



**SALUD Y SOCIEDAD
EN CHILE**



MARCOS VERGARA ITURRIAGA

2ª EDICIÓN



Salud y Sociedad en Chile

Marcos Vergara Iturriaga

Segunda Edición, Julio 2021

Edición:
Marcos Vergara Iturriaga

La primera edición de este libro fue revisada por Mario Iván Tarride Fernández, Ingeniero Industrial y Juan Enrique Muñoz Ledesma, Matemático, amigos a quienes agradezco muy especialmente sus contribuciones. Para los textos que se agregaron en la segunda edición estuvieron disponibles los generosos comentarios de Juan Enrique Muñoz Ledesma y de Marcela Guzmán, Economista de larga trayectoria en la gestión pública, en los sectores de la salud, la educación y las políticas fiscales.

Diseño de portada y maquetación:
Yvonne Trigueros

ISBN: 978-956-401-500-2



Julio 2021

Acerca del autor



El autor es Médico Cirujano, Doctor en Salud Pública, Magíster en Administración en Salud, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Académico del programa de Políticas, Sistemas y Gestión de la Escuela de Salud Pública. Director del Instituto de Neurocirugía y ex Director (S) del Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Durante su vida de estudiante de pregrado el autor, junto a otros colegas de la época, fue realizador del programa radial de música pop “Nueva Dimensión” en la radio de la Universidad de Concepción, así como del programa radial “La Rana Dominguera” en la radio de la sede Bío Bío de la Universidad Técnica del Estado. En esos años el autor representó una influencia directa para los intereses y gustos musicales de los hermanos Iván y Miguel Conejeros, de La Unión, ambos posteriormente integrantes de la banda underground de rock “Los Pinochet Boys” y después Miguel de la banda “Los Parkinson”, en la década de los 80.

El autor fue amigo cercano de la banda de rock nacional “Los Prisioneros”, quienes se nutrieron de su influyente discoteca. En aquella época participó en el video clip de la canción “Maldito Sudaca”, realizado por Cristián Galaz para el grupo.

Entre los años 2017 y 2018 realizó un programa web de entrevistas con banda sonora proporcionada por los propios entrevistados -gente de prestigio-, en Holística Radio, programa denominado “El Gabinete del Doctor Vergara”.

El autor recibió dos premios de literatura en el transcurso de su vida profesional, el primero en la versión cuento en concurso del Colegio Médico de Chile, con “Familia que Viaja en Pleno Verano”, en 1982 y el segundo 32 años más tarde en Santiago en 100 Palabras, en el año 2014, con “El Francotirador”.

Índice

Prólogo	11
Introducción	17
Primera Parte: Chile en el camino al Estallido	18
El huevo de la serpiente	18
La receta del poder	19
El país primitivo	24
Feliz año 2019	29
El Calvario de la gestión en el Sector Salud	31
Pregrado, Salud Pública y Gestión	36
Rectoría sanitaria y gobernanza	39
Consumismo sanitario	41
¿Geriatras escasos?	44
Protección sanitaria en caída libre	46
Obamacare	49
La naturaleza de las ISAPRE	51
Tablas de riesgo y futuro del sistema de salud privado	53
El resfrío común	56
Mujeres e ISAPRE	58
La muerte de Rafael	59
Isapres al cadalso	62
Cortos y largos plazos para los hospitales públicos	63
El síndrome de los hospitales públicos	65
Concesiones de invierno	68
La sobre-ejecución presupuestaria	72
La maldita deuda hospitalaria	75
Muertes en la lista de espera	77
Interconsultas de especialidad en la red asistencial	81
Todo caso es pertinente: la conectividad de Chile	85
Por qué la deuda hospitalaria puede ser injusta	87
Reforma a los mecanismos de pago	91
Reforma de la MAI de FONASA	94

Reforma al sistema de Licencias Médicas	101	The Future, Now!	167
Los tragos más amargos de la protección de la salud	103	Se da por inaugurada la temporada de la verdad	169
¿Quién le pone el cascabel al gato?	106	BORGEN: el día después	172
Sin Remedio	108	El País Primitivo II	174
La Comisión Nacional de Productividad	109	Autoridad Sanitaria en USA	176
Epílogo de la primera parte: el mamarracho	112	Perfil del Egresado	178
Segunda Parte: Chile en la Pandemia	114	La Comisión Nacional de Productividad Cabalga de Nuevo	180
El tiempo, el implacable	114	He Visto Mujeres	185
Mayoneso: entrevista imaginaria	117	La Serenidad Sanitaria	187
Coronavirus: el plan básico	121	El Camino de Swaroop: la compleja Recta Final	188
Confianza en la Autoridad Sanitaria en Chile	123	El Huevo de la Serpiente 2: la universalización del populismo	190
Don Coronavirus, el invitado de piedra	125	La Paradoja de la Autoridad Sanitaria	192
Pandemia Management	128	Primer Epílogo: Al maestro con cariño	194
Pacto Social	130	Segundo Epílogo: Concepsongs, el retorno	196
Especulación Sanitaria	132	Tercer Epílogo: Santaolalla y la historia del	
Pandemonium Sanitario	134	Rock en América Latina	203
Gestión de Hospitales en la Pandemia	137		
Isapres otra vez	139		
Las 7 Bolas de Cristal	140		
Gestión Clínica: confianza y colaboración	141		
Speakers' Corner	144		
Hablemos, ahora sí, de la Pandemia	146		
Aplanando la Curva	148		
Heridas Abiertas	150		
Corazones Sanitarios	153		
Académicos On Fire	156		
Pandemia y Plebiscito	157		
Diálogo con ciudadanos de pantalones largos	159		
Profetas y Frenéticos	161		
Rectoría Sanitaria: el Retorno	163		
Mujeres e Isapres, continuación	165		

Prólogo

(escrito antes de la pandemia, a propósito de la primera edición de este libro)

I giorni dell'arcobaleno

Marcos Vergara tiene un corazón grande y una cabeza bien amueblada y ambos, corazón y cabeza, comparten de manera brillante su pasión por la música, la literatura, su país y el derecho a la salud de sus ciudadanos.

Esta recopilación de su pensamiento que no esconde una de sus pasiones, la música -Nicola di Bari aparece citado más de una vez-, muestra también su buen hacer como escritor laureado y ve la luz en forma de recopilatorio, de manera oportuna en el momento que vive Chile en que la furia corre el riesgo de impregnarlo todo dejando en mal lugar a la razón.

Marcos Vergara plantea problemas candentes en el ámbito de la Salud que es uno de los epicentros de la contestación, analiza las causas con rigor e inteligencia y propone soluciones donde se puedan encontrar muchos, sin apriorismos y con voluntad de consensos.

Particular vigencia tiene la primera de sus reflexiones con las que se abre este libro. El Huevo de la Serpiente, que es su título, hace una analogía inspirada en una película de Ingmar Bergman, entre lo que ocurre con los huevos de serpiente debido al trabeculado de su cáscara que permite ver el embrión en gestación y la miopía de la política chilena que pese a tener bien visible la gestación de lo que estaba ocurriendo no supo verlo o quiso ignorarlo.

No era difícil pronosticar que aquellos barros traerían estos lodos y que una Constitución válida para salir de la dictadura no lo sería en un período de madurez democrática y que la pervivencia de un modelo neoliberal a ultranza chocaría con una sociedad que reclama un modelo postcapitalista, que no anticapitalista, consecuencia por un lado de lo que está ocurriendo en el mundo tras la crisis del 2008 y cuya solución va para largo y, por otro, de la ciclogénesis originada en Chile por el encuentro de una incipiente clase media que ya no está dispuesta a aceptarlo todo y una clase media tradicional venida a menos, que al igual que aquella no acepta la flagrante inequidad y reclama un contrato social que dignifique los derechos cívicos, políticos

y sociales en lo tocante a la Salud, la Educación, las Pensiones, los Derechos Laborales y los asociados a una democracia avanzada en el respeto a las minorías, otras maneras de sexualidad y la libertad de la mujer sobre su propio cuerpo.

A partir de aquí sus reflexiones se ciñen en el ámbito de la Salud. Para empezar y vinculado a lo anterior, sus consideraciones se centran sobre el modelo de Salud para más tarde analizar aspectos más operativos relacionados con el Aseguramiento y la Provisión del modelo.

Liga el análisis del Aseguramiento como no podía ser de otra manera con el Contrato Social, del cual la Salud es un ingrediente príncipe y analiza cómo los excesos del modelo neoliberal llevan a la ruina del sector público a fin y efecto de favorecer al sector privado, al igual que ocurre con la educación y las pensiones, creando el estrambote de las ISAPRE cuestionadas una y mil veces pero que continúan capturando recursos públicos sin aportar valor.

Se detiene también en las contradicciones de un Seguro Universal Público y propone cautelas varias para evitar las perversiones del monopsonio de compra considerando como un bien superior el derecho a la protección de la Salud entendida como un derecho de ciudadanía, evitando así la práctica de las ISAPRE de basarse en los riesgos individuales castigando ante la ausencia de solidaridad a determinados colectivos, las mujeres por ejemplo, al olvidar que salud es un derecho individual pero una obligación colectiva a imagen y semejanza de lo que ocurre con la educación y las pensiones.

El otro driver de su reflexión gira alrededor de la provisión pública y de la miopía de la acción política al no dotarla de los instrumentos necesarios para poder gestionarla, lo que la sitúa en inferioridad de condiciones con el sector privado ante la anomalía que muy bien señala Marcos de que pese a que el aseguramiento público cubre a un 83% de la población, entrega solo el 50% de los egresos hospitalarios.

Sin separar la Rectoría del Aseguramiento y la Provisión, sin situar esta provisión fuera del ámbito político bajo el paraguas de una empresa pública -lo que mantiene la titularidad colectiva, pero la adscribe al derecho privado-, sin acabar con las dedicaciones parciales de los profesionales, sin potenciar la APS en el marco de esta empresa pública rescatándola de la

gestión municipal, pero manteniéndola en la gobernanza y sin dar carta de naturaleza a una red sociosanitaria, seguirá siendo válido el mantra de que el sector público es ineficiente y con listas de espera concentradas en las prestaciones No GES ante la imposibilidad de gestionar, pues en estas condiciones el sector público solo se puede administrar.

Marcos Vergara analiza todos estos aspectos y propone soluciones sensatas colocando en el centro a los ciudadanos y abogando con acabar con la ficción de unos presupuestos públicos insuficientes que no permiten la reversión de la descapitalización de las infraestructuras públicas de épocas pasadas y que además son generadores de deuda innecesaria.

El Marcos como el mismo se califica de intimista, el amigo al que yo quiero aparece con toda su intensidad en la última de sus reflexiones, donde rememora con precisión sus sentimientos y sus recuerdos, matizados por su sentido de la vida, brillando su hedonismo que se refleja en la bonhomía que desprende su corpachón y su perenne y socarrona sonrisa sin que ello quite firmeza a sus convicciones y su amor por lo bello que le lleva a denunciar a todos los “mamarrachos” que la vida le ha puesto por delante

Sus reflexiones son útiles no solo para los profesionales del sector sino también para todos aquellos que aspiren a un Chile mejor.

Marcos apuesta de manera inteligente por aportar su grano de arena a un debate demasiado formulado desde la barriga y poco con la razón; no pretende tener la razón, solo aportar referencias para un debate imprescindible con la esperanza que tal como Nicola di Bari propone en una de sus mejores composiciones y que a buen seguro nos transporta a él y a mí no solo a una época lejana sino a una esperanza para el futuro que es el mejor epílogo de sus reflexiones: “Erario i giorni dell’arcobaleno, finito il inverno, tornava il sereno...”

Ojala sea así para Chile, amigo Marcos

Francesc Moreu Orobitg
Barcelona (todas partes cuecen habas)
Diciembre 2019

Un año mas tarde, Diciembre 2020...

(escrito durante la pandemia, a propósito de la segunda edición de este libro)

Escribí lo anterior hará ahora un año, cuando nadie podía imaginar lo que nos depararía el 2020 y cómo ello cambiaría lo que parecía un orden inmutable de las cosas.

Las reflexiones de Marcos en estos doce meses no podían dejar de lado la repercusión de la pandemia en su querido Chile no solo desde el punto de vista sanitario sino también del económico y social y cómo todo ello entraba en resonancia con el tsunami que el país estaba viviendo desde el 2019.

Si en la edición anterior se recopilaban 10 años de su pensamiento (del 2010 al 2019) en esta segunda, en solo 12 meses se han multiplicado las columnas por dos, añadiendo a las 30 primigenias otras 35 en la misma línea argumental de las primeras mas las inevitables referencias al dichoso covid-19.

Su fina percepción dialéctica de lo que está ocurriendo se ha agudizado tanto en la profundidad del análisis como en la finura de su plasmación literaria, de la ironía de sus observaciones y, por qué no, del descaro de sus opiniones que el mismo pone de evidencia en su capítulo “Mayoneso: entrevista imaginaria” que es el mejor retrato, su autoretrato, que del autor se puede hacer.

Dado que sus reflexiones son circulares vale la pena ver como las 30 primeras ganan en profundidad en las 35 que siguen fruto de una madurez intelectual y personal más que notable.

Acabo como lo hacía en el prólogo del tan lejano, pero tan cercano, 2019, deseando ahora, todavía con más ganas y razón que “Erario i giorni dell’arcobaleno, finito il inverno, tornava il sereno...”

Ojala sea así, amigo Marcos!!

Francesc Moreu Orobitg
Barcelona
Diciembre 2020

Introducción

Ha sido verdaderamente difícil revisitar estos documentos cuando se han producido los hechos que se han producido en nuestro Chile en la primavera del 2019, hechos que de algún modo habíamos venido presintiendo a propósito de la exploración de los temas relevantes del sector salud y de su entorno explicativo.

Estamos sorprendidos por el modo y la rapidez con que la agitación estudiantil del Instituto Nacional cursó hasta el Metro y escaló contra todos los servicios de transporte público, supermercados y agencias que servían a la comunidad. El mundo ha sido testigo de imágenes de combustión, humo y represión que nos han mantenido en sintonía con los medios de comunicación durante las 24 horas del día. Fue decretado un Estado de Emergencia, con *toque de queda* -malos recuerdos para los que pasamos los 60-, al tiempo que el país -hay quienes dicen- ha dejado de ser la excepción de América Latina y se ha transformado en uno de más riesgo.

Una semana más tarde, sin Estado de Emergencia ni *toque de queda*, una multitudinaria manifestación en las calles de Santiago cerró el día, con más de un millón de personas que, sin adscripciones políticas partidarias explícitas, manifestaron su malestar y su reclamo.

Al cabo de un mes y todavía en un clima de fuerte tensión social con gente y policías volcados a las calles, la clase política logró un acuerdo en torno a establecer para Chile una nueva Constitución, lo que fue ratificado a través de un plebiscito. El acuerdo aparentemente respondió a una sentida demanda ciudadana que se fue configurando y haciendo nítida durante el conflicto. Al cierre de la primera edición de este libro, sin embargo, el denominado “estallido social” se había visto atenuado por la irrupción del Coronavirus y en adelante el conflicto político se ha situado en un debate público destructivo que ha representado una seria restricción para gobernar apropiadamente la epidemia, creando un ambiente de enorme incertidumbre.

Esta segunda edición incluye la reflexión realizada por el autor durante la pandemia, oficialmente decretada en Chile a partir del mes de Marzo del 2020. El lector, a pesar del sesgo del autor, al leer quedará en posición de ir haciendo un seguimiento al acontecer sobre la materia.

Primera Parte: Chile en el camino al Estallido

El huevo de la serpiente

En el mes de enero de este año 2019, en una columna de opinión publicada en Cooperativa recordamos a Ingmar Bergman, que filmó y puso a disposición del público su película “The Serpent’s Egg”, en 1977. Aquella era una historia protagonizada por David Carradine –Kung Fu, Kill Bill- y Liv Ullman, la musa de Bergman, con un relato acontecido en el Berlín de 1923. Pobreza y Marginalidad, entre otras cosas. Un señor corales y una chica de cabaret en un mundo que se desmoronaba.

El *huevo de la serpiente* propiamente tal, dijimos, tiene como característica singular un trabeculado de su cáscara, que permite visualizar el embrión en gestación. Es decir, todos pueden ver qué es lo que se está gestando y cómo crece. El espectador también podía verlo en la película. Y también podía ser testigo, al mismo tiempo, del ambiente social donde este huevo había sido puesto. Podía incluso reconocer las causas del asunto en gestación en el acontecer de ese viejo Berlín.

Éramos testigos de cómo todos contribuían a crear las condiciones para esta gestación trágica, obvia e inevitable. Estaba ahí, pero parecíamos no verlo. El deterioro institucional, la polarización política, el estancamiento económico y la corrupción seguían su dramático curso. Ninguno de los actores sociales de la época parecía echar pie atrás, envueltos en sus mezquinas convicciones, facilitando el paso a la demagogia y al populismo. Cual más, cual menos vociferaba sus creencias y descalificaba las del otro, irresponsablemente. Todos se acusaban entre sí y así se desataba la violencia.

El ex presidente Lagos, otrora ninguneado políticamente por sus camaradas socialistas, había llamado a empeñarse en la tarea de construir un gran acuerdo nacional. -¿A quién le importaría tal cosa?-, nos preguntábamos los chilenos en ese momento. -¿Quién es él?, ¿De qué diablos habla?-. Los *millenials* quizás levantaban una ceja y le observaban con sospecha cuando aparecía en las páginas de la prensa escrita. Es que desde la *retroexcavadora* y el *desalojo* que ya no nos dábamos tregua.

Sin embargo, no podemos negar que ya tenemos a la vista nuestro propio *huevo de la serpiente*. Ahí está el populismo,

en embrionario desarrollo en Chile. Algún historiador dirá a la prensa que Chile todavía tiene los recursos para impedir que este tipo de germen alcance su estado de madurez. ¿Entonces nada especial haremos para impedir su eventual exitosa evolución? ¿Acaso no es éste un tipo de embarazo que, en una sociedad madura e inteligente, valdría la pena interrumpir?

Vamos a tomar asiento y a conversar. Hay muchas cosas en que es posible concordar. Un cigarrillo, tal vez –me odiarán los salubristas- o una copa de vino, de ese que tenemos tanto. Chile puede construir un futuro mejor, en ambiente de mutuo respeto y buena convivencia. Podemos construir comunidad, crecer y desarrollarnos. ¿O no? En todas partes se cuecen habas, por cierto, qué duda cabe. Y en todas partes hay gente con altura de miras y amplia perspectiva. Y ahí me parece una pieza fundamental el rol de la política. Interesa el acceso al poder, así funciona la democracia, pero nunca al costo de comprometerla. Puede sonar ingenuo, pero es necesario echar cenizas calientes sobre el huevo que se gesta.

La receta del poder

Fantasia pesimista acerca de la democracia en Chile

De lo ya dicho antes es posible desprender que entendemos que la política ha venido al mundo para materializar el bien común, entendido aquel -en una mirada restrictiva- como el asunto que interesa a la mayoría de los ciudadanos. Para esos efectos, desde la antigua Grecia hemos heredado el sistema democrático, que corresponde al gobierno del pueblo por el pueblo, que se funda en la voluntad de la mayoría y que tiene formatos distintos para el ejercicio del gobierno en distintas realidades: hay casos donde el poder está más concentrado en la figura del Presidente de la República y otros casos que tienen una impronta más parlamentaria, incluyendo aquellos donde existe incluso una sana convivencia de los gobiernos con tradiciones monárquicas que las comunidades aprecian.

Con todo, la democracia resuelve su cometido a través de procesos donde los ciudadanos, por lo general en igualdad de condiciones, ejercen su derecho a elegir a quiénes serán sus gobernantes. Resuelven, en definitiva -y pacíficamente, como

diría Carlos Peña en El Mercurio del 3 de Noviembre del 2019-, a quién o a quiénes asignarán el poder de gobernar. Lo hacen con una determinada frecuencia y con reglas del juego conocidas y satisfactorias para los convocados a elegir. Lo hacen libres de influencias indeseadas, como podría ser el poder del dinero o el de la propia violencia, como el abuso, las injusticias y el complicado ejercicio del orden público.

Por lo general la democracia funciona en la idea de que una persona es un voto. Pero no siempre es exactamente así. Están las cuotas electorales en los Estados Unidos, donde la representación de los Estados en el total no es directamente proporcional a la población, o el problema de los españoles, que han de hacer alianzas después de las elecciones para poder gobernar con determinadas mayorías o las dificultades de Johnson, que nos hacen poner en dudas si este Primer Ministro británico representa o no a las mentadas mayorías. Ya veremos. O si, por ir más cerca, recordamos a nuestro propio sistema binominal, recientemente abolido por no ser representativo, sustituido por uno en que usted podría ser arrastrado al parlamento con su propio voto y el de su mamá.

Pero vamos al grano. No obstante lo anterior y a pesar de todo, los ingredientes clásicos de la receta del poder –el dinero y la política- se las arreglan para encontrarse de algún modo y parecen constituir muchas veces una alianza que explicaría, entre otras cosas, los tropiezos de la movilidad social en nuestras frágiles democracias, como ocurre en el caso de Chile (por eso es que, si bien hemos reducido los niveles de pobreza gracias al crecimiento –cuando éste se verifica-, nuestro coeficiente de Gini, que mide la desigualdad, no mejora. Y la desigualdad del patrimonio -del capital- es mucho peor que la de los ingresos). En esto, quienes han de estar mejor son siempre los grupos constituyentes de la mentada receta del poder, qué duda nos cabe. Los demás, simplemente, hacemos nuestro trabajo. Para eso nos pagan. Como dijo un gringo que vino hace algún tiempo de visita, Chile es un *gran Country Club*, al cual la mayoría –que no somos los dueños- con suerte somos invitados los días domingo a realizar visitas guiadas.

El enriquecimiento que se desprende de la actividad empresarial y de las buenas decisiones de inversión y de negocios de los dueños del capital, requiere de políticas públicas que lo hagan fructífero. Por ejemplo, aquellas que se relacionan con el pago y

exenciones de tributos. O aquellas vinculadas con la explotación de recursos naturales. Estas políticas públicas las construyen los gobiernos, pero las influyen e impulsan los políticos, quienes a su vez requieren de financiamiento para ubicarse en la posición de poder influir e impulsar. Como es posible imaginar y aún en el entendido de que crecer es bueno para todos, no cabe duda, se configuraría en la relación entre dinero y política un potencial conflicto de intereses, por las eventuales derivaciones de apropiación individual que de aquella relación podrían desprenderse. Esta relación, que es menester controlar y regular, como en otras realidades pareciera ser que ocurre de mejor manera¹, encuentra en el caso de Chile un cómodo espacio en la conversación cotidiana de nuestra “oligarquía”. Mismo espacio donde los oligopolios se coluden. Pero ese es otro tema.

En efecto, la alianza virtuosa entre dinero y política, instituida en Chile a través de los siglos, amén, se tejería con mucha facilidad en los colegios con verdadera educación de calidad -no los de los 12 juegos, que ahora serán 13- y también en las playas del litoral central y de algunos lagos del sur. Así se constituiría, en buenas cuentas, el pecado original. He ahí la génesis de la inequidad social, que arranca con diferenciales de financiamiento según los auspicios recaudados. Como dijo el poeta, aquí sí que “la izquierda y la derecha unidas jamás serán vencidas”.

Agregue usted, además, el hecho de que para llevar a la práctica esa alianza virtuosa, hasta ahora libre de toda sospecha, el fraude también ha sido un recurso, como nos hemos enterado por la prensa -boletas y facturas ideológicamente falsas, tráfico de influencias, etc.-. Pero nos han dicho: no somos mafiosos. En efecto, la diferencia con lo develado por la serie “Los Soprano”, es que los contadores –especialistas en minimizar el pago de impuestos- terminan hablando en vida y sus cadáveres no son envueltos en cemento en los pilares de un edificio en construcción. Luego habrá quienes asistirán a clases de ética en Universidades especialmente acondicionadas para el efecto. Sospecho que en lugar de butacas y mesas de trabajo habrá reposeras y jacuzzis.

1. Mario, que ha comentado este texto, me dice que al parecer solo en Cuba la alianza entre dinero y política no ocurre, entre otras cosas porque no hay mucho dinero.

Dígame usted ahora, ¿sería posible acaso realizar la cuidadosa cirugía que permita separar a estos siameses unidos por enormes vasos comunicantes? Tiendo a creer que aun cuando mejoremos las “cotas” -digo límites, fronteras-, estos asuntos tenderán siempre a la mantención del status-quo -el *institutionalismo*, que le llaman-, en particular si muchos de quienes habrían de diseñar y operar la solución son precisamente los mismos militantes de la alianza virtuosa que cada cuatro años rinde sus más contundentes pruebas de amor y de mutua lealtad durante las campañas políticas. Nos dirán: dejemos que las instituciones funcionen. Y de lo *instituido* solo cabrá esperar mucho ruido y pirotección, en dosis que permitan garantizar el buen éxito del rito siguiente. Y poquísimas nueces.

Una derivada. En salud, por ejemplo, esta suerte de “oligarquía patria”, la elite -antes denominada alianza virtuosa- ha definido por más de dos siglos, para la prestación de servicios a los más pobres, las más ocurrentes soluciones, estructurando sistemas de protección y provisión que ellos mismos jamás utilizarían, solo sus *nanas*².

Mire por favor los apellidos de los próceres que registra la historia de la Salud Pública. Y estos “policy-makers” convocan y asisten a los foros donde, comisiones mediante, se intenta universalizar soluciones que tienden -como también nos dirán los expertos- a nivelar para abajo. Mientras tanto, el consumidor soberano -que pertenece solo a la especie social en comento- recurre por su cuenta y riesgo al especialista directamente, dado que sus recursos se lo permiten. Es libre para elegir, las listas de espera no existen para él y mucho menos la gestión en red, que no parece necesaria en ese mundo poderoso.

Entonces, quienes sean sujetos de subsidios estatales recibirán la solución *ad-hoc* que la elite que ostenta y sustenta el poder ha diseñado especialmente para ellos, los sin opciones (los pobres no necesitan elegir), costo-efectiva (solo medicina basada en evidencia, nada en manos del azar), socialmente

2. Denominación que se hace a personas, preferentemente mujeres, que prestan servicios de asistencia en el quehacer del hogar en las familias chilenas que pueden pagar por ese servicio. La palabra alude, en rigor, a la asistencia en la crianza de los niños pequeños.

eficiente (control de costos y nada de consumo conspicuo), de la cual los propios diseñadores se excluyen. En la práctica los subsidiados que resultan de la política fiscal están sumidos en una suerte de *apartheid sanitario*. El famoso doble estándar. ¿Acaso esto es algo con lo que quisiéramos realmente terminar o es que estamos bien así?

¿Qué ha dicho Tironi, entonces? Ha dicho -lo hemos visto por escrito en su columna de El Mercurio varias veces- que hemos de hacer algo ahora ya -cito a Presley: is now or never-, tal vez un esfuerzo por aprovechar las condiciones que nos permitirían desplegar mejor nuestra lucidez democrática y realizar los respectivos acuerdos, convocar a los que tienen menos que perder y, sobre todo, nunca creer que vamos a instalar definitivamente “el bien” en el sitio que hoy ocupa “el mal”. Tal cosa nunca sucederá porque quizás no existe y al final no somos ni tan buenos ni tan malos. Sólo nos queda hacer más difícil el desempeño de las fuerzas extremas que corrompen, que alteran nuestra convivencia social y que arriesgan nuestra democracia (téngase presente que hay los que buscan esto último premeditadamente).

Más grandes han de ser los castigos, entonces. A lo mejor mucho menos “mano invisible” como al contrario soñaba Chicago y más regulación en manos de agencias competentes y verdaderamente libres de captura y de toda sospecha. Agencias probas y eficaces, incluso a veces invisibles. *Instituciones* que sí funcionen en beneficio de la población y del interés común. “Estibar mejor el barco”, como dijo Eyzaguirre en esos primeros días de gloria de la reforma educacional, previos al caos. ¡Que no nos vean las canillas!, diría mi padre (q.e.p.d.) Al final, quizás esta vez sí requerimos de un gran gesto de ubicuidad y, por qué no decirlo, de generosidad. Hasta los gringos regulan con más energía sus mercados, Trump incluido.

Lo otro que nos dice Tironi es: “cuidado, que los tribunales de justicia tienen su propia manera de tener razón. Ya no están subordinados a los dictámenes de la economía y de la gobernabilidad y menos a los de la política”. Ellos terminarán a cargo de ordenar el naípe, aunque nos pese. Quién sabe, don Eugenio, después de Rancagua, tierra promiscua y después de los mea culpas del Fiscal y de la pugna Tribunal Constitucional vs. Corte Suprema recientemente estrenada, Tercera Sala incluida. Veremos.

El país primitivo

Hoy por ti, mañana por mí: la Solidaridad impracticable en el Sistema de Salud Chileno.

La Sra. Gloria Hutt, Ministra de Transportes a Octubre del 2019, en una entrevista en CNN recordó sus tiempos de asesora en materia de concesiones y su experiencia de trabajo las veces que estuvo de visita en el Citibank de Nueva York, en una mesa multirracial en que estaban los mejores del mundo de las finanzas, de todos colores, etnias y procedencias. Comparó esa mesa con la de la banca nacional, donde el 100% de los asistentes eran caucásicos, ni siquiera uno era mestizo o de raza originaria. El trabajo *Desiguales* realizado por el PNUD hace un par de años bajo la dirección de Osvaldo Larrañaga -hoy a cargo de la Escuela de Gobierno de la PUC- da buena cuenta de este fenómeno patrio, pues muestra cómo el poder en Chile se asocia a rancios apellidos europeos y jamás a un apellido mapuche.

Pongamos atención, por ejemplo, al descalabro vecinal que produjo hace algún breve tiempo el Alcalde Joaquín Lavín con su propuesta de edificio para viviendas sociales en la rotonda Atenas. Sin embargo, escuchar los argumentos sociofóbicos de los vecinos volcados a las calles, no nos causó gran sorpresa. Tampoco nos sorprenden los vecinos del Parque Araucano, que no quieren el Metro porque temen que les traiga delincuencia. Tal vez todo esto sí nos produce un poco de vergüenza. Es que al fin y al cabo, lo sabemos, nos hemos transformado en una sociedad primitiva. Cada coipo en su cueva, defendiendo lo propio a brazo partido. Lo colectivo quizás ya no existe. ¿Acaso son las rotundas manifestaciones sociales de los últimos días en Chile, aunque suene tautológico, un reclamo por la ausencia del bien común y del interés colectivo? Vergüenza me produce también que -y esto es mucho más personal y pedestre-, abandonando la vieja tradición de solidaridad gremial, muchos médicos hoy cobran honorarios a sus colegas por atenderlos, argumentando desde su costo de oportunidad, como si algún proyecto humano no lo tuviera. La generosidad consiste justamente en asumir el costo de oportunidad en beneficio del otro.

Ténganse presente las consideraciones realizadas por don José Joaquín Brunner en el Mercurio del domingo 19 de agosto del 2018, acerca del rol no verificado de la educación en la

sociedad, a las que recurre indirectamente este domingo recién pasado, 27 de Octubre del 2019. Hace referencia don José Joaquín -un hombre lúcido satanizado por la izquierda en la que quiso militar- al asunto de enseñar y aprender a convivir, citando a Jaeger cuando este último se refiere a la Paideía griega. Dice el columnista: “*es más fácil vivir contra otros que aprender a vivir con ellos*”. Ahora nos señala José Joaquín, entonces, que educar es más que una cuestión práctico-utilitaria, la de enseñar a conocer y a hacer (el knowhow, que le llaman). Se trata también de aprender a convivir, a vivir en comunidad ¿acaso no lo supimos alguna vez? ¿Cuándo y cómo fue, entonces, que en Chile nos volvimos primitivos? Si acaso alguna vez no lo fuimos.

Ni hablar del coeficiente de Gini, del individualismo reinante, de las fobias a los inmigrantes, de la pérdida de los espacios públicos, de la estratificación social del sistema educativo, de las pensiones privilegiadas de los miembros de las fuerzas armadas y de orden, de los planes de salud vitalicios de ejecutivos de empresas públicas, del abandono de nuestros adultos mayores, de la desconsideración pública a los discapacitados y del sistema de seguridad social de la salud segmentado por ingresos y por riesgos de enfermar.

Hecha esta introducción hablemos ahora, entonces, de las ISAPRE, dado que se han levantado otra vez propuestas para su reforma (esto ocurre cíclicamente, por lo pronto cada cambio de gobierno). En un escenario de mancomunidad de fondos, alternativa 1, las ISAPRE deberían ser transformadas definitivamente en agentes de la seguridad social, que hoy no son a pesar de que administran gasto público (cotizaciones obligatorias), al decir de la OCDE. Es decir, se les debería despojar definitivamente de esas *pulsiones* propias de quienes se desenvuelven en un contexto abiertamente competitivo. Cortarles las uñas, como a los gatos. Quitarles los patines.

La complejidad técnica de este diseño radica en la integración entre el asegurador público y los aseguradores previsionales privados de salud, lo que se resuelve razonablemente bien en una estrategia de gradualidad que, al decir de la Universidad Andrés Bello -UNAB-, haga comparables los sistemas antes de proceder a su mancomunidad, al final del camino. Discusión derivada de lo anterior será la de la portabilidad de subsidios que en un sistema mancomunado de esta especie cabría considerar.

Sin gradualidad, ha sugerido la misma UNAB, el resultado podría ser catastrófico para el sistema de salud, en cobertura y costos. Pero después de 39 años de operación de un sistema que dilapidó la lógica de las soluciones colectivas, es la complejidad política el gran problema de esta reforma. Parecido es a la reforma del sistema de pensiones. Siguiendo a Pierson, pareciera existir una gran carga de *path dependence* en esta materia, instituciones mediante.

De partida, en un escenario como el que se describe, el negocio de los seguros privados previsionales de salud ya no estaría enfocado a gestionar bien la tarificación de los riesgos, pues aquello quedaría abolido. ¿Cuán lejos o cuán cerca de la naturaleza del giro ISAPRE actual estará una solución como ésta? Tiendo a pensar que estará más bien lejos. Las ISAPRE se encuentran en su “zona de confort” gestionando un negocio que aprendieron a hacer bien y que han desarrollado por años: la gestión de seguros de salud de corto plazo –o de los riesgos de enfermar y de gastar en atención médica-. ¿Cambiarlo por seguros de largo plazo, sin carencias ni preexistencias y con tarifa plana para los afiliados? Eso es una cosa completamente distinta, una auténtica “locura” dirán algunos, que generaría enorme incertidumbre en la industria. Pero, a su vez, ¿cuán lejos estará esta solución respecto del sentir de la población, después del camino de individualismo recorrido en las cuatro últimas décadas? En particular, ¿cuán lejos del sentir de quienes hoy se benefician del sistema y que mañana habrían de pagar por encima de lo que pagarían en función de sus propios riesgos de enfermar? La revuelta social de estos días ¿responde estas preguntas?

La alternativa 2 es un seguro universal a cargo exclusivamente de FONASA, donde las ISAPRE serían puestas fuera de la seguridad social, en el mercado de los seguros complementarios, no previsionales, mercado que a veces parecieran *añorar*. Pero esta opción, propuesta en su momento por el Colegio Médico y por un grupo de académicos de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, hoy se repone para la discusión suponiendo que interpreta los intereses de la gente a propósito del conflicto social en desarrollo.

Una complejidad técnica adicional en cualquier alternativa, es que sería necesario incorporar un pensamiento cuidadoso en

torno a las aspiraciones de esa parte de nuestra *famosa clase media* cuyo 7% va a FONASA. Mientras la Modalidad de Atención Institucional –MAI- no haga evidente para sus usuarios las fortalezas de la *gestión en red*³, será necesario aprovechar el marco institucional vigente para la Modalidad de Atención de Libre Elección –MLE- y para los paquetes asociados a diagnóstico –PAD-, cuya consideración permitiría garantizar una transformación con menos conflictividad social y bajo reglas del juego conocidas.

Preciso es recordar también que a los médicos les interesa que más pacientes tengan la opción de elegir dónde se atienden –*defienden la libertad de elección*- y preciso es reconocer, a la vez, que en las clínicas privadas una proporción muy importante de los pacientes que se atienden son beneficiarios de FONASA, si recurrimos a los registros estadísticos anuales de la Asociación de Clínicas A.G.

Entonces, ¿hacia dónde estamos apuntando con las ISAPRE? y ¿para qué escenario las estamos preparando? Las ISAPRE ya han cumplido en Chile más años que los que duró el SNS, a quienes muchos sanitaristas recuerdan con nostalgia. ¿Habrá, en último término, condiciones políticas en el sector para realizar cualquiera de estos cambios?

Ahora bien, el Ministerio de Salud pre-anunció un proyecto que preservaría tramos de tarifas, aparentemente 4, los mismos que reducirían las diferencias que se aprecian en la situación actual cuando se tarifica directamente por riesgos. Esto fue después modificado debido a un cambio de ministro recientemente acontecido, pero no se modificó en forma sustantiva. Surge una suerte de semi-solidaridad, que tal vez sea parte de la gradualidad, vaya usted a saber. Cuidado, que en el Chile actual -no sé si en de los días de explosión social- habrá siempre disponibles explicaciones de sobra para no llegar a ser definitivamente solidarios. Es cosa de darle cuerda al monito. ¿Será ésta una cuota de realismo del Ministerio de Salud? Una pena, porque la solidaridad en salud suena tan fácil de comprender: *hoy por tí, mañana por mí*.

3. Más adelante veremos una propuesta de reforma sobre la materia.

Pero el escenario se ha complicado, a mi juicio, para una idea con tramos como la que señalábamos antes, pues la Corte Suprema ha dado inicio a la instalación de jurisprudencia que recurre a lo planteado por el Tribunal Constitucional hace casi una década atrás, en el año 2010 y que considera el uso de tablas de riesgo como un asunto que en la *seguridad social* debería ser superado. Tal resolución del Tribunal Constitucional, recordemos, dio origen a la formación de una Comisión Presidencial de Financiamiento de la Salud en el primer gobierno del Presidente Piñera. Después, también lo sabemos, vinieron otras comisiones, proyecto de Ley mediante que estuvo en el olvido por largo tiempo en los anaqueles de la Comisión Salud del Senado, pero que el Ministro de Salud actual ha reformulado para su discusión.

Por su parte, el Presidente Piñera dijo en su momento que ya no habría más carencias ni pre-existencias en el sistema ISAPRE y que las personas habrían de poder cambiarse libremente de aseguradora si así lo desearan. De poder materializarse tales cosas, serían muy buenas noticias.

Entonces, claro, la Dra. Izkia Siches, Presidenta del Colegio Médico de Chile, tiene razón cuando nos advierte que tal vez hemos dejado en manos de los tribunales de justicia un tema que como sociedad no hemos sido capaces de resolver. Misma razón tiene el Superintendente de Salud de turno cuando se plantea recuperar para la agencia reguladora que dirige las facultades y prácticas para obrar en la materia, en lugar de los tribunales.

Y ahora, señoras y señores, la ciudadanía. Prenda la tele y verá; parece que hay algo más y que no es poco. Nos encontramos en pleno proceso de decodificación de rotundas expresiones de descontento ciudadano. Nos estamos recién preguntando qué pasó. Vivimos un momento de *estupor* social. Políticos, gobierno, analistas expertos, opinólogos, ¿jueces? ¡todos volcados a tratar de interpretar y entender lo que está ocurriendo!. Yo leo compulsivamente a todos. Lo que me pongan por delante, porque necesito hacerme de una buena y balanceada *composición de lugar*. ¿Acaso pretendemos dejar de ser un país primitivo? ¿Abogamos por la reconstrucción de espacios y bienes públicos, por la recuperación de lo colectivo, por la solidaridad? ¿O no somos más que individualidades iracundas que convergen en la Plaza Italia? Han surgido a borbotones la rabia y la culpa por

los abusos, no cabe duda al respecto. Uno mismo, *doctor* y todo -¡habrase visto!-, se siente abusado.

Habremos de volver a la normalidad en algún momento pero, nos preguntamos -lo hace en realidad nuestro colega Director del Hospital Geriátrico- ¿cuál irá a ser esa normalidad? Siguiendo lo que plantea Aldo Mascareño en El Mercurio del 29 de Octubre, nos tomará todavía algún tiempo averiguarlo.

Feliz año 2019

Bielsa escapó de Chile cuando se inició el último episodio de degradación del fútbol profesional en el país y le adoran ahora los hinchas del Leeds. Perdimos al terapeuta con que estábamos resolviendo nuestro “complejo de inferioridad” -un cafecito, por favor-. Más tarde escaparía Jadue rumbo a Miami, pero con el dinero del fútbol en las alforjas. Siempre hay avispados, Bielsa lo sabía. Los ciudadanos sospechábamos. Todo mal. Salvo por la reciente exitosa venta del canal del fútbol que hizo Jorge Claro.

La Iglesia Católica terminó de hundirse después de la equívoca visita papal, cuando el tsunami de antecedentes mórbidos que se vino encima a los defensores de lo indefendible ya no se pudo contener más. La tierra de la pedofilia y del abuso de niños inocentes se había explicitado e instalado en nuestro Chile, mal que les pese a nuestros compatriotas pechoños que ahora no saben muy bien qué decirnos. ¡Era el cura de mi pueblo!

Del SENAME ni hablar. Mínimas compensaciones y algo de justicia en la materia. Nada más.

El GOPE de Carabineros de Chile persiguió a un ciudadano mapuche que “escapaba a toda velocidad” arriba de un tractor y lo asesinó disparándole por la espalda proyectiles de grueso calibre. Después, la mentada institución nos mintió de manera descarada, como habitualmente ha hecho en los últimos años, pues a sus generales nadie les manda ni les controla. Son autónomos, como las fuerzas armadas. Hacen lo que quieren. Estos sí que nos abusan. De hecho, se han llevado a casa mucho más dinero que el que se llevó Jadue en el fútbol.

El sistema de pensiones que inventó “pepe” Piñera ahora no se sostiene. Si bien apalancó de manera robusta y definitiva el

desarrollo del, en esos entonces precario, *mercado de capitales* en Chile -la esencia del capitalismo-, hoy zozobra en su tarea principal, que es la *generación de pensiones*. Hubo errores de cálculo en su momento, la población envejeció más rápido de lo esperado. Hay “lagunas” que no fueron consideradas en las cuentas, en fin. Pensiones miserables nos acechan, excepto a quienes han podido destinar porciones sustantivas de sus ingresos a la realización de aportes voluntarios. Es decir, pensiones miserables acechan a la inmensa mayoría de los chilenos, excepto a unos pocos, como en todo orden de cosas de la vida en sociedad. Confiamos en que los inmigrantes nos rejuvenezcan en el largo plazo.

¿Educación gratuita y de calidad? Salimos a la calle demandando por ello. Y aquí estamos. Primero, ¿alguien entiende lo que ocurre? Solo el *Club de Rectores* parece saberlo, pues reclaman por la prensa con vehemencia por cada cosa que se anuncia y piden más recursos para la educación superior y se prestigian dentro de sus comunidades académicas gracias a tal despliegue y a los dineros que consiguen. Yo mismo, es de esperar, he de beneficiarme. Mientras tanto, no logramos distinguir las aristas de la reforma, ni la dirección de cada una de aquellas aristas, ni mucho menos su avance a la fecha. Nada parece responder al sentido común. Las cosas de la educación básica están tal como siempre, sino peor. Y hemos gastado *bastante*.

La salud. Invariable en el tiempo, pero siempre en “crisis”. 50 años de más de lo mismo. Hospitales públicos administrados en el *corset* del estatuto administrativo y bajo el rigor de la política fiscal, falta de oportunidad en la atención y listas de espera No GES y una burocracia fría e indiferente frente a los usuarios que ahora reclama ser maltratada por los mismos, que se han empoderado. La protección social frente al riesgo de enfermar está segmentada; robusta y amena para la clase media acomodada y frágil e insuficiente para la población de menores ingresos. Ganas de hacer reformas, eso sí, parecería que no faltan. Los gobiernos las prometen, los salubristas y la tecnocracia de los centros de estudios celebran los anuncios y se lanzan prematuramente al ruedo a discutirlos. Es de esperar que, de prosperar tales reformas, no pase lo mismo que con la educación y se nos venga la opacidad y el caos.

Mientras el derrumbe de la *institucionalidad* se ha hecho universal -incluida la Contraloría General de la República y los

tribunales de justicia- y crecemos a duras penas, paradójicamente el Transantiago parece mejorar. Llegan los buses eléctricos, modernos, con aire acondicionado y con wi-fi. Algo es algo.

Mientras tanto, los políticos están al *aguaite*. Desconcertados pero aparentando estar serenos, lanzan candidaturas, se redefinen, se extienden y se concentran, en forma elástica como el corazón de Woody Allen, suben y bajan, generan nuevas alianzas, buscan su “centro”. Por ahí algunos se desmadran y otros hacen gimnasia parlamentaria. A veces cuesta seguirlos. Le hablan a la galería. Disimulan bien. Ya se irán de vacaciones y nosotros respiraremos aliviados, esperando el momento de su regreso, cuando recargados de energía se reinstalen en sus escaños a conversar sobre las elecciones de gobernador, a las que todos -porque es un espacio de rehabilitación política- y al mismo tiempo nadie -porque se juzga que los gobernadores no tendrán poder, recursos ni competencias para la acción- quisiera postular.

En medio de todo este panorama iniciamos el 2019 con las patitas en el agua y un trozo de sandía en la mano -sin imaginar lo que vendrá-, echando la talla y preguntándonos con un dejo de liviandad: y ahora ¿quién podrá defendernos?

El Calvario de la gestión en el Sector Salud

Con información de 100 hospitales en Estados Unidos, el año 2009 Amanda Goodall, Investigadora Senior del IZA Institute of the Study of Labor, demostró que existía una asociación virtuosa entre el liderazgo médico de aquellos y sus resultados. Médicos con formación en gestión lo hacían mejor que no médicos; sin embargo estos hallazgos, a pesar de su importancia, no siguieron siendo explorados, al punto que Stoller, J., la propia Amanda y Baker, A. hicieron referencia a esta materia pendiente a propósito de una publicación en la Harvard Business Review de Diciembre del 2016. ¿A qué se debería esta diferencia?, se preguntan ahora estos investigadores. Pero la respuesta está todavía pendiente para las ciencias.

He sido Director del Instituto de Neurocirugía durante 7 años -4 de los cuales el Instituto se ha ubicado en el primer lugar

del Ranking de Hospitales Autogestionados-. Fui seleccionado a través del sistema de Alta Dirección Pública del Servicio Civil para ese cargo y me desempeñé también como Director (S) del Hospital Clínico del Hospital San Borja Arriarán recientemente por cinco meses, producto de una encomendación especial que me hizo el Ministerio de Salud.

Cuando siendo médico di los primeros pasos en el mundo de la gestión, en 1985, viví la incompreensión de actores importantes de la época. Si bien la Universidad Católica había puesto en marcha su Diploma APEDIS para la formación de ejecutivos en salud en la Escuela de Administración, bajo la conducción del doctor Juan Pablo Illanes, ginecólogo -un visionario de la época-, la idea de médicos en la alta dirección de instituciones de salud aún no era aceptada seriamente, salvo por el infortunio de virtuosos clínicos que al envejecer eran tradicionalmente nombrados directores (gerentes) en los hospitales públicos. Es decir, gerentes que no eran formalmente gerentes, si bien aquello no implicaba necesariamente que lo hicieran mal. Algunos fueron grandes líderes en la conducción y desarrollo de sus nosocomios, a consecuencia del reconocimiento de sus pares.

A esas alturas, en las clínicas privadas el modelo era rotundo: ingenieros a las gerencias y médicos a la actividad clínica. Recién hace un par de años, por primera vez en la historia del sector salud de Chile, un médico cirujano fue nombrado como Gerente General de una clínica privada importante, Clínica Las Condes, que fue el caso del Dr. Jaime Mañalich, actual Ministro de Salud, quebrándose de esta manera el paradigma acostumbrado en el sector privado. Pero, miento. Este no fue un hecho inédito. Antes estuvo el Dr. Julio Montt Vidal a cargo de la gerencia de Clínica Las Lilas, en ese instante de propiedad de Integramédica.

Egresado en 1987 del Magister de Administración de Salud del Programa Interfacultades de la Universidad de Chile -PIAS- y habiendo cursado antes el APEDIS ya mencionado de la PUC, la Asociación Chilena de Seguridad no sabía bien qué hacer conmigo, que formalmente devolvía tiempo de un permiso con goce de remuneraciones en la Unidad de Estudios. En medio del paradigma de “ingenieros para la gestión y médicos para la clínica”, el Sr. Eugenio Heiremans fue capaz de concebir, sin embargo, un nicho de posibilidad para mí en el área de preven-

ción de riesgos, fuera de la clínica, lo que yo acepté. Ni él ni yo quedamos finalmente satisfechos con esto, así es que al final igual partí. ACHS no tenía carrera para mí en la gestión.

ISAPRE de la Compañía de Teléfonos mediante, terminé trabajando en el programa de salud del, en aquel entonces, futuro Gobierno del Presidente Aylwin, junto a los doctores Jiménez de la Jara, Silva y Solimano. Allí era el único *bicho raro* formado en gestión, así es que fui a dar al tema de infraestructura y tecnología, lo que generó mi afinidad por las inversiones en el sector salud, cátedra en la que en la actualidad me desempeño todavía en la Universidad.

Sin embargo, flamante nuevo militante de un partido de la Concertación, descubrí el segundo problema que tenía la gestión de la salud y que se imbricaba con el problema descrito antes. La gestión no solo no era un tema para médicos, sino que también los gestores -en particular los médicos- éramos *neoliberales*. En efecto ¿qué era esto de preocuparse de la administración de los recursos? Aquello parecía propio de los *Chicago Boys*, que en el altar de la política fiscal habían llevado a los hospitales públicos a la miseria, dejando el rastro de una experiencia traumática de escasez que a mis colegas médicos les había tocado vivir. La tarea era solamente allegar más recursos. Pretender administrarlos era muy sospechoso.

Así fue que la militancia en un partido de la Concertación pensando en los problemas de gestión no fue nada fácil y se transformó prácticamente en una lucha por la sobrevivencia. Los que nos aventurábamos por esos derroteros éramos considerados agentes encubiertos del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional. Es decir, a un paso de la CIA. La música que surgía de nuestro violín jamás encontró cauce de armonía con la canción aprendida de memoria por la tradición médica militante de la izquierda, la *medicina social*. Los médicos gestores simplemente éramos *neoliberales*.

