliminar), lo cual es inferior a las necesidades y a la demanda, como lo prueba la elevada y creciente utilización de los Servicios de Urgencia. Por otra parte, la concentración de consultas que se observa debe evaluarse a la luz del rendimiento registrado, que es de no más de tres consultas por hora contratada (12).

Las nuevas soluciones relativas a la formación y al papel de los médicos en la APS: el Programa de Especialistas Básicos

Una importante iniciativa de solución fue adoptada y expresada en el siguiente intercambio de cartas entre la Dra. Soledad Barría, Ministra de Salud, y la Dra. Cecilia Sepúlveda, Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (se reproducen parcialmente):

"ES POLÍTICA DE ESTE MINISTERIO AUMENTAR LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

"PARA ELLO HA PROPUESTO UNA SERIE DE MEDIDAS, ENTRE OTRAS...LA INCORPORACIÓN DE UN... PROFESIONAL MÉDICO EN ESPECIALIDADES BÁSICAS: MEDICINA INTERNA; PEDIATRÍA; GINECO-OBSTETRICIA; Y PSIQUIATRÍA GENERAL,

"CON MAYOR ADHERENCIA A LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y CON ESPECIAL ÉNFASIS EN LOS CENTROS URBANOS. SE ABRIRÍA UN NUEVO CANAL DE FORMACIÓN Y DESTINACIÓN.

"TENDRÁN, ENTRE OTRAS FUNCIONES, LA DE OTORGAR UNA ATENCIÓN CONTINUA AL GRUPO FAMILIAR, EN SUS RESPECTIVAS ESPECIALIDADES, Y CONFORMAR CON EL RESTO DEL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO, EL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR DE LAS POBLACIONES TERRITORIALMENTE ASIGNADAS A DICHOS EQUIPOS."

Carta de la Ministra de Salud a la Decana de la Facultad de Medicina de la U. De Chile, Diciembre 2006

"LA OPORTUNIDAD DE DESARROLLAR UN PROGRAMA DE SERVICIO AL PAÍS ASOCIADO A ESTÁNDARES DE EXCELENCIA ACADÉMICA, COMO ES EL DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS MÉDICOS QUE AUMENTEN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, ES UN DESAFÍO PARA LA UNIVERSIDAD DE CHILE QUE ACEPTAMOS GUSTOSOS...

"DE ACUERDO CON NUESTRA VISIÓN, EL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SE BASA EN EL DESARROLLO ÍNTEGRO DE LOS PROGRAMAS PARA CADA ESPECIALIDAD (MEDICINA INTERNA, GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA, PEDIATRÍA Y PSIQUIATRÍA DE ADULTOS)....

"EL DESARROLLO DE CADA PROGRAMA SE EXTENDERÁ A UN TOTAL DE 6 AÑOS, PROGRAMÁNDOSE DE MANERA DE DISTRIBUIR EL 50% DEL TIEMPO TOTAL EN EL PROGRAMA DE FORMACIÓN Y 50% EN LAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA..."

De una carta de la Decana de la Facultad de Medicina de la U. De Chile a la Ministra de Salud, 31.01.2007

Precisiones complementarias acerca del Programa

1. En el aspecto clínico se cumple exactamente el programa académico vigente y acreditado para la respectiva especialidad básica: Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y Ginecología y Psiquiatría. La combinación de la formación hospitalaria con asistencia en Consultorio, en partes aproximadamente iguales, implica que el Programa se extienda a seis años. Esta extensión no introduce diferencia en cuanto al programa académico con respecto al diseño en tiempo completo durante tres años. No genera nuevos títulos de especialidad; no forma "especialistas" en atención primaria o salud familiar (14).

2. El programa incluye módulos de Salud Pública teórica y aplicada, acreditables como actividad de perfeccionamiento.
3. El aspecto clínico hospitalario se imparte en los Centros formadores de alto nivel de cada Facultad de Medicina participante. La práctica de atención médica de primera línea (APS) transcurre en Consultorios o Centros de Salud urbanos seleccionados según los siguientes criterios:
 - a. que estén en comunas urbanas que presenten un déficit de médicos en relación con la demanda observada y/o con la norma vigente (v.s.).
 - b. que estén sectorizados, de manera que los becados puedan concentrar su labor en sectores de 10.000 beneficiarios, en equipos constituidos por dos médicos en formación como internistas, uno en formación como pediatra, uno en formación como obstetra-ginecólogo y uno en formación como psiquiatra. Esta composición puede tener alguna variación de acuerdo a circunstancias locales. Se subentiende que tales equipos deben ser a su vez parte de "equipos de sector" integrados además por los demás profesionales y técnicos que trabajan normalmente en todos los Consultorios, incluidos médicos generales y, donde los hubiere, médicos de familia o especialistas.
 - c. que tengan el espacio suficiente para las actividades de asistencia y de docencia. El Ministerio ha comprometido los recursos necesarios para "asegurar que los consultorios donde se hará la formación de los especialistas básicos estén a un nivel de calidad ajustada a dicho proceso formativo" incluidas las "medidas para mejorar la eficacia diagnóstica de los laboratorios básicos de la APS" (de la carta citada de la Sra. Ministra de Salud, de diciembre de 2006). Desde hace varios años, los Centros que se construyen obedecen a un programa arquitectónico adaptado a la atención de salud integral por equipos sectorizados.
 - d. que cuenten con médicos generales suficientes para otorgar la atención habitual en el sistema de salud de la Comuna. (Este es un requisito que cambiará en relación con el aumento progresivo de la cantidad de médicos del Programa).
4. Desde el punto de vista del Ministerio de Salud, el Programa representa un nuevo canal de Formación y Destinación, que debe coexistir con el canal de formación de los "Médicos Generales de Zona", los cuales se vienen destinando, con buenos resultados, a la atención de ciudades menores y de sus entornos rurales, desde su creación en 1955.
5. De acuerdo a la decisión del Ministerio de Salud, las funciones de los especialistas en formación son las siguientes:
 - a. otorgar una atención continua al grupo familiar en sus respectivas especialidades y conformar con el resto del personal de salud del Centro, el "equipo de salud familiar" de las poblaciones territorialmente asignadas a dichos equipos.
 - b. recibir las interconsultas de los médicos generales de los Centros de Salud, de los médicos de familia de los Centros de Salud Familiar, o de las postas de salud rural del sector³.
 - c. desarrollar actividades docentes para estudiantes y profesionales de la salud, así como capacitación de los equipos de atención primaria, en las especialidades respectivas.
 - d. promover la investigación científica a nivel de la Atención Primaria
 - e. participar en las acciones de promoción y prevención en el Centro y en terreno, incluyendo reuniones de equipo de sector, reuniones acerca de familias, sesiones educativas, visitas domiciliarias integrales y contactos de colaboración con las autoridades, organizaciones de la comunidad y demás sectores pertinentes de la localidad.

Implementación inicial del Programa

El "Programa de especialistas básicos para la atención primaria urbana" se empezó a aplicar desde el segundo semestre de 2007 en dos Consultorios de la Región Metropolitana, con una Universidad, la de Chile; en el 2008 fueron cuatro Consultorios y se planeó la extensión a un número adicional de consultorios en la misma Región y además en la Quinta Región. En el año 2009 hay aproximadamente cien médicos en el programa. En los años siguientes el número

³ Se entiende que esta función comenzará sólo a partir del segundo año del programa y que aumentará después gradualmente.

debería crecer en forma exponencial, siendo éste el mecanismo principal de formación de los especialistas básicos que necesita el país. El logro de este objetivo dependerá de la participación y capacidad formativa de las Universidades, de los campos clínicos asignados por los Servicios de Salud y del interés de las Municipalidades, factores todos que se espera sean positivos..

Dada la importancia que tiene para el Ministerio de Salud el desarrollo de nuevas estrategias que contribuyan a colmar el déficit de médicos capaces de mejorar la resolutivez de la Atención de Primera Línea, se incluye en el presupuesto sectorial el financiamiento de las contrataciones de los profesionales seleccionados para cada comuna participante. Se destinan además recursos para el pago de los derechos arancelarios y de las matrículas a las entidades formadoras pertinentes; y se refuerza el monto per capita correspondiente a los Consultorios respectivos.

Pueden postular al Programa médicos egresados de las últimas promociones, a través de un proceso público de selección por antecedentes, conducido por las Universidades en conjunto con la Comisión Ministerial encargada (formada por el Coordinador General nombrado por el Ministro de Salud y por representantes de la División de Desarrollo de Recursos Humanos, del Departamento de Atención Primaria y del Departamento de Estudios del Ministerio). Los municipios participantes contribuyen a la elaboración de las bases del proceso. Se contempla que, antes de la selección, exista un tiempo suficiente para asegurar el amplio conocimiento de las bases, la comunicación de los resultados por parte de las Universidades y la entrevista final.

Los Municipios establecen Convenios con las Universidades, por los cuales comprometen el pago de los aranceles y matrículas correspondientes a la formación de los especialistas. Los municipios contratan a los profesionales, con los cuales se firma también un Convenio-Compromiso. Los fondos para el pago a las Universidades y para las remuneraciones de los médicos son enviados por el Ministerio a los Servicios de Salud respectivos y esto da lugar al establecimiento de convenios entre los Servicios y los municipios para el traspaso de dichos fondos.

Una vez hechas las contrataciones, los médicos seleccionados se presentan en los Consultorios para

un período de reconocimiento y de introducción a la Salud Pública, durante el cual deben también tener un encuentro con los docentes de las especialidades básicas. A continuación, se dividen en dos grupos iguales, uno de los cuales inicia su formación "clásica" en el Hospital designado, mientras el otro permanece en el Consultorio. Seis meses después intercambian sus lugares de acción, y así sucesivamente hasta cumplir seis años. Estos tiempos pueden tener pequeñas variaciones, según las circunstancias locales.

Ventajas esperadas

Las ventajas que se esperan del Programa consisten en la superación de la situación actual y de sus consecuencias desfavorables, enumeradas antes. Se verá beneficiada la población, principalmente la de las comunas urbanas pobres, donde habita la mitad de la población chilena. Se verán beneficiadas las Municipalidades, que podrán verse partícipes de la entrega de un mejor servicio de salud. También hay ventajas para las Universidades, que tendrán un mejor financiamiento mientras cumplen su propósito esencial de servicio a la sociedad. Aumentará grandemente la satisfacción de las nuevas generaciones de médicos, de sus maestros y de los estudiantes. Para los médicos participantes se abre una carrera profesional en el cauce central del sistema público, en la medicina hospitalaria y en la especialización ulterior; se reduce la tensión actual del trabajo en el Consultorio y adquieren más estabilidad laboral. Durante al menos seis años, son y se sienten parte de la atención primaria.

Sobre todo, se articulará el sistema total de salud en torno a una atención primaria fortalecida en su rol esencial, y podrá cumplir los principios de equidad, de efectividad y de eficiencia que lo presiden.

Específicamente, se prevén las siguientes consecuencias positivas:

- Mejoría de la suficiencia cuantitativa de la oferta de servicios
- Resolutivez y efectividad, a medida que avanza la especialización de los médicos
- Equidad en acceso y en calidad, frente a necesidades iguales
- Aceptabilidad cultural por parte de la población, con generación de confianza y satisfacción
- Continuidad de la atención, en el tiempo y entre niveles del sistema, con un término a la frecuente rotación observada actualmente y a la pérdida

de los esfuerzos por capacitar a los médicos municipales; y con integración funcional entre los consultorios y los hospitales

- Reducción de la carga de los servicios de urgencia y del uso innecesario de las camas y policlínicos de los hospitales
- Utilización efectiva de la tecnología (equipos) que existe en los Consultorios y que hoy no se aprovecha plenamente por falta de competencias de los médicos
- Contención de los costos del sistema
- Aumento del prestigio profesional y social de la atención primaria y de la salud comunal.

La discusión del programa al cual nos referimos ha dado lugar a más de una reflexión acerca del concepto de "Atención Primaria": ¿de qué atención primaria estamos hablando? ¿De la portería del sistema de atención? ¿Del nivel de mínima complejidad? Ni de lo uno ni de lo otro. La APS no es sólo puerta de entrada, sino la instancia de interacción continua entre el sistema y la población, la instancia de primera línea, donde se resuelve o se mitiga la mayoría de los problemas de salud, cerca de los usuarios, de las familias, en los hogares y en los barrios. La APS es de alta complejidad en el sentido de que ahí el equipo enfrenta toda la gama de problemas y condiciones que traen todos los miembros de la comunidad y debe evaluarlos y actuar –aunque sea de modo preliminar– en el curso de los minutos de una consulta, incorporando la dimensiones del modelo integral de atención. Puede pensarse en la transformación del concepto de "niveles de complejidad" en uno de "atención apropiada de salud de la población de cada sector territorial por el sistema de atención".

En términos amplios, el programa significa atender según el modelo integral, con sus características: integración de las funciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; integración de lo personal, lo familiar y lo comunitario; integración de lo somático y de lo psíquico; de lo individual y lo social, es decir, comprensión de la unidad biopsicosocial del ser humano; integración del equipo multiprofesional, al interior del cual cada grupo de médicos de las cuatro especialidades básicas viene a equivaler a un médico "general" pluripersonal con buena capacidad resolutoria; responsabilidad por la salud de la población asignada; actitud deliberadamente educativa; y conciencia de sí mismos por parte de los miembros del equipo (6).

Hay que pensar que el programa no sólo fortalece al nivel primario sino también al hospitalario y, una vez más, no sólo en lo cuantitativo sino también en lo cualitativo. En efecto, los especialistas básicos son una especie en extinción, cuya falta se hace sentir. Ellos son los que pueden abordar simultáneamente las dolencias múltiples que muchos pacientes presentan. Ellos son, también, quienes pueden dirigir y armonizar un servicio o un programa en el cual coexisten múltiples subespecialistas.

En nuestra sociedad, el programa contribuirá a generar un sistema que recupere su integralidad y su enraizamiento en las necesidades de la población. El programa también "genera Universidad", es decir, una corporación de pares interesados en el estudio y en el hacer bien, más allá de las motivaciones elementales del ser humano.

Evaluación preliminar del Programa

Está previsto evaluar científicamente el impacto del programa. Y una vez que esté en marcha, se podrá saber cual es la real necesidad de recursos de los hospitales, incluidos los servicios de urgencia. La investigación científica es parte del Programa. También lo es la docencia. Una primera evaluación formal ocurrió el 26 de enero recién pasado:

En ese día se daba cuenta del "descarnado diagnóstico de la situación del sistema nacional de salud" hecho por los decanos de algunas Facultades de Medicina (23). El diagnóstico se centraba en los serios problemas del nivel primario " los cuales comprometen todo el sistema y generan insatisfacción entre los usuarios, lo cual efectivamente, explica la inquietud ciudadana que se revela en todos los estudios de opinión pública." Se terminaba afirmando que la crítica de los decanos merecería que se estudiaran prontamente propuestas para superar los problemas que ellos han observado. En el mismo día de esa publicación, el Sr. Ministro de Salud y la decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile daban a conocer a la prensa el cumplimiento exitoso del primer año de ejecución del programa aquí descrito, el cual responde exactamente a la necesidad que plantean los decanos.

Los jóvenes profesionales chilenos han demostrado interés por atender en estas condiciones. Así lo han manifestado en la conferencia de prensa los representantes de los 40 jóvenes médicos que participaban hasta ahora en el programa de la

Universidad de Chile. El llamado a postular al programa ha sido hecho, para este nuevo año, por otras tres Universidades además de la de Chile, y se han presentado más egresados que el número de cupos disponibles. Esto permitirá aumentar significativamente el número de profesionales en especialización para la atención primaria en este año 2009. El programa está siendo evaluado científicamente y ya las opiniones expresadas por académicos, becados y directivos de los Servicios avalan lo dicho por el Sr. Ministro en la conferencia de prensa mencionada: "desde hoy éste deja de ser un programa piloto y se convierte en un programa consolidado". De este modo se avanza hacia la articulación del sistema total de salud en torno a una atención primaria fortalecida en su rol esencial, y que podrá cumplir los principios de equidad, efectividad y eficiencia que lo presiden.

Una evidencia adicional de la valoración que los médicos jóvenes asignan al programa se encuentra en las expresiones de quienes postularon al concurso del año 2009. En la entrevista final manifestaron, por ejemplo: "este es un paso importante de la Medicina en Chile, lograr resolutivez en la APS, pilar fundamental"; "siempre me ha gustado el servicio público...la labor hacia el país, hacia la gente que más necesita"; "me gusta mucho el programa, el perfil me calza" "es una mezcla atractiva, se adquiere experiencia en APS" ; "nuestra formación ha sido deficiente para enfrentar la APS, donde se está más cerca de la comunidad, de las familias y se puede aliviar a personas que no tienen enfermedades propiamente tales"; "no tengo dudas, sé que hay que ajustarse a las necesidades del consultorio"; "en la APS es mejor la relación con el paciente"; "la APS es lógica, no me interesó ser médico de familia, se parece a la medicina general"; "la APS da una visión diferente, compagina"; ".....da una visión más real del sistema e incorpora el ambiente universitario en la APS"; "me gusta la alternancia de estudio y trabajo asistencial".

Costo-efecto del Programa

El costo representado por la remuneración bruta anual de cada médico participante en el programa alcanza a 14.520.000 pesos, moneda corriente de 2009. A esta suma hay que agregar \$1.600.000 anuales por arancel y matrícula pagados a las Universidades responsables de la formación y \$3.630.000 por los bienes y servicios necesarios para la actividad adicional de los médicos (estimados en un valor igual al 25% de la remuneración

de ellos). El total asciende a \$19.750.000.- por cada instrumento médico-año. Cuando el Programa alcance a mil médicos, el costo será, por lo tanto, de \$19.750 millones, m/c de 2009, equivalentes al 0,79% del presupuesto del sector (\$2.525.000 millones en 2009).

A mediano plazo, y estimando una población de las conurbaciones de 8 millones de beneficiarios del sector público (v.s.), que equivale a 800 módulos de 10.000 personas, la necesidad de especialistas básicos ascenderá a 4 mil médicos: un equipo de cinco especialistas básicos de las cuatro ramas, por cada módulo. Aún así, el costo será sólo un pequeño porcentaje del presupuesto total del sector, ¿Y cuales serán los efectos y beneficios del programa? Los más inmediatos consistirán en una mayor satisfacción de las necesidades y demandas de la población urbana (16), no sólo en la APS, sino también en los grandes hospitales públicos. Para el Sistema Público de atención habrá un ahorro de gran magnitud en servicios hospitalarios y de urgencia. La implementación más cabal de las acciones de promoción y prevención deben redundar en menores gastos en medicina curativa y en rehabilitación. La ganancia en nivel de salud (16, 26,27) significará un mejor rendimiento de los esfuerzos invertidos en educación y esto, a su vez, favorecerá la productividad y competitividad del país (28). El fortalecimiento del sector público de atención y en especial, el de la APS, trae consigo, por definición, una mayor equidad, con el resultado de un fortalecimiento de la democracia.

El monitoreo y la evaluación del programa requiere, en una primera etapa, de la definición y selección de indicadores del estado de salud y de los riesgos para la salud en las áreas servidas; y de indicadores de la cobertura, concentración y calidad de las acciones de atención de salud y de las acciones de prevención y control de los principales factores determinantes de la salud de la población en dichas áreas.

CONCLUSIÓN

Hemos presentado aquí una estrategia innovadora para una política y plan de salud nacional de largo plazo. Ella tiene un importante potencial para ayudar a configurar el sistema de atención que conviene al país en este momento de su historia. En un plazo de pocos años se llegará a contar con un contingente suficiente y estable de especialistas básicos tanto en

los consultorios como en los hospitales y en otros establecimientos. De este contingente se podrán desprender los subespecialistas que se necesiten, de acuerdo a una política y plan de personal; algunos "post-becados" pueden preferir quedarse en los Consultorios de las grandes ciudades o ir a trabajar en una provincia. Este valioso contingente humano deberá ser capaz de inducir las adaptaciones y los progresos necesarios en su entorno.

En el marco de la continua y necesaria revisión del ejercicio de la Medicina, el programa se orienta hacia un equilibrio entre un óptimo nivel científico y tecnológico, por una parte, y un modelo de servicio integral a la población, por otra parte. Los "generalistas" serán reemplazados, en gran parte, por especialistas básicos, y ellos devendrán en cirujanos generales, en subespecialistas, en epidemiólogos, en administradores sanitarios o en otros tipos de médicos. La conformación detallada de estos diseños dependerá en gran parte de la experiencia y de la actividad de los propios especialistas básicos, de los formadores y de los empleadores.

Se buscará llegar a acuerdos acerca de la necesidad de ciertas modificaciones legales; entre éstas, el regreso a una Ley común para todos los médicos funcionarios del sector público, como la que hizo posible la participación de estos profesionales en el Servicio Nacional de Salud del año 1952 (el Estatuto del Médico Funcionario), y la dictación de disposiciones apropiadas para el uso de los establecimientos como Centros formadores por parte de las Universidades comprometidas con el desarrollo de los tipos de profesionales que el país necesita.

La profesión médica, aquí y en otros lugares, ha sido cuestionada desde diversos ángulos, lo que se refleja en términos como: "medicalización", o "biomédico", usados en sentido peyorativo. Chile necesita médicos que superen este cuestionamiento. Depende en parte de ellos mismos. Pero depende sobre todo de que exista una política nacional de salud clara y un sistema coherente.

Todo ello exige un postura ética individual y colectiva. Lo que necesita la población es un médico que tenga la autoconciencia y la actitud participativa que prescribe el modelo de atención integral. Que se pueda confiar en que recetará y hará lo que sea "médicamente necesario" en cada interacción con sus pacientes. Que se preocupe por las causas sociales de

las enfermedades. Que el altruismo pese más en sus conductas que el pragmatismo o el individualismo. Que se mantenga a la altura de sus predecesores más ilustres.

Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile, *Guías de planificación y diseño de unidades de cuidados intensivos de adultos, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial. Departamento de Tecnologías, Normas y Regulación*
2. Organización Mundial de la Salud y UNICEF, *Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud, Ginebra 1978*
3. Montoya-Aguilar C, *Atención Primaria de Salud: Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile, Cuad Med Soc (Chile) 2008; 48(3): 147-54*
4. Rosellot J, *Desarrollo y perspectivas de las instituciones de salud pública en Chile, Rev Med Chile 1993; 121: 1075-85*
5. Ministerio de Salud de Chile, 1995, *Plan de Salud 1995-96, Componente Programático*
6. Montoya-Aguilar C, *Atención Médica del Niño, en: Meneghello J et al (eds), Pediatría, Editorial InterMédica, B. Aires 1972. Capítulo reimpresso, Departamento de Extensión de la Universidad de Chile, Santiago 1972*
7. Ipinza M, *Algunas reflexiones acerca de la situación actual de la atención primaria y del nivel primario de atención, Unidad de Estudios, Colegio Médico de Chile, Serie Publicaciones Técnicas N° 9, Santiago, 30.03. 1997*
8. Montoya-Aguilar C, *Aspectos de la formación médica en Chile. Su relación con los conceptos de medicina integral y medicina familiar y con la planificación de recursos humanos para el sistema de salud, Cuad Med Soc (Chile) 1999; 40 (2): 77-85*
9. Armas-Merino R, Goic A, 2008, *Informe sobre la situación actual de la educación médica en Chile, publicación de la Academia de Medicina del Instituto de Chile, Santiago*
10. Ministerio de Salud de Chile, agosto 2002, *Antecedentes de recursos humanos. Diagnóstico de brechas y propuesta de política para la atención primaria en el marco de la reforma de salud (documento de trabajo), Santiago*
11. Ipinza M, *Cómo solucionar el déficit de médicos en los consultorios urbanos municipalizados, Cuad Med Soc (Chile) 2004; 44 (2): 73-80*
12. Montoya-Aguilar C, *Médicos en el nivel primario del sistema público de la atención de salud, Chile. Tendencia, distribución geográfica y normas. Cuad Med Soc (Chile) 2008; 48(4): 215-25*
13. Sociedad Chilena de Salubridad, *Acta de la reunión sobre "Una iniciativa del Ministerio de Salud para mejorar la atención de salud en las comunas urbanas pobres, Santiago, 30.10.2001*
14. Ministerio de Salud, Universidad de Chile, Universidad de Santiago, Universidad Católica, Hospital Roberto del Río y Sociedad Chilena de Pediatría, *Actas del Taller sobre*

- mejoramiento de la atención de salud para las comunas urbanas pobres, Huechuraba (Santiago), 08.01.2002
15. Margozzini J, et al., Evaluación del programa de médicos generales urbanos en el Área Metropolitana Norte, *Cuad Med Soc (Chile)* 1978; ? (4): 23:30
 16. Bascañán M L, Cambios en la relación médico paciente y nivel de satisfacción de los médicos, *Rev Med Chile* 2005; 133: 11-16
 17. Kmietowicz Z, GPs get a new contract "to transform their lives", *BMJ* 2002;324: 994
 18. Bindman A B, Weiner J P, Majeed A, Primary care groups in the United Kingdom: quality and accountability, *Health Affairs* 2001; 20 (3): 132-45 (págs. 136-138)
 19. Goldacre M J, Lambert T W, Parkhouse J, Views of doctors in the UK about their own professional position and the NHS reforms, *J. of Public Hlth Medicine* 1998;20 (1):86-92 (pag 89)
 20. Dixon J, Holland P, Mays N, Developing primary care: gatekeeping, commissioning, and managed care, *BMJ* 1998; 317: 125-28 (pag 127)
 21. Elwyn G J, Smail S A, Edwards A G K, Is general practice in need of a career structure? *BMJ* 1998; 317: 730-33
 22. Sepúlveda C, Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Presentación en el "Seminario de Políticas de formación de Especialistas en Chile", Santiago, 28 de mayo de 2008.
 23. *Diario El Mercurio*, 26 de enero 2009
 24. *Diario el Mercurio*, 16 de agosto 2007, Para definir proyectos de salud, Recoleta realizó consulta digital en consultorios. La alternativa más votada (62%) fué: conseguir más médicos especialistas.
 25. Macinko J, Starfield, B, Shi L, The contribution of primary health care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998, *Health Services Research* 2003 (3): 831.65
 26. Starfield B, Shi L, Macinko, J, Contribution of primary health care to health systems and health, *The Milbank Q*ly, 2005; 83(3): 457-502
 27. Lee T H, Treadway K, Bodenheimer T, Goroll A H, Starfield B, Redesigning primary health care, *Crisis and change, N Engl J Med* 2008;359; e24, Nov 13 2008
 28. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, (eds) 2007, Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care, *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, Open University Press, 2007

Modelos y conceptos en Salud Pública y Sistemas de Salud: hacia una perspectiva transdisciplinaria

Frameworks and concepts in public health and health systems: developing a transdisciplinary perspective

Armando Arredondo López¹

Resumen

Con el propósito de contribuir al desarrollo de un enfoque transdisciplinario en salud pública y sistemas de salud, en este ensayo se hace un análisis crítico y reflexivo sobre diferentes marcos teórico-conceptuales que se han desarrollado en diferentes espacios disciplinarios del quehacer académico de la salud a nivel mundial. Para tal efecto, en este ejercicio se revisan los marcos: sanitarista, biomédico, epidemiológico clásico, higienista preventivo, ecologista, epidemiológico social, sociomédico materialismo histórico y sociomédico estructural funcionalista. Para cada marco propuesto, se delimitan las perspectivas de análisis, las hipótesis que subyacen, las variables incluidas, los aportes fundamentales, las limitaciones operacionales, su época/principales representantes y su potencial para un desarrollo transdisciplinario. Asimismo se parte de la premisa de que el principal objeto de estudio para las acciones de protección social y salud pública, está constituido por las condiciones de salud-enfermedad que presenta cada conjunto poblacional y por la manera en que se organiza cada sociedad para dar respuesta a tales condiciones.

Palabras clave: modelos en salud pública, sistemas de salud, transdisciplinaridad.

Abstract

The main objective of this paper is to contribute the promotion and development of the transdisciplinary perspective in public health and health systems. The article includes a review and critical reflexive analysis on different frameworks developed for the study of public health and health systems in all countries. It includes de following approaches: sanitary, biomedical, classical epidemiological, hygienist-preventive, ecologist, social epidemiological, historical-materialism sociomedical, and conservative sociomedical. For each one the review includes: perspective of analysis, hypothesis, labels, advantages, limits, era, representatives, and transdisciplinary potential. All proposals consider that the main objective of analysis to social protection on health and public health are the health diseases conditions and the way that each social group organize the resources in order to response their health needs.

Key words: frameworks in public health, health systems, transdisciplinarity.

Recibido el 10 de septiembre de 2008. Aceptado el 26 de febrero de 2009

¹ Investigador Titular, Instituto Nacional de Salud Pública. Profesor Visitante en Estancia Sabática en la Universidad Autónoma de Yucatán. Correspondencia a: aarredon@insp.mx

INTRODUCCIÓN

Este trabajo parte de la necesidad de hacer una revisión y análisis de los diferentes marcos conceptuales correspondientes a las principales tendencias históricas en el pensamiento sobre la salud pública y los sistemas de salud. Tales marcos, han jugado un rol relevante para el abordaje de los principales objetos de análisis de la protección social y la salud pública: las condiciones de salud- enfermedad y la respuesta social organizada.

Los marcos conceptuales revisados incluyen: biomédico, higienista-preventivo, sanitarista, ecologista, epidemiológico clásico, epidemiológico social, sociomédico materialismo histórico, y sociomédico neoconservador. Se trata de un abordaje exploratorio, de carácter analítico y reflexivo para delimitar si los marcos conceptuales incluidos en la revisión son modelos teóricos, paradigmas o propuestas que permitan transitar hacia una perspectiva integral para contribuir en el desarrollo de un enfoque transdisciplinario en el estudio de la salud pública y los sistemas de salud. Además de incluir una breve discusión teórica de estos conceptos, se determina para cada marco propuesto la perspectiva de análisis, la hipótesis que subyace, las variables de estudio él o los aportes fundamentales, sus limitaciones, la época y sus principales representantes.

Por otra parte, para plantear elementos que permitan el mayor avance de un enfoque transdisciplinario, se mencionan algunas premisas y enunciados clave del propio enfoque, así como parte de los principales retos que implicaría la operacionalización de un enfoque transdisciplinario partiendo del análisis de diferentes disciplinas y modelos para el abordaje y resolución de los problemas de salud pública. En este sentido, es importante resaltar que el propósito central de este ensayo es revisar y reflexionar respecto a los principales componentes de diferentes modelos en salud pública para avanzar en el desarrollo de un enfoque transdisciplinario en sistemas de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diversidad de marcos teóricos y disciplinas involucradas en el análisis de los dos objetos de estudio de la salud pública y los sistemas de salud, es muy amplia, y excede a los propósitos de este ensayo. Sin embargo si es un propósito fundamental mostrar un haz de luz de la diversidad y problemática operativa

de propuestas de referencia y de la construcción del conocimiento que se ha abordado alrededor de un mismo objeto de análisis.

El pensamiento espontáneo de la totalidad, que como tendencia se mostró vigorosa en la época pre-burguesa, se perdió cada vez más con la atomización creciente del proceso social; en todos los ámbitos del quehacer científico se impuso la especialización de las diferentes disciplinas y la fragmentación interna del abordaje de un mismo objeto de estudio presentándose como fenómeno concomitante la intelectualización del objeto singular aislado pagando un alto costo intelectual-social al renunciar a la realidad como un todo unitario, tanto para su abordaje teórico como práctico (1).

Esta manera de abordar la construcción del conocimiento originó el desarrollo de varios marcos conceptuales que desde diferentes disciplinas trataron de abordar el mismo objeto de estudio. El ejercicio de la salud pública está estrechamente relacionado con esta manera de abordar la realidad y con la aplicación de un conocimiento científico y tecnológico que desde diferentes perspectivas de pensamiento, ha sido transmitido en las aulas académicas y a través de generaciones como algo irrefutable. Dichos marcos teóricos se filtran en diferentes espacios académico-intelectuales, y donde pocas veces sus seguidores, sean investigadores, profesores, alumnos de postgrado y/o trabajadores de la salud pública, se dan a la tarea de hacer un análisis crítico y reflexivo sobre la concepción de modelos, propuestas disciplinarias y más recientemente, de paradigmas, mismos que marcan la pauta de su práctica profesional diaria y de la formación de futuras generaciones.

Para fines de este ensayo, se plantea abordar la problemática mencionada, tomando como objeto de análisis algunos de los marcos conceptuales que a partir de diferentes disciplinas de estudio proponen una serie de determinantes, tanto de las condiciones de salud como de la respuesta social organizada. Se trata pues, de hacer una reflexión crítica sobre algunos de los marcos conceptuales que se han propuesto hasta la fecha y que de alguna manera han sido incluidos y determinantes, en las actividades de docencia, de investigación y de servicios en salud pública y sistemas de salud en América Latina.

Dicho lo anterior, a pesar de que resulta aparentemente sencillo establecer acciones de salud pública y

sistemas de salud, y de que su rol en el equilibrio salud-enfermedad – respuesta social nunca ha dejado de considerarse un equilibrio deseable por los distintos actores sociales a lo largo de la historia. En el momento en que los profesionales de la salud deciden abandonar su experiencia cotidiana y abordar la discusión teórica co-conceptual de la salud pública desde todos los puntos de vista posibles, se encuentran con algunas dificultades.

En efecto, el término salud pública está cargado de significados ambiguos (2,3). Agregaría a lo anterior que además de cierta ambigüedad, tales significados se vuelven contradictorios y por consecuencia en conflicto. A través de la historia, cuatro connotaciones han sido particularmente prominentes en la concepción de la salud pública:

- Equiparación de la salud pública con el sector público o la acción gubernamental
- Acciones donde participa la comunidad organizada, es decir, el público
- Identificación con los “servicios no personales de salud”
- Eventos de salud-enfermedad de alta peligrosidad o frecuencia.

Esta ambigüedad y conflicto, no son privativos de la definición conceptual, ambos fenómenos también se reflejan en el desarrollo teórico-explicativo de las diferentes propuestas que incluyen un marco de análisis y de abordaje operativo para la salud pública, donde cada una propone sus propias hipótesis, variables y perspectivas de análisis, bajo la búsqueda de planteamientos y enunciados “científicos”, objetivos y operativos que expresen o ayuden a entender la determinación tanto de las condiciones, como de la respuesta social.

CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

El objetivo de los párrafos siguientes es resaltar algunas consideraciones que presentan los conceptos utilizados en este ensayo. Se tratará de hacer una delimitación conceptual, del uso que se dará a cada uno de los términos contemplados, a saber: salud pública, sistema de salud, modelo, paradigma y propuesta transdisciplinaria.

Salud Pública

Para fines de este ensayo, el adjetivo de “pública” no significa un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni un tipo de usuarios de servicios, sino más bien, un nivel específico de análisis, como algunos autores lo refieren, un nivel poblacional (4). En este sentido la esencia de la salud pública como disciplina, consiste en que adopta una perspectiva de análisis a nivel poblacional tanto de las condiciones de salud como de la manera de organizar los recursos destinados a responder a tales condiciones.

Sistema de Salud

La definición resumida de sistema de salud se puede plantear de la siguiente forma: Un sistema de salud es el conjunto de elementos –recursos (físicos, materiales y financieros), personas/actores sociales e instituciones- que se encuentran vinculados y que se organizan socialmente de manera coordinada e integrada para producir y distribuir y consumir servicios personales y no personales de salud en respuesta a necesidades de salud de grupos sociales (5). Para fines de análisis de este ensayo es importante resaltar que el sistema de salud está estrechamente relacionado con la respuesta social que se estructura desde una o varias instituciones de atención a la salud para responder demandas específicas.

Modelo

La palabra modelo también contiene varias ambigüedades, la primera de ellas es la que se refiere al uso de la palabra como una representación de una realidad particular, también se emplea en el sentido de perfección e ideal, o como la muestra de algún evento o fenómeno particular. Sin embargo, en la ciencia se hace referencia a un modelo, siempre y cuando se abarquen tres significaciones fundamentales: representación de un teoría, muestra de condiciones ideales en las que se produce un fenómeno al verificarse una ley o teoría y una muestra particular de la explicación general que da la teoría. En un sentido no estricto, se puede hablar de modelos cuando solo contienen la representación de una teoría, siempre y cuando se hagan las aclaraciones pertinentes (6).

Paradigma

Para fines de este ensayo, se parte de la propuesta hecha por Kuhn, donde un sentido de “paradigma” es

global, incluyendo todos los cometidos compartidos por un grupo científico ó por un equipo de trabajo: el otro aísla una clase de cometidos particularmente importante y de este modo, es un subconjunto del primero. En este caso, el termino “paradigma” se aproxima a la expresión “comunidad científica”. Por lo tanto un paradigma es un conjunto de elementos culturales, de conocimientos y códigos teóricos, técnicos y metodológicos, que los miembros de una comunidad científica y sólo ellos comparten, y donde es posible tanto verificar como falsear la teoría que subyace. Y a la inversa: es la posesión de un paradigma común lo que constituye una comunidad científica. (6)

Propuesta disciplinaria y enfoque transdisciplinario

El caso de propuesta disciplinaria, tiene similitud con el paradigma. Sin embargo una propuesta disciplinaria, al parecer, carece de ambigüedades, entendiéndose como el cuerpo de conocimientos teórico- metodológicos, que constituyen la posesión común de los que practican una disciplina profesional bajo un mismo concepto de estudio y a diferencia de un paradigma, la teoría que subyace puede ser verificada pero no es falseable (7). Es importante señalar que se entiende por disciplina profesional al conjunto de códigos (técnicos, teóricos, metodológicos), reglas y cultura académica, que se integran en diferentes niveles de aproximación para abordar un mismo objeto de estudio (8).

Por su parte el enfoque transdisciplinario implica el abordaje del mismo objeto de estudio desde diferentes disciplinas pero bajo un mismo eje problemático y con la participación activa de todos los actores involucrados (investigadores, decisores, usuarios, población, etc.). Es decir que mientras que cada disciplina involucrada en el abordaje de un problema de estudio analiza una parte del problema y posteriormente se integra con otras partes del problema que abordan otras disciplinas para terminar integrando el análisis del problema como un todo. Es importante resaltar que el abordaje de salud pública y sistemas de salud plantea la participación de todos los actores involucrados (investigadores, decisores, prestadores de servicios, usuarios, líderes comunitarios, etc.), esto es justamente el enfoque transdisciplinario (9). Cuando investigadores de varias disciplinas le dan participación tanto a los individuos de la comunidad que estudian como a quienes toman las decisiones,

se puede decir que operan dentro de un esquema transdisciplinario. Los científicos que usan el enfoque transdisciplinario envían una señal clara de que van a considerar los diferentes aspectos del problema, dando activa participación en su trabajo a la población local, así como a quienes toman las decisiones. Varios elementos podemos resaltar para tratar de aplicar los diferentes modelos en salud y sistemas de salud hacia un enfoque transdisciplinario:

- La transdisciplinariedad, concierne, como lo indica el prefijo “trans”, a lo que simultáneamente es entre las disciplinas a través de las diferentes disciplinas y más allá de toda disciplina. Su finalidad es la comprensión del mundo presente. La perspectiva transdisciplinaria es un enfoque incipiente aún, y empieza a desarrollarse con mucha fuerza a partir del año dos mil, nace como una respuesta a la necesidad de superar los abordajes multi (varias disciplinas objetivos diferentes de un mismo problema) e interdisciplinario (diferentes disciplinas un mismo objetivo de un mismo problema) de la investigación en temas de desarrollo.
- Lo transdisciplinario supone un proceso de comunicación, consenso y validación, de interacción con otros grupos, que no necesariamente son profesionales y/o especialistas en el tema. Se involucra de manera más activa, en este proceso, entre todos los actores: profesionales, usuarios de servicios de salud, líderes comunitarios, autoridades y otros. También entendida como un proceso de autoformación e investigación que se oriente en la complejidad real de cada contexto, superando los límites del conocimiento disciplinario de modo que la investigación y la recreación de alternativas y soluciones sean definidas indistintamente de su conocimiento específico y metodológico.
- En discurso, parecería todavía simple abordar este nuevo enfoque, pero en la práctica es bastante complejo por el tiempo y los acuerdos y consensos a los que se deben llegar con todos los actores (profesionales y actores locales) para realizar una buena investigación que busque la sostenibilidad de la misma.
- La transdisciplinariedad en políticas sociales y salud, investiga problemas de desarrollo en búsqueda de ese desarrollo sostenible. La comunicación social debe ser parte activa de ese equipo técnico y de actores locales, en la búsqueda de nuevos significados (teorías y métodos) para generar

mejores condiciones de vida en las comunidades involucradas.

- El procedimiento para aplicar un enfoque transdisciplinario es igual que cualquier investigación convencional. La riqueza de este enfoque consiste en organizar un equipo técnico y de actores locales desde el inicio de la investigación hasta la culminación de la misma. Todos participan desde la elaboración del perfil de investigación, su ejecución hasta la evaluación de la misma. Es decir, la investigación transdisciplinar para el desarrollo es también interdisciplinar y participativa, y debe moverse dentro de un contexto específico, y esto tanto a la hora de identificar los problemas como a la hora de buscar soluciones y ponerlas en práctica.
- Aplicar diferentes teorías, modelos y conceptos para investigar los sistemas de salud desde un enfoque transdisciplinario, trae consigo un conjunto de ventajas: primero, se involucran actores de diferentes disciplinas de estudio; segundo, se involucra a todos los actores involucrados en el problema de estudio; tercero, el actor principal de la investigación no es él o la investigadora o equipo de investigación, sino básicamente la propia comunidad o localidad; cuarto, tiene una base metodológica en la interdisciplinariedad, y de ello la riqueza de enfoques científicos diferentes

con un solo problema, y finalmente, este enfoque busca la articulación cualitativa y cuantitativa para lograr procesos de desarrollo sostenible.

MODELOS/MARCOS CONCEPTUALES EN SALUD PÚBLICA

El análisis de marcos conceptuales en salud pública considerados para este ensayo incluye ocho marcos propuestos a saber: higienista-preventivo (10-12), biomédico (13-15), sanitarista (16-17), epidemiológico clásico (18-20), ecologista (21-23) epidemiológico social (24-26), socio médico materialismo-histórico (27-31) y socio médico estructural-funcionalista (32-35). Cada uno de ellos desde diferentes disciplinas abordan, o por lo menos presuponen abordar, el mismo objeto de estudio.

Es necesario aclarar que no se trata de describir detalladamente cada marco conceptual, sino que para fines de reflexión, tomando como punto de referencia la revisión bibliografía de artículos representativos de cada marco, se trató de delimitar la perspectiva de análisis, las hipótesis de trabajo, variables, aportes básicos, limitaciones operacionales, época, representantes y potencial transdisciplinario; elementos que se plantean explícitamente en el en las diapositivas anexas para cada uno de los marcos (ver figura 1).

Figura 1:
Características distintivas de los diferentes modelos en Salud Pública

MODELO CONCEPTUAL	PERSPECTIVA DE ANÁLISIS	HIPÓTESIS	VARIABLES	APORTES	LIMITACIONES	ÉPOCA Y REPRESENTANTES	TRANS-DISCIPLINARIO
Sanitarista	Salud-Enfermedad	Tanto la salud como la enfermedad son el resultado de las condiciones sanitarias que rodean al individuo y del nivel de prevención – acción que se tienen sobre tales condiciones	- factores del ambiente	Promueve la introducción de medidas de saneamiento y permite asignar un valor específico a los factores ambientales involucrados en el proceso salud - enfermedad	No contempla los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de vida insalubres para diferentes grupos sociales. No explica la génesis de perfiles diferenciales de salud - enfermedad	Segunda mitad del siglo XVIII R: Smith y Pettenkofer	Potencial Transdisciplinario (PT) Medio: los programas de salud desde este modelo permiten una amplia participación social en salud
Biomédico	Enfermedad	La enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Constituye un fenómeno dependiente de un agente causa biológico y de la respuesta del individuo.	- agente casual patógeno - individuo	La identificación del agente biológico causal permitió la implementación de medidas de control y la investigación de fármacos y vacunas que revolucionaron el tratamiento de enfermedades infecciosas.	Bajo la perspectiva de este marco no es fácil explicar porque el mismo agente no produce siempre la enfermedad. Se descifra parcialmente la causa biológica de la enfermedad, sin abordar el estudio del rol que juegan otros factores	Segunda mitad del siglo XIX Y principios del XX R: Pasteur y Koch.	PT Bajo : Este modelo, generalmente tiende a promover la participación de todos los actores involucrados en salud
Epidemiológico clásico	Enfermedad	La interacción de factores de riesgo individual y grupal bajo cierta red de causalidad, explican los determinantes de la enfermedad	- riesgo individual - riesgo grupal - red de causalidad	Este enfoque permite considerar los diferentes factores de riesgo en tiempo, lugar y persona, que interactúan con la enfermedad, sobre los cuales se puede actuar preventivamente	El énfasis de los determinantes continúa sobre los factores ambientales, biológicos e individuales. Los factores sociales aparecen como parte del entorno sin determinar su valor específico y sin diferenciarlos de los otros factores	Segunda mitad del siglo XX (60' R: McMahon y Pugh.	PT Bajo: Considera el rol de los actores desde el enfoque de riesgo pero con una participación pasiva.
Ecologista	Salud	Las condiciones de salud dependen del equilibrio entre huésped y ambiente, en un contexto bidimensional que descubre las relaciones de factores causales entre sí y sobre el efecto.	- factores del ambiente - factores del huésped	Además de los factores del ambiente permite asignar un valor específico a otros factores involucrados en el proceso salud-enfermedad.	Mediante este enfoque no es posible identificar la génesis de perfiles epidemiológicos diferenciales. Adolece de conceptos y métodos adecuados para abordar el determinante social.	Segunda mitad del siglo XX (70' R: Susser y Dubos.	PT Alto: El análisis de factores ambientales da elementos para un amplio potencial aunque no se ha desarrollado
Higienista-preventivo	Salud	La salud depende del equilibrio entre agente, huésped y ambiente, y de la conducta individual o social que se tenga	- factores conductuales - factores del huésped - factores del ambiente - factores del agente	Permite considerar cuatro factores participantes como riesgo comunitarios sobre la salud. Sobre estos factores se puede actuar preventivamente tomando en cuenta como primera instancia aspectos conductuales y hábitos higiénicos..	La limitación fundamental de este marco es que el énfasis de los determinantes se da sobre aspectos biológicos. Lo social aparece como un elemento más incluido en el entorno y además no establece pesos específico para cada factor participante.	Segunda mitad del siglo XX (60' R: Leavell Y Clark.	PT Medio: El involucramiento de proveedores y usuarios en acciones de salud presenta una participación regular, sobre todo en servicios públicos.
Epidemiológico Social	Enfermedad	La enfermedad es producto de las condiciones de vida y de trabajo de cada grupo social	- estilo de vida - organización social - condiciones de trabajo	Privilegia lo social como el factor más importante, mismo que explica la presencia de otros factores determinantes del proceso salud-enfermedad	En el uso de este enfoque se corre el riesgo de reducir la complejidad del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales y por consecuencia se marginan los factores de riesgo de otra índole.	Segunda mitad del siglo XX (70' R: Cassel, Antoniovsky Reeder.	PT Medio: Desde este enfoque se desarrollan acciones de salud donde hay un rol mas activo de varios actores.
Sociomédico (material-histórico)	Salud-Enfermedad Respuesta social	El proceso de salud-enfermedad es diferenciable para cada grupo social, dependiendo del contexto histórico, del modo de producción y de la pertenencia de clase.	- dimensión histórica - clase social - desgaste laboral - producción del individuo	Incorpora el determinante histórico-social al estudio del perfil epidemiológico de diferentes grupos. Cuestiona la eficacia de medidas correctivas y preventivas para el abordaje, tanto de las condiciones de salud como de la respuesta social, manteniendo intactas las relaciones de explotación	El hecho de que todos los factores determinantes permean por lo histórico-social, conduce al riesgo de limitar el análisis, a la problemática de los factores sociales y del determinante histórico	Segunda mitad del siglo XX (70' R: Belinger, Waitzkin, Laurell, Breih y Navarro.	PT Medio: El componente social de este enfoque permite involucrar de manera activa profesionistas y académicos pero con poco margen para la participación de políticos, directivos, usuarios y proveedores
Sociomédico (estructural-funcionalista)	Salud-enfermedad Respuesta social	El perfil epidemiológico resulta de factores biológicos, psíquicos, sociales y culturales, que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Tales factores también determinan la manera en que se organiza la sociedad para dar respuesta a las condiciones de salud que generan.	- determinan-tes básicos - determinan-tes estructura-les - determinan-tes próximos - estado de salud	Contemplan un enfoque integral sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad. Contrarresta el abordaje fragmentado del conocimiento de los diferentes factores. Incluye categorías de análisis para diferenciar el rol de la respuesta social organizada del Sector Salud.	No desagrega la influencia de cada uno de los factores participantes. Por lo tanto no es posible ponderar el valor específico de cada determinante. Los niveles de jerarquía de cada determinante complican el análisis dependiendo del evento salud-enfermedad bajo estudio	Segunda mitad del siglo XX (80' y 90' R: White, Frenk, Pearlín y Lewis.	PT Alto: Desde este enfoque se promueve una amplia y activa participación de todos los actores involucrados en salud (profesionistas, proveedores, usuarios, directivos, políticos, etc); sobre todo en países con reformas en salud

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Partiendo de los principales objetos de estudio de la salud pública y del nivel de análisis poblacional que idealmente debería tomar esta disciplina como punto de partida, podemos decir que de los marcos revisados, a excepción de los socio médicos, ninguno de ellos aborda el análisis de la respuesta social como objeto de estudio fundamental para la salud pública, incluso los mismos marcos socio médicos abordan el análisis de la respuesta social organizada de una manera parcial, sin darle el mismo tratamiento que le dan al análisis de las condiciones de salud.

En cuanto al estudio de las condiciones, tenemos tres grupos de marcos teóricos: grupo 1, cuya perspectiva de análisis es fundamentalmente la enfermedad (biomédico, epidemiológico clásico y epidemiológico social); grupo 2, cuya perspectiva de análisis es fundamentalmente la salud (higienista preventivo y ecológico); grupo 3, cuya perspectiva de análisis incluye tanto a la salud como la enfermedad (sanitarista y socio médicos).

En este sentido, podemos decir que el abordaje fragmentado en la construcción del conocimiento en salud pública y sistemas de salud se da también al interior de las propias disciplinas, ya que el mismo objeto de estudio se ve fragmentado al tener como perspectiva de análisis, sólo una parte de las condiciones de salud sin incluir el análisis de la respuesta social organizada. De entrada, lo anterior plantea las dificultades de un abordaje integral que aporte para el desarrollo de un enfoque transdisciplinario.

Por otra parte, cada marco tiene una hipótesis implícita ó explícita, así como las variables de análisis en relación a los determinantes del proceso salud-enfermedad. Sin embargo, ninguno de los marcos propuestos cumple con los requisitos de lo que en ciencia se puede denominar modelo. En efecto, las propuestas se limitan a representaciones de una teoría sin cumplir con las otras dos significaciones fundamentales: mostrar las condiciones ideales en las que se produce un fenómeno al verificarse la teoría y mostrar particularmente la explicación general que da la teoría propuesta.

En el caso del carácter de paradigma de cada marco, podemos decir que si existe el conjunto de elementos culturales, de conocimientos y códigos teóricos,

técnicos y metodológicos que podrían compartir los miembros de una comunidad científica, sin embargo, si bien es cierto se podría llegar a verificar la teoría que subyace, también es cierto que esta última no se puede falsear o por lo menos, en la mayoría de los casos, ninguno de sus representantes lo ha hecho. Por lo tanto, no es claro poder entender si las hipótesis que los conducen son verificables y/o falseables. Al parecer cada autor o representante está interesado en verificar su planteamiento, pero ningún autor se ha planteado la necesidad de falsear sus propuestas teóricas. Parecería que construir el conocimiento es verificar, sin tomar en cuenta que más que construirlo, lo están limitando pues el hecho de no abordar la falsabilidad de los enunciados teóricos que subyacen en las hipótesis y variables propuestas, es un limitante para el progreso del conocimiento.

Aquí es necesario citar a Popper (36), al referirse que el conocimiento científico no tiene nada de absoluto y que la estructura de sus teorías se eleva sobre un terreno pantanoso. Al parecer los representantes de los marcos olvidan lo anterior y más bien se preocupan por dar a sus propuestas un sentido paradigmático, hablando en palabras Kuhnianas, mismo que los haga afirmativos, verificables, "científicamente aceptables" y por supuesto irrefutables; como es común, es posible que se considere erróneamente que lo irrefutable es la mejor manera de construir el conocimiento, por lo tanto difícilmente se da validez al hecho de la falsabilidad de los enunciados hipotéticos (37-40).

Luego entonces, no es fácil entender si las confirmaciones o verificaciones que se hacen alrededor de las hipótesis y variables de cada marco son efectivamente el resultado de predicciones riesgosas, es decir que no sólo se basen en la teoría explícita de cada uno, sino que se puedan confrontar a otras teorías, de manera que se produzcan hallazgos incompatibles y de refutación. Al respecto, hay que considerar que todo marco teórico que no es refutable por ningún suceso concebible no es científico, por lo que la irrefutabilidad no es virtud de una teoría (como comúnmente se cree), sino un vicio.

Sobre el carácter de propuesta disciplinaria, al parecer cumple con todos sus requisitos de acuerdo a la definición dada en este ensayo. Sin embargo el hecho de que ningún marco aborda de manera equitativa los objetos de estudio fundamentales de la salud pública, pudiéramos decir que, si se les da el

calificativo de propuestas disciplinarias, habría que agregar el adjetivo de “parciales”, a menos que en su desarrollo posterior el marco de que se trate incluya como perspectivas de análisis: las condiciones (salud-enfermedad) y la respuesta social organizada bajo niveles de análisis similares.

Aunque ciertamente se presentan diferentes dificultades y niveles de análisis para hablar de un enfoque estrictamente transdisciplinario, las diferentes disciplinas involucradas en cada marco conceptual presentan algunas propuestas para el desarrollo de un enfoque transdisciplinario. En efecto, el concepto de salud pública como un ámbito de acción donde participa la comunidad organizada, o al menos debería participar incluyendo a los decisores, proveedores y usuarios de servicios de salud, está implícito o explícito en varios de los modelos revisados, particularmente en los modelos sociomédicos, sanitarista e higienista-preventivo.

Finalmente, es necesario resaltar las siguientes conclusiones que den cierre al presente ensayo:

- Si bien es cierto que el desarrollo de los diferentes modelos revisados ha dado avances importantes en el entendimiento de los objetos de estudio de la salud pública y los sistemas de salud, limitándose fundamentalmente al estudio de las condiciones, centrándose más en la enfermedad que en la salud y descuidando el abordaje de la respuesta social, también es cierto que es cuestionable hasta qué punto los marcos revisados contienen lo que comúnmente se denomina “sesgo convencional”, es decir sí en algún momento, en el caso de que algunas teorías propuestas fueron genuinamente testables, al encontrarse falsas siguen contando con el sostén de sus “promotores/admiradores”, induciendo algún supuesto auxiliar ad-hoc o reinterpretando la teoría de manera que escape a su refutación.
- El conflicto de hallazgos- variables ínter modelos, así como el carácter de “quasi modelo”, “quasi-paradigma” o “quasi- propuesta disciplinaria”, discutidos en este ensayo, causan un desequilibrio de gran importancia en la construcción de teorías y conceptos y sobre todo en el desarrollo de un enfoque transdisciplinario que permita la participación activa de todos los actores involucrados. Ello debería tomarse como punto de

partida para abordar el desarrollo de un modelo teórico-integral-operativo que permita abatir la fragmentación del conocimiento observada en la confrontación de los marcos revisados, al mismo tiempo que retome y replantee la explicación de los determinantes y condicionantes de los objetos de estudio de la salud pública y los sistemas de salud como ejes problema de la protección social.

En lo referente al camino para transitar hacia un enfoque transdisciplinario en el ámbito de la salud podemos resaltar diferentes enunciados y retos que podrían contribuir para el avance de un enfoque transdisciplinario en salud y que algunos de ellos ya han sido citados por otros autores (41).

Si los problemas en salud pública y sistemas de salud se pueden enunciar en forma de interrogantes que puedan tratarse desde diferentes modelos teórico-prácticos, las comunidades podrán expresar su rol activo y lo que esperan de los científicos y de quienes toman las decisiones. Esto a su vez conduce a soluciones “socialmente fuertes”; éstos son sólo dos de los muchos beneficios potenciales del enfoque transdisciplinario.

- La transdisciplinariedad implica que participen no sólo los científicos, sino los representantes de la comunidad y otros actores que, fuera de disponer de un conocimiento particular del problema, tienen también un papel y un interés en su solución. Tales “no científicos” pertenecen con frecuencia a las ONG o a las agencias del gobierno. El enfoque transdisciplinario les da el derecho de ser oídos y por tanto de compartir sus experiencias, conocimientos y expectativas.
- El enfoque transdisciplinario permite capacitar a los investigadores de diferentes disciplinas aplicadas a salud para desarrollar una perspectiva integral, mientras conservan la riqueza y la fuerza de sus respectivas áreas de conocimiento, tal es el caso de los modelos revisados. Adoptando este enfoque desde el principio de un estudio, el equipo de investigación evita llevar a cabo estudios paralelos cuyos resultados se integrarían sólo al final. La integración del conocimiento y la adopción de un lenguaje común se realiza desde que se está definiendo el problema –éste es el corazón del enfoque transdisciplinario. Este enfoque, trata de romper fronteras disciplinarias

y articular ciencias y conocimientos de diferentes modelos teóricos para resolver los problemas de la sociedad de una manera más integral y participativa.

- El enfoque transdisciplinario es complementario al enfoque interdisciplinario, ya que hace emerger de la confrontación de las disciplinas nuevos datos que los articulan entre sí, y ofrece una visión de la investigación más ligada a la realidad socio-cultural de los usuarios de servicios de salud. La transdisciplinariedad no busca el dominio de muchas disciplinas, sino la apertura de todas las disciplinas. Los enfoques de investigación transdisciplinar en salud deben ser un nuevo desafío en la investigación aplicada a la salud, y más aún en el desarrollo de los nuevos sistemas de protección social en salud.
- La disciplinariedad, la multidisciplinariedad, la interdisciplinariedad y, ahora, la transdisciplinariedad son las cuatro flechas de un solo y mismo arco: el del conocimiento aplicado en acción comunitaria. Por lo tanto, la búsqueda y desarrollo de nuevos enfoques de investigación, siempre es y será un desafío. Es desafiante la conformación de un equipo y la organización del trabajo de los miembros de disciplinas diferentes para trabajar con decisores, usuarios y líderes comunitarios. Salirse del marco de su disciplina requiere una gran capacidad de síntesis, así como sensibilidad a las fortalezas y limitaciones de los otros. Para que el enfoque transdisciplinario tenga éxito se requiere definir un protocolo de investigación con elementos conceptuales de todas las disciplinas relacionadas al problema de estudio y precisar claramente las maneras de integrar a la comunidad en la propia definición del problema.
- El modelo o modelos que utilice cada sistema de salud para el planteamiento de reformas o ajustes en las políticas sanitarias, determinará en gran medida el desarrollo de un enfoque transdisciplinario, a partir de líneas de acción por problemas específicos de salud con una participación activa de todos los actores sociales involucrados en el ámbito de la salud: Académicos, profesionistas, proveedores, usuarios, directivos, políticos, líderes comunitarios, etc.

Finalmente es necesario enfatizar que el desarrollo del potencial transdisciplinario de cada modelo revisado dependerá del abordaje que realice cada grupo de investigadores en relación a: el planteamiento

del problema de estudio, la metodología utilizada, la generación e interpretación de resultados, la utilización de tales resultados en la resolución del problema y la participación de todos los actores sociales involucrados en el problema bajo estudio.