Pero, déjenme decir algo más. No solo había *ripio* en la arena política. También la carrera académica se complicaba cuando se trataba de hablar de la gestión de la salud. Quizás “percolada” por las marejadas del acontecer político, en la Universidad de Chile los temas de gestión parecían estar reservados a las facultades administrativas o a las escuelas de ingeniería o con buena suerte a la sociología interesada en el *management* o en

el *labor*. Aquellos eran los espacios de legitimidad para la gestión. En la Chile, los temas de gestión de la salud, en particular, parecían estar en tierra de nadie, a pesar de la gigantesca deuda de su propio hospital.

En la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en los 80, un grupo de médicos salubristas añosos dictaban clases para la *administración hospitalaria moderna*, marginados en un oscuro rincón del salón -Marcos Donoso, Galvarino Perez⁴, Sylvia Pezoa-. Es cierto que el PIAS los rehabilitó en algún grado antes de jubilar, gracias a la Fundación Kellog, pero la gestión de la salud era despreciada en aquellos entonces en la disciplina de la Salud Pública y lo ha sido en buena medida hasta ahora, porque no ha sido fácil, por ejemplo, colocar temas de gestión de la salud en el horizonte académicamente digno del Programa de Doctorado, que yo mismo cursé. Todos los respetables investigadores cuantitativos, epidemiólogos hechos y derechos, eminentes politólogos sanitarios, a diferencia de lo que ocurre en las más importantes escuelas de Salud Pública del mundo, han mirado la gestión de la salud como un asunto de tono menor: la tarea ruin de los administradores. De hecho, nuestra propia Escuela de Salud Pública desahució la alianza estratégica con la Facultad de Economía y Negocios de nuestra Universidad, espacio donde se hacía el PIAS.

Volvemos entonces a decir que la dirección de los hospitales públicos, donde se *funden* cuatro quintos de los presupuestos del sector de la salud, solía recaer en el mejor de los clínicos -no en el gestor más competente-, especialmente cuando aquel ya entraba en edad y era el momento de reconocerle. Porque en realidad la gestión de la salud a pocos importaba en el sistema público -y en la academia afin-, según lo que el propio Abraham Horwitz, prestigioso salubrista chileno que gobernó la Oficina Panamericana Sanitaria (OPS) por muchos años, nos describía en 1995, en una tertulia en Washington DC, a Carlos Massad, a Manuel Inostroza y a mí. Nos decía que uno de los grandes errores del ex SNS había sido el desinterés por la gestión.

4. Fue médico de mi familia en los 50, General de Zona en La Unión, gracias al "Ciclo de Destinación".

Por fortuna, el citado y complejo paradigma -todo su entretejido ya descrito- se ha ido modificando en los últimos años con el sistema de Alta Dirección Pública, que abrió las puertas al mérito y a médicos formados en administración, así como a otros profesionales interesados en el devenir del sector y determinó indirectamente la importancia de la gestión en el sector público de la salud.

En cuanto a la academia, las universidades tradicionales han sido arrolladas por las universidades emergentes, que han empezado a copar el espacio temático formativo y de reflexión en este tema despreciado.

En el espacio de la política, lamentablemente, el asunto parece continuar polarizado como en antaño. Más recursos, dicen unos, más gestión, dicen sus oponentes. No será difícil imaginar que a la solución han de converger ambas perspectivas y que se hace preciso y necesario desprenderse de la polarización inmovilizante que no sólo en materia de salud se expresa en el debate nacional. Esto debe ser hecho cuanto antes y sin temor, sobreponiéndonos a legítimas aprehensiones e intereses de los más variados stakeholders. No nos queda más que un gran acuerdo nacional en la materia. Frases como "a mi no me administre" o "no me pida productividad" han de abandonarse tarde o temprano, porque no nos sirven para desarrollarnos en el sector.

Volviendo a Goodall, al cierre de esta edición, como médico especializado en estos asuntos de la gestión, enamorado del sector de la salud y sin vergüenza alguna, creo que hace diferencia haber vivido los siete años de pregrado de la carrera de medicina y de su *currículum oculto*⁵ y creo que hace diferencia haber conocido los constructos más elementales del negocio clínico que se tejían en los pasillos de los hospitales donde nos formamos. La esencia del giro. Los intereses de las especialidades. La naturaleza del *ser médico*.

5. Recorro a un concepto en uso entre los que se dedican al meta-análisis de la formación médica en el Departamento de Educación en Ciencias de la Salud -DECSA- de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Pregrado, Salud Pública y Gestión

Abro juego a la posibilidad de radicar en la disciplina de la salud pública nuestra preocupación por la gestión hospitalaria pública. Tras la idea de desarrollar competencias⁶, la huella de la salud pública en el pregrado de las profesiones de la salud, en especial en la carrera de medicina, ha sido muy endeble. En el cambio curricular de la Universidad de Brown, en 1996, la competencia más cercana a los intereses de la salud pública no surgió como mención espontánea de los especialistas en cuanto a competencias de médicos exitosos –asunto perfectamente comprensible- si no del haber agregado, apelando al juicio experto, la idea de “contexto social y comunitario de los servicios de salud”. En efecto, en las carreras de la salud el currículo se orienta definitivamente al desarrollo de competencias clínicas, mientras un puñado de asignaturas salen al rescate de profesionales de la salud para sumarlos al contingente sanitarista y de la gestión. Con ello, a lo más ocurre que se despierta el interés de algunos por la temática, pero todavía lejos de la posibilidad de construir amplias y verdaderas competencias y masa crítica en ese nivel.

En lo que dice relación con el componente de organización y gestión de la respuesta apropiada a la problemática de salud de la población, a falta de regulación ha sido el mercado el que ha determinado dicha respuesta. Esto es, el interés de la industria farmacéutica, la introducción de tecnología diagnóstica y terapéutica, el avance de la medicina hacia la super-especialización, los seguros privados y la propia formación médica orientada a la especialización.

Existe, entonces, en las carreras de la salud, algo que denominaremos “el currículum determinante”⁷, con un perfil de egreso bastante obvio. Formamos el contingente que ha de atender

6. Cooke, M.; Irby, D.; Sullivan, W. & Ludmerer, K. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. *New England Journal of Medicine* 2006; 355(13)1339-1344.

7. Silva, M. Conceptos y Orientaciones del Currículum. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Ensayo.

la enfermedad, no de prevenirla; el contingente curativo que no se anticipa a la aparición de los daños. En ocasiones, el “currículum determinante” puede ser contradictorio con las premisas que mueven a la salud pública como disciplina. En efecto, la salud pública pone su acento en evitar la enfermedad abordando sus factores de riesgo y sus determinantes mientras la clínica se orienta a la atención de la enfermedad, una vez producida. Y de la gestión, nada. Ni siquiera reconocer que los recursos son escasos. La deontología de la formación clínica busca hacer por el paciente todo lo que esté al alcance, muchas veces sin consideración a la evidencia, llegando a desbordes terapéuticos que solo pueden explicarse por el interés de lo que la medicina social denominó alguna vez “el complejo médico-industrial”.

Si bien las asignaturas de salud pública que se imparten en el pregrado de las carreras de la salud se originan en un perfil de egreso de salubrista, éste no tiene peso en la carrera como para arrastrar “agua a su molino”. Como el desafío consiste en promover el mérito y estimular la generación de una masa crítica de altos directivos para la gestión hospitalaria, el esfuerzo que realizamos es todavía insuficiente. Y lo poco que hacemos se concentra en el post-grado. Ahí radican los programas que se ofrecen, cuando quizás sea tarde para corregir o cuando la inversión que se hace necesario realizar para poner a punto a las personas interesadas es enorme. Esto es gravísimo si se piensa que los directivos que dejamos de formar deberían ser los responsables de resolver los problemas de hoy.

En la actualidad la salud pública es, en realidad, una especialización cuyo foco formativo está radicado preferentemente en el post-grado. Visto así, no existiría una verdadera raíz de la salud pública en las profesiones de la salud y los tiempos para el desarrollo de competencias estarían fuertemente acotados a la extensión de costosos programas de diploma, magister o doctorado. ¿Sería entonces preferible olvidarse del pregrado de las carreras de la salud para los efectos de desarrollar competencias para observar, comprender y abordar los problemas de salud colectiva?

No. Partiendo de una idea de afinidad basal entre las carreras de la salud y la disciplina de la salud pública y sin desconocer el valor de la multidisciplinariedad, la probabilidad de “fichar” para la salud pública a un egresado de una carrera de

la salud ha de ser mayor que la de adscribir a un egresado de otras carreras que podrían converger a la disciplina. A lo anterior hace falta agregar la expectativa que existe de generar un médico de familia o de atención primaria, cercano a la comunidad más que al paciente, que da sentido al juicio experto en la Universidad de Brown, antes citado, pero que muy mal se materializa en la práctica pues los médicos suelen pasar a la APS a recoger los puntajes para especializarse y proliferan programas de post-título y post-grado para corregir la fuerte orientación clínica del pregrado, al igual que lo hacen los programas especiales de salud pública y de gestión.

Visto así, ¿cuál sería el camino? A mi juicio es la didáctica la que nos ofrece una posibilidad de mejora de la efectividad de generar competencias en el pregrado, a pesar del “currículum determinante”. Es decir, el método docente de las asignaturas de salud pública en el pregrado de las carreras de la salud ha de ser optimizado para conseguir ese propósito, sobre la base de cuatro premisas principales: i) aprendizaje activo: compromiso intencional más observación intencionada y más reflexión crítica⁸, ii) fuerte promoción del autoaprendizaje como estrategia central, iii) aceptar que si bien no hay algo así como “un nítido razonamiento salubrista”⁹ –ni siquiera ha sido posible trazar el de un “razonamiento clínico”- si está disponible el despliegue de una “paleta de recursos” para observar, comprender y abordar los problemas de salud colectiva, en tanto los expertos sí poseen un tipo de organización de conocimiento, estrategias o habilidades que es posible desarrollar a través de una práctica deliberada y buena retroalimentación y, entonces, iv) evaluación formativa y retroalimentación de los estudiantes¹⁰.

8. Graffam, B. Active Learning in medical education: Strategies for beginning implementation. *Med Teacher* 2007;29:38-42

9. Norman, G. Building on Experience – The Development of Clinical Reasoning. *New England Journal of Medicine* 2006. 355(21).

10. Smith, S.; Dollase, R. & Boss, J. Assessing Students' Performances in a Competency-based Curriculum. *Acad. Med.* 2003. 78:97-107.

Sin ser un experto en el método, creo que la “solución didáctica” a nuestro problema de desarrollar competencias para la salud pública en el pregrado se resolvería integrando todos los elementos que hemos desplegado, en sesiones únicas. Por ejemplo, en una asignatura orientada a la organización y gestión de servicios –mi propio sesgo-, dictada al tiempo que los alumnos pasan ya por el hospital, el tutor –en un pequeño grupo- instala en el primer encuentro una reflexión acerca de las posibles causas de suspensión de la tabla quirúrgica en el pabellón electivo. Identifican entre todos algunas posibles causas frecuentes, se discute acerca de las decisiones a tomar para evitarlas, se definen estándares y se seleccionan dos causas con el pequeño grupo dividido en dos subgrupos, para que los mismos desarrollen un pequeño protocolo o un procedimiento –incorporando el set de decisiones que cabría realizar- que después muestren al grupo. Discusión 1 y discusión 2. El profesor evalúa la sesión, evalúa el desempeño de cada grupo y les hace recomendaciones sobre la materia y sugerencias de alguna bibliografía. Cada subgrupo tendrá la obligación de indagar sobre las reales causas antes de la próxima sesión, para darlas a conocer. En las sesiones sucesivas deben ser los propios alumnos quienes pongan un tema que observaron en el hospital, relativo a algún evento que ocurrió o que debiendo haber ocurrido no ocurrió. Se repite el ciclo. En la sesión de cierre los alumnos evalúan la asignatura.

Probablemente un trabajo como el que se ha usado de ejemplo sea bastante más costoso que una clase magistral para 300 alumnos, dictada por un solo profesor, pero los ahorros vendrán en el futuro, cuando nos evitemos impartir varias decenas de diplomas y variadas iniciativas de formación sobre la materia en el post-grado. Y de paso, ampliaríamos significativamente el interés de colegas y otras profesiones de la salud por la salud pública y por la organización y gestión de la respuesta sanitaria.

Rectoría sanitaria y gobernanza

Para evaluar el desempeño de los sistemas de salud en el mundo (Discussion Paper N°6, del año 1999) la Organización Mundial de la Salud -OMS- distinguió funciones propias de los mismos,

que son: i) el financiamiento, ii) la provisión de servicios –personales y colectivos–, iii) la generación de recursos –humanos, materiales y tecnológicos–, iv) la rectoría (stewardship), v) la integración vertical y, vi) los factores externos al sistema que influyen sobre los resultados.

A su vez, al decir de OMS seis elementos configuran el espacio del ejercicio de la rectoría sectorial (stewardship): i) el diseño del sistema, ii) la evaluación del desempeño del mismo, iii) el establecimiento de prioridades sanitarias, iv) la abogacía intersectorial, para materias que impactan en la salud pero que no se controlan directamente en el sector, v) la regulación y, vi) la protección de los consumidores. Dicho esto, surge últimamente en Chile la pregunta de hasta dónde ha sido la autoridad sanitaria quién ha asumido la responsabilidad en cada una de estas dimensiones de la rectoría.

Lo anterior porque sin ir más lejos, hemos asistido recientemente a un conflicto entre la autoridad sanitaria y los tribunales de justicia, a propósito de la obligación que estos últimos están determinando para el Estado de Chile en materia de financiamiento de fármacos, de cara al derecho constitucional a la vida que tienen las personas. Aparentemente ni la Ley GES (de las mentadas garantías explícitas de salud) ni la Ley Ricarte Soto (específica para tratamientos que requieren medicamentos de alto costo), han sido suficientes para producir un arreglo estructural estable en materia de prioridades en el sector. Más allá de todo aquello y por encima del derecho a la salud, un nuevo responsable de la rectoría sanitaria –el poder judicial– abre las puertas de estas materias a nuevos derechos que los ciudadanos pueden ejercer por su intermedio. Menudo problema.

Entonces nos preguntamos ¿qué no hemos hecho bien en el sector? ¿qué responsabilidad nos cabe en la generación de este conflicto? Tratándose de la materia de que se trata, de salud y muerte ¿es inevitable? Es probable que hayamos sido ciegos; la ceguera no es un fenómeno infrecuente. Al fin y al cabo, como quizás diría Noah Harari, la realidad no es más que el último cuento que nos hemos contado. Se nos escapó el derecho a la vida, que fue a dar al corazón del poder judicial como paloma que se fuga de la plaza pública, agitando sus alas grises. Pero hay algo más que simple ceguera o falta de previsión en la materia, hay un error de diseño global.

Esta historia chilena la hemos contado muchas veces antes, en escritos como éste y en las aulas. Cuando el gobierno militar creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS, sistema vigente al día de hoy) instaló dentro del Ministerio de Salud la gestión de la provisión de servicios de salud a los beneficiarios de la Modalidad de Atención Institucional del Fondo Nacional de Salud. Es decir, centralizó el sistema hospitalario que en el formato del Servicio Nacional de Salud –SNS– estaba desconcentrado en otras dependencias, con Director General nombrado por el Parlamento a propuesta del gobierno de turno.

En la actualidad el gobierno de la red hospitalaria pública tiene forma de Subsecretaría, una de las dos que existen dentro de Palacio. Eso fue lo que se logró hacer, con el argumento de la separación de funciones, durante la reforma efectuada en el gobierno del Presidente Lagos. Y si uno observa con cuidado la prensa, son los problemas de la red hospitalaria pública los que provocan hoy los grandes dolores de cabeza del Ministerio de Salud.

Entonces, el Ministerio de Salud soltó el timón de la rectoría para hacerse cargo de administrar directamente la red hospitalaria. ¿No será que ha llegado el momento de dar verdadera gobernanza al sector de la salud y volver a desconcentrar esta tarea, para que el Ministerio pueda dedicarse a conducir el barco y a lidiar con los tribunales de justicia? Como diría Dylan, Bob, Premio Nobel de literatura y cantautor intenso y perseverante, *the answer is blowin' in the wind*.

Consumismo sanitario

Asistimos a un nuevo debate por la prensa. El Ministro de Salud, Dr. Emilio Santelices, académico de la Universidad de Chile y a su vez especialista en Anestesia con años de ejercicio de la profesión a sus espaldas, tocó un tema sensible y nos habló de consumismo en el sector privado de la salud. Replicaron al respecto la Asociación de Isapres y Clínicas de Chile AG, negando la existencia de tal consumismo. La Presidenta del Colegio Médico aprovechó de reclamar para la agrupación gremial la tuición ética, que otrora tuvo en sus manos. A estas alturas, el Ministro Santelices ya dejó su cargo.

En el origen de la disciplina de la Economía de la Salud está el planteamiento central del economista Alain C. Enthoven –Health Plan, 1980-, de que en las condiciones de asimetría existentes en el sector salud, en particular en la prestación de servicios médicos, la oferta podía inducir la demanda, lo que podría llevar a un consumo sanitario sub-óptimo, en este caso mayor que el necesario.

El desarrollo del Managed Care americano –p.ej. la Kaiser permanente- arrancó desde estos planteamientos de Enthoven para integrar los seguros con los prestadores y de este modo inducir un comportamiento de moderación del consumo a partir de la completa transferencia de los riesgos al propio prestador. Al decir de algunos, el riesgo sanitario en las mejores manos: en manos *del que sabe* y que ha hecho el *juramento hipocrático*. En este escenario, la opción desarrollada cierra las posibilidades de elección de los asegurados, reduciendo los espacios de libre albedrío y gobernando los consumos sanitarios desde la oferta, pero ahora para moderarlos.

En el caso chileno el Managed Care no tuvo espacio para su desarrollo, menos en medio de la discusión acerca de ventajas y desventajas de la integración vertical entre seguros y prestadores, integración que en el caso chileno, sin que estuviera muy claro por qué, parecía ser un mal. Pero en el caso chileno, el Managed Care tiene una expresión comparable en el desarrollo de la modalidad de atención institucional del FONASA, esto es en la red pública de Servicios de Salud. Es decir, en la salud municipal y en los hospitales públicos.

En el caso de la Modalidad de Atención Institucional de FONASA –MAI-, todos los incentivos están puestos para funcionar *en red*, dado que se tiene población a cargo, lo que hace posible –al menos en teoría- anticiparse a la aparición de los daños, hacer diagnóstico precoz cuando el daño no ha sido evitado y realizar tratamiento y rehabilitación oportunos¹¹.

11. La idea de gestión en RED que aquí se sugiere no responde al modelo RISS de la Oficina Panamericana Sanitaria -OPS-, modelo que reduce el “libre albedrío” a gestionar oferta de servicios, lo que debilita la fuerza anticipativa de una mirada que incorpore también y explícitamente la gestión de la demanda. Quizás OPS evita esta mirada para alejarse de la idea del “Managed Care”, a veces políticamente incorrecta.

Pero, claro, hacer esta gestión *en red* no es trivial, pues supone desplegar una inteligencia sanitaria que permita organizar al conjunto de agentes que pueblan la red asistencial y ponerle los incentivos apropiados para que se comporten del modo que se busca, incentivos que muchas veces no están o son difíciles de instalar y conseguir que surtan efecto. Incentivos que, mal comportados, podrían generar efectos adversos -se habla de *incentivos perversos*-. La expresión más dramática de esta falencia de la *gestión en red* son las listas de espera, que por definición suponen una pérdida de oportunidad de los tratamientos.

Ahora bien, estas condiciones que en la red pública están presentes y que podrían establecer las bases para optimizar el consumo sanitario de los beneficiarios del sistema cerrando *asimetrías de información*, en la red privada no existen. En efecto, no hay en el desempeño habitual de la provisión privada prestadores con población a cargo, razón por la cual las personas se encuentran *en el mercado*, decidiendo por sí mismas, libremente o a veces acompañadas por determinados especialistas, qué servicios tomar y dónde. Y esto, como no es imposible imaginar, podría conducir a excesos de consumo. Es el costo de la libertad de elección.

Por cierto cabe agregar a lo anterior una cuota de la “medicina a la defensiva” según señala el Dr. Oscar Arteaga, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, colega del Dr. Santelices, pero la judicialización es un fenómeno que se ha ampliado y que en toda su nueva amplitud empieza a comprometer también al mundo público. El antídoto para combatir este fenómeno es hacer las cosas muy bien, basadas en la evidencia y en las mejores prácticas clínicas y apelando a la ética médica que la Dra. Siches bien reclama.

Dicho todo lo anterior, me temo que los dichos del ex Ministro Santelices son correctos y que apelan al rigor de todo lo que hemos aprendido del desempeño de los agentes del sector salud en el mundo entero. Simplemente, son asuntos que no debemos perder de vista.

¿Geriatras escasos?

Al decir de El Mercurio, en Mayo del 2019 existirían en Chile 105 Geriatras, para una población de algo más de tres millones de adultos mayores, ambos datos corroborados por el suscrito antes de empezar a escribir esta nota. Para quienes *gestionamos intereses* en clínicas y hospitales, tal dato podría ser reflejo de cierta incapacidad del Estado para regular el mercado del trabajo médico en la dirección de generar mayor oferta de especialistas. Grave problema si se piensa que, a su vez, es al propio Estado a quien cabe resolver los problemas de la inmensa mayoría de la población, a quienes atiende directamente en hospitales de su propiedad o subsidiándoles para el uso de la modalidad de atención de libre elección de FONASA en el subsector privado.

Cada especialidad médica es un mundo diferente. El giro de cada una funciona en forma diversa y se despliegan intereses y motivaciones distintas, según la especialidad de que se trate. Hay especialidades más escasas que otras, algunas que para funcionar requieren de fuertes inversiones -capital- y otras que no. Responden a sensibilidades y sueños profesionales distintos, las clientelas son variadas: niños, mujeres, adultos o adultos mayores; miran distintas parcialidades del organismo humano, sus desarrollos son variados y en el acontecer se abren en cada especialidad, entre otras cosas, diversos caminos de super especialización. En fin. Para los *gestores de intereses* se hace preciso conocer todas estas variables para comprender bien el comportamiento de cada especialista y para encontrar los asuntos que podrían importarle y generar de esta forma las convergencias con la administración para la provisión de servicios en los hospitales públicos.

La formación médica en Chile ha estimulado por años la especialización y la super especialización, al punto que el ejercicio de la medicina general o de las tareas del médico de cabecera se reducen a una etapa transitoria del quehacer médico, durante la cual los colegas acumulan pergaminos para mejorar sus opciones de especialización o super especialización. Son pocos quienes hacen de su vida laboral una que esté dedicada a la atención primaria, como se denomina en Chile a la medicina general. Por cierto, desde Alma-Ata que se hacen declaraciones acerca de la importancia de la promoción y del fomento

de la salud y de la prevención y la anticipación a la aparición de los daños, pero el *currículum oculto* nos sitúa al final del túnel con nuestros aparatos y destrezas para enfrentar la enfermedad: hemos de especializarnos. Esta es, en definitiva, la situación. Al menos la de nuestro país.

Visto el asunto de este modo y en la trinchera de tener que ofrecer a la población beneficiaria del subsistema público los servicios especializados que demanda, listas de espera mediante, surge el problema de la tercera edad y de allí nos vamos de vuelta a una cierta obviedad que nos obliga a pensar en la recuperación de una perspectiva sistémica sobre personas que ya han envejecido y que durante toda su vida estuvimos atendiendo de "a pedazos", por órganos o sistemas específicos de su economía corporal: lo gástrico, lo cardiológico, lo dermatológico, lo renal, lo cerebroespinal, lo vascular, etc.

-¿No será que me hace falta ver al Neurocirujano por este dolor de cabeza que me aqueja desde anteayer?- pregunta doña Juanita y luego complementa -tengo una vecina a la que le encontraron un tumor cerebral-. Entonces le cursamos la interconsulta y le pedimos que se haga antes una Resonancia Nuclear Magnética, para que llegue bien preparada. Así funciona la cosa. Esto es del sentido común de este *mercado* que no queremos *mercantilizar*, tanto del lado de los demandantes como del lado de los oferentes. La Geriatria, en este contexto, podría interpretarse perfectamente como una expresión culposa de todo lo que dejamos de hacer antes. Ahora sí, esta vez le vamos a mirar integralmente señor paciente, como un todo, le cuidaremos, pero ojo que ya buena parte del daño está hecho, no pudimos evitarlo. Hemos llegado un poco tarde a mirarlo así. No se nos ocurrió antes.

Entonces vamos un poco más atrás. Antes de envejecer. En la actualidad en Chile, más de la mitad de la carga de enfermedad corresponde a personas que tienen 5 patologías y más. Ya lo corroborarán la Universidad de Washington y el Ministerio de Salud en el trabajo conjunto de actualización de la carga de enfermedad que ha sido anunciado. Esto crece con la edad, pero ocurre en la pirámide poblacional desde mucho antes de transformarnos en adultos mayores.

Entonces uno se pregunta si será razonable que las personas anden tras de un especialista y de otro para resolver sus

problemas sin que exista alguien, como el Geriatra del adulto mayor, que le observe sistémicamente, como un todo y que entienda globalmente el fenómeno de su poli-patología. La forma tradicional de proceder, basada en el recurso especialista, nos conduce finalmente a la ignorancia relativa, porque una cosa lleva a la otra, lo sabemos. Pero ¿quién ha de conectar finalmente los fenómenos que ocurren en distintos órganos o sistemas de la economía corporal?

Y aquí entonces se viene a mi mente la figura del Internista, nuestro tradicional especialista en Medicina Interna, una de las cuatro especialidades básicas de la medicina, quien ha dado un salto en la profundización de los problemas médicos desde su posición original como médico general, después de tres años de formación adicional. Este, creo sin duda alguna, es el médico que está en posición de situarse frente a nuestro paciente moderno y resolverle sus problemas desde una perspectiva integral y anticipada, conociéndole mucho mejor. Está preparado para eso. Sabe y disfruta mirando al paciente así. Es éste el que habrá de decidir cuándo y cómo derivar al paciente en busca de una respuesta al especialista, de ida y también de vuelta, pregunta y respuesta, derivación y contra-derivación. Que vaya pero no se quede por allá. Sospecho que estaríamos más sanos y hasta podríamos ahorrar dinero.

Protección sanitaria en caída libre

Nos advirtió el Centro de Estudios Públicos -CEP- por El Mercurio a mediados del año pasado que el gasto de bolsillo en salud se había incrementado en los últimos dos años. Es decir, si pagar directamente del bolsillo al momento de enfermar es malo –como pensamos que es-, la protección social en salud había empeorado. De hecho, colegas especialistas en Salud Pública de la Universidad de Chile se quejaban, frente a la noticia, de una desactualización de la estructura previsional en salud. Lo que está claro es que al mirar el gasto es posible verificar que la protección financiera promedio del sistema de salud ha empeorado. No hay duda al respecto. Es cosa de ver cómo las personas están recurriendo crecientemente a los seguros com-

plementarios, cuyas pólizas transadas en el mercado crecen año tras año, tal como también crecen los componentes no voluntarios de la cobertura que ofrecen las ISAPRE.

El caso de la industria farmacéutica es un cuento aparte, cuento cuyas floridas manifestaciones de imperfección y opacidad en su funcionamiento –colusiones, marginación en exceso, etc.- hemos venido conociendo sistemáticamente a través del tiempo, sin que haya sido posible introducir regulaciones efectivas en beneficio del consumidor hasta ahora. Bien podría haber allí una causa que explica el incremento del gasto de bolsillo en medicamentos sólo por efecto de encarecimiento de los fármacos por encima del crecimiento de sueldos y salarios. El CEP podría analizar este fenómeno en más detalle. Señala el diario La Tercera del 21 de Noviembre del 2019 que, según la Fiscalía Nacional Económica, la industria de fármacos gastaría 200 millones de dólares al año en fidelizar a los médicos con sus marcas.

Cabe analizar también si acaso los precios de las clínicas, en general, habrán crecido durante el período en análisis más que lo que las coberturas de los planes lo han hecho. Esta es una hipótesis plausible, dado que la Modalidad de Libre Elección -MLE- de FONASA reajusta arbitrariamente una vez al año sus precios, los que distan de lo que finalmente se cobra a sus beneficiarios en días cama y derechos de pabellón y dado que las ISAPRE no han podido, en muchos casos, incrementar las primas de sus planes por los recursos de protección que se amontonan, mientras que las clínicas sí han podido reajustar sus precios descansando en las coberturas de los seguros complementarios.

Pero, vamos viendo. Nada de lo descrito en los dos párrafos anteriores es central en esta discusión. Lo central, a mi juicio, es que Chile hizo en el 2005 una opción por la priorización de servicios de salud e inventó el GES. En esa oportunidad quedó claro, a pesar de párrafos mitigantes que se incluyeron en el proyecto de ley, que no todos los problemas de salud tendrían su solución garantizada. Es decir, que los derechos exigibles en salud tendrían un límite (que hoy reduce a 85 problemas de salud). Eso fue lo que firmamos. De tal limitación se desprenden naturalmente, a mi juicio, dos fenómenos: listas de espera en la modalidad de atención institucional del sistema público –MAI- para patologías No GES y mayor pago de bolsillo si las mismas personas que están a la espera –beneficiarios de FONASA-

se desplazan a hacer uso de las modalidades de atención de Libre Elección –MLE- y sus variantes, en busca de un *atajo*.

Visto así, asistimos ni más ni menos que a un fenómeno de falta de cobertura que se expresaría en su componente de listas de espera crecientes –componente que es el dolor de cabeza de todo gestor hospitalario- y ahora redondeado con la mirada que el CEP pone sobre el otro componente, el gasto de bolsillo. Es decir, la mejor cobertura que se obtendría en servicios GES aparentemente se perdería en el consumo No GES.

Producto de lo anterior y para tenerlo definitivamente claro, sugerimos hacer algunas cosas, al CEP o a cualquier otra agencia con vocación de influencia sobre las políticas públicas en salud. Primero será necesario separar analíticamente la población beneficiaria de FONASA de la población ISAPRE para volver sobre la distribución del gasto que se grafica en el reporte que comentamos.

A continuación, haría falta distinguir lo GES de lo No GES en la materia, lo que de paso nos permitiría saber si GES ha sido o no eficaz para reducir el gasto de bolsillo en los problemas que aborda, dado que fue ésta una de las razones que se esgrimió para la construcción de esta política pública con *enfoque de derechos*. Quizás –y esa sería mi hipótesis- descubramos que GES resuelve muy bien la cobertura propia, pero desplaza de tal forma la falta de cobertura a los problemas No GES, que la cobertura total empeora. Pero, solo para no desesperar, ya dijimos en su momento que en salud en Chile nos interesaba lo prioritario, lo GES. ¿O será que el país ya está viviendo la intolerancia social de que existan problemas de salud que no sean objeto de una protección social robusta? Como técnicamente es imposible garantizarlo todo ¿Será que garantizar explícitamente derechos en salud es, como en su momento algunos dijeron, intolerable en la vida en sociedad?

Por último, como ya dijimos, cabría explorar en más detalle el eventual desplazamiento que podría estar ocurriendo en la población beneficiaria de FONASA, desde la lista de espera MAI No GES al uso de la MLE. Este desplazamiento podría explicar perfectamente un incremento del gasto de bolsillo en todos los componentes de dicho gasto, medicamentos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos ambulatorios y consultas médicas. Si fuera posible verificar estas dos hipótesis de desplazamiento, entonces estaríamos frente a dos componentes de un solo gran fenómeno: la pérdida de protección social en salud.

Obamacare

La primera vez que viajé a Washington DC, hace muchos años, vi a los *homeless* instalándose en las noches entre las columnas de mármol de los bancos del imperio, con camas y petacas, para pernoctar. En la mañana a veces nos los volvíamos a encontrar, pues ocurría que no se habían levantado todavía cuando caminábamos por la Pensilvania Street. –Son *los homeless*- me comentaba la Task Manager del Banco Mundial. Eran una *institución*. En aquellos entonces eso me sorprendió mucho. Gente viviendo al margen, a otro ritmo, con otras lógicas, totalmente fuera del sistema en la economía más rica del planeta. Comprendí el más profundo sentido de la *marginalidad*. Y ahora comprendo a mi profesor de Biología del Liceo de La Unión, que desde hace un par de décadas figura sentado a la entrada de la iglesia de San Agustín, con su gorro de lana y su abrigo raído, viviendo de las limosnas. Ha hecho de aquello su opción de vida. Ejerce de 8 a 13. Está lúcido, vive en casa de su hermana. Me reconoció cuando lo visité hace poco.

Más tarde, hilando fino, conoceríamos los detalles del *sistema* de salud americano. El libre albedrío, con dos focos de protección muy específicos para viejos y para carentes de recursos, Medicaid y Medicare, respectivamente, sobre cuya suficiencia y protección efectiva nunca estuvimos enterados, no hasta que años después Hillary Clinton nos habló de 40 millones de desprotegidos, que no eran alcanzados por los criterios de elegibilidad del Medicaid ni del Medicare, al tiempo que no disponían de recursos propios para acceder a protección de los riesgos de enfermar en el mercado. El resto de la gente se situaba finalmente en el mercado y a veces protegida por arreglos voluntarios de empresas con sus trabajadores, producto de los cuales recién emergía en esos años el denominado Managed Care, materializado en organismos como la Kayser Permanente, en California.

Los gringos tienen en la salud una gran industria, responsable de casi un 18% del Producto Interno Bruto. Es decir, un 18% de la riqueza total del país. Se transan anualmente decenas de miles de millones de dólares en seguros de salud, prestaciones médicas y medicamentos a consecuencia, entre otras cosas, del desenfreno que deriva de la inexistencia de un ordenamiento básico en el uso de la medicina. Los consumidores, tal como

se establece en la Constitución de ese país, hacen ejercicio de sus libertades en el mercado. Los médicos, por su parte, ofrecen servicios y quizás, con el perdón de mis colegas, inducen demanda innecesaria -sobreconsumo-, por el riesgo jurídico según se argumenta. En la práctica lo que tenemos es un sistema como el que en Chile montamos en los 80 -las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE-, facilitado en nuestro caso por el uso de cotizaciones obligatorias -gasto público- que antes se destinaban a la seguridad social tradicional solidaria -SNS y SERMENA-, recursos que los gringos no tienen disponibles.

Si bien en Estados Unidos se despliegan como en ningún otro lugar del mundo los intereses de lo que la Medicina Social denominó *el complejo médico industrial*, tales intereses encuentran espacio para desplegarse en todos los países del mundo en mayor o menor grado, casi sin excepciones, en particular los intereses de la industria farmacéutica -que implican casi tanto o más recursos que los de la industria de la guerra, hoy un poco alicaída por baja actividad, según Noah Harari- y que son, a mi juicio y producto de mi experiencia ejerciendo como empecinado salubrista, los que comandan y mueven realmente al sector. La industria farmacéutica es la verdadera dueña del *negocio de la salud*, qué duda cabe.

Lo que pasa y preocupa es que los gringos marcan la pauta y ya nos atraparon con sus *malls*, con Disneyworld -versión agrandada de nuestra pueblerina rueda de Chicago-, con las fantasías del *self-made man* y con el modelo neoliberal que trajeron a Chile los *Chicago Boys* durante la dictadura militar. También han sido sostén ideológico de la persistencia por 40 años de nuestro sistema asegurador previsional de salud tan sui géneris, que son las famosas ISAPRE, a las que hicimos referencia un par de párrafos atrás.

Entonces, ad- portas de nuestra reclamada y mil veces anunciada reforma del sistema de seguridad social de la salud en Chile -cuya viabilidad tiendo a pensar que ha sido siempre baja, en la medida que arriesga sacar a la clase media chilena de su zona de confort- la declaración que se ha hecho en algún Estado norteamericano de inconstitucionalidad del Obamacare, el más serio intento de instalar solidaridad en un país con un sistema de salud individualista, puede ponernos de nuevo frente a la disyuntiva de si las cotizaciones obligatorias para

salud son o no son un bien de apropiación colectiva en Chile (gasto público, según el clasificador de la OCDE) y, por decir lo menos, puede entorpecer la erradicación de las carencias, de las pre-existencias y de la tarificación de los planes de salud por riesgo que han sido prometidas por el Presidente. Los individuos sanos o con baja probabilidad de enfermar dirán: hoy por mí, mañana también por mí, una vez más.

La naturaleza de las ISAPRE

El comportamiento del sistema ISAPRE ha obedecido a su naturaleza más esencial -son seguros de salud individuales de corto plazo- y también a la frondosa regulación a que deben someterse después de sucesivas reformas en la materia. Pero ¿cómo regular un sistema para que no se comporte del modo que promueve su propia naturaleza? Quizás esta pregunta es de la esencia de la regulación. ¿Hasta dónde regular antes de optar por cambiar completamente el sistema? Todo tiene su límite. Costo marginal versus beneficio marginal, nos enseñaron los economistas.

Entonces, promover *expectativas realistas* acerca de cambio en las ISAPRE y su naturaleza podría ser algo no tan descabellado frente a las ideas de protección social y garantía de derechos en boga en el debate de los expertos y, por sobre todo, frente al Tribunal Constitucional y a la *ciudadanía*, ahora volcada a la calle. Por el contrario, pareciera ser que la falta de realismo ha estado en los que creyeron posible la libertad de elección para todos cuando ni siquiera lo ha sido para quienes, después de años de afiliación y ya viejos, se transforman en *cautivos* o *se caen* del sistema, empujados por los precios de las primas, no obstante que las tablas de riesgos, por lo que describiremos a continuación, están hoy congeladas. La válvula de escape y la presión se ha trasladado al incremento anual de la tarifa de la totalidad de los planes, contra el cual se presentan los recursos de protección que han *judicializado* el panorama de la industria.

Las tablas de factores de riesgo han regulado el comportamiento propio de un seguro individual: tarificar en función de

los riesgos predecibles del asegurado. Pero fueron derogadas por el Tribunal Constitucional en el 2010. Ahora bien, en la práctica lo que ha derogado el Tribunal Constitucional -TC- es una determinada forma de tarificación por riesgo -las tablas y su uso-, cuya arbitrariedad se había reducido precisamente gracias al uso de las tablas. Las tablas habían sido un instrumento de *regulación* en una industria en que el *core* del negocio ha sido precisamente la tarificación en función de los riesgos.

La pregunta, en todo caso, siempre vuelve a ser: ¿es razonable tener un sistema de seguridad social en salud que no es solidario en los riesgos de enfermar? Fue factible hacerlo, gracias a la *lona* de rescate tendida para todos por el FONASA, el *seguro de último término* de los chilenos. Y, por cierto, gracias a las condiciones de excepción que existían en el país. Pero no es razonable. Y así fue que se topó, 30 años después de su creación, con la propia Constitución de la República. No sabemos bien, sin embargo, si el desafío consistirá en moverse desde un sistema no solidario a uno solidario en riesgos o sólo hacia una tabla renovada en su estructura y mecanismos de actualización. No sabemos aún, después de propuestas que van y vienen, a dónde vamos a ir a parar. Y tampoco sabemos de los plazos, porque el Tribunal Constitucional no se ve muy apurado con la materialización de su pronunciamiento.

Sin embargo, pienso que frente al pronunciamiento del Tribunal Constitucional del 2010, las ISAPRE debieron haber construido un discurso sólido y coherente de auto-transformación, que les permitiera superar su propia historia. Hoy, después de no haber hecho nada, serán arrastradas en algún momento por las iniciativas de algún gobierno. Sin embargo, ellas mismas debieron haber promovido una mesa de trabajo para desmenuzar y re-integrar las piezas del *sistema de seguridad social de la salud* y ponerse al servicio de refundar la solidaridad perdida, pero eso pasa por *asumirse como parte del propio sistema*. Si no ¿qué las hace diferentes de los seguros de salud tradicionales que aparecen como amenazas en el horizonte? En fin, claro está que no lo hicieron. Es que están cómodas y bien apalancadas por sus *stakeholders*.

La mezcla FONASA-seguros complementarios hace más fácil e intensa la transferencia de recursos al sistema prestador privado -que ha sido importante en los últimos años-. Esa transfe-

rencia será mayor con derechos a garantizar que sobrepasan la capacidad de respuesta de los hospitales públicos y mayor aún con las ISAPRE de hoy. Por su parte, el sector privado prestador ha llegado a ser enorme y así es también su capacidad de absorber recursos para apalancar su propio desarrollo.

La mezcla FONASA-seguros complementarios -uno muy especial presentado por FONASA se discute hoy en el parlamento-, tiene la inestabilidad de su componente no regulado y es potencialmente desequilibrante para el sector, lo que representaría finalmente una oportunidad de reinstalación para las ISAPRE. Las ISAPRE debieron haber salido de la trinchera para realizar una oferta que contuviera la convicción de la industria y su compromiso de contribuir a crear algo nuevo, para volver a ser agentes relevantes en el financiamiento de las prestaciones que se otorgan en el sector privado prestador, del cual fueron importante sustento.

Tablas de riesgo y futuro del sistema de salud privado

Las ISAPRE han sido las principales sostenedoras del sistema prestador privado y, en consecuencia, han sido responsables de su crecimiento y desarrollo en las décadas pasadas. Pero su crecimiento exiguo de los últimos años ha potenciado -en un verdadero círculo vicioso-, la opción de FONASA más seguros complementarios para sostener el desarrollo futuro de los señalados prestadores. Esto no ha sido mala suerte, ni competencia desleal. En el 2016, según informa la Asociación de Clínicas, el 50% del total de las prestaciones realizadas por sus miembros fueron otorgadas a beneficiarios de FONASA. Hoy se discute un seguro complementario especial, sin prima.

¿Cómo podría salir del atolladero una industria que, salvo en el caso de las licencias médicas, no ha desarrollado una verdadera práctica de control del uso de servicios -gestión de la demanda-, a consecuencia de la válvula de escape del incremento aparentemente ilimitado de las primas, mismo que se agrega hoy a las causas del deterioro de su imagen pública? En efecto, las ISAPRE han estado cómodas en su marco jurídico, se han hecho adictas al *descreme* y nunca han sido activas en la generación de soluciones

abiertamente competitivas con la opción que representa FONASA para la clase media. En la práctica, han inducido la *judicialización*, pues los recursos de protección frente a las alzas de tarifas se explican por lo mismo que aquí se comenta.

La hipotética libre elección sobre la que, al decir de Libertad y Desarrollo, se fundaría el sistema ISAPRE y se sustentaría la idea de *apropiación individual* sobre las cotizaciones obligatorias –en una visión económica ortodoxa–, es precisamente la que se pierde con el transcurrir del tiempo, al punto de generar un fenómeno que se ha venido a denominar la *cautividad*, donde ya no es posible ejercer tal libertad. En ese momento la única opción sigue siendo FONASA.

Si el término de la tarificación por riesgo fuera inevitable, una rápida acción en la dirección de tarifa plana y ajuste de riesgo expost debió desencadenarse, probablemente apalancada en la gestión de la propia Superintendencia de Salud y, tras de ella, del gobierno, acción a la que tendría que converger el parlamento, pues daría origen a una ley. Al respecto, la Asociación de ISAPRE tiene bastante claridad técnica del asunto, pero es necesario vencer todavía resistencias en los sectores más conservadores del negocio que no han estado disponibles para emprender una transformación de esta naturaleza en los últimos años, a pesar de que su discusión se arrastra por más de una década. Sin embargo, si la solución de tarifa plana excluye a FONASA, la puesta en práctica de la solución sería compleja.

Hoy debería interesar a la industria, en primer lugar, preservar el stock de beneficiarios constituido por la cartera actual, que representa un piso cuali/cuantitativo de demanda para el sistema prestador privado. En consecuencia, en esto debería existir amplio acuerdo y mucha inteligencia gubernamental, pues un traspaso de parte de esta cartera hacia FONASA provocaría prolongados desajustes presupuestarios en el sistema público y una agitación política que ningún gobierno se podría permitir.

Con tarifa plana y sin FONASA incorporado a la solución, existirá un grupo de población al que se le encarecerá su plan, mientras que a otro se le abaratará. Pero ante una fuga esperada de afiliados *por abajo* – que debería netearse con la fuga de afiliados *por arriba* que dejará de ocurrir – tomará algún tiempo estabilizar la tarifa plana, dada una población que *envejecería* a una tasa superior que la que resulta del solo crecimiento vegetativo de la

población. Es decir, el éxodo no será masivo ni instantáneo y su estabilización se prolongará en el tiempo.

He sido partidario de un régimen con varios aseguradores compitiendo en la provisión de una cobertura universal y *mancomunió*n de los fondos, por el temor que me produce la idea de un asegurador único, comprador monopsónico de servicios, estatal y en permanente riesgo de captura –el cargo del Director de FONASA no se concursa por Alta Dirección Pública en la actualidad–, aun cuando reconozco una *potencial* prevención de aquello en la acción garantista de la Superintendencia de Salud, pero tal ejercicio en la práctica depende mucho de la voluntad política del Ministerio de Salud que, según nos hemos enterado por la prensa, propondrá cambios al modelo de gobernanza de la citada institución.

No me canso de argumentar, sin embargo, que las ISAPRE en su configuración actual son *pájaros raros* dentro del sistema de seguridad social y que no es sino en ese último argumento –el de la seguridad social– que las personas pueden ser legítimamente obligadas por el Estado a ocupar una porción de su renta para salud.

Como todas las cosas, la visión anteriormente expuesta puede corresponder a una demasiado europea o *welfarista*, muy diferente, por ejemplo, a la que se tiene y se ha explicitado en USA gracias a la reforma OBAMA. Eso es cierto. Pero ¿cuál es la visión de mundo que subyace en la sociedad chilena, con una clase media francamente aspiracional y *donfrancisquista*, pero a su vez traumáticamente arraigada a sus *instituciones* pre-gobierno militar?

Entonces, la solución de una tarifa plana que se vislumbra en el horizonte puede ser razonable para un sistema que, por definición, seguiría siendo no solidario en los ingresos: todos pagarán lo mismo independientemente de éstos, pero también lo harán independientemente de los riesgos de enfermar. Y esa tarifa plana sería deducible al momento de calcular el pago de impuestos. Sin embargo, su implementación sólo en las ISAPRE –no en FONASA– es materia socialmente delicada. Con FONASA, en un escenario de *mancomunió*n de fondos, los subsidios del Estado que introducen la solidaridad por ingresos, compensarían a quienes se encuentren en posición financieramente incómoda como para solventar la tarifa plana, como sería el caso de los indigentes.

El resfrío común

Habida cuenta de todo lo anterior, el clamor de las ISAPRE se ha centrado en la reajustabilidad de los planes, para combatir la denominada *judicialización* del problema que ellas mismas han estimulado y que se ha traducido en que los cotizantes interponen recursos en los tribunales de justicia para impedir los reajustes de las primas. Así lo afirmó el doctor en economía, señor Ricardo Bitrán, en una columna del diario La Tercera el año 2018. El foco de la industria no ha estado puesto en la corrección del problema de fondo, cual es la tarificación por riesgos y sus derivados como la cautividad, asunto al cual el país ha destinado ya tres comisiones de expertos, dos en el primer gobierno de Piñera y una en el segundo de Bachelet, comisiones que han llegado más o menos a las mismas conclusiones y que realizaron propuestas concretas al respecto.

El riesgo de quiebra al que aluden los especialistas quienes preferirían mantener las condiciones actuales de la industria y sólo abordar el tema de la reajustabilidad, tiene su origen más profundo en el diseño de planes que en un ambiente sin regulación, durante los primeros 10 años de la industria en la década de los ochenta, se desarrollaron con elevadas coberturas financieras de prestaciones médicas elásticas frente a los precios. Lo anterior derivó en que las alzas de costos se expliquen principalmente por incrementos de consumo sanitario por parte de las personas –frecuencia-, consumo fácilmente inducido por los propios prestadores, tal como se ha descrito extensamente en la literatura especializada y antes en este libro. Es decir, fue un error de diseño evitable en asuntos que el viejo SERMENA bien conocía¹².

Se entiende que la quiebra de una ISAPRE, como nos amenaza el ya citado economista, no sería una buena noticia. Por cierto que no lo sería. Los que recordamos la quiebra de la ISAPRE de INVERLINK –de cuyo nombre no quisiera acordarme–,

sabemos lo que significó la transferencia de su cartera de infelices beneficiarios al resto de las ISAPRE y las medidas de control financiero que fue necesario establecer –la primera *ley corta* de que se habló en el sector- para evitar ser sorprendidos nuevamente con algo por el estilo.

Pero es así que la historia de la industria se ha reducido a mantener su naturaleza estructural al tiempo que incrementar los mecanismos de regulación a lo largo de los años para evitar sus desbordes, materia esta última en la que ha habido siempre bastante consenso. Mas vale regular que curar, sobre todo si curar no es posible. Sin embargo, ese es un camino que ya está agotado. Si hemos de reformar, hemos de hacerlo a fondo de una vez. Y para eso se crearon, por lo demás, las antes citadas comisiones de expertos. En la actualidad, de hecho, se vuelve a discutir sobre un proyecto de reforma de las ISAPRE que se formuló y remitió al Parlamento durante el primer gobierno de Piñera.

Y que no teman los analistas de que esto implicaría exclusivamente un *asegurador previsional de la salud* único, algo así como un FONASA *comprador monopsónico*. Es cierto que aquel es un camino posible y que a muchos entusiasma, pero también está el del *seguro universal con aseguradores múltiples*. El defecto de fondo consiste en tener dentro de la seguridad social de la salud seguros privados de corto plazo con tarifas ajustadas a los riesgos de enfermar de las personas, pues aquello constituye la verdadera enfermedad del sistema, la fuente de inequidad, el alto gasto de bolsillo y la falta de protección financiera.

El dilema se reduce entonces a si al reinstalar la solidaridad en los riesgos en el sistema de seguridad social de la salud, lo vamos a hacer con un asegurador único o con aseguradores múltiples. Al lado de todo eso, la impugnada reajustabilidad no es más que un *resfrío común*, que se resolverá por añadidura. Por último e independientemente del negocio de los abogados, véase así, este ha sido un gran ejercicio de ciudadanía. Grande pero tal vez insuficiente.

12. Se alude a la experiencia del Hospital de Ochagavía del “viejo” SERMENA, cuya obra gruesa se transformó en testimonio monolítico del entusiasmo provocado por flujos de caja que fueron decreciendo a la misma velocidad que el consumo sanitario se fue incrementando, rápidamente.