Referencias

1. Bachelard G. "La formación del espíritu científico", Ed. Siglo XXI. 1999, pp. 133-149.
2. Frenk J, "La nueva salud pública"; INSP: Cinco años de vida 1987-1991. Cuernavaca: INSP, 1992:17-36.
3. Terris M. *The distinction between public health and community/social/preventive medicine*, *Journal of Pub Health Policy*, 1985, 6 (4): 435-439.
4. Frenk J. et al. *Elementos para una teoría de la transición en salud*. *Sal. Pub. de Mex.* 1991,33:448-462.
5. Arredondo A., Orozco e. Cuadra M. y Cicero M. *Temas selectos en sistemas de salud. Universidad Autonoma de Yucatán. Mérida, México.* 2008. Cap 1 y 2: 7-36.
6. Kuhn TS. *Segundas reflexiones acerca de los paradigmas en Suppe F. (ed). La estructura de las Teorías Científicas. España: Editora Nacional, 1985: 509-533.*
7. Arredondo A. et al, 2007. "Aportes de las ciencias sociales para el análisis de la Morbi-mortalidad", *Cuad med Soc de Chile*, 2007.
8. Scurati Cesare. "Interdisciplinariedad y didáctica: fundamentos, perspectivas y realizaciones". Ed. Adara, España 2004. pp. 35-48.
9. Lebel Jean. 2005. *Salud, un enfoque ecosistémico. El enfoque transdisciplinario. Internacional Development Research Centre. Ottawa, Canadá.* pp 10-26.
10. Leavell H. and Clark. 1953, "Epidemiology and multicausal", *Textbook of preventive medicine. Mc Graw Hill. N.Y.,* pp. 19-33.
11. Noble S., 2008. "A multicausal solution? ". *Hidden Arguments-New Brunswick, Rutgers University Press. USA,* pp. 52-82.
12. Walsh DC et al, "Health promotion vs. Health protection?"; *Journal of Public Health Policy-2001; verano,* 148-164.
13. Fuocoault M "Incorporación del Hospital en la Tecnología Moderna", *Educación Médica y Salud* 1978, 12(1):20-35.
14. Pasteur L. 1946. "Memorias de Luis Pasteur". *Conmemoración del bicentenario de la muerte de Pasteur. Sociedad Mexicana de Historia Natural. México,* pp. 82-85.
15. Piña B.1990. "Modelos de explicación sobre la determinación del proceso Salud-Enfermedad". *Factores de riesgo en la comunidad; UNAM, Tomo I, México,* pp. 15-22.
16. San Martín H. *Funciones de la medicina social y la salubridad. El ambiente y la salud, en: Salud y Enfermedad. México, D.F. La Prensa Médica Mexicana, 1975; cap. 6:37-40, 113-117.*

17. Arredondo A. "Análisis y Reflexión sobre Modelos Explicativos del proceso salud-enfermedad". *Rev. Mex. de Educación Médica*, 1991; Vol. 3(2) pp. 37-44.
18. Susser M. 2003. "The scope of epidemiology: The evolution of Concepts in epidemiology", en: Susser M. *causal thinking in the health sciences*. N.Y. Oxford Univ. Press. pp. 26-40.
19. MacMahon B. y Pugh T. 1975. *Principios y métodos de epidemiología*. Prensa Médica Mexicana. 2da.ed. pp. 15-25.
20. Lilienfeld A.M. y Lilienfeld D.E. 1990. *Laying the foundations: The epidemiology approach disease. Foundations of epidemiology* (2 ed.) NY, Oxford Univ. Press, cap. 1:3-22.
21. Susser M. 1972 "Agent, Host and Environment as an ecological system". *Causal Thinking in the health Sciences*. Oxford Univ. Press. Pp.26-40.
22. Dubos R. "El medio y la enfermedad". 1975. *El espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio biológico*. México. FCE, 1975, Cap. 3:26-47.
23. Mckewon, T.1979. "Evolution of health concept" en: *The roles of medicine: Dream, Mirage or Nemesis*, Princeton Univ. Press, 1979. Chap. 1:3-11.
24. Msey R. 2000. "Social structure and health" en: *Illsley R. Professional or public health? Sociology in health and medicine. The Rock Carling Fellowship*; Chap. 2:11-43.
25. Reeder L., 2005. *Social epidemiology: an appraisal*. En: Jaco G.E. (ed), *Parents, Physicians and Mness. A Sourcebook in Behavioral Science and Health*. New York.
26. Cassel J. 1974. *Psychological processes and "stress", Theoretical formulation*. *International Journal of Health Services* 1974, vol. 4(3):471-482.
27. Breilh J. y Granda E. 2001. "Investigación en salud en la sociedad": guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico. Quito, ediciones C.E.A.S., Ecuador, pp.16-28.
28. Laurell C. 1995. "El estudio social del proceso salud-enfermedad en America Latina". Ponencia presentada en el coloquio. *La Santé en Amerique Latine realité socio politique et projets des soins primaires*". AMALC. Montreal, Canadá, pp.1-16.
29. Bloch C. et al; 1985, "El proceso salud-enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte, Rosario (Argentina), No. 32, pp. 5-19.
30. Terris M., 1975. " Approaches to an epidemiology of health" *American Journal of Public Health*, No. 65, pp. 1.037-1.045.
31. Waitzkin H. " A Marxist view of medical care" *Annals of internal medicine*, 1978, 89: 264-278
32. Frenk J. 1979. *Salud, educación y medicina: expectativas y limitaciones*. *Ciencia y Desarrollo* 1979, N° 26, pp. 133-138.
33. Lewis A. 1953. *Health as a social concept*. *British Journal of Sociology*. 1953, N° 4, pp.109-124.
34. Pearlin L.I. 1992. *Structure and Meaning in Medical Sociology*. *Journal of Health and Social Behavior*, 1992, N° 33, pp. 1-19.
35. Martínez Cortés F. 1989. *El paradigma biopsíquico y sociocultural*. *Rev. de la facultad de Medicina*. UNAM –México. 1989. N° 32 (3) pp. 114-117.
36. Popper K. 1985. " Sobre el problema de una teoría del método científico", en: *La lógica de investigación científica*. España, Tecnos, 1985, pp. 27-109.
37. Moore D. 2005. "Statistics concepts and controversies". NY, Freeman and Co. ed., pp. 86-90.
38. Ecberg D.L. y Hill L. 1979. *The paradigm concept and sociology: A critical review*. *Ame Socio Rev*. 1979, N° 44(6), pp. 925-937.
39. Rosenberg Ch. 1989. "Disease in story: Frames and framers". *The Milbank Quarterly* 1989; 67 (supl. 1), pp. 1-15.
40. Arredondo A. et al, *Lineamientos para el desarrollo de protocolos de investigación en sistemas de salud*. *Rev Horizonte Sanitario*, Vol 6, 2007.
41. Lebel Jean. 2005. *Op cit.. El enfoque transdisciplinario*. *Internacional Development Research Centre*. Ottawa, Canadá. pp 29-35.

Una metodología para evaluación de Servicios de Salud con deuda usando ajuste de riesgos con morbilidad¹

A methodology to evaluate indebted Health Authorities using diagnosis-based risk adjustment

Camilo Cid P.²
Dra. Ximena Riesco C.³

Resumen

En este trabajo se desarrolla una metodología de evaluación de Servicios de Salud en búsqueda de explicaciones a la deuda. Pretende abrir ámbitos de explicación, a través del estudio de perfiles de riesgos de personas atendidas a nivel hospitalario en cada Servicio de Salud y la construcción de índices de eficiencia relativa. El trabajo tiene un carácter ilustrativo y pretende resaltar la metodología.

De los ocho Servicios de Salud con deuda considerados, cinco presentan gastos esperados de sus pacientes superiores al promedio y son los únicos cinco, del grupo de 17 Servicios de Salud considerados, en esta situación. Esto implica que, en general, los Servicios de salud con deuda muestran gastos esperados superiores que los Servicios de Salud sin deuda. A su vez, 5 Servicios de Salud con deuda justifican sus gastos observados y se desempeñan de manera relativamente eficiente. Sin embargo, tres de ellos arrojan como resultados un indicador que muestra ineficiencia relativa.

La metodología se muestra robusta a la hora de comparar Servicios de Salud, dado que permite homogeneizar su producción, al ajustar por riesgos de la población atendida a nivel hospitalario. No obstante, para ser más precisos ella puede ser mejorada en varios aspectos que se señalan.

Palabras clave: deuda hospitalaria, morbilidad, ajuste de riesgos

Abstract

The present study aims at developing a methodology to explain deficits in different Chilean Health Authorities in Chile. It intends to make comparable the Health Authorities by studying the diverse risk and hence casemix of the different Health Authorities, this resulting in different degrees of efficiency. The present study case is used illustratively being the centre of the research the proposed methodology.

The results show that at least 5 of the more indebted HA are those with highest observed expenditures and functioning with relatively good degrees of efficiency in comparison to the rest of them.

Despite the concrete results of the illustrative exercise, it is the robustness of the method to compare different Health Authorities the main result of the study.

This robustness lies on the possibility of comparing Health Authorities and their populations, adjusting them by their risks and casemix.

Key words: hospitalary debt, morbidity, risk adjustment

Recibido el 10 de diciembre de 2008. Aceptado el 26 de febrero de 2009

1 Los autores agradecen las observaciones a trabajos previos del Dr. Claudio Farah y del Dr. Antonio Infante. Se agradece a la Agencia de Cooperación Alemana-GTZ, por el apoyo para la obtención de la licencia del software DxCG, para el MINSAL, que se utilizó en este reporte.

2 Economista, M.A. Ph.D (c). Correspondencia a: camilocid@gmail.com

3 Médica, MSc Salud Pública y estudios para PhD

1 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo desarrolla una metodología de evaluación de Servicios de Salud en búsqueda de explicaciones a la deuda. De esta manera, se pretende abrir ámbitos de explicación a través del estudio de perfiles de riesgos de personas atendidas a nivel hospitalario en cada Servicio de Salud y la construcción de índices de eficiencia relativa. El trabajo tiene un carácter ilustrativo y se realiza con información del año 2001 y 2003. Dado el carácter definido, la antigüedad de la información disponible no es un problema ya que el estudio no pretende tener efectos prácticos, sino exponer la metodología.

Las actividades de salud son el resultado de las distintas necesidades de la población asociada a cada uno de los Servicios, que se manifiestan como demanda efectiva, las que varían dependiendo de las condiciones de cada población y su riesgo sanitario. La existencia de deuda responde a una insuficiencia de recursos, o bien, a un exceso de gasto. Cuando los gastos superan a los ingresos, debido al primer motivo, tenemos que la deuda es el resultado de una demanda por atenciones de salud que no es completamente financiada por las transferencias. En el segundo caso, puede deberse a ineficiencias en el manejo de recursos, o, al efecto de factores externos a la producción sobre el costo de los insumos.

La metodología y análisis que se desarrolla en este trabajo, aborda con detalle los perfiles de riesgo de la población atendida en hospitales en los Servicios de Salud con deuda elevada y sin deuda elevada, diferenciando por grupos de diagnóstico cada uno de ellos. El análisis consiste en aplicar el método de ajuste de riesgo denominado Grupos por Costos de Diagnósticos, DxCG (Diagnostic Cost Group) para comparar la eficiencia relativa de uso de los recursos hospitalarios entre los Servicios de Salud, considerando las necesidades médicas de sus usuarios, a través, de los diagnósticos y sus características demográficas.

El modelo en uso, es un método es recogido de la experiencia internacional en ajuste de riesgos. Modelos de este tipo pueden llegar a predecir cerca del 40% de la varianza de los gastos, lo cual es un avance muy importante respecto de los modelos habitualmente usados, que utilizan sólo variables demográficas, como sexo y edad, que no llegan a predecir más del 2 a 3% de la varianza de los gastos. Esta predicción de gastos puede ser considerada como los gastos esperados

necesarios, de acuerdo a los riesgos que determinada entidad está atendiendo, y por lo tanto, puede ser comparada con los gastos observados. Además, los Servicios de Salud pueden ser comparados en base a lo anterior.

Definimos a los Servicios de Salud con deuda elevada o alta como aquellos que tienen una tasa de deuda total superior al promedio. La tasa de deuda se estima como la suma de la deuda de bienes y servicios de consumo en el año 2003 sobre los ingresos del mismo año. El rango de la tasa de deuda varía entre un 0% hasta un 15,3%. Los servicios sobre la media de 5,8% son estudiados como servicios con deuda elevada. De los 28 Servicios de Salud del país, 12 fueron considerados con deuda elevada. No obstante, de acuerdo a la disponibilidad de la información, en este estudio se analizan sólo 8 de ellos en el contexto de 17 Servicios de Salud que reunían información con posibilidades de ser analizada.

2 OBJETIVO

Mostrar una metodología de evaluación de Servicios de salud con deuda, mediante un método de ajuste de riesgo que usa la morbilidad atendida⁴, comparando los recursos financieros en uso a nivel hospitalario (gasto observado), con una estimación de recursos que deberían utilizarse (gasto esperado), considerando las necesidades médicas de los usuarios de ese nivel de atención y sus características demográficas. Particularmente, se compara a 8 Servicios con deuda, entre ellos y respecto de las tendencias nacionales, representadas por 17 Servicios de Salud, en uso de recursos.

3 METODOLOGÍA

Se ha usado el método Diagnostic Cost Group (5) que consiste en el uso de un modelo de ajuste de riesgos para la evaluación, en este caso, de desempeño de proveedores basados en estados de salud de las personas atendidas en el nivel terciario. El modelo usa datos demográficos (sexo y edad) y de diagnósticos

⁴ Este modelo se ha usado para Medicare, Medicaid, y es usado comercialmente en USA. También se ha probado para diversas poblaciones en ese país. También ha sido probado con datos para Australia, para distribución de recursos en Alemania y Holanda (Fondos de ajuste). Además ha sido usado para simular un fondo solidario de ajuste de riesgo en Chile usando diagnósticos (C. Cid, 2004, 2008).

de las personas para predecir el uso relativo de recursos de individuos, por cada servicio de salud, en el período de un año y estimar costos por grupos de diagnósticos.

El modelo normaliza los niveles observados de uso de recursos para reflejar estado de salud de las personas en cada servicio de salud. Esto permite hacer comparaciones de proveedores organizados por Servicios. La clasificación clínica que usa el modelo, agrupa diagnósticos a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10-CM) en grupos clínicamente homogéneos, pudiendo identificar grupos de pacientes con más altos o más bajos recursos usados. De esta forma, se usa un completo perfil clínico jerarquizado para predecir el uso de recursos a nivel hospitalario.

Dada la información disponible, en este estudio, se ha utilizado un modelo basado en la existencia de un único diagnóstico por evento (egreso hospitalario). El Modelo actúa organizando los códigos CIE- 10 (cerca de 7.500 presentes en la muestra) en más de 780 grupos llamados DxGroups y luego en 184 Categoría de Condición (Condition Categories) o CCs. Cada CC está compuesta por un grupo de DxGroups que están clínicamente relacionados y son similares con respecto a los niveles de uso de recursos. Con los 184 CCs y las características demográficas de las personas que han usado el hospital (32 grupos de sexo y edad), el modelo ejecuta una regresión OLS⁵ para predecir los costos y establecer los gastos esperados por individuos, grupos y diagnósticos. El modelo econométrico en uso, es concurrente en el sentido que utiliza datos de gastos observados, grupos de sexo-edad y diagnósticos de 2001 para estimar el modelo y predecir los gastos del mismo año.

Datos

Los datos usados corresponden a los diagnósticos de la base de egresos 2001 con RUT válidos⁶ que suman más de 350.000 registros de egresos, equivalentes

a 280.550 personas, usuarias de los hospitales⁷, distribuidas en 20 Servicios de salud que cuentan con RUT en el registro de sus egresos. La información de Rut es necesaria, dado que el modelo opera a nivel de gasto individual. No obstante de estos 20 Servicios, dada la escasa disponibilidad de información, hubo que eliminar 3 de ellos: Así de los 17 servicios en análisis, 12 son servicios con deuda elevada, pero de ellos sólo 8 presentan datos a nivel individual y son posibles de incluir en este análisis.

El registro de egresos hospitalario no contiene costos. Para este trabajo ellos fueron tomados de estimados e imputaciones a la base de egresos 2001 de otros trabajos en particular de Cid, 2004 y 2008, que a su vez se basan en las metodología usadas en las simulaciones del Fondo de Compensación Solidario del Ministerio de Salud y del estudio de Equidad de 1996 (FONASA, MINSAL, Bitrán, et. al. 1996). Ambos métodos se basan en aranceles FONASA, considerando la severidad del caso a través de días de estada, la existencia o no de cirugía y la especialidad a través del servicio clínico de egreso.

4 RESULTADOS

4.1 Distribución de gasto esperado⁸

Un primer análisis consiste en organizar las personas por Categorías Agregadas de grupos de costos por diagnósticos en 5 niveles ascendentes de severidad. En la Tabla 1 se aprecia que de las 285.546 personas de nuestra muestra, 121.708, equivalentes al 43%, tiene gastos hospitalarios esperados, asociados a la

5 La función estimada en este caso utiliza el costo actual para cada persona, como variable dependiente y el sexo, la edad y 184 posibles grupos de diagnósticos, según la clasificación DxCG, como variables independientes.

6 Se refiere a que el Rut fue chequeado con el verificador de números.

7 El método recomienda trabajar sobre el riesgo de la totalidad de la población, en este caso, de los beneficiarios de todo el Servicio de salud. No obstante, se ha trabajado con la población que demanda atenciones hospitalarias solamente. Las conclusiones respecto de la población total de cada servicio se basa en el supuesto de que la población atendida representa a la población total de la misma manera en cada Servicio. Es importante señalar, entonces, que los efectos demográficos son menores en el modelo. Cid, 2008 con estos datos obtuvo un R² de 1,1% y cuando se estiman los costos considerando sólo sexo y edad de los beneficiarios de Fonasa e Isapres. En cambio al agregar la morbilidad este indicador sube a 36%

8 Por gastos esperados o gastos predichos, nos referimos al resultado que ocurre al ajustar por riesgos los costos imputados actuales en la base de egresos y considerar la predicción del Modelo de regresión concurrente de DCG (software DxCG 6.1 de DxCG Inc.)

categoría agregada "ADCG0", de \$32.894⁹ en promedio, lo cual representa el 4,35% del gasto total.

Tabla 1:
Distribución por Categoría Agregada DCG (ADCG)

ADCG=Rango de la predicción del gasto	Personas		Predicción (\$ 2003)	
	Número	Porcentaje	Media	Porcentaje
(en orden creciente de severidad)				
Total	285.546	100%	\$ 322.486	100%
ADCG 0	121.708	42,62%	\$ 32.894	4,35%
ADCG 1	110.589	38,73%	\$ 288.302	34,62%
ADCG 5	29.129	10,20%	\$ 659.806	20,87%
ADCG 10	22.063	7,73%	\$ 1.324.772	31,74%
ADCG 25	2.057	0,72%	\$ 3.777.279	8,44%

Fuente: Elaboración propia con Software DxCG.

En el segundo grupo hay 110.589 personas, correspondientes al 39% de la muestra, con gasto promedio esperado de \$288.302 pesos, los que en conjunto equivalen a casi el 35% del total de los gastos. Del mismo modo, en el tercer grupo, tenemos poco más de 29 mil personas, que son el 10%, de las cuales se esperan gastos por un promedio de casi \$660 mil pesos y que conforman el 21% del total de gasto.

En el cuarto grupo, para 22 mil personas, los gastos esperados promedios alcanzan casi \$1.324.772 y agruparían el 32% de los gastos totales. Por último, en el quinto grupo, el de mayor severidad, una pequeña cantidad de personas, equivalente al 0,72%, unas 2.000 personas, presenta gastos esperados promedios por casi \$3.777.279, con el 8% de participación en el total.

De esta forma podemos decir que para los 17 servicios en análisis, se espera que más del 80% de las personas que ellos atienden, produzcan gastos promedios menores a \$288 mil pesos, pero que sólo ocuparán cerca del 40% de los recursos disponibles (a nivel hospitalario) el otro 60% será ocupado por el restante 20% de los pacientes.

4.2 Análisis por Servicios

Un segundo análisis consiste en organizar las personas por categorías agregadas de grupos de costos por

diagnósticos en 5 niveles ascendentes de severidad, pero esta vez, por Servicio de Salud.

En la Tabla 2 se muestran los porcentajes de personas en relación a los gastos predichos por el modelo, ordenados en 5 grupos o niveles ascendentes de severidad de los DCG de acuerdo a tramos de gastos, llamados ADCG. Así el primer tramo agrupa el porcentaje de personas que se prevee gasten en promedio \$32.894 (promedio correspondiente al ADCG 0, en cuadro 6.1) al tratarse en los hospitales. Para examen de este cuadro cabe recordar, entonces, que la categoría ADCG 1 tiene un gasto esperado promedio de \$288.302, la ADCG 5 corresponde a gastos esperados por \$659.806, en promedio, mientras que las categorías ADCG10 y ADCG25 muestran gastos promedio esperados de \$1.324.772 y \$3.777.279 respectivamente.

La columna denominada "Total" muestra los promedios de los 17 Servicios de Salud considerados en el análisis.

Tabla 2:
Distribución Porcentual
por Categoría Agregada DCG (ADCG) y por Servicio

ADCG Rango de la predicción (en orden creciente de severidad)	17 Servicios Total	Servicios de Salud con Deuda							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
ADCG 0	42,62	34,49	42,84	36,34	36,53	45,06	35,97	52,16	47,2
ADCG 1	38,73	44,33	35,9	38,33	43,76	38,89	44,64	34,84	35,79
ADCG 5	10,2	7,89	12,27	13,6	10,9	10,69	9,7	5,16	8,87
ADCG 10	7,73	12,81	8,22	10,88	8,21	4,65	9,42	7,56	7,47
ADCG 25	0,72	0,48	0,77	0,87	0,6	0,71	0,25	0,28	0,67

Fuente: Elaboración propia con Software DxCG

Sería esperable que los servicios con deuda acumularan mayores porcentajes de pacientes en los tramos o categorías superiores del gasto (si suponemos que tienen problemas financieros por presión de la severidad que atienden), es decir, donde el promedio supera los 1,3 millones de pesos y/o los 3,8 millones (ADCG 10 y 25, respectivamente) pero ello sólo ocurre claramente en el servicio 1, 2 y en el 3 y en menor medida en el Servicio de salud 6, y no ocurre en 8, 7 y sobre todo no ocurre en el servicio de salud 5. Ello es, probablemente, consecuencia de que los Servicios menos complejos como estos últimos, derivan los

⁹ En este capítulo todos los valores monetarios se encuentran en pesos de 2001.

casos que no tienen capacidad de resolver, casos que generalmente son más caros. En este sentido, no sorprende que tengan gastos concentrados en niveles menores de severidad.

Otro supuesto, igualmente válido al anterior, es que los servicios con deuda debieran acumular menos personas al promedio, en las categorías de promedios esperados de gasto más bajas (ADCG 0, promedio \$32.894 y ADCG 1, promedio \$288.302). Además es importante considerar que en estas dos categorías se concentra más del 80% de los pacientes egresados. Pero los Servicios de salud de 5, 7 y 8 presentan mayor cantidad de personas al promedio, con gastos esperados promedio, menores. Por otra parte el

Servicio de Salud 4 presenta una situación diferente y no concluyente respecto de este análisis (menor porcentaje en el primer tramo de gasto, pero mayor en el segundo).

4.3 Perfiles de diagnósticos hospitalarios

La morbilidad hospitalaria presente en cada Servicio de Salud puede ser apreciada a través de la agrupación de todos los diagnósticos de la muestra en 30 Categorías de Condición Agregada, como se ve en la Tabla 3, que muestra la distribución de individuos por categorías diagnósticas en tasas por 10.000 individuos. Cabe tener en cuenta que las frecuencias no son mutuamente excluyentes y las personas aparecen según cuantos CCs (casos egresos) hayan tenido.

Tabla 3:
Tasa por 10,000 individuos por Categoría de Condición Agregada (ACC) por Servicio

Aggregated Condition Category (ACC)	Total	1	2	3	4	5	6	7	8
All People	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
No Claims	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No Valid Diagnosis	736	555	823	660	500	841	555	735	929
01: Infectious and Parasitic	187	265	195	138	135	214	168	187	179
02: Malignant Neoplasm	297	182	455	362	245	275	90	134	197
03: Benign/In Situ/Uncertain Neoplasm	262	274	375	301	309	175	98	164	120
04: Diabetes	165	125	242	163	138	160	86	298	207
05: Nutritional and Metabolic	56	130	60	73	45	35	43	44	58
06: Liver	181	175	306	229	157	224	167	250	256
07: Gastrointestinal	1.231	1.286	1.641	1.363	1.286	1.075	829	1.299	1.119
08: Musculoskeletal and Connective Tissue	290	323	180	329	152	289	206	220	187
09: Hematological	43	56	56	47	55	42	34	37	37
10: Cognitive Disorders	21	34	23	16	9	15	9	9	12
11: Substance Abuse	48	75	5	2	23	50	52	51	75
12: Mental	81	169	9	11	12	68	90	83	131
13: Developmental Disability	9	19	5	26	3	3	11	2	7
14: Neurological	114	78	57	152	66	106	134	69	150
15: Cardio-Respiratory Arrest	34	54	80	44	18	26	14	28	56
16: Heart	352	400	664	495	223	305	103	199	230
17: Cerebro-Vascular	112	109	127	152	72	95	66	104	80
18: Vascular	145	128	167	189	98	137	96	206	143
19: Lung	949	694	806	840	943	1.063	855	1.260	1.422
20: Eyes	241	84	137	69	351	251	62	21	150
21: Ears, Nose and Throat	321	131	68	208	235	498	588	227	320
22: Urinary System	247	379	370	240	186	262	136	277	275
23: Genital System	343	356	375	412	343	288	185	243	273
24: Pregnancy-Related	2.698	3.313	1.801	2.711	3.890	2.632	4.259	2.647	2.431
25: Skin and Subcutaneous	215	228	175	205	106	204	210	284	269
26: Injury, Poisoning, Complications	766	704	854	707	545	980	727	712	1.076
27: Symptoms, Signs and Ill-Defined Conditions	264	189	236	205	300	241	253	1.126	278
28: Neonates	93	157	12	188	57	14	225	9	28
29: Transplants, Openings, Other V-Codes	11	6	23	13	13	8	4	0	4
30: Screening / History	327	80	162	282	429	235	176	312	321

Fuente: Elaboración propia con Software DxCG

Al observar los 8 Servicios Críticos podemos apreciar las tasas de condición agregada de diagnósticos que son superiores a la tasa general, para establecer si esos servicios han tenido mayores eventos, para algunos ACCs, que el promedio de los 17 Servicios considerados. Analizando por servicios críticos se aprecia que 3 de ellos tienen tasas de ACCs por sobre el total en 17 casos de los 30 grupos, estos son 1, 2 y 3.

Luego 8 presenta tasas mas altas al promedio en 13 grupos de diagnósticos, 7 en 11, 4 y 5 en 9 y finalmente 6 en solo 7.

Observando transversalmente el cuadro, vemos que hay algunos casos de ACCs sobre el promedio de tasas que son comunes a todos los servicios críticos. El caso que más llama la atención, dado que se repite en 6 de los 8 servicios críticos, es la ACC 07, que se refiere a problemas gastrointestinales (incluye perforación/obstrucción intestinal, enfermedad pancreática, enfermedad de inflamación del intestino, apendicitis, úlceras, hemorragias y otras desordenes gastrointestinales, ver anexo para mayor detalle).

Luego hay 2 ACCs que están por sobre la tasa promedio, en 5 Servicios críticos, estos son el ACC 06 que se refiere a los problemas al Hígado (hepatitis crónica, cirrosis hepática y otros problemas hepáticos como vesícula), y el ACC 11 referido a abuso de sustancias (abuso, dependencia y psicosis drogas/alcohol).

Hay 7 grupos de ACCs que están sobre el promedio en la mitad de los casos, esto es, en 4 Servicios críticos (ver tabla 4).

Por último podemos apreciar que grupos de diagnóstico son los cuatro más relevantes en cada uno de los Servicios críticos, según se observa en la tabla 4.

Tabla 4:
Grupos Diagnósticos Principales (ACC)
en los Servicios de Salud con deuda

ACC	Servicio de Salud							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Embarazos y problemas del embarazo	31%	17%	25%	36%	24%	40%	24%	22%
Afecciones gastrointestinales	12%	16%	13%	12%	10%	8%	12%	10%
Problemas del pulmón	2%	8%	8%	9%	10%	8%	11%	13%
Heridas y envenenamientos	7%	8%	7%	5%	10%	7%	7%	10%
Sub Total	52%	49%	53%	62%	54%	63%	54%	55%

Fuente: Elaboración propia

En todos los servicios, en términos de frecuencia, la categoría de diagnósticos más importante son aquellas relacionadas con el Embarazo¹⁰. Esta se da en el Servicio de Salud de 1 en un 31% de los pacientes,

¹⁰ Incluye: Ectopic pregnancy, Miscarriage/Abortion, Completed pregnancy with major complications, Completed pregnancy with complications, Completed pregnancy without comp. (Normal delivery), Uncompleted pregnancy with complications, Uncompleted pregnancy with no or minor complications.

Servicio de Salud 2 en un 17% de los pacientes, Servicio de Salud 3 en un 25%, Servicio de Salud Sur-Oriente en un 36%, 5 en un 24%, 6 en un 40%, 7 24% y 8 en un 22%.

Luego los dos siguiente grupos de diagnóstico más relevantes son los Gastrointestinales y los problemas relacionados con el Pulmón¹¹, con tres apariciones de Heridas, envenenamientos, complicaciones que son 1 que presenta un 12% de problemas Gastrointestinales pero el siguiente grupo es 7% Heridas, envenenamiento, complicaciones¹², el Servicio de Salud 2 con problemas gastrointestinales 16%, Pulmón (8%) y también con 8% Heridas, envenenamiento y 8: Pulmón 13% y luego Gastrointestinales y Heridas, envenenamiento, complicaciones, ambas con 10%.

El Servicio de Salud 3, muestra porcentajes de 13% en gastrointestinales y 8% en Pulmón. En el Servicio de Salud 4 12% y 9% respectivamente. En el Servicio de 5 10% (Gastrointestinales) y este mismo porcentaje es alcanzado también por la condición agregada relacionada con el Pulmón. El mismo esquema sigue 6 con 8% en problemas gastrointestinales igual que al Pulmón (8%). El Servicio de Salud de 7: Gastrointestinales 12% y Pulmón 11%.