Mujeres e ISAPRE

Celebramos -qué duda cabe- la incorporación en la agenda de género del Gobierno de una solución para la discriminación que se hace a las mujeres al momento de adscribir las a un plan de salud en una Institución de Salud Previsional, ISAPRE. Buena Noticia. Las tarifas que se intentaría establecer en el proyecto de reforma de las ISAPRE que se discute en la actualidad no discriminarían por género.

Las ISAPRE, como bien se sabe, forman parte del sistema de seguridad social de la salud en Chile, pues las personas pueden y deben usar el 7% de sus remuneraciones, cuyo destino obligatorio es la salud, al financiamiento del plan que les es provisto. Afirmaciones como ésta nos han llevado de lleno a la discusión eterna acerca de si acaso estas cotizaciones son de apropiación individual o de apropiación colectiva. Al decir de la OCDE, tal cosa es *gasto público*, sea provisto el plan por instituciones públicas o por instituciones privadas y en la modalidad que sea, dado que las personas con empleo formal en el país están *obligadas* a destinar un 7% de su remuneración a salud.

Por lo pronto, ya hay quienes ven con espanto que sean los hombres y las mujeres en edad no fértil quienes deban concurrir a financiar la solución del problema. Es decir, el debate ciudadano promete extenderse quizás más allá de lo razonable. Excepto que se resuelva rápido en la *Plaza Italia*.

Para no ser menos, he aquí mi propia preocupación. Formé parte de la Comisión de Financiamiento de la Salud que el Presidente Piñera conformó en su primer gobierno, en respuesta a un mentado fallo del Tribunal Constitucional, expresión máxima de la judicialización de nuestra miserable existencia ciudadana.

Hecha la propuesta de la Comisión, aquella dio paso a un Grupo de Trabajo ministerial que diseñó un plan de salud para las Isapre con *tarifa plana* -PGS-, el que se transformó en un proyecto de ley que ha vivido a la fecha en la Comisión Salud del Senado y que se está rediscutiendo ahora. En su propio estilo, en el segundo gobierno de Michelle Bachelet se convocó a una nueva comisión de expertos, que en la práctica arribó a una solución semejante a la que hoy se discute en el Senado, pero que no llegó a materializarse en un proyecto de ley.

Es decir, del tema de tarifa plana y compensación de riesgos en las ISAPRE ya hemos venido hablando. Y bastante.

¿Qué preocupa, entonces? Preocupa -y esto sin pretender ofender a nadie- que la reforma a las ISAPRE -el día que ocurra- pudiera reducirse a la sola compensación de las mujeres en edad fértil y no se hiciera lo mismo con los niños menores de un año, que son mucho más caros, y con los adultos mayores, cautivos de sus propios costos de enfermar. Es evidente que la compensación de riesgo que es necesario construir para corregir las discriminaciones de un sistema cuyo *giro* es la tarificación en función de los riesgos, es mucho más amplia. Que no se nos vaya a olvidar.

La muerte de Rafael

Rafael fue Director de FONASA al momento que las ISAPRE fueron creadas, en 1982. Durante esos primeros años, la administración de la precaria normativa regulatoria del sistema estuvo en sus manos. Años después se transformaría en el Gerente de la Asociación de Isapres y tiempo después, en estos últimos años (2015-2019), en su Presidente. De paso escribió algunos libros, como la Caja de Pandora -si mal no recuerdo-, una reseña biográfica de René Merino, quien fuera uno de los dueños de Colmena Golden Cross y también Presidente de la Asociación de Isapres durante muchos años y, recientemente, Rafael nos convocó a un lanzamiento de un libro nuevo, "Cómo Entender el Sistema de Salud Chileno: más allá de lo público y lo privado", al que lamentablemente no pude asistir.

Rafael fue un luchador pro-sistema, entusiasta promotor de sus ventajas e ideológicamente muy convencido de las mismas. Le conocí bien pues tuve ocasión de discutir con él muchas veces. Cenamos alguna vez en su casa y en Boca de Ratón, California, USA, en ambos casos en ambiente de distendida camaradería. Defendió a las ISAPRE hasta la muerte, no hasta la muerte de las ISAPRE que siguen vivas y coleando, sino hasta su propia muerte como vocero de aquellas en la vida pública. Murió defendiéndolas con su habitual entusiasmo y tropezó con sus propios dichos -no puede el sistema de Isapres darse el lujo de incorporar

gente que viene enferma-, haciendo referencia, desde la lógica del sistema, a sus preocupaciones por el proyecto de reforma que empezaba a impulsar de nuevo el gobierno, en ese momento con inusitada energía, con el ex ministro Santelices a la cabeza. Algunos dirán que lo traicionó su naturaleza, su vehemencia y que fue engañado por el entusiasmo del ejecutivo.

Pero no es la naturaleza de Rafael el tema de fondo. Rafael era un gladiador que se sentía cómodo en la arena de la discusión de los seguros de salud. El tema de fondo, en realidad, ha sido siempre el de la naturaleza del propio sistema de ISAPRE. Se trata del negocio de los seguros de salud individuales de corto plazo puestos en el marco de la seguridad social, que en Chile se financia con cotizaciones obligatorias para salud que hacen las personas -gasto público, al decir de la OECD-.

Lo anterior es raro y lo ha sido desde siempre -citamos a Nicola di Bari-. Raro porque pone dentro de la seguridad social un sistema que está reñido con los principios básicos de la misma, seguridad social que los países crean y organizan para proteger solidariamente a los carentes de recursos y a los que presentan mayor riesgo de enfermar. Y las ISAPRE hacen justamente lo contrario: discriminan a las personas en función de sus riesgos y establecen tarifas que muchos no están en condiciones de pagar para obtener a cambio una apropiada protección. Este es el problema. Algo que a los salubristas siempre nos ha parecido aberrante: seguridad social con lógica de seguros privados individuales. Seguridad social en que *te rascas con tus propias uñas*.

Es cierto que muchos se preguntarán cómo es entonces que, si tan aberrante, el sistema viniera para quedarse y cómo se explica que tenga ya más años de vida que los que alguna vez tuvo el Servicio Nacional de Salud, paradigma histórico del sistema de salud chileno. En efecto, las ISAPRE tienen ya 37 años de vida y han representado una solución para la clase media acomodada durante todo este tiempo. Y en lo esencial, en su *modus operandi*, siguen siendo las mismas desde que se crearon en 1982.

Con el tiempo, como suele suceder a las instituciones en general, se han venido deteriorando y encareciendo y se han generado en su seno fenómenos indeseables para sus beneficiarios como pérdidas de cobertura y la denominada *cautividad*. Es conocida la tensión pública generada por el incremento del

precio de los planes y por la *judicialización* que de ello deriva, así como la imposibilidad de cambiarse de ISAPRE de quienes han acumulado enfermedad. Un grupo importante de beneficiarios ha debido volver a FONASA después del año 1997, cuando llegaron a ser 3,9 millones; la amenaza del regreso de este grupo que conoció del sistema y que ahora se encuentra más enfermo -los *cautivos* de FONASA, al decir de Cristián Baeza¹³- representa un stress financiero que preocupa a los nuevos reformistas.

Han proliferado, por otra parte, los seguros complementarios de salud, que son expresión de problemas de cobertura del sistema asegurador previsional, muchos de los cuales resultan ser ofertas vinculadas a los propios prestadores de servicios médicos, las principales clínicas de Chile. Del mismo modo, el sistema ha debido incorporar en sus planes las Garantías Explícitas de Salud (GES) que derivaron de la reforma del 2005 y, antes que eso, las propias ISAPRE desarrollaron un seguro catastrófico, ambos asuntos contribuyentes a establecer coberturas mínimas facilitantes de su propia viabilidad. Sin embargo, a pesar de GES, la desprotección en el sistema parece seguir vigente. Se agrega por estos días la discusión de un seguro para los beneficiarios de FONASA, seguro que, dicen algunos detractores, formalizaría la compra de servicios en el sector privado.

Por último, cabe recordar que a comienzos del primer gobierno del Presidente Piñera, el Tribunal Constitucional se pronunció congelando el uso de las tablas de riesgo del sistema, por considerarlas impropias de un sistema de seguridad social. De ello derivó ya un proyecto de ley de reforma del sistema ISAPRE que ha descansado desde entonces en la Comisión de Salud del Senado y que se ha comenzado a rediscutir por estos días.

Por cierto, una gran masa adscrita al sistema, los más jóvenes y menos riesgosos, no están *cautivos* y han estado ajenos a los problemas de aquel, disfrutando todavía de un buen pasar y de un modelo de atención inspirado en la libre elección de servicios médicos y otras amenidades, muchas veces siguiendo la lógica de los seguros de indemnidad, hasta donde ha sido posible hacerlo.

13. Prestigiado especialista en Salud Pública Chileno radicado en Washington DC.

Hasta aquí hemos dicho quizás todo lo que se podría decir para explicar la prolongada vida útil del sistema. A lo mejor deberíamos agregar a la explicación, como ocurre normalmente en la economía, el lobby de los directamente interesados que viven del negocio, realizado por cierto en las oscuras cocinas del poder -dicen las malas lenguas que hay también políticos que se nutren del sistema y que públicamente, frente a *la galería*, despotrican contra el mismo-. Y, por qué no decirlo, la infatigable, directa y frontal defensa del sistema que hacía Rafael.

Hemos visto por la prensa en el mes de Julio que las ISAPRE aceptaron la renuncia de quien fuera Presidente de su Asociación en los últimos años y vemos también que parecen no sentirse tan incómodas con los acontecimientos y que lucen muy disponibles para la discusión de una eventual reforma.

Isapres al cadalso

Motivado por la columna de ciertos especialistas sanitarios publicada en La Tercera del lunes 3 de Febrero del 2020, me resulta necesario plantear lo siguiente.

En efecto, después de 40 años ha llegado el momento de conducir a las ISAPRE hacia su tan mentado destino. El estallido social hace posible que los pequeño-burgueses resolvamos el vergonzoso conflicto que hemos mantenido sobre la mesa todo este tiempo, aspirando a estar incluidos en la elite sanitaria del país, la que goza de libertad para elegir, salvo cuando empieza a estar cautiva.

Pero también hace falta reconocer que las propias ISAPRE perdieron la oportunidad de replantearse como agencias de la seguridad social a partir del pronunciamiento del Tribunal Constitucional del 2010, porque tropezaron con su soberbia y con sus intereses, pudiendo haber sido de otro modo. Los autores de La Tercera del lunes no lo plantean, pero intuyo que el seguro único que nos prometen y que a nadie podría dejar de entusiasmar, considera también un asegurador único, nuestro viejo y querido FONASA, en estos momentos internado en el taller de la modernización, proyecto de ley mediante.

Es cierto que el título de la columna es sugerente, pues pregunta por la factibilidad de llevar adelante el seguro único, pero luego lo da por hecho. En realidad no tienen dudas los autores al respecto. Bien. A la gente habrá de gustarle, qué duda cabe.

Pero respecto del problema de los servicios que recibe la inmensa mayoría de los ciudadanos en Chile, se dice poco. Es curioso, porque al final las ISAPRE no sirven mucho más que al 15% de nuestra población, los más acomodados. Pero se han transformado en el símbolo de la desigualdad en Salud y eso las pone en el epicentro del estallido. Ah!. Y tienen plata, el 7% obligatorio de las personas de mayores rentas, que ahora podría ir al FONASA. Al cadalso, entonces, con ellas. En realidad, al mercado de los seguros complementarios

Qué dicen los autores acerca de los hospitales públicos que proveerán los servicios para el seguro único, donde las personas enfrentan hoy prolongados tiempos de espera para una consulta de especialidad o para una cirugía?. Qué dicen de la falta de empatía del sistema con sus usuarios? Dicen algo así como “debemos mejorar la gestión”, después del bochorno que nos ha hecho pasar la Comisión Nacional de Productividad. Sin embargo, no se hace difícil pensar que frente a un seguro único, esto último deberá ser el foco principal en que debemos poner la preocupación como salubristas. Este es quizás el tema al que los autores aludían cuando se preguntaban por la factibilidad.

Cortos y largos plazos para los hospitales públicos

El ministro de Salud salió en su momento a comprar prestaciones con precio conocido al sector privado prestador, vía licitación. Esto, según se explicó, sería mucho mejor que seguir comprando en las condiciones actuales, con poco control sobre los precios, a pesar de los volúmenes. Sonaba razonable.

Razonable sonaba porque los precios serían conocidos y, por sobre todo, porque se requería cumplir con los ciudadanos, según se desprende de la política pública con enfoque de derechos que está vigente en el sector de la salud en Chile, a consecuencia de la reforma del Presidente Lagos, en el 2005. Si a lo anterior se agregan los grados de incumplimiento detectados

en los hospitales públicos -es decir en FONASA-, lo realizado parecía ser una solución eficaz para los beneficiarios del sector público y desafiante y muy fructífera para gobiernos breves. De hecho, en estos momentos se gesta un seguro para los beneficiarios de FONASA que formalizaría la compra.

Esta compra a privados también tiene ventajas de corto plazo para los propios hospitales públicos, en la medida que la demanda insatisfecha deja de golpear en sus puertas y FONASA se hace cargo. Sin embargo, parados desde el Ministerio de Hacienda y con una perspectiva país de largo plazo, valdría la pena invertir energía y recursos en mejorar los servicios en los hospitales públicos. De lo contrario llegará un momento en que los gastos empezarán a duplicarse, pues mientras la compra de prestaciones al sector privado aumente por una parte, por otra se continuará financiando la operación de los hospitales, que depende marginalmente de sus niveles de producción. Y el presupuesto para ambas cosas es uno solo.

Simultáneamente aumentarán las expectativas de calidad de atención de los ciudadanos, quienes esperarán de los hospitales públicos más y mejores servicios, oportunidad en la atención y buen trato, pues la propia compra a privados instalará un referente en la materia al tiempo que el marco presupuestario habrá instalado una limitación.

Servir la deuda vencida de los hospitales públicos y prevenir su reproducción abordando el factor estructural, eliminar las listas de espera y la saturación de los servicios de urgencia, mejorar sustantivamente el sistema de gobierno de los hospitales y su gestión, incorporar y mantener a los especialistas faltantes -incentivos mediante-, materializar las cuantiosas inversiones pendientes para funcionar y de paso cumplir con las garantías de calidad acreditables, hacer pleno uso de las instalaciones existentes y hacer operar anticipativamente a toda la red asistencial, son todos grandes desafíos que tomará tiempo materializar, pero que el Estado debe asumir.

Aun cuando no dé frutos en el corto plazo, la apuesta por los hospitales públicos es insoslayable para el Estado y se hace necesario ponerse a trabajar en eso desde ya, porque muy pronto el largo plazo también se hará corto para todo lo que es necesario hacer. El momento óptimo para dar inicio a este proyecto era ayer. Y no hay propuestas.

Tenemos, entonces, dos vertientes para el desarrollo estratégico del sector: una de corto plazo, que genera condiciones básicas de factibilidad técnica, política y social y otra de largo plazo, que determina en gran medida la sustentabilidad del sistema. En la transición debemos estar atentos a los brotes de *descontento ciudadano* y cuidar la imagen de ingobernabilidad hospitalaria que surge de la casuística de problemas y denuncias a que nos hemos venido habituando. Sin embargo, en esta materia nadie ha dicho nada. Inexplicablemente nos preocupan y obsesionan más las ISAPRE, que sirven apenas al 17% de la población. ¿Por qué? Ahora pienso que quizás ello ocurra en consideración al *agravio comparativo* que representan las ISAPRE para los segmentos de la población que no tienen acceso a las mismas.

El síndrome de los hospitales públicos

Un síndrome es un conjunto de signos y fenómenos sintomáticos que pueden ser comunes a distintas causas. En un momento dado, estos signos y síntomas pueden cobrar tal importancia que se hace necesario atacarlos directamente para sacar al paciente de la situación que le compromete vitalmente, así se ataque además a la bacteria que dio origen al crítico cuadro con el más potente de los antibióticos. A continuación se listan los componentes centrales del Síndrome de los Hospitales Públicos, entendido éste de la manera que hemos descrito, enunciado y discutido desde hace mucho en los más variados foros. Pero estos son los temas que deberíamos abordar, sistémicamente:

1. Listas de espera para cirugías y procedimientos: no sólo son reflejo de un déficit de oferta -eficiencia hospitalaria incluida-, sino también de la incapacidad de modular la demanda, que excede a los hospitales y que comprometen al denominado *gestor de la red*, cuya gestión anticipativa se echa de menos. Un colega siquiatra me decía que era la falta de empatía del sistema con las necesidades de la gente.

2. Deuda hospitalaria vencida con proveedores: esta es una válvula de escape disponible con la industria farmacéutica y con los proveedores de insumos, hasta que se alcanzan elevados montos de deuda vencida. La pregunta que cabe, más allá de la sospecha de ineficiencia, es ¿cuánto de la deuda es estructural por precios de transferencia de FONASA por debajo de costos estándar? Y luego, ¿cuánto tendrá que ver esta deuda con el pago de *deuda sanitaria* -listas de espera- que se salda produciendo más servicios que los considerados en el presupuesto -la empatía de los gestores locales, siguiendo a mi colega siquiátra-, independientemente de los costos?

3. Déficit de especialistas: la renta médica asociada a la producción de determinados servicios médicos electivos -consultas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, cirugías- es relativamente baja y es plana en los hospitales públicos, sin incentivos, ni distinciones en función de la relativa escasez, de la producción o de los horarios de trabajo. La presencia de los especialistas en los hospitales públicos se explica muchas veces mejor por razones de formación. Así las cosas, la manera de conseguir especialistas para proveer anestesia en los pabellones, para turnos en las unidades de pacientes críticos, para las residencias y servicios de emergencia, se ha estado asociando a la compra de servicios médicos -simplemente *mano de obra*- que consideran honorarios de mercado. Por cierto, también existe una escasez absoluta de especialidades que deberían incrementar su oferta en el mercado del trabajo médico.

4. Subutilización de infraestructura y equipos: la actividad se concentra en las mañanas, con lo cual en las tardes se produce una gran subutilización, en especial de pabellones y boxes de consultas y también del resto del personal que concurriría a la actividad que en ellos se realizaría en presencia de médicos. En efecto, ocurre que el costo de oportunidad de los especialistas crece en las tardes, al punto de hacerse mucho mayor que la suma de la renta fija más el beneficio de la formación.

5. Restricción de oferta para consultas de especialidad y gran pérdida de recursos asociada: por asignación insuficiente de horas de especialistas por bajo interés desde los servicios clíni-

cos, por errores de programación y cancelaciones sistemáticas de agenda, por bajos rendimientos establecidos y reales y por falta de gestión de la agenda con altos porcentajes de no presentación de pacientes¹⁴. Todo esto en una dimensión especialmente sensible para la población, que les genera prolongadas esperas para conocer su diagnóstico. Es decir, espera bajo condiciones de incertidumbre.

6. Servicios de emergencia sobre-demandados: este es un efecto colateral de lo comentado en materia de listas de espera, producto de lo cual una buena parte de la demanda de estos servicios no corresponde a problemas urgentes. En el caso del sector privado, el uso de los servicios de emergencia está moderado por la protección financiera, que es baja, pues los planes de salud previsionales -ISAPRE y FONASA-, obligan a co-pagos altos en este tipo de atención. En el caso de la Modalidad de Atención Institucional -MAI- del sector público el servicio es gratuito y no queda más que confiar en el *Triage*, que si bien es lógico, la población usuaria no siempre asimila bien, siendo muchas veces motivo de discomfort e insatisfacción.

7. Déficit de Inversiones: antes del terremoto del año 2010 se estimaba un déficit de entre 2 mil y 4 mil millones de dólares. Hoy debe ser mucho más, porque además corremos lento detrás de necesidades crecientes. Basta con observar lo ocurrido en los últimos años comparando el sector público con el sector privado para entender la magnitud de este problema. Entre el año 2002 y 2008, el *índice de inversiones*, calculado como porcentaje destinado a inversiones sobre el gasto operacional total anual para producir los servicios fluctuaba entre un 5% y un 10% en el sector público y entre un 47% y un 58% en el caso de las clínicas pertenecientes a la Asociación de Clínicas, de los cuales entre 39 y 43 puntos porcentuales correspondían solo a depreciación. Es decir, mientras un sector crecía y

14. Subyace como factor explicativo general, si bien no está dimensionado, el incremento permanente de médicos liberados de guardia -los "artículo 44"-, cuya productividad ha sido singularmente difícil de administrar en los hospitales.

se actualizaba, el otro se descapitalizaba. Había *destrucción de valor*, como diría un experto.

8. Sistema de gobierno ambiguo: a diferencia de las empresas públicas, los hospitales públicos, que suelen ser una de las empresas de servicios de mayor tamaño y complejidad o que cuenta con el mayor presupuesto o que proporciona más empleo en muchas de las ciudades de Chile, no tienen un sistema de gobierno más que la directa dependencia que el Director del Hospital tiene del Director del Servicio de Salud –cuando su importancia política no le permite llegar directamente al Ministerio-. Imagínese a Codelco o a ENAP funcionando sin un Directorio y con sus gerentes en línea directa con el Subsecretario de Minería –a quien corresponde regular al Sector-. Impensable.

Y entonces, ¿qué se puede hacer para resolver los componentes sustantivos del síndrome que hemos enunciado? Sospecho que se requeriría para abordarlo, ahora sí que sí, una propuesta y un gran acuerdo nacional, como le llaman por estos días.

Alguien se preguntará -no faltará quien lo haga- ¿qué de lo anterior se resuelve con las concesiones? Como están planteadas, solo el tema señalado en el punto siete, a lo que cabe agregar la ventaja de explicitar los costos de mantención y la garantía de que tal mantención se realice, para cuidar el capital y asegurar la continuidad de servicios. Entonces surgen las preguntas ¿cómo se resolverán las necesidades permanentes de reinversión?, ¿de qué tamaño serán los ciclos de concesión, dada la rapidez del cambio tecnológico? ¿15 años? Si son de 15, cada normalización hospitalaria incrementará los costos operacionales anuales en un 35% para pagar la cuota, según podemos calcular. Veamos este asunto en más detalle a continuación.

Concesiones de invierno

El sector público de salud amerita una modernización urgente de las modalidades de ejecución presupuestaria de inversiones, por ejemplo transfiriendo recursos con reglas del juego muy claras para que los hospitales decidan autónomamente sobre

sus inversiones de reposición y den continuidad a los servicios sin tener que pedir permiso en las instancias burocráticas que se han dispuesto para el efecto, como han sido los interminables concursos vía Circular 33 que se fallan cada año al borde del cierre del período presupuestario. Cosas como éstas evitarían que el ingenio conduzca a la creación de fundaciones o corporaciones de ayuda a los hospitales para invertir sin pedir permiso o para disfrazar inversiones como gasto corriente.

Cabe recordar que en 1990 la crisis hospitalaria pública había alcanzado su máxima expresión de deterioro y junto con certificar aquella crisis a través de una comisión creada por el Ministro Jiménez de la Jara¹⁵, se dio rápido inicio a un programa de inversiones que se había venido cuajando antes de llegar al gobierno. El principal obstáculo era la capacidad instalada para ejecutarlo. Entonces, para materializar el programa se definieron diversas modalidades de ejecución: i) una centralizada, donde los Servicios de Salud delegaban a la Subsecretaría la ejecución, ii) otra semi-centralizada que se abrió a una ejecución en los Servicios de Salud, usando fondos concursables. Y, por último, iii) la ejecución tradicional descentralizada en los Servicios, con apoyo de los especialistas del Ministerio.

En función de las competencias locales, los profesionales y técnicos estuvieron a cargo de distinguir qué camino seguir y de asegurar la ejecución de los presupuestos que se asignaban, a través de una combinación apropiada de modalidades de ejecución. No fue fácil. Los recursos provinieron del Tesoro Público y de créditos de organismos multilaterales y otros blandos de países como Alemania. En esos entonces todavía no se hablaba de *concesiones*, ni siquiera de carreteras concesionadas.

Hecha la historia, si las *concesiones* hoy se reducen a un mecanismo de financiamiento de un inmueble por parte de un privado para la operación de un hospital público, éstas representan una nueva oportunidad para el sector, más si ello redundando en un mejor mantenimiento de aquel valioso capital.

15. Presidida por el Dr. Arturo Jirón, de la cual el autor de este libro fue Secretario Ejecutivo. Hay registros del informe final, perfectamente aplicable a la realidad actual de los Hospitales Públicos.

Por cierto, lo anterior es válido si la tasa de interés implícita en la operación inmobiliaria no representa utilidades extranormales, se acerca al costo de oportunidad país y deriva de un proceso competitivo.

Lo que nos ha preocupado, eso sí, es que las *concesiones* en hospitales sean resultado de la gestión de una tecnocracia ajena e insensible a los temas que importan en el sector salud. No nos extraña que hoy en día, justificadamente o no, los procesos de *concesiones* en marcha hayan presentado problemas que los han puesto gratuitamente en tela de juicio ciudadano, los que son políticamente aprovechados, a veces con no poca carga ideológica. Por ejemplo, aquel proceso que dice relación con la esperada reposición del Hospital del Salvador, donde nunca tuvo sentido incorporar al contrato la prestación de servicios que han estado por años externalizados. En eso coincidimos con los sindicatos del Hospital, porque eso no hacía falta y se confunde un asunto estrictamente inmobiliario, donde están localizadas las necesidades financieras para *inversión*, con otros asuntos de gasto corriente en los que los hospitales incurren normalmente, dentro de sus posibilidades presupuestarias.

Fue Bachelet quien abrió las puertas del sector salud a este sistema de financiamiento para los casos de los hospitales de La Florida y Maipú, casos que serían objeto de un escrutinio evaluativo ex-post, tanto de su implementación, como de su puesta en marcha y posterior operación. Esto, por lo demás, está en el marco de lo que debería realizar normalmente el Ministerio de Desarrollo Social con toda la inversión pública. Así podríamos aprender de estas experiencias en Chile y, en consecuencia, podríamos planificar mejor el futuro en función de los aciertos y errores detectados, perfeccionando los sistemas. También podríamos evaluar seriamente las razones por las que después de 5 años de adjudicación de la *concesión*, el nuevo Hospital Salvador era hasta hace muy poco apenas un hoyo en tierra, cercado por unos murallones de madera verdes como los de Jurassic Park, con portones cerrados que anunciaban salida de camiones frente a los cuales se estacionaban automóviles en forma permanente. Es decir, era un doloroso espectáculo de abandono, que por fortuna ya ha quedado atrás.

Como no ha habido evaluación de estas *concesiones*, en la actualidad lamentablemente se discute la materia sobre supuestos

y juicios insuficientemente fundados y no terminamos de saber si estos formatos son o no son apropiados para el sector salud en Chile. Se dice que los plazos de implementación y los costos se habrían excedido. Pero, ¿eso es cierto? ¿Alguien ha realizado esta comparación con *rigor epidemiológico*, considerando lo comparable y neutralizando las variables que pueden ensuciar la reflexión? En Salud Pública –nuestra disciplina– sabemos muy bien cómo hacer esto de comparar, pero quienes estuvieron a cargo quizás tengan miedo de enfrentarlo pues los resultados aparentes nos hacen sospechar que sí pudo haber habido problemas derivados de errores en los diseños y prácticas que fueron utilizadas. La receta, como se sabe, tuvo mucho de *Ley de concesiones* –originalmente concebida para financiar carreteras– y poco de inteligencia sanitaria, desaprovechándose la experiencia del propio sector salud acumulada en materia de *inversiones*. La arrogancia de los dueños de la Ley.

Una desgracia adicional que apunta a un asunto de gobernanza es que la gestión cotidiana del inmueble –la administración del contrato y la inspectoría fiscal de la operación– no está en manos de la administración del negocio y, producto de lo mismo, los gestores de los servicios clínicos –el *core business*– han de correr tras de intermediarios para resolver los problemas cotidianos que se presentan con el *up-time* de infraestructura y equipos. Esto configura un verdadero *secuestro* de recursos estratégicos del sector salud que son activos críticos para gestionar la prestación de servicios, que es lo que importa a los ciudadanos. El administrador de ese contrato no puede ser otro que el director del hospital. Pero hoy no lo es. ¿Cómo se explica?

Ahora bien, lo que está muy claro es que el sector público de salud necesita una expansión presupuestaria relevante para *inversiones* –y aparentemente los recursos escasean–, en consideración a la sistemática pérdida de capital que año a año viene ocurriendo y a los requerimientos de transformación de la infraestructura que surgen del perfil demográfico y epidemiológico actual y del rotundo y sistemático avance tecnológico de la industria médica. En efecto, por lo pronto hay una adecuación pendiente del sistema a la realidad. Por aquella razón es que no podemos farrear la oportunidad que las *concesiones* representan. Es nuestro deber hacer las cosas bien en esta materia. No podemos seguir operando subestándar.

Tenemos un sistema de *concesiones* que nos ofrece un camino para la actualización del capital de nuestros hospitales públicos y para la adecuación y expansión de la cartera de servicios. Mal que mal, sabido es que los hospitales son empresas de servicios que requieren uso intensivo de capital, tecnología y recursos humanos especializados para realizar su trabajo. El Ministerio de Salud, en tanto dueño de los hospitales, no es equivalente al Ministerio Secretaría General de la Presidencia o al Ministerio de Agricultura o al de Bienes Nacionales o a otras instituciones fiscales que, como las citadas, no requieren de inversiones importantes para la *producción* de los servicios que entregan a la comunidad. El Ministerio de Salud sí requiere realizar fuertes inversiones para cumplir con su misión, pues de lo contrario hipoteca su futuro y compromete la salud de los ciudadanos.

El Estado debe hacerse responsable de incursionar históricamente en este giro. No basta con apropiarse de los hospitales, pues también es necesario hacerlos funcionar dentro de estándares adecuados y libres de riesgos evitables para la comunidad que los utiliza. En un escenario como éste, las *concesiones* de infraestructura y equipos representan una posibilidad de no retrasar estas decisiones de actualización que son urgentes, sin que ellas representen forma de privatización alguna.

La experiencia del Reino Unido muestra que este camino le permitió al país rescatar su infraestructura pública del deterioro en que se encontraba hace algunas décadas. Hoy, hasta el edificio de Ministerio de Finanzas en Londres se encuentra en perfecto estado, gracias a las *concesiones* y nadie pensará que tal Ministerio del Reino Unido se haya privatizado. Por cierto, cientos de hospitales y escuelas también han tenido acceso a este mecanismo en el Reino Unido, que al final no es más que una suerte de crédito inteligente.

La sobre-ejecución presupuestaria

Por lo pronto, producto de las quejas del Ministro de Hacienda recientemente renunciado -otros ministros de hacienda de otros gobiernos y de otros colores se han quejado de lo mismo antes-, estaríamos asistiendo a un florido debate acerca de las causas de

la sobre-ejecución presupuestaria del sector público de la salud, que se expresa en deuda a proveedores, que en buena parte se origina en realidad en un mayor gasto del subtítulo 21 -los recursos humanos, que es donde más aprieta el zapato- y que ocurre sistemáticamente año tras año y que implica recursos que el sector asimila y consume en un dos por tres.

Entonces aparecen los especialistas, por lo general economistas y expertos financieros, que empiezan a hacer la anatomía patológica del problema y a descubrir cómo es que decenas de mecanismos de control del gasto que deberían funcionar, en la práctica fallan. Resultado de aquello es que SIGFE -el catalejo financiero de la Dirección de Presupuestos sobre el sector salud- ahora no permite sobregiros como era habitual, limitando el endeudamiento y generándose una verdadera restricción a la compra de insumos que antes no existía porque era posible colocar órdenes de compra por encima del presupuesto disponible y endeudarse con los proveedores a quienes, por sobre todas las cosas, siempre les conviene vender, así se tarden los pagos. Pero ¿es que de veras se trata de un problema de control de gasto? Me pregunto, entonces ¿en qué mundo vivimos?

Hace mucho rato que en este país se desarrolló, con el advenimiento de las ISAPRE, un robusto sector privado prestador de servicios médicos. Las cifras muestran cómo es que, excluyendo la atención primaria, la mitad de los servicios médicos que son provistos en Chile lo son por el sector privado. Producto de lo descrito, existe una fuerte competencia entre los sectores privado y público de la salud *por los recursos* para la provisión de esos servicios, en particular por los recursos humanos calificados, los especialistas, no solo médicos.

Es decir, la producción pública de servicios de salud dejó de ser una trinchera protegida y hace rato que ya ha quedado expuesta a los vaivenes del mercado, en este caso, a los vaivenes del mercado del trabajo. Hoy el sector público con sus estatutos inflexibles representa el lado más frágil de la ecuación, en particular cuando los recursos escasean, como es el caso de los especialistas médicos. Allí, el sector privado tiene todas las de ganar. La crisis de la enfermería terminó porque el mercado del trabajo fue saturado por las universidades públicas y privadas con sus egresados. Pero persiste hoy una escasez relativa en materia de Técnicos Paramédicos, que pasan fugazmente por los hospitales

públicos y que una vez desarrolladas ciertas competencias y destrezas migran prontamente hacia el sector privado donde les ofrecen un mejor pasar, lo que suele afectar de manera muy importante la producción pública de servicios quirúrgicos. Pero no hay como retenerlos. Para mejorarles un grado de la escala a los que están a contrata -los de planta imposible-, hay que pedirle permiso al Ministerio de Salud, es decir a la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. Autogestión en Red, que le llaman.

Lo descrito antes no solo tiene diversas expresiones que son finalmente problemas que aquejan al sector, como el incentivo a la provisión de servicios en el sector público a través de la compra a sociedades médicas, por citar alguno. La creación de fundaciones y corporaciones de ayuda que sortean los estatutos, por citar otros. En rigor, estos fenómenos no son mucho más que un ajuste de las remuneraciones a precios de mercado, pues los médicos cobran a través de estos mecanismos lo que el mercado está dispuesto a pagarles y no se contratan formalmente al valor del estatuto que regula sus funciones en los servicios del Estado, cuando hay cargos. Es decir, *nos hacemos trampas en el solitario*.

Piénsese no más en los Anestesiólogos, escasez de la cual nos hemos ido recuperando muy lentamente. Ahora son los Intensivistas y los Traumatólogos, por citar a algunos otros con escasez vigente. Y también ocurre que, en el resto del personal, se ha desarrollado una cada vez más estrecha relación entre licencias médicas y horas extraordinarias, detrás del logro de “ingresos-objetivo”.

Y, ojo, no hay hospital público que no esté excedido en el gasto de horas extraordinarias. Y agreguemos en la cuenta la compra de servicios a terceros frente a limitaciones de la oferta pública, que surgen del mismo fenómeno.

Entonces -he aquí una hipótesis plausible-, lo que estamos observando cuando vemos la sobre-ejecución sistemática, no es más que el resultado de la tracción que ha ejercido el mercado del trabajo sobre el sector público de salud -desarrollo del sector privado mediante-, sobre los niveles de gasto en materia de remuneraciones o, digámoslo de otro modo, en materia de retribuciones al personal. Y esto todavía no alcanza el equilibrio. Pero es inevitable. Es la realidad. Es la famosa *mano invisible*, amigos míos. Estamos expuestos. Tarde o temprano lo entenderán los que administran el gasto fiscal.

La maldita deuda hospitalaria

Se dice que se inyectan cuantiosos recursos financieros y que el sistema hospitalario público los absorbe, como el desierto sediento hará con la lluvia -al decir de Everything but the Girl- y a consecuencia de aquello no logra reducir sus niveles de endeudamiento. He aquí un problema.

¿Cuántos de los hospitales públicos están endeudados por exceso de producción -o de gran empatía con las necesidades, diría mi amigo siquiátra-, vale decir, porque entregan más servicios que los acordados con FONASA vía formulación presupuestaria? Esta es una materia que debe ser despejada de manera definitiva, pues hay hospitales que no resisten la presión asistencial, en particular aquellos con servicios de urgencia que son puertas abiertas de par en par a la demanda. La lista de espera es de FONASA, qué duda cabe, pero golpea directamente las puertas de los hospitales. El público no hace distinciones.

Por otra parte, ¿cuánto pesa finalmente el subtítulo 21, de gasto en personal (los honorarios, las suplencias y reemplazos, las horas extras y los cargos no financiados) y la propia compra de servicios de personal en la generación de la deuda a proveedores, en un escenario donde el sector público compite en formato limitado por captar recursos humanos especializados para la prestación de servicios médicos idénticos a los que se prestan en el sector privado, que hoy representa casi la mitad del mercado en Chile? Esto no es broma. Desgraciadamente, a su vez la mitad de los funcionarios públicos están en el sector de la salud, lo que transforma al sector salud en un instrumento de la Política Fiscal. Esto no pasa en las clínicas privadas. La gestión de Recursos Humanos en los hospitales públicos está *deformada* por un vector de políticas públicas -la *Política Fiscal*- que, siendo razonable e indiscutible en su esencia, nada tiene que ver con el giro que nos es propio. Como diría el Rigoletto, de Verdi: *¡aaah, la maldición!*

Falta preguntarnos ¿cómo absorbe el sector salud chileno el cambio tecnológico (la renta innovativa de la que hablaba Jorge Katz en la CEPAL) en un escenario donde no existen agencias ocupadas en evaluar la tecnología -es decir, de todo cabe en la viña del señor- y cómo se pone al día el sector público en el rezago que ha tenido para enfrentar la problemática del perfil

epidemiológico actual con sus prolongados procesos burocráticos para la realización de inversiones? Aquí hay deuda pendiente, no vamos a la par; nuestros hospitales todavía tienen grandes servicios orientados a la salud materno-infantil, su proporción de camas críticas es muy baja -mucho más baja que la que tiene el sector privado- y no se han desarrollado soluciones socio-sanitarias para pacientes crónicos que ocupan y desbordan las camas de pacientes agudos. Es cosa de ver el incremento de gastos de salud en el sector privado en los últimos años (expresión de ello es, por los vasos comunicantes, la judicialización del alza de las primas de las ISAPRE), sector que sí ha podido acompañar a la par al mentado cambio en el perfil epidemiológico. Solo ISAPRE MASVIDA mantuvo artificialmente sus precios y todos conocemos el resultado de tal comportamiento.

Por último, ¿cuál es el peso de la productividad en estos resultados financieros? ¿Hay ineficiencia hospitalaria? Seguro que en no pocos casos la habrá. Así son las organizaciones. Pero, ¿acaso sabemos dónde está esa ineficiencia y en torno al manejo de qué recursos? Este es uno de los tópicos donde más se especula y los másteres de la economía dan *ocurrentes recetas* y a destajo: que la compra por volumen (y aluden a la CENABAST), que los incentivos perversos a los que se endeudan, que los sindicatos presionan, etc. Desde ya podemos también especular que parte de la pérdida de productividad encontraría su causa en la compra de servicios médicos caros cuando no hay interesados en ocupar los cargos disponibles en la dotación o cuando los cargos no existen, porque la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda los controla uno por uno! O por el creciente peso de la liberación de guardias en el sistema.

Habida cuenta de lo anterior, se me *ocurre* también algo. Elijan a los mejores gestores hospitalarios a través de la ADP (lo que no es una completa garantía, lo sé, pero es lo que hay. Es cierto que hemos visto pasar el test psicológico a gente completamente fuera de la curva de Gauss, país pequeño, nos conocemos todos). En este tema, además, no es sano ponderar demasiado las confianzas políticas, no tiene sentido, necesitamos a los mejores no a los más amigos ni a los que quieren llegar al Parlamento. Aquí importan principalmente la buena experiencia previa, el liderazgo y la capacidad de conformar, entusiasmar y dirigir equipos de trabajo para ponerlos al servi-

cio de la comunidad. Un cargo clave es la Dirección Médica. Los buenos Directores Médicos son muy escasos y las rentas ADP no compensan los costos de oportunidad de quienes podrían interesarse en dedicarse casi exclusivamente al tema. Pero sobre todo lo dicho, háganse distinciones y póngase la gestión en manos de quienes tienen las competencias para gestionar, de una vez por todas.

Pero eso sí, entréguelen a los gestores las atribuciones para hacerlo, pues no es suficiente con designarlos a la condena de la Alta Dirección Pública -ADP- por tres ciclos trianuales consecutivos en cargos en que nada pueden administrar. Como diría Raphael de España, aquello no es más que “*arrastrar la dura cadena*”.

El problema, como se puede ver, no es trivial. Digámoslo de otro modo: su solución luce compleja. Pero así no más son las políticas públicas, no se transforman, se forman. Por cierto, algunas cuestiones estructurales tendrían que ser resueltas. Más *ocurrencias*. Se me *ocurre* que los hospitales públicos carecen de sistemas de gobierno apropiados donde los gestores den cuenta y respondan por sus actos. Del mismo modo, se me *ocurre* que los mecanismos de transferencia de recursos desde FONASA (llámeseles mecanismos de pago) no promueven una ventaja competitiva central de las respuestas sanitarias con población a cargo: la *gestión en red*, con enfoque sanitario, anticipado a la aparición de los daños.

Muertes en la lista de espera

Las listas de espera son típicas de los sistemas de salud con racionamiento de oferta o con presupuestos acotados, como ocurre en Chile con los subsidios estatales para salud, fuertemente asociados a la política fiscal (gasto público). Del mismo modo ocurre en sistemas de salud como el sistema Británico, el sistema Español, el sistema Canadiense, el sistema Francés, los sistemas escandinavos, en la medida que todos ellos usan intensivamente recursos públicos. En este contexto ha surgido en Chile la pregunta por las muertes acontecidas durante la espera, las que en el caso de nuestro país y en lo que respecta a esperas para cirugías y

procedimientos terapéuticos para diagnósticos ya realizados, dicen relación principalmente con las patologías no garantizadas por Ley (patologías No GES), desplazadas por las patologías garantizadas a partir de la reforma del año 2005.

Ayer mismo, 12 de Noviembre de 2019, los ciudadanos salían a las calles a marchar por quienes habían muerto esperando atención médica y la televisión reproducía imágenes que recordaban el trágico reclamo de los familiares de detenidos desaparecidos.

Sin embargo, atribuir las muertes acontecidas durante la espera para una cirugía directamente a causas derivadas de la no realización de la misma no es correcto en estricto rigor. Es decir, no porque la muerte acontezca durante ese tiempo podemos atribuirle directa o indirectamente a la falta de oportunidad de ese tratamiento específico. Cierto es que, desafortunadamente, habrá casos -y puede que no sean pocos- en que la patología en espera será la causa directa de la muerte o explicará la muerte en buena medida. Pero lo más probable es que en la mayoría de los casos, tratándose de cirugías electivas, las muertes no puedan atribuirse fácilmente a la falta de las mismas. Pero consideraciones como ésta no son fáciles de instalar en la apreciación subjetiva de las familias que han debido esperar y que han sufrido dolorosas pérdidas en la espera.

Al respecto, la comisión ministerial de expertos que en su momento se constituyó para pronunciarse sobre el asunto no fue concluyente, lamentablemente, entre otras cosas por problemas y falencias que fueron detectadas en la información disponible, según señalaron sus miembros. Y ya nunca más se volvió a constituir la comisión. Sin embargo, hay un “sentido común” epidemiológico que permite levantar lo expuesto como hipótesis de trabajo para entrarle al asunto. La hipótesis a corroborar sería que las muertes no encuentran explicación en la espera y así el peso de la prueba se desplazaría a negar esta hipótesis.

Las patologías que esperan por una resolución quirúrgica son por definición electivas. Es decir, no son de urgencia, podrían esperar. El problema es cuánto tiempo podrían esperar, pues ello dependerá en muchos casos de las razones clínicas asociadas a la patología al momento de prescribir la cirugía e ingresar al paciente a la lista de espera. Distinto es el caso en que se espera por una interconsulta a una especialidad, situación en que ni siquiera se conoce el diagnóstico.

En un escenario como el descrito, a la espera de una cirugía o un procedimiento una vez realizado el diagnóstico, si bien importa reducir los tiempos de espera en cada caso, esto puede tentar a los gestores a operar con lógica de “first in, first out”, es decir, intervenir primero al más antiguo, pues eso impacta más en la reducción de los tiempos promedio de espera. Esta lógica, que se arraiga fuertemente en el sentido común de la ciudadanía y de los medios de comunicación, no distingue personas que deberían llegar al pabellón antes que otras por razones clínicas y, en consecuencia, esta lógica sí incrementa el riesgo de empeorar esperando y, aún cuando éste fuera bajo, también incrementa el riesgo de morir durante la espera por razones propias de la espera. Es decir, la lógica descrita de “first in, first out” carece de *inteligencia sanitaria*, si bien vive cómodamente, como ya dijimos, en el sentido común de las personas.

La revisión sistemática de la literatura nos enseña cosas. Primero, que hay patologías en que es posible esperar hasta el límite de la vergüenza institucional, pues ello no tendría mayor trascendencia para la salud del paciente salvo por el hecho de *permanecer más tiempo* con la enfermedad. Pero ojo, la vergüenza sí es un límite y la paciencia también. Segundo, que el *dolor*, la *discapacidad* y el *pronóstico* (empeoramiento esperado en el tiempo) deben ser considerados al momento de constituir la lista de espera. O sea, el paciente no iría al final de la lista por ser el último en ingresar y podría quedar situado más adelante en función de razones clínicas cuya presencia sea posible verificar. Y, por último, la evidencia también nos enseña que puede haber consideraciones sociales a tener en cuenta, como pacientes que tienen niños o ancianos a cargo o son el proveedor principal en la familia, por lo que su recuperación es de gran trascendencia.

Una gestión de la lista de espera con criterios clínicos y sociales además de la antigüedad, requiere, eso sí, resolver frente al ciudadano los problemas de transparencia del sistema. Es indispensable que el ciudadano conozca su lugar en la lista y las razones por las que se ubica allí, así como mantener con él una estrecha vigilancia y disponibilidad para responder sus dudas o consultas por teléfono o por la web. Esto es central y golpea sobre los diversos mecanismos informales de acceso a las cirugías que existen en los hospitales públicos, razón por lo cual una cosa como ésta suele ser impopular y de implementación

difícil en la organización. Pero si se trata de minimizar los riesgos de empeorar o morir esperando, por más bajos que fuesen, no queda más que hacerlo.

Ahora bien, preciso es señalar -y que me disculpe el Presidente Lagos, a quien admiro- que lo que se vive en el sistema de salud chileno hoy es una consecuencia esperada de la implementación del sistema de garantías explícitas (GES), sistema de priorización de problemas de salud del cual se desprende naturalmente la postergación de las patologías no incluidas en el sistema, para una capacidad instalada dada y una productividad constantes. Salvo, como hemos venido observando, que los tribunales de justicia digan otra cosa. O que lo diga mi amigo siquiatra, que se queja de la falta de empatía del sistema. Habría que contarle que, a consecuencia de la reforma del año 2005, en Chile existen la *empatía* GES y la *falta de empatía* No GES.

Preciso es señalar también que los tiempos de espera sí podrían ser reducidos o su incremento sí podría ser controlado. La fórmula, si bien conocida, es compleja, en particular porque abre al debate aparentemente antagónico de *más recursos versus más gestión*, del cual cuesta salir ileso. Sin embargo, la receta es, como suele suceder en la vida, una *combinación* de ambas cosas.

En primer lugar, más recursos. Es necesario invertir. En perspectiva de largo plazo, el sector público muestra un problema de capacidad instalada que tiene su expresión más nítida en una enorme necesidad de inversiones -una buena parte de actualización, simplemente- así como en la escasez de especialistas. En ambos casos se están realizando esfuerzos para mejorar la situación, pero los resultados no serán significativos muy pronto, pues las inversiones han de materializarse, lo que en el sector público y su institucionalidad ad-hoc puede tomar *muchos años* y los médicos especialistas han de formarse y, no nos olvidemos, también han de remunerarse (obsérvese el avance y retroceso en el intento de fijar tarifas para la contratación de especialistas a honorarios que se produjo a fines del 2018 en los hospitales públicos). Por cierto, también los especialistas pueden “importarse” para apurar el tranco en el cierre de las brechas, lo que en la práctica ha venido ocurriendo de manera creciente.

En segundo lugar y en perspectiva de corto plazo, cabría hacer más y mejor gestión para incrementar el buen rendimien-

to de los recursos que ya están disponibles, dado que cierta capacidad instalada *en el margen* sí existe. Claramente, los hospitales ofrecen un perfil de problemas de gestión que podrían abordarse en beneficio de reducir los tiempos de espera como, por ejemplo, mejorar la actividad médica en horarios de tarde, evitar la suspensión de cirugías programadas, arrancar con los pabellones muy temprano en la mañana, administrar mejor la agenda médica de consultas de especialidad para evitar pérdida de horas, etc.

Pero cuidado, no es sólo un asunto de inversión y gestión, sino también de gasto corriente, pues alguien debería concurrir a financiar el costo variable del incremento de productividad y ese alguien ha de ser ni más ni menos que el asegurador público, el Fondo Nacional de Salud -con todas sus letras, FONASA-. De lo contrario, los incrementos de productividad conducirán a deuda con los proveedores y los gestores no tendrán incentivos para mejorar.

Interconsultas de especialidad en la red asistencial

Ya dijimos que las listas de espera son prácticamente una característica de los sistemas de salud con racionamiento de oferta o presupuestos acotados, como ocurre en Chile con los subsidios estatales para salud, fuertemente determinados por la política fiscal (gasto público).

Cuando nos hemos referido a las listas de espera para la realización de cirugías que ya han sido indicadas por los especialistas -es decir, una vez diagnosticados y evaluados los casos-, dijimos que tratándose de cirugías electivas había patologías en que sería posible esperar hasta el límite de la vergüenza -y de la paciencia de los pacientes-, pero el dolor, la discapacidad y el pronóstico -empeoramiento esperado en el tiempo- deberían ser considerados al momento de constituir la lista de espera y priorizar el acceso, de acuerdo a lo que se desprende de la revisión sistemática de la literatura que la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y el Instituto de Neurocirugía realizaron en un proyecto FONIS. No pretendemos con esta reflexión eludir el asunto de la expansión de recursos que subyace y que

estará siempre presente en la discusión presupuestaria, pero cuando decimos lo que decimos aquí estamos poniendo el foco en la mejor manera de priorizar, cualquiera sea el presupuesto disponible. No por antigüedad, sí por criterios clínicos.