No obstante, a partir de este análisis descriptivo, no es posible concluir patrones de los perfiles de morbimortalidad de los diferentes Servicios, ni del país. Esto fundamentalmente porque la clasificación de las patologías en grupos de los ACC son diferentes a las utilizadas por el DEIS. En segundo lugar el análisis considera los Servicios sin especificación de grados de complejidad en la capacidad resolutive de cada uno, por lo que diversas patologías deben ser derivadas a otros Servicios sin quedar registro de ellas en los egresos del Servicio derivador. En tercer lugar, habiéndose trabajado solo con los egresos hospitalarios que registran RUT, se dificulta mas el análisis global. Por otra parte, es positivo destacar que

¹¹ Cystic fibrosis; Chronic obstructive pulmonary disease; Fibrosis of lung and other chronic lung disorders; Asthma; Aspiration and specified bacterial pneumonias; Pneumococcal pneumonia, empyema, lung abscess; Viral and unspecified pneumonia, pleurisy; Pleural effusion/pneumothorax; Other lung disorders.

¹² Incluye: Severe head injury, major head injury, Concussion or unspecified head injury, Vertebral fractures, Hip fracture/Dislocation, Major fracture (except of skull, vertebrae, or hip); Internal injuries, Traumatic amputation, Other injuries, Poisonings and allergic reactions, Major complications of medical care and trauma, Other complications of medical care.

Tabla 5:
Comparación de Gastos Actuales y Esperados e Índice de eficiencia relativa por Servicio

	17 Servicios									
	Total	1	2	3	4	5	6	7	8	
Número de personas hospitalizadas en la muestra	285.546	10.888	7.385	37.542	43.362	11.840	12.192	4.325	12.029	
Gasto observado	\$322.486	\$348.643	\$406.300	\$382.776	\$304.019	\$317.298	\$290.686	\$169.571	\$330.033	
Gasto observado normalizado	1,00	1,08	1,26	1,19	0,94	0,98	0,90	0,53	1,02	
Riesgo relativo (normalizado)	1,00	1,20	1,00	1,22	1,07	0,86	1,07	0,75	0,89	
Gasto ajustado por riesgo (gasto observado/ Riesgo relativo)	\$322.486	\$290.643	\$405.573	\$313.075	\$284.343	\$367.132	\$271.632	\$225.920	\$371.588	
Gasto esperado (Riesgo relativo*Media de la muestra)	\$322.486	\$386.839	\$323.064	\$394.282	\$344.801	\$278.712	\$345.107	\$242.051	\$286.422	
Índice de eficiencia relativa (Gasto observado/Gasto esperado)	1,00	0,90	1,26	0,97	0,88	1,14	0,84	0,70	1,15	

Fuente: Elaboración propia con Software DxCG

los servicios no críticos, siguen las mismas tendencias que los críticos en cuanto a frecuencias de condiciones agregadas de diagnósticos en este análisis.

4.4 Riesgo y eficiencia relativa

Costos Esperados

El riesgo relativo de la Tabla 5 muestra la predicción del modelo, en términos de gastos esperados, y los gastos actuales, ambos en términos absolutos y relativos. Los servicios con niveles de riesgo relativo mayores a 1, que es el promedio normalizado de los 17 servicios incluidos en el análisis, cuentan con gasto relativo esperados superiores dados las características de su población y la severidad que ha debido atender durante 2001. Los servicios con factores menores a 1, presentan gastos esperados menores al promedio dado que sus pacientes son relativamente más sanos y a la vez, sus diagnósticos son menos severos.

Como se aprecia en la Tabla 5, de los 8 servicios críticos presentes en esta sección, 5 de ellos (1 20%, 3 22%, 4 7%, 6 7% y 2=al promedio) presentan factores ajustados por riesgo iguales o superiores a uno, siendo exclusivamente este grupo de servicios el que presenta esta situación a nivel de los 17 servicios de salud analizados con este modelo (ver cuadro en anexos con la totalidad de los Servicios). Esto es significativo dado que está indicando que son estos los servicios que más gastos esperados tienen, probablemente, en todo el sistema y que son los que empujan el promedio hacia arriba. De los otros cuatro Servicios, 5 factores de 0,87, es decir 13% por debajo del promedio, y más abajo 8 con 0,75, es decir 25% por debajo del promedio de

gastos esperados. Los demás servicios (los no críticos) están en el rango de los tres primeros. En la Tabla 5 también pueden verse los valores absolutos promedio de gastos por persona. El promedio de los 17 servicios incluidos es \$322.221 por persona/año.

Eficiencia Relativa

La forma de medir eficiencia relativa de los Servicios, es observar el indicador que resulta de dividir los gastos observados por los gastos esperados, ajustados por riesgo incluyendo diagnósticos. De este modo un índice mayor a uno implicaría ineficiencia relativa en el uso de los recursos asociados a la producción, ya que, el servicio en cuestión estaría gastando más recursos de los que necesita, según lo indicado los riesgos de la población en la producción hospitalaria.

Analizando el índice descrito para los 17 servicios en análisis, los servicios críticos se observan como sigue: 1, 3, 4, 6 y 7 presentan indicadores positivos en eficiencia relativa, mientras que, 2, 5 y 8 presentarían ineficiencia relativa. Esto es coincidente con el análisis de gastos esperados, es decir, aquellos servicios que presentan gastos esperados superiores al promedio, son también relativamente eficientes, con la excepción de 7 cuyos gastos esperados son bajos pero los gastos actuales también lo son. Podríamos afirmar que 7 está gastando un 30% menos de lo esperado en relación a los riesgos de su población atendida a nivel hospitalario, mientras que el Servicio de Salud 2 está gastando un 26% más de lo esperado para resolver los problemas de su población hospitalizada. Además el Servicio de Salud 3, está muy cerca de equilibrar sus gastos corrientes de los esperados, pero estaría gastando un 3% menos de lo esperado.

5 CONCLUSIONES

El método de análisis permite comparar Servicios de Salud de acuerdo a sus costos observados y características demográficas y de salud de la población que se hospitaliza. Las conclusiones, entonces, se basan en resultados acerca de este segmento de la producción y pacientes, a cargo del Servicio.

A nivel de los 17 servicios en análisis, los gastos del 80% de la población atendida acumulan cerca del 40% del total de los gastos, mientras que el restante 60% del gasto está concentrado en el restante 20% de los pacientes hospitalarios.

Cinco de los servicios con deuda elevada presentan gastos esperados ajustados por los riesgos de sus pacientes superiores al promedio y son exclusivamente estos servicios los que se encuentran en esta situación del grupo de 17. Esto implica que, en general, los servicios con deuda alta muestran gastos esperados superiores que los servicios sin deuda o con deuda menor.

El análisis presenta evidencia para considerar que 5 servicios con deuda alta (1, 3, 4, 6 y 7), muestran datos que a nivel hospitalario, justifican sus gastos relativos y que se desempeñan de manera relativamente eficiente al nivel de su producción. No obstante dentro de este grupo se debe revisar más profundamente el caso de 4 y 6. En el caso del grupo relativamente ineficiente (2, 5 y 8) conviene profundizar especialmente en los servicios 8 y 2, en la búsqueda de las razones de estos resultados y de sus niveles de deuda.

Esta metodología se muestra robusta a la hora de comparar Servicios, dado que permite homogeneizar su producción al ajustar por riesgos de la población atendida a nivel hospitalario. No obstante, para ser más precisos en cuanto a la actividad total de los Servicios, estudios posteriores deben considerar la totalidad de la población a cargo del Servicios y también, los costos de otros niveles de atención, en la medida que exista información actualizada esté disponible. También es posible ponderar por la capacidad instalada de cada Servicio a efectos de asegurar la comparabilidad entre los mismos.

Referencias

1. Ash A, Ellis R, Pope G, Ayanian J, Bates D, Burstin H, Iezzoni L, Mackay E, Yu W. (2000) 'Using Diagnoses to Describe Populations and Predict Costs'. *Health Care Finan Rev* 2000; 21:7-28.
2. Ash A., Zhao Y., Ellis R., Schlein Kramer M (2001). 'Finding Future High-cost Cases: Comparing Prior Cost versus Diagnosis -based Methods. *Health Serv Res* 36:6:194-206.
3. Cid C, Wasem J, (2008). "Diagnoses-based risk adjusted capitation payments for improving solidarity and efficiency in the chilean health care system: evaluation and comparison with a demographic model". PhD in Economics thesis. Institute for Health Care Management. University of Duisburg-Essen.
4. Behrend C, Buchner F, Happich M, Holle R, Reitmer P, Mases J (2004). "Risk -Adjustment Capitation Payments: How well Do Principal Inpatient Diagnosis-Based Models Work in the German Situation? Results From a Large Data Set". *Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften. Universität Duisburg-Essen. Campus Essen. N°134, Mai 2204.*
5. DxCG, Inc. (2002). "DxCG Risk Adjustment Software. User's Guide. Release 6.1". Boston, M.A.
6. DxCG, Inc. (2002). "DxCG Risk Adjustment Software. Analytic Guide. Release 6.1". Boston, M.A.
7. Ministerio de Salud (2004). "Evaluación de Servicios de Salud con Deuda Elevada: Estructura Financiera, Necesidades y Dotación de Recursos y Producción Ajustada por Riesgos", elaborado por Camilo Cid, Mauricio Matus, Ximena Riesco y Ciro Ibáñez. Departamento de Economía de la Salud, Septiembre de 2004. Documento de trabajo para la discusión, no publicado.
8. Ministerio de Salud-Fondo Nacional de Salud. (1996) "Equidad en el Financiamiento del Seguro Público de Salud. Informe Final". Con la participación de: Programa de Gestión y Economía de Sistemas de Salud (GESS). Escuela de Ingeniería Industrial Universidad de Chile, Bitrán y Asociados, Sistemas Integrales. Autores: Ricardo Bitrán, Juan Muñoz, Mario Navarrete, Paulina Aguad y Gloria Ubilla. Santiago.
9. Ellis R. Pope, G., Ash A, Fen Liu Ch, Ayanian J, Bates D, Burstin H, Iezzoni I, Ingber M. (2000) 'Principal Inpatient Diagnostic Cost Group Model for Medicare Risk Adjustment'. *Health Care Finan Rev* 2000; 21: 93-118
10. Van de Ven Wynand P.M.M. & Ellis P. Randall (1999). 'Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets.' *Handbook of Health Economics* (eds. A. J. Culyer and J.P. Newhouse), Chapter 17, March 31, 1999.

La persistencia del gasto de bolsillo de los hogares en salud: 1997-2007

The persistence of out of pocket expenditure in health of the Households: 1997-2007

Camilo Cid P.¹

Resumen

El gasto de bolsillo en salud de los hogares del Gran Santiago medido por el INE el año 1997 y el año 2007 ha aumentado en un 8%. A su vez, ha disminuido la brecha de la proporción de gasto en salud de los quintiles 4-5 respecto a 1-2-3 a causa de la disminución de dicha proporción en el estrato más acomodado, con estancamiento en los más pobres. Entre estos últimos no se observa una reducción del gasto de bolsillo en salud como proporción del gasto total del hogar. De acuerdo estos datos las políticas de control, de esta forma regresiva de financiamiento de la salud, no han logrado tener un impacto significativo.

Palabras clave: políticas de salud, gasto de bolsillo, protección financiera

Abstract

The out of pocket expenditures in health of the households of the Great Santiago measured by the INE the year 1997 and the year 2007 has increased in 8%. In turn, there is diminish the gap of the proportion of expenditure in health of the quintiles 4-5 with regard to 1-2-3 because of the decrease of the above mentioned proportion in the most well-off stratum, with stagnation in the poorest. Between the above mentioned is not observed a reduction of the out of of pocket expenditure in health as proportion of the total expense of the households. In agreement this information the policies of control, of this regressive form of financing of the health, they have not managed to have a significant impact.

Key words: health policies, out of pocket expenditure, financial protection

Recibido el 19 de febrero de 2009. Aceptado el 12 de marzo de 2009

1 Economista, M.A. Ph.D (c). Asociación de Economía de la Salud de Chile. Correspondencia a: camilocid@gmail.com. El autor agradece los comentarios y sugerencias del Dr. Carlos Montoya a una versión preliminar de este trabajo.

1 INTRODUCCIÓN

En prácticamente todos los países y Chile no es la excepción, las políticas de salud apuntan a disminuir el gasto de bolsillo de los hogares, ya que está demostrado que es la forma de financiamiento de la salud menos justa y menos eficiente. Además, preocupa que el gasto en salud no se vuelva un evento catastrófico para las familias y que no sea un elemento que los lleve a caer o permanecer en la pobreza. En Chile, Fonasa ha contado con topes de co-pagos o gratuidad que permiten paliar el problema del gasto de bolsillo en salud en atención de salud y en medicamentos. Luego de una nula regulación al respecto durante los ochenta y noventa, a mediados de 2005 se impulsó la política de protección financiera sólo en el conjunto problemas de salud con garantías, lo que constituyó un elemento complementario para los beneficiarios del Fonasa y totalmente nuevo para los beneficiarios de las Isapres.

En estas notas se compara de manera general el gasto de los hogares computados en la Encuesta de Presupuestos Familiares del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) del 2007 con la misma encuesta del año 1997². Los datos han sido tomados de aquellos publicados por el INE. Por razones técnicas comparamos sólo los hogares del Gran Santiago.

2 DATOS Y MÉTODO

El INE en sus Encuestas de Presupuestos Familiares (EPF), efectuadas cada diez años, establece el gasto e ingreso de los hogares. La EPF representa la fuente de información sistemática mas detallada existente respecto de la situación económica de los hogares del Gran Santiago y a partir de 2007, del Gran Santiago y de Ciudades Capitales de Chile.

Dentro de los gastos consultados en la EPF, se considera el gasto de los hogares en salud. Nosotros denominamos a este gasto, gasto de bolsillo en salud e incluye el gasto en consumo final efectivo en servicios médicos, dentales (tanto co-pagos como pagos completos por atención médica) y farmacológicos (principalmente medicamentos). El 7% de cotización obligatoria para salud que las personas pagan en Fonasa o en Isapres, no es considerado gasto de bolsillo

por la EPF, lo cual es consistente con las concepciones al respecto de la OMS y a con los estudios de economía de la salud en general.

A su vez, el concepto de ingreso en la encuesta se refiere a ingreso corriente disponible de los hogares, proveniente de ingresos del trabajo dependiente e independiente, rentas de propiedad y transferencias corrientes recibidas. Adicionalmente, se define que "El ingreso del trabajo dependiente excluye impuestos y pagos provisionales obligatorios. Tanto en el gasto como en el ingreso se incluye el excedente al 7% que el trabajador dependiente paga por su plan de salud ya que es un gasto voluntario" (INE, 2008) que puede pagarse sólo en las isapres. Es decir, el gasto de bolsillo en salud aquí analizado excluye el 7% obligatorio, pero incluye el pago adicional a ese valor que realiza gran parte de los cotizantes de Isapres por su plan de salud.

El análisis consiste básicamente en establecer indicadores del gasto de bolsillo en salud para ambos años y comparar sus cambios. De esta forma se compara el gasto de bolsillo absoluto en salud, el gasto de bolsillo relativo a ingresos y gasto totales de los hogares y la distribución del gasto de bolsillo en salud según grupos de ingreso de los hogares.

3 RESULTADOS

3.1 Gasto global e ingreso

Cuadro 1:
Ingreso y Gasto Mensual Total, Gran Santiago 1997 y 2007.
Promedio mensual por Hogar en pesos de Abril de 2007

	Año 1997	Año 2007	Diferencia
Ingreso Mensual	665.987	713.926	7,20%
Gasto Mensual	614.535	740.706	20,50%

Fuente: Elaboración propia con datos del INE, 2008

Respecto del gasto global, los resultados muestran que tanto el gasto total de los hogares como los ingresos totales por hogar han aumentado entre ambas encuestas (Cuadro 1). Sin embargo, el gasto crece más que el ingreso en total y en todos los quintiles de ingresos per cápita de los hogares, pero sobre todo en el primer quintil, el más pobre, donde el indicador gasto total sobre ingreso total de los hogares aumenta en un 20% (Cuadro 2).

² La EPF 1997, fue levantada entre Agosto de 1996 y Julio de 1997. La EPF 2007, se realizó entre Noviembre de 2006 y octubre de 2007.

Cuadro 2:
Gasto total e Ingreso Mensual por Hogar 1997 y 2007 por Quintil de Hogares, pesos de abril de 2007

Quintil de Hogares	1997			2007			Incremento del indicador
	Gasto Mensual por Hogar	Ingreso Mensual por Hogar	% Gasto/ ingreso	Gasto Mensual por Hogar	Ingreso Mensual por Hogar	% Gasto/ ingreso	
Total	614.535	665.987	92%	740.706	713.926	104%	12%
1	245.529	172.567	142%	327.228	191.248	171%	20%
2	344.683	295.328	117%	434.229	330.026	132%	13%
3	427.533	426.397	100%	542.267	480.571	113%	13%
4	622.066	657.227	95%	754.045	715.150	105%	11%
5	1.432.863	1.778.413	81%	1.645.759	1.852.626	89%	10%

Fuente: Elaboración propia con datos del INE, 2008.

Esto implica que en promedio los hogares, a diferencia de 1997, estaban gastando en 2007 más que sus ingresos sobre todo los hogares más pobres, lo que sólo puede ser sostenido con endeudamiento (y/o aportes no declarados).

3.2 Gasto total en salud

El gasto promedio mensual en salud que realizan los hogares aumentó entre ambas mediciones, pasando desde un promedio de \$38.716 a \$41.787 mensuales en moneda de Abril de 2007 equivalente a un aumento real del 8% (Cuadro 3)

Cuadro 3:
Gasto de bolsillo en salud de los Hogares del Gran santiago 1997 y 2007

Gasto en salud	Año 1997	Año 2007	Diferencia
Gasto de bolsillo en salud promedio mensual por hogar	38.716	41.787	8%
Gasto de bolsillo en salud como% del ingreso total	5,80%	5,90%	
Gasto de bolsillo salud como % del gasto total	6,30%	5,60%	

Fuente: Elaboración propia con datos del INE, 2008

Si consideramos el gasto en salud sobre el ingreso de los hogares, el gasto en salud como porcentaje del ingreso total de los hogares aumentó desde un 5,8% a un 5,9% entre 1997 y 2007. Si el impacto señalado, en términos porcentuales no es tan notorio como el impacto monetario, es porque como se indica más arriba, también aumentó el ingreso promedio de los hogares.

Si consideramos, ahora, el gasto en salud sobre el gasto total de los hogares, se aprecia que el gasto de

bolsillo en salud como porcentaje del gasto total de los hogares alcanzaba un 6,3% en 1997, en promedio mensual. Según la última encuesta, en el año 2007, este indicador cayó a 5,6% del gasto de los hogares.

Estos fenómenos aparentemente contradictorios: por una parte, aumento del gasto en salud en términos absolutos y aumento del gasto en salud de los hogares como porcentaje de sus ingresos y, por otra parte, una disminución del gasto en salud como porcentaje del gasto total de los hogares, se explica porque el gasto total de los hogares creció más que el gasto total promedio en salud y más que el ingreso total. En efecto, tal como se observa en el Cuadro 1, el gasto total subió en un 20,5%, lo que significa que entre 1997 y 2007 aumentó desde \$614.535 a \$740.706 en promedio mientras que el ingreso sólo aumento un 7,2% desde \$665.987 a \$713.926 en promedio.

3.3 Gasto en salud versus otros

Si analizamos al gasto en salud junto con los demás ítems de gasto de los hogares (Cuadro 4), en términos relativos, el gasto de bolsillo en salud de los hogares entre 1997 y 2007 es el más persistente. Por ejemplo, es el de menor caída (-0,7 puntos porcentuales) y disminuye menos que los gastos en "Vivienda" (-1 punto porcentual) y "Enseñanza" (-2 puntos porcentuales). Los ítem que más caen son "Recreación y esparcimiento" (-2,6 puntos porcentuales) y "Alimentos y bebidas" (-2,2 puntos porcentuales). Los ítem que más aumentan son "Transporte y comunicaciones" (en 1,3 puntos porcentuales) y "Otros bienes y servicios" (en 4,5 puntos).

Cuadro 4:
Variación de Gasto de los Hogares por Rubro, 1997 – 2007 en puntos porcentuales

Rubros	Disminución en puntos porcentuales	Aumento en puntos porcentuales
Salud	0,7	
Vivienda	1	
Enseñanza	2	
Recreación y esparcimiento	2,6	
Alimentación y bebidas	2,2	
Vestuario y calzado		0,8
Transporte y comunicaciones		1,3
Otros bb y ss		4,5

Fuente: Elaboración propia con datos del INE, 2008

3.4 Distribución del gasto en salud

Observando de bolsillo en salud en 1997 y 2007 (Cuadro 5), se aprecia que el gasto de bolsillo en salud ha seguido siendo mayor para los hogares pertenecientes a los quintiles de mayor ingreso y menor para los hogares de menores ingresos. Esto es obvio en términos absolutos pero también funciona en términos porcentuales.

Cuadro 5:
Gasto de bolsillo en salud, participación en el gasto total y variación. 1997-2007, según quintil de ingreso per cápita. Hogares GS, pesos de abril de 2007

Quintil de ingreso per cápita	1997		2007		Aumento del gasto en salud
	Gasto de bolsillo en salud	% del gasto total	Gasto de bolsillo en salud	% del gasto total	
Total	38.716	6,3%	41.787	5,6%	8%
1	8.341	3,4%	11.271	3,4%	35%
2	14.676	4,3%	18.289	4,2%	25%
3	23.446	5,5%	32.305	6,0%	38%
4	42.367	6,8%	43.908	5,8%	4%
5	104.752	7,3%	103.165	6,3%	-2%

Fuente: Elaboración propia con datos del INE, 2008

Pero en 2007 hay una contracción en los gastos de los quintiles de mayores ingresos (quintiles 4 y 5). En efecto, la diferencia del gasto en salud del quintil más rico respecto al más pobre pasó desde 12,6 veces en 1997 a 9,2 veces en 2007. Esta disminución de la diferencia en el gasto en salud se explica por un aumento en el gasto de los más pobres y una disminución mayor del gasto de los más ricos. Por otra parte, respecto del gasto total de los hogares, la diferencia del quintil más rico respecto del más pobre pasó desde 5,8 veces en 1997 a 5,0 veces en el 2007.

Cuadro 6:
Razón [Quintil 5/Quintil 1] del gasto total y del gasto en salud. Hogares, Chile 1997-2007

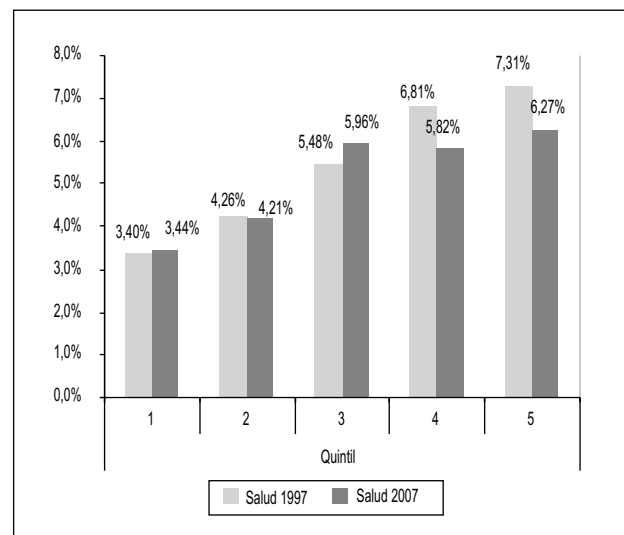
Indicador	1997	2007	Diferencia expresada como% de la razón en 1997
Razón en el gasto total	5,8 veces	5,0 veces	menos 13,8%
Razón en el gasto en salud	12,6 veces	9,2 veces	menos 27,1%

Fuente: Elaboración propia con datos del INE, 2008

Es decir, entre ambas encuestas la disminución de la brecha entre hogares ricos y pobres es más profunda

para el gasto en salud que en el gasto total (27,1% y 13,8%, respectivamente). Pero esto es provocado por la disminución del gasto en salud de los hogares más ricos y no por la disminución del gasto en salud de los más pobres, ya que este último aumenta en términos absolutos y porcentualmente se mantiene, en cambio, en el quintil 5, el quintil de mayores ingresos de la población del Gran Santiago, el gasto en salud disminuye en términos absolutos y porcentuales.

Gráfico 1:
gasto de bolsillo mensual en salud como porcentaje del gasto total de los hogares, por quintil de ingreso per cápita. Gran Santiago 1997 - 2007



Fuente: Elaborado con datos INE, 2008, disponibles en www.ine.cl

4 CONCLUSIONES Y COMENTARIOS FINALES

En suma, los resultados son relevantes para el sistema de salud y nos indican que, tomando dos imágenes la del año 1997 y la del año 2007, el gasto de bolsillo en salud, en términos generales, no ha disminuido y ha aumentado. Además ha disminuido la brecha de la proporción de gasto en salud de los quintiles 4-5 respecto a 1-2-3 a causa de la disminución de dicha proporción en el estrato más acomodado, con estancamiento en los más pobres. Entre estos últimos no se observa una reducción del gasto de bolsillo en salud como proporción del gasto total del hogar.

No obstante lo anterior, para una comparación más apropiada entre los quintiles de ingreso, en ambos momentos de medición, habría que tomar en cuenta el probable aumento del gasto total (de bolsillo y cotización) de los afiliados a ISAPRE por la vía de cotizaciones obligatorias en alza por el aumento de

sus ingresos y políticas comerciales de las isapres. Este aspecto, junto con la necesidad de trabajar los datos de acuerdo a los parámetros de ingreso disponible por hogar y evaluar la probabilidad de los hogares de caer en gastos catastróficos que los empobrezcan o los mantengan en pobreza, son aspectos pendientes a trabajar en un próximo artículo.

Las políticas de protección financiera deben fomentar la equidad, tender a disminuir la desigualdad de acceso a la salud e impedir el empobrecimiento de las familias por razones de salud. Si la política de financiamiento

del sistema no se fortalece para propender estos resultados, a futuro, sólo se podrá esperar un aumento de la desprotección financiera y de la desigualdad en su distribución.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadísticas INE (2008). *Resultados Encuesta de Presupuestos familiares Nov. 2006 – Oct. 2007*. <http://www.ine.cl>
2. World Health Organization Geneva (2005). *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología por Ke Xu. Discusión paper Number 2 - 2005*

Epidemiología de las Intoxicaciones: Análisis de las llamadas efectuadas durante el año 2007 al Centro de Información Toxicológica (CITUC) de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Epidemiology of intoxications: analysis of calls made during 2007 to the Toxicology Information Center (CITUC) of the Catholic University of Chile

Dr. Juan Carlos Ríos^{1,2}
Dr. Enrique Paris¹
Daniel Maqueira³
Juan José Mieres¹
Marli Bettini¹
Patricia Cerda¹
Marcela Pérez¹
Tamara De la Barra¹
Victoria Bravo¹
Dra. Sandra Solari^{1,2}

Resumen

Objetivo: Describir y caracterizar la epidemiología de las consultas por intoxicaciones al Centro de Información Toxicológica de la Universidad Católica (CITUC) y conocer las variaciones epidemiológicas producidas entre los años 2004 y 2007.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de las llamadas registradas por el Centro durante el periodo del año 2007. Se analizaron las siguientes variables: número total de llamadas, lugar de las llamadas, circunstancias de la exposición, tipo y números de agentes involucrados, vías de exposición, tiempo desde la exposición, características demográficas y las indicaciones y tratamientos recomendados.

Resultados: Se registraron 30.171 llamadas. El 45% de las consultas provenían del hogar y el 52,5% de las instalaciones de salud. El 67,2% de las consultas fueron exposiciones accidentales y el 29,2% fueron intencionales. Los Medicamentos se presentaron en un 57,1% de las llamadas, seguidos por los Productos de uso doméstico (16,5%), Productos de uso industrial (4,7%), y Pesticidas (5,8%). La ingestión fue la vía de exposición que se predominó en un 76,6% del total de casos. El 23,3% del total de las llamadas, se realizaron dentro de la primera hora post-exposición. Las intoxicaciones en niños menores de 14 años correspondieron al 50% de las llamadas. Respecto al año 2004 aumentó la proporción de llamadas procedentes del hogar y el porcentaje de intoxicaciones intencionales.

Conclusiones: Los medicamentos constituyen el principal agente de intoxicación. La principal vía de exposición es la ingesta y el principal grupo de población afectado son los niños menores de 14 años. Estos son indicadores evidentes y claros de la necesidad imperante de desarrollar campañas publicitarias preventivas e informativas, avaladas por el Ministerio de Salud, respecto al correcto almacenamiento de los medicamentos y el manejo de las intoxicaciones en el hogar. Medidas preventivas como la introducción del envase resistente a niños y la educación de la población constituyen dos piezas fundamentales en la prevención de las intoxicaciones pediátricas.

Palabras clave: Epidemiología de las intoxicaciones, prevención de las intoxicaciones, medicamentos, centros de información toxicológica.

Recibido el 05 de septiembre de 2008. Aceptado el 26 de febrero de 2009

¹ Centro de Información Toxicológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Departamento de Laboratorios Clínicos, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

³ Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile

Abstract

Objective: To describe the epidemiological features of the intoxication cases reported to CITUC and the variations produced between 2004 and 2007.

Method: A retrospective and descriptive study of the calls registered at the Center during 2007. The following data were analyzed: number and place of the calls; circumstances of exposure; type and number of agents involved; routes of exposure; time since exposure; sex and age of the subjects, and treatment and advice offered.

Findings: 30.171 calls were received, 45% from the home and 52,5% from Health Care Service; 67,2% were accidents and 29,2% were intentional exposures. The agents were: medicines (57,1%); cleaning products (16,5%) pesticides (5,8%); other chemical and industrial products (4,7%). The exposure route was oral in 76,6% of cases; 48% of calls occurred within one hour of exposure. Children under six were the main group involved.