Dijimos también que una cosa como la expuesta debía hacerse de manera transparente para el ciudadano, por lo que se enfrentaba a los *mecanismos* informales de acceso a las cirugías que existen en los hospitales públicos -en un significado *carioca*¹⁶ del término-, razón por la cual estas soluciones de *inteligencia sanitaria* solían ser de implementación muy resistida, compleja y extenuante.

Siempre uno se encuentra de bruces con la cultura organizacional, con el modo en que por años se han venido haciendo las cosas, con las libertades para la asignación de recursos que los médicos sienten que son parte de las facultades inherentes a su ejercicio profesional. No a los fríos algoritmos tecnocráticos, nos dirán. Pero si se trata de minimizar los riesgos de empeorar o morir esperando de los pacientes no queda más que ir adelante en reducir la potencial arbitrariedad, teniendo en cuenta que éste debiera ser necesariamente un espacio de encuentro entre las deontologías del clínico y del gestor. Aquí no habría desacuerdo posible, sí mucha convergencia: de eso se trata finalmente la mentada gestión clínica.

Ahora bien ¿aplica todo este razonamiento al caso de las Interconsultas que se remiten desde la Atención Primaria y otros establecimientos a los centros de especialidad de los hospitales de referencia? No, no aplica. No lo hace porque, en efecto, se trata de casos que deben ser objeto de evaluación y diagnóstico por el especialista para luego resolver acerca de su enfrentamiento terapéutico. Es decir, al momento de su derivación se sabe poco de lo que pasa y es precisamente para saber más que el paciente se deriva. La capacidad resolutive del centro derivador está sobrepasada, surge una duda, una presunción que hace necesario obtener una opinión más experimentada.

En el escenario descrito surge el fantasma de la *pertinencia* de cada derivación, en particular cuando el financiamiento de

los centros derivadores es per-cápita y existen entonces incentivos para derivar más de lo necesario o para hacerlo ante la más mínima duda. Es decir, el especialista sospecha que tras el gran volumen de Interconsultas que se reciben y cuya resolución está pendiente, muchas de ellas serían innecesarias. Pero no lo sabrá bien hasta después de haber atendido al paciente. Y entonces ¿qué hacer antes?

Algo hay que hacer, qué duda cabe, porque el sistema se desborda, las Interconsultas se acumulan y los tiempos de incertidumbre se prolongan. El ciudadano permanece con un pendiente acerca de su estado de salud en medio de un quiebre en su continuidad asistencial que le genera una pérdida de confianza en el sistema y un juicio de mala calidad del servicio, a él y a su familia. Y ojo, que alguien se podría morir mientras está esperando. Entonces vienen las recriminaciones, las estadísticas, la prensa y el clamor por más recursos, cuando no por mejor gestión -esto es más raro- y en aquello de expandir la oferta de especialistas sí que hay bastante paño que cortar. Pero ello -el corte del mucho paño- no ocurrirá en este comentario, pues no entraremos a la reflexión sobre el *mercado del trabajo médico*. Solo diré que hay barreras de acceso a la especialización que los propios especialistas del rubro ponen en muchos casos.

Volvamos por ahora a la *pertinencia*, a ver si en algo podríamos contribuir. Aquí hay al menos dos modos de enfrentar un eventual exceso de interconsultas por restricciones subsanables a la capacidad resolutive local. Dos modos y sus variantes, por cierto.

Un primer modo es a través de una evaluación ex post, después de ocurrida la *impertinencia*, retroalimentando apropiadamente al derivador institucional e individual. Esto sería posible gracias al uso de buenos registros que permitan construir tasas de derivación que sean comparables con estándares, de manera diferenciada para cada especialidad. Es decir, supone contar con buenos sistemas de información que permitan desarrollar programas orientados a mejorar la capacidad resolutive institucional e individual -por médico-, pero también supone la práctica de un sistema de contra-derivaciones amable y formativo, a través del cual se proporcione al derivador los elementos necesarios para la mejora. Incluso los especialistas podrían visitar al nivel derivador con una determinada frecuencia.

16. Aludimos a los "mecanismos" del caso Odebrecht, en Brasil.

La segunda posibilidad es abordar la *impertinencia ex-antes*, montando una especie de *triage* para cada una de las especialidades. Producto de tal abordaje colectivo, un determinado volumen de interconsultas sería calificado como *impertinente* a juicio del especialista a cargo. Pero en un sistema como éste se debería garantizar que exista mínima arbitrariedad, razón por la cual deberían generarse protocolos de derivación para problemas frecuentes de cada especialidad -muchos- en contraste con los cuales juzgar la *impertinencia*. Del mismo modo, el nivel derivador debería conocer oportunamente la calificación del caso como *impertinente* y las razones de tal calificación, no solo por razones formativas, sino por la necesidad de encontrar soluciones alternativas apropiadas para el ciudadano que espera. Es decir, también cabría montar un sistema de información expedito para la práctica de esta solución.

Una sofisticación agregada al sistema que se monte podría ser el uso de la telemedicina para presentar los casos desde el nivel local a los especialistas a cargo del *triage* y generar una conversación nutritiva para los efectos de resolver el problema, con no poca inversión en TICs mediante.

Ahora bien, como montar la segunda opción en realidad no descarta el uso de la primera, pues existirán siempre casos que podrían resolverse bien localmente con un poco de transferencia de competencias, una combinación de ambas pareciera estar en el umbral de la solución y de seguro que algunas experiencias respecto de la primera y la segunda, ambas, separadas o en conjunto, existirán en algún punto de alguna de las 29 redes asistenciales públicas que existen en Chile. De modo tal que bastaría con descubrir, conocer y adaptar.

Quizás la pregunta de fondo siga siendo ¿están acaso los incentivos bien puestos para que una cosa como lo que se propone funcione y funcione bien? A veces -y después de décadas de convivencia con el problema, que no es nuevo- diera la impresión de que al sistema prestador de servicios este asunto poco le ha importado. ¿Será cierto la famosa falta de empatía que reclama mi colega siquiátra?

Pero ¡cuidado!, el problema hoy se hace evidente no porque la lista de espera sea más larga, sino porque el ciudadano ha ido perdiendo crecientemente la paciencia. Es la paciencia la que se ha ido acortando.

Todo caso es pertinente: la conectividad de Chile

Por lo pronto, vientos frescos se colarían para la gestión en red de la provisión de servicios en el sector público de salud. Abriría sus puertas al público una iniciativa que irrumpe con pretensiones de contribuir a resolver quiebres en la continuidad de cuidados que hoy se presentan frecuentemente en la modalidad de atención institucional de patologías No GES de FONASA, la que fluye por la red pública de servicios en nuestra singular geografía. Estos quiebres, como hemos dicho, se conocen como *tiempos o listas de espera* para interconsultas de especialidad -quiebre 1- o para la resolución final de los problemas que ya han podido ser estudiados y diagnosticados -quiebre 2-, que son, la mayoría de las veces, procedimientos quirúrgicos.

Se espera que después de un tiempo una buena parte de la demanda por servicios No GES de especialidad y quirúrgicos se cursen por vía virtual y hayan sustituido demanda tradicional, impactando positivamente sobre la oportunidad de la entrega de servicios. El lema que refleja la filosofía de que *todo caso es pertinente* promete un abordaje nuevo, libre de los prejuicios limitantes y de la desconfianza que subyacen a los quiebres de servicios que ya hemos descrito. En la gradualidad de la implementación, esperamos que pronto se sumen todas las especialidades críticas, los Comités Oncológicos virtuales y otras iniciativas que se habían venido desarrollando previamente.

Habida cuenta de lo planteado, la vía virtual representa también una gran oportunidad para resolver un problema país, que es nuestra "loca geografía". Como sabemos desde niños, Chile es una larga y angosta faja de tierra, entre cordillera y mar, que concentra poblaciones en la capital y en grandes urbes distantes entre sí y luego distribuye al resto de la ciudadanía en poblados pequeños muy distantes unos de otros y lejos de las grandes urbes.

La dispersión poblacional de Chile se agudiza por el norte, resultado del escenario desértico en que la población se distribuye y, por el sur, producto de accidentes geográficos de las más variadas formas, como golfos, fiordos, canales, etc. De hecho, Chile tiene una carretera de tránsito bajo hacia el norte y hacia el sur tiene una carretera austral que en ocasiones no es más que una huella en el mar. Si usted sobrepone el mapa

de Chile sobre Europa, descubrirá que éste se despliega desde Lisboa hasta Moscú.

Esta circunstancia geográfica resulta en inconvenientes de todo tipo para el desarrollo de las regiones, que explica tensiones de larga evolución donde el nivel central figura como un mezquino acaparador de recursos. En el caso de los servicios de salud, ocurre que cierta capacidad resolutive de problemas complejos es prácticamente imposible de instalar en regiones, por un lado por el esfuerzo económico a desplegar –si bien esto podría resolverse con una política de subsidios estatales firme, robusta en recursos y plena de convicción- pero, por otro lado, por los riesgos de someter a la población a procedimientos infrecuentes para un número pequeño de casos asociados a su baja incidencia, que harían preferible su desplazamiento a centros donde esos procedimientos sean de realización frecuente y libres de riesgo, centros donde los especialistas prefieren también ejercer su trabajo por razones de entrenamiento, mismas que explican su desinterés por ir a regiones. En este último aspecto, una política orientada a compensar rentas de especialistas en regiones podría ser siempre insuficiente y sólo conducente al escenario de renunciar al ejercicio de la especialidad por falta de training.

Es decir, para efectos del interés regional, tratándose de la resolución de problemas de salud tenemos un círculo vicioso y una verdadera paradoja. Es increíble que siendo Chile el país que es y que ha sido desde siempre –citamos de nuevo a Nicola di Bari-, tengamos todo el tiempo problemas para trasladar desde regiones a algún paciente con urgencia o, por decirlo de manera más contingente, para transportar un órgano que se requiere para realizar un trasplante que salvará una vida. A pesar de los generosos presupuestos que asignamos a las fuerzas armadas, no hay en regiones helicópteros o avionetas *siempre disponibles* para el efecto. Esto sería impensable en un país escandinavo, por ejemplo.

Recién ayer, el Neurocirujano principal del Instituto de Neurocirugía, refiriéndose al caso de una joven derivada desde Arica, me decía que de haber sido derivada el día sábado, apenas ocurrió su desafortunado accidente, el pronóstico de la paciente habría mejorado significativamente. Pero no hubo medios para ese traslado, recién hasta el lunes.

Aquí es justo donde y cuando hacemos suficiente claridad frente al problema: se trata de la *conectividad de Chile*, incluyendo la carretera virtual, ahora como una posibilidad de poner capacidad resolutive en regiones apartadas sin una expresión física concreta, donde ya no importaría esta última, sino sólo incrementar la probabilidad de resolver los problemas de salud de la comunidad y a veces hasta de sobrevivir. La conectividad es un proyecto de “perogrullo”, lo ha sido siempre y más ahora que la tecnología está disponible para facilitararlo.

Por qué la deuda hospitalaria puede ser injusta

Reconozco tener cierto entusiasmo, al menos teórico –el peso de la academia-, por la asignación de recursos financieros como medio para inducir determinados comportamientos, en particular, por la asignación per cápita cuando se trata de servicios para población *a cargo*, como sería el caso de la modalidad de atención institucional –MAI- de los beneficiarios de FONASA, mecanismo donde la totalidad de los riesgos de enfermar estaría transferida al propio prestador. En el caso de Chile, cuando aludo al prestador me refiero a la red pública de servicios, los hospitales del Estado, los consultorios de la atención primaria y las Direcciones de los Servicios de Salud para la coordinación de la red en cada uno de los territorios donde la población reside, ha sido asignada o se ha inscrito. Me mueve en lo principal el interés por promover la *gestión en red*, anticipativa a la aparición de los daños, manteniendo a las personas sanas durante la mayor cantidad de tiempo que sea posible. Creo en eso. I’m a Believer, como dirían Los Monkees. Nadie escapa a los fundamentalismos.

En el caso chileno existen 29 redes territoriales de servicios, estructuradas con una atención primaria de cobertura urbano-rural muy amplia en la base, radicada en los municipios y, en la cúspide de la pirámide, un hospital de multi-especialidad –la solución de último término en el territorio-, hacia donde se refieren los casos que requieren de mayor capacidad y especificidad resolutive –en ocasiones se hace referencia a la “complejidad”, pero aquello se ha de verificar en lo técnico, no

necesariamente en lo social-. En la interfase hay soluciones variadas de atención abierta y cerrada, por lo general hospitales de capacidad resolutive media o menor y Centros de Referencia de Salud -CRSs-.

Claro está que hay soluciones que se escapan a las fronteras de estas redes territoriales, a partir de la concentración de polos resolutivos para problemas complejos de muy baja incidencia, las que sirven a los intereses de macro-regiones o del país, como es el caso de los Institutos, emplazados en algunos de los 29 servicios, por lo general en la Región Metropolitana, hacia los cuales la solución de último término para determinados problemas específicos ha sido desplazada por razones económicas y, sobre todo, por razones de riesgo.

La asignación de recursos actual, según sabemos, tiene una base capitada por persona inscrita en atención primaria -los municipios- a la que se agrega financiamiento de programas especiales orientados a promover determinadas líneas de acción asistencial en ese mismo nivel. Para los hospitales la cuestión está basada en transferencias que tienen una proporción variable de presupuesto histórico -PPI-, por una parte y, por otra, una parte asociada a la provisión de soluciones determinadas, con pago por prestaciones valoradas -PPV-, que son *canastas* estandarizadas de servicios asociados a la resolución de un problema de salud determinado que FONASA ha desarrollado, para luego tarificar y comprar, transfiriendo el riesgo productivo -la eficiencia- al prestador. La proporción de financiamiento PPV aumenta a mayor capacidad resolutive técnica de los establecimientos asistenciales y el PPI termina siendo una variable de ajuste.

El programa GES, por ejemplo, se basa en este tipo de *canastas* y su presencia es determinante de la cartera total de servicios que los hospitales deben ofrecer, pues son garantías explícitas que representan derechos ciudadanos exigibles dentro de plazos y estándares de calidad definidos y que, como tales, deben ser priorizadas por sobre lo No GES. Con la llegada de GES muchos hospitales han debido modificar sus carteras de servicios o al menos el mix de servicios efectivamente producidos. Los Paquetes Asociados a Diagnóstico -PADs- que FONASA compra a prestadores privados, también son *canastas* y mucha de la medicina privada orientada a la clase media se

practica en clínicas que viven y se financian apropiadamente con estas *canastas*. Ahora mismo se está tras evolucionar al pago por *canastas de canastas*, que son agrupaciones de *canastas* ordenadas por costos comparables, los famosos Grupos Relacionados de Diagnósticos -GRD-.

Así las cosas, entonces, de la sumatoria de las asignaciones per cápita del nivel primario, más los programas especiales en ese nivel, más los presupuestos de los hospitales que mezclan historia y presente productivo priorizando GES, más el presupuesto de quien coordina el quehacer territorial -la Dirección del Servicio de Salud-, surge un total que representa el marco presupuestario para la provisión de servicios de la modalidad de atención institucional del sistema público -MAI-, en cada territorio.

Si bien se sabe de algunos problemas de salud que tienen mayor incidencia en determinadas regiones, como por ejemplo el cáncer en Antofagasta, las poblaciones de los Servicios de Salud beneficiarias de FONASA tienden a parecerse en sus perfiles socioeconómicos, demográficos y epidemiológicos, ergo en sus riesgos de enfermar. Visto así, los montos per-cápita entre Servicios de Salud deberían tender a parecerse, correcciones más o menos. Sin embargo, aun así, nos preguntamos ¿recibirán todas las personas asistencia en función de sus necesidades de salud del mismo modo y en todas partes? ¿serán suficientes los recursos de que se dispone para aquello? ¿el desempeño de la red asistencial de los Servicios de Salud y el uso de los recursos que hacen para proveer asistencia será siempre eficiente y de calidad comparable? Y, por último, ¿acaso son los resultados sanitarios atribuidos a la asistencia igualmente buenos, si es que lo son, en todos los Servicios de Salud?

Entonces, ocurre que al empezar a responder estas preguntas se nos aparecen los fenómenos índice que nos hacen doler la cabeza en el sector y que limitan el alcance de nuestra reflexión, que son básicamente dos: primero, las listas de espera -que son de problemas de salud No GES-, medidas en personas y, segundo, la deuda hospitalaria a proveedores de insumos y medicamentos, medida en pesos.

El primer fenómeno resulta de las insuficiencias, sea de recursos, de gestión o de una combinación de ambos. Es la denominada *deuda sanitaria*, la asistencia que no se está proporcionando a la población. El segundo fenómeno, el de la deuda

en pesos, es contraparte del primero y si bien puede responder a un problema de gestión, suele responder en buena medida a Hospitales y Servicios de Salud que deciden pagar la *deuda sanitaria* por su propia cuenta, sin contar con los presupuestos para esos efectos. Cabe enfatizar que la deuda sanitaria prioritaria, que es GES, no existe, porque ha de estar siempre teórica y jurídicamente saldada. No siempre es así, pero ES así. La deuda en pesos, entonces, encontraría explicación en Hospitales y Servicios de Salud que resuelven por sí y ante sí -ya mencionamos a nuestro siquiátra y lo de la empatía- proporcionar más servicios a la población para resolver problemas No GES -la *deuda sanitaria* remanente o propiamente tal-. Y no es novedad que para entregar esos mayores servicios haya que incurrir en gastos en personal e insumos que, como no hay presupuesto para ello, se obtienen de los proveedores, a quienes se aplazan prolongadamente los pagos.

Esto que para algunos puede resultar loable, dado que se paga *deuda sanitaria*, para otros puede ser reflejo de irresponsabilidad o incompetencia de los gestores, cuyo deber deontológico número uno cuando se trata de recursos públicos sería atenerse al presupuesto, que en términos prácticos y jurídicos corresponde a una autorización máxima de gasto. Se argumenta que no hay modo de contener el mayor gasto, pues se debe enfrentar, por una parte, las demandas que golpean en la puerta del hospital y en las páginas de la prensa -sobre todo cuando hay puertas anchas, como en los servicios de urgencia de los grandes hospitales- y, por otra, a los equipos clínicos que están siempre interesados en responder a esas demandas pues han sido formados para hacerlo -lo viven como su propio deber deontológico- y también lo están por razones de sus desarrollos profesionales e intereses como especialistas, expandiendo selectivamente en la práctica la cartera de servicios en determinadas direcciones No GES.

Si bien lo anterior puede ser comprensible, el gran problema es que tales decisiones de entregar más servicios que los que se encuentran financiados con los presupuestos ya definidos, terminan por destruir definitivamente la equidad en el sistema -si fuera cierto que esta exista previamente-, porque solo se paga la *deuda sanitaria* de una parte de la población y, como se entiende y se sabe, las deudas en pesos y las consecuen-

cias en incrementos de precios derivadas finalmente se pagan entre todos, los que se endeudan y los que no se endeudan. Y como todos tienen, puertas afuera, listas de espera que resolver o *deudas sanitarias* que saldar, las posibilidades del resto de saldar sus propias *deudas sanitarias* se reducen. Y no solo eso, pues a consecuencia de lo mismo, en los casos que no se endeudan, dado que concurren a pagar los pesos de los que sí lo hacen, sus futuros presupuestos se reducen y su *deuda sanitaria* crece.

Lo descrito antes, digámoslo de una vez, no parece justo. Necesitamos más recursos, qué duda cabe, me sumo a la petición, pero a lo mejor se hace necesario revisar si acaso, por la vía de un buen per-cápita no sería el momento de ajustar los presupuestos de los Servicios de Salud de una vez, ordenando de este modo la ejecución presupuestaria en función de las necesidades efectivas de la población. De este modo podríamos recuperar la eficacia de la formulación y ejecución de los presupuestos asignados, valiosísimos instrumentos para la gestión.

Ah!. Y por último. No podemos perder de vista que, al fin y al cabo, la *deuda sanitaria* es una deuda del seguro público, FONASA y no del hospital, sobre quién suelen recaer las sospechas de ineficiencia -que a lo mejor no hay- y, derivado de aquello, las penas del infierno.

Reforma a los mecanismos de pago

Si se pagan los servicios médicos por cada prestación, muchas prestaciones serán realizadas por el prestador y quizás se producirá, en algún grado, consumo innecesario de servicios, como ya dijo un ex ministro del ramo. Si se paga por persona a cargo -per cápita-, la tendencia será al revés y se harán esfuerzos para mantener a las personas sanas al riesgo de limitar en ocasiones el consumo de servicios médicos necesarios. En el medio de estos extremos, si se paga por diagnóstico resuelto o por diagnósticos relacionados, el prestador optimizará la función de producción usando las prestaciones justas y necesarias para resolver el problema real y a la vez minimizar los riesgos asociados al tratamiento. Sólo cabrá definir cómo enfrentar

complicaciones que obedezcan al azar. Estos son los conocidos *mecanismos de pago* que incentivan o promueven determinados comportamientos en los prestadores de servicios médicos. Es decir, no bastaría con financiar, sino que importaría mucho el *cómo hacerlo*.

Pero a veces se peca de exceso de confianza en los *mecanismos de pago* a quienes prestan servicios médicos para la comunidad, en tanto incentivos que intentan promover determinados comportamientos. Se plantea que en estos mecanismos estarán contenidos los estímulos que harán de la provisión de servicios médicos una cuestión más eficiente y de mejor calidad.

Recuerdo perfectamente bien que ésta era la hipótesis de trabajo que se planteó precozmente al inicio de la saga de gobiernos democráticos, en 1990, cuando se elaboraron los primeros proyectos con asistencia técnica del Banco Mundial. Se dijo: hay que cambiar los mecanismos de pago en los hospitales públicos, esa es la clave. Dime como te compro y te diré quién eres. Y se recurría a la experiencia del cambio del FAPEM, facturación de atenciones prestadas en los municipios, para sustentar esta hipótesis, sustento razonable por aquellos entonces.

En las clínicas privadas, claro está, el pago por servicios prestados *-fee for service-* ha sido la manera normal de financiar la actividad productiva y los aseguradores *-ISAPRE incluidas-* no han destinado mucha energía a desarrollar esquemas de compra de servicios que sean eficaces contenedores del gasto o promotores de eficiencia.

Después, las reformas de la Thatcher y la continuidad de las mismas en manos de Blair, trajeron desde el Reino Unido la misma hipótesis, ahora fortalecida por las teorías de los denominados *cuasi-mercados*, que eran las lógicas de mercado, de la compra y venta de servicios *-purchase-provider-*, instaladas dentro del sector público. Se creó en esos entonces la idea del *administrador de fondos* *-fundholder-*, transfiriendo recursos y poder de compra de interconsultas de especialidad a los Médicos Generales *-GPs-* y muchos viajamos al UK en su momento para conocer estas magníficas reformas. La información que recibimos al día de hoy, casi 30 años después, es que persisten prolongadas esperas para el acceso a los especialistas y a las cirugías, siendo éstas las principales causas de descontento ciudadano con el sistema. ¿Será acaso un problema de escasez

de recursos frente a necesidades infinitas y de instituciones insensibles a los incentivos?

La compra *prodigiosa* de servicios médicos se transforma en razón para justificar una reforma que se plantea hoy y que considera principalmente el fortalecimiento de FONASA, transformándolo en un *seguro público*, asunto del que se viene hablando desde hace tiempo, con una Ley ya tramitada y reglamento pendiente. Al mismo argumento se recurre para sancionar la discusión de asegurador único vs. aseguradores múltiples para administrar una cobertura universal, en favor de la primera opción, como el Colegio Médico ha propuesto recientemente. Esto es la *compra monopsonica* *-el poder del que compra-* como camino para presionar a los prestadores a empaquetar servicios y para conseguir buenos precios, o simplemente fijarlos y así controlar, además, la mentada expansión de los costos.

Sin embargo, dejando *pendiente* una discusión acerca de la suficiencia del presupuesto asignado al sector de la salud, hay tres problemas que no estarían bien resueltos en una reforma como la que hoy se plantea, problemas que tienen la virtud *-en este caso el vicio-* de potenciarse entre sí.

El primer problema es que los temas de calidad no parecen resolverse bien con cambios como los descritos. Más aún, podrían estos cambios producir deterioro en la calidad de los servicios a consecuencia de una presión desmedida sobre los prestadores, lo que no es tan difícil de imaginar si vemos a FONASA también como potencial agencia de la restricción presupuestaria, socio estratégico de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda en el ejercicio de la Política Fiscal y del control del gasto público, al fin y al cabo.

El segundo problema, que explica en buena medida que los resultados de este tipo de transformaciones basadas en el *poder del que compra* suelen ser magros, es que no hay modo de comportarse en función de los *incentivos* que en teoría han sido puestos si los prestadores públicos tienen las manos atadas y son *insensibles* en términos prácticos a tales estímulos. Es decir, si se quiere que los incentivos funcionen, es necesario que los hospitales puedan gestionar sus recursos, en particular sus recursos humanos, para responder oportunamente a las arremetidas de un mercado del trabajo competitivo *-el caso más crítico es el de los técnicos paramédicos de pabellón, relativamente escasos, cuyos grados no*

pueden ser modificados por los gestores- y también es necesario proveer financiamiento a los hospitales para compensar la depreciación de sus activos, facilitándoles las decisiones de reposición que, cuando no ocurren, pueden significar severos quiebres en la continuidad de los servicios.

Me pregunto si cosas como las descritas en el párrafo anterior serán posibles de lograr dentro de plazos razonables, en el marco institucional que rige el uso de los recursos públicos. Por lo pronto, al menos cabría incorporar la capacidad de respuesta hospitalaria en el paquete de reformas.

Y el tercer problema es que la compra de prestaciones e incluso la compra de paquetes asociados a diagnósticos o de grupos de diagnósticos relacionados, situada en una relación directa entre FONASA –el comprador- y los hospitales públicos –los prestadores de servicios-, no promueve –es decir, *no incentiva*, para ponerlo en el lenguaje de este comentario- la principal ventaja competitiva de un sistema público que funciona con población a cargo: la *gestión en red*, territorial, anticipada a la aparición de los daños.

Reforma de la MAI de FONASA¹⁷

El Sistema de Salud Chileno tiene en la actualidad algunos problemas gruesos: i) unos 4 millones de personas han venido recurriendo a cobertura financiera adicional a la provista por el sistema de seguridad social, a pesar del sistema de garantías explícitas (GES) que se ha venido expandiendo y que alcanza hoy a cubrir 85 problemas de salud, ii) una buena porción del gasto público –cotizaciones obligatorias para salud- está asociado a la compra de seguros que tarifican por riesgo, en el sistema de Instituciones de Salud Previsional –ISAPRE- y, iii) el gasto de bolsillo se ha venido incrementando, asociado principalmente a desprotección

17. Estas ideas ya han sido vertidas en una publicación realizada en la Revista Médica de Chile el año 2015 en: “Propuestas de Reformas a los Prestadores Públicos de Servicios Médicos en Chile: Fortaleciendo la opción pública”.

financiera al momento de atenderse en clínicas y hospitales (copagos) y a la compra de medicamentos, con o sin recetas, alcanzando en la actualidad a un 38% del gasto total en salud.

A lo anterior cabe agregar que la población beneficiaria del Fondo Nacional de Salud calificada como indigente solo puede recibir servicios a través de la modalidad de atención institucional –MAI- que es provista por la red pública, en la cual también se atienden grupos no indigentes que tienen la opción de usar una modalidad de libre elección –MLE- en oferentes privados, preferentemente para servicios ambulatorios cuya cobertura financiera es mayor. El caso de la MAI, entonces, agrega a los problemas descritos en el párrafo anterior el racionamiento de servicios, del que se desprenden tiempos de espera y pérdida de oportunidad en la atención que no se encuentra explícitamente garantizada (No GES). A ello suma también un problema de trato.

Por lo pronto dejaremos de lado una desgastadora discusión acerca del devenir de las ISAPRE a la que nos hemos referido en reiteradas oportunidades, para poner ahora el acento en el problema de la Modalidad de Atención Institucional –MAI- que hemos descrito, identificando propuestas de reforma para la red pública de provisión de servicios, en especial para la red de Hospitales que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud, especialmente en consideración a que se trata de una oferta monopólica para un volumen importante de compatriotas.

En lo esencial, se propone una modificación del esquema de financiamiento y del sistema de gobierno del subsector público prestador de servicios de salud con modificaciones e incentivos para producir *gestión en red*, junto con la transferencia efectiva de atribuciones para la gestión de los hospitales, siguiendo la idea que nos imaginamos que existía en el 2005 en torno a aquello de llegar a ser un *hospital autogestionado en red*.

En definitiva, la propuesta está basada en tres ejes orientados a producir cambios que signifiquen más y mejores servicios a la población que se atiende bajo la modalidad de atención institucional de FONASA –MAI-. La realización simultánea o combinada de estas propuestas supone una sinergia o potenciamiento de los resultados que cada una de ellas por separado podrían llegar a producir. Las medidas que se proponen permitirían dar un salto hacia una buena provisión pública y hacia una *gestión en red* de excelencia, gestión que resulta ser una *ventaja competitiva*

del subsector público que, a diferencia del sector privado de la salud, tiene *población a cargo*.

Ninguna de estas medidas supone o considera necesario para su implementación la realización de cambios en la propiedad de la red pública de servicios. Es decir, la privatización de servicios, directa o indirecta, abierta o implícita, no está considerada. Por el contrario, las propuestas promueven evitarla, toda vez que aquella representa parte del problema en la realidad actual de los hospitales, donde verificamos privatización en la práctica, con precios de mercado y encarecimiento a través de la compra de servicios.

Eje 1: Se propone un rediseño del sistema de financiamiento actualmente aplicable al sector público de salud, para que sea promotor de la *gestión en red* dentro de la modalidad de atención institucional de FONASA -MAI-, lo que supone un enfoque anticipativo a la aparición de los daños, basado en población a cargo que ha de mantenerse sana o ser oportuna y precozmente tratada o rehabilitada en el caso de enfermar. Se trata de articular la oferta de servicios con una demanda que ha de ser objeto de modulación.

En el esquema que se propone, FONASA materializaría su rol como *seguro público* y contraparte de la Dirección de Presupuestos -DIPRES- otorgando protección financiera apropiada a sus beneficiarios, en función de variables demográficas y epidemiológicas que afectan la probabilidad de enfermar. Los Servicios de Salud -*gestores de red*- recibirían un financiamiento per-cápita ajustado por riesgos de enfermar y resultados y la Atención Primaria de Salud (APS) recibiría un aporte per-cápita integral más un fondo virtual para la compra de interconsultas, ambos ajustados por riesgos.

Los hospitales autogestionados recibirían sólo pagos empaquetados de prestaciones para necesidades efectivas a través de los respectivos Servicios de Salud (PPVs o GRDs GES y NO GES), estrictamente asociados a la producción de los citados paquetes, cuyos precios o tarifas estarían establecidos y serían permanentemente actualizados en función de la composición de las *canastas* y de los costos de producción de las prestaciones que las componen. Este sería el espacio acotado en que se desarrollaría la función de compra, la que estaría al servicio de gestionar la red. Un segundo

foco de financiamiento del hospital sería la provisión de consultas de especialidad, la que se financiaría desde la Atención Primaria.

Eje 2: Se propone otorgar independencia a la función actual de la Subsecretaría de Redes Asistenciales respecto del Ministerio de Salud, reservando a este último los aspectos relacionados con las denominadas *funciones esenciales de salud pública* o, dicho de otro modo, la rectoría y regulación en el sector y la provisión de bienes públicos, excluyendo la provisión directa de servicios.

En el escenario descrito, la provisión de servicios considera la creación de un Sistema Nacional de Servicios de Salud descentrado del Ministerio de Salud, con un Director Ejecutivo del Sistema del cual dependerían los Servicios de Salud Territoriales, director que dependería a su vez de un órgano colegiado multidisciplinario. El Ministerio funcionaría en adelante sólo con una Subsecretaría, dedicada a la Salud Pública.

Si prosperara la idea de cambiar los mecanismos de financiamiento para la *gestión en red* (eje 1), la idea de *desconcentrar* a la Subsecretaría de Redes del MINSAL e instalar allí el sistema de gobierno con una figura del tipo ex SNS podría materializarse sin mayor inconveniente. Un directorio multidisciplinario del sistema minimizaría los riesgos de las decisiones y evitaría la captura del sistema por parte de grupos de interés.

Haría falta, por otra parte, la instalación de un buen brazo armado y reglas poderosas para garantizar equilibrio financiero y buena productividad en la red, tarea que ha intentado realizar sin éxito FONASA -al punto que la DIPRES ha tomado directamente parte en la gestión financiera del sector en los últimos tiempos- y que debe ser recuperada para el sector y puesta en el sitio que corresponde, en la red asistencial.

La propuesta considera la relación FONASA-DIPRES como una que se fortalece para constituir el modelo de protección -seguro- pero que a la vez limita la injerencia directa de DIPRES -carga por cargo- en la autogestión hospitalaria.

Eje 3: Por último, frente a la imposibilidad de contar con un marco jurídico-administrativo distinto al del Estatuto Administrativo y al de los Estatutos Médicos, que las organizaciones de trabajadores y la DIPRES aprecian, es necesario incorporar

algunas reformas específicas que se sumen a los dos primeros ejes, en materia de inversión de infraestructura y equipamiento, selección de cuadros directivos y gestión de recursos humanos:

1. *Actualización de la infraestructura física de la red de salud pública.* Los hospitales públicos presentan en la actualidad muchas situaciones que son substandard o insuficientes desde el punto de vista de la infraestructura. Estimaciones de requerimientos de inversión realizadas hace años atrás por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y por la Universidad Andrés Bello, en forma independiente y antes del terremoto del 2010, fluctuaban entre 2.000 y 4.000 millones de dólares de *inversión instantánea*¹⁸ para poner al día la capacidad instalada.

Los últimos gobiernos de Bachelet y Piñera han estado haciendo un esfuerzo especial en la materia, pero la institucionalidad pública que existe para el efecto parece flaquear frente a este enorme desafío país. De hecho, desde la etapa de idea de un proyecto de inversión, que por lo general responde a una necesidad más o menos clara, hasta su puesta en operación suelen transcurrir tiempos excesivamente prolongados. Así, cuando el hospital se pone al servicio de la comunidad todo ha cambiado y la respuesta tardía ya no se adapta bien a las nuevas necesidades que en el tiempo han surgido.

2. *Conservación del Capital.* En paralelo a lo anterior, se requiere realizar el gasto apropiado y suficiente en mantenimiento de edificios y equipos y en la reposición de estos últimos para garantizar la continuidad de la prestación de servicios a la comunidad. Estos edificios y equipos constituyen el capital del sector, que se deteriora rápidamente año tras año por recursos insuficientes y porque los gestores hospitalarios no tienen incentivos para cuidar el capital que resulta de inversiones que terceros realizan, en este caso la Subsecretaría de Salud.

18. El concepto refiere a un cálculo que representa una brecha en un momento dado, que crecerá en el tiempo, en la medida que tome tiempo materializar las inversiones.

Lo señalado supone otorgar mucho más espacio para la utilización del subtítulo 29 del Clasificador Presupuestario propio de cada hospital para las inversiones de reposición y de actualización del capital depreciado año tras año. El target habría de ser siempre, por lo demás, un *uptime* que asegure que no existan pérdidas en la continuidad de servicios por este factor.

Para lo anterior se hace necesario establecer un puñado de reglas que aseguren el buen uso de los recursos que se asignen, en particular la elegibilidad de sus destinos. Por ejemplo, si se trata de expansión de servicios o de una diversificación de la cartera de prestaciones, éstos destinos no serían elegibles para este subtítulo 29 por tratarse de inversión nueva, la que debería ser resultado y objeto de una reflexión a nivel de Servicio de Salud.

3. *Profundización de cargos concursados bajo el Sistema de ADP.* Se trata de promover el mérito y estimular la generación de una masa crítica de altos directivos para la gestión hospitalaria, todavía insuficiente. En la actualidad, solo la Dirección de los hospitales y la Subdirección Médica de los mismos -cargo crítico- son concursadas a través del mecanismo de ADP. En casos seleccionados se están concursando las Subdirecciones Administrativas. Con el objeto de contar con profesionales de alto nivel en cada hospital, se sugiere compensar más apropiadamente el costo de oportunidad para los cargos de Subdirección Médica y ampliar esa concursabilidad a todas las subdirecciones que existan al interior de los mismos.

4. *Autogestión de Recursos Humanos.* Se propone realizar la transferencia definitiva de la gestión de recursos humanos desde los Servicios de Salud a los hospitales. Por cierto, lo anterior supone la existencia de mecanismos que impidan sobrepasar los marcos presupuestarios asignados, lo que es fácil de implementar, pero es indispensable que los propios directores de hospital puedan tomar decisiones en las retribuciones al personal, pues de lo contrario no pueden enfrentar las tensiones del mercado, en un escenario donde compiten por los recursos con un sector privado robusto y de gran tamaño. Esto hace referencia a la asignación de grados y al establecimiento de formas variadas de renta variable que operen como reconocimiento efectivo del buen desempeño, quizás vinculadas al sistema de calificaciones.

5. *Dotación.* Debiera ajustarse las dotaciones de personal a los estándares en uso en los nuevos proyectos y a las nuevas necesidades. Muchas veces esto implicará establecer estándares que hoy no son más que recomendaciones, que no existen o que están simplemente obsoletos.

En la actualidad existen variadas formas de dotación encubierta, vía compra de servicios de personas, honorarios para funciones permanentes e intrincados mecanismos donde otras agencias de apariencia filantrópica -fundaciones y corporaciones- proveen finalmente cargos. Todos éstos son gastos en los que hoy los hospitales están incurriendo y los mecanismos informales se asumen pragmáticamente como un recurso inevitable por quienes deben sacar adelante la prestación de servicios. Es decir, los hospitales se las han arreglado para evadir la restricción de dotación, expandiéndola en la práctica ¿Por qué no regularizarlo de una vez?

6. *Incremento en la oferta de especialistas.* Además de ser un reflejo de la escasez general de médicos especialistas en el mercado laboral, la ausencia de éstos en los establecimientos públicos evidencia que dichos profesionales prefieren mantenerse en el subsector privado, dadas las mejores remuneraciones relativas que éste le ofrece.

Para resolver este último problema, se propone una estrategia en dos niveles simultáneos. En primer lugar se propone un incremento sustancial de becas de formación de especialistas -esto ya ha venido ocurriendo- y fomentar la incorporación de médicos extranjeros que deseen trabajar en el país. Esto último en la práctica también se ha venido verificando pues hoy aprueban el Eunacom casi tantos médicos extranjeros como los que egresan de las Universidades chilenas cada año.

En segundo lugar se recomienda un mejoramiento de las remuneraciones médicas, con foco en las especialidades más escasas y flexibilidad vía asignaciones especiales, para cerrar brechas con el sector privado y también para facilitar el desempeño en horarios de tarde.

Sin perjuicio de lo anterior, nos cabe advertir que en la medida que esa mejora no se realice en paralelo al incremento de la oferta de especialistas (tanto en formación como en incorpo-

ración de profesionales extranjeros), es posible que el resultado fuera un aumento equivalente de las remuneraciones en el subsector privado y un consiguiente aumento de costos para el sector en general y para el subsector público, sin un correlato en mayor dotación de médicos disponibles. En consecuencia, se debe avanzar en forma simultánea y equilibrada con el incremento de oferta.

Las medidas propuestas permitirían terminar con los mecanismos indirectos utilizados por los hospitales para resolver los problemas de dotación y salarios existentes, contribuyendo a una gestión transparente de los recursos públicos que permita definir estrategias de administración en horizontes más largos de tiempo, por oposición a una gestión basada en la resolución de permanentes situaciones de déficits en un contexto de rigidez administrativa.

Las medidas no deberían implicar más gastos para el sistema, pues son sólo transferencias de gasto entre el subtítulo 22 -donde vía compra de servicios ya se están pagando los precios de mercado y expandiendo las dotaciones- al subtítulo 21, donde este gasto normalmente debería situarse.

Reforma al sistema de Licencias Médicas

Un asunto que figura como pendiente es el de las licencias médicas en Chile, entendido aquello como lo que da origen al denominado Subsidio de Incapacidad Laboral -SIL- que no es un subsidio estatal en rigor, sino una componente del seguro previsional de la salud, salvo por las licencias maternas cuyo SIL lo paga el Estado. El denominado Subsidio consiste en una compensación por la incapacidad de generar ingresos que tienen las personas cuando reciben la prescripción de reposo médico asociada a su tratamiento.

Escuchamos por ahí que la reforma a las ISAPRE incluiría el tema de las licencias médicas, tal como la Comisión Presidencial de Financiamiento de la Salud recomendó durante el primer gobierno del Presidente Piñera. Muy buena noticia, pero nos preocuparía no dejar a FONASA fuera de esta vital transformación.

El *soporte institucional* actual del sistema y la propia normativa jurídica vigente en materia de licencias médicas en Chile para beneficiarios del Fondo Nacional de Salud ofrece un panorama diverso e irregular, que resulta de años de evolución y remendados adaptativos. Esto ocurre al punto que la responsabilidad de control sobre el tema recae en variadas instituciones que lo asumen parcialmente y, en consecuencia, resulta en un sistema de administración frágil y expuesto al abuso y al fraude. No se alude aquí solo al mal uso que las personas puedan hacer del sistema, sino también al abuso que las organizaciones a cargo puedan hacer en desmedro de los beneficiarios y de otras instituciones. Estamos, en definitiva, frente a un problema que se arrastra por mucho tiempo y que no hemos tenido el coraje político de abordar en forma definitiva.

Nos hemos quejado bastante los que en la arena movediza de la clase media acomodada hemos tocado el cielo de las ISAPRE. Nos quejamos de que nos recortan días, nos piden antecedentes, nos visitan en las casas y se demoran a veces hasta un mes en pagarnos. Pero nada de eso es comparable a la suerte de nuestros compatriotas cotizantes beneficiarios de FONASA –el mentado *seguro público* de la mayoría de la población, que está llamado a hacer justicia- que enfrentan una prolongada espera de los pagos a que tienen derecho, en medio de una cruel incertidumbre.

La SEREMI Metropolitana nos puso hace un tiempo en antecedentes del volumen de licencias de beneficiarios de FONASA pendientes de tramitación en las oficinas del COMPIN, las que sumaban en esos entonces más de 270 mil y que, por lo mismo, implicaban el pago pendiente del reposo médico que pretende compensar la incapacidad transitoria de generar ingresos a miles de personas. Entre aquellas se contaban, supongo, muchas licencias maternales que son subsidios del Estado a toda la comunidad de mujeres gestantes

Pero doble problema, las remuneraciones correspondientes a los días de licencia de miles de funcionarios públicos cotizantes de FONASA han sido pagadas por las instituciones en que laboran, tal como establece la Ley. En los hospitales públicos esto no es trivial, pues se han cursado simultáneamente reemplazos y horas extraordinarias para asegurar la mantención de los turnos asociados a cuidados de los pacientes. En este caso no son las personas las que reclaman, porque han recibido sus

remuneraciones, sino las instituciones públicas a las que pertenecen, las que han incurrido en gastos de reemplazo sin poder recuperar esos fondos.

Quizás estas licencias no se pagan porque alguien crea que es como meterse la mano a un bolsillo para pasarle el dinero al otro; pensarán que es dinero del Estado de Chile, el mismo dinero. Pero cuando a un hospital se le deben millones de pesos en licencias médicas que no han sido pagadas por quien administra las cotizaciones de las personas, mientras el establecimiento sí ha pagado los reemplazos inevitables, aquello se transforma en deuda.

Es cierto que al final tal deuda se paga, pero puedo asegurar que sería mejor y más coherente el rendimiento que el hospital lograría tener si recibiera el pago de las licencias médicas oportunamente, antes de endeudarse. De hecho, podría ofrecer más servicios, con claro propósito y tranquilidad y podría reducir conscientemente las listas de espera, en lugar de esperar que producto del gasto que no fue posible contener, se le deba pagar después la deuda, como ocurre año tras año.

Bienvenido entonces lo que el Ministerio está emprendiendo por estos días en favor de resolver este sensible problema. Ciframos nuestras esperanzas en que el desorden de la institucionalidad imperante en la materia se corrija de una vez y que, de paso, los hospitales públicos y otras entidades del Estado reciban los pagos pendientes y empiecen a recibirlos oportunamente, en forma permanente, tal como lo requiere cada uno de los beneficiarios enfermos de FONASA.

Los tragos más amargos de la protección de la salud

Cuando los famosos 33 mineros quedaron atrapados en la profundidad de la mina en que laboraban en Copiapó y el país, el gobierno, la propia empresa y los familiares esperábamos ansiosos por el desenlace, volvió a surgir la pregunta por la eficacia de nuestro sistema de protección de riesgos laborales. Esto nos vuelve a ocurrir cada vez que cae de su andamio un obrero de la construcción, con resultado de muerte, lo que no es un hecho infrecuente en Chile.

Durante el largo proceso previo al rescate de los mineros después de ocurrido el accidente, en las imágenes de la televisión nunca vimos un logo de identificación de la empresa, ni de la mutualidad a cargo de la prevención y control de los riesgos de accidentes y enfermedades laborales de la empresa, ni de la Superintendencia de Seguridad Social, nada. Recién aparecieron los logos cuando el rescate ya pudo materializarse y empezamos a conmovernos con el buen éxito del empeño. Mientras aquello no ocurrió, toda la *institucionalidad* estuvo replegada, prudente en lo comunicacional y quizás -esta es mi secreta esperanza- avergonzada.

Pero ¿qué significa esto? ¿Acaso no es cierto que tenemos un sistema de protección, de cuyos indicadores nos enorgullecimos de cuando en cuando, que está hipotéticamente a cargo de estas temáticas desde fines la década de los 60, cuando se creó la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales?

En efecto, existe una Ley que establece un seguro para accidentes y enfermedades del trabajo, promulgada en el gobierno de Eduardo Frei Montalva, hace más de 50 años, a la que no se le ha modificado nada de fondo hasta la fecha -ni siquiera las cotizaciones para su financiamiento, precio fijo-, a pesar de haber cambiado radicalmente la actividad económica del país y las tecnologías asociadas a los procesos productivos -y como resultado de lo anterior, el *perfil epidemiológico*- y a pesar de la diversificación y significativo crecimiento de los mercados de la protección, el aseguramiento y la prestación de servicios médicos.

La Ley que comentamos significó en su época la creación de tres *mutualidades de empleadores*, dos grandes y una pequeña, las mismas que siguen vigentes al día de hoy. Estas administran el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a las empresas de mayor tamaño y remuneraciones del país, mientras el ex Instituto de Normalización Previsional -INP-, actual Instituto de Seguridad Laboral -ISL-, *pilar público* del sistema, lo hace para las empresas de menor tamaño y remuneraciones. Se trata de un mercado segmentado, como lo es el de FONASA e ISAPRE para la enfermedad común.

Por arriba de estas compañías de seguros especializadas, el Estado desplegaría sus mecanismos de regulación y fiscalización a través de la de las Secretarías Regionales Ministeriales

de Salud y la Superintendencia de Seguridad Social, responsable última del funcionamiento del sistema. Por debajo de las mismas, las empresas muchas veces -y a vista y paciencia del fiscalizador- parecen haber delegado completamente a los aseguradores la preocupación por los riesgos de sus propios trabajadores.

El supuesto es que la tasa de riesgo y pagos asociados constituirían incentivo suficiente para involucrar a las empresas en la prevención pero, lo sabemos bien, no hay incentivo perfecto y ocurre que, a consecuencia de tales incentivos, se subnotifica. La prevención se transforma en la práctica en la dimensión menos importante del sistema, que privilegia lo curativo, realizando grandes inversiones en la oferta de servicios médicos, único destino de los excedentes, pues las mutualidades no tienen afán de lucro.

La subnotificación es notable en el caso del ISL, cuyas tasas de incapacidad laboral declarada -los días perdidos de trabajar por cada 100 trabajadores- equivalen a menos de la mitad de las que tienen las mutualidades, en circunstancias de que afilian a las empresas más riesgosas. Y más de un tercio de las empresas chilenas están adscritas a aquel, la mayor proporción de las mentadas pymes.

Y más por debajo aún de todo lo descrito, en la última capa, empieza la economía informal, la historia gris de los desprotegidos, como los pirquineros en el sector de la minería, quienes no tienen protección alguna en materia de riesgos laborales y que son muchos y de importancia creciente en los números que hacen referencia al empleo. Y nos reservamos por ahora los datos de la silicosis en Chile, de los que ha resultado políticamente incorrecto hablar, en consideración a que tal carga de enfermedad fue producida principalmente por el propio Estado.

Entonces, cada cierto tiempo nos asalta la convicción de que tenemos un sistema para protección de la salud en el trabajo que se ha envejecido, que está fuertemente *institucionalizado* en los brazos de la autocomplacencia, que está escrito en una piedra, que no es capaz de evitar accidentes como el ocurrido a los mineros de Copiapó y que requiere la más urgente de las reformas para ponernos a la par de los estándares de los países desarrollados.

¿Quién le pone el cascabel al gato?

Cuando el gobierno militar cambió el sistema previsional de reparto por uno de capitalización individual tuvo que hacer estimaciones y proyecciones del envejecimiento poblacional, variable clave en la relación pasivos/activos, central para la sostenibilidad y éxito de una transformación de esta profundidad y especie. Si bien la reforma apalancó el desarrollo del sistema financiero chileno de esos entonces y promovió la generación de créditos hipotecarios y puso a disposición de la sociedad recursos para proyectos de inversión que antes no estaban, impulsando fuertemente la economía, al parecer se equivocaron en el propósito último de la reforma -la generación de buenas pensiones-, en medio del optimismo reinante y de las expectativas de crecimiento económico generadas por los cambios que los propios economistas del régimen estaban realizando. De ahí las ofertas de tasas de sustitución que hoy día están muy lejos de cumplirse. *La obra*, en definitiva, se quedó corta.

Para los salubristas, Chile vive una transición demográfica acelerada desde hace ya bastante tiempo, la que se asocia como es esperable a cambios importantes del perfil epidemiológico de la población.

Si bien las proyecciones de José Piñera a comienzos de los ochenta fueron incorrectas, se dice que así lo habrían sido para cualquiera que lo hubiera intentado proyectar en su lugar, en ese momento. Pero al final de esa década y a comienzos de la siguiente, sin duda alguna ya todos sabíamos que la expectativa de vida se había expandido significativamente y que el envejecimiento poblacional era mucho más rápido que el que pensamos inicialmente. Es decir, hace 25 años, al menos, que lo sabemos. *Hace un cuarto de siglo que lo sabemos*.

¿Qué explica, entonces, que hayamos hecho tan poco en todo este tiempo? Ciertamente, es necesario reconocer que en sus dos gobiernos la Presidenta Bachelet formó comisiones para abordar el problema. Primero la Comisión Marcel y luego, en el segundo período presidencial, la Comisión Bravo. Y también es cierto que algunas de las recomendaciones que surgieron de la primera comisión se han estado implementando. Pero antes no hubo nada y tampoco Sebastián Piñera avanzó en el asunto

y nadie lo hizo hasta ahora, por la enorme impopularidad política que hacerlo habría traído consigo.

El *agravio comparativo* que surgió del caso Gendarmería y del sistema previsional de las fuerzas armadas, intensivo en uso del aporte fiscal que a otros sectores se niega, es el que transforma esto que ya sabíamos en un tema que se instala nítidamente en nuestras conciencias.

Claramente, en la actualidad los fondos que se acumulan en el sistema son insuficientes para generar pensiones razonables durante los años de vida esperados de los jubilados de Chile -hoy se discute la expectativa de vida calculada por el sistema-. Es decir, si perseveramos en el sistema de capitalización individual -no logro dimensionar el impacto del regreso a un sistema de reparto y tampoco se me ocurre como hacerlo-, los fondos deberían ser de mayor tamaño y eso significa que las tasas de cotización deberían ser aumentadas, cualesquiera sea quien concurra a hacerlo.

Hoy en día las personas pueden hacer cotizaciones voluntarias libres de impuestos y existe la idea de que los independientes de altos ingresos coticen de algún modo, para evitar que luego el Estado deba cargar con ellos. Y, por otra parte, es necesario prolongar el tiempo de acumulación de los fondos y de paso acortar el período pasivo a financiar. Es decir, jubilar más tarde.

Y como si todo lo anterior fuera poco, ha surgido una nueva institución que ha hecho sentido a los ciudadanos con su lema “no más AFP”, que cuestiona el lucro de las organizaciones privadas que administran los fondos de pensiones y que ha empezado a plantear también un interés por la apropiación de los fondos para otros menesteres de los dueños de los mismos.

En lo que dice relación con el lucro de los administradores de los fondos previsionales -los dueños de las AFP- es inevitable preguntarse por qué la renta de aquellos no está vinculada a la rentabilidad de los fondos, producto de lo cual lucran en todos los escenarios e independientemente de la calidad de la gestión de colocación que realizan -en la cual se supone que son expertos, pues es su giro-. Este asunto parece injusto a los dueños de los fondos, las personas, los futuros jubilados que se pliegan a las marchas pidiendo “no más AFP”.

Y en lo que dice relación con darle a los fondos otros destinos, debemos ser cautelosos con aquello, pues estos fondos se acumulan con el propósito de sustituir ingresos de las personas

al momento en que, por edad, dejen de ser capaces de generarlos. Esta es la razón de *seguridad social* que da origen a este bien y que, independientemente del grado de solidaridad del sistema y de la cuantía de los subsidios estatales que se asignen al mismo por cualquier razón, no puede perderse de vista. Habrá, por supuesto, razones meritorias para hacer uso de estos recursos -como una enfermedad catastrófica, por ejemplo-, pero no parece razonable transportar a este espacio social la discusión que conocimos en el mundo de las ISAPRE, de si acaso las cotizaciones son de apropiación individual o colectiva. Sería un retroceso hacerlo.

Entonces, digámoslo de una vez ¿quién le pone el cascabel al gato?

Sin Remedio

Menudo problema. Nos devanamos los sesos hoy por hoy tratando de definir cómo vamos a devolver a los consumidores el dinero que surge de la multa que finalmente la justicia, después de una década y más, cursó a la industria de proveedores de medicamentos a público, las tres grandes cadenas que se han instalado en las mejores esquinas de la ciudad y que en algún momento se coludieron para fijar precios.

Celebra algún economista la cuidadosa aritmética de los cálculos, que corresponde a la diferencia entre precios cobrados y precios que debieron haberse cobrado por un período de tres meses que duró la colusión, todo multiplicado por el volumen de medicamentos despachados ¡Perfecto! Pero a su vez, ¡ridículo!

Me pregunto ¿cómo se castiga el daño a la fe pública, a la confianza ciudadana, a la salud pública, ocasionado por estos hábiles comerciantes? ¿Cómo se incorpora en los cálculos el impacto de estas arteras maniobras no sólo en la salud de los afectados, que a su vez pagaron de más y consumieron menos, sino también en aquellos que no consumieron porque no pudieron o que, en los alrededores de los directamente dañados, también se vieron afectados por haber sido testigos de esta desgraciada maniobra? Y por último ¿Cómo se incorpora a los costos los años que han transcurrido con este problema sin

solucionar y la pérdida de la paciencia de afectados y testigos que se suma a las causas del estallido social de Octubre en Chile? Es evidente, entonces, que la multa cursada es muy insuficiente para compensar el daño causado.

Y por último, hago mis propios cálculos y descubro que la pensión que recibiré cuando jubile, lo más tarde que pueda antes de estirar la pata, no me alcanzará para pagar todos los remedios que han sido prescritos para mis crónicas. Será mi propia culpa, alguien dirá. Pero lo que no es sólo mi culpa es que si viviera en Buenos Aires o en Barcelona me alcanzaría. Entonces recurro a Jorge Katz, economista de la Facultad de Economía y Negocios de mi propia Universidad y me pregunto ¿Cómo se las arreglan en esos países para no pagar la “renta innovativa” de la Industria Farmacéutica que en el origen descubre moléculas beneficiosas para la salud por “ensayo y error” y por cada una que descubre desecha miles de investigaciones que no llegan a destino pero que han debido financiar mientras duraron? Esa renta la pagamos en países como Chile donde sólo recurrimos a la libre competencia para resolver nuestros problemas.

La Comisión Nacional de Productividad

No queda sino agradecer a la Comisión Nacional de Productividad -CNP- por su reciente aporte (2019) a la discusión del sector de la salud, de su componente público -o estatal, en el caso de Chile-. No es nuevo el tema, salvo que ahora es posible hablar de él, porque en su momento, en 1985, se habló de la productividad médica y fue inaceptable para el gremio, que llevó al comité de ética al funcionario ministerial que señaló que había “cierta laxitud” en los hospitales. Hoy se habla de productividad de los “pabellones”, que son activos fijos de las organizaciones hospitalarias. Edificios, máquinas de anestesia, lámparas. No personas. En eso hace bien la CNP.

Ahora bien, la CNP expone con precisión que el uso de la capacidad instalada, medida en pabellones, alcanza apenas a un 53% del tiempo disponible de la misma. Descubre también la CNP, según demuestra con sus datos, alta variabilidad en la práctica clínica, es decir, un problema de calidad técnica.

Lo que no hace con tanta precisión la CNP es ponerse equilibradamente en la situación de las causas que explican estos problemas, que es donde radican las complejidades del asunto y aquello que los gestores de hospitales públicos enfrentamos.

Cuando se sugiere optimizar pabellones y mejorar la calidad pareciera ser que se trata de una tarea sencilla que si no se hace es por ignorancia o quizás por negligencia. Sabemos qué significa exactamente lo que los especialistas de la CNP nos sugieren y estamos conscientes de que existe un componente inmediatamente administrable que consiste en arrancar las cirugías más temprano, siempre y cuando FONASA pague por esa producción adicional, de lo contrario estaremos endeudándonos. Pero veamos que más pasa:

En primer lugar, a los hospitales públicos -en algún momento denominados autogestionados a propósito de las reformas del 2005- les ha sido retirada la facultad de mejorar grados al personal a contrata, lo que produce altas rotaciones del personal auxiliar técnico en los pabellones, los que una vez formados por nosotros en el oficio nos son sustraídos por el sector privado, sin que tengamos medios para retenerlos. La altísima rotación de este personal implica que hay periodos en que los pabellones no puedan ser puestos a disposición del público, con quiebres en la prestación de servicios, porque este personal se va de un día para otro. Los hospitales públicos no tenemos cómo enfrentar a las fuerzas del mercado cuando competimos por los recursos humanos. El sector privado de la salud en Chile, medido en producción es, por lo demás, de gran tamaño.

En segundo lugar, la dotación de técnicos paramédicos es bastante ajustada -cuando no mezquina- y sensible al uso desmedido de licencias médicas cortas que sobrecargan a los que no las usan, porque no es fácil reemplazar. Cabe, entonces, administrar el ausentismo. Por otra parte, existe desinterés del personal por extender sus jornadas más allá del horario normal, por el precario monto que se asigna a las horas extraordinarias, que hace mucho más valioso el ocio que seguir trabajando. En estas materias, sabido es que las glosas presupuestarias asignadas al uso de horas extras se encuentran sobrepasadas en todos los hospitales de Chile. Secreto a voces. Así es que vivimos apelando a la vocación de servicio del personal y celebrando su buena voluntad y, cuando nos va bien, gastando dinero que no tenemos.

Vinculado estrechamente a lo anterior y en tercer lugar, los hospitales estamos expuestos a los organismos que administran la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, en cuyas manos ha sido puesta la facultad de calificar problemas de salud mental como laborales y, últimamente, también la facultad de aplicar un instrumento de altísima sensibilidad para calificar puestos y ambientes de trabajo y transferirnos, sin balance alguno, todo el riesgo de la falta de prevención. En ese escenario, los empleadores nos vemos limitados a tomar medidas de buena gestión bajo la amenaza de que el personal puede recurrir a esta “válvula de escape” cuando se pone término justificadamente a contratos de trabajo y, producto de aquello, el clima organizacional puede ser fácilmente puesto en tela de juicio.

Cuarto, no hay modo de compensar el incremento del costo de oportunidad médico en las tardes, lo que conduce a que, de manera natural, la actividad quirúrgica decline después de almuerzo. La ley médica en su momento consideró en su diseño el pago de asignaciones de estímulo cuyo propósito original era mejorar el valor de las horas de la tarde, asignaciones que, rigurosamente controladas por las leyes de presupuesto, empezaron a destinarse a la idea de especialidades falentes para evitar la empresarialización médica al interior de los hospitales, al punto que hoy se consumen todas las asignaciones existentes en ese propósito. Entonces en la tarde los médicos se hacen relativamente escasos. Faltan médicos, todo lo demás sobra, incluyendo los pabellones.

Quinto, al momento de las movilizaciones lo primero que pasa es que agrupaciones gremiales poderosas usan los pabellones como principal forma de presión, suspendiendo las cirugías. Si bien los gestores suicidas estamos dispuestos a sancionar tales paros y a realizar descuentos al personal que se ausenta injustificadamente del trabajo, argumentando que muchos de nuestros usuarios no tienen alternativa de atención más que la nuestra, el corazón de los agentes políticamente más sensibles, como son quienes detentan los cargos de más estricta confianza, suele sintonizar bien con esas causas sindicales.

Sexto, los hospitales ofrecen en el margen un perfil de improductividad que podrían abordarse, como ya se ha dicho, mejorando la actividad médica en horarios de tarde, evitando la suspensión de cirugías programadas, arrancando con los

pabellones muy temprano en las mañanas, etc. Pero esto no es sólo un asunto de gestión, digámoslo claramente, pues alguien debería concurrir a financiar el costo variable de las cirugías adicionales y ese alguien ha de ser ni más ni menos que el asegurador público, el Fondo Nacional de Salud. De lo contrario, los incrementos de productividad conducirán a deuda con los proveedores y los gestores no tendrán incentivos para mejorar.

Por último, se sigue asignando cargos de gestión a quienes tal cosa no importa o a quienes son cognitivamente ciegos respecto de sus competencias en la materia. Este asunto es particularmente crítico, a menos que se apueste a un modelo de gestión fuertemente centralizado, autoritario y desconfiado. Lo dicho antes tiene que ver con la transferencia de facultades en un contexto deontológico apropiado. Hacen falta facultades y por cierto también gestión y responsabilización, pues alguien ha de hacer el trabajo de mejorar la productividad, la calidad técnica y la empatía de los hospitales con sus usuarios, dentro del marco que establece el presupuesto. El caso más crítico es tener subdirecciones médicas competentes en los hospitales. Este es un recurso muy escaso -el Servicio Civil lo sabe bien-, y su escasez compromete la buena gobernabilidad del recurso principal en la prestación de servicios, porque allí radica el control de la variabilidad de la práctica clínica.

En fin. Vistas así las cosas, es necesario mejorar la productividad de los pabellones de los hospitales públicos y la calidad técnica de los servicios, qué duda cabe. Son muchos millones de dólares que no se usan o se malgastan y que están allí con esfuerzos hechos por todos los que pagamos religiosamente nuestros impuestos y cotizaciones. Pero la cosa, estimado lector, no es nada de fácil.

Epílogo de la primera parte: el mamarracho

Finalmente, diré que en marzo de 1973 caminaba por la avenida que conecta el Arco de Medicina con el Foro del campus de la Universidad de Concepción, uno de los más espléndidos espacios públicos que jamás antes había conocido. Lo hacía por primera vez. Me reuniría con Lutgarda Leiva, Asistente Social,

a quien debía demostrar que era merecedor de gratuidad para estudiar en la Universidad, tal como lo indicaban las exiguas liquidaciones de impuestos de mi padre. Monumentales edificios art-decó bordeaban la avenida: la casa del deporte, el pabellón de anatomía, biología, química y farmacia, letras, leyes, el campanil. Un sendero alucinante.

Hace unos meses estuvimos allí de nuevo, 46 años después, con un grupo de compañeras y compañeros de la generación que egresó en 1980. La Universidad de Concepción celebraba sus 100 años de vida. El día estaba soleado, el aire era fresco y respirable, los árboles estaban teñidos de colores otoñales diversos, los tres cisnes de siempre en la laguna de los patos y al fondo la biblioteca, con sus mosaicos amarillos. Frente a biología se emplazaba el esqueleto de una ballena y réplicas de esculturas de renombre estaban esparcidas como siempre por los jardines del campus, entre los árboles. Los edificios, los mismos de siempre, conservados, relucientes e impecables. La casa del arte, frente a la Plaza Perú, con su mural abierto al público de par en par.

Sin embargo, al transitar de poniente a oriente por la calle Chacabuco se llegará a la esquina de Janequeo, la calle del hospital. A mano derecha se tendrá el ingreso al campus de la Universidad de Concepción, el Arco de Medicina, un edificio curvo con grandes figuras en relieve en lo alto, sus ventanales alargados y sus columnas monumentales. Nosotros estudiamos en sus aulas. Ahí fuimos felices.

Pero me inspiro ahora en el recuerdo de Enrique Lafourcade cuando se refirió por televisión en los 80 a la escultura de Rebeca Matte “Unidos en la Gloria y en la Muerte” ubicada en el frontis del Bellas Artes -la misma que dañaron las retroexcavadoras del ex Intendente Orrego- y la comparó con la silla de playa ubicada a su lado en esos entonces, silla que terminó sus días en el Mapocho, después de que Lafourcade la tildara de “mamarracho”.

Lo anterior para decir que, a mano izquierda, en plena esquina de Chacabuco con Janequeo, frente al arco de Medicina, se encuentra el más desafortunado mamarracho arquitectónico que sea posible imaginar y que alberga a la Escuela de Medicina en la actualidad. Me pregunto cómo ha podido ocurrir algo así. ¿Acaso no eran los arquitectos los convocados por la sociedad a

conectar el hábitat de nuestra especie humana con los cielos? ¿No se formaron para eso? ¿Para armonizar lo telúrico con lo cósmico? ¿No fue que gracias a ello construimos las pirámides egipcias, las iglesias ortodoxas rusas y el Taj-Mahal? Si es que de veras es así, ¿cómo se explica que se haya perpetrado una obra civil de esta naturaleza justo al frente de nuestro querido y magnífico patrimonio que ya ha cumplido 100 años? Por suerte, amigos míos, está en la vereda del frente.

Segunda Parte: Chile en la Pandemia

El tiempo, el implacable

Tratándose de entender las causas de un determinado fenómeno, los salubristas podemos llegar a ser insaciables. Durante nuestra formación pasamos buen tiempo trabajando en el modelamiento de causalidades, desplegando métodos cuantitativos diversos provenientes del mundo de las bioestadísticas, los cuales hemos enriquecido en los últimos años con enfoques cualitativos generalmente importados desde las ciencias sociales para cavar, eso creemos, en más profundidad. La Salud Pública es, en definitiva, un asunto multidisciplinario y su abordaje es metodológicamente diverso. En definitiva, queremos saber dónde, cuándo, cuánto, cómo y por qué ocurre la enfermedad.

Curtidos como estamos, sin embargo, el estallido social acontecido el 14 de Octubre no termina de develarse en cuanto a sus causas ante nuestros ojos. Desplegamos los factores sobre la mesa, pero reconocemos un modelo complejo. Hay de las más variadas razones, pero no todas del mismo peso en la mesa y en la conciencia, unas con otras se anulan y unas con otras se potencian, en fin. Leemos a Pedro, Juan y Diego en la prensa, debatimos con amigos y colegas, salimos a leer los grafitis en las calles, recurrimos a la buena literatura sobre la materia y también a alguna que nos parece apócrifa y oportunista, que también la hay. No nos perdemos ni una historia para terminar de hacernos una composición de lugar razonable sobre la materia. Leemos a todos. Pero no conseguimos, y a duras penas, más que ciertas imágenes nebulosas que nos hacen dudar de las

explicaciones que elaboramos y, dicho sea de paso, también de nuestras proyecciones. Se viene marzo, pero ¿cómo se viene?.

Sin embargo hay una cosa que cursa en un eje transversal que no logro quitarme de la cabeza: tal vez nos dejamos estar. Dejamos pasar mucho, mucho tiempo con la bomba entre las manos pensando que era un juguete que nunca habría de explotar. Como Adam West en Batman, la película, corriendo con la bomba con la mecha prendida de un rincón a otro por el muelle, como el Joker, payaseando, sin pánico y sin encontrar el lugar para desprenderse del artefacto, al son del orfeón municipal. Ja-ja-já. A diferencia del dilema del dinamitero de Anderson en Londres, que debía decidir instantáneamente entre el Támesis y su frustración y el bebido paseando en coche con su madre por la vereda del frente, lo que le permitiría preservar el mensaje que quería transmitir a la sociedad. Entonces, atribuyo el estallido a todo el tiempo que dejamos pasar en asuntos que se perfilaban críticos para la vida en sociedad en Chile desde hacía bastante tiempo. Fuimos extremadamente autocomplacientes y tolerantes y, como resultado de estirar tanto la cuerda, figuramos siendo negligentes. La justicia tarda, pero llega.

Déjenme tomar tres grandes ejemplos: las pensiones, las instituciones de salud previsional y la educación pública. Vamos viendo.

De las pensiones hace más de 25 años que sabíamos que el sistema no daría el ancho y que la mayoría de nuestros jubilados obtendrían rentas miserables. Tal cual. Y por varias razones, pero lo más importante porque los montos que se cotizaban y el tiempo de cotización de las personas serían claramente insuficientes para cubrir un período de vida que se había extendido mucho más allá de lo originalmente estimado. Pero ojo. Hace 25 años que ya lo sabíamos y, entonces, ¿por qué no hicimos nada? Políticamente, era agarrar el toro por las astas recién salidas del horno. ¿quién haría tal cosa? Entonces empezamos a abordar tardíamente el problema y henos aquí, con el agua hasta el cuello, viendo el modo de salir adelante.

De las Isapres ni hablar. Hace 40 años que se crearon y para los salubristas fueron desde un comienzo una solución aberrante dentro de la seguridad social. Seguros que tarifican por riesgos. Incomprensible. Y ahí están, sin cambio alguno,

al punto que se han transformado en el símbolo de la inequidad en salud, expresión de la más odiosa desigualdad entre ciudadanos al momento de enfermar, que ahora todos quisieran eliminar. Pero antes nunca pasó nada, entre otras cosas porque los pequeño-burgueses nos hemos sentido atraídos por esa oferta a la que hemos aspirado. Nos hemos entusiasmado con el *apharteid sanitario*. Y entonces no nos ha importado y tampoco nos ha importado lo que ocurre en el sistema de la mayoría, el de los hospitales públicos.

Agregue a lo anterior el sistemático agravio comparativo del sistema de pensiones y de salud de las fuerzas armadas y de orden, que ha acompañado este lento y prolongado transcurrir en los últimos años. Gendarmería, recordaremos, operó como gatillante del movimiento “no más AFP”.

Y por último, la educación, una de las más nítidas expresiones de la segmentación social en Chile y fuente de su reproducción estructural en el espacio social. ¿En qué colegio estudiaste? La educación pública para los más pobres y desafortunados. Hemos sido testigo de la asignación de recursos para la educación superior, gracias al clamor y el lobby de los rectores. Como académico de la Universidad de Chile no puedo más que alegrarme de aquello pues quizás mejore mi precaria remuneración. Pero, ¿qué ha ocurrido a la educación básica y media que se imparte en los municipios o en las ex escuelas subvencionadas, ahora sin patines? No mucho, algunos dirán nada. La Concertación dio inicio a una arremetida programática diversa a poco andar de su primer gobierno, más tarde extendió la jornada y para ello se mejoró la infraestructura, pero pasaron dos décadas con resultados precarios y más de lo mismo, hasta que llegaron “los pingüinos” demandando educación pública y de calidad. Y henos aquí todavía. Tómbolas mediante, nada ha pasado dentro de las aulas y tampoco vemos algo muy claro en el horizonte.

Pero el tiempo, el implacable, el que pasó. Muchos años de injusticia. Las cosas tienen un límite, la paciencia se agota. Lo más curioso de todo esto es que el estallido social nos ha tomado de sorpresa.

Mayoneso: entrevista imaginaria

Y esto de hacer un libro, doctor?

Bueno, lo que siempre se dice: tener un hijo -ya tuve 2, ahora tengo varios nietos-, plantar un árbol y escribir un libro. Además, me gusta mucho escuchar música y escribir.

Pero, cual es la idea de este material, que escarba en las reformas del sector de la salud y eso?

Nada. Solo poner a disposición de quienes han de seguir en la tarea de hacer salud pública el producto de mi reflexión de todos estos años, que no han sido pocos. Nada más. No creo que este libro estimule reforma sectorial alguna y no es esa su vocación. Pura divulgación y paz para mi alma, antes del retiro.

Y por qué Salud y Sociedad?

No hay otro modo. La única manera de entender lo que tenemos hoy en nuestro sistema de salud, es en función de lo que ha sido Chile y de su historia política, económica y social a lo largo de los años. Los objetivos del sistema de salud, los valores que lo impulsan, las agencias que lo conforman, la forma en que se organizan la rectoría, la regulación, el financiamiento, la compra de servicios y la provisión de los mismos, así como la actividad industrial convergente como la de medicamentos e insumos y el propio mercado del trabajo en salud, las universidades, todo aquello se ha desplegado a lo largo del tiempo y se encuentra hoy en una determinada condición que la historia del país explica.

Cómo entender el sector si no recordamos a Exequiel González Cortés, Diputado por Talca en esos entonces y los resultados de su visita a Europa, que nos llevó a importar el modelo de seguridad social de Bismark para nuestros obreros. O al hecho de que la mentada Ley del Seguro Obrero, promulgada en 1920 con las ideas de Exequiel solo fue posible gracias a un golpe militar que terminó con el denominado parlamentarismo, golpe que el general Luis Altamirano, pistola en mano encabezó junto a Pablo Bennet y al almirante Francisco Nef, miembros de la junta que provocó la renuncia de Alessandri Palma y que obligó a nuestros distraídos legisladores a aprobar la citada Ley, junto al Código del Trabajo.

O la gesta de la creación del Servicio Nacional de Salud -SNS-, donde el rol del ex presidente Salvador Allende es míticamente recordado como uno de la mayor importancia, dicen. Tal gesta incorporó a los indigentes de nuestro país al seguro obrero y al uso de su red instalada de servicios, asimilando a aquella los hospitales de la beneficencia pública. Los mismos que dicen, dicen que la negociación que fue necesario hacer con el Colegio Médico fue monumental y dio origen al estatuto que en su época se conoció, en chusca, como el “estatuto médico millonario”.

O la creación del sistema de Libre Elección del SERMENA para los empleados, en 1968, para quitar de las espaldas del SNS la carga financiera de la atención de aquellos, que sin ser beneficiarios circulaban profusamente como “polizontes” del sistema, a vista y paciencia de los Ministros de Hacienda, cuyas cuentas de gasto público no cuadraban.

O las reformas del régimen militar, que movieron de un paraguazo el péndulo social desde el extremo “estado-centrismo” alcanzado durante la Unidad Popular al “mercado-centrismo” feroz, confiando en adelante todo a la “mano invisible”. No deja de ser interesante reconocer la intervención de nuestras fuerzas armadas en la historia patria, primero con un golpe que pone al Estado al centro de las decisiones de políticas públicas en los años 20 y años después, en los 70, pone al mercado tras lo mismo.

Entonces, he ahí los hitos que van explicando el devenir sectorial en esta suerte de proceso incrementalista de “formación” de políticas públicas, en este caso las sanitarias, donde se avanza adaptativamente aprovechando los espacios de posibilidad que se van generando. Como diría Julio Cortázar, “claros donde pegar unos picotazos”. Y henos aquí.

Y ese estilo incisivo, con un tufillo de resentimiento social, doctor?

Ah, no me diga. Me acordé de una entrevista aparecida en El Mercurio a Los Prisioneros, en su mejor momento de fama, en los ochenta. El titular de la entrevista decía: “Somos resentidos. Y qué?”.

Pero bromas aparte, yo encuentro que mi caso no es tan de resentimiento social. Lo que pasa es que creo que no es posi-

ble eludir hacer evidentes ciertas realidades que ayuden a los que vendrán a comprender y a ponderar sus posibilidades de hacer cosas valiosas en el sector de la salud en nuestro país. En particular cuando nos interesa desenredar la madeja de las desigualdades sociales y comprender sus causas. Y me voy a referir a “instituciones” tan instaladas que son difícilmente reductibles, salvo que medie una suerte de revolución. Y quizás pensemos que tal cosa no se justifique. Por lo menos los que ya estamos muy viejos, no estamos para revoluciones, se nos hizo tarde.

Ahora bien, entonces. Existen ejes de poder que no se explican de manera sencilla con las derechas y las izquierdas. Y tampoco con el centro, por supuesto. Hay un poder que es el del dueño del capital social -la oligarquía, por decirlo de algún modo, pero ese término no es tan feliz pues nació para hacer referencia a los dueños de la tierra-; es ahí donde la izquierda y la derecha unidas jamás serán vencidas, el espacio donde se difumina y extingue la lucha de clases. Un asunto de alcurnia, de la cuna donde naciste, que explica mejor que nada el acomodo de algunos fenómenos. La conversación virtuosa de los grandes herederos de la patria, de raza caucásica y de rimbombantes apellidos europeos, ni un solo mapuche, caucásicos que en traje de baño no se distingue si están a la derecha o a la izquierda. Ellos mandan, finalmente. Ellos tejen sus redes, están en todas partes. Poderes que en Chile son muy relevantes. Son los dueños del “country club”. El único que fue vilipendado duramente por los de su propia clase, que yo recuerde, fue Carlos Altamirano, a quien se perdonaba en parte la traición a su clase tildándolo de loco. Estaba fuera de sus cabales, le decían “mayoneso”. En fin, qué le vamos a hacer. Pero se extralimitó. Los comunistas eran pálidos conservadores al lado de su ímpetu, por esos entonces.

Y esto de las concesiones que usted defiende, no resulta muy neoliberal?

Salió el periodista. Mire, tenemos muchos resabios neoliberales, ya le diré. Pero las concesiones, en particular, no son patognomónicas de aquello. En el Reino Unido, donde más se les ha utilizado, fue Tony Blair y no doña Margaret Thatcher quien las impulsó más fuertemente. En Chile fue Bachelet quien llevó

adelante las dos primeras. ¿Errores? Muchos. Hospitales en manos del Ministerio de Obras Públicas, eso ya constituye un error esencial. Imagínese. Pero de neoliberal, nada. Un simple mecanismo de financiamiento de las inversiones que ha sido relativamente desaprovechado por razones ideológicas insensatas. Eso es lo que creo.

La erradicación de campamentos y el modelo de desarrollo urbano implícito derivado de lo mismo -la tierra de nadie- si que fue una creación neoliberal, los fondos de pensiones de capitalización individual son una creación neoliberal, las Isapres tarifando por riesgo de enfermar son una creación neoliberal, hasta las mutuales podrían considerarse un artefacto que se sostiene en el tiempo gracias al argumento neoliberal, pero esta vez en boca de la propia izquierda, que permite que el segmento de las empresas más pobres, más pequeñas y de mayor riesgo se afilien al Instituto de Seguridad Laboral, un seguro de último término, la más extrema expresión del estado subsidiario. La Concertación en su momento, en una voltereta neoliberal quizás inconsciente, reforzó la idea de apropiación individual de las cotizaciones obligatorias para salud cuando permitió que se devolvieran los excedentes a los individuos. El modelo de educación fuertemente segmentado, las universidades de calidad discutible urbi et orbi que han poblado Chile de profesionales, todo eso es perfectamente entendible en el discurso neoliberal: el de las libertades individuales por sobre el interés colectivo. Ya sabemos que el asunto no lo resolvió el mercado y que hay reformas en curso. Nuestra industria farmacéutica capturada por la renta innovativa, sin regulación alguna, que hace de Chile el país más caro en materia de medicamentos. Incluso el funcional y tranquilizador sistema previsional de las fuerzas armadas y de orden, que han sido, en último término, las guardianes últimas del modelo, podríamos leerlo esta vez cargado de propósito neoliberal; es decir, un sistema construido con mucho aporte fiscal pero que, paradójicamente, responde a ese modelo.

Pero ¿neoliberales las concesiones? No me parece para nada. Esta posición ha retardado de manera inexcusable la recuperación y actualización de nuestras camas. Y esto es crítico y ahora de manera muy especial, por el Coronavirus.

Y entonces?

Entonces ¿qué?

Y los hospitales públicos?

Ah! Ahí está el problema. En el sector salud no hay reforma exitosa del financiamiento si no hay reforma de la provisión simultáneamente, creo yo. Si seguimos el consejo de The Economist y el clamor de algunos columnistas intensificado por la revuelta social, aunque me apodere del 7% de las Isapre el problema será justamente el de los hospitales públicos, para poder garantizar oportunidad y calidad de los servicios que un seguro único, como el que se reclama, requerirá en el futuro. Y ahí hay mucho asunto pendiente. Y no es solo un problema de plata.

Y el Coronavirus?

Bueno. Estamos en compás de espera. La humanidad lo está. Seguimos trabajando en la inercia de lo que hacemos siempre, cuidando al personal y esperando el tsunami que comprometerá nuestra capacidad de respuesta. Todo lo que hablamos antes está, por ahora, detenido.

Coronavirus: el plan básico

Asistimos a un nuevo e interesante debate por la prensa, a propósito de la llegada de nuestro invitado de piedra, el Coronavirus. Sin embargo, el debate podría llevarnos a engaño si no aclaramos apenas un par de cosas.

En primer lugar, no hay un versus entre catástrofe sanitaria y catástrofe económica. No es que por atender a una se descuide la otra. La verdad es que estas dos catástrofes van de la mano y mientras más de una, más de la otra y al revés, mientras menos de una, menos de la otra. Visto así, ya estamos en un escenario que nos permite facilitar la generación de buenos frutos en el debate. Todos queremos menos desastre sanitario, menos infección, menos muerte y, por otra parte, todos queremos que la situación afecte lo menos posible la economía y los presupuestos de las familias. Y ambas cosas se mueven en la misma dirección, así es que nos ponemos a

trabajar todos en mitigar estos dos aspectos, lo que resulta perfectamente posible.

En segundo lugar, decir que resuelto el asunto del hipotético dilema que no existe, lo que sí existe y existe todo el tiempo, es el momento óptimo para tomar decisiones sobre las materias en cuestión, pues si lo hacemos antes de tiempo o después de tiempo, los resultados sanitarios y económicos podrían ser peores que los que tenderíamos si lo hacemos en el mejor momento. Y esto es un asunto que está presente en el día a día de la crisis y es a esto a lo que se refieren finalmente los actores cuando reclaman por alguna medida que consideran urgente y necesario implementar o, por el contrario, cuando consideran que su implementación inmediata es innecesaria. Es decir, el viejo problema económico del momento óptimo aplicado también a la salud pública. El problema agregado es que tales decisiones a tomar se despliegan en un ambiente de mucha intranquilidad.

Entonces, es muy importante hacer conciencia de lo que aquí se expone, pues lo que no podemos hacer es trasladar a la pandemia el conflicto de la Plaza Italia, que más allá de su legitimidad se desenvuelve en buena medida en la arena política. Este problema de salud pública no debería dividirnos, sino por el contrario, unirnos en una perspectiva colectiva y solidaria, pues de lo contrario no lograremos salir adelante. La polarización en el combate al Coronavirus, con la carga de angustia y ansiedad agregadas sobre toda la comunidad, podría conducir a que terminemos odiándonos y matándonos entre nosotros. Como dice uno de los tantos memes que circulan, distanciamiento físico pero aglutinamiento solidario y verdadera recuperación de la responsabilidad individual por el interés colectivo. No es el momento de seguir sacando cuentas políticas.

Este no es un llamado a esterilizar nuestra opinión. Podemos ser críticos de lo obrado por quienes están a cargo o con aquellos a quienes cabe responsabilidad principal y también secundaria en el devenir de los hechos, en todas las esferas e instituciones de la sociedad, primero la autoridad sanitaria, única, grande y nuestra y luego gremios, academia, comisiones de expertos y gobernantes comunales, pero hagámoslo de tal modo que el resultado de lo mismo no ponga el barco a la deriva y no abandonemos la intencionalidad constructiva y de colaboración. No hay otro modo de salir adelante.

Confianza en la Autoridad Sanitaria en Chile

Podríamos ser críticos de lo obrado hasta la fecha por quienes están a cargo de dar la batalla al Coronavirus en Chile, de hecho muchos lo han sido, tantos que a veces parece sencillo encontrar malas y cuestionables -por a, b o c razones-, todas las políticas públicas que se emprendan en la materia. Hay organizaciones y medios de comunicación que se han volcado con entusiasmo deportivo a criticar toda medida que se establece, como si la cosa fuera muy fácil para los que les toca gobernar. Solo el miedo y la ansiedad podrían explicar razonablemente bien una cuestión así y cuidado que en eso tenemos para rato. Otra cosa sería suponer mala intención como producto de mezquinos intereses.

Por cierto que ha habido planteamientos mucho más elaborados y discrepancias legítimas y también sustentadas. Pensemos sólo en el debate entre cuarentena total o parcial y progresiva y la diversidad de posiciones y argumentos que han sido esgrimidos en favor o en contra de cada posición y también pensemos en la demanda por información que se reclama, por algunos a nombre de la transparencia y por otros en el interés de realizar investigación que pudiera ser útil para el buen decidir. Pero también pensemos en Donald Trump suspendiendo sus aportes a la Organización Mundial de la Salud, cuyo comportamiento frente a la pandemia crítica.

Pobrecitos aquellos a quienes cabe responsabilidad principal en esta materia, pero también aquellos a quienes nos cabe responsabilidad secundaria en el devenir de los hechos, en todas las esferas e instituciones de la sociedad, primero la autoridad sanitaria y luego comisiones de expertos, la academia en general, los gremios, médicos y trabajadores de la salud, gobernantes comunales, organizaciones no gubernamentales, comunidad en general, etc. Pero ordenémonos, cada cual en su rol, confiando en los que conducen y teniendo mucho cuidado en no ayudar a poner el barco a la deriva y no abandonar la intencionalidad constructiva y de colaboración, porque no hay otro modo de salir adelante.

Un poco de historia no viene mal. Chile es un país donde el desarrollo de la salud pública fue muy anticipado respecto de los demás países de la región. Aquí se instaló precozmente una cultura sanitaria de la cual nos hemos sentido orgullosos toda

la vida, cultura que nos llevó a desarrollar un robusto programa obligatorio de vacunaciones gracias a cuya materialización -y a las estrategias de diagnóstico precoz-, pudimos erradicar importantes enfermedades infectocontagiosas. En Chile fluoramos el agua potable, agregamos ácido fólico a la harina y producto de tales decisiones impactamos en las condiciones de salud de la población. En Chile combatimos la diarrea y la desnutrición infantil con respuestas institucionales muy sólidas. En Chile la educación sanitaria se transformó en una disciplina y recorrimos los campos impartiendo cultura y conocimiento acerca de cómo manejarnos frente a asuntos de salud colectiva que representaban nuestros focos de preocupación. Hace mucho rato que nos lavamos bien las manos, antes que nada. Recordemos la gesta del doctor Juan Noé para erradicar la Malaria en Arica. Tales instituciones son muy difíciles de remover por la arremetida irresponsable de los movimientos antivacunas.

Recuerdo con nitidez hoy día las duras decisiones tomadas por mis admirables compañeros de trabajo a comienzos de los 90, que gobernaban el sector de la salud recién recuperada la democracia, cuando tuvieron que arremeter duramente contra los cultivos de lechugas de la periferia santiaguina para contener el cólera. Autoridad sanitaria pura y dura.

Pero no todo es miel sobre las hojuelas. Pongamos atención a algo que nos dice en su entrevista de El Mercurio de la semana antepasada la prestigiada académica y especialista internacionalmente reconocida de la Universidad del Desarrollo, la Epidemióloga Ximena Aguilera, a quien conocimos en su momento en el Ministerio de Salud. La Dra. Aguilera expresa una preocupación que ha tenido desde la reforma del Presidente Lagos del año 2005, cuando se produjo la separación de funciones de salud pública y asistencia en el sector, creándose dos Subsecretarías y los Servicios de Salud territoriales tradicionales se asignaron a la denominada “gestión de la red asistencial” mientras las Seremis fueron asignadas a la tarea de la “salud pública”. Producto de lo anterior, al decir de Aguilera, la institucionalidad de la salud pública se vio debilitada. Estando de acuerdo con la idea de separar funciones, coincido con lo que señala Aguilera, porque al distribuir las funciones y los recursos la mayoría de las SEREMIS quedaron con menos posibilidad de crear unidades con las capacidades que se requieren.

Aquel proceso de separación no fue nada de fácil. Tengo recuerdos de haber colaborado con el profesor Fernando Muñoz (q.e.p.d.) en tal insufrible esfuerzo, de alta complejidad política y administrativa, con resultados no del todo felices. Entonces ¿hay trabajo por delante? Sí que lo hay, qué duda cabe, mucho. No obstante, hemos visto a la autoridad sanitaria desplegando sus limitados medios con inteligencia, con la asesoría de uno de los más notables grupos de expertos que cualquier país querría tener para tomar decisiones técnicamente apropiadas -el mundo de las ciencias- y, a la vez, sostenida por una cultura centenaria que ha estado allí, como en sus mejores tiempos. Se pueden cometer errores, por cierto, qué duda cabe. Pero démosle un voto de confianza.

Tengo la esperanza de que será producto de esta propia pandemia que resultaremos fortalecidos. Esta será una de las más importantes ganancias del sector de la salud.

Don Coronavirus, el invitado de piedra

Los oráculos están de moda, así es que permitanme unas aventuradas palabras acerca de cómo vendría el futuro en el sector de la salud en Chile. Pura imaginación.

En Marzo se instaló en nuestra mesa el invitado de piedra. En la mesa grande, diversa, con todo tipo de invitados, públicos y privados, caucásicos y mongoloides, gobierno y oposición, empresarios y trabajadores, en fin. Y también se instaló en la mesa pequeña, la del sector salud, apenas 8 o 9 puntos del PGB en Chile, pero relevante porque ahí termina causando estragos nuestro singular invitado.

Le abrimos la puerta y le abrazamos, pero no le hacemos pasar. Tratamos de mantenerle a raya, fuera del radio de acción, le empujamos. Mientras tanto el resto de los invitados no se atreve a llegar, menos mal, así podemos dedicarnos a contener al invitado de piedra sin distraernos en atender a los demás. No hay cómo librarse de él, solo podemos retardarlo para evitar los casos graves y la muerte por falta de asistencia.

Pero en su paso por la mesa chica, miren lo que empieza a suceder, mal que nos pese. En el sector de la salud somos

los héroes. Lady Gaga nos organiza, en homenaje y gratitud, modernos festivales virtuales. Nos sentimos orgullosos, unos estamos en la trinchera y otros estamos al aguaito. Unos teletabajan y otros, dedicados a la asistencia directa y a la gestión de los cuidados, están en el lugar de los hechos. Estamos bien organizados, no cabe duda. Nos aplauden.

Tal cosa ocurre en el sector público y en el sector privado también ocurre, pero es un poco distinto. Es que ahí hay una relación directa entre demanda por servicios e ingresos. Así funciona. En este caso no es bueno que no lleguen los invitados y la demanda se ha venido abajo, en particular en servicios electivos que pueden esperar. Escuchamos al Ministro de Salud llamando a los pacientes crónicos a su debido control por razones sanitarias, según argumenta, pero es evidente que también lo hace por una legítima preocupación por el devenir de la industria. Mal que mal el sector privado prestador de la salud en Chile explica casi la mitad de la producción y del consumo de servicios médicos. Eso no es trivial. Y la demanda en algunos servicios se ha reducido en cifras cercanas al 80%. No es por las Isapre, que pagan más licencias pero que están gastando mucho menos en servicios médicos, al punto que sus resultados mejorarán este semestre. El problema está en las clínicas y, especialmente, en las redes ambulatorias.

Las cifras de desempleo crecen rápidamente y se trasladarán tal cual al sector privado de la salud. Primero a los servicios dentales pues la gente ha de postergar ese consumo antes que nada, como se posterga el gasto en mantención de los hospitales públicos cuando el presupuesto está estrecho. Luego a los servicios ambulatorios electivos, sobre todo los que no se han constituido en grandes redes, más tarde a las pequeñas clínicas que viven del PAD y hasta a algunos más grandes como la red Christus UC que ha tocado públicamente la campana porque quizás no le esté yendo bien en sus casas matrices. Sobrevivirán, eso sí, las grandes espaldas. Entonces, cracs y desempleo en el sector salud privado y reducción significativa de servicios, caída de precios y de honorarios. Esto es lo que se nos viene por ese lado, es bueno tenerlo claro.

Mientras tanto, el sector prestador público sobrevivirá y estará de pie al momento que retorne campante la deman-

da, la propia y la nueva, a ponerse en la lista de espera. El empleo público está asegurado. El Estado, en la práctica y a su ritmo, vendrá al rescate. No hay más diseño que poner su propia oferta a disposición, buena o mala, empática o no empática, suficiente o insuficiente, tal como la hemos conocido, ni más ni menos. Estatizar sería la orden del día. En su momento el estado rescató a la banca y ahora también rescatará a las empresas y hará lo que esté a su alcance para enfrentar el desempleo. Así es que de ahí a la muerte de las Isapre que muchos promueven -dicen que quien las mate ganará las elecciones- y a la recreación del SNS, sueño nostálgico de otros tantos, habrá un solo paso. Seguros privados complementarios, eso sí. Mientras, el desarrollo del seguro público, el fortalecimiento de la gestión hospitalaria y las recomendaciones de la comisión nacional de productividad se transformarán en temas superados por las circunstancias. Muchos de nuestros colegas médicos golpearán las puertas de los hospitales públicos buscando refugio. Capaz que la escasez de especialistas se resuelva, entonces, como por arte de magia.

En el mediano plazo, 3 a 4 años, las cosas tenderán a la normalidad y el sector privado recuperará una buena parte del espacio perdido. Quizás en ese momento se abra una posibilidad para la reforma pendiente de los prestadores de servicios en el aparato público. Ojo con esto.

Para la disciplina de la salud pública habrá, por fortuna, una oportunidad. No ha sido fácil ejercerla desde la separación de funciones del 2005. El gobierno ha estado dando lo mejor de sí frente a la pandemia, montado sobre una institucionalidad frágil y, comisiones expertas de por medio, hemos aprendido que hay un trabajo que hacer allí, al cual ningún parlamentario de buen corazón podrá oponerse. Tenemos que fortalecer a la autoridad sanitaria, yendo tras más presupuesto y transformaciones profundas, quizás algo como el NICE inglés, un poquito más autónomo del gobierno de turno. O bien concentrar la autoridad sanitaria de una vez en un Ministerio con dedicación exclusiva, desconcentrando de aquel la gestión de la red asistencial, como alguna vez ya propusimos.

Pandemia Management

Asistimos a la proliferación de datos y conceptos que apenas entendemos, pero que nos aterran. -¿Cree usted que llegaremos pronto al peak de la epidemia?- le pregunta un periodista a su entrevistado, que se viene bajando del metro. Y yo me pregunto ¿de qué estará hablando? ¿qué será el peak para el periodista? ¿será lo mismo que para su entrevistado? Lo que parece estar claro es que se trata de algo que se nos puede venir encima, como un rodado de nieve o un desborde de río cerro abajo. Por eso el peak nos aterriza, porque se desploma sobre nosotros. No sabemos muy bien qué es, pero nos aterriza. Comparados con España et als., todavía tenemos margen para hacer crecer esa ola.

Si vamos a Google encontraremos la definición de peak -o pico, en español- asociado a las más variadas imágenes: lo más alto de una montaña, la punta de una pirámide. Puede ser un sustantivo, un adjetivo o un verbo. En el caso de nuestra epidemia, ¿qué será? Solo sabíamos que habría de verificarse en Mayo, según la autoridad sanitaria y que eso ya no fue, pero ¿qué es exactamente el peak?.

En esta parte el entrevistado frunce el ceño, mira al periodista y a la cámara, levanta una ceja y declara, dado que todos somos científicos: -mire, yo creo que se ha desplazado para Junio-. Eso cree y en creencias no hay nada escrito.

Me pregunto, si el peak es la punta de la montaña, entonces ¿corresponderá al momento en que ya no se producen nuevos casos?. O no, tal vez sea el momento en que los casos que se agregan a la lista son iguales a los que salen recuperados. Ahí sí estaría el peak. ¿o no?. ¿O es el punto de máximo crecimiento?. En fin, hemos aquí encerrados y sentados frente a la tele, temblando de pavor, que se nos viene el peak.

Pero permítanme comentar lo siguiente. Aclaro que nunca voté por Joaquín Lavín y que detesté el libro que escribió hace años saludando con entusiasmo la transformación neoliberal verificada en Chile, la misma que fue recientemente crucificada en el altar de la Plaza Italia. Pero le vi promover la apertura de un mall de la comuna que gobierna aprovechando el veranito de optimismo en que se nos pasó por la mente -en promedio a los chilenos, no solo al gobierno-, que retornaríamos a una nueva normalidad. Y de pronto ¡zás!, el nuevo peak. Y entonces le vi

retroceder y explicarle a la ciudadanía que, por el cambio en las condiciones, la medida que le entusiasmaba y promovía quedaba suspendida, simplemente. Me pregunto si habíamos sido testigos antes de una señal de política pública tan clara como la que resulta del actuar del alcalde. Quiso abrir el mall, pero lamentablemente no pudo, porque el horno no estaba para bollos y así lo declaró. Fue y volvió, por buenas razones. Y a todos nos quedó clarita la película. Fue y volvió.

Asistimos después a un reporte flamante y claro del Presidente del Banco Central, donde expresó nuevamente su preocupación por el devenir de la economía, ahora en función de la pandemia, como antes había hecho a propósito del estallido de octubre del 2019. Por lo pronto nos ha dicho que todo ha de depender de si las medidas de restricción de la convivencia ciudadana -y el comercio y el funcionamiento de las escuelas y el de las empresas, etcétera- se prolongan y, por qué no decirlo nosotros, si acaso después del número de Rabindranath Quinteros en el avión al sur, las personas son capaces de contribuir con el rigor del autocuidado al buen éxito de las cuarentenas. Por lo pronto el Banco Central decidió pedir una línea de crédito al Fondo Monetario Internacional, por si acaso.

Los hechos que menciono son relevantes porque dan señales a la ciudadanía respecto de lo que está pasando y de lo que se espera de ella dado aquello y dado lo que viene. Entonces, ojo con el comportamiento y el autocuidado, porque el bicho llega a todas partes, nadie está libre, ni siquiera el Senado. Y segundo, escuchemos a Marcel y a Briones muy atentamente, porque allí estará en el futuro cercano el apriete de clavijas y a la vez la fuente de mitigación de nuestro dolor, en particular el dolor de las familias más humildes que ya están sufriendo las consecuencias.

Entonces -y aquí me subo un escalón- ojo con la especulación sanitaria. No confundamos a la población. ¿Se han cometido errores? Por cierto que sí, qué duda cabe, como suele suceder en materia de políticas públicas. ¿Y aciertos?, también. Pero viendo los márgenes que teníamos para empeorar si nos comparábamos con 20 y más países que miden más o menos bien lo que les pasa y cuyas incidencias de casos acumulados de contagios duplicaban o más que duplicaban la nuestra por 100 mil habitantes hace un mes atrás, lo que ocurre hoy día era perfectamente esperable. Tal realidad no daba cabida a la

ilusión de un aplanamiento precoz y significativo de la curva de la epidemia, que esperábamos con ansiedad sin siquiera saber muy bien qué significaba.

Pero, en fin ¿cuál es el problema? El problema es que siguen saliendo al ruedo los agentes que administran poder e intereses y se acusan entre sí, despliegan sus agendas individuales precisamente cuando la situación clama por que todos entremos en razón, nos comprendamos mutuamente y converjamos en acuerdos para hacer frente, como en el mundo entero, a esta tragedia. Por lo pronto hablemos todos en el mismo lenguaje y pongamos los contenidos apropiados y claros en la tele para que la comunidad pueda comprender bien lo que pasa y responder comprometidamente a lo que se le pide que haga en su propio beneficio y el de todos. Esperamos que el nuevo Ministro de Salud no corra la misma suerte que el anterior y que políticos, gremios, medios de comunicación y comunidad científica converjan a prestar su colaboración en esto que se ha denominado una nueva etapa.

Pacto Social

Dijimos que en Marzo se instaló en nuestra mesa el invitado de piedra. La mesa estaba servida con el estallido social desencadenado en Octubre del 2019, el que, pasadas las impostergables vacaciones de verano en Chile, se esperaba reeditar. Eso pensábamos que ocurriría. Pero vino don Coronavirus y hubo que postergar.