Conclusion: The evidence substantiates a need for prevention campaigns, sponsored by the Health Ministry, about the correct storage of medicines and the appropriate management of poisoning at home. Child-resistant containers and education are two essential elements for prevention of pediatric intoxications.

Key Words: Epidemiology of intoxications, prevention of poisoning, drugs, Poison Centers

INTRODUCCIÓN

Los Centros de Información Toxicológica, cumplen un rol fundamental en las acciones de toxicovigilancia y prevención de intoxicaciones, en cooperación con las autoridades sanitarias del país. Aproximadamente se registran en Chile 29.500 a 35.400 consultas por intoxicaciones (1). Es necesario conocer y actualizar las características de las intoxicaciones, su magnitud y su dinámica a nivel local, con objeto de contar con los elementos objetivos necesarios para la elaboración de programas efectivos de educación y prevención.

En Chile, CITUC fue fundado el 3 de septiembre de 1992, siendo el primer y único Centro Toxicológico del país, en prestar servicios los 365 días del año en horario continuo.

Con el propósito de contribuir a estos fines, elaboramos este estudio donde determinamos las características epidemiológicas de los pacientes expuestos a sustancias tóxicas y potencialmente tóxicas, basándonos en el registro de las llamadas recibidas por nuestro centro.

Esta publicación da a conocer las variaciones producidas entre los años 2004 y 2007, a fin de definir los logros alcanzados y las tareas pendientes en materia de prevención de intoxicaciones.

MÉTODO

Cada llamada recibida por el CITUC fue registrada mediante la ficha elaborada por el Proyecto IPCS INTOX (International Programme on Chemical Safety) de la OMS.

El término "llamada" o comunicación hace referencia a la interacción entre el Centro de Toxicología y su usuario, la que se lleva a cabo través de una llamada telefónica. Por otra parte hablamos de "caso" cuando existe un registro de una exposición o de una exposición potencial de una persona a un agente. Cada registro de un caso contiene información obtenida por una o más comunicaciones. Por incidente definimos a una consulta sobre un evento que involucra a un agente que puede o no llevar a una exposición humana o animal, mientras que una solicitud es la demanda, normalmente de naturaleza no urgente, que puede o no involucrar a un paciente (información sobre agente no farmacéutico, información sobre medicamentos y otros agentes medicinales, información educacional, información para prevención, información para propósitos médico-legales, información sobre otros tópicos, información no toxicológica, etc.)

Dentro del proceso de registro, es necesario considerar que la historia dada por el paciente puede ser insuficiente. Se interroga cuidadosamente a los familiares y acompañantes acerca de la posibilidad de acceso a fármacos y la presencia de envases de ellos en las cercanías, los que se deben presumir originalmente llenos.

Se revisó cada una de las fichas registradas durante el año 2007 a través del software INTOX DMS, las cuales se clasificaron en: casos de intoxicaciones en humanos, solicitudes por información de medicamentos e intoxicaciones en animales. De las fichas por casos de intoxicaciones en humanos se consideraron los siguientes parámetros: categoría del interlocutor, lugar

de la llamada, circunstancias de la exposición, tipo y número de agentes involucrados, vías de exposición, tiempo transcurrido desde la exposición, sexo y edad de los pacientes, y las indicaciones y tratamientos recomendados por el centro.

El parámetro "categoría del interlocutor", refiere el tipo de persona que realizó la llamada (personal de salud, familiar del intoxicado, víctima o paciente u otro). El lugar de la llamada indica desde dónde se realiza la comunicación, por ejemplo desde el hogar o el servicio de urgencia (Postas, Hospitales y Consultorios). Las circunstancias de exposición, hacen referencia a si el contacto con la sustancia tóxica fue de tipo accidental, intencional u otra índole. Para clasificar los agentes, se elaboró una clasificación, en la cual se definieron 10 grandes grupos: Medicamentos de uso humano, Medicamentos de uso veterinario, Plaguicidas, Productos de uso doméstico, Productos Cosméticos, Animales, Contaminante ambiental, Productos de uso industrial, Alimentos y Otras intoxicaciones.

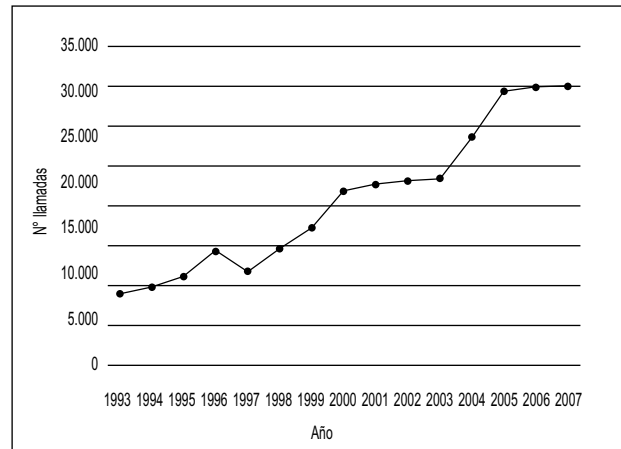
El tiempo transcurrido post-exposición fue consignado en horas. La edad de los pacientes se clasificó en 7 grupos: neonatos (0 a 4 semanas), lactantes (1 a 12 meses), pre-escolares (1 a 4 años), escolares (5 a 14 años), adolescentes (15 a 19 años), adultos (20 a 60 años) y ancianos (65 años y más).

Se consideró además el sexo de los pacientes y vía de exposición (ingestión, inhalación, dérmica, etc.).

RESULTADOS

Como se observa en el gráfico N°1 (Llamadas totales por año), nuestro Centro recibió 30.171 llamadas el año 2007, por lo que el número total acumulado, desde la inauguración del CITUC (año 1992), es de 261.058 llamados. El número promedio diario de llamadas durante el año 2007 fue de 83 llamadas.

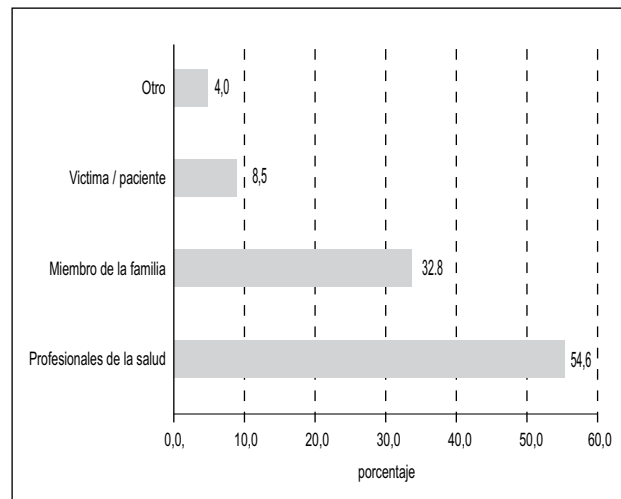
Gráfico N° 1:
Llamadas totales por año



El gráfico N°1 permite observar una tendencia a la estabilización en el número de llamadas durante los tres últimos años, alcanzándose el nivel estimado de intoxicaciones en el país.

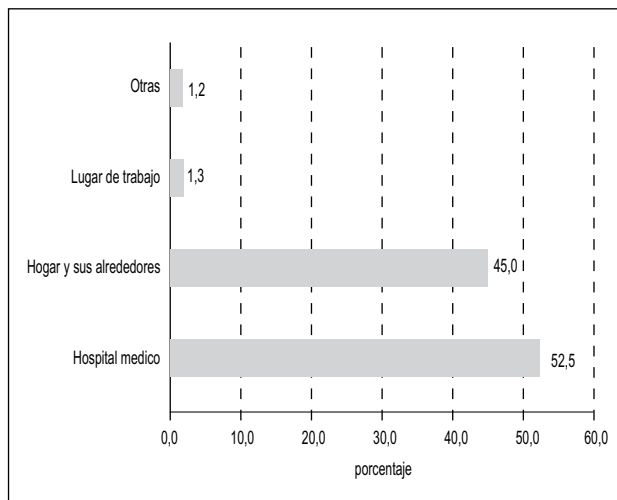
El 90% de las llamadas durante el año 2007 corresponden a casos de intoxicaciones. El número de casos durante el año 2007 fue 27.363 casos, experimentándose un incremento porcentual equivalente a un 23,4% respecto al año 2004, en el cual se registraron 22.168 casos (2).

Gráfico N° 2:
Categoría del interlocutor



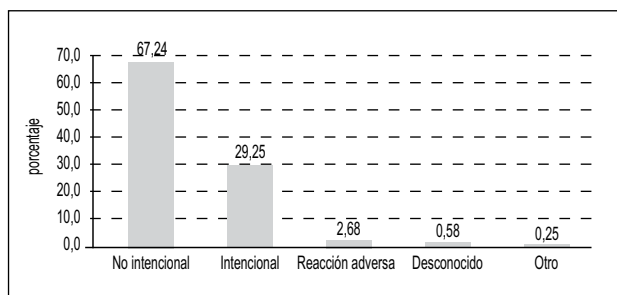
En el gráfico N° 2, se observa que los profesionales de la salud constituyen el principal consultante, con un 54,6% de las llamadas, seguido por el familiares del intoxicado (32,8%).

**Gráfico N° 3:
 Procedencia de las llamadas**



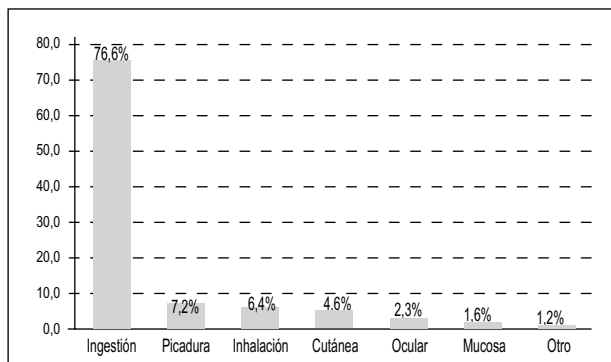
En el gráfico N° 3 se aprecia que el 52,5% de las llamadas por intoxicaciones, fueron realizadas desde instalaciones hospitalarias mientras que las llamadas del hogar y sus alrededores correspondieron a 12.313 casos, es decir, un 45% del total de las intoxicaciones del 2007.

**Gráfico N° 4:
 Circunstancia de la exposición**



El gráfico N° 4 evidencia que la circunstancia predominante en la exposición a sustancias tóxicas es la accidental, con 18.387 llamadas por esta índole, que corresponden al 67,2% de los casos. Los casos por intoxicaciones con fines autolíticos o intencionales son 8.017 llamadas que equivalen al 29,3% del total de las intoxicaciones.

**Gráfico N° 5:
 Via de exposición**



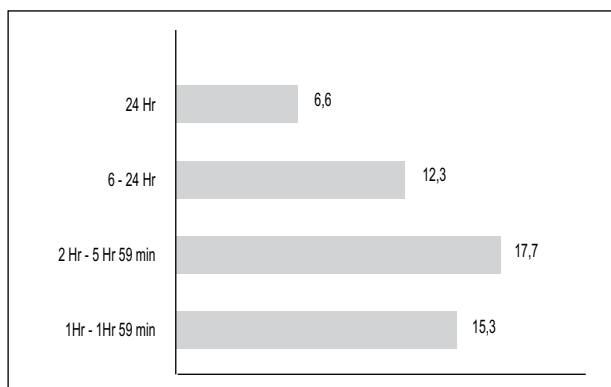
El gráfico N°5, muestra que la principal vía de exposición, con los agentes tóxicos la constituye la vía digestiva, es decir, la intoxicación se produce por la ingesta de estos agentes en aproximadamente el 76,6% del total de las intoxicaciones.

La segunda principal vía de exposición, corresponde a la cutánea, con un 7,2% de las exposiciones. La vía inhalatoria y ocular ocupan el tercer y cuarto lugar, con un 6,4 y el 2,3%, de las exposiciones tóxicas, respectivamente.

Es importante tomar en cuenta, para mejor comprensión del gráfico N° 5, que en una intoxicación puede existir más de una vía principal de exposición, por ejemplo, es común encontrar intoxicaciones por vía inhalatoria asociadas a dérmicas, en exposiciones por pesticidas.

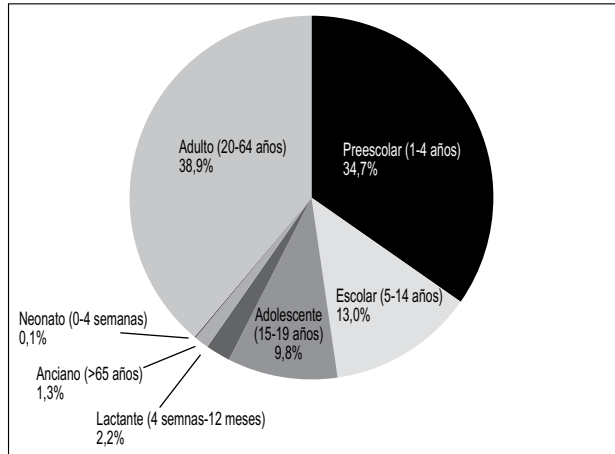
Dentro de este marco, se registraron 7,2% de exposiciones por mordeduras y picaduras de animales.

**Gráfico N° 6:
 tiempo desde la exposicion**



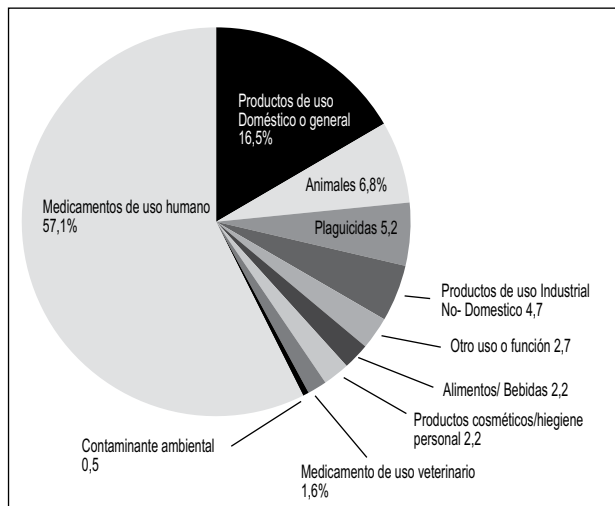
Al analizar el gráfico N° 6, durante el año 2007, 13.134 llamadas fueron realizadas dentro de la primera hora post-exposición, las cuales corresponden al 48% del total de los casos por intoxicaciones. Con respecto al año 2004, se observa un leve aumento ya que en dicho año se habían recibido 9.895 llamadas, correspondientes al 44,6% (2).

**Gráfico N° 7:
Edad de los pacientes**



De acuerdo al gráfico N°7, se observa que la sumatoria de los neonatos (0,1%), lactantes (2,2%), preescolares (34,7%), y escolares (13%) en el año 2007 registraron 12.567 intoxicaciones lo que equivale al 50% del total.

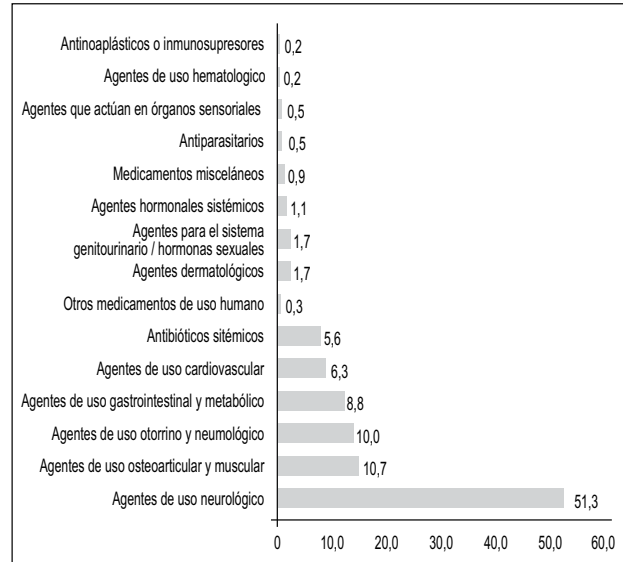
**Gráfico N° 8:
Tipos de agentes tóxicos**



En el Gráfico 8, es posible observar que el principal agente causal de intoxicaciones, es el grupo de los medicamentos con un reporte de 15.624 casos al

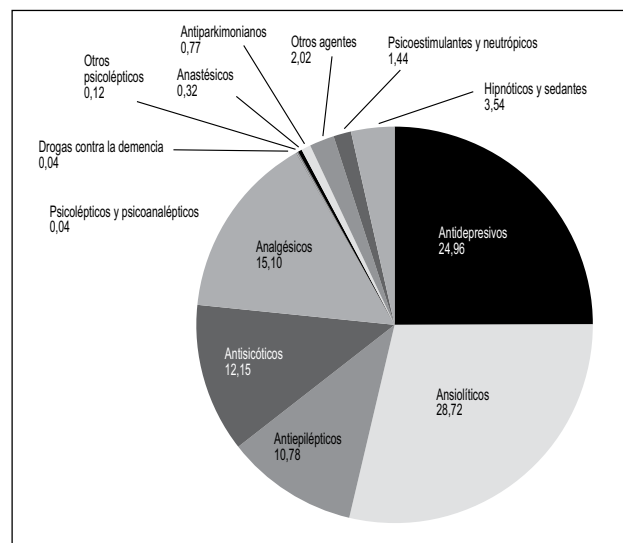
año, que representan al 57,1% de las intoxicaciones. Este predominio es seguido por los Productos de uso doméstico con 4.515 casos, que representan un 16,5%.

**Gráfico N° 9:
Medicamentos mas frecuentes**



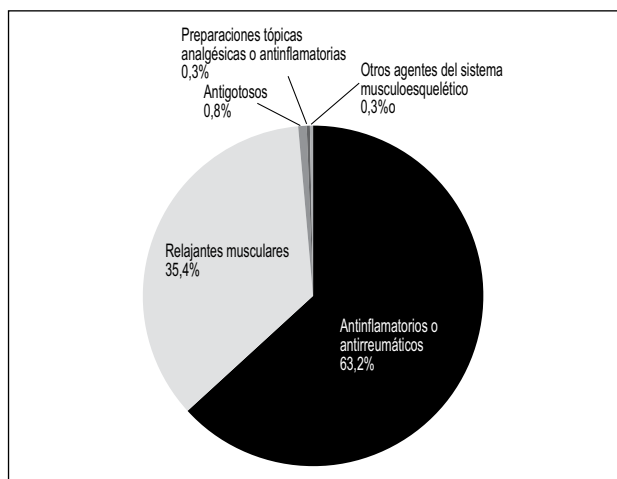
Debemos recordar que el 57,1% de las intoxicaciones del año 2007, fueron producidas por el grupo de los Medicamentos. En el gráfico N° 9 se aprecia que el subgrupo de los medicamentos del Sistema Nervioso Central (SNC), constituyen la causa principal con el 50,9% de los llamados, el cual supera ampliamente al 39% de este mismo grupo registrado durante el año 2004.

**Gráfico N° 10:
Agentes de uso neurológico**



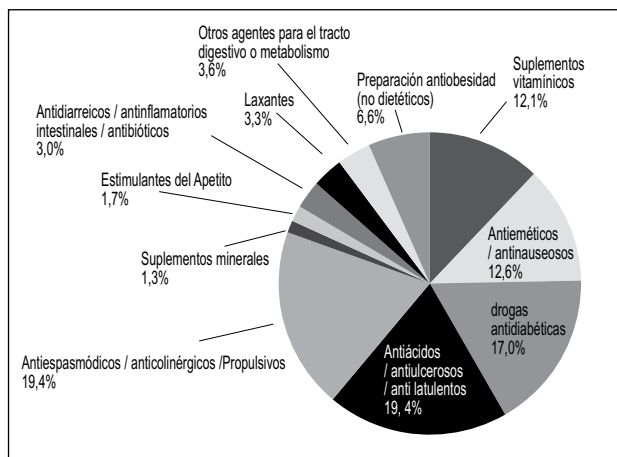
En virtud de que la principal causa de intoxicaciones por medicamentos la constituyen los fármacos del SNC (Gráfico N° 10), es menester conocer cuáles son los agentes de mayor incidencia, respecto a las exposiciones tóxicas por drogas medicamentosas de este subgrupo. Así, se observa una clara supremacía de los agentes ansiolíticos y antidepresivos con 2282 y 1980 casos, que corresponden al 28,7% y el 24,9% respectivamente.

Gráfico N° 11:
Agentes de uso osteoarticular y muscular



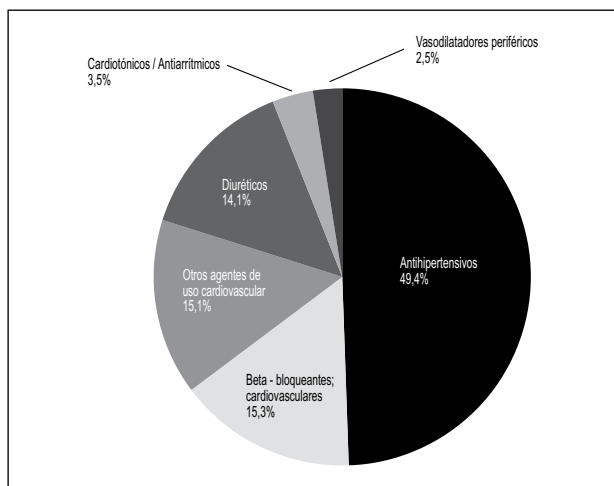
Dentro del subgrupo de los medicamentos de uso osteoarticular (gráfico N° 11), que constituyen la segunda causa de las exposiciones tóxicas, con el 10,8% de los casos, los antiinflamatorios o antirreumáticos son los agentes con mayor incidencia de casos por intoxicaciones, con el 63,2% de las exposiciones.

Gráfico N° 12:
Agentes de uso gastrointestinal y metabólico



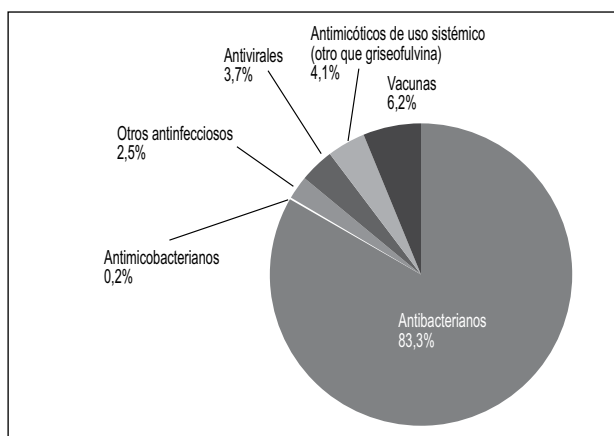
En el Gráfico N° 12 (Agentes de uso gastrointestinal y metabólico), el cuarto lugar, corresponde a intoxicaciones causadas por agentes de uso gastrointestinal y metabólico, con 1.597 casos, correspondientes al 8,9% de las exposiciones medicamentosas. Las intoxicaciones por medicamentos antiespasmódicos y antiácidos, antiulcerosos y antiflatulentos corresponden al 19,4% de las exposiciones por fármacos del subgrupo del sistema gastrointestinal, con 310 casos ambos grupos. Las drogas anti diabéticas les siguen con 271 casos (17%).

Gráfico N° 13:
Agentes de uso cardiovascular



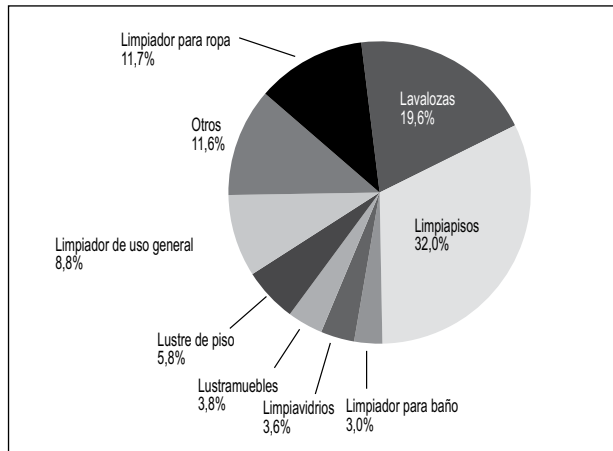
Los fármacos de uso cardiovascular (Gráfico N° 13) ocupan el quinto lugar siendo el principal agente dentro de este grupo, los antihipertensivos con un 49,4% de las intoxicaciones.

Gráfico N° 14:
Antibióticos sistémicos



La sexta causa de intoxicaciones por medicamentos la comparte el subgrupo de antibióticos sistémicos con el 5,7% de las exposiciones (Gráfico N° 14).

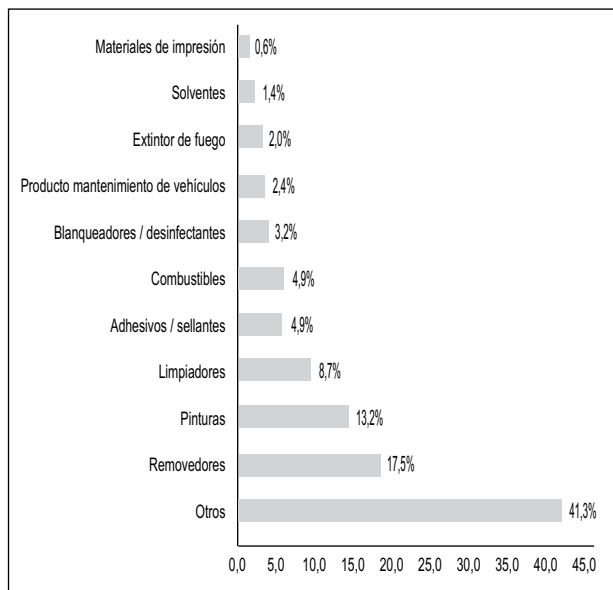
Gráfico N° 15:
Limpiadores de uso domestico



En el año 2007 los Limpiadores de uso doméstico (Gráfico N° 15), constituyen como grupo, la segunda causa del total de las intoxicaciones reportadas al centro, con 4.515 casos que representan al 16,5% de las exposiciones en humanos.

Los limpiapisos y lavalozas representan conjuntamente el 51,6% de las intoxicaciones de este grupo, dividiéndose en un 32% y 19,6% respectivamente.

Gráfico N° 16:
Productos de uso industrial



Los productos de uso industrial (Gráfico N°16) son el grupo de agentes que causaron el 4,7% de las intoxicaciones en humanos durante el año 2007.

Las intoxicaciones humanas con plaguicidas en el año 2007 fueron 1811 correspondientes al 5,8% del total de casos. Este porcentaje representa el cuarto principal tipo de agentes implicados en intoxicaciones humanas reportadas al centro, el que resulta inferior al registrado durante el año 2004 que ascendía en ese entonces a 7,1%.

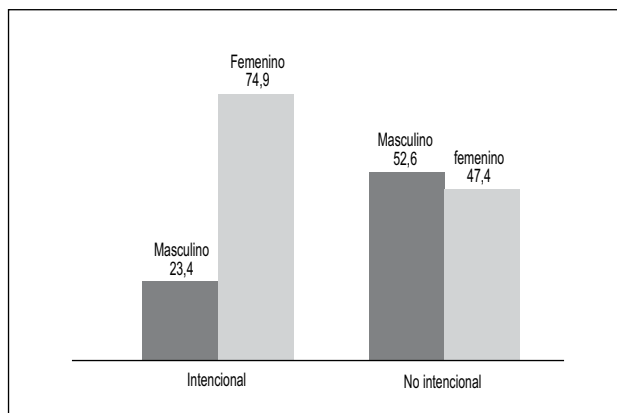
Los plaguicidas para invertebrados durante el año 2007 representaron el 60% de los casos de esta clase de agentes.

Circunstancias de las intoxicaciones

Las exposiciones tóxicas durante el año 2007, al igual que el año 2004, fueron mayoritariamente de tipo accidental, con 18.387 llamadas por esta índole, que corresponden al 67,2% de los casos. Los casos por intoxicaciones intencionales correspondieron a 8.017 casos, que representan al 29,3% del total de las exposiciones. Realizando una comparación entre ambos años, durante el año 2007 se incrementó el número de casos de pacientes intoxicados en forma intencional (2).

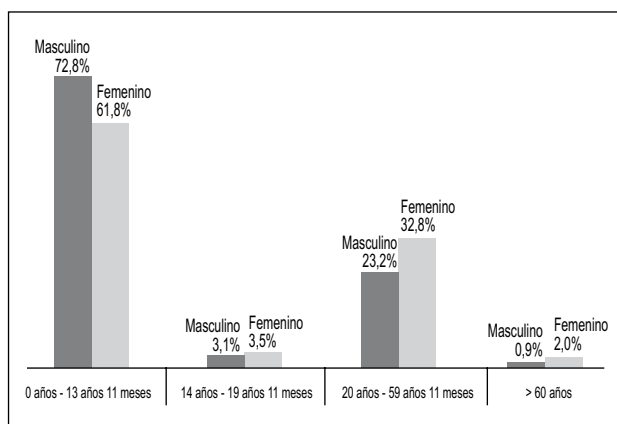
Conjuntamente con manejar el número de casos por exposiciones tóxicas, es primordial conocer los principales agentes causales, tanto para las intoxicaciones accidentales como intencionales. El grupo etéreo y sexo de la población afectada, constituyen parámetros importantísimos, en la epidemiología de las intoxicaciones, ya que nos permite focalizar el tipo de población en mayor riesgo o más susceptible de sufrir exposiciones potencialmente tóxicas.

Gráfico N° 17:
Exposiciones según intencionalidad y sexo



Dentro de las exposiciones accidentales registradas en el año 2004, el sexo masculino reportó al 49,9% de los casos, con 7.929 exposiciones. En ese mismo año, las mujeres presentaron una menor incidencia, con 7.199 casos, equivalentes al 45,3% de las intoxicaciones. En el año 2007 hubo un aumento en las exposiciones no intencionales, incrementándose el sexo masculino, que reportó al 52,6% de los casos con 4.217 exposiciones. Las mujeres presentaron una mayor incidencia con respecto al año 2004, con 3800 casos, equivalentes al 47,4% de las intoxicaciones.