Hay columnistas que afirman que Chile no volverá a recuperar el nivel de desarrollo que había alcanzado hasta el 17 de Octubre, porque la izquierda habría convencido a los ciudadanos de que es necesario hacer *tabula rasa* con la obra neoliberal que llevó al país por el sendero de la desigualdad y la injusticia. Y de aquí surgen un menú de temas que se materializan como ejemplos de tan desafortunado resultado de nuestro desarrollo socioeconómico de los últimos 30 años: las pensiones miserables, la salud dicotomizada para ricos y pobres, la educación de calidad fuertemente asociada a los ingresos de las familias, etcétera.

Bien, pero en ese mismo período Chile creció significativamente hasta lograr uno de los ingresos per cápita más altos de

América Latina, desarrolló infraestructura, puertos, aeropuertos y carreteras y sacó adelante al grueso de la población que se encontraba bajo la línea de pobreza, al tiempo que amplió significativamente el abanico de oportunidades para la clase media la que, paradójicamente, con sus intereses y aspiraciones explica en buena medida el descontento social actual.

Es altamente probable que todo lo descrito en los dos párrafos anteriores conforme en alguna medida nuestra verdad. El vaso medio vacío y el vaso a medio llenar. Y entonces, ahora ¿qué hacer? Por lo pronto, de cara a la pandemia la mayoría queremos menos desastre sanitario, menos infección, menos muerte y, por otra parte, la mayoría queremos que la situación afecte lo menos posible a la economía y, en lo principal, lo menos posible a los presupuestos de las familias. Pero, ¿qué queremos para después?

Por lo pronto, la idea de un pacto social se ha venido esbozando en algunas conversaciones, discursos y columnas de opinión. Estuvo en la boca de nuestro *panzer* quien lamentablemente nos sorprendió al día siguiente de haber puesto a disposición ciertas interesantes ideas principales. Lo ha estado implícitamente en el discurso de nuestro Ministro de Salud, que con sus equipos maneja el precario equilibrio entre contención y asistencia y teme a la transferencia del conflicto de Octubre a la principal tarea de hoy. Lo ha estado en el pensamiento de nuestra valiosa reserva intelectual y, me atrevería a decir, también en el sentimiento profundo de nuestra ciudadanía que sueña hoy y lo hará mañana más intensamente todavía, con el retorno a un escenario de paz y de progreso. Por cierto, hay a quienes la idea de un pacto social no se les cruza por la cabeza, pues tienen otras *funciones objetivo* en mente.

En consecuencia yo, que a nadie convoco, digo lo siguiente: que no concurren aquellos cuya carga ideológica no les permite reconocer en un pacto social una urgente necesidad país y que preferirían agudizar las contradicciones del modelo para ir a *fojas cero*; aquellos que ven esta tragedia como una oportunidad para materializar la utopía revolucionaria poniendo al pueblo como un instrumento de la misma. En segundo lugar, que no concurren quienes sacan cuentas de poder y que vislumbran oportunidades de proyección mezquina de sus carreras políticas, por sobre cualquier otra consideración de colectivo

bienestar, gente que cree que *la cosa pasa por ellos*; no son pocos, en Chile se han acumulado, son *los lindos*. Por último, que no concurren los artifices del neo-populismo, los *bolsonáricos* y *trúmpicos* de nuestro país, hoy al acecho de la presidencia de la república desde el ala derecha, sin revolución pero con mágicas recetas y alquimia poderosa, surfeando las grandes olas del acontecer nacional sobre la tabla de la ingenuidad popular.

Es decir, que sí concorra la inmensa mayoría, el pueblo, la gente, disponibles para pensar y pactar los cambios indispensables que estamos determinados a realizar para ser más solidarios, justos y equitativos, cambios a los que los resultados de la pandemia, por lo demás, nos obligarán. Que venga la mayoría que quiere seguir haciendo de Chile el mejor país para vivir y soñar.

Especulación Sanitaria

El Ministro dijo que las proyecciones de la pandemia realizadas en Enero se derrumbaban como *castillos de naipes*, apuntando con esa imagen metafórica al desplome de constructos frágiles y, por cierto, a su estupor frente a las cifras reales. Tal es el hecho y los que nos dedicamos a la salud pública en el mundo real donde se toman decisiones día a día, como ocurre en el complejo caso de la pandemia que enfrentamos, comprendemos perfectamente bien que existan muy pocas *proyecciones verdaderamente útiles* para gobernar. Después, más adelante, cuando pase el temblor, podremos observar lo que ocurrió y usar la data que quede entre los escombros, hacer estudios, levantar publicaciones y aprender, tal como ocurrió con la H1N1 de la que tanto paper escribieron los gringos. Pero después. Es cosa de mirar los fenómenos acaecidos a lo largo del planeta en distintas latitudes en el transcurrir de esta pandemia. Al respecto ¿a quiénes les está yendo mal? ¿a quiénes les está yendo bien? ¿por qué les está yendo mal o bien? ¿qué sabemos? Todavía sabemos muy poco o nada. Hay muy poco o nada que podamos afirmar.

Lo dicho es clave para entender el frenesí de *especulación sanitaria* que se ha desencadenado en Chile y en el mundo. Es una vergüenza proyectar sin ningún pudor una mortalidad de

11.970 muertos para Chile en un rango que fluctúa entre 4.050 y 31.118, como lo hace la Universidad de Washington. Por favor, ¿qué es esto? ¿cuál es la probabilidad de ocurrencia del valor esperado? A lo mejor nuestros colegas académicos de esa universidad quisieron decir otra cosa y quizás exista un párrafo que no hemos leído y fueron los medios los que leyeron parcialmente o mal interpretaron la información.

He sido testigo, como muchos, de decenas de proyecciones realizadas en este período para el caso de Chile y el de otros países. Nosotros mismos en la Escuela de Salud Pública las hemos hecho. Todos los días recibimos inputs en esa materia y cuando un número coincide con la bola de cristal de alguien, ese alguien da brincos de felicidad y satisfacción por haber visto corroboradas sus predicciones, independientemente de lo que esté ocurriendo a la población, lo que a veces parece importar menos. ¡Yo lo dije antes! -exclama el predictor- ¡Lo he venido diciendo todo el tiempo!. Pero el problema es que tal felicidad es transitoria y al día siguiente los números cambian, la tendencia se modifica, nada es como antes y se reducen los espacios de satisfacción.

Así ocurre, por lo demás, en ambientes que están siendo sistemáticamente intervenidos con una variedad de medidas de política pública de diversa eficacia, algunas inteligente y sofisticadamente elaboradas y otras no tanto o simplemente reactivas a lo que un sinnúmero de interesados propone realizar por alguna razón en particular.

Entonces, en el caso de Chile quienes son contrarios a las políticas que se han implementado acumulan reportes que avalan transitoriamente su posición y quienes están a favor recurren a reportes alternativos que dirán lo contrario. Tales reportes, de unos y de otros, son efímeros, se desvanecen y fluctúan, como el precio de las acciones de la bolsa que sube y que baja en tiempos de turbulencia. De allí que he derivado en denominar a este fenómeno de ansiedad pública y no pocas veces interesado como *especulación sanitaria*, de lo cual cualquier cosa podría resultar.

En un escenario como este, hay quienes hemos creído que es indispensable garantizar la coherencia en el manejo de la pandemia, mostrándonos partidarios de que la conducción del asunto y la toma de decisiones estratégicas y cotidianas radiquen principalmente en la autoridad sanitaria. Esto a algunos

puede sonar *demodé* en un mundo democratizado y participativo, pero dada la magnitud de la catástrofe y de que nada haya sido probado aún, no quedaría más.

Sin embargo, cabe señalar que desde la separación de funciones que produjo la reforma del sector salud del 2005, la institucionalidad de dicha autoridad sanitaria en Chile es frágil y no se han desarrollado las competencias necesarias y suficientes para ejercerla y menos para enfrentar un problema como el que nos aqueja. Habida cuenta de las necesarias transformaciones institucionales que cabría realizar, desgraciadamente el desarrollo de tales competencias no es instantáneo y ya estamos en medio de la pista de baile.

Pandemonium Sanitario

Se vive un momento singular en Chile y en el mundo, producto de la pandemia. Tan singular es, que se aborda como una condición de excepción, con toque de queda y medidas que restringen la vida pública. En efecto, ello ocurre porque el resultado final de la crisis son muertes, muchas evitables y una previsible catástrofe económica.

A propósito de la especulación sanitaria, término ya acuñado desde mi pequeña tribuna, que no es más que la suerte que corren estos escritos de opinión, hay cosas que hace falta decir, porque se acumulan en el encéfalo gris, allí donde radican los pensamientos. Apelo al sentido común y a las creencias, ambos elementos constitutivos de la subjetividad. Pido excusas por ello, pero así son las opiniones.

Desde el altar de las ciencias, hay quienes se han sentido dueños de la verdad y han cuestionado las estrategias que el gobierno ha desplegado para abordar el problema de la pandemia. Al decir de ellos mismos, la falta de datos y la falta de transparencia han representado un límite para sus posibilidades de contribuir. Pero ojo, desde tal convicción científica la descalificación ha llegado a ser brutal. Y entonces pregunto, instalado en el mismo altar ¿cómo nos está yendo? y la respuesta es, no sé. ¿Cómo estarían las cosas -el caso base- de no estar haciéndose lo que se está haciendo o de estar haciéndose

otras cosas en su lugar, o de haberlo hecho antes o después? ¿Dónde está la evidencia de que podríamos estar mejor y de que no lo estamos porque desatendimos los consejos de éste y de aquel? ¿Está acaso en la experiencia de otros países que son, a su vez, otros mundos y otras culturas? ¿Acaso no tenemos a los más importantes científicos expertos en estas materias epidemiológicas de Chile, conectados en línea con la OMS y aconsejando al Ministerio de Salud, con un espacio abierto en la página web institucional para que todos los ciudadanos puedan conocer tales consejos, sin que sea necesario arremeter destempladamente a través de la prensa para emitirlos? ¿Se cree acaso que la prudencia en el actuar de estos consejeros expertos es una subordinación condescendiente con el gobierno, como se ha sugerido?

El caso de las proyecciones para Chile de la Universidad de Washington, que nos hace perder nuestra fe residual en las ciencias, es completamente impresentable. Quise calificar las proyecciones realizadas por aquel centro académico como “campana del terror”, pero preferí omitirlo. Se trataba de unas proyecciones de mortalidad dentro de rangos invalidantes para la utilidad de las mismas, las que fueron corregidas el día de hoy, Domingo 7 de Junio, ahora con números muy distintos y quizás más probables. Pero en medio de estas especulaciones, el académico responsable dio una entrevista a página completa en un periódico local, fijando posición y defendiendo sus proyecciones. El gringo ni se arruga y tampoco se arrepiente. Resultado de aquello, el terror se expande. Cabe preguntarse, entonces, ¿quién responde por esto?

Que estén cursando estos temas en condiciones de excepción, porque se trata de un fenómeno verdaderamente excepcional, debería llevarnos a una profunda meditación. Este no es un momento de diseño y realización de políticas públicas para la normalidad. Es un momento para enfrentar la anormalidad y aquello, para que resulte en algo eficaz, debe ser hecho colectivamente, con las contribuciones de todos pero con generosidad, modestia y prudencia, para así salir adelante. Y aquí va el corolario: pero bajo una sola dirección.

Si se pregunta por las razones de los niveles de contagio y de muertes que hemos estado observando y sin certeza de si pudo ser mejor o peor; más aún, sin siquiera saber del todo si

lo mejor será, desde un punto de vista estrictamente sanitario y reservando la cuestión económica, llegar rápidamente al peak para empezar a descender de una vez en las tasas de crecimiento de los casos, versus aplanar la curva para contener la expansión y prevenir la saturación de nuestra respuesta asistencial y evitar muertes, cabe mencionar cuatro razones que creo que influyen mucho en los resultados:

Primero, en la medida que la pandemia ha cursado sobre las comunas más pobres del gran Santiago, donde la población vive en condiciones de hacinamiento, los contagios nuevos han crecido mucho.

Segundo, agregado a lo anterior, se ha hecho necesario crear condiciones para que contagiados y contactos estrechos puedan realizar sus cuarentenas en condiciones de aislamiento efectivo, porque en muchos casos esto no está ocurriendo.

Tercero, las personas andan dando vueltas por la calle, a veces justificadamente pues van tras recursos que les permiten subsistir, pero muchas otras veces lo hacen de manera innecesaria, como ocurre en las comunas más ricas, cuyos niveles de circulación se han reducido mucho menos que lo deseado.

Y cuarto, el elemento más novedoso que suele eludirse en el análisis pero que cuando se trata de gobernar algo de esta envergadura resulta ser un factor muy importante, es la falta de colaboración de organizaciones relevantes, muchas académicas y ONGs con vocación científica, que podrían estar más cerca de la autoridad sanitaria, actuando de manera sobria, prudente y contributiva, como el propio rector Vivaldi lo ha hecho a nombre de la Universidad de Chile. Quizás estas organizaciones no hayan sido suficientemente escuchadas, como ellas mismas alegan y así justifican su actitud tan crítica y a veces beligerante. Sin embargo, en ocasiones pareciera ser que es el afán de protagonismo o la necesidad mesiánica de poder influir de los líderes de esas instituciones lo que los pone en esa posición, con la televisión y la prensa como entusiastas amplificadores. Surge entonces la desconfianza, el más serio problema para el devenir, lo que confunde a la población y compromete la posibilidad de diálogo, cosa que en nada ayuda cuando se trata de enfrentar una condición de excepción.

Los tres primeros puntos están sobre la mesa y siendo abordados con la contribución de la Atención Primaria de Salud

en la contención, la implementación de residencias sanitarias para garantizar las cuarentenas y una mayor fiscalización en las calles unida a criterios más restrictivos para el otorgamiento de permisos. Si se pone el dinero que hace falta a las familias -hoy tenemos un acuerdo-, tales medidas concretas deberían converger hacia una mayor efectividad sanitaria, tarea ahora en manos de un nuevo Ministro de Salud. Pero el punto cuarto es en sí mismo un tremendo y quizás el más importante desafío, a la base de la estrategia. El nuevo Ministro tendrá que lograr que los diversos actores e interesados converjan también hacia un espacio de colaboración que el mismo en su gestión habrá de crear, para salir adelante.

Gestión de Hospitales en la Pandemia

Asistimos a un fenómeno singular en los hospitales y clínicas: el Coronavirus golpea nuestras puertas. Y entonces hay dos flujos de pacientes, el de los no contagiados y el de los contagiados, pacientes todos a quienes se debe admitir manteniendo entre ambos una prudente distancia. Por cierto que la composición del flujo total va cambiando y el segundo va cobrando día a día mayor importancia, lo que obliga a desplegar mayor capacidad instalada para asistir a los pacientes contagiados, implementando una reconversión de camas para dar cuenta de la singular necesidad. El equilibrio entre un grupo y otro se alcanza cuando la probabilidad de morir en cualquiera de ellos es la misma. Entonces el Coronavirus va acorralando progresivamente la tarea asistencial, la que se va concentrando en las patologías no Covid más urgentes o de peor pronóstico. Esta es la situación.

De lo anterior se desprende que la respuesta asistencial en materia de cuidados críticos debe crecer y perfeccionarse, lo que no es fácil cuando las competencias apropiadas del personal son escasas en esas especiales materias, al tiempo que los gestores hospitalarios deben poner también su inteligencia al servicio del distanciamiento y aislamiento de pacientes, abriendo y cerrando puertas, separando secciones, instalando panderetas y asignando personal para brindar distintos tipos

de asistencia y controlar rigurosamente el uso de los elementos de protección personal para que quienes asisten no sean vectores de la transmisión del contagio entre pacientes, al tiempo que eviten su propio contagio. Un modelo de alternancia del personal ha sido puesto a disposición de poder realizar apropiadamente estos cuidados.

La situación importa un dinamismo en el quehacer completamente fuera de lo habitual, que transforma al hospital entero en una verdadera unidad de cuidados intensivos sin serlo completamente. Y quizás la característica más especial de esta situación es que aquí nadie discute abiertamente las cifras ni la estrategia de la autoridad sanitaria, todos colaboran entre sí, médicos y enfermeras se vuelcan a la cuestión asistencial con vocación y dedicación, surge el gobierno clínico a plenitud y los administradores nos concentramos en facilitar la tarea reclutando personal, garantizando el uptime de los equipos y comprando los insumos necesarios. La gestión clínica se presenta entonces como el espacio donde todas las deontologías convergen, la del clínico, que quiere hacer por el paciente todo lo posible y la del administrador, que procura que los recursos alcancen para todos. De paso se abren espacios de conversación remota donde se va tomando el pulso al quehacer y ajustando colectivamente el plan de corto plazo en función de la dinámica de la situación. Surgen nuevas conexiones en la red interna de la organización, las agrupaciones gremiales y la administración conectan en una perspectiva que se hace común y compartida. Y todo esto ha de quedar, como un poderoso aprendizaje para el devenir futuro de nuestro quehacer en el sistema de salud.

Es bueno que la ciudadanía sepa, entonces, que los famosos héroes a quienes de vez en cuando se aplaude o se festeja gracias a la iniciativa de Lady Gaga, están ahí, haciendo su trabajo, poniendo sus conocimientos y competencias al servicio de la causa y que el Pandemonium Sanitario que ven en la tele, cambios de Ministros incluidos, no les afecta en lo sustantivo, o al menos no los divide en el trabajo, porque saben lo que tienen que hacer para salir adelante con los pacientes, que es lo único que al interior de ese mundo importa realmente.

Isapres otra vez

Motivado por la reciente disposición de la Superintendencia de Salud acerca de pre-existencias por enfermedades congénitas, volvemos al “ruedo” que ha estado en el olvido público producto de la pandemia. Sin embargo, cabe recordar que las Isapre estuvieron al borde de ser sacrificadas en el altar de la Plaza Italia. Las salvó la campana, en este caso el Coronavirus. Es cierto que por alguna razón misteriosa siempre se salvan -los interesados en su sobrevivencia no son solo sus dueños-, pero esta vez parecía que iban rumbo al cadalso. No solo las salvó el Coronavirus, sino que el mismo les trajo los mejores resultados económicos de los últimos años por reducción del consumo de servicios de su clientela, que compensó en exceso el mayor gasto en licencias médicas.

Entonces, aquí estamos otra vez. Para decir lo que hemos dicho tantas veces. No es concebible ni aceptable un sistema de seguridad social para la salud que tarifica en función de los riesgos. Ojo que por aquí vendrá el arreglo que las Isapres harán para compensar el mayor gasto que traerá consigo la eliminación de las pre-existencias congénitas, no cabe duda. Pero lo cierto sea dicho, lo inaceptable ha sido aceptado durante 40 años, por todos los regímenes políticos que nos han gobernado. Y lo otro que diremos es que no es concebible ni aceptable tampoco en un sistema de seguridad social que se impongan pre-existencias, es decir falta de cobertura para situaciones existentes previas a asegurarse, origen de la “cautividad”. En seguros privados convencionales sí es concebible y aceptable, pues es parte del negocio. Pero en seguridad social no lo es. Y este es el “quid” del asunto.

Hace unos pocos meses atrás el estallido social había hecho posible que los pequeño-burgueses resolviéramos el vergonzoso conflicto que hemos mantenido en la mesa todo este tiempo, aspirando a estar incluidos en la elite sanitaria del país, la que goza de libertad para elegir, salvo cuando empieza a estar cautiva. Hasta *The Economist* señalaba que Chile requería “un enfoque más audaz” para sus reformas y recomendaba abolir las Isapres, manteniendo los seguros privados, según se leía en la edición de *El Mercurio* del día 13 de Marzo.

Pero para los salubristas en particular, recuerdo aquí a nuestro querido profesor Ernesto Medina, un hombre de derecha,

las Isapre fueron desde un comienzo una solución aberrante dentro de la seguridad social. Seguridad social que tarifica por riesgos y en función de pre-existencias?. Incomprensible. Y ahí están, sin cambio alguno después de 4 décadas, al punto que se han transformado en el símbolo de la inequidad en salud, expresión de la más odiosa desigualdad entre ciudadanos al momento de enfermarse, desigualdad que en pleno estallido social todos parecían querer eliminar.

Preciso es reconocer lo que han significado las Isapre en Chile para el robusto desarrollo del sector privado prestador de servicios de salud. Como las AFP lo han sido para el mercado de capitales. Y los miembros de la clase media, los inseguros, siempre en plena arena movediza, nos hemos sentido cómodos con el “apharteid sanitario”, situados en la vereda donde calienta más el sol. Y entonces no nos ha importado mucho el asunto y tampoco nos ha importado lo que ocurre en el sistema de la gran mayoría, el de los hospitales públicos, porque no somos sus clientes.

Quisiera entender que el enlentecido trámite del proyecto de Ley de reforma a las Isapre que reside en la Comisión de Salud del Senado, última ocasión de corregir para sobrevivir que tiene el sistema, no es más que una señal de que se le vendrán encima tiempos peores. Y mejores para el conjunto de la sociedad.

Las 7 Bolas de Cristal

Cuando el ex Ministro de Salud Jaime Mañalich declaró que todas las proyecciones en que había creído se habían derrumbado como “castillos de naipes” quedó claro que su error fue haber creído en ellas. Si tales proyecciones respondían a algo más que a su propio modelamiento conceptual “in mente”, ahora recordamos que nunca fue razonable hacer proyecciones acerca del devenir de la pandemia en este rincón del mundo ni en ningún otro rincón del planeta, en medio de una diversidad de medidas de control en marcha y una gran variedad de factores sociales sobre la mesa. Menos al mismo tiempo que se enfrentaba un virus cuyo comportamiento veníamos recién conociendo. Proyectar era insensato frente a una realidad prácticamente imposible de modelar. Creer en las proyecciones, también.

Y vamos viendo a los grandes pitonisos de la pandemia, como la Universidad de Washington y ahora el MIT, organizaciones que proyectan y se retractan y re-proyectan cada 15 días o cada vez que el gobierno mueve una pieza y que así y todo no andan nunca ni cerca de lo que finalmente pasa. Solo agregan más incertidumbre a la campaña del terror. Leña para *la hoguera de las vanidades*. Y la prensa local los entrevista y le dedica páginas completas a sus números y gráficos a todo color -rojo, casi siempre-, cuando proyectan y cuando re-proyectan, como si aquello fuera inocuo. Y me abstendré de hacer la lista de los proyectistas locales, para no pelearme con nadie más, pero es cosa de ver lo que se ha dicho y escrito por todos lados. No me hagan hablar.

Y he nos aquí, con la cola entre las piernas y confinados en nuestras casas, viendo pasar el bicho frente a la puerta, pero parece que desacelerando. Si no me equivoco, el peak ya ocurrió, cuando llegamos a algo más de 6.900 casos nuevos, hace tres sábados atrás. Pues bien, crucemos los dedos y sigamos ocupados de que las medidas tomadas se perfeccionen, intensifiquen y profundicen: más aislamiento de casos y contactos, más trazabilidad y más control en las calles. Mientras tanto, el sistema de salud a tope pero todavía respondiendo a la embestida con gran genio, lo que a los gestores hospitalarios no nos sorprende. Se trata finalmente de evitar toda muerte evitable asociada a esta causa.

En el futuro podremos revisar los registros que los acontecimientos irán produciendo y sabremos cuáles fueron las medidas más eficaces que tomamos, cuáles fueron los errores y cuánto hubo de azar. Ya no proyectaremos, pero a lo mejor podremos recoger experiencia que nos habilite para enfrentar mejor otra pesadilla de esta especie. Digo a lo mejor, porque de una epidemia a otra las cosas cambian. Pensemos en el Cólera, en el H1N1, etc. Como decían nuestros padres disciplinarios Leavell y Clark, la tríada ecológica es relevante: la susceptibilidad del huésped -nosotros-, la virulencia del germen -el bicho- y las condiciones del medio-ambiente, hoy bien denominadas por el Ministro Paris como “determinantes sociales”, concepto conocido en la jerga sectorial. Tal es el sencillo equilibrio. Pero en realidad es complejo, es cambiante y es dependiente de la interacción de un conjunto de factores. Ya averiguaremos más sobre eso.

En cuanto al medioambiente, hay dos cuestiones que no puedo dejar de mencionar. Primero, la cultura sanitaria de nuestro país, a la que yo sí aposté fuertemente y que fue mucho menor que la supuesta, tal vez debido a la relevante presencia de inmigrantes de países con culturas sanitarias diversas o quizás debido a la anomia descrita por Carlos Peña a propósito del estallido social. Y en segundo lugar, la pobreza, que creímos haber dejado atrás hace 3 décadas, pero que se ha reconstituido en nueva modalidad y se ha traducido en hacinamiento que impide el aislamiento social efectivo y obliga a las personas a salir a ganarse unos pesos.

Luego el germen, virulento, contagioso, cuya forma de transmitirse -las gotitas de Flügger- nos obliga a tomar entre nosotros prudente distancia. Y luego nuestra susceptibilidad. Todavía no tenemos vacuna.

Mientras tanto y si las cosas mejoran, a cuidarnos mucho de brotes y potenciales rebrotes imposibles de presagiar mientras esperamos la vacuna que ha de ponernos finalmente a salvo. Atentos estamos mirando a todos los europeos que se han volcado a las playas y a los estadios con entusiasmo adolescente. Ah, y por sobre todas las cosas, crucemos los dedos para que los proyectistas guarden con prudencia sus bolas de cristal, salvo que tengan algo muy importante que decirnos.

Gestión Clínica: confianza y colaboración

Como suele suceder, el enemigo común nos ha ayudado por estos días a poner el foco en la tarea principal en los hospitales y clínicas. Evitar muertes evitables por la arremetida del enemigo invisible se ha transformado en nuestro “target” y ha hecho nítida la convergencia de la deontología del clínico, salvar vidas y la del administrador, lograr el mayor rendimiento de los recursos disponibles. Y lo hemos dicho antes, ese espacio de encuentro se llama “gestión clínica”.

La puesta en operación de centenares de unidades de ventilación mecánica y de cuidados especiales, máquinas y personas, nos ha situado en un extremo donde lidiamos con el riesgo vital de los pacientes. Lo hacemos, como ya hemos dicho,

administrando el doble flujo, lo covid y lo no covid y basados en las hipótesis de probabilidad de morir por el coronavirus o por cualquier otra causa. En ese escenario, lo que surge en la primera línea es el criterio clínico, por sobre cualquier otra consideración que pudiera venírsenos a la cabeza. Simplemente, nos preguntamos ¿qué es lo mejor que estamos en condiciones de hacer por este paciente?. Ahí están nuestros Médicos, nuestras Enfermeras, nuestros Técnicos, guiados todos por su afán de sacar adelante a los enfermos. Por su parte, el uso de los elementos de protección personal no solo ha brindado protección, sino que se ha transformado en un generador de estados de ánimo apropiados para focalizar la atención en el propósito último de la acción.

Y los que en la trastienda facilitan esta tarea, quizás nunca habían estado tan profundamente conscientes de que el soporte de la tarea principal también es vital. Es vital contar con las personas para lo que se hace necesario reclutarlas oportunamente, si es que no están. Es vital asegurar la existencia de los insumos clínicos y medicamentos apropiados y lidiar con los potenciales quiebres de stock. Es vital tener un “uptime” de los equipos muy cercano al 100%. Es vital tener los recursos financieros a tiempo y realizar una buena ejecución presupuestaria. Muchas veces también es vital que las viejas techumbres de nuestros edificios prehistóricos no se lluevan. Y quienes están detrás de esas tareas lo ven hoy con una claridad meridiana: concurren a facilitar la tarea del gestor clínico y de los clínicos en general.

Y ahí están todos, como si de pronto la emergencia los hubiera puesto juntos en un punto en que la racionalidad clínica en efecto es la que prima, un punto en que la dirección y el afán son tan obvios, un punto en que el trabajo en equipo se despliega espontáneamente porque en realidad no hay otro modo de hacer las cosas para combatir al virus y mitigar sus efectos. Todo el mundo sabe bien lo que tiene que hacer, la tarea tiene sentido y ese sentido la orienta. Surgen los activos más valiosos que tienen dentro las personas y surgen algunos que viven en el corazón de la propia organización, en su historia y su cultura, que son su misión y sus competencias esenciales que a veces están adormecidas y que circunstancias como éstas sacan a flote. La confianza y la colaboración se transforman, entonces, en el pan de cada día.

Speakers' Corner

En el Hyde Park de Londres, en una esquina, sin discriminación de ninguna especie, moros y cristianos se suben sobre una escalerilla y lanzan sus proclamas a los 4 vientos. Sin los pies sobre la tierra hablan libremente de lo que estiman conveniente y necesario y siempre hay tres o cuatro transeúntes y a veces más que detienen su paso y les escuchan. Una cosa como esa es la que ocurre en Chile con la pandemia, donde Pedro, Juan y Diego -entre otros yo mismo- hablamos con distintas motivaciones de lo que nos parece razonable y oportuno. Algunos con más conocimiento de causa que otros, unos recién aparecidos en el sector de la salud y en la salud pública e incluso miembros activos de otras disciplinas, como la ingeniería y la economía. Bienvenidos todos. El tema de moda hoy son las muertes asociadas al Coronavirus.

La muerte es probablemente, junto con el nacimiento, uno de los eventos que gozan del mejor registro y son eventos sustantivos al momento de construir nuestro perfil demográfico y epidemiológico. A diferencia de la morbilidad, sus registros son “datos duros”, pero no es fácil el asunto. En efecto, siendo los certificados de defunción el registro central en el caso de las muertes, aquellos han de leerse con cuidado al momento de clasificar las causas de muertes. Muchos señalan que la causa ha de ser un “paro cardio-respiratorio”, circunstancia que siempre se verifica como fenómeno terminal de la vida, pero tal cosa no es la causa. La pregunta es ¿qué lo llevó a esa condición terminal?. Entonces no es llegar y transcribir el contenido del certificado de defunción a las estadísticas. Se hace necesario un proceso analítico inteligente y técnicamente fundado y en ocasiones se requiere recurrir a otras fuentes de información, como las fichas clínicas, para finalmente asignar la muerte a una determinada causa, siguiendo la clasificación internacional de enfermedades. Esta es la ardua tarea que realiza sistemáticamente el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio y es una tarea que toma tiempo, una tarea cuidadosa, rigurosa, meticulosa, que nunca podrá ser “on line”, sino a riesgo de cometer muchos errores de clasificación. Yo vengo de los tiempos en que esperábamos la edición del anuario estadístico para conocer de qué morimos los chile-

nos en un determinado período de tiempo, habitualmente un año calendario. Esto lo saben muy bien los expertos del sector de la salud.

Ahora bien, en el caso del Coronavirus contamos con una certificación singular que surge de las características de la epidemia, que nos obliga a medir, para conocer y poder actuar. Hacemos un examen que nos permite detectar la presencia del virus en las gargantas de la humanidad y nos facilita poder afirmar con elevado grado de certeza -no es 100% porque en todo test hay falsos positivos y falsos negativos- que la enfermedad en curso y luego la muerte si es que ocurre, están efectivamente causadas por el Coronavirus. De este modo observamos la evolución de la infección y la positividad de los tests. Más allá de eso, el DEIS examina un volumen adicional de certificados de muerte que no están asociados al examen descrito, pero que son sugerentes de muerte asociada a Coronavirus y realiza un análisis cuidadoso de tal atributabilidad que, como dijimos, se hace para la totalidad de los certificados de defunción con fines de clasificación. Y de ahí surgen muertes atribuibles al Coronavirus, sin examen asociado, pero como resultado del esfuerzo analítico de los especialistas en estadísticas. Esta es una segunda categoría de muerte por Coronavirus, no “confirmada” por el examen de PCR pero altamente probable, razón por la cual se le clasifica como tal. También DEIS “descubre” casos, los menos, con resultados de examen positivo que no habían sido detectados en la primera vuelta “on line” y que se agregan con algún retardo a la primera categoría.

Las categorías descritas antes -y esto no es difícil de entender para cualquier ciudadano- son diferentes. Una es más probable que la otra, gracias a la concurrencia del examen que detecta la presencia del virus en la garganta. En consecuencia, tales líneas en estricto rigor no serían sumables. Sería como sumar, no peras con manzanas, pero sí manzanas rojas con manzanas verdes. Sin embargo, cualquiera que lo desee podría sumar lo que quiera cuando los datos de ambas series estén disponibles, aceptando que el primer dato estará más “on line” que el segundo, lo que no podría ser de otro modo.

Afortunadamente, el examen de PCR ahorra trabajo al DEIS, porque cuando es positivo se da por hecho que la muerte es atribuible al Coronavirus. Al final del período, cuando la

clasificación de las causas de muerte de todas las enfermedades haya sido completada y reportada, los datos se encontrarán sumados, en una calificación amplia de lo que se ha de considerar un caso. Por lo pronto y puesto que ambas líneas igual están disponibles con cierta frecuencia, se hace difícil entender algunos discursos encendidos y categóricos que surgen, cargados de sospecha, como si el gobierno intentara ocultarnos algo que no oculta y mantenernos en la opacidad y el desconocimiento. Me parece que no es así, ambos datos están disponibles, súmelos usted mismo por ahora si le parece conveniente o si necesita realizar una comparación de la situación de Chile con otros países que estén reportando del mismo modo. Esto ha presionado al Ministerio a tener que ofrecer diariamente información provisional elaborada por el DEIS, a mi juicio a riesgo de que se cometan errores. Entonces, bajémonos de la escalera y soltemos el megáfono porque aquello en nada nos ayuda cuando requerimos construir confianza y cooperación.

Hablemos, ahora sí, de la Pandemia

Cuando la convergencia y superposición entre el estallido social y la pandemia se ha hecho evidente a propósito del retiro de fondos de pensiones para cubrir necesidades urgentes de la clase media, paradójicamente se ha generado también una ocasión para mirar la evolución de la pandemia en su propio mérito, descontaminada de la carga de intención política de la que ha estado empapada.

En efecto, ha comenzado el descenso de los casos nuevos de Covid19, después de un peak de 6.938 casos ocurrido hace algo más de 4 semanas, un día después del cambio de Ministro de Salud. Si la mezcla de muestras de exámenes realizados diariamente a personas sintomáticas versus asintomáticas fuese proporcionalmente estable, dado que la probabilidad de encontrar resultados positivos es más alta en las primeras que en las segundas, cae también la positividad en términos reales, la que hoy se ubica en torno al 15%. ¿Qué vendrá más adelante? En realidad no sabemos mucho más que esto que observamos y describimos y, por lo pronto, estamos atentos a lo que suce-

da especialmente a los europeos. Se prepara el gobierno para eventualmente iniciar un deseado proceso de desconfinamiento en la Región Metropolitana, previo término de la cuarentena, el que nos prometen que será muy prudente y paulatino. Quizás podríamos decir que las medidas que se han tomado empiezan a surtir efecto. Y no dejar de reconocer la honestidad del Ministro por no atribuirse estos resultados.

Interesante resulta también constatar que la red integrada de salud chilena dio abasto, sin que se produjeran muertes evitables como ocurrió en Italia y en España cuando el sistema de salud se vio sobrepasado y como temen los norteamericanos que ocurra con el suyo propio en su segunda ola. Aquí, si bien alcanzamos niveles muy altos de ocupación de las instalaciones críticas y por lo tanto momentos de alta tensión y sacrificios, parece que lo logramos. Entonces me surge una pregunta ingenua: ¿no hizo falta aplanar la curva? Si el propósito de hacerlo -no pudo haber sido otro- era evitar muertes evitables por falta de atención, quizás no hizo falta.

Pero calma, veamos. Entonces ¿cómo juzgar lo obrado por el gobierno? ¿fue correcta o incorrecta la estrategia? ¿debió haberse trazado más y mejor? ¿debió haberse iniciado antes la cuarentena total de la Región Metropolitana en lugar de una estrategia de cuarentenas parciales?. A lo mejor pasamos “raspando” y si bien pudimos tener una curva más plana y a la vez más holgada ¿esto último habría ocurrido a costa de alargar el ciclo?. ¿Habríamos evitado muertes y otros daños reduciendo los contagios en el tiempo o simplemente las habríamos postergado, dado que la incidencia acumulada dependería de la población susceptible mientras no exista vacuna?.

Por lo pronto sabemos que Chile, a diferencia de muchos otros países de nuestra región y de otras regiones, mide los casos y los mide bastante bien, corroborándolos hasta donde se hace posible con la realización de un examen de PCR. En Chile se han hecho, desde el comienzo, muchos exámenes para identificar contagiados, muchos más que en otros países, lo que ha permitido a su vez registrar las muertes con PCR positivo. Además se registran también las muertes probables, sin PCR positivo, en el DEIS. Es probable también que la incidencia acumulada de casos real -y también de las muertes- no esté tan lejos de la que estamos verificando con los exámenes, a diferencia de otros países que hacen

mucho menos tests, algunos de los cuales presentan cifras que son inverosímiles y probablemente tengan enormes brechas entre lo que miden y lo que realmente les está ocurriendo. Ahora bien, puesto que los registros de casos y muertes dependen de los exámenes que se toman y que certifican tales casos y muertes, la comparación entre países habrá de realizarse finalmente observando los excesos de muertes, teniendo en cuenta que una parte de ese exceso habrá de atribuirse directamente al Coronavirus y otra parte indirectamente. Esto último porque habrá muertes por la postergación de asistencia a otras patologías, producto de la pandemia. No quedará más que observarlo así.

Entonces, volvamos al comienzo, vamos a la baja. ¡Qué bien!. Pero lo mejor de aquello es que el debate público directo en la materia se modera. Desaparecen las voces estridentes que encuentran malo esto y aquello, muchas cargadas de intención política, se contiene el desenfreno periodístico cuando hay menos cosas malas que mostrar o las malas se han desplazado a otros sectores y damos paso a un momento en que podríamos ponernos a reflexionar, a mirar tranquilamente los datos de la pandemia y a darnos cuenta y aprender. Porque, no está demás decirlo, por la naturaleza de la pandemia habrá muy probablemente rebotes con los que habremos de lidiar mientras esperamos la entrada triunfal de la vacuna.

Aplanando la Curva

No cabe duda que aplanar la curva epidémica para garantizar acceso a los servicios de salud de las personas, sin que éstos se hayan visto sobrepasados, ha evitado muertes causadas directa e indirectamente por el virus. Pero nos hemos preguntado también ¿resuelto el problema de la oferta de servicios de salud, habríamos evitado más muertes reduciendo los contagios en el tiempo o simplemente las habríamos postergado, dado que la incidencia acumulada dependería de la población susceptible mientras no exista vacuna, a letalidad constante? Quizás, pero con seguridad habríamos evitado pérdida de bienestar social que los salubristas por pudor sanitario, para que no nos vayan a acusar de economicistas, a veces evitamos mencionar.

Pues bien, el bienestar social es más que el crecimiento económico. En aquel influyen factores como el acceso a servicios de salud de buena calidad, a la educación de calidad, a la calidad de la vivienda y de los barrios, al transporte público, a la sensación de seguridad, a la libertad ciudadana, al acceso a la justicia, a contar con un medio ambiente saludable y a la realización personal, relacionada con la calidad de acciones recreativas, deportivas y culturales y con la calidad de las relaciones interpersonales, con familiares, colegas y vecinos.

La pandemia y sus efectos en el número de contagios hacen necesarias medidas de aislamiento de distinto tipo y rigor, medidas que acarrearán pérdidas de bienestar social. Tales medidas y pérdidas se acentúan con niveles altos de contagios que obligan a mayores restricciones. Esto que parece lógico, se detalla a continuación:

A mayor contagio hay menor concurrencia de la gente a establecimientos de salud por consultas, controles y otras intervenciones no Covid, debido a la reconversión de servicios (cambios en la oferta), a medidas que dificultan el traslado (cuarentenas u otras) y a una percepción de inseguridad de las personas por riesgo de contagio en el evento de concurrir a los servicios. Esto podría asociarse a muertes indirectas que no pudieron evitarse porque no llegaron los casos a los servicios y, por cierto, también al empeoramiento del pronóstico de patologías crónicas y otras que cursan sin la debida oportunidad de atención.

También se dificulta el acceso a la alimentación y a otros bienes de consumo y a la realización de múltiples actividades prácticas y trámites en general.

Medidas más restrictivas de aislamiento generan, por último, una creciente sensación de pérdida de libertad que influye en la aparición de problemas de salud mental, como ansiedad y angustia.

Mayor paralización de actividades económicas no esenciales afectan la capacidad para producir, distribuir y vender bienes y servicios, con los consecuentes efectos en los ingresos de trabajadores y empresarios, impactando al PIB y a los agregados fiscales por menores ingresos y por mayor gasto en medidas de compensación de ingresos y de reactivación económica, derivando en mayores necesidades de financiamiento y muy probablemente en mayor deuda, lo que compromete las posibilidades

futuras de contribuir a mayores niveles de bienestar.

Por último, las restricciones limitan seriamente la posibilidad de que quienes viven al día puedan movilizarse en busca de ingresos.

Por lo pronto observamos niveles de contagio en lento descenso, pero aún elevados, unos 2 mil casos nuevos al día. No está demás decir, entonces, que la estrategia de medir, trazar y aislar es el camino lógico para enfrentar la situación.

Ahora bien ¿cuál será la mejor forma de hacer ésto? Miramos atentamente experiencias en distintas realidades, algunas insulares exitosas como la de Nueva Zelandia y otras insulares con magros resultados, como la del Reino Unido. Algunas continentales exitosas con pocas restricciones, como la de Uruguay y otras desastrosas como la Argentina, con amplia cuarentena desde el primer día. La mala experiencia sueca, por su parte, bajo los criterios de no hacer nada, la experiencia de los rebrotes en la comunidad española, después de haber sido sorprendida y sobrepasada con la primera ola, como los italianos. Los norteamericanos, en USA, con el sur del país en llamas y el norte a la espera de un rebote y la experiencia brasilera con un “líder” insensible en la materia. Y, por último, atentos a la experiencia de chinos y coreanos. No es fácil aún levantar hipótesis razonables en la materia, pero ya se perfilan discusiones en nuestra patria sobre estrategias y causalidades, a propósito del desconfinamiento.

Quizás Epsilon, el azar, también ha estado presente. No sabemos bien. Por lo pronto, lo decimos sin perder la calma, medir, trazar y aislar. En eso estamos.

Heridas Abiertas

Ingresé a la carrera de Medicina en la Universidad de Concepción en el año 1973. Eramos unos 300 alumnos, muchos de los cuales vestíamos a la usanza de la época, con jeans, mostacillas, ponchos y morrales del altiplano y lucíamos largas cabelleras partidas al medio y gruesos mostachos que caían hacia abajo bordeando las comisuras de los labios. No éramos todos del MIR, pero lucíamos como si lo fuéramos. Los más hippies,

por cierto, éramos objeto de observación y cuidado por la militancia más dura de la Unidad Popular, en particular por los comunistas. El festival de Piedra Roja en Santiago, secuela de Woodstock, había sido demolido por la prensa de la época, no obstante había tenido a su vez una secuela de mala muerte en Quillón, camino a Bulnes.

Las vacaciones de invierno de ese año se habían atrasado a punta de paros y movilizaciones estudiantiles del primer semestre y nos encontrábamos arrancando recién el segundo semestre cuando vino el golpe de estado. De hecho, yo inscribí los ramos y me volví al sur a una fiesta que se nos había quedado pendiente. Ahí estaba cuando mi padre me instaló en el velador la radio a pilas con las marchas y bandos militares ese día martes. La Muchacha Italiana Viene a Casarse había terminado y había terminado bien, como era de esperarse, mientras se había venido haciendo cada vez más difícil dialogar en la República de Chile y el ambiente social se había venido crispando y tensionando fuertemente, al punto de llegar a este resultado que finalmente no nos sorprendía. La situación no daba para más, lo estábamos esperando.

Cursé el segundo año en un ambiente singular, habiéndose reducido el tamaño del curso casi a la mitad. Algunos de mis compañeros desaparecieron del mapa y muchos otros, algunos amigos, se quedaron repitiendo química orgánica, que era un auténtico colador. Yo pasé raspando, pero patiné en segundo año, así es que me encontré con los amigos un año más tarde. Mi segundo año fue complejo y estuve a punto de desertar. Profundicé mi “hippismo” -una mezcla entre el Gran Lebowski y el Chino Ríos- y dejé de asistir a clases en el segundo semestre, resultado de lo cual perdí todos los ramos pero teniendo la mitad de los créditos más 1, no me expulsaron de la carrera. Esto fue determinante para seguir ahí a pesar del “currículum oculto” y para encontrarme con la generación que hoy son mis excompañeros del wasap. Los que ingresaron en 1974 más los que repitieron en 1973, para egresar todos finalmente en 1980. Los primeros ochenteros.

El nuevo curso lucía más pulcro, en promedio. El look miracho se desvaneció y fue sustituido por un aspecto más hippie en algunos de nosotros, los menos. Se hicieron más notorios y frecuentes que antes los compañeros de curso que llegaban

en sus automóviles. Se establecieron dos polos, uno pro régimen militar, los “fachos” y uno contra el régimen, los “rogelios” o “comunachos”. Yo me ubiqué con los “rogelios”, porque ahí me sentía más comfortable, no obstante provenir de una familia demócrata-cristiana. La música se transformó en el nexo para limar las desconfianzas y acortar las distancias con la militancia dura ya mencionada, por cierto ayudados por el enemigo común. Con los “fachos”, salvo excepcionalmente, no cruzábamos palabra. Yo, sin embargo, tuve buenas relaciones con compañeros que eran pinochetistas entusiastas, admiradores de la obra del régimen, pero que tal vez eran más abiertos.

Los “rogelios” vivíamos en la convicción de que formábamos parte de una inmensa mayoría de chilenos que guardaba silencio por el miedo a la represión, mayoría que era profundamente contraria a la dictadura. Entonces usábamos la música y las artes como medio para canalizar el descontento de aquella mayoría. Creímos que el plebiscito del 80 era completamente un fraude, miedos mediante. Después, cuando tratábamos de entender por qué el pueblo de Chile no se había levantado a defender al Presidente Allende y a su gobierno popular en Septiembre del 73, nos empezamos a dar cuenta de que las cosas no eran tal como suponíamos. Había una mayoría que en realidad vivía bastante tranquila, que hacía un poco la vista gorda en materia de derechos humanos, que veía Sábados Gigantes y el “Japening con Ja” los días domingo o que simplemente se compraba la idea de dejar de ser “proletarios” y transformarse en “propietarios”. Los “malagradecidos”, como diría doña Lucía cuando ganó el NO.

Años después nos juntamos los egresados del 80 por primera vez, moros y cristianos, “fachos” y “comunachos”. Bailamos, bebimos, nos embriagamos y cantamos. Y más adelante nos volvimos a juntar, y luego otra vez y otra más. Lo hacíamos un poco ansiosos, pero conversábamos con cierta soltura, nos reconocíamos y nos recordábamos. Parecíamos hacernos falta. Tuvimos conversaciones que nunca antes tuvimos. Hablamos de todo, de nuestras diferencias políticas y hasta nos reímos. ¿Acaso nos reconciliábamos?

Con el transcurrir de estos encuentros me empezó a asaltar la idea de que la reconciliación era posible. Habíamos materializado el milagro entre compañeros de un curso que cursó, valga

la redundancia, en un ambiente de distanciamiento marcado por una crisis social que nos había llevado al feroz quiebre institucional que había experimentado nuestro Chile, escenario en que nos tocó entrar en escena, en 1974. Nos re-encontrábamos y que importante sería, pensaba yo, poder mostrárselo al país herido. Hasta que vino el estallido social y todo empezó a ser de nuevo como ayer. En las manifestaciones explícitas de nuestro grupo curso del wasap surgieron las primeras discrepancias, algo de violencia verbal y de dolor. Algunos se retiraron. En realidad, pienso ahora, éramos los mismos. El milagro no se había verificado y quizás era ingenuo pretenderlo. Eran sueños del viejo hippie.

Y ahora miro el país y veo lo mismo, las heridas siguen abiertas. Quienes fueron expropiados con violencia quizás justifiquen lo que vino a continuación. Quienes fueron objeto de las desapariciones y torturas por acción del aparato del estado pensarán que tal cosa no tiene ninguna justificación. Y así es que al momento de sentarse en las mesas de conversación para construir el futuro, para diseñar políticas públicas que conduzcan al progreso de todos, tal cosa se hace imposible porque hay una conversación de fondo, larvada, un murmullo vesicular que nos dice que ese que tienes al frente fue, ha sido y será tu enemigo. Es decir, las razones que nos llevaron al quiebre en esos entonces figuran hoy como no procesadas, como pendientes, como si la culpa solo hubiese sido del otro. Y quizás esto no tenga solución, quizás no sea más que una obsolescente “lucha de clases”. Si fuese así, la pregunta es cómo evitamos el contagio de las nuevas generaciones con estas heridas, cómo cortamos la correa transportadora. ¿Acaso no ha cambiado el mundo? Quizás podamos hacer algo antes de que ya sea tarde para nosotros.

Corazones Sanitarios

Cuando reconocemos que la institucionalidad que construimos el 2005 en Chile para el ejercicio de la autoridad sanitaria fue frágil, no hacemos cuestión de lo obrado por Ricardo Lagos en la reforma. Quienes fuimos militantes en la Concertación valoramos lo hecho en el sector salud, AUGE incluido, pero no

somos autocomplacientes y somos capaces de reconocer dónde el trabajo merece todavía mucha reflexión y mejora.

La separación de funciones, conceptualmente correcta, no fue fácil de materializar en el mundo real. Se trataba de reducir funciones de los Servicios de Salud para centrarlos en la provisión de asistencia a la población enferma, mientras el quehacer de la salud pública, la provisión de bienes y servicios de apropiación colectiva, había de transferirse a otro órgano, que en este caso resultó ser el conjunto de Seremías de Salud a lo largo del territorio, en su expresión más ejecutiva. Así, la provisión de servicios de salud quedaba en una mano y la provisión de bienes de salud pública, en otra. De hecho, las Seremías otorgan la autorización sanitaria para la provisión de servicios en la red asistencial pública y privada, lo que hace que separar funciones sea sano y transparente. Por arriba se articuló un comando con una Subsecretaría de Redes Asistenciales y una Subsecretaría de Salud Pública, organismos que hemos visto desplegados a diario rindiendo inédita cuenta a la comunidad acerca de la evolución de la pandemia del Coronavirus. Uno para medir, trazar y aislar y el otro para atender a los pacientes que requieren asistencia.