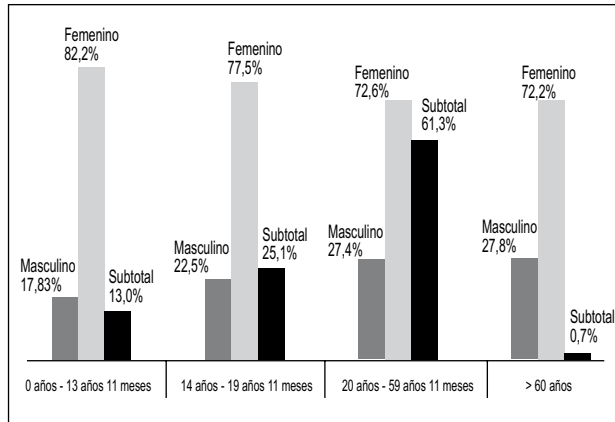
Gráfico N° 18:
Intoxicaciones no intencionales



En razón de que, al igual que en el año 2004, durante el año 2007 no se visualiza una diferencia importante en las intoxicaciones accidentales (gráfico N° 18), es necesario analizar este tipo de exposiciones por grupo etáreo y sexo a la vez (Gráfico N° 17) (2). De acuerdo a lo anterior, se obtuvo lo siguiente:

- El mayor número de intoxicados (incluyendo ambos sexos), se observó en el grupo etáreo de 0 a 13 años 11 meses, grupo en el cual se reportaron 12.411 casos, que corresponden al 67,5% de las intoxicaciones accidentales. A este segmento etáreo le siguen las intoxicaciones ocurridas en adultos (21 años a 59 años 11 meses), que corresponden a 5.111 casos, que representan al 27,8% de las exposiciones. Las exposiciones, en el grupo adolescente, entre los 14 años a 20 años 11 meses, correspondieron al 10,2% de las intoxicaciones, con 1.875 casos.
- El grupo etáreo de 0 a 11 años 11 meses exhibió un mayor número de intoxicaciones en varones (sexo masculino: 6.252 y sexo femenino: 4.760 casos, que corresponden al 72,7% y 61,7% respectivamente, de las intoxicaciones no intencionales). En todos los grupos etáreos restantes, se observó un mayor número de intoxicaciones en mujeres.
- La mayor similitud, respecto al número de intoxicaciones, por sexo, se observó en el grupo etáreo de 14 años a 20 años 11 meses. En este segmento, las intoxicaciones en varones y mujeres correspondieron a 264 y 270 casos, que representan al 3,1% y 3,5% respectivamente.
- En los adolescentes, grupo etáreo de 12 a 18 años, el número de casos por intoxicaciones correspondió a 519 exposiciones, que representa al 3,2% de las intoxicaciones accidentales. De este grupo, se observaron 239 y 256 casos en hombres y mujeres respectivamente.
- La mayor diferencia en el número de casos, se observó, en los adultos mayores de 60 años, con 81 intoxicaciones en hombres y 151 en mujeres, que representan al 0,9% y 2% respectivamente.

Gráfico N° 19:
Intoxicaciones intencionales según sexo:
Exposiciones intencionales según sexo y edad



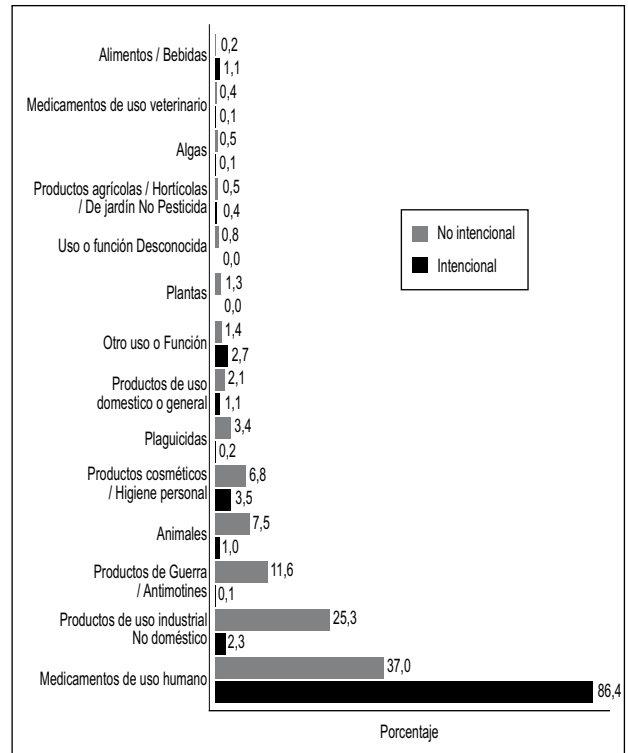
El mayor número de intoxicaciones intencionales durante el año 2007 (Gráfico N° 19), se observó en el segmento de los 20 años a 59 años 11 meses para los que se reportaron 4914 casos, que representan al 61,3% del total de las intoxicaciones intencionales. Los adolescentes, el grupo etéreo de 14 años a 19 años 11 meses, presentaron 1.724 casos, que corresponden al 21,5% del total de intoxicaciones intencionales. Entre estos dos grupos etéreos se concentra aproximadamente el 82,8% de las exposiciones intencionales.

Los grupos etéreos de los 7 años a 13 años 11 meses y el de los mayores de 60 años representaron 13,3% y al 0,7%, que corresponden a 1066 y 56 casos respectivamente.

En el segmento de los 21 años a 59 años 11 meses, las intoxicaciones según sexo, correspondieron al 27% para los hombres y al 69,1% para las mujeres con 790 y 2.018 casos respectivamente.

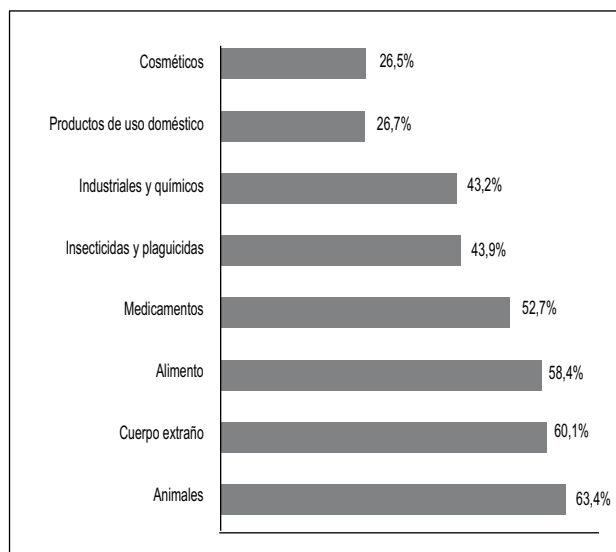
En el grupo adolescente, las intoxicaciones intencionales en mujeres correspondieron al 77,5%, con 1416 casos. En cambio en el sexo masculino, sólo se observaron 412 casos que equivalen al 22,5% de las exposiciones intencionales de este grupo etéreo.

Gráfico N° 20:
Agentes causales según circunstancia



Las intoxicaciones intencionales, en comparación con las accidentales se encuentran más restringidas a un cierto grupo de agentes, específicamente al de los Medicamentos, el cual concentra el 86,4% de las exposiciones, con 6.926 casos. Los Insecticidas Domésticos, los Productos Industriales y Químicos, los Fitosanitarios y Productos de Aseo, también conforman el grupo de agentes utilizados con fines intencionales, pero en una proporción mucho menor que el de los fármacos. Existe una clara tendencia a la utilización de un determinado grupo de agentes con fines intencionales.

Gráfico N° 21:
Derivación a servicios de urgencias



El gráfico N° 21 muestra el porcentaje de pacientes derivados al servicio de urgencia con respecto a su mismo agente causal de la exposición. Acorde a lo anterior, tenemos que del grupo de los productos de uso doméstico, pese a constituir el segundo agente causal de intoxicaciones, sólo el 26,8% requieren acudir al servicio de urgencia. De los medicamentos, a pesar de ser el principal tipo de agente causal de intoxicaciones, solo el 52,7% genera una intoxicación en la cual el paciente requiere acudir a un servicio de urgencia.

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES ESPECÍFICAS

La incidencia para el año 2007 fue igual a 1,68 casos de intoxicaciones reportados por cada 1.000 habitantes, considerando como población atendida el total de la población chilena (15.116.435 habitantes según censo 2002). Dicho valor es un 9,3%, 11,5%, 14,6% y 46,1% mayor que el de los años 2006, 2005, 2004 y 2003, respectivamente. Se observa entonces, una evidente tendencia ascendente que se estabiliza en el número de notificaciones de los casos de intoxicaciones, más que del número de estas últimas. Sin perjuicio de lo precedentemente expuesto, es pertinente destacar el hecho que, los centros toxicológicos ubicados en países desarrollados, tienen mayor incidencia, como ocurre en Estados Unidos (promedio 8,1 casos notificados/1.000 habitantes). Por lo anterior es posible sospechar de una sub-notificación que tiende a disminuir con el correr del tiempo.

El porcentaje de llamadas por información toxicológica en humanos se mantuvo, relativamente, igual respecto el año 2004, donde correspondió al 90% del total de los casos (24.411 llamadas) (2).

El porcentaje de llamadas realizadas por los familiares de la persona expuesta en el año 2007, disminuye respecto con el observado durante el 2004 (45,2%), constituyéndose los profesionales sanitarios como el principal interlocutor en las llamadas por intoxicaciones con un 54,6%.

En los países desarrollados se observa que el principal interlocutor en una llamada debida a una intoxicación son los familiares del paciente. Lo anterior pudiera deberse a que nuestro Centro es percibido como una fuente extremadamente útil y altamente confiable en el manejo de intoxicaciones. Además pudiera influir en estos resultados la escasa o nula formación en Toxicología que reciben muchas carreras sanitarias. Todo profesional de la salud necesita una formación adecuada tanto en su etapa de pregrado como de postgrado. El alumno de Medicina, Química y Farmacia y Enfermería debe recibir una formación sobre el daño que producen las principales intoxicaciones, la forma de tratarlas y sobre todo su prevención. Es por esto que la formación de postgrado ha comenzado a incluir la toxicología dentro de sus programas, a diferencia del pregrado en donde la asignatura Toxicología sigue siendo impartida sólo en la carrera de Química y Farmacia.

No debemos olvidar que uno de los principales objetivos de un centro de información toxicológica es brindar a la comunidad un rápido y adecuado manejo frente a una intoxicación, por lo que se espera que las llamadas procedentes del hogar aumenten con respecto a las recibidas por parte de los centros de salud, alcanzando su justo equilibrio.

Asimismo se observa que al igual que en años anteriores, los llamados recibidos por parte del paciente expuesto al tóxico no superan el 10%. Es inevitable considerar que en la mayoría de los casos de intoxicaciones en niños, son los padres quienes efectúan las llamadas. Lo anterior adquiere significancia si consideramos que al ser este grupo etáreo, como se verá más adelante, uno de los principales pacientes expuestos a agentes tóxicos, se reduce forzosamente el porcentaje de llamadas recibidas por parte de las víctimas.

Las llamadas realizadas desde el hogar, en comparación con el 2004 (45%), subieron en 5 puntos porcentuales, es decir, se realizaron 1.814 llamadas más, desde este lugar de procedencia. Respecto del año 2004 también se observa un aumento de las llamadas desde las instalaciones médicas durante el año 2007 ya que estas correspondieron a 15.702, con un 52,5%. En los países desarrollados se observa que el principal lugar de procedencia de una llamada debida a una intoxicación es el hogar y sus alrededores. Las llamadas provenientes de instalaciones médicas en dichos países resulta menor, lo que se correlaciona con el fin al cual están destinados los centros de información toxicológica. Además es conveniente destacar que en Chile no existe un Centro Toxicológico Estatal que atienda a la comunidad ni tampoco campañas adecuadas que informen de la existencia de centros de información toxicológica.

Hubo una elevación en el número de exposiciones intencionales con respecto al año 2004. Durante el año 2004 los casos de intoxicaciones intencionales fueron 4.282, que equivalían al 19,3% del total de las intoxicaciones en dicho año. En el año 2007 se registraron 7.241 intoxicaciones intencionales, correspondiente al 29,25%. Preocupa en gran manera este aumento que se correlaciona directamente con el uso irracional de medicamentos por parte de la población chilena. Además el incremento en las intoxicaciones intencionales revela que la comunidad visualiza al medicamento como un agente capaz de producir muerte. Por esto se debe fomentar con mayor intensidad la prescripción de los medicamentos por parte del médico y su correcta dispensación a cargo del químico farmacéutico.

Durante el año 2007, 11.883 llamadas fueron realizadas dentro de la primera hora post-exposición, las cuales corresponden al 48% del total de los casos por intoxicaciones. Con respecto al año 2004, se observa un leve aumento ya que en dicho año se habían recibido 9.895 llamadas, correspondientes al 44,6%. Lo anterior reviste gran relevancia en el manejo de una intoxicación, ya que si bien, nunca hay certeza absoluta de los tiempos transcurridos y dosis ingeridas de tóxicos, éstos resultan claves para comprender y manejar el cuadro clínico asociado y los tratamientos a administrar.

Del total de los casos por intoxicaciones en humanos el 56% de los casos correspondieron a exposiciones

tóxicas en mujeres. En relación al año 2004 se observa un leve incremento en el porcentaje de intoxicaciones en el sexo femenino, el cual no era superior al 53% en aquel entonces.

En comparación con el año 2004, la incidencia de los llamados, de acuerdo a los principales grupos de agentes tóxicos, conserva su orden. Ocupan el primer lugar los Medicamentos con 18.056 casos, seguidos por los Productos de uso doméstico con 5.191 casos, los Animales con 2.146 casos, los Plaguicidas con 1642 casos y los Productos De Uso Industrial con 1478 casos. La diferencia radica en que ahora los animales son el tercer tipo de agente causante de intoxicación desplazando a los productos industriales.

En relación a los medicamentos más frecuentes como agentes tóxicos, se observa un aumento en el uso de medicamentos de uso neurológico en el año 2007 con respecto al año 2004 (51,3% versus 39%). En comparación al año 2004, los agentes de uso osteoarticular y muscular superan al grupo de los agentes de uso otorrinolaringológico y neumológico durante el año 2007.

Recordando las estadísticas de este mismo grupo de agentes durante el año 2004, se observaba una clara supremacía de los agentes ansiolíticos y antidepresivos con 1.507 y 1.390 casos, que correspondían al 29,1% y el 27% respectivamente. Se aprecia entonces durante el año 2007, una leve disminución porcentual (2% aproximadamente) en ambos grupos con respecto al año 2004. Si bien las benzodiazepinas se dispensan en el territorio nacional desde el año 1995 bajo la condición de receta médica retenida, éstas priman sobre los antidepresivos cuya entrega a la población nacional se hace a través de la receta médica simple, la que por supuesto es menos estricta, corroborándose así el fácil acceso de la población a los medicamentos.

En el año 2007 los Productos de Aseo constituyen como grupo, la segunda causa del total de las intoxicaciones reportadas al centro, con 5.191 casos que representan al 16,5% de las exposiciones en humanos. Existe por tanto un aumento porcentual de los casos con estos agentes con respecto al año 2004, en el que se registraron 3.350 casos que representaban entonces al 13,7% de las exposiciones en humanos.

Los Medicamentos, constituyen el principal agente de intoxicación, tanto para las exposiciones Accidentales

como Intencionales. En el caso de las Accidentales, existe una amplia gama de agentes tóxicos causales, además del grupo de los medicamentos. En las intoxicaciones Intencionales, los fármacos son utilizados en aproximadamente el 90% de los casos.

En el transcurso del año 2004 los productos industriales generaban el 10,2% de las intoxicaciones en humanos, por lo que se aprecia una importante reducción porcentual en el año 2007. Esto cobra relevancia cuando consideramos que este tipo de agentes superan generalmente en toxicidad a los agentes de uso doméstico y al estar disminuido el número de casos es posible esperar mejores expectativas para la salud de los pacientes intoxicados totales.

En las intoxicaciones accidentales, no se observaron diferencias significativas por sexo. Por el contrario, en las exposiciones intencionales se observó, al igual que en el año 2004 en el sexo femenino, una incidencia aproximadamente 3 veces mayor que en el sexo masculino.

En el sexo femenino se estimó cual proporción de pacientes intoxicados en el hogar, que tuvieron indicación de acudir al servicio de urgencia, de acuerdo a los principales grupos de agentes. Acorde a lo anterior, los Fitosanitarios y los Gases ya no son los agentes más peligrosos como en el año 2004, en exposiciones tóxicas ocurridas en el hogar, sino los productos de uso doméstico y los cuerpos extraños (ej: monedas, pilas, papel, etc.) ya que del total de las intoxicaciones causadas por este tipo de agente, el 50,9 y 46,5% de los intoxicados requieren acudir al

servicio de urgencia. Por el contrario cuando se trata de medicamentos, sólo el 15,8% de los casos requieren acudir a un servicio de urgencias. Sin embargo, no son considerados menos peligrosos, ya que su efecto depende del tipo de medicamento, la dosis ingerida y la vía de exposición, entre otras circunstancias.

Referencias

1. Paris E, Ríos JC, *Intoxicaciones, Epidemiología, Clínica y tratamiento. Segunda Edición ampliada. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile. 2005. pp 341.*
2. Ríos JC, Paris E, Panes O, Mieres JJ, Bettini M, Cerda P, Pérez M, Sánchez P, De la Barra T. *Epidemiología de las intoxicaciones que generaron llamadas durante el año 2004 al Centro de Información Toxicológica (CITUC) de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Región Metropolitana. Cuadernos Médicos Sociales 2005; 45 (4):256-268.*
3. Watson WA, Litovitz TL, Klein-Schwartz W, Rodgers GC Jr, Youniss J, Reid N, Rouse WG, Rembert RS, Borys D (2004) *2003 Annual report of the American Association of Poison Control Centers toxic exposure surveillance system. Am J Emerg Med 22: 335-404.*
4. Mena C, Bettini M, Cerda P, Concha F, Paris E (2004) *Epidemiología de las intoxicaciones en Chile: una década de registros. Revista Médica de Chile 132: 493-8.*
5. OMS, PNUMA, OIT (1998) *Directrices para la lucha contra las intoxicaciones. Programa internacional de seguridad de las sustancias químicas. Ginebra.*
6. Jane Miller, Pharm. D. Elaine K Snow B.S. *AHFS Drug information. Gerald K. McEvoy, Pham.D. 2003. Pp. 3732.*
7. Goldfrank, L.R.; Flomenbaum, N.E.; Lewin, N.A.; Weisman, R.S.; Howland, M.A.; Hoffman, R.S. *Goldfrank's Toxicologic Emergencias USA: Appleton & Lange. 7 ed 2002.*

Mortalidad por causas circulatorias, cáncer y trauma: comparación de Chile con los países de la OECD y con los de Sud América

Mortality from cardiovascular causes, from cancer and from injuries in Chile: a comparison with OECD countries and with South American nations

Dr. Carlos Montoya-Aguilar¹

Resumen

Se identifica la posición relativa de Chile en cuanto a tres indicadores de estado de salud – mortalidad por afecciones cardiovasculares, mortalidad por cáncer y mortalidad por causas externas (trauma) – dentro de dos conjuntos de países: los de la OECD y los de Sud América. Para ello se utilizan las tasas ajustadas publicadas por la OMS en el año 2008. Chile ocupa un lugar favorable, con excepción de la mortalidad por causas externas, respecto a las cuales es el mejor situado de Sud América pero está por sobre la mediana de los países de la OECD. Se analiza la situación de los demás países.

Se sugiere que los gobiernos aboguen por que la OMS vuelva progresivamente a cumplir con la tarea de facilitar el acceso oportuno a las estadísticas detalladas de mortalidad de todos los países que tienen información de calidad suficiente.

Palabras clave: mortalidad por enfermedades cardiovasculares, por cáncer y por trauma; comparación internacional de indicadores de estado de salud; Chile; OECD; Sud América

Abstract

On the basis of the adjusted mortality rates published by WHO in 2008, we present the relative position of Chile in regard to three indicators of health status – mortality from cardiovascular diseases, cancer mortality and mortality from injuries – within two groups of countries: those of OECD and those in South America. Chile finds itself in a favourable position, with the sole exception of its mortality rate from injuries, which is higher than the median value for OECD member countries. The situation of all other countries is also analyzed.

We suggest that governments advocate that WHO progressively returns to the task of providing easy and timely access to the detailed mortality statistics of such countries as have data of sufficient quality

Key words: mortality from cardiovascular diseases, from cancer and from injuries; international comparison of health status indicators; Chile; OECD; South America

Recibido el 13 de noviembre de 2008. Aceptado el 26 de febrero de 2009

¹ Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile. Asesor Departamento de Estudios Ministerio de Salud de Chile. Correspondencia a: cmontoya@minsal.cl

INTRODUCCIÓN. OBJETIVOS

Es importante para la orientación de las políticas de salud de los países la comparación de sus indicadores de estado de salud poblacional con los de otras naciones. En efecto, tal comparación permite conocer, en términos generales, el grado de adecuación de los niveles alcanzados y los rezagos que puedan existir y en qué áreas se dan estos. En algunos casos, los datos multinacionales tienen un valor epidemiológico, al mostrar agrupaciones de problemas ligados a factores geográficos, económicos o culturales. Finalmente, ellos pueden servir de base a planes o programas nacionales o de cooperación internacional en favor de la salud.

Es por ello que resultó de gran interés la publicación, en el Informe de la Salud Mundial del año 2008 de las tasas ajustadas de mortalidad de los países para tres grandes grupos de causas: enfermedades cardiovasculares, cáncer y causas externas (1). Durante más de 20 años, los únicos indicadores de estado de salud publicados por la OMS consistieron en los años de esperanza de vida en algunas edades y en tasas de mortalidad del grupo materno infantil. Otros indicadores fueron comunicados de manera global para grandes regiones o continentes.

La disponibilidad de estos nuevos datos nos indujo a examinarlos y a comunicar el lugar que Chile ocupa entre los países del mundo, y particularmente dentro de los grupos de países más relacionados, respecto a las tres variables mencionadas. Igual utilidad tienen las tablas presentadas para los demás países incluidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos fueron obtenidos de las “Estadísticas de la Salud Mundial 2008”, publicadas por la Organización Mundial de la Salud en el mismo año (1). Se trata de tasas ajustadas por edad, lo cual hace que, por una parte, ganen en comparabilidad internacional y, por otra parte, que difieran moderadamente de las tasas calculadas a nivel nacional. Por ejemplo, las tasas calculadas con los datos del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) de Ministerio de Salud para el año 2002, son: para mortalidad por causas cardiovasculares, 144; para mortalidad por cáncer, 128; y para mortalidad por causas externas, 47 por 100 000 habitantes (2). Las tasas consignadas por la OMS para el mismo año son: 165, 130 y 50 por 100 000 habitantes, respectivamente.

Los datos se presentan aquí en tablas y gráficos ordenados para dos grupos de países. Uno de ellos es el de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD), que reúne a los países más industrializados: son 30 países, a los cuales hemos agregado las cinco naciones que han iniciado el proceso de incorporación, entre las cuales se encuentra Chile (3). El otro grupo corresponde a los 12 países de Sud América, agrupados recientemente en la Unión de América del Sur (UNASUR).

En cada grupo y en cada causa se calculó la mediana y el RRIM de la distribución de las tasas. El RRIM o “razón del rango intercuartil sobre la mediana” es una medida no paramétrica de dispersión, que tiene un comportamiento aproximado al del coeficiente de Gini (4).

RESULTADOS

1. Países de la OECD

La mediana de las tasas de mortalidad por causas cardiovasculares es de 182 por 100 000. La de las tasas de mortalidad por cáncer es 138, y la correspondiente a causas externas es 39. Estas últimas presentan la máxima dispersión, con un RRIM de 0,44, seguida por las causas cardiovasculares. El cáncer presenta la mayor uniformidad, con un RRIM de 0,15. (Cuadro 1 A, B y C y Gráficos 1, 2 y 3).

Cuadro 1.A

MORTALIDAD AJUSTADA POR CAUSA CARDIOVASCULAR. PAÍSES OECD. 2002	
País	Tasa x 100 000
Rusia	688
Turquía	542
Estonia	435
R. Eslovaca	371
Hungría	364
Polonia	324
R. Checa	315
Grecia	258
Eslovenia	228
Irlanda	214
Alemania	211
Portugal	208
Austria	204
Finlandia	201
EE UU	188
R. Corea	186
Dinamarca	182
Reino Unido	182

Noruega	181
Luxemburgo	177
Suecia	176
N. Zelanda	175
Italia	174
Holanda	171
Chile	165
Islandia	164
Mexico	163
Bélgica	162
Suiza	142
Canadá	141
Australia	140
España	137
Israel	136
Francia	118
Japón	106
Mediana	182
RRIM	0,32

Cuadro 1.B

MORTALIDAD AJUSTADA POR CANCER. PAÍSES OECD.2002	
País	Tasa x 100 000
Hungría	201
Polonia	180
R. Checa	177
R. Eslovaca	170
R. Corea	169
Dinamarca	167
Eslovenia	160
Holanda	155
Rusia	152
Irlanda	151
Estonia	150
Bélgica	148
Reino Unido	143
Francia	142
Alemania	141
Portugal	140
N. Zelanda	139
Canadá	138
Noruega	137
Islandia	136
EE UU	134
Italia	134
Luxemburgo	134
Israel	133
Grecia	132
España	131
Chile	130
Australia	127
Austria	127
Japón	119
Suecia	116
Suiza	116

Finlandia	115
Turquía	95
México	88
Mediana	138
RRIM	0,15

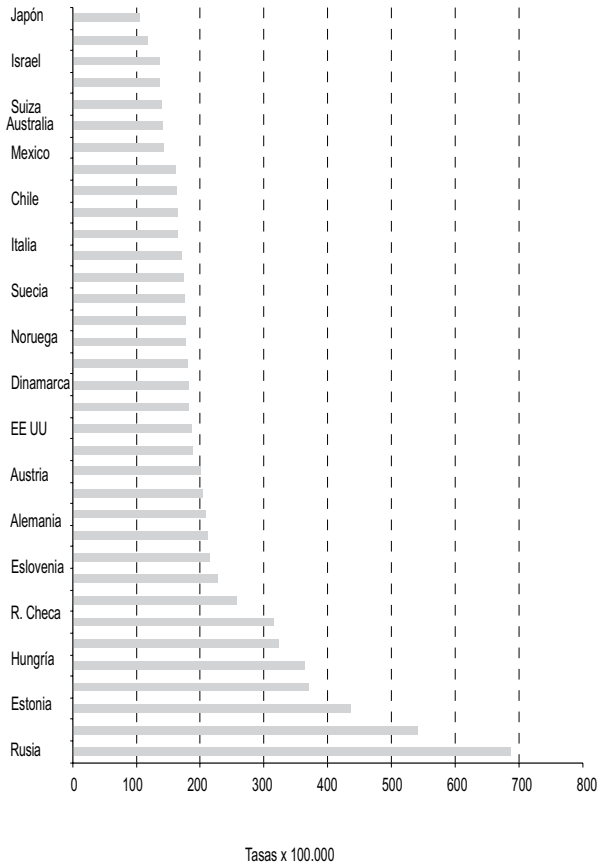
Cuadro 1.C

MORTALIDAD AJUSTADA POR CAUSAS EXTERNAS. PAÍSES OECD. 2002	
País	Tasa x 100 000
Rusia	217
Estonia	144
Hungría	67
R. Corea	67
Finlandia	60
Eslovenia	59
México	58
Polonia	53
Luxemburgo	51
R. Checa	50
R. Eslovaca	50
Chile	50
Francia	48
EE UU	47
Bélgica	45
Turquía	42
Dinamarca	40
Japón	39
Austria	38
N. Zelanda	37
Grecia	35
Irlanda	35
Noruega	35
Australia	35
Canadá	34
Islandia	34
Portugal	33
Suiza	32
España	31
Suecia	30
Israel	30
Italia	29
Alemania	29
Reino Unido	26
Holanda	23
Mediana	39
RRIM	0,44

Chile está ubicado entre los países de la OECD con menor mortalidad por cardiovasculares y por cáncer: ocupa los lugares 25 y 27, respectivamente, entre los 35 países del grupo, ordenados de mayor a menor. En cambio, su posición relativa a las causas externas de

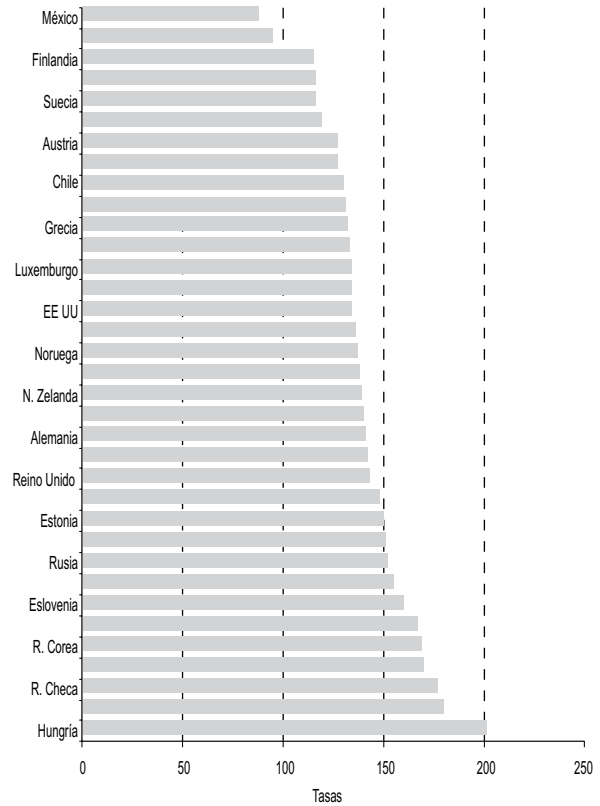
muerte es alta, ocupando el lugar 12 en la serie, con una tasa superada sólo por los países de Europa del Este, Corea, Luxemburgo y México.