La distribución de recursos en la separación de funciones fue compleja y fui testigo de que los profesionales preferían permanecer en los Servicios de Salud, lo que debilitó de entrada el ejercicio de las nuevas funciones de las Seremías. Tal debilidad, a mi modo de ver, era todavía un problema en algunas regiones cuando llegó el Coronavirus y visto así, creo que la Subsecretaría de Salud Pública ha realizado un esfuerzo titánico para sacar adelante la tarea. La experiencia de lo vivido ahora nos dejará decenas de aprendizajes para mejorar, como sucede siempre en materias relativas a la formación de políticas públicas.

Pero hay un tema que me asalta desde el comienzo de la pandemia, que ha dañado mi corazón de salubrista y me perturba, pero que por fortuna he aliviado un poco después de leer la entrevista de la revista YA de El Mercurio a nuestra gran doctora Danuta Rajs, especialista en estadísticas de salud, que nos explica con lucidez y aplomo lo de las cifras y nos cuenta del encargo que le ha hecho el Ministro ¿Será que ha vuelto la cordura?

Antes de Danuta, ha sido brutal asistir al debate público acerca de lo obrado y no obrado en la pandemia, donde se lanzaron al ruedo diversas entidades para expresar sus puntos de

vista, sus proyecciones, ideas y ocurrencias, gremios, académicos, organizaciones no gubernamentales, opinólogos, periodistas, todos legitimamente al aire pero no pocos en tono desafiante y confrontacional con la autoridad sanitaria, a veces con ansiedad indisimulable, contribuyendo a crear un clima de incertidumbre y desconfianza dañino para la población. Es decir, cuando era indispensable agregar calma, especialmente si se esperaba de la ciudadanía un buen comportamiento y autocuidado, se consiguió lo contrario, miedo e intranquilidad. Sin enjuiciar el valor de verdad de las opiniones, esto es como la bolsa de valores, donde la especulación puede llevar al descalabro, sobre todo cuando procesamos aún una diversidad de experiencias en el mundo y las sorprendentes declaraciones del Director de la OMS acerca de nuestra tabla de salvación, las vacunas.

Pero ha habido excepciones, actos y actitudes de colaboración, como el acuerdo del Ministerio de Salud con la Universidad Central para trazar, o el nítido mensaje del doctor Ugarte cuando manifiesta que habría preferido no ir tan rápido en desconfinar pero se pone a disposición de la autoridad sanitaria una vez que ésta ha tomado la decisión que tomó, o como ha sido la sistemática actitud de colaboración del Rector de la Universidad de Chile.

Ha sido difícil quitarse de la cabeza que la pandemia se transformó también para algunos en un pretexto para golpear al gobierno de turno, trasladando el componente político del conflicto de Plaza Italia al terreno sanitario. Por cierto, también hemos notado mesianismo y afán de protagonismo puro y simple y bastante narcisismo. Me dicen mis colegas salubristas que la autoridad sanitaria no contribuyó a generar las necesarias confianzas para haber podido responder de un modo más constructivo. Tal vez sea cierto, principalmente si se tiene en cuenta lo ya dicho acerca de fortalecer las debilidades de la autoridad sanitaria en su línea de acción territorial, más allá de los caracteres y estilos de quienes hayan tenido a cargo la conducción de su ejercicio. Por último, algunos dirán que así es la política, que se vienen las elecciones, pero la deontología del salubrista me indica que en una tragedia como ésta que incumbe a todos y que como siempre golpea más duro a los más pobres, no se ha actuado con la responsabilidad debida. Se ha desparramado incertidumbre y desconfianza a los cuatro vientos.

Este no es solo un problema de números y estadísticas, de epidemiología, de prevalencias e incidencias, de algoritmos y proyecciones o, finalmente, de la economía. Todas esas consideraciones podrían converger y contribuir a explicar y a resolver el problema, no cabe duda. Pero cuando se trata de gobernar el control de una pandemia y de sus daños, lo principal es la colaboración y el buen entendimiento entre los que estamos vestidos y en la cancha, que en este caso somos todos. Esa es la “regla de oro”.

Académicos On Fire

Después de un primer informe extremadamente conservador de los primeros días de Mayo, el Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud (IHME) de la Universidad de Washington proyectó el 25 del mismo mes una mortalidad de 11.970 muertos por Coronavirus para Chile en los primeros días de Agosto, en un rango que fluctuaba entre 4.050 y 31.118, según se publicó en la prensa. A lo mejor nuestros colegas de esa universidad quisieron decir otra cosa y fueron los medios los que mal interpretaron la información. Eran proyecciones de mortalidad dentro de rangos invalidantes para la utilidad de las mismas, al punto que fueron corregidas el día Domingo 7 de Junio, 10 días después, esta vez con números distintos y quizás más probables. Ya no los recuerdo bien.

La semana recién pasada, el día 17 de Agosto, otra vez me he visto expuesto a las proyecciones y diversidad de explicaciones que realizan los especialistas de la Universidad de Washington respecto de la evolución de la pandemia en nuestro país, en particular la de las muertes atribuibles a Coronavirus, proyecciones a las que se ha brindado mucho espacio en la prensa. Lo anterior ha ocurrido a pesar de que la citada universidad no ha logrado predecir en absoluto lo que pretendía, ni lo logrará, tal como es esperable por la complejidad del asunto y tal como se desprende de las explicaciones que ellos mismos dan.

Me pregunto ¿qué explica el interés por publicar estas cosas inútiles que sólo contribuyen a aterrorizar y confundir a la población? ¿Cuál es el valor de esto que se informa al público,

más allá del divertimento académico que contiene y que ha de alimentar la legítima discusión indoor que el conocimiento ha de tener antes de quedar definitivamente a disposición de la sociedad? De verdad, tratándose de un asunto tan serio y que tanto nos preocupa, no me queda claro.

Me ha llamado la atención todo este tiempo el interés de los centros académicos por hacer proyecciones bajo modelamientos complejos y luego aventurar resultados muy discutibles a través de los medios de comunicación. Parece legítimo hacer tal comunicación, todo el mundo está en su derecho, pero hemos de contenernos frente a la sed insaciable de los medios que andan tras noticias y no tras el conocimiento agregado gracias al trabajo de las ciencias. Si no somos capaces de contenernos, agregaremos incertidumbre y miedo a la población, en particular cuando las proyecciones son tremebundas.

Con todo esto, de paso hacemos creer a la comunidad que gobernar la epidemia es un asunto fuertemente dependiente de estas proyecciones, que nunca son buenas por la complejidad de una realidad multivariada. Entonces, como no nos sirven de mucho, nos sentimos relativamente ciegos y ya no sabemos bien qué hacer. Miramos con atención al resto del mundo y vemos que la realidad nos sorprende. Entonces surge de nuevo el gran aprendizaje: gobernar la epidemia es tomar el sartén por el mango con los números del presente y lograr que la población se haga parte de los cuidados que es necesario tener para enfrentarla.

Pandemia y Plebiscito

Hablaré antes que nada de las tres medidas sanitarias básicas que se despliegan universalmente para el control de la pandemia, medidas de las cuales es difícil que alguien no haya escuchado hablar: medir, trazar y aislar. Medir, porque es necesario capturar a las personas contagiadas/contagiosas sintomáticas o asintomáticas, trazar, porque debemos re-encontrarnos rápidamente con ellos y con sus contactos estrechos cuando el resultado de la prueba diagnóstica ha resultado ser positivo, lo que muchas veces no es tarea fácil en plazos breves y, por último, aislar, porque debemos poner a la población susceptible

de contagiarse fuera del alcance de quienes son contagiosos o muy probablemente contagiosos. Si hacemos estas cosas bien, nuestra expectativa de controlar la pandemia mejora.

De lo anterior se desprende fácilmente que al final se trata de poner a estas personas contagiadas y a sus contactos estrechos en aislamiento, para evitar la propagación del mal. Hasta ahí parece que vamos bien con la comprensión del asunto.

Luego leemos en el periódico sobre una materia de la que ya se venía hablando desde hace algunos días en los medios. Responden especialistas sanitarios, ex Ministros de Salud entre otros, a la pregunta de lo que se debería hacer para que las personas que hemos puesto en aislamiento puedan concurrir a votar en Octubre próximo y de este modo ejercer este derecho superior e inalienable, en particular tratándose de la materia acerca de la cual los chilenos hemos de pronunciarnos. ¿Qué medidas habría que tomar?. Y las respuestas son variadas. Todos menos uno ofrecen ocurrencias diseños para lograr tal concurrencia, dado que también se teme que con los contagiosos votando, la población reduzca su interés por concurrir a las urnas, pues al hacerlo correrían el riesgo de contagiarse si se topan a imprudente distancia con uno de éstos votantes o si se encuentran con uno de ellos sin mascarilla, por ejemplo.

Entonces me pregunto, sin descartar por cierto que en el devenir de los acontecimientos me haya perdido algo importante, ¿no es que las personas que tienen un resultado positivo del examen, dejando a un lado por ahora sus contactos estrechos para no entrar en honduras, deben permanecer aislados? Yo entiendo que si estoy enfermo de una infección urinaria o de un reflujo gastroesofágico o de una lumbociática, una licencia médica me facultaría para abstenerme de votar en un escenario de voto obligatorio, que no es el actual. Y también entiendo que habida cuenta de mi enfermedad, podría concurrir igual a votar y luego continuar haciendo mi reposo. Nadie me lo podría prohibir ni castigar por hacerlo, salvo la Isapre o la Compín, si me descubren en el caso de tener una licencia médica cursada. Pero ¿qué es esto de que personas enfermas, portadoras del coronavirus y remitidas por razones de salud pública o de bien colectivo a guardar estricto aislamiento, ahora puedan ir a votar? Aquí, permíteme que les diga, hay algo que no cuadra. La salud pública es lo primero, todos lo hemos dicho en distintos

tonos y frecuencias durante la pandemia. En consecuencia, estas personas no pueden ni deben ir a votar.

Recomiendo, entonces, lo siguiente, para volver a la cordura: primero, decirle a quienes se encuentran actualmente en aislamiento y a quienes se encontrarán en esa situación justo hasta el día antes de ir a votar, que no se preocupen. Podrán ir a votar sin problemas. En segundo lugar, decirle a quienes quieren asegurarse de que podrán concurrir a votar pero temen no poder hacerlo porque aún no han tenido la enfermedad, que se cuiden muy especialmente durante las dos semanas previas a la votación. Es decir, que salgan a la calle para asuntos estrictamente indispensables, que mantengan siempre un distanciamiento social apropiado, que interroguen previamente acerca de sus contactos a los familiares que pretenden visitar o recibir en casa, que los saluden con el codo aunque sean sus nietos, que no los abracen, que usen medios de protección adecuados, que se laven las manos frecuentemente y cada vez que reciben un paquete, que eviten llevarse las manos a la cara, en fin, todo lo que ya sabemos sobre la materia. ¡Cómo va a ser tanta la mala suerte que les toque contagiarse igual!. Y en una de esas, miren ustedes, si somos muchos haciendo eso, que espero que sí lo seamos, hasta le hacemos un tremendo favor ciudadano al control de la pandemia portándonos muy bien en esos quince días. ¡Y también un gran favor al buen éxito del plebiscito!

Diálogo con ciudadanos de pantalones largos

Esto ya lo escribí en una columna que nadie publicó, que se llamaba “señales claras”. En esa ocasión aclaré que nunca voté por Joaquín Lavín y que en su momento detesté el libro que escribió saludando con fervoroso entusiasmo la transformación neoliberal que se había verificado en Chile, la misma que ha sido recientemente crucificada en el altar de la Plaza Italia. Dije esto porque hace poco lo vi promover precozmente la apertura de un mall de la comuna que gobierna, aprovechando el veranito de optimismo en que se nos pasó por la mente -no a todos, pero en promedio- que retornaríamos a una nueva normalidad. Y de pronto ¡zás!, surgió un nuevo peak. Y entonces le vi

retroceder y explicarle a la ciudadanía que por el cambio en las condiciones, la medida quedaba suspendida, simplemente. Me pregunto si habíamos sido testigos antes de una señal de política tan clara como la que resultaba del actuar del alcalde Lavín. Quiso abrir el mall, pero lamentablemente no pudo, porque de pronto el horno ya no estaba para bollos y así lo declaró, abiertamente. Fue y volvió, por buenas razones. Y a todos nos quedó clara la película. De paso entendimos que la cuestión no estaba fácil y que había que seguir cuidándose.

Ahora la autoridad sanitaria, entusiasmada probablemente por el tradicional ánimo carnavalesco que se nos viene a los chilenos para el día de la patria e imaginando que los ciudadanos se volcarían igual a celebrar, con patriótica emoción llamó a todos, moros y cristianos, a celebrar “fondeados en casa” y definió estándares e hizo tabla rasa con el “pasito a pasito” con que veníamos avanzando y lo aplicó por igual a todas las comunas. Dijo, como en El Principito, ¡que salga el sol!. Y ¡plop!. La confusión alcanzó rápidamente sus máximos niveles, subieron los termómetros y los especialistas y comentaristas de la pandemia pusieron el grito en el cielo. Las contradicciones iban y venían, reinó la improvisación varios días. Hasta que finalmente vino el Ministro y reconoció el error, se explicó públicamente desde su tribuna monumental y revirtió las medidas que estaban fuera de lugar. Al fin y al cabo, si bien nos movía el interés por celebrar, tal cosa no era posible.

Como bien dijo Juan Carvajal en La Tercera “Aún cuando para un gobierno es un riesgo reconocer errores, finalmente genera mayor credibilidad el hacerlo. Especialmente cuando se asumen los errores enfrentando el *impasse* públicamente y corrigiendo las equívocas orientaciones”. Tiene razón, pues, don Juan. Pero no es que todo haya quedado completamente resuelto. Seguramente, como suele suceder, habrá todavía unas pocas réplicas.

Entonces ahora pienso: qué saludable es a veces poder ir y venir. Qué bueno es poder decir me equivoqué y no vamos a hacer lo que dijimos, sino que haremos esto otro. Qué bueno es poder contar con una ciudadanía que esté disponible para recibir buenas explicaciones cuando un error, que siempre es posible cometer, ha sido cometido. Y aceptarlo. Qué buena fortuna es tener ciudadanos con pantalones largos.

Profetas y Frenéticos

Profetas y Frenéticos se llamaba la primera banda de Claudio Narea en su carrera solista, post Prisioneros. Interesante, porque a propósito de la pandemia la tele está plagada de frenéticos profetas que opinan de un cuantitativo con todo desparpajo y que alimentan a los medios ansiosos de noticias, al punto que el coronavirus ha sustituido a la crónica roja y se ha transformado en el mejor medio para aterrorizar al público y mantenernos a todos como “loros en el alambre”, pero en sintonía.

Ha sido interesante darme cuenta que no era Mañalich y su estilo intransigente y beligerante el único culpable del permanente escándalo mediático, porque a Paris le pasa lo mismo, sólo que con su actitud más abierta lo contiene mejor, porque lo aborrecen menos. Pero ahí andan sueltos los actores sedientos de protagonismo, los académicos salidos del closet, los epidemiólogos que parecen ser en Chile muchísimos más que los que nos habíamos imaginado quienes nos dedicamos a formarlos. Como diría Warhol, hay muchos que encuentran en estos espacios sus cinco minutos de gloria. Por cierto, habrá también quienes reserven sus hallazgos con prudencia para cuando llegue el momento de la verdadera reflexión.

Por qué digo todo esto y por qué lo digo así. Porque en mi corazón de salubrista en el ámbito de la gestión, no de la epidemiología, lo aclaro, mi deontología me indica que lo primero es gobernar una pandemia y conseguir la convergencia generosa de todos los actores para tal propósito. Es que el problema ha estado ahí, como la batalla de Epping Forest, afuera de la puerta de nuestra casa. Por cierto, en el empeño le sacaremos punta al lápiz, miraremos los números nuestros y ajenos y veremos el modo de seguir avanzando, no cabe duda. Pero lo primero es lo primero y ahí hemos fallado como país, por fortuna no completamente. No logramos crear las condiciones más apropiadas para gobernar con cierta tranquilidad la emergencia y, antes que eso, para generar un estado de ánimo de confianza colectiva; postulo que ello ha tenido que ver principalmente con la transferencia del conflicto de Plaza Italia a la arena de la epidemia y también con el interés político de derrocar al gobierno que, digámoslo claramente, quienes lo tienen habrán de estar “en su derecho”. No sería la primera vez que se haga en Chile, por lo demás. Tenemos práctica.

Entonces vamos a la cosa de fondo, la herida que no cierra. Y esto es importante porque nos vamos a instalar prontamente a dibujar el marco general que queremos para que Chile se desenvuelva en el futuro, por algunos años: la Gran Institución, la Nueva Constitución. Reconozco que no puedo olvidar a The Police en Viña del Mar, en el año 1982, cuando nos decían que no habría solución política para nuestra agitada situación evolutiva y que no cabía ya tener fe en asuntos como la Constitución, porque no éramos más que “espíritus en un mundo material”. Pero bueno, en fin, nosotros creemos que sí hay algo ahí y que no es poco importante lo que hay, porque nos permitió aflojar con tal promesa la tensión de octubre recién pasado y porque tal vez represente un espacio para apuntar nuestros deseos profundos, nuestros sueños ciudadanos, en formato de política pública. Tiendo a pensar que más que el nuevo dibujo que hagamos será muy importante dejar atrás el dibujo hecho por Jaime, como le dice Longueira, por las circunstancias singulares en que fue realizado. No es y nunca fue legítimo. Tal cosa es parte importante del problema.

Ahora bien, en cuanto al dibujo que vayamos a ser capaces de hacer es que nos surge la duda. No solo respecto de su utilidad práctica, que a veces parecemos sobredimensionar y cuidado con las expectativas, sino que principalmente respecto del grado en que tal marco institucional nos represente verdaderamente a todos y no sólo a una mayoría circunstancial. Y esto sí que no es trivial, es negociación, es política. ¿En qué estamos de acuerdo y en qué no? ¿Qué estamos disponibles a entregar a cambio de qué? ¿Qué tenemos en común? Esto es algo que las nuevas generaciones no consideran necesario en su fantasía revolucionaria o de cambio radical. Algo que desconocen y que no saben hacer o que no les importa. Y en la inmadura fantasía de algunos retroexcavadores más viejos tampoco importa. Pero resulta que conseguir acuerdos duraderos es lo que uno espera de la clase política, no la “guerra civil”. Se espera de tal clase la conducción hacia un momento de verdadera paz, justicia y convivencia social, sin abusos, y no hacia el despeñadero.

Entonces, pobre mi Chile. ¿Sanaste las heridas del pasado? ¿Resolviste la tensión entre expropiadores y torturadores? ¿Confías en ese que tienes sentado al frente cuando sostienes tu conversación? ¿Esperas algo de él? ¿Te gustaría Chile que-

rido, sacarte a ese “facho” de encima y no tener que ponerte de acuerdo con él? ¿O te gustaría saltarte el acuerdo con ese “roge-lío” dueño de nada que orbita todavía alrededor de la influencia moscovita y simplemente ponerle de nuevo una pata encima? ¿Te sientes en condiciones de sentarte a diseñar y a negociar con ese otro a quien desprecias y que preferirías ver desaparecer? ¿Crees que ese otro sea, acaso, un legítimo otro?

Me pongo la chaqueta, levanto las solapas para protegerme la garganta, cruzo los brazos. Hay un viento fresco que se cuele por alguna parte. Miro desde mi departamento al horizonte y veo la torre de Paullman y, antes que aquella, una palmera. Está despejado, se viene la primavera. Saldré a dar una vuelta ahora que me han desconfinado y quizás compre unas empanadas.

Rectoría Sanitaria: el Retorno

El 14 de Febrero del año 2019 hablamos de esto a través de El Mostrador. En dicha oportunidad asistíamos a un conflicto entre la autoridad sanitaria y los tribunales de justicia, a propósito de la obligación que estos últimos determinaban para el Estado de Chile en materia de financiamiento de fármacos, de cara al derecho constitucional a la vida que tienen las personas. La institucionalidad construida en el sector de la salud se estremecía: ni la Ley GES (de las mentadas garantías explícitas de salud) ni la Ley Ricarte Soto (específica para tratamientos que requieren medicamentos de alto costo), eran suficientes para producir una solución estable en materia de prioridades en el sector. Más allá de todo aquello y por encima del derecho a la salud, un nuevo responsable de la rectoría sanitaria -el poder judicial- abría las puertas de estas materias a nuevos derechos que los ciudadanos podrían ejercer por su intermedio. El poder judicial se atribuía de este modo una facultad que, en principio, no le correspondería constitucionalmente. Pero ¿por qué?

Volvemos el desempeño de los sistemas de salud en el mundo al decir de la Organización Mundial de la Salud -OMS- (Discussion Paper N°6, del año 1999) que distingue funciones propias y centrales de los mismos, las que son: i) el financiamiento, ii) la provisión de servicios personales y colectivos, iii) la generación

de recursos, humanos, materiales y tecnológicos, iv) la rectoría (stewardship), v) la integración vertical y, vi) los factores externos al sistema que influyen sobre los resultados. En ese marco, era de *la rectoría* la función central de la que estábamos hablando.

Entonces nos preguntábamos ¿qué no hemos hecho bien en el sector? ¿qué responsabilidad nos cabe en la generación de este trágico conflicto? Tratándose de la materia de que se trata, de salud y muerte ¿será que es inevitable la incursión del poder judicial más allá de lo que las instituciones que hemos generado establecen? Es probable que hayamos sido ciegos, pues la ceguera no es un fenómeno infrecuente, pero no hemos sido tendenciosos ni irracionales, según nosotros mismos. ¿Se nos escapó el derecho a la vida y fue a dar al corazón del poder judicial, como una paloma que se fuga de la plaza pública, agitando sus alas grises?. Creo que hay algo más que simple ceguera o falta de previsión en la materia, hay un problema global que afecta a nuestro país, que podría atribuirse a la particular manera que tienen los jueces de comprender la realidad y que Eugenio Tironi, antes del estallido y de la pandemia, ya esbozó como uno de los grandes problemas de nuestro devenir. Pero ¿hacemos buenas leyes para facilitar el buen desempeño de los jueces?

Hace mucho rato que se ha judicializado la medicina, qué duda cabe. Los comités de ética detrás del ejercicio de la profesión han sido sobrepasados y se han hecho crecientemente insuficientes y claramente ineficaces para los intereses ciudadanos, quienes se benefician de poder recurrir a los tribunales. Clínicas y Hospitales acumulan de manera creciente archivos y expedientes sobre mediaciones, advenimientos, pleitos, juicios y demases. Esa es la arena donde estos asuntos se resuelven. Y lo que en países como Estados Unidos ha encarecido la Medicina.

Ahora bien, vayamos un poco más allá y preguntemos a las Isapre por este asunto y nos dirán que la cobertura de salud está en manos de los tribunales de justicia, que acogen recursos de protección que congelan el alza de precios de los planes mientras el costo de la medicina crece. Y nos dicen las Isapre que esto debe corregirse, calafateando vacíos de la normativa vigente. En este problema radica la principal preocupación de la industria y de allí surge su predisposición, por cierto mínima, para hablar de reformas.

Y por último, observemos lo que está ocurriendo con la arremetida jurídica en contra del ex Ministro Mañalich, a propósito de su gestión frente a la pandemia. La prensa nos muestra una fiscalía fuera de sí intentando atribuir responsabilidad penal por la mortalidad por Coronavirus al mentado ex Ministro y adelantando juicios públicamente, sobre una materia cuya discusión debería radicar en el corazón de la formación de las políticas públicas, desconociendo la autoridad que en materia sanitaria corresponde primero que todo al propio Ministerio de Salud, según versa en el Código Sanitario.

Entonces, más allá de tener la buena fortuna de contar con la opinión de personas como Carlos Peña o Ricardo Lagos sobre la materia, sucede aquí que las instituciones, por la razón que sea, *no funcionan* y que los jueces se han transformado en *la instancia de último término* donde han de dirimirse y resolverse todos los problemas del país, no solo los de salud. Hay ejemplos de sobra. A veces uno se queda con la impresión de que nada sirve, de que todo lo que hemos construido se desborda y termina en manos de algún juez. ¿Son tan frágiles e ineficaces nuestras instituciones? Como contrapartida habrá quienes considerarán que siendo la Ley la frontera, entonces es natural que las cosas se presenten siempre de este modo, que vayan a parar siempre ahí. No me parece natural, es indispensable que las instituciones que hemos configurado ad-hoc funcionen antes.

Desgraciadamente el Ministerio de Salud soltó hace años *el timón de la rectoría* (stewardship) para hacerse cargo de administrar directamente la red hospitalaria, gesta en la que se le va la vida, la mente y los recursos. ¿No será que ha llegado el momento de dar verdadera gobernanza al sector de la salud y volver a desconcentrar esta tarea, como en el antiguo SNS, para que el Ministerio pueda recuperar el terreno perdido y dedicarse a conducir el barco y a hacer prevalecer su rol frente a los tribunales de justicia?

Mujeres e Isapres, continuación

En Mayo del 2018 celebramos la incorporación en la agenda de género del Gobierno de una solución para la discriminación que se hacía a las mujeres en edad fértil, al momento de adscribirlas a un

plan de salud en una Institución de Salud Previsional, Isapre. Tal decisión se materializó finalmente en el mes de Abril de este año con la eliminación de diferencias de precio por este factor en una tabla única de riesgos, donde la tarificación se mueve ahora sólo en función de la variable edad, según nos hemos enterado por la prensa. Esto se realizó producto de una disposición de la Superintendencia de Salud que no requirió de modificaciones legales, sino sólo de una “circular” del organismo.

Las Isapre, como bien se sabe, forman parte del sistema de seguridad social de la salud en Chile, puesto que las personas pueden y deben usar el 7% de sus remuneraciones, cuyo destino obligatorio es la salud, al financiamiento del plan que les es provisto por aquellas entidades.

Superado el espanto de que sean los hombres y las mujeres en edad no fértil quienes deban concurrir a financiar la solución del problema, el asunto ya está rodando y con resultados apreciables en los costos de los planes para las mujeres -se habla de 45 mil pesos menos en promedio- en la suscripción de planes, que han crecido en las mujeres, en cambios de planes de las mismas para obtener una mejor cobertura, en incremento de precios de los planes en jóvenes de sexo masculino, etc. Es decir, hay movimiento.

Para no ser menos, he aquí una preocupación principal. El Presidente Piñera conformó en su primer gobierno una Comisión de Financiamiento de la Salud, en respuesta a un fallo del Tribunal Constitucional que ponía en tela de juicio el uso de la tarificación por riesgo en la seguridad social, fallo que a falta de reformas resultó ser la expresión máxima de la judicialización de nuestra miserable existencia ciudadana. Hecha la propuesta de la Comisión, aquella dio paso a un Grupo de Trabajo ministerial que diseñó un plan de salud para las Isapre con “tarifa plana”, teóricamente reactivado en la Comisión Salud del Senado por el ex Ministro Mañalich, sustituyendo una iniciativa del ex Ministro Santelices. En su propio estilo, en el segundo gobierno de Michelle Bachelet se convocó también a una comisión de expertos, que arribó a una solución semejante a la que hoy habita en el Senado, pero no llegó a materializarse en un proyecto. Es decir, del tema de tarifa plana y compensación de riesgos en las Isapre hemos venido hablando bastante. Solo que se nos vino la pandemia y todos estos temas se quedaron “en la banca”.

¿Qué preocupa, entonces? Preocupa que la reforma a las Isapre pudiera reducirse a la sola compensación de las mujeres en edad fértil, por cierto una muy buena idea ya en funcionamiento, tal como antes hemos dicho y que no se hiciera lo mismo con los niños menores de un año, que son mucho más caros, y con los adultos mayores, cautivos de sus propios costos de enfermar dadas las pre-existencias. Es evidente que la compensación de riesgo que es necesario construir para corregir las discriminaciones de un sistema cuyo “giro” es la tarificación en función de los riesgos, es mucho más amplia. Me preocupa que a través de la nueva tabla de riesgo que la Superintendencia propuso se esté dando por cerrado este tema pendiente con el Tribunal Constitucional y con la seguridad social para proteger la salud de los chilenos.

The Future, Now!

Quiero el futuro ahora!, reclamaba Peter Hammill en su disco de los setenta. A continuación vinieron cosas que a lo mejor respondían a su llamado, vaya uno a saber. O a lo mejor tal futuro sigue pendiente. Hammill era un músico tremendo, oscuro, depresivo, líder de la banda de rock progresivo Van der Graaf Generator, de voz inconfundible, una especie de falsete con pretensiones líricas y dramáticas. Estuvo en Chile en el Nescafé de las Artes, otrora Marconi y se juntó allí un puñado de fanáticos a verle tocar su piano y su guitarra y, por sobre todo, a verle cantar. Ya no era un muchacho cuando vino, pero estuvo de primera. El güergüero todavía le daba el ancho, no como a Camilo Sesto en sus últimos días cuando el público romántico cantaba por él.

Me acordé de Hammill cuando leí la entrevista al Senador Guido Girardi en La Tercera del Sábado 3 de Octubre, donde nos habla del Futuro y con muy buenos argumentos. Lo ha venido haciendo. De hecho, preside la Comisión Futuro del parlamento, aunque el mismo dice no saber bien a qué se dedicará cuando deje de ser parlamentario. El Senador nos invita a pre-ocuparnos del futuro, un cyborg futuro, digital, nanotecnológico, de la inteligencia artificial, donde las reformas de los

fondos de pensiones con base en aporte de empleadores pierden sentido porque los empleadores dejarán de existir y lo individual reemplazará a lo colectivo, pero no por razones ideológicas sino prácticas. Es decir, algo trama el futuro. ¡Se las trae! Y el Senador hace muy bien pues nos lo advierte.

Pero, a pesar de la urgencia, en Chile el futuro parece estar todavía un poco lejos. Porque, ¿qué nos ocurre ahora?. Ahora, cuando se reconfigura el cuadro político después del fracaso de las negociaciones sobre las cocinerías para el acceso al poder entre la concertación autoflagelante y la nueva izquierda impoluta e implacable; ahora cuando las instituciones no funcionan y el poder judicial resuelve en casi todos los aspectos de nuestras vidas ciudadanas sustituyendo así el espacio reservado para el diseño y materialización de las políticas públicas, materias sobre las que los políticos no parecen interesados en ponerse de acuerdo, a lo mejor porque nadie tiene nada que ofrecer; ahora cuando el estallido social de octubre 2019 no parece suficientemente contenido por la promesa de renovar la Constitución que nos rige y las fuerzas policiales encargadas de mantener el orden tropiezan nuevamente en las contingencias de su giro y se inhabilitan para cumplir la tarea; ahora cuando la pandemia nos ha estacionado en una posición de tener que empezar a convivir razonablemente bien con el coronavirus y a salir enmascarados a la calle a cumplir con nuestros deberes ciudadanos permanentes; ahora -y aquí viene lo peor- cuando se discuten leyes laborales donde el tema teletrabajo apenas ingresa forzado por las circunstancias y se excluye al sector público de participar en él.

Si el futuro está al acecho, pero el presente se hace presente ahora, ¿cómo trazar el camino al porvenir sino incorporando desde ya la oferta tecnológica disponible, la innovación en la gestión de los asuntos públicos, la nueva manera de hacer política y de gobernar?. Hay cosas que hacer y que no podemos seguir haciendo en el viejo estilo, debemos cambiar ya. No cabe seguir siendo una suerte de “nuevos conservadores” de cara a los desafíos del futuro.

Por ejemplo -y aquí salto a mi sector - ¿acaso es posible continuar ofreciendo a los ciudadanos una provisión de servicios de salud como la que hemos hecho por décadas, con tiempos de espera prolongados e inaceptable incertidumbre, deuda hospitalaria sin control y evidente falta de empatía del sistema con sus usuarios?, ¿es posible que estemos cumpliendo 40 años sin que al sistema

Isapres se haya cambiado una coma desde su creación, siendo de todos conocidos sus problemas?, ¿es posible que no hayamos sido capaces, en todo este mismo tiempo y más, de asegurar la disponibilidad de atención médica de especialidad para todos los chilenos, ricos y pobres y en todas las regiones de Chile?, ¿es posible que, a pesar de haberlo declarado miles de veces desde la convención de Alma Atá hasta la fecha, el nivel primario de atención -la mentada APS- no haya logrado instalarse como el centro privilegiado de la provisión pública de servicios de salud en red de la forma que hemos teorizado?, ¿en qué han estado durante todos estos años nuestros centros de formación de recursos humanos, las Facultades de Medicina de Chile, y los sucesivos gobiernos que no han logrado impulsar nuestros intereses?, ¿qué hemos hecho, por ejemplo, para regular la industria farmacéutica y conseguir medicamentos a costos razonables para la población, como en la mayoría de los países?. ¿Será que las cosas que habitualmente hacemos para enfrentar estos problemas están completamente obsoletas y fuera de uso y que haría falta cambiar las estrategias incorporando los elementos del futuro que ya están aquí?. ¿Acaso nos estamos enfrentando de verdad y con audacia a los problemas?.

Por último, ¿será que las fuerzas que instalamos otrora en los mercados de la salud son tan poderosas hoy que dejamos inevitablemente en sus manos invisibles estos asuntos que teóricamente nos incumben?. Pero, sinceramente, ¿es que realmente nos interesan?. ¿Cuánto nos importa verdaderamente este desafortunado presente?.

¡Yo quiero el futuro ahora!

Se da por inaugurada la temporada de la verdad

En la columna “Hablemos, ahora sí, de la pandemia”, publicada el 24 de Julio en El Mostrador, dijimos que Chile, a diferencia de muchos otros países de nuestra región y de otras regiones, media los casos de muertes por Coronavirus bastante bien, corroborándolos hasta donde se hacía posible con un examen de PCR. En Chile se habían hecho, dijimos también, muchos

exámenes para identificar contagiados, muchos más que en otros países. Además se registraban las muertes probables, sin PCR positivo, en el DEIS. Es probable, dijimos también, que la real incidencia acumulada de casos -y también de muertes- no estuviera tan lejos de la que estamos verificando en Chile, a diferencia de otros países que presentan cifras que son inverosímiles y que probablemente tengan enormes brechas entre lo que miden y lo que realmente les está ocurriendo.

Ahora bien, también señalamos en su oportunidad que la comparación entre países habría de realizarse finalmente observando los excesos de muertes, teniendo en cuenta que una parte de ese exceso tendría que atribuirse directamente al Coronavirus -en Chile PCR positivos más DEIS- y otra parte indirectamente, porque habría muertes por la postergación de asistencia a otras patologías, producto de la pandemia. Y esto ya empezó.

Dentro de la disciplina de la Salud Pública, la Epidemiología es una pieza fundamental. Yo mismo soy salubrista pero no soy epidemiólogo, pues he privilegiado mi interés por los temas de la gestión pública en el sector de la salud. Pero los que se dedican a conocer acerca de las enfermedades, después de una larga y especializada formación -y de las epidemias, por cierto-, son los epidemiólogos, cuyas profesiones de origen pueden ser variadas. En Chile parecen ser muchos, pero epidemiólogos sólidamente formados y acreditados, en realidad son pocos y los más reconocidos figuran hoy asesorando al Gobierno. Nociones e intuiciones sobre estas materias, correctas o incorrectas, buenas o malas, sí tenemos. Ahí sí que somos muchos más. Habrán visto ustedes la tele.

Pero vuelvo atrás. En efecto ya empezó lo que hemos dicho sobre la medición de los excesos de mortalidad, el camino a la comparabilidad entre países. Lo hizo The Economist (<https://www.economist.com/graphic-detail/2020/07/15/tracking-covid-19-excess-deaths-across-countries>) y sus resultados son sorprendentes e interesantísimos. La pregunta es ¿cuántas más muertes ocurren durante la pandemia, respecto de años de normalidad, sin pandemia?. Los datos 2020 de los países (con pandemia) se comparan con un caso base (sin pandemia) correspondiente a la mortalidad promedio para los mismos períodos entre los años 2015-2019. Resultado de aquello, Perú

figura en el primer lugar del exceso de muertes con una tasa de exceso de 211 por 100 mil habitantes mientras que Dinamarca tiene 0. Es decir, mientras en la hermana república del Perú, vecino nuestro, mueren 211 personas más que en un periodo normal por cada 100 mil habitantes durante la pandemia, en Dinamarca no se observa ningún muerto adicional por sobre lo habitual.

Chile figura en el lugar número 9 de la lista, con 62 muertes en exceso por 100 mil habitantes, después de Perú, Ecuador, México, Reino Unido, España, Bélgica, Italia y EEUU, en mejor posición que en el ranking de la mortalidad declarada y cerca de Suecia, Portugal y Rusia. Nuestro otro vecino, Argentina, no viene en los datos todavía. Tampoco los datos de Uruguay y Bolivia están disponibles.

Pero lo más sorprendente surge cuando se compara el exceso de mortalidad con la mortalidad que cada país ha estado declarando, porque en tal situación, Chile, como es esperable al conocer la tasa de exceso, prácticamente declara las mismas cifras que resultan de medir el exceso de mortalidad, incluso las primeras son un poquito más que las que resultan de medir el exceso, al punto que alguien pudiera pensar que estamos hipersensibles y exagerando en el DEIS. México, por ejemplo, declara 47.000 muertes y tiene 128.700 en exceso. Estados Unidos declara formalmente 174.000 muertes pero tiene 240.000 muertes en exceso. Perú declara 28.900 muertes y tiene 69.000 en exceso. Ecuador declara 6.500 muertes y tiene 31.500 en exceso. Chile declara 12.000 muertes y tiene 11.000 muertes en exceso.

La diferencia entre Perú y Chile, por tomar el caso extremo, que alcanza a unas 150 muertes por 100 mil habitantes, al igual que la diferencia entre Ecuador y Chile, de unas 120 muertes por 100 mil habitantes, podría explicarse en buena medida por la incapacidad del sistema de salud de esos países para evitar muertes al momento de proveer asistencia. Nadie nos ha dado explicaciones de la situación de Perú ni de la de Ecuador últimamente. No vemos nada en la tele, como vimos inicialmente en el caso de Guayaquil. Es probable que hayan tenido más casos que nosotros, que ya hemos tenido bastantes, pero no es difícil sospechar que la respuesta sanitaria al momento de enfermar se haya visto extremadamente limitada. De otro modo nos resulta difícil de explicar tanta diferencia.

En lo que a Chile respecta, no cabe más que enorgullecerse de estar proporcionando a la comunidad internacional nuestra información de primera calidad, sobre la que hemos invertido tanta energía y hemos puesto tan cuidadoso celo y también por haber sido capaces de responder a la demanda de los casos que requirieron asistencia crítica y evitar las muertes.

BORGEN: el día después

Netflix nos ha traído de regreso esta serie danesa de los mismos productores de *The Killing*, que nos muestra el despliegue de un régimen de gobierno parlamentario asociado a una monarquía constitucional, como muchos regímenes democráticos europeos. Allí, según se muestra en la serie, la conformación del gobierno y los acuerdos se realizarían a vista y paciencia del pueblo y no en los oscuros pasillos del poder. Por cierto que siempre hay cocina oscura, pero los guisos principales se confeccionarían de cara al público. Habrase visto. Interesante para nuestra reflexión constitucional en un ambiente donde la política y sus actores más representativos, los parlamentarios, los herederos de familias con trayectoria, los candidatos a presidente de la república y otros, se encuentran venidos a menos.

El otro asunto notable de la teleserie es acerca de cómo se cocerían las habas en estos modelos de gobierno y de ejercicio de la democracia tan diferentes al nuestro, a propósito de la relación entre la política y los medios de prensa, por los vínculos oficiales y extraoficiales que se tejen entre estos dos mundos que lucen inseparables en la historia que se relata. En particular entre la televisión pública y el gobierno. La serie está por lo general ubicándose en ese borde en que los más variados asuntos entre política y medios de comunicación social, hasta las relaciones de pareja, se resuelven desde los principios y códigos éticos de las profesiones, entendiendo a la política como una de aquellas. Las cavilaciones son parte del drama.

Miseria existe en esa dinámica, qué duda cabe, es propio de la política, pero los personajes se las arreglan para no caer en tentación y para no incurrir en prácticas que ellos mismos juzgan como indebidas o que podrían acarrearles consecuen-

cias negativas en el futuro, según versan las reglas del juego. Son verdaderos héroes de la democracia. Y, en consecuencia, el espectador queda en posición de distinguir perfectamente bien cuáles son las fronteras y, a su vez, de reconocer qué es lo que está por fuera de aquellas y por qué lo está. Esta sería la principal gracia de la teleserie, poner las cosas en blanco y negro. Por lo pronto, en otras series y películas estos mismos países del norte del Báltico nos muestran su lado B, con cadáveres atravesados en la línea de la frontera (*Broen*) y otros crímenes horribles (*Los Hombres que no Amaban a las Mujeres* y la propia *The Killing*, en la versión original danesa).

Por lo pronto en Chile nos ha tocado vivir últimamente, a propósito de un estallido social, el derrumbe del presidencialismo sin cláusulas de salida y una agitación parlamentaria de marca mayor, volcados los políticos de la casa legislativa al populismo e intentando ser condescendientes con la gente para sostener de ese modo la plataforma que a ellos mismos sostiene: los votos. Han estado muy asustados, no han sabido qué hacer. Y de la mano del desenfreno los medios han ofrecido mucha tribuna a los planteamientos realizados por esta clase, los han invitado a los matinales, los han disfrazado, los han esperado a la entrada y a la salida de sus templos pidiéndoles que se pronuncien frente a la violencia en las calles y otros temas polémicos e incluso han escrito columnas como si fueran uno más.

Nuestro país ha estado en la UCI, enfermo de algo que no terminamos de entender bien qué es. Su compromiso ha sido general, sistémico, conocemos a lo que hemos llegado, pero no sabemos bien del todo qué le ha dado origen, así es que tampoco hemos tenido claro por dónde empezar, qué antibiótico usar, ni siquiera ha habido médicos de turno. Es el malestar, se ha dicho. Pero ya no el del lumpen-proletariado de Carlos Marx a punto de llevarnos frente al pelotón de fusilamiento sino el de la clase media de Milton Friedman y sus expectativas insatisfechas, creadas por nosotros mismos y por el “modelo”. ¿Cómo es la cosa, entonces? Y más encima el Coronavirus nos empaña los vidrios de la vitrina.

Ayer hemos dado un gran paso hacia la confección de una nueva carta magna, después de tomar todos los resguardos necesarios para salir masivamente a votar. Dejaremos por fin atrás la constitución de Jaime y hemos decidido hacerlo sin los

conocidos rostros del parlamento, mal que les pese. La gente en las plazas se veía verdaderamente feliz con los resultados, celebrando, esta vez sin manifestaciones de violencia al cierre, como ha sido lo habitual. Pero cuidado, mucha prudencia, que mientras tanto La Araucanía sigue en llamas. Se abre un camino, pero el desafío de entendimiento y de construcción de legitimidad que tenemos por delante es enorme. Tenemos, en efecto, un poderoso y delicado activo en nuestras manos.

El País Primitivo II

No dejó de sorprendernos el resultado del plebiscito del domingo 25. Buena concurrencia a pesar del Coronavirus, alto porcentaje de aprobación (un pelito más de lo que las encuestas pronosticaban) y muy alto porcentaje para la opción constituyente, sin parlamentarios (claramente más de lo que pronosticábamos). Pero el registro singular, si bien no nos sorprende, es que tenemos resultados muy diferentes en las tres comunas de la capital donde vive la elite y donde se concentraría el poder económico. Por lo pronto ahí se concentran quienes preferirían que las cosas sigan como están (ganó el rechazo, al igual que en Colchane y en la Antártida y la solución mixta tuvo mejores resultados). Existiría una asociación de estos fenómenos, entonces, sin pretender explicar todavía por qué eso sería así. Ni Lavín ni Longueira lograron convencer. No fue posible penetrar en sus corazones ni en sus cerebros, en una perspectiva más bioquímica. Carlos Cáceres, ex ministro del gobierno militar, les interpreta mejor con su escepticismo y sus temores. Hay un mapita en un meme que circula por ahí y que da cuenta de esta realidad. Una foto de Chile.

Y entonces, para tratar de entender lo que ocurre volvemos al país primitivo del que hablamos en alguna columna. Recordamos cuando la Ministra Hutt comparó la mesa multirracial del Citibank de Nueva York en que estaban los mejores del mundo de las finanzas, con la mesa de la banca nacional, donde el 100% de los asistentes eran 100% caucásicos. Recordamos, además, el trabajo realizado por Osvaldo Larrañaga que mostraba cómo el poder en Chile se asociaba a rancios apellidos europeos y nunca, jamás a un apellido mapuche.

Pusimos mucha atención en su momento al descalabro vecinal que produjo Lavín con su propuesta de edificio para viviendas sociales en la rotonda Atenas y dijimos que los argumentos sociofóbicos de los vecinos volcados a las calles no nos causaban sorpresa, porque al fin y al cabo hacía rato que nos habríamos transformado en una sociedad individualista. Cada coipo en su cueva. Lo colectivo se habría esfumado.

Ya citamos en su momento a don José Joaquín Brunner -un lúcido satanizado por el progresismo en el que ha querido militar-, refiriéndose al rol de la educación en la sociedad, recurriendo a Jaeger y a la Paideía griega. Decía don José que *es más fácil vivir contra otros que aprender a vivir con ellos*. Entonces, educar sería mucho más que una cuestión práctico-utilitaria, de enseñar a conocer y a hacer (el knowhow). Se trataría también de aprender a convivir, a vivir en comunidad ¿acaso lo supimos alguna vez? ¿Cuándo y cómo fue que en Chile nos habríamos vuelto primitivos? ¿O siempre lo fuimos?

Ni hablar mucho más de la indiferencia de los poderosos, de los abusos, del coeficiente de Gini, de las fobias a los inmigrantes, de la pérdida de los espacios públicos, de la estratificación social del sistema educativo, de las pensiones privilegiadas de los miembros de las fuerzas armadas y de orden, de las pensiones miserables de los civiles, de los planes de salud vitalicios de ex ejecutivos de empresas públicas, de la corrupción flagrante de empresas e instituciones importantes de la patria, del abandono de nuestros adultos mayores, de la descomposición del SENAME (si acaso alguna vez estuvo compuesto), de la desconsideración pública a los discapacitados y, por último, sin pretender agotar con esto la lista, del sistema de seguridad social de la salud segmentado por ingresos y por riesgos de enfermar.

Es verdad que quienes rechazaron el cambio constitucional, cuyo proceso ya se ha iniciado, se concentran especialmente en aquellas tres comunas de las que hablábamos al comienzo de esta nota. Me imagino y espero que no habrá cabida para un arreglo en que tales comunas puedan tener una constitución distinta de la del resto de los chilenos (de un tiempo a esta parte, en Chile cualquier cosa podría suceder). Por lo pronto viven en esas comunas también muchas personas que votaron por el apruebo y un 22% del total de la comunidad que concurrió a votar en el país (1 millón seiscientos cincuenta mil personas) consideró el rechazo de la moción.

Pero calma, al final todos quienes viven en esas comunas más ricas y todos quienes viven en el resto de las comunas, si acaso nos interesa el asunto, gracias a la generosidad de los parlamentarios que temen perderse nuestros votos, podremos retirar otro 10% de los fondos de pensiones para destinarlos a consumo de cualquier tipo, libre de impuestos. Otra foto de Chile.

Autoridad Sanitaria en USA

Podríamos ser críticos de lo obrado hasta la fecha por quienes han estado a cargo de dar la batalla al Coronavirus en USA. De hecho lo somos y aventuramos que lo obrado, lo mal obrado en este caso, podría ser causa explicativa importante de la derrota electoral de Donald Trump, aunque todavía no la reconozca. De modo tal que la primera tarea de Joe Biden, a quien nuestros jóvenes salubristas habrían de guardar en su sarcófago, ha tenido que ver con armarse para enfrentar el problema cuando las cifras están llegando a niveles de máxima preocupación para el pueblo americano. Unos 200 mil casos nuevos hace dos días atrás y miles de fallecidos. ¿Cual es su desafío? Ni más ni menos que construir Autoridad Sanitaria. Una perfecta mezcla entre Liderazgo y Gobernanza. Menudo desafío.

La experiencia chilena es valiosa en ese sentido, porque el desafío alude a un asunto que en nuestro territorio no fuimos capaces de construir, o si algo hicimos lo hicimos con un andamiaje que, como “castillo de naipes”, en cualquier momento se nos puede venir abajo. El elemento común con la situación de los gringos ha sido la polarización política, el arrastre del estallido social a la arena de la pandemia, no cabe ninguna duda al respecto a estas alturas. Y aquí estamos, a raíz del plebiscito, sacando la cabeza afuera del fango, como Martin Sheen en Apocalipsis Now antes de lanzarse sobre su presa, para cumplir con la delicada misión que le habían asignado.

El pueblo americano, dicen, nunca en los últimos años había estado tan polarizado políticamente como ahora, después de la semilla sembrada por Trump en la ilusión de los hombres blancos de bajo nivel cultural en Norteamérica, que

no son pocos, pero que no son los clásicos electores de la tradición Republicana. Por allí se coló este personaje, maestro del populismo y de las comunicaciones, carente de sentido del humor como dijo un señor inglés; se coló por la brecha del resentimiento de estos grupos que se han sentido despojados de sus derechos por los negros y los latinos. Y les devolvió la esperanza. La tierra prometida. América había de volver a ser grande.

Y he aquí que ahora le toca a Biden superar la era Trump y al Trumpismo, que a estas alturas es una instalación social mayor que la del personaje. Los resultados me recuerdan la dura tarea de don Patricio Aylwin, cuando el pueblo de Chile le dio su respaldo para dejar atrás la dictadura, con votos suficientes pero no pocos votos en contra y con el dictador de Comandante en Jefe del Ejército. Dice mi amigo Cristián que en su momento Aylwin dijo “actuaré como si de veras tuviera el poder”. Y procedió. En la medida de lo posible.