Gráfico 1
Mortalidad Ajustada por causa Cardiovascular. Países OECD. 2002



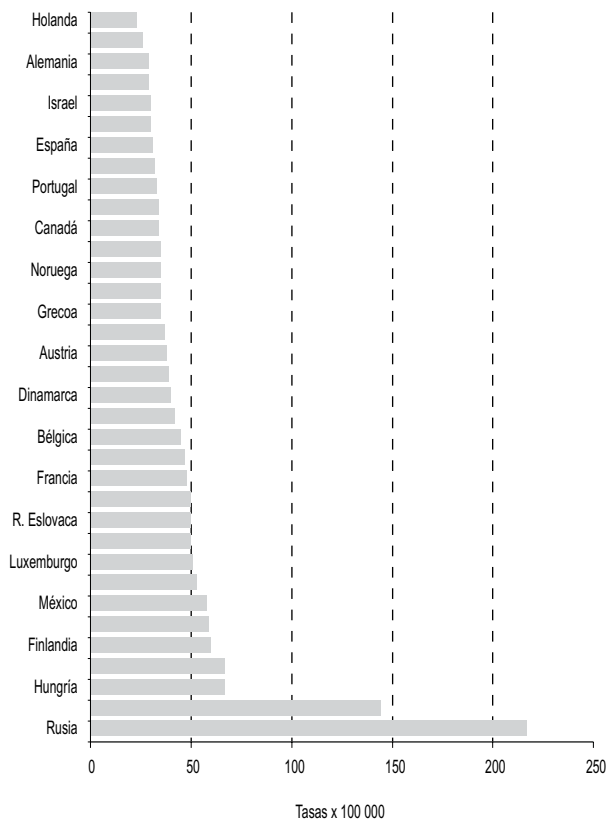
Los países de Europa del Este ocupan los primeros lugares en las tres causas de muerte. Este tema ha sido analizado suficientemente en la literatura y es atribuido a factores de riesgo, como el alcohol y la obesidad, y al deterioro de los sistemas de atención (5, 6). También son altas las tasas de EE UU y de Finlandia en cardiovasculares y en causas externas, a diferencia del Reino Unido, que presenta niveles altos en cardiovasculares y cáncer, pero muy bajos en causas externas, y de Francia, que se destaca por una baja mortalidad por causas circulatorias en contraste con niveles relativamente altos de cáncer y de causas externas. La República de Corea tiene una posición elevada en las tres causas y Turquía la segunda más alta después de Rusia, en cardiovasculares.

Gráfico 2
Mortalidad ajustada por Cáncer. Países de OECD. 2002



Dinamarca, Holanda, Irlanda y Bélgica llaman la atención por sus tasas relativamente elevadas de mortalidad por cáncer. En contraste con la cualidad saludable atribuida a la comida mediterránea, Grecia tiene tasas de mortalidad por cardiovasculares que son vecinas de las de Europa del Este. España, Suiza y Australia ocupan lugares uniformemente favorables en las tres series. México y Turquía se destacan por su bajo lugar en mortalidad por cáncer. Suecia, Italia, Alemania, Reino Unido y Holanda aparecen como los países con menos decesos por accidentes y violencia; y llama la atención la presencia de Israel en este grupo.

Gráfico 3
Mortalidad ajustada por causas externas.
Países de OECD. 2002



2. América del Sur

En este Continente el riesgo cardiovascular es alto con respecto al panorama de la OECD: ocho de los doce países están sobre el cuartil 3 de dicho grupo. El riesgo por causas externas es mucho más alto: once países están sobre el cuartil 3 de la OECD. En cambio, las tasas de mortalidad por cáncer tienen un comportamiento, en cuanto a nivel y a dispersión, similar al de los países de la OECD (Cuadro 2A, 2B y 2C y Gráficos 4, 5 y 6).

Cuadro 2.A

MORTALIDAD AJUSTADA POR CAUSA CARDIOVASCULAR. PAÍSES UNASUR. 2002.	
País	Tasas x 100 000
Guyana	526
Surinam	421
Brasil	341
Paraguay	291
Bolivia	260
Ecuador	244
Venezuela	241
Colombia	240
Argentina	212
Uruguay	208
Perú	190
Chile	165
Mediana	242,5
RRIM	0,38

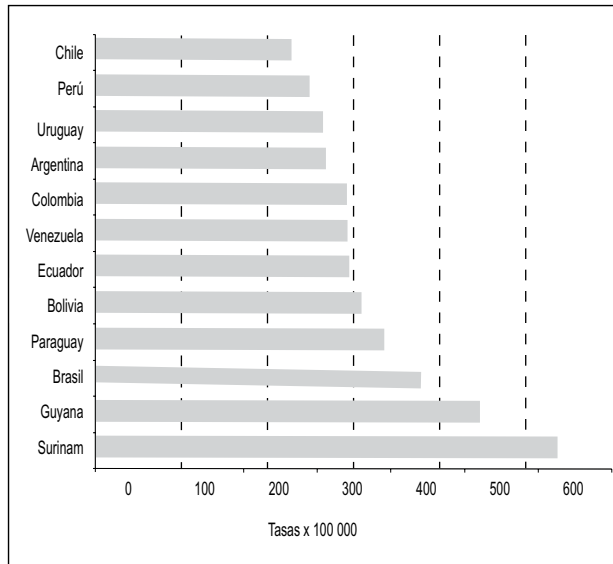
Cuadro 2.B

MORTALIDAD AJUSTADA POR CÁNCER. PAÍSES UNASUR. 2002	
País	Tasa x 100 000
Bolivia	256
Perú	175
Uruguay	170
Brasil	142
Argentina	142
Paraguay	141
Surinam	133
Chile	130
Ecuador	129
Colombia	117
Venezuela	107
Guyana	86
Mediana	137
RRIM	0,17

Cuadro 2.C

MORTALIDAD AJUSTADA POR CAUSAS EXTERNAS. PAÍSES UNASUR. 2006	
País	Tasa x 100 000
Colombia	141
Guyana	97
Venezuela	90
Ecuador	89
Surinam	86
Brasil	81
Bolivia	80
Perú	69
Paraguay	57
Uruguay	55
Argentina	52
Chile	50
Mediana	80,5
RRIM	0,41

Gráfico 4
Mortalidad ajustada por causa cardiovascular.
Países de UNASUR 2002



Chile tiene las tasas más bajas de este grupo en cuanto a mortalidad por enfermedades circulatorias y por causas externas y ocupa el octavo lugar en la serie descendente de mortalidades por cáncer.

Son los países del cono sur, de clima templado, los que exhiben la menor mortalidad por afecciones circulatorias. En cambio, Guyana, Surinam y Brasil están al nivel de los países del Este de Europa..

La tasa de cáncer, en Bolivia, es la mas alta de este grupo y mayor que cualquiera de las de OECD. La coincidencia con las tasas altas de Perú, Uruguay, Argentina y Paraguay, invita a pensar en factores alimentarios.

Las causas externas se dan con mayor intensidad en los países tropicales, destacándose Colombia, con 141 muertes por 100 000 habitantes. (Recordemos que la tasa de México es de 58 por 100 000).

Las bajas tasas de mortalidad por cáncer en Guyana, Venezuela y Colombia invitan a reunir e intercambiar mayor información sobre este grupo de patologías.

Gráfico 5
Mortalidad ajustada por cáncer.
Países de UNASUR 2002

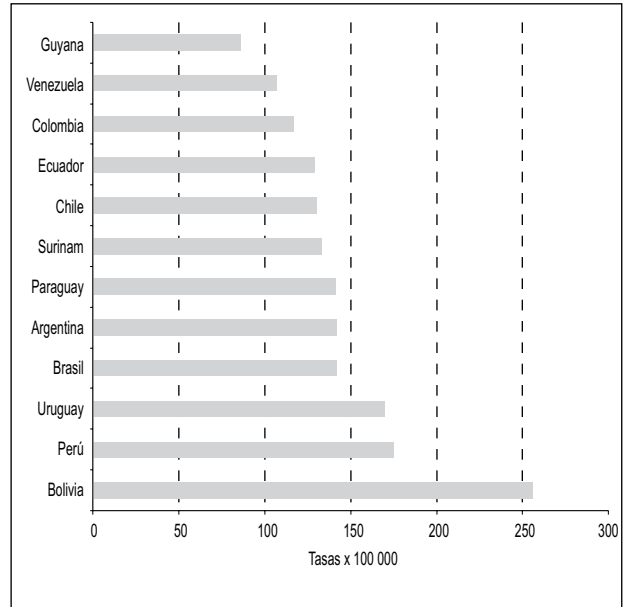
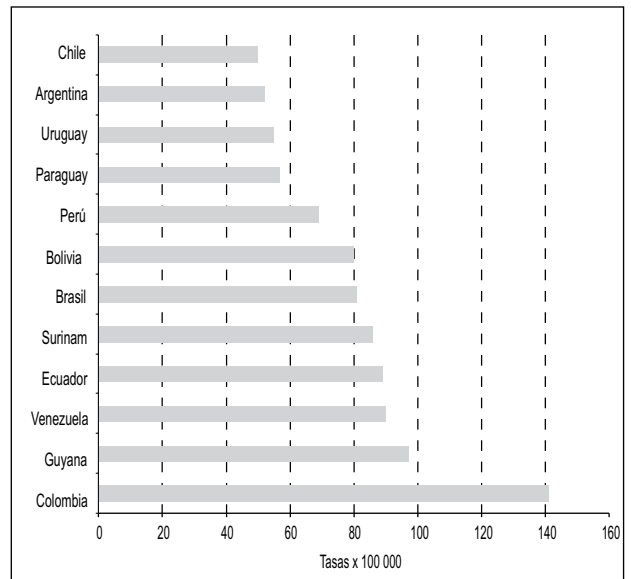


Gráfico 6
Mortalidad ajustada por causas externas.
Países de UNASUR 2002



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Además de destacar como un hecho muy positivo el que la OMS haya colocado en su informe estadístico la información que aquí se ha considerado, es necesario señalar que ésta representa sólo una pequeña fracción de las estadísticas que suministran o deberían suministrar los países.

Hasta hace poco más de veinte años, la OMS publicaba el Anuario Mundial de Estadísticas de Salud y además una revista trimestral con análisis detallados de algunos aspectos de esa información (7, 8). La suspensión de estas y otras publicaciones fue atribuida en el momento a economías presupuestarias. Con ello se perdió el acceso fácil a una fuente esencial para la investigación en salud pública por parte de los salubristas de todos los países.

La exactitud y la oportunidad de la información son aspectos importantes. El lector habrá notado que estos datos publicados en el 2008 corresponden al año 2002. La explicación probable es que tomó todo este tiempo captar los datos de los 193 países incluidos. Sin embargo, para la mayoría de los fines de investigación no es necesario tener ese grado de cobertura, especialmente si se tiene en cuenta que de todos modos hay algunos países para los cuales es necesario recurrir a estimaciones basadas en modelos o en encuestas parciales (9). Una mejor solución consiste en clasificar a los países según la confiabilidad y oportunidad de sus estadísticas de salud y publicar con detalle y sin un retraso mayor de dos o tres años la información del grupo de países mejor clasificados, que probablemente y según la experiencia del Anuario no deben ser menos de sesenta o setenta: un grupo más que suficiente. Un componente importante son las notas aclaratorias de las tablas, notas que están casi totalmente ausentes en la publicación del año 2008.

Siempre refiriéndonos a la experiencia del Anuario, debería ser factible contar, en el caso de las estadísticas nacionales de mortalidad, con el detalle de sexo y edad (por grupos quinquenales) y con el de las causas hasta el nivel de dos dígitos en la clasificación alfanumérica

de la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades, con lo cual se podría, por ejemplo, hacer valiosas comparaciones internacionales del cáncer según localizaciones.

En el caso de que la OMS facilite el acceso a resultados completos de la recopilación de las estadísticas de salud de los países habrá un efecto de retroacción, favorable y muy necesario, sobre la calidad, puntualidad y comparabilidad de las estadísticas de los países, y no sólo de los de desarrollo intermedio sino también sobre las de algunos Estados desarrollados.

Se sugiere que el Ministerio de Salud de Chile, en coordinación con otros, procure activar el tema a nivel del Consejo Ejecutivo y de la Dirección de la OMS.

Referencias

1. World Health Organization, *World Health Statistics 2008 (Part 2, Mortality and burden of disease)*, Geneva.
2. Ministerio de Salud de Chile, *Departamento de Estadística e Información en Salud, Estadísticas de Natalidad y Mortalidad 2002*, Santiago
3. <<http://www.oecd.org>.> *Members and partners*.
4. Ministerio de Salud de Chile, Montoya-Aguilar C, (ed.) *2006 Medición y monitoreo de las desigualdades intercomunales en salud, Chile 2005 (Cap. 3)*, Santiago.
5. Montoya-Aguilar C, *Países que se desvían de la asociación habitual entre el nivel económico y el nivel de salud*, *Cuad Med Soc* 2008; 48 (4)
6. *The World Bank 2008 Public spending in Russia for health care: issues and options*, Washington D.C.
7. World Health Organization, *diversos años*, *Annual World Health Statistics*, Ginebra
8. World Health Organization, *diversos años*, *World Health Statistics Quarterly*, Ginebra
9. World Health Organization, *op.cit.* (page 31, *Understanding the data and estimates*)

Reflexiones desde la ética medioambiental sobre el problema demográfico

Reflections about the demographic problem from environmental ethics

Dr. Sergio Sánchez Bustos¹

Resumen

Se revisa sucintamente el contexto histórico y algunas facetas del problema demográfico a escala planetaria tal como ha sido planteado recientemente por actores internacionales relevantes, preguntando si estos documentos abordan la complejidad del problema de manera amplia, incluyendo factores reflexivos y axiológicos tomados de la ética medioambiental. Se concluye que estos documentos no abordan el problema demográfico de manera integral, sino solo desde un punto de salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: Problema Demográfico, Ética Medioambiental, Salud Sexual y Reproductiva, Malthusianismo

Abstract

The historical context and certain aspects of the demographic problem are considered, in a world wide scale, on the basis of the approach recently utilized by relevant international actors. The question is whether the content of the documents produced do encompass the entire complexity of the issue - reflexive, axiologic and environmental ethics included- in a comprehensive manner.

It is concluded that those documents do not approach the demographic issue in an integral way: they are restricted to the sexual and reproductive approach.

Key Words: Demographic Problem, Environmental Ethics, Sexual and Reproductive Health, Malthusianism

INTRODUCCIÓN

En 1994 se realizó la primera Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en la ciudad de El Cairo, participando delegaciones de 179 países, para "dar forma definitiva a un Programa de Acción sobre población y desarrollo para los próximos 20 años."(1)

El acuerdo centraba su acción en proporcionar medios a las mujeres para mejorar "su situación" y facilitar el acceso a "servicios de educación y de salud y el fomento del desarrollo de las aptitudes profesionales y el empleo"(1)

Esta se organizaba en un contexto de pre-visión, por parte de algunos países influyentes en las Naciones Unidas (N.U) (2), de cuatro trayectorias futuras posibles, en relación a la dinámica poblacional a escala planetaria, que debía ser de alguna manera controlada para evitar así un colapso medioambiental, político y económico que supondría un mundo superpoblado. Las alternativas que se manejaban eran:

Recibido el 11 de febrero de 2009. Aceptado el 12 de marzo de 2009

¹ MSP, MBA, Ph D © Cs Sociosanitarias. Asesor Departamento de estudios. Ministerio de salud-Chile. Correspondencia a: sergiosanchezb@gmail.com

- i. Ritmo de crecimiento constante, a una tasa de aumento natural de 1,7%, "que arroja un crecimiento anual de 93 millones de personas. Al proyectar esta tasa en el futuro se obtiene una población que llega al billón (1.000.000.000.000) en el año 2300" (2)
- ii. Reducción de la fertilidad lenta, que alcanza el nivel de reemplazamiento hacia el 2065, por lo tanto presenta una tasa de fecundad general=2,1.
- iii. Reducción de la fertilidad moderada, en la que el nivel de reemplazamiento se alcanza el 2035.
- iv. Reducción de la fertilidad rápida, en la que dicho nivel se alcanza el 2010.

En ii, se suponía que la población se estabilizaría en 14.000 millones en el siglo XXII; en el punto iii se entiende que se estabilizaría en 10.000 millones de personas durante el siglo XXI, y en iv se suponía una estabilización en 7.500 millones hacia el 2010, de acuerdo a la publicación del *Population Reference Bureau* editada por la directora ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA (1987-2000), Nafis Sadik².

Cada una de los cuatro cursos de evolución del tamaño de la población mundial, debían ser enfrentados pues para asegurar la sustentabilidad del mismo grupo por un lado, y la capacidad del planeta de soportarlos por el otro, cuestión denominada problema demográfico, término que define correctamente dicho conflicto, pero de uso restringido por ser políticamente poco grato en la mayor parte de los círculos decisionales y académicos.

Antecedentes históricos de la discusión

El escenario identificado como más probable, en aquél documento (2), para las N.U, era el de reducción de la tasa de natalidad moderada, con estabilización de la población en aproximadamente 10.000 millones en el siglo XXI, asumiendo una situación de disminución de las tasas de mortalidad y aumento de la esperanza de vida, en la mayoría de los países.

Por otro lado, la valoración de los datos tenía, a esas alturas, una raigambre histórica extensa y verificable. Siguiendo a Jacques Vallin, el *método de*

los componentes, diseñado por el inglés William Farr³, permitía determinar un tamaño poblacional bastante exacto, ya que así lo había demostrado una vez en el pasado: "La exactitud con la que, desde mediados de los años cincuenta, las Naciones Unidas previeron, en su hipótesis media, la población mundial del año 2000 es sorprendente: 6280 millones..." (3)

La problemática a la que había que entregar una solución había sido postulada ya en el siglo XVIII por economista inglés Thomas Robert Malthus quién por primera vez habló de las potenciales desgracias que un aumento del tamaño poblacional descontrolado podría acarrearle a la humanidad⁴, pero su cálculo no consideraba más que la tasa de crecimiento efectivo de una población y de la capacidad de producción de alimentos, proyectándolos en el tiempo suponiendo un *ceteris paribus* de las demás variables demográficas, por lo que sus proyecciones fueron poco precisas, pero no así su preocupación, y fondo de su interés, que en definitiva estribaba en identificar en el crecimiento descontrolado de una población un potencial peligro, ya que hasta ese momento, finales de siglo, específicamente 1798, cuando publicó su *"Ensayo sobre el principio de la población"*, se identificaba progreso social y bienestar económico con el tamaño poblacional: a mayor tamaño, mayor capacidad productiva y mayor riqueza.

Volviendo al significado contemporáneo de estas proyecciones, podemos decir que han sido obtenidas fundamentalmente desde la inferencia de los antecedentes proporcionados por el estudio de los procesos demográficos que sufrieron las poblaciones estudiadas, fundamentalmente del mundo desarrollado, transformadas y sintetizadas, bajo la forma de la *teoría de la transición demográfica*⁵.

3 "...en 1873 esbozó perspectivas poblacionales desde la distribución y análisis por edades de población. Casi todos los análisis y proyecciones modernos se basan en este "método de los componentes". "La demografía". Vallin, J. Editorial Alianza Universidad. Madrid. 1995.

4 Malthus nos entrega un ejemplo preciso de razonamiento basado en la inferencia deductiva aplicada a la demografía, al relacionar el tamaño poblacional creciente, la producción de alimentos no ajustada a ese crecimiento, por lo tanto se obtiene una población no sustentable.

5 "Un Malthusianismo enriquecido y renovado condujo a Frank Notestein a formular en 1945 la *teoría de la transición demográfica*" Bioética y Medio Ambiente. Ética del control Demográfico. Miguel Ángel Sánchez González y otros. Ediciones El Bosque. P 97. 2000

2 Quién además fue secretaria ejecutiva de la Conferencia de El Cairo-1994.

Ya que conocemos la evolución histórica de las variables principales que explican el tamaño poblacional mundial, a saber tasas de fecundidad, mortalidad y expectativa de vida, vertidas sintéticamente en dicha *teoría*, sabemos que la dinámica poblacional presentará un equilibrio en el crecimiento poblacional o más bien un crecimiento poblacional nulo. El problema demográfico consiste, en algún sentido también en **saber cuando se alcanzará ese equilibrio y de que tamaño será esa población.**

De modo que la explicación que ofrece la transición demográfica es la que subyace en gran medida a las propuestas de la CIPD que serán revisadas más adelante. También nos entregan, en alguna medida, el escenario futuro sobre el cual los problemas medioambientales más relevantes se habrán de resolver y que fijan un futuro inexorable, al que la comunidad civilizada de naciones deberá enfrentar, para lograr la sostenibilidad de la vida humana en el planeta.

Antecedentes del control y equilibrio demográfico

Históricamente enfocado el problema de controlar el tamaño de la población ya había sido enfrentado desde la antigüedad por los pueblos más primitivos. Según Miguel Sánchez González, docente de la Universidad Complutense de Madrid, las poblaciones humanas habían resuelto sus problemas demográficos, de acuerdo a la organización social que tenían para enfrentarse a la naturaleza: los cazadores y recolectores, controlaban activamente la dinámica poblacional⁶, aplicando medidas discrecionales (eliminando infantes; vírgenes, practicando guerras... etc) de acuerdo a la **Ley de los rendimientos marginales decrecientes**, que había formulado Malthus. Esta ley dice que llegado un momento en el tiempo, mayores esfuerzos de producción no implican un aumento correlativo de la producción, es decir a mayor esfuerzo no hay mayor producción. Este momento en la vida social habría sido interpretado

como aquel para cambiar aplicar los controles demográficos señalados.

En el caso de las poblaciones agrícolas, el control se producía de acuerdo a la aparición de **epidemias e inclemencias medioambientales**, bajo el supuesto de que estas sociedades buscan generar la mayor cantidad de individuos posibles para optimizar el trabajo (humano) agrícola. Este sería un control no activo por parte de la comunidad.

Siguiendo a Sánchez, la sociedad industrial, por su parte, controla el crecimiento poblacional de acuerdo a los beneficios que se obtienen por el hecho de tener hijos, razón por la cual el crecimiento de ellas tiende a cero. Estos beneficios actúan como incentivos (+) o (-) a mantener tal o cual conducta de procreación.

Puestas así las cosas, la conferencia del Cairo recomendaba básicamente **empoderar a las mujeres y facilitar el acceso a métodos anticonceptivos**, de manera de facilitar un descenso en las tasas de natalidad, esperanzada en que estos factores podrían desacelerar el crecimiento poblacional, sin necesidad de acudir a modificar las condiciones socioestructurales que determinan las posiciones relativas de las personas en el planeta, y por tanto su disposición a tener hijos, controlar su natalidad, retrasar el inicio de la actividad sexual, acceder a métodos anticonceptivos (MAC) y de planificación familiar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron textos signados por el FMI, China y la CIPD. Se contrastaron con los antecedentes aportados por la ética medioambiental, disciplina sanitaria nacida bajo el alero de los últimos años, y se concluyeron sintéticamente ciertas áreas que se quedan fuera de la redacción de dichos documento.

A continuación se pasan a revisar esquemáticamente dichos textos.

Para el **Fondo Monetario Internacional**, los cambios demográficos tienen impacto en el desarrollo económico de una población. De acuerdo a la revista Finanzas & Desarrollo (4), el aumento relativo de la población económicamente activa, por sobre los dependientes (ancianos, bebés) significa un impulso al desarrollo económico de esa población, al menos por un tiempo. Luego, y siguiendo a esa población en el tiempo, reconocen que significa una enorme

6 "...las poblaciones paleolíticas podían controlar la fertilidad por... variación de frecuencia y las formas de relación sexual; regulación la intensidad y duración de la lactancia; alteración del trato a las mujeres y a las embarazadas...y la mortalidad...infanticidio y abandono de recién nacidos, disminución de cuidados dispensados a los niños; descuido de ancianos y enfermos, violencia, guerra..." Ídem. P 94

cohorte de ancianos a ser atendidos por el resto de la sociedad. Sin embargo, "... **la gente puede adaptar su conducta y producirse una mayor participación en la población activa, una inmigración de trabajadores de países en desarrollo y una vida laboral más larga. La caída de la mortalidad infantil también puede afectar a la conducta, especialmente de las mujeres. . . . más mujeres entran en la población activa, lo que impulsa la oferta de mano de obra**"(5). Es decir, los cambios poblacionales aparecen como una oportunidad para extender la edad de jubilación, para incorporar a más mujeres al mercado laboral y a estimular la migración desde el tercer mundo a países en que se necesite mano de obra, lo que aumentaría aún más la razón de dependencia de actividad económica en los países de origen, usualmente ya bastante precarizados por las altas tasas de natalidad que deben soportar los sujetos económicamente activos. Se plantea el efecto benéfico de un **boom** en términos de aumentar a la población económicamente activa, v.g el caso irlandés en la década de 1990. Se evita, en todo caso explicitar las formas de enfrentar el problema del envejecimiento de esa cohorte de boom, dejando entrever que se soluciona a través de las manos invisibles del mercado: migración desde el tercer mundo a el primer mundo en el caso de los actuales países desarrollados.

Se incorpora de este modo, algo solapadamente, la mirada **incrementalista de maximizar beneficios** (aumento de oferta en mercado laboral), y **aumentar la eficiencia** (optimizar a los adultos mayores y mujeres en edad fértil) de los cambios demográficos. Esto se explica, para el FMI, dado que *"El envejecimiento de la generación nacida en un boom puede provocar escasez de mano de obra, generar una presión al alza de los salarios y una tendencia a la baja en el ingreso real de los jubilados"*, lo cual obligaría a los mayores a continuar activos económicamente. Además, se piensa que aumentaría la capacidad de ahorro de esos grupos etáreos, vía cotizaciones provisionales para la vejez.

Asimismo para un Estado diferente, como el de la **República Popular China**, el control demográfico podría estar sustentado teóricamente en una revisión neo-malthusiana de la catástrofe que podría significar países superpoblados. De esta forma se enraízan

los antecedentes de la política de estimulación del matrimonio tardío y la "abogacía" un hijo por familia (6) (que incluye el pago de un impuesto adicional por el segundo hijo), del gobierno de la república popular China que entrega beneficios concretos a aquellas familias que solo tengan un hijo⁷, como bonos para la compra de la casa; permisos maternales mayores; mejores cuidados infantiles e incluso dinero en efectivo⁽⁷⁾ ⁸. Sin embargo, estas medidas han sido denunciadas como coercitivas, dado que podrían ir desde la presión psicológica intensa, hasta medidas de intervención físicas propiamente tales, como aborto provocado e infanticidio eventualmente (7), acusaciones que el gobierno chino siempre negó, reconociendo solamente casos aislados. De cualquier modo, estas políticas han sido apoyadas por el UNFPA y condenadas por el gobierno de E.U.A, a mediados de la década de 1980.

Estas políticas de control de la natalidad podrían tener algunos efectos negativos: frente al aumento de la proporción de adultos mayores (sin capacidad de cuidarse por si mismos), podría esperarse un incremento en los costos al aparato estatal del cuidado de ellos. Se ha estimado que para el año 2040, el 25% de la población en China sea mayor de 65 años.

De manera que la finalidad de estas políticas es contener el tamaño de la población y así asegurar una armonía entre este y el desarrollo económico, social, provisión de recursos y medio ambiente, tal como lo refleja el artículo de uno de la citada ley. Para ello promueven la planificación familiar, los derechos de los ciudadanos, "la felicidad de las familias, la prosperidad de la nación y el progreso de la sociedad". (sic)

Estos últimos aspectos merecen al menos ser considerados como de difícil consecución, frente a

7 El artículo 27 de la misma señala que estas parejas obtendrán un "certificado de honor de haber concebido solo un hijo", que les permite acceder a recompensas que la regulación permita a diferentes niveles de la administración del estado, desde el municipio hasta el gobierno central. Ídem.

8 Entre otras medidas tendientes a controlar la natalidad: "...unmarried young people were persuaded to postpone marriage, couples without children were advised to "wait their turn," women with unauthorized pregnancies were pressured to have abortions, and those who already had children were urged to use contraception or undergo sterilization. Couples with more than one child were exhorted to be sterilized.". En la página web del congreso de los E.U.A (U.S. Library of Congress) <http://countrystudies.us/china/34.htm>

los incentivos que la ley entrega a las personas para el control de su natalidad.

Para la **I Conferencia sobre población y desarrollo de El Cairo**, y se podría quizás decir para el **UNFPA**, la población, el crecimiento económico sostenido y la sustentabilidad del desarrollo son tres términos que se relacionan inextricablemente (El Cairo 1994). Los objetivos a lograr en esta conferencia venían impulsados desde las conferencias mundiales de población de Bucarest 1974 y Ciudad de México 1984, avalando así al menos 30 años de preocupación acerca del problema en el seno de las N.U.⁹.

Son objetivos y metas que el propio documento destaca: *“el crecimiento económico sostenido en el marco del desarrollo sostenible; la educación, especialmente de las niñas; la igualdad y la equidad entre los sexos; la reducción de la mortalidad infantil y materno-infantil, y el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, en particular la planificación de la familia y la salud sexual.”*¹⁰

Se explicita el derecho de las parejas a decidir libre y voluntariamente el número de hijos que deseen concebir, en una clara señal hacia el gobierno de China.

Se explicitan interrelaciones entre población, crecimiento económico y desarrollo sustentable, de manera que se entiendan relaciones entre pobreza y políticas demográficas al modo de una relación directa, para reducir la pobreza y mejorar el crecimiento económico, es necesario reducir el tamaño poblacional. La misma relación puede decirse entre sustentabilidad medioambiental y tamaño poblacional y respecto a las formas de producción y consumo, variables que se relacionan mutuamente. El pivote que desencadenaría esta cascada de efectos benéficos sería la eliminación de toda forma de inequidad contra la mujer, y su empoderamiento como actriz clave de su propia existencia.

Finalmente, en su sección C, dedicada a las relaciones medioambientales y demográficas, la conferencia

intentará eliminar toda consecuencia negativa de los “factores demográficos” y de las formas de producción y consumo sobre el medio ambiente, reduciendo las modalidades no sostenibles de producción y consumo. Mención también se hace a la aplicación de políticas demográficas respetuosas del medio ambiente, pero no se hace explícita recomendación alguna en este sentido, al menos en este acápite.

En las demás secciones se habla de Salud Sexual y Reproductiva, de medidas de prevención de ETS y VIH-SIDA, de medidas para fomentar el acceso a la atención primaria de salud, maternidad, salud infantil etc.

Las demás recomendaciones decantan en relación a temas demográficos específicos, como las migraciones campo-ciudad, los reasentamientos internos, las migraciones transnacionales, etc, enfatizando consideraciones humanitarias para con estos sujetos y estimulando a los gobiernos de los países a dar soluciones a las causas que originan estos flujos de personas.

DISCUSIÓN

Las políticas escogidas no dan cuenta del fenómeno desde una que incluya elementos de **ética medioambiental**, perspectiva amplia que incluya categorías diversas a las meramente sociales, es decir, se plantean desde una perspectiva que podríamos llamar antropocéntrica, dado que centran su análisis y propuestas en la humanidad y no consideran en dicha mirada al medioambiente (vida no humana, hábitat) de manera total u holística.

Sabemos que el análisis ético debe ser ordenado de acuerdo a ciertas premisas verificables. Una de ellas es que el tamaño poblacional tiene un cierto **impacto en el medio ambiente**, relacionados en una dependencia directamente proporcional. Pero el impacto también depende –igualmente de manera directa- de las tecnologías que permitan la vida humana y del consumo que esa población haga de los recursos que tiene a su disposición. Y la sustentabilidad de la vida –humana y no humana- dependen en primer término de la integridad y suficiencia del medio ambiente.

Por otro lado, las medidas impuestas por la fuerza, como la ley de Población y Planificación Familiar de las personas de la república de China, no son suficientes ni propiamente portadoras de los valores de la ética

9 “También se basa en los resultados de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, el Programa 21 y la Declaración de Río, así como en el acuerdo logrado en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, de 1990, y la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, de 1993.” En <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>

10Ídem

medioambiental, ya que para serlo, debe enraizarse, en las conciencias de las personas, una nueva sensibilidad que considere al hombre como parte integral de un medio ambiente que lo acoge. Esto se debe realizar generando una ampliación del **marco moral** –individual e intersubjetivo- que incluya a las demás formas de vida del medioambiente, hábitat y a las generaciones futuras de seres humanos, que también serán sujetos de derechos en su momento.

Por tanto, la pregunta acerca del **tamaño poblacional** se plantea en esta ampliación del marco moral anteriormente expuesto, desde un punto de vista que podría referenciarse al ecologismo global y las políticas demográficas deberían reflejar esta preocupación.

Yéndose a los ejemplos puntuales, en el caso del FMI, el foco de atención se pone sobre el crecimiento económico de un país o una región. El análisis demográfico, bajo este prisma, considera relevante primero las cohortes de poblaciones que podrían contribuir activamente al desarrollo y crecimiento económico y a la forma en la que el estado deberá ocuparse de la atención de las mismas cuando envejecan y se transformen en dependientes, o económicamente pasivos. Esta última preocupación es más bien una declaración de intenciones, que un programa o plan de atención futuro y revelan la intención de transferir el riesgo de este tipo de decisiones a las generaciones futuras, ya que no definen ni aseguran que los actuales sistemas de seguridad social sean capaces de satisfacer esas demandas.

Este análisis deja fuera, al igual que la política demográfica de China, ciertas variables que podrían resumirse bajo el alero conceptual de la **ética medioambiental** como referencias al momento de tomar decisiones: la disponibilidad de **recursos naturales**, que tiene directa relación con la **sustentabilidad ambiental**; la **capacidad de carga** (que el **tamaño** sea tal que no dañe el ecosistema que sustenta la vida humana y no humana) y, en definitiva, el impacto ambiental que las políticas demográficas conlleven.

Finalmente, para la CIPD, dos son las acciones relevantes al momento de practicar una política de control demográfico: acceso a MAC y servicios de Salud Sexual y Reproductiva, y empoderamiento de las

mujeres. Al igual que en los casos analizados, se dejan fuera variables medioambientales ya expuestas.

CONCLUSIÓN

Estos tres casos analizados de intereses, posiciones o políticas demográficas dejan en evidencia en suma, ciertas categorías en las síntesis teóricas que constituyen la ciencia demográfica, que en nuestra perspectiva viene a **reducir el problema demográfico** a solo tres líneas discursivas, a saber el problema demográfico se estudia **para o en relación con**:

1. La humanidad (o antropocentrismo demográfico).
2. El crecimiento económico.
3. La vida social y el combate a las inequidades de la vida humana.

Esto significa que no consideran los aportes que desde la ética medioambiental se pueden hacer para enriquecer el discurso y plantear metas y objetivos alcanzables realísticamente o bien reducen el problema a ciertos aspectos que podríamos denominar de salud sexual y reproductiva: la reproducción, la sustentabilidad (financiero-económica) del mundo occidental y la reducción de las inequidades sociales que se plantean desde hace años entre el mundo desarrollado y el resto del planeta.

Sin dejar de considerar la importancia que estos logros tienen o comprometen en su formulación, podríamos agregar que la acción necesaria es en buena medida coherente con los postulados de Arne Næss y la **ecología profunda**, que busca ampliar el marco moral de la ética del medioambiente más allá del ser humano e incluir al planeta y su biodiversidad. Así se entiende la preponderancia que ocupa para Næss el concepto de autorrealización, como la expansión del yo más allá de la individualidad, entendido pragmáticamente como **haciendo algo** por los demás. En esto podrían existir coincidencias con el panteísmo y la deificación o sacralización de la naturaleza, y sin duda alguna con el rechazo o a las éticas trascendentalistas de raíz judeo cristiana, que de alguna manera, como se deja ver en los textos de Lynn White, han allanado un camino excesivamente racionalista y técnico que en gran medida ha generado la precariedad de la situación de conflicto entre los intereses de la humanidad y el equilibrio medioambiental. Es posible que sea a partir de estos planteamientos religiosos trascendentalistas explicar la desechabilidad y superficialidad con que

se abordan los problemas medioambientales desde muchas de esas políticas demográficas hoy.

Una ética de responsabilidad medioambiental así planteada, que considere a las generaciones futuras (sustentabilidad de la vida) y que de sentido ahora a nuestras acciones, esto es, pensar que en el futuro se va a necesitar un medioambiente mínimo para soportar la vida (humana y no humana). Una reflexión que abra perspectivas relacionales y sistémicas en cuanto a mutuas dependencias entre la vida humana y no humana y su hábitat, que permita posicionar el problema demográfico como una arista más del problema mayor que supone la conservación del medioambiente en sí, sin ninguna finalidad más de la que él mismo exista, y con el la vida.

Una apuesta así debe aprovechar las tecnologías de la información existentes como INTERNET, para contribuir a generar este cambio de conciencia a escala planetaria.

Aún así, sabemos que los medios de comunicación masiva solo permiten informar y a lo sumo alterar la actitud valórica de las personas. La conducta permanece inalterada. Sin embargo debemos esforzarnos en superar los nihilismos, llenando con sentido nuestras existencias con estos objetivos en mente, de manera de satisfacer la demanda por sentido que caracteriza a un importante grupo de ciudadanos, y asegurar la penetración de estas ideas simultáneamente.

El problema al que ahora nos enfrentamos es pues de largo aliento. El cambio de mirada que permita la re-sacralización de la naturaleza, que fomente una forma de vida social austera y limitada a lo necesario y que salvaguarde el medioambiente para las generaciones futuras presenta muchos obstáculos,

v.g religiones trascendentalistas, modelos económicos de intercambio de bienes y servicios, diferencia de nivel socioeconómico de grandes poblaciones etc. Seguro que la toma de conciencia será un proceso que pase por generar cambios en estas instituciones y sus relatos primero, al menos.

Referencias

1. Naciones Unidas. Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Resumen del programa de acción. En <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>. Accesado el 11 de febrero de 2009.
2. Guía rápida de población. Segunda edición. Population Reference Bureau, Inc.1991. EE.UU.
3. Vallin, J. "La demografía". Editorial Alianza Universidad. Madrid. 1995.
4. Fondo Monetario Internacional. Revista Finanzas y Desarrollo..Vol 43, N 3. Septiembre 2006.En: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2006/09/> Accesado el 11 de febrero de 2009.
5. Fondo Monetario Internacional. David E. Bloom y David Canning. "Subidas, caídas y ecos La explosión demográfica más grande de la historia afecta al desarrollo mundial". Vol 43. N 3. Septiembre 2006. En: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2006/09/> Accesado el 11 de febrero de 2009.
6. Comisión Económica y Social para el Asia y Pacífico. Artículo 18 de la "ley de Población y Planificación Familiar de las personas de la república de China" Año 2002. En inglés en sitio web de la comisión económica para el Asia y el Pacífico. http://www.unescap.org/esid/psis/population/database/poplaws/law_china/china%20pop%20and%20family%20planning.pdf. Accesado el 11 de febrero de 2009.
7. Federal Research Division of the Library of Congress. En <http://countrystudies.us/china/34.htm> Accesado el 11 de febrero de 2009.

Reseñas Bibliográficas

Informe sobre la situación actual de la Educación Médica en Chile

**Rodolfo Armas Merino, Alejandro Goic Goic, Editores
Comité de Educación Superior.- Academia Chilena de Medicina**

Publicación de la Academia de Medicina del Instituto de Chile.- 2008

64 páginas; 22 Tablas; 137 Referencias, todas nacionales

Cuadernos destaca la utilidad, para todos los que se preocupan de la Salud Pública de Chile y para quienes laboran o aspiran a laborar en ella, del documento que aquí se reseña. Se reúne en él toda la información pertinente disponible en el año 2008. Además, los editores extraen de ella conclusiones importantes, expresadas con autoridad y objetividad.

El Informe se inicia con una **Introducción** histórica interesante y precisa.

Sigue un capítulo acerca de las **Escuelas de Medicina**, cuya fuente principal es el Consejo Superior de Educación. De seis que eran en 1990, en el año 2007 dichas Escuelas habían llegado a ser 26, en 20 Universidades; y de éstas, seis son de carácter estatal o público. Diez mil estudiantes constituían la matrícula total en el 2007, estando el 30% en las tres escuelas más grandes y antiguas; la matrícula de primer año sumó 1682 alumnos y el 23% de ellos correspondió a las tres escuelas mencionadas. El ingreso a la carrera se asocia a puntajes altos en la Prueba de Selección Universitaria. En el año 2006 había en el conjunto de escuelas 4009 docentes contratados que participaban en la enseñanza de los estudiantes de Medicina; de ellos sólo 1178 eran de jornada completa; 685, de media jornada y 2146 asistían por horas. En el 2007, el arancel anual cobrado por las Escuelas varió entre \$2 506 450.- y \$4 770 000.-; la matrícula a pagar una vez al año estuvo entre \$73 000.- y \$620 500.- El Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología aprobó, en el trienio 2004-2006, 115 proyectos del área de la Medicina y el Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico, doce proyectos. El 75% de la investigación financiada por estas dos grandes fuentes correspondió a las dos Universidades mayores y más antiguas. En el período mencionado, de las 20 Universidades con escuelas de Medicina, sólo 13 han accedido a estos (y otros) fondos concursables.

“De acuerdo a la mejor información disponible, **Chile tenía 25.542 médicos** en el año 2004” (Román, Acuña y Señoret, en Rev Med Chile 2006; 134:1057-64). De ellos, 22 303 eran titulados en Universidades chilenas y 963 tenían títulos extranjeros revalidados por la Universidad de Chile. En el año 2006, 859 médicos se titularon en Universidades chilenas; todavía la mayor parte - el 53,6% - fueron egresados de las tres mayores escuelas. La razón médicos / población, según los datos del año 2004, llegaba en Chile a 15,9 profesionales por cada diez mil habitantes. La Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas había emitido, a julio del 2007, 9627 certificaciones a 8649 médicos, distribuidas en 50 especialidades, cuyo detalle se encuentra en la Tabla 13 del Informe. En una sección de este capítulo, dedicada a la inmigración de médicos extranjeros, se da cuenta de que, en el año 2007, 986 de dichos profesionales ejercían en consultorios de atención primaria (Diario El Mercurio, 13 de enero 2008).

El Informe señala también (página 40) que “respecto del número de médicos que ejerce la profesión, inexplicablemente, no se cuenta con una información precisa; otrora ésta podía obtenerse con facilidad pues existía el registro obligatorio en el colegio Médico de Chile y, además, el dato estaba disponible con bastante aproximación en el sistema estatal de salud que era el empleador de la gran mayoría de ellos. Esto se perdió con el desarrollo de la atención médica privada y primaria municipal descentralizada.

Se da cuenta de la evolución cronológica y de los resultados del **Sistema de Control de Calidad de la Educación Superior** en Chile. De las 26 escuelas, nueve estaban acreditadas en el 2008, aunque sólo las tres mayores y más antiguas por el período completo de 7 años. En diciembre del 2003 se tomó por primera vez el Examen Médico Nacional (primera versión), que mide conocimientos pero no destrezas y aptitudes. Actualmente lo rinde la mayoría de los egresados, aunque no es, todavía, obligatorio ni habilitante para el ejercicio de la profesión en el país. El porcentaje de respuestas correctas fue 63,61% en los años 2006 y 2007, con un rango de 58,09 a 69,49% según las escuelas. En agosto del 2006, el Parlamento aprobó un Ley de aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, la cual entrega la responsabilidad de la acreditación a una Comisión Nacional de Acreditación, de carácter autónomo. La Ley establece que la acreditación será obligatoria para Medicina y Pedagogías desde el primer año de funcionamiento de cada escuela.. La acreditación de las carreras se llevará a cabo por agencias privadas acreditadas por la Comisión Nacional.

Encontramos contenidos adicionales de gran importancia en el capítulo **“Conclusiones y Recomendaciones”**. Nos permitimos citar algunas:

“3. El costo de los estudios de Medicina para los alumnos y sus familias, en términos de valor de la matrícula y los aranceles ha tenido un significativo incremento en los últimos años, lo que implica el riesgo de que estudiantes idóneos no puedan ingresar a la Escuelas de Medicina por razones económicas...”

“4. No parece razonable que la atención primaria, que tiene alta prioridad en la atención de salud de la población, esté en una proporción significativa en manos de médicos extranjeros que, mayoritariamente, han ingresado al ejercicio profesional sin ser evaluados. También es inquietante que los médicos chilenos demuestren escaso interés por participar en la atención primaria.

En correspondencia con lo anterior, las Facultades de Medicina debieran evaluar si están impartiendo una docencia que capacite adecuadamente y haga atractiva para los estudiantes la atención primaria, y las autoridades sanitarias preguntarse si ésa es una actividad asistencial que cuenta con los incentivos profesionales y económicos correctos.”

“8. Las principales instituciones médicas chilenas – Academia de Medicina, Facultades de Medicina, Colegio Médico de Chile y Sociedades Médicas – tienen el deber de seguir contribuyendo decisivamente a los controles de calidad de la educación médica en el país...”

La publicación reseñada concluye con un útil **Resumen Ejecutivo**.

Nos parece que el Informe debe estar disponible en las bibliotecas de todos los establecimientos del sistema nacional de atención de salud, en todas las Facultades y Escuelas de Medicina, en las Sociedades médicas, y en las instancias del Colegio Médico de Chile y de los Centros de Estudiantes de Medicina.

Como sugieren los Editores, el estudio debería ser replicado periódicamente, según un programa que incluya acciones destinadas a mejorar algunos aspectos de la información, así como a subsanar problemas de fondo que aquí se exponen.

Dr. Carlos Montoya-Aguilar

Seguro Social de Salud versus Sistema de Salud financiado con impuestos – la evidencia de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo

Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD

Adam Wagstaff

Development Research Group, The World Bank, Washington DC, USA, 2008

Hemos elegido presentar una reseña de esta monografía porque el autor, bastante conocido por sus aportes a la medición de las desigualdades en salud, plantea en ella preguntas importantes acerca de las influencias de los dos principales modos de intermediación financiera sobre los costos y efectos del sistema de atención de salud y sobre el empleo. Las conclusiones a las cuales llega él aportan argumentos a la marea de opinión reciente que redescubre las ventajas del Estado y están, por lo tanto, en oposición a las tesis sustentadas al respecto por los organismos internacionales en las décadas del 70, 80 y 90, tesis que han condicionado en gran medida las políticas de salud vigentes en Chile.

Los países estudiados y la evolución de sus mecanismos de intermediación financiera.

El autor utiliza los datos sobre los mecanismos de financiamiento vigentes en los 29 países de la OCED (excluyendo a los EE UU), para el período 1960-2006. Clasifica a estos países en cuatro grupos. El primero comprende a los que han mantenido un Seguro Social de Salud en todo el período, a saber: Alemania, Austria, Bélgica, Corea, Francia, Holanda, Japón, Luxemburgo, México, Suiza y Turquía. El grupo dos ha retenido el financiamiento por impuestos e incluye a Australia, Canadá, Finlandia, Irlanda, Nueva Zelanda y el Reino Unido. El grupo tres incluye a los que usaban el Seguro y luego cambiaron a un sistema de salud universal financiado por impuestos: Dinamarca,

España, Grecia, Islandia, Italia, Noruega, Portugal, y Suecia. El grupo cuatro tuvo un Seguro hasta fines de los años 40, cuando cambió a un sistema financiado por impuestos, y luego lo revirtió al Seguro en los años 90: Hungría, Polonia, República Checa y República Eslovaca.

Diferencias entre sistemas de Atención de Salud, que están asociadas a la intermediación por Seguros

Es interesante la lista de siete características que, según Wagstaff, distinguen –de un modo general– a los sistemas con Seguro de los sistemas con financiamiento por impuestos:

- 1) los Seguros tienen con frecuencia vacíos de cobertura y
- 2) disparidades en los **beneficios y**
- 3) diferencias en los gastos por afiliado;
- 4) los Seguros tienen rara vez una puerta de entrada hacia los proveedores de segundo nivel;
- 5) en consecuencia, dan menor énfasis a la atención primaria;
- 6) en general, los Seguros no administran directamente una red de proveedores, sino que contratan a proveedores, públicos o privados; y
- 7) su modo de pago más común es por acto (aunque esto está cambiando).

Preguntas

Los objetivos de la monografía son: averiguar

- 1) si el sistema de intermediación financiera influye en el gasto per capita;
- 2) si influye en los resultados del sistema en cuanto a mortalidad evitable;
- 3) si influye en el nivel de empleo del país, y
- 4) si influye en la proporción de trabajadores del sector formal dentro del empleo total.

Método

El autor utiliza como modelo básico una fórmula en que la variable dependiente (gasto, mortalidad, empleo) es función de la suma de tres elementos: la proporción de años-país con Seguro; las variables que pueden influir a la vez en el resultado y en que haya seguro (a la postre se reducen a una: el PIB); y una medida de error.

Las causas evitables de muerte que toma en cuenta como posiblemente influidas por el mecanismo de financiamiento son nueve y se expresan en AVPP (años de vida potencial perdida).

Resultados

Las respuestas que entrega el análisis de los datos son muy claras en dos aspectos:

- 1) tener un sistema de Seguro eleva el gasto total per capita en salud en 3 a 4%;
- 2) la participación del sector formal en el empleo se reduce en 8 a 10%.

Con respecto al efecto en salud, no se encontró evidencia de que tener un sistema de Seguro, pese al mayor gasto, se asocie a menor mortalidad evitable. Al contrario, los datos sugieren que los sistemas con Seguro presentan mayor mortalidad prematura por al menos una causa: cáncer mamario.

En cuanto al empleo total, los resultados sugieren una asociación negativa con la utilización del Seguro de salud.

Seguros y Salud Pública

En la Discusión, el autor sostiene que la comprobación de resultados deficientes en salud – al menos en el caso del cáncer mamario – son plausibles, si se considera que “los países con Seguro tienen actividades de

salud pública menos integrales que los países con financiamiento por impuestos” (Allin et al. 2004, Making decisions in public health- a review of eight countries, Copenhagen, WHO), lo cual se debe a que “se centran en sus afiliados individuales más que en la población total” (Allin et al., op.cit.). Esto es consistente, dice Wagstaff, con el hallazgo por [Arbeláez M P et al., Tuberculosis control and managed competition in Colombia, The Int J of Hlth Planning and Management 2004;19(S1): S25-S43] de que la introducción de la competencia administrada en el Seguro colombiano llevó a la fragmentación de responsabilidades y a la discontinuidad en la prevención y tratamiento de la tuberculosis.

COMENTARIO

En una visión desde Chile, es interesante la explicitación que hace A. Wagstaff acerca de la determinación del mecanismo de intermediación – fisco o seguro – por países dominantes. Así, antes de la Segunda Guerra Mundial, Alemania y Japón impusieron el seguro en los países que ocuparon, tales como Austria, Bélgica, Dinamarca, Noruega o Corea; el Reino Unido adoptó el mecanismo fiscal y le siguieron los países de la Comunidad Británica, como Australia, Nueva Zelanda, Irlanda y Canadá; después de la Segunda Guerra, la Unión Soviética hizo que los países de su órbita cambiaran desde el seguro al financiamiento fiscal y a la caída del muro de Berlín estos regresaron al mecanismo de seguro.

El caso de Chile es análogo, en cuanto el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo apoyaron fuertemente el cambio desde el régimen predominantemente fiscal propio del Servicio Nacional de Salud (1952-1979) a una situación en que surgieron seguros comerciales (Isapre) y el intermediario financiero estatal pasó gradualmente a comportarse como un seguro público con aporte fiscal (Fonasa) (ver, p. ej.: “Proyecto Minsal Banco Mundial”, Santiago, 1999).

Adam Wagstaff se pregunta, hacia el fin de esta monografía: “¿es posible que un mecanismo fiscal con una red de proveedores administrada directamente pase a un modelo de contrato comprador-proveedor sin arriesgar la coherencia y la integración de sus programas de salud pública?”. Una interpretación razonable sugiere que una cierta desconfianza en los proveedores puede inducir la búsqueda de un mayor

control mediante la adopción de un mecanismo de seguro con compraventa de servicios. Ahora bien, el trabajo reseñado proporciona evidencia empírica de que, en general, ese mayor control no mejora la efectividad del sistema y, en cambio, tiene un costo.

El autor encontró una relación adversa significativa del mecanismo de seguro solamente en el caso de la mortalidad prematura evitable por cáncer mamario; pero hay que notar que no consideró el cáncer pulmonar, ni las causas externas, ni la cirrosis hepática ni las enfermedades transmisibles (salvo influenza y neumonía), todas causas de muerte importantes en la mayoría de los países de la OCED que cuentan con un mecanismo de seguro de salud. De haberlo hecho, es probable que hubiera podido demostrar con más fuerza una asociación perjudicial entre seguro y estado de salud. La explicación de esta relación podría residir en las cinco primeras de entre las características que, según Wagstaff, distinguen a los sistemas de atención cuyo financiamiento es intermediado por seguros.

Cuando en Chile se consagró la adopción de un seguro público de salud, al lado de los seguros comerciales, no se examinó la evidencia relativa a las consecuencias negativas que dicho cambio podía traer consigo. Sin embargo, el riesgo había sido advertido en el propio país, sobre la base de la experiencia internacional ya publicada (ver: Colegio Médico de Chile, "Nuestra

visión", Santiago, 1997). Por ejemplo, se dijo: "diferentes autores han hecho notar las limitaciones que tienen los seguros de salud, aunque sean públicos y obligatorios, en comparación con los Sistemas o Servicios Nacionales de Salud..... aseguran contra el riesgo económico de enfermar, más que contra la enfermedad misma y por lo tanto enfatizan lo curativo; otorgan beneficios limitados (planes o paquetes); sus costos administrativos son altos.....las cotizaciones (al seguro social obligatorio) pueden constituir una fuente preponderante para el gasto en salud y en tales casos existe el temor de que – al encarecer el costo de la mano de obra – se dañe la posición de tales países y empresas en el mercado" (Montoya-Aguilar C, La víspera del año 2000: los Sistemas de Atención a la Salud. Conceptos y ejemplos, Cuad Med Soc 1998; 39 (1): 5-23). Wagstaff - y otros – siguen comprobando estas verdades.

Este autor termina el texto ofreciendo sus conclusiones "al mundo en desarrollo", para el cual "estudios gruesos como éste seguirán siendo útiles para decidir si, a la postre, los seguros o los regímenes fiscales gastan más, logran mejor salud y conducen a mejores resultados en el mercado laboral.". Sobre todo, deberían ser un estímulo para la evaluación de este aspecto en los propios Sistemas de Atención de la Salud.

Dr. Carlos Montoya-Aguilar

Noticias

Seminario: “Calidad y pertinencia a la formación médica” 27 y 28 de mayo

El Departamento de acreditación y formación médica del Colegio Médico de Chile, invita a toda la comunidad médica al Seminario “Calidad y pertinencia a la formación médica”, a realizarse en la sede del Consejo General, ubicado en Esmeralda #678, Santiago. Los temas a tratar serán:

MIÉRCOLES 27 DE MAYO:

- Acreditación de carreras de medicina: Estado Actual y proyecciones: ley de aseguramiento de la calidad de la educación superior.
- Examen único nacional de conocimientos de medicina.
- Acreditación de los programas de formación de especialistas. Ley de aseguramiento de la calidad de la Educación Superior. APICE
- Certificación y re-certificación médica: evaluación y proyecciones. CONACEM.
- Visión y proyección de la formación médica para el siglo XXI: ¿un nuevo perfil de egreso? Panel: ASOFAMECH, COLMED, Asociación de Isapres, Municipios, Academia de Medicina, Estudiantes.

JUEVES 28 DE MAYO:

- Acreditación de prestadores institucionales y personales.
- La red asistencial y los hospitales autogestionados. Sus implicancias en la asistencia y en la formación médica.
- Cuantos y que tipos de médicos tiene y necesita Chile y su proyección vinculada al desarrollo del país. Mesa Redonda: COLMED, ASOFAMECH, MINSAL, ASOCIMED, y Academia de Medicina.
- Desarrollo profesional médico continuo (DPMC): mesa redonda.

Para más información: jplaza@colegiomedico.cl o al 427 7870

Instrucciones a los autores

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

Cuadernos Médico Sociales publica trabajos originales sobre **Salud Pública y Medicina Social**, en español, inglés o portugués, en cuatro números al año (marzo, junio, septiembre, diciembre).

Dentro de los objetivos de **Cuadernos Médico Sociales** se encuentra estimular la reflexión y la investigación científica en el ámbito de la Salud Pública y de la Medicina Social, difundir temas relevantes a estas áreas del conocimiento, donde se integren quienes estudian o trabajan en las distintas disciplinas (ciencias naturales, biológicas, sociales y/o de la conducta) e instituciones relacionadas con la salud de la población. Hacer llegar a las autoridades, dirigentes, profesionales y estudiantes de postgrado aquellas experiencias, análisis y resultados de investigaciones que contribuyan a desarrollar una concepción integral de la salud y de la atención de salud.

Se preferirán resultados de investigaciones y/o experiencias en torno a ámbitos específicos de la Salud Pública y de la Medicina Social que contribuyan a desarrollar una concepción de integra de la salud y de la Atención de Salud. Se publican también Notas, Comentarios, Reseñas y Cartas al editor.

Los trabajos que cumplan con los requisitos formales, serán sometidos a revisión por expertos. La nómina de revisores consultados se publica una vez al año. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original.

FORMA Y PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

Un Manuscrito en proceso de revisión en Cuadernos Médico Sociales no podrá ser enviado a otro medio de publicación para los mismos fines. Los trabajos enviados deberán ajustarse a las siguientes instrucciones:

1. La extensión máxima será de 20 páginas a espacio sencillo, tipo Arial 11 con un margen de 3 cm., incluyendo tablas y gráficos. Las ilustraciones y tablas deben enviarse en páginas separadas, indicando claramente el título, numeración, fuentes y el sitio en que serán intercaladas; deben venir en el archivo original y no ser insertados como "objetos". No se usarán colores. Las notas al texto deben venir al final de cada página con números correlativos.
2. Los artículos de investigación deben dividirse en las siguientes secciones:
 - a. Título y autores.** El título puede tener hasta 84 caracteres, incluyendo los espacios entre las palabras y además debe estar traducido al inglés. Los autores figurarán con el nombre y apellido; en nota al pie se consignará la profesión, cargo y principal grado académico. Se colocará la dirección electrónica del autor a cual deberá dirigirse la correspondencia.
 - b. Resumen.** No debe tener más de 250 palabras, con los objetivos, métodos, resultados y conclusiones principales. Agregar una versión en inglés. Colocar entre dos y seis palabras clave (descriptores), según la nomenclatura consignada en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
 - c. Introducción.** Describa brevemente el objetivo de la investigación y explique su importancia.
 - d. Material y Métodos.** Describa los procedimientos y materiales utilizados, incluyendo los detalles necesarios que permitan repetir la experiencia en futuras investigaciones.
 - e. Resultados. Presente sus resultados en secuencia lógica.** No repita en el texto todos los datos presentados en tablas o ilustraciones. Enfatique o resuma solamente las observaciones importantes.
 - f. Discusión.** Enfatique los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones derivadas de ellos. Incluya en esta sección las implicancias de sus hallazgos, tanto como sus limitaciones. Evite detalles ya presentados en las secciones Introducción y Resultados.

g. Conclusiones y perspectivas

h. Referencias. Limite las referencias (citas bibliográficas) idealmente a 30. Incluya las principales publicaciones aparecidas en revistas chilenas, incluyendo Cuadernos Médico Sociales. Numere las referencias en el orden en que se las menciona por primera vez en el texto. Identifíquelas mediante numerales arábigos, colocados () al final de la frase o párrafo en que se las alude. Al listar las referencias, su formato debe ser el mismo de la notación Vancouver, por ejemplo:

i. Artículos de revistas

Arredondo A, Hernández P, Cruz C. Incorporación de la perspectiva económica en el análisis del sector salud: segunda parte. Cuad Med Soc (Santiago de Chile). 1993; 34 : 33-44.

ii. Capítulos en Libros

Mehta SJ. Dolor abdominal. En: Friedman HH, coordinador. Manual de Diagnóstico Médico. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p.183-90.

iii. Artículos en formato electrónico

Montoya-Aguilar C. Atención primaria de salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile. Cuad Med Soc [revista en Internet]* 2008 septiembre. [acceso 03 de enero de 2009]; 48(3). Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=767>

ENVÍO DE MANUSCRITOS

Los artículos deben enviarse al correo electrónico de la secretaría de Cuadernos Médico Sociales al correo-e: cms@colegiomedico.cl.

Cada autor tendrá derecho a un ejemplar del número en que aparece su artículo, sin costo. Los apartados deberán solicitarse al momento de enviar el trabajo; su costo será de cargo del autor.