Y una tarea clave para Biden, habida cuenta de abuenar a Norteamérica con el mundo entero, chinos incluidos, es hacer frente a la pandemia, que tiene al país contra las cuerdas con el rebrote. Hasta aquí no se hizo mucho, así es que habrá mucho que hacer, pensando en que se trata de un país que concentra el conocimiento en la materia, en agencias sanitarias gubernamentales y no gubernamentales del mejor nivel, grandes universidades y centros de pensamiento diversos, lo más granado del planeta. Pero el problema sobrepasa lo técnico, no reduce a un asunto estadístico o al meta-análisis de todo lo dicho y hecho por las ciencias en estas materias, como en Chile a veces parecemos creer a pesar de nuestra experiencia histórica. El asunto refiere a lo político, a la probabilidad de convocar, llegar a acuerdos, aunar voluntades, liderar y gobernar. Y esto no es trivial, sobre todo cuando, como se hizo evidente en el caso de Chile, no todas las voluntades se encuentran disponibles para emprender un desafío común y prima la desconfianza y el interés por obtener dividendos políticos particulares para librar la batalla del acceso al poder.

Perfil del Egresado

En la Escuela de Salud Pública producimos el Magister de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Creemos que estamos echando al mundo año tras año a varias decenas de nuevos salubristas que ostentan el título de Magísteres en Salud Pública. Nuestro programa es lejos el más demandado en la materia en Chile y postulan a él todos los años el doble de la cantidad de personas que finalmente ingresan (este año se están aceptando cerca de 50 estudiantes de un total de 160 postulantes), debido al prestigio y trayectoria que tiene el programa, acreditado la última vez por seis años. Esto es inédito en la realidad de programas semejantes en otras universidades. Tenemos, por cierto y como suele suceder, tasas de graduación que nos resultan insatisfactorias y nos desvelamos por conseguir que los estudiantes se gradúen, por la importancia que aquello tiene para sostener la acreditación de nuestro programa y, por sobre todo, por la importancia que tiene poblar de salubristas el país.

Vamos a esto último, pues hay al menos dos temas que tratar en la materia. Uno es la tasa de graduación, que refleja que quienes ingresan finalmente no egresan. Se queda gente en el camino, lo que es malo para todos, para nosotros, para las instituciones patrocinantes y para los propios estudiantes, algunos de los cuales se arrepentirán más adelante de “haberse dejado estar” y volverán a golpear nuestras puertas. Y para Chile. Pero para Chile, tras haber sido testigos de la revuelta sanitaria pública que se ha desprendido de la pandemia, donde incluso algunos de nuestros egresados han sido protagonistas, nos hemos quedado con la amarga sensación de que nuestra autoridad sanitaria formal es frágil y de que Pedro, Juan y Diego se sienten con la libertad de opinar de lo que se les viene a la cabeza. Estarán en su derecho, qué duda cabe, pero no se trata sólo de espetar legítimas opiniones sino de construir salud pública con rigor y contribuir al logro de los mejores resultados colectivos, como fue la tradición de la salud pública chilena. Y esto último requiere de las competencias apropiadas. Y tales competencias se desarrollan en los procesos formativos de los cuales somos importantes protagonistas en Chile. Y llegamos por fin al famoso “perfil del egresado”. ¿A quién estamos formando y para qué?

Como otros de mis colegas del Claustro Académico, he revisado a lo largo de los años varios centenares de antecedentes de postulantes al Magister de Salud Pública de nuestra Escuela (me cuesta llamarle Instituto de Salud Poblacional, porque me resulta cursi y ajeno). He leído centenares de cartas donde los alumnos manifiestan las razones de su interés por ingresar al programa y solo una pequeña porción de aquellas nos han hecho pensar: “aquí hay un potencial salubrista detrás de estas palabras”. La mayoría de las veces se levantan argumentos que confunden la disciplina de la Salud Pública (el “salubrismo”) con la provisión de servicios en el sector público de la salud. Y muchas veces estos argumentos son acompañados de consideraciones relativas a la equidad en la asignación de los recursos, donde los postulantes primero se conmueven por las necesidades y la sacrificada asistencia brindada a los más pobres, no obstante a veces visualizan un problema estructural de la sociedad chilena que no es difícil reconocer, en particular para quienes somos salubristas y sensibles a la materia. Quizás es este punto donde más cerca suelen encontrarse los postulantes a las “razones de la salud pública”. Muchas veces, hace falta también decirlo, las razones del postulante suelen estar impregnadas de las “razones de los gremios”, que reclaman por los espacios y recursos para el mejor ejercicio de su propio trabajo clínico. Este es, en definitiva, el sujeto que golpea nuestras puertas.

Como solo la minoría de los postulantes son “potenciales salubristas detrás de las palabras”, como hemos dicho antes, la pregunta que cabe sería ¿en qué queremos transformar a estos estudiantes que no son evidentes potenciales salubristas, por lo general jóvenes, para ponerlos a disposición del país? Primero, queremos que distingan perfectamente bien la disciplina de la Salud Pública, de la cual son exponentes, del trabajo que se realiza para la prestación de servicios en el sector público de la salud. Son cosas distintas; lo que preocupa al salubrista es la salud colectiva, el ejercicio que conduce a la ganancia de más años de vida saludables, de mayor bienestar social. La provisión pública de servicios es un elemento más dentro de las determinantes sociales que contribuyen al mentado propósito. Y ya que estamos aquí, segundo, queremos que comprendan que la pobreza y la distribución de los ingresos (o de la riqueza), siendo tan relevante como es, corresponde a uno de muchos

determinantes sociales de la salud que finalmente importan (educación, vivienda, medio ambiente, etc.) y que suelen estar por fuera de las disponibilidades presupuestarias del sector, lo que agrega a la complejidad de la tarea de la salud pública. Y, en tercer lugar, que es necesario despojarse de la tenida del gremio y comprender a la disciplina de la Salud Pública como una transdisciplina, que supera los intereses gremiales de las carreras vinculadas a la salud (orientadas en el pregrado, por lo demás, a la provisión de servicios y, en el caso de los médicos, a la especialización clínica) y que convida a ponerse la nueva tenida, la del agente sanitario que al país tanta falta le hace como ha quedado demostrado en el acontecer de la pandemia.

La Comisión Nacional de Productividad Cabalga de Nuevo
Marcos Vergara Iturriaga.

Agradecemos en su oportunidad a la Comisión Nacional de Productividad -CNP- por su aporte a la discusión del sector de la salud realizado a fines del 2019. Tal aporte se ha materializado hoy en una espléndida publicación de 260 páginas, con fotografías y gráficas a color, que hemos recibido en los hospitales públicos y que contiene los resultados de aquel trabajo. En la publicación se señala que la CNP lo realizó por un mandato de la ex Presidenta Bachelet, que fue ratificado por el Presidente Piñera. Vamos a tener que preguntarle a los presidentes detrás de qué andaban con esta idea.

No es nuevo el tema, como dijimos, salvo que de un tiempo a esta parte es posible hablar de él, porque en su momento, en 1985, se habló de la productividad médica y fue inaceptable para el gremio, que llevó al comité de ética al funcionario ministerial que señaló que había “cierta laxitud” en los hospitales. Hoy se habla de productividad de los “pabellones”, que son activos fijos de las organizaciones hospitalarias. Edificios, máquinas de anestesia, lámparas. Capital, no personas. En eso hace bien la CNP. Se cuida.

Tratándose de un reporte coherente y relativamente bien fundamentado al parecer -por cierto tiene omisiones y caren-

cias, algunas no poco importantes-, para quienes estamos en la trinchera hospitalaria con el casco en la cabeza y unas ramitas de camuflaje para disimular, sobre todo la vergüenza, no deja de ser agravante lo que se insinúa como resultado del análisis. En efecto, la CNP expone con precisión que el uso de la capacidad instalada, medida en pabellones, alcanza apenas a un 53% de la disponibilidad de la misma. Descubre también la CNP, según pareciera demostrar con sus datos, alta variabilidad en la práctica clínica, es decir, un grave problema de calidad técnica de servicios. Sin embargo, lo que no hace con tanta precisión la CNP es ponerse en la situación de las causas que explican estos problemas, que es donde precisamente radican las complejidades del asunto que los gestores de hospitales públicos enfrentamos cotidianamente. La guitarra, diríamos. El “management”. El teje y maneje.

Cuando se sugiere optimizar pabellones y mejorar la calidad, con una lógica un tanto ingenieril, un poco “lineal” si se quiere, parecería ser que se trata de una tarea sencilla que si no se hace es por ignorancia o quizás por negligencia. Esto no es fácil de asimilar y es bueno decirlo con todas sus letras. Capaz que nos propongan incorporar ahora un nuevo software, vaya usted a saber. Sabemos qué significa exactamente lo que los especialistas de la CNP nos sugieren y estamos conscientes de que existiría un componente inmediatamente administrable como, por ejemplo, arrancar las cirugías más temprano, pero tal cosa sería razonable siempre y cuando FONASA pague por esa producción adicional, de lo contrario estaríamos endeudándonos. No valdría la pena levantarnos más temprano.

Pero veamos que más nos pasa. Todo esto ya lo dijimos hace un año atrás, el 23 de Enero del 2020 en Cooperativa, pero frente a una nueva arremetida de la CNP con el mismo asunto y en el altar de la gestión pública, a la que nos dedicamos, tendremos que echar mano de nuevo a lo que tenemos:

i) A los hospitales públicos -en algún momento denominados autogestionados a propósito de las reformas del 2005- les ha sido retirada la facultad de mejorar grados al personal a contrata, lo que produce altas rotaciones del personal auxiliar técnico en los pabellones -y también en otras partes-, quienes una vez formados por los hospitales públicos en el oficio son sustraídos por el sector privado, sin que se cuente con los medios para

retenerlos. La altísima rotación de este personal implica que hay períodos en que los pabellones simplemente no pueden ser puestos a disposición del público, con quiebres en la prestación de servicios, porque este personal se va de un día para otro. Los hospitales públicos no tienen cómo enfrentar a las fuerzas del mercado cuando compiten por los recursos humanos. Viven ahí, en el mercado, pero al margen. Son mudos testigos. El sector privado de la salud en Chile, medido en producción es, por lo demás, de gran tamaño.

ii) En segundo lugar, la dotación de técnicos paramédicos es bastante ajustada -cuando no mezquina, debate pendiente y sensible al uso desmedido de licencias médicas cortas que sobrecargan a los que no las usan, porque no es fácil reemplazar. Se ha construido un verdadero círculo vicioso entre ausentismo y uso de horas extras ¿o virtuoso? Cabe a los hospitales, entonces, administrar permanentemente el ausentismo. Por otra parte, desgraciadamente, existe desinterés del personal por extender sus jornadas más allá del horario normal en los hospitales a que pertenecen, por el precario monto que se asigna a las horas extraordinarias, que hace mucho más valioso el ocio que seguir trabajando allí. O un contrato a honorarios con una de las empresas que reclutan mano de obra, para reemplazar en otra parte. En estas materias, sabido es por lo demás que las glosas presupuestarias asignadas al uso de horas extras se encuentran sobrepasadas en todos los hospitales de Chile. Secreto a voces. Así es que los hospitales viven apelando a la vocación de servicio del personal y celebrando su buena voluntad y, cuando les va bien, gastando dinero que no tienen.

iii) Vinculado estrechamente a lo anterior, los hospitales están expuestos al arbitrio de los organismos que administran la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, en cuyas manos ha sido puesta por la Superintendencia de Seguridad Social la facultad de calificar problemas de salud mental como laborales y, últimamente, también la facultad de aplicar un instrumento de altísima sensibilidad para calificar ambientes de trabajo y transferir a las propias organizaciones, sin balance alguno, todo el riesgo de la falta de prevención. En ese escenario, los empleadores se ven limitados a tomar medidas de buena gestión bajo la amenaza de que el personal puede recurrir a esta válvula de escape cuando se pone término justificadamente a

contratos de trabajo y, producto de aquello, el clima organizacional puede ser fácilmente puesto en tela de juicio.

iv) Cuarto, no hay modo de compensar el incremento del costo de oportunidad de los médicos en las tardes, lo que conduce a que, de manera natural, la actividad quirúrgica decline después de almuerzo. La ley médica en su momento consideró en su diseño el pago de asignaciones de estímulo cuyo propósito original principal era mejorar el valor de las horas de la tarde, asignaciones que, rigurosamente controladas por las leyes de presupuesto, empezaron a destinarse a la idea de especialidades falentes para evitar la inevitable -valga la redundancia- empresarialización médica al interior de los hospitales -que ha respondido a severos desequilibrios del mercado del trabajo-, al punto que hoy se consumen todas las asignaciones existentes en ese propósito y lo primero ni siquiera se intenta. Entonces en la tarde los médicos se hacen relativamente escasos. Faltan médicos, todo lo demás sobra, incluyendo los pabellones, por cierto.

v) Quinto, al momento de las movilizaciones lo primero que pasa es que las agrupaciones gremiales poderosas usan los pabellones como principal forma de presión, suspendiendo las cirugías. Si bien los gestores suicidas están dispuestos a sancionar tales paros y a realizar descuentos al personal que se ausenta injustificadamente del trabajo, argumentando que muchos de los usuarios no tienen alternativa de atención más que la oferta monopólica de la modalidad de atención institucional de los hospitales públicos, el corazón de los agentes políticamente más sensibles como son quienes detentan los cargos de más estricta confianza, suele sintonizar con esas causas sindicales, así es que hay que irse con mucho cuidado en esta materia.

vi) Sexto, los hospitales ofrecen en el margen un perfil de improductividad que podría abordarse, como ya se ha dicho, mejorando la actividad médica en horarios de tarde, evitando la suspensión de cirugías programadas, arrancando con los pabellones muy temprano en las mañanas, etc. Pero esto no es sólo un asunto de gestión, digámoslo claramente, pues alguien debería concurrir a financiar el costo variable de las cirugías adicionales y ese alguien ha de ser ni más ni menos que el asegurador público, el Fondo Nacional de Salud. De lo contrario, los incrementos de productividad conducirán a deuda con los proveedores y así los gestores no tendrán incentivos para mejorar.

vii) Por último, se sigue asignando cargos de gestión a quienes tal cosa no importa o a quienes son cognitivamente ciegos respecto de sus incompetencias en la materia. Este asunto es particularmente crítico, a menos que se apueste a un modelo de gestión fuertemente centralizado, autoritario y desconfiado, donde las decisiones en los hospitales no las tome el gestor directo, sino el Subsecretario de Redes o el Ministro de Salud. Lo dicho antes tiene que ver con la transferencia de facultades en un contexto deontológico apropiado. Hacen falta facultades en los hospitales y por cierto también gestión y responsabilización, pues alguien ha de hacer el trabajo de mejorar la productividad, la calidad técnica y la empatía de los hospitales con sus usuarios, dentro del marco que establece el presupuesto. El caso más crítico es poder llegar a tener subdirecciones médicas competentes en los hospitales. Este es un recurso muy escaso -el Servicio Civil lo sabe muy bien-, y su escasez compromete la buena gobernabilidad del recurso principal en la prestación de servicios, los médicos, porque allí radica el control efectivo de la variabilidad de la práctica clínica.

En fin. Vistas así las cosas, es necesario mejorar la productividad de los pabellones de los hospitales públicos y la calidad técnica de los servicios, qué duda cabe. Este es el mensaje de la CNP. Son muchos millones de dólares que no se usan o se malgastan y que están allí con esfuerzos de inversión hechos por todos los que pagamos religiosamente nuestros impuestos y cotizaciones. No está demás agregar que el gasto en inversiones, en este caso aquel en que se incurre para tener pabellones, forma parte del presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y al hospital sólo le importa el gasto corriente, asociado a la producción de servicios. Por eso los hospitales se deterioran y descapitalizan y nadie del lado “de acá” le saca punta a ese lápiz. Después de todo vendrán nuevas inversiones, pero por ahora hay que comprar insumos para producir.

La cosa, entonces, no es nada de fácil. Y tampoco pareciera ser lo de los pabellones el único y gran problema. ¿La CNP no sabe acaso de la pérdida de recursos que se verifica en prácticamente todos los hospitales autogestionados de Chile por mal uso de las horas de especialistas en los consultorios de especialidades, la tierra donde nadie quiere trabajar?. ¿Y no sabe de la lista de espera para interconsultas?. En el repositorio Nacional de

Listas de Espera (RNLE) en el corte a diciembre del 2019, antes de la pandemia, existía un total de 1.429.674 pacientes en espera de consulta de especialidad médica, con tiempo promedio de espera por persona para recién conocer su diagnóstico de 394 días y 497.145 en espera de consulta de especialidades odontológicas, con un tiempo promedio de 449 días, mientras que en muchos casos no más de un 55% de la oferta de consultas de especialidad programada en el año, que en muchos casos ya de entrada era mezquina, terminó ocupándose en la práctica. Saque la cuenta. En este caso es puro subtítulo 21 lo que echamos por la borda.

He Visto Mujeres

Coincido con Izkia Siches cuando en su participación en el podcast “la Cosa Nostra” identifica ingenieros venidos a epidemiólogos, pero ellos están ampliamente distribuidos en las más variadas instituciones, académicas, periodísticas, centros de estudio y no solo en el “segundo piso”, donde ella los ubica por su afán de criticar al gobierno. No hay solo ingenieros epidemiólogos en todas partes, también hay periodistas opinólogos y faranduleros, especialistas clínicos variados venidos en infectólogos y así. Por otra parte, no coincido con la doctora Siches en que este gobierno haya sido el peor que ha tenido la medicina chilena, quizás porque a mis 65 años ya he visto muchos gobiernos y al dirigir ahora un hospital público estoy en la tarea que el gobierno realiza, lo que posiblemente me sesga y me hace difícil creer que hayamos sido tan malos para Chile. No me parece justo tal juicio, si bien lo entiendo proveniente de una persona que lo emite desde su perspectiva actual -y con mucha soltura de cuerpo-, en el olimpo más encumbrado del gremio médico. Recordé al doctor Juan Luis González rumbo a la cárcel en 1986. Por lo pronto nos ha tocado vivir un período excepcional con una pandemia que no ha dado tregua en ningún lugar del mundo y frente a la que muchos gobiernos, casi todos, han tenido logros y también rotundos fracasos. El virus, por lo pronto, ha sido implacable, duro, terco, empecinado. Se ha llevado a Cuturrufo, lo que jamás le perdonaré. En todo caso y solo para cerrar este punto controversial, de todas maneras

estamos viendo a una doctora Siches más claramente al servicio del interés deontológico de la profesión médica, ya no tan “falta de experiencia” como en algún momento dijo ella misma que se encontraba.

He visto mujeres en esta breve historia, desde la Valentina Tereskova, por quien siento una gran y casi inexplicable y fantasiosa admiración -la versión femenina de Flash Gordon, quizás- y a quien vinculo con Katalin Karikó, perseverante precursora de la vacuna con ARN mensajero, con Diana Trujillo de la NASA, con Marta Colvin, responsable de la espléndida escultura que luce frente a su puerta de entrada el Instituto de Neurocirugía, con Nina Simone (1933-2003), impedida por el racismo para concurrir al Conservatorio a realizar su formación como pianista, con Artetha Franklin que ha puesto la banda sonora de la época (1942-2018) como después otras del New Wave de los ochenta lo hicieron también (Debbie Harry, Patti Smith, Chrissie Hynde), con Gloria Münchmeyer de “Medio Mundo”, la de la “Vicky y la Gaby”, con Ana María Juricic, mártir de la medicina chilena (1937-1963) y con nuestra querida periodista Manola Robles (1948-2021).

¿De dónde surge todo esto? No lo sé. Eloísa Díaz o Ernestina Pérez, me dirán formalmente en la Facultad. O Violeta Parra. O Hanna Arendt. En mi mujer pensaré yo, a quién sí que admiro y más que a la Tereskova, por todo lo que sé de ella y todo lo que me ha enseñado. También pensaré en mi hermana mayor, el faro que ilumina la vida familiar, como suelen ser las hermanas mayores. Pensaré en la Julia González, pediatra, salubrista verdadera, la reserva moral que tuvimos tan cerca, afortunadamente. O en mis queridas mellizas Zelman que se vacunaron contra la polio siendo chiquitas. Entonces, he visto mujeres.

Permítanme, antes de retirarme, destinar como a Izkia Siches un pequeño espacio de esta nota a una mujer más, solo un par de palabras para Maite Alberdi. Palabras de gratitud por su magia, magia de mujer, que nos ha regalado esta magnífica obra, película/documental que nos enorgullece –“El agente Topo”- y que abre caminos amplios para el desarrollo del buen cine chileno, como ella misma espera que ocurra. Y también abre caminos para explorar sin miedo nuestra propia realidad.

La Serenidad Sanitaria

Cuando recurrimos a la frase “Profetas y Frenéticos” en alguna columna, le robamos a Claudio Narea esta idea fuerza que bien representaba la proliferación inaudita de bolas de cristal colmadas de afán de protagonismo y el frenesí de opinólogos de diversa categoría que enturbiaban el ambiente de combate a la pandemia generando dudas, desconfianzas, incertidumbre ciudadana e inmovilización. Hoy hemos descubierto algo más y muy importante gracias a Ernesto Ottone. Todo esto ha sido ni más ni menos que una notable falta de Serenidad.

Importa mucho lo que nos dice Ottone acerca de los pueblos “serenos”, que no recurren a la violencia -la partera de la historia- y que aquello no es el resultado de lo “lindos que son” tales pueblos, sino al revés, son “lindos” porque son serenos. Importa de manera especial esto ahora, porque las cosas no han terminado de llegar a puerto, ojo, la luz al final del túnel todavía es tenue y borrosa, crecen los casos de infectados por Covid 19, aumenta la demanda sobre los hospitales, lo que podría comprometer su capacidad de respuesta y producir muertes evitables. Esperamos que eso no ocurra. La Autoridad Sanitaria incrementa las restricciones y nos advierte que sigue siendo indispensable mantener el distanciamiento social, el uso de mascarillas y el lavado de manos, así como evitar aglomeraciones y mantener el toque de queda. Incluso, piensa la Autoridad Sanitaria, que pudo haberse cometido un error en el tema de las vacaciones, que hubo de ser menos complaciente con el público.

Pero qué es lo que nos importa ahora. La Serenidad es lo que nos importa -gracias a don Ernesto-, aquella que ha parecido construirse en torno a nuestro exitoso proceso de vacunación, evaluado muy positivamente a nivel mundial por la singular gestión que su puesta en práctica significó. No aflojemos en esto, evitemos por todos los medios saltar de nuevo con este delicado tema al ruedo de la pugna política. No hay espacio ni tiempo ya para tal cosa. Si bien hay muchas elecciones por delante, serenidad es la palabra para recorrer este último tramo de la pandemia en que al final nos encontraremos con el positivo impacto de la vacunación. Y de paso dejaremos fluir en buen caudal a nuestro proceso constituyente en marcha.

El Camino de Swaroop: la compleja Recta Final

Aprendimos, cuando nos formamos como salubristas, que el Índice de Swaroop era un buen indicador del estado de salud de la población, si bien se basaba en un hecho negativo, la mortalidad, como muchos de los indicadores de uso habitual en la disciplina de la Salud Pública. Lo que Swaroop hace es medir la proporción de muertes que ocurren en personas mayores de 50 años y juzga que las poblaciones que tienen una proporción mayor de esas muertes están mejor. Este es un modo sencillo de comprender una realidad sanitaria.

Solo para cerrar el asunto Swaroop, superados los riesgos del período perinatal y la mortalidad materna e infantil y luego los accidentes y violencias del adulto joven, la muerte empieza a hacerse más probable con el paso de los años. Es posible acumular más muertes sobre los 50 años en la medida que su ocurrencia prematura es evitada. Tal cosa indica que se ha hecho lo que ha estado al alcance hacer para poner las cosas en su debido lugar. Lo bueno de esto es su tremenda obviedad, lo que no ocurre con los fenómenos asociados a nuestro invitado de piedra, el famoso corona.

En medio del nuevo desenfreno del debate público que la tensión política hace salir tan fácilmente a flote, a propósito de la segunda ola del Coronavirus, recordemos que mata preferentemente al adulto mayor, porque aquel se encuentra en condiciones de mayor fragilidad y susceptibilidad. Los números en Chile, por lo pronto, nos muestran que el 94% de los decesos totales por esta causa a la fecha -confirmados con PCR y sospechosos no confirmados con PCR, según el DEIS- han ocurrido en mayores de 50 años. Si bien hay otras causas que nos matan mucho más, estas muertes son extraordinarias y los números absolutos suenan muy duros. Siendo además la mortalidad y la letalidad características propias del virus, la mortalidad está fuertemente ligada al número de contagios, los que dicen relación con el control de la epidemia que los países sean capaces de lograr -cuidados, confinamiento y trazabilidad de casos y, ahora, vacunas-. La letalidad puede vincularse más estrechamente a la eficacia de nuestra respuesta asistencial frente a los casos graves, capacidad asociada a la oferta público/privada de camas de cuidados críticos y de per-

sonal competente en el caso de Chile, la que hoy día mismo se visualiza estrecha.

Paradojalmente, en la medida que los casos se desplazan a población más joven, como está ocurriendo, esperamos que la mortalidad total por esta causa disminuya -de hecho, las tasas actuales por mil habitantes son más bajas que las que observamos en la primera ola-, porque tal población es menos susceptible de enfermar gravemente por carecer de factores de riesgo agregados -obesidad, diabetes, hipertensión arterial-. Pero si bien es mayor la sobrevivencia de la población joven, parece que tales pacientes se complican más rápidamente y de requerir cuidados críticos requerirán de más días cama para salir adelante, lo que significará restricciones de oferta que podrían implicar muertes evitables por falta de acceso a los servicios para otras personas. Todo esto es hipotético y no sabemos muy bien qué irá a ocurrir en la práctica, cual irá a ser el balance, porque estamos recién calibrándolo. Por lo pronto nuestras camas críticas empiezan a saturarse. Entonces especulamos, como nos gusta tanto hacer en el espacio público y ahí todas nuestras fortalezas y debilidades parecen estar siendo puestas en tela de juicio. Ya llegará el momento de saber qué hicimos mal y qué hicimos bien, porque hoy no tenemos evidencia suficiente para afirmar ni lo uno ni lo otro, más que el juicio experto, cuando opinan los expertos. Sospechamos, eso sí, que la vacunación ha sido una buena performance y que los permisos de vacaciones fueron una concesión incomprensible a la industria del turismo. Lo primero, que está en proceso, no debió abrir las puertas a lo segundo.

Por lo pronto estamos vacunando a toda velocidad y con la eficacia que nuestra larguísima experiencia en la materia nos pone a disposición, gracias a nuestro histórico programa ampliado de vacunaciones, que se realiza principalmente en nuestros centros de atención primaria desde tiempos muy muy pretéritos. Esto nos da muchísima confianza en que lograremos las metas que nos hemos propuesto en esa materia y empezaremos a converger en el más breve plazo hacia un momento mejor, con menos casos.

Sin embargo, la tarea de hacernos cargo no puede ser delegada exclusivamente a la estrategia de vacunación, sería absurdo. Estamos cansados, pero los números nos indican que habría de haber más cuarentena -ojo que hay expertos que creen

que no sirve- y mucho refuerzo del autocuidado, para lo cual hemos de apelar también a la confianza ciudadana -que a veces hemos perdido porque su comportamiento nos decepciona- y sancionar severamente las conductas inapropiadas -abuso de permisos, fiestas, ciclismo furioso, entre otras-. Habrá que conseguir todavía mejor trazabilidad, lo que no ha sido nuestro fuerte, digámoslo claramente y creo que ya no lo será, porque son competencias que no están desarrolladas en el territorio y que requieren desarrollo de mediano plazo, habida cuenta, además, de que no es fácil hacerlo bien y del temor que la gente tiene a ser recluida cuando es “descubierta”, como dijo el Ministro de Salud. Pero también habremos de aprender de lo poco que se sabe, observando con detención lo que está ocurriendo en otros países, principalmente en el hemisferio norte que va antes que nosotros, para no incurrir en los mismos errores. Lo de las vacaciones era un asunto sabido en la experiencia de esos países, pero no lo vimos. Por lo pronto, en el CDC de los gringos tienen miedo. Nosotros también, con los números de los últimos días, que han seguido al alza. Falta todavía un sinuoso trecho que recorrer antes de ver la luz y hemos de tener calma para hacerlo lo mejor posible.

Y, por último, ¿qué sabemos de las nuevas cepas en cuanto a su supuesta mayor virulencia y qué sabemos respecto del grado en que nuestras vacunas en uso nos inmunizan frente a ellas? Parece que sí nos inmunizan, buena cosa, averiguándolo estamos.

El Huevo de la Serpiente 2: la universalización del populismo

El 2019 recordamos que Bergman filmó su película “The Serpent’s Egg” en 1977. El huevo de la serpiente tenía en su cáscara un trabeculado que permitía visualizar el producto en gestación. Es decir, todos podían ver lo que se estaba gestando y cómo crecía. El espectador podía verlo. El populismo estaba al acecho, personificado, dijimos.

Y he nos aquí, más de un año más tarde, habiendo evolucionado los acontecimientos del modo que hemos visto, desde el

estallido social a la pandemia, que hoy por hoy copa nuestra agenda pública a la espera de la inmunidad de rebaño. En el proceso, el huevo de la serpiente perdió su trabeculado y se hizo completamente transparente, como un embrión en su saco vitelino. Y descubrimos que el problema se universalizó y que Chile se hizo populista. Al decir de Harboe, el populismo está sentado en el living de la casa.

Magistrales columnas se han escrito sobre la materia, Ortuzar, Cavallo, Ottone, Contardo, Colodro, Soto, Peña, etc. Son las voces de la conciencia, la reserva moral, pepes grillos. Mientras vemos a la clase política haciendo su número, corriendo por los pasillos del parlamento con alas rosadas, dando brinco como el Nosferatu de Herzog, buscando la mejor forma de congraciarse con sus electores, eludiendo el sano juicio y toda perspectiva de mediano y largo plazo. No supimos interpretar el clamor de la gente, dicen los más sobrios, tal es así que ha llegado el momento de poner oreja. ¿Qué dice el público? ¿Acaso escuchar es lo único que la política puede hacer por nosotros? ¿Y quién ordena el naípe? ¿Quién ayuda a comprender la realidad y quién la construye y conduce? Remata últimamente el tema con 5 candidatos a la Presidencia de la República de la oposición que acusan al gobierno por la magnitud de la epidemia y lo responsabilizan de las muertes luciendo sus mejores y sonrientes rostros para la ciudadanía-objetivo de tan oportuno “acto de justicia”. Se debate por estos días cuánto dinero más agregar, indiscriminadamente, a la cacerola. Ojo que pronto ya no habrá de dónde sacar una chaucha, salvo que nos endeudemos mucho más allá de lo prudente. Los políticos se quedarán, en definitiva, sin liquidez. Ya están al borde de la quiebra.

Ad portas de una serie de elecciones que culminarán con la elección del nuevo Presidente de la República, hay muchos que pretenden ese puesto. Salvo Lavín, que se ha especializado en el tema, Jadue que se adelanta y suma sus votos duros y “la abuela” que pareciera interpretar nuestro interés en la farándula, que no es poco -somos una “secuela cultural” de Don Francisco-, el resto dista de producir entusiasmo alguno en el electorado. Sus cifras en las encuestas son magras. Por lo pronto se despliega un gran “cachipún”, como hacía 007 en “Solo se Vive dos Veces”, insinuándose fobias, cálculos y también posibles pactos de diversa índole que se construyen en la escena

conceptual e ideológica más profunda de la clase política, a la que se recurre inevitablemente en los intentos por reconstruir la identidad que los partidos han perdido en sus desbordes de clientelismo y en su baja densidad política para la construcción del bien común. Como se sabe, los zombies han emigrado y los partidos se han quedado con una militancia reducida a su mínima expresión, que pesa menos que un paquete de cabritas. Pronto solo quedarán los accionistas principales, que se las arreglarán para llegar al Parlamento con nuestros votos, los de quienes todavía ejercemos ese ritual. Allí se sienten más seguros, es su hábitat.

El problema es a lo que hemos llegado, qué es lo que nos queda y cuánto más tendremos que perder. La clase política, en su afán por hacerse del poder o conservarlo a cualquier precio, ha incurrido en un “notable abandono de deberes”, aquellos deberes que entendemos han de formar parte de su tarea principal, la construcción de posibilidades y certezas para Chile. Muy lamentable. Estamos fritos. Si siguen así las cosas, prefiero quedarme confinado, pero muy preocupado por los que vendrán detrás de mí.

La Paradoja de la Autoridad Sanitaria

Sorprende conocer el juicio evaluativo que hace la comunidad de la gestión de quien ha personificado a la Autoridad Sanitaria durante la pandemia. Daza está en la “pole position”. El ministro Paris tampoco está mal, aunque ha disminuido su popularidad en las últimas semanas, soportando el peso de la segunda ola y de las críticas derivadas. Pero sigue con mayoría.

Estos resultados son paradójales si por otra parte escuchamos la andanada de opiniones de especialistas que se han especializado en encontrar malo o insuficiente todo lo que la Autoridad Sanitaria realiza para enfrentar el flagelo. Es que otra cosa es con guitarra. No es difícil decir que tal cosa que se hizo no debió hacerse o que no se ha hecho alguna otra cosa que sí ameritaría realizarse, porque tales apreciaciones se realizan en la frialdad de los que no enfrentan los dilemas propios de la toma de decisiones, que sí es el caso de quienes ejercen la función pú-

blica y despliegan sus competencias y atribuciones y las ponen al servicio de la búsqueda del mayor bienestar colectivo, como sí hace Daza desde el primer día en su cargo. El caso típico que Chile enfrentó, al igual que los países europeos, fue el dilema de las vacaciones, donde en un lado de la balanza, frente a la cuestión estrictamente sanitaria medida en contagios existían también las necesidades de salud mental de la población reclusa, fatigada luego de meses viviendo la anormalidad cotidiana de la pandemia -necesidades que siguen vigentes, en particular en los niños- y también la necesidad de buscar sustento cotidiano, más allá de las transferencias que el Estado podría realizar y hacer llegar oportunamente, que como hemos visto no es tan fácil.

Chile, como se sabe y sin sacar globos y serpentinas, está vacunando a su población a un ritmo interesante para el contexto mundial y lo hace con una vacuna que ha probado efectividad. Hay un leve retraso con respecto a lo programado pero también hay conciencia del mismo y se busca apurar el tranco. Por otra parte, Chile se ubica en el lugar número 26 de mortalidad por habitante, después de 25 países cuyo desarrollo en la mayoría de los casos es mucho mayor que el nuestro, medido en ingreso per cápita. Los fondos que el país ha destinado a transferencias para contrarrestar los efectos económicos de la pandemia se asemejan a los que ha destinado Alemania al mismo propósito, expresado como porcentaje del producto y organismos multilaterales especializados han destacado los esfuerzos efectuados. A diferencia de otros países, en particular de varios de la región, el exceso de mortalidad atribuible a COVID coincide razonablemente bien con las cifras que se reportan en las estadísticas de uso recomendado por OMS, es decir, se cuenta con buena información, no se miente. La respuesta asistencial sigue siendo suficiente, si bien se reportan situaciones problema de las cuales será siempre imposible sustraerse, porque ocurren en el sistema y no solo en pandemia, pero en términos generales la respuesta público/privada ha permitido evitar muertes gracias a los cuidados oportunos que se han podido brindar en la gran mayoría de los casos. Todo lo anterior en un contexto mundial donde todavía no hemos realizado el aprendizaje que finalmente habremos de realizar, para saber qué estuvo bien y qué estuvo mal de lo obrado por los países y si acaso lo obrado en Chile habrá sido mejor o peor que aquello.

Y ahí está Daza, como un roble, firme y resiliente y el pueblo chileno reconoce el esfuerzo que ha venido realizando y lo apunta así cuando es consultado. La Autoridad Sanitaria marca mejor que cualquier otra autoridad pública en las encuestas, por encima del 60%, a pesar de los que hacen sistemáticamente cuestión de lo obrado, amplificadas por los medios de comunicación social que han hecho de la pandemia su nueva “crónica roja”. Muchas gracias, Paula.

Primer Epílogo: Al maestro con cariño

Hablaré ahora de quien fuera mi profesor de Química y Biología en la Enseñanza Media, en un Liceo público de provincia en el que estudié.

Mi profe era un sujeto proveniente de la capital que llegó de pronto a nuestro pueblo, nadie sabía cómo ni en qué circunstancias. Su facha desentonaba con el entorno pueblerino. Un tipo alto, de contextura atlética, caucásico, de tez blanca y ligeramente sonrojado, pelo castaño delgado y nariz puntiaguda, vestido siempre con espléndidos trajes de los que se enorgullecía, fanfarroneando. Le recuerdo levantando una ceja y frotando con sus dedos la buena tela de sus tenidas, sobre las que se ponía un delantal blanco antes de arrancar, para protegerse de los estragos de la tiza. Agreguemos que se trataba de un hombre culto, socialista entusiasta y militante de la Unidad Popular, que nos acompañó en la gira de estudios y a nuestro paso por Santiago nos llevó al cambio de guardia para ver al “chicho” Allende, el difunto galeno, asomándose al balcón del palacio de La Moneda para saludar. Saqué aquella vez una foto en medio de los autos estacionados en la Plaza de la Constitución, que hoy recuerdo bien y que lamentablemente perdí.

El profe era un espléndido profesor y de él aprendí con mucha claridad las leyes de Mendel, la Tabla Periódica de los Elementos y otros misterios de las ciencias. Era mágico en eso de enseñar sus materias. Pero como el mismo solía decir, también era “más pesado que cigüeñal de portaviones”. A un compañero y a mí nos reconocía como los “momios” del curso, por nuestro aspecto socialmente privilegiado, parecido al suyo propio y nos

seleccionaba siempre, al azar, para mandarnos a cortar leña para la salamandra del laboratorio. Tal fue nuestro sino durante mucho tiempo.

Era también un borrachín y, como finalmente se argumentó también en su contra, se dijo que era homosexual, aunque no recuerdo siquiera haber sospechado de que el profe se mantuviera encerrado en algún tipo de closet. A comienzos de 1972, cuando cursábamos cuarto medio, la Federación de Estudiantes Secundarios de Santiago tejió con sus socios de nuestro Liceo las condiciones para conseguir la expulsión de este señor de tan malas costumbres. Así estaban las cosas en nuestro Chile. Tiempos parecidos, que a su vez eran otros tiempos.

Tuve con él una conversación vocacional cuando una mañana llegó tarde y borracho, después de haber pasado una noche de parranda con mi propio padre. Me dijo que hacía falta una conversación de futuro porque por mi padre se había enterado de mi interés por la medicina. Y, en efecto, yo había estado pensando en seguir la huella de mi hermano que ya era médico, sin mucha convicción ni propósito vital de mi parte, eso sí. El profe hizo su mejor esfuerzo para evitar tal decisión y para convencerme de que mi verdadero camino estaba en las ciencias puras, que habría de ser un Biólogo, que en mi caso esto a él le resultaba muy evidente. Muchas veces he pensado que tal vez tenía razón. Pero de pronto el ya no estaba y nunca más se supo de nuestro maestro, quizás a dónde había ido a parar. Como diría Rubén Blades, cuando se fue nadie miró pa'fuera, estábamos viendo la telenovela. Y después yo me convertí en médico.

Nunca más se supo hasta hace unos cinco años, cuando alguien nos mencionó que la persona que pedía limosna a la entrada de una iglesia, podría ser tal vez el profe. Parecía cuento, pero en algún momento nos la creímos y fuimos a verlo. Los parroquianos que entraban y salían de la iglesia saludaban sonrientes y muy amablemente a un señor que les correspondía mientras permanecía sentado en una orilla, con un largo abrigo negro, una bufanda al cuello, un gorro de lana y zapatos negros con cordones muy bien atados. Estaba colmado de presentes, golosinas y pastillitos y, por cierto, también colmado de monedas. Y sí, tal cual, era el profe. Y nos reconoció a todos, a los cinco que fuimos a verlo. Estaba completamente lúcido. Nos contó que desde hacía 15 años que se instalaba ahí todos los días desde las 8 de la mañana hasta

las 12.30 y que cumplido su horario se retiraba y leía después la prensa gratuita que los pasajeros dejaban sobre los asientos de la locomoción colectiva, cuando viajaba rumbo a la casa de su hermana, con quien vivía. Estaba sobrio, ya no bebía y se veía cómodo en su nuevo oficio. Por cierto, más viejo y más delgado. Le invitamos a almorzar, dijo que bueno, pero el día de la cita no llegó al sitio en que le recogeríamos. Y decidimos no insistir.

Me gustaría volver a verlo. Sería cosa de ir al lugar simplemente, pensando en que quizás haya vuelto a instalarse en esa posición, en la puerta de la iglesia. Me gustaría saber si está bien, si ha sobrevivido a la pandemia. Me gustaría hablar con él de todo lo que le tocó vivir después de salir del Liceo y de lo que nos tocó vivir a todos en ese período de la historia de nuestra patria, ese Chile trastornado, quizás como el de ahora. Pero no sé qué pretendo con eso, qué asunto propio estoy arreglando, para qué serviría tal cosa, qué miserable gusto me quiero dar. Mientras no lo tenga completamente claro, no quiero abusar de su presencia.

Segundo Epílogo: Concepsongs, el retorno¹⁹

La década de los setenta fue una década difícil para el rock en Chile, especialmente después del golpe militar. Tuve que cortarme el pelo y caminar por las calles con cara de “yo no fui” durante mucho tiempo, como muchos otros amigos en Concepción. En ese marco la delicada tarea de difundir el rock, al comienzo tímida, se instaló sobre la amplia plataforma universitaria de la promoción de la cultura, en tiempos del “apagón”. Como bien recogería después Ricardo Manke, era preciso encender las ampolletas.

19. Este artículo, ahora con pequeñas modificaciones, fue originalmente escrito en el 2002 y remitido a un suplemento del diario La Tercera que editó previamente uno denominado CONCEPSONGS, escrito por Mauricio Jürgensen R. Era tal la cantidad de inventos incluidos en ese artículo que el Dr. Rafael Sepúlveda, amigo Psiquiatra, me instó a salir de la clandestinidad en ese momento. El artículo nunca se publicó en La Tercera, pero sí en el libro que compiló la historia de la mítica banda nacional “Los Pinochet Boys”.

Las condiciones especiales que se presentaban permitieron a los actores de esos entonces construir un interesantísimo tejido cultural donde se tomaban las manos el rock, el folklor, el cine, la fotografía y la poesía. ¿De dónde si no podrían venir músicos como “Los Tres”? Tan así fue que la herencia recogida hoy nos obliga a traer a la memoria hechos y actores que se quedaron rezagados en el artículo de revista Estreno del diario La Tercera del Jueves 3 de Mayo titulado “Concepsongs”. Sin duda alguna, ¡¡un titulazo!! Pero, déjenme decirles algo más.

Antes que nada y a propósito de prensa, Guillermo Chandía dirigía el vespertino del diario el SUR –la Crónica-, un hombre maduro de la “deep izquierda” chilena, sobreviviendo a los manotazos de la dictadura. Allí se abrió nuestra primera trincherita de combate para sembrar la semilla. Sus páginas estuvieron siempre abiertas, de par en par. Chandía era un gran fumador de dientes amarillos, una especie de “gnomo” grande de tórax estrecho, un conversador implacable ¿acaso fumaba pipa? Ya ni siquiera lo recuerdo bien. Desde su escritorio nos avivaba la cueca. Hoy descansa en paz.

En 1974, Francisco Vergara, estudiante de Medicina -hoy ilustre psiquiatra, en Conce- y Yasha Conefke -gran músico, oído absoluto, hoy dedicado a la flauta travesera en Santiago- irrumpieron en radio Universidad de Concepción con el espacio “Nueva Dimensión”, todos los Domingos a las 3 de la tarde, después del Concierto. Con los sonos de Emerson, Lake and Palmer, un arreglo de Luis Ginastera invitaba a los amigos -hola que tal, amigos- a escuchar las nuevas corrientes musicales: era la “música progresiva”. Ese Vergara y ese Conefke –la mamá de este último era violín en la sinfónica y tocaba codo a codo con el papá de “la bestia”-, con voces graves que emulaban con relativo buen éxito la de locutores de oficio, proporcionaban información y ponían música que, en el fondo, era rockera.

Juan Scerecz llegó por esa época, desde Canadá, e instaló “Rich Hamburguesas”. Con una balanza pesaba los 150 gramos de carne molida, lidiaba con los vendedores de pepinillos y con los fabricantes de pan y, como si fuera poco, tomaba fotos. Reclamaba sus estándares en una sociedad sin dios, sernac, ni ley. El olor a tocino volvía locos a los habitantes de la Galería O’Higgins, esperando la apertura a calle Colo Colo bajo un mítico edificio –símbolo del progreso, como el transatlántico

del “duce” en Amarcord, de Fellini- que nunca se terminó de construir. Allí los cinéfilos votaban sus preferencias con intransigencia; allí Felipe Raurich siempre encontraba algo interesante de cada film -en el fondo Felipe era un político, mal que mal para el golpe se pasó su buen par de meses en el Estadio Nacional-. Los Raurich llegaron de Temuco cargados de música un día cualquiera, a la casa de Pancho Vergara, antes que “Rich Hamburguesas”. Traían a ELP, Focus, YES, Jethro Tull -Thick as a Brick-, Zappa y buena parte de la historia del rock argentino, en fin. El tío Zappa, dirá Pabo Vergara, tocando el piano en alguna perpendicular a la Broadway, en NYC ¿por culpa de los Raurich?

A Felipe Raurich le correspondió la tarea de suceder a Pancho y Yasha, quienes cedieron el puesto por razones estrictamente democráticas a los nuevos DJ's. Ahí me enrolé yo y me quedé con el programa cuando Felipe se nos fue de viaje. En ese período abrimos también un nuevo flanco en la radio de la Universidad del Bío Bío -ex UTE- con “La Rana Dominguera”: el mejor antídoto contra el arranamiento de las tardes de domingo -así balbuceaba en la “característica” del programa el guatón arrancado especialmente del coro de canto gregoriano-. Todo era por la cultura, guatón, que por esos entonces era algo así como la revolución. Eramos los nuevos marxistas.

Mientras tanto, por la pensión de la calle Rosas desfilaban héroes con nombres de chapa, a quienes brindábamos hospitalidad para ponernos con algo, los estudiantes de Medicina. Escuchábamos también los cassettes “piratas” del Silvio Rodríguez y ese que decía “lo torpe y sin razón sería, no saber qué hacer con nuestras alegrías” ¿de quién era? ¿Noel Nicola?. La Rana Dominguera se paraba sola, con la ayuda del “Lobito”, del Darío, del “Drugo” Cabrera, del Lucho Suarez, siempre prestos a salir arrancando con un paquete de vinilos bajo el brazo a las 15:45 en la Paicaví-Puchacay.

Fernando López, por su parte, le hacía a los negocios y al rock más pesado. Nos tenía a todos trabajando los Sábados en la discoteque del Hotel Cruz del Sur, hotel que administraba y también armó un lunes, miércoles y viernes en la radio de la U de Concepción. Se ponía con los discos que compraba acá en CIRCUS. Finalizada la fiesta repartía los billetes con olor a dinero negro y nos virábamos a “El Castillo” a darle el bajo a una

pichanga o a la casa de la Mabel Valderrama, otra mecenas del espectáculo, bailarina, que se ponía con sus discos. La Mabel estaba con la Belén Alvarez y Dragomir Yankovic -de vuelta en Conce hoy-, éstos a cargo del grupo de Danza Moderna. A Yerko teníamos que pasar a retirarlo temprano de madrugada al día siguiente al mismo lugar en que lo habíamos dejado la noche anterior. Era de tiro largo. Su matrimonio fue, no obstante lo anterior, más bien breve, paradójicamente por la misma razón. El ponía las luces. ¿Las luces dónde?

La Asociación de Música Moderna era una entidad sin vida jurídica que organizaba espectáculos. Nunca fueron a tocar Los Jaivas, pero sí varias veces el Grupo Congreso, el Grupo Ortiga, Barroco Andino, Lunallena, la Tita Parra, Motemey, Tumulto, el Grupo Miel -con cierto personaje a la cabeza cantando “Rasguña las Piedras” y haciendo arreglos de Premiata Forneria Marconi-. Siempre hacíamos acuerdos con la gente de extensión de la Universidad -con la hermana de Mario Fernández, que nos quería mucho pero que sospechaba de nosotros, en esos entonces melencidos perseverantes-; así conseguíamos la amplificación y el auspicio a cambio de una breve presentación de los grupos en el Foro de la U. Lo de la Tita Parra fue memorable, porque la municipalidad -gris municipalidad de entonces, hoy día en democracia pero administrada por los mismos- no nos daba el permiso para la tocata en el Aula Magna. A última hora estábamos en cero. Entonces Chandía aprovechó el desayuno de los viernes para que uno de sus periodistas le preguntara al Intendente: señor, ¿es cierto que la actuación de Tita Parra ha sido prohibida?. No tengo antecedentes de algo así, respondió el señor. Entonces Chandía nos dijo, ¡ya muchachos, nadie se atreverá a suspender el recital! Y así fue. Puro “accountability”. Años después me tocaría volver al Aula Magna, acompañando a Los Prisioneros, en el tren que resistía a la destrucción de los ferrocarriles que el gobierno militar produjo para compensar a Pillarín y sus huestes. A última hora corríamos con Manke por las calles tratando de localizar una batería que nos pudieran arrendar. Al final todo funcionó. Primero Los Ilegales, con Alvaro Henríquez y el Yogui y después Los Prisioneros.

La primera baja de la AMM fue Pedro Webar, quien decidió cambiar su vida y acompañar a Atilio Andreolli en su proyecto de alta costura y se hizo sastre, hasta el día de hoy. Es una

especie de Siddartha, sobre su balsa, atravesando el río todos los días. Pedro murió, a mi entender, en manos de la policía.

Ahora bien, para las tristezas del rockero nada como quedarnos con Pedro y la Juana Millar cantando en el casino de la “U” que había frente a la plaza –hace poco tocaron por acá, en algún lugar al que llegué placé-. El papá del “Mechón” Rifo era el concesionario. El “mechón” después tuvo pituto en el FONASA. Todos teníamos crédito con su papá y cantábamos hasta altas horas de la noche. La Mabel se enamoró del Pedro y después –cuando pasó la tormenta- se fue a Ecuador y de allá se trajo un cantante de salsa –un sustituto perfecto- con el que vive en Coyhaique. El “flaco” Viveros –gran acuarelista de Chillán- y el Pedro se nos perdieron un buen tiempo. Estuvieron en Colonia Dignidad, lo sabemos sin duda alguna, y no de paseo. Fue un golpe duro para nuestra canción. Cuando volvieron caminaban paranoicos por Barros Arana y no se atrevían ni a hablarnos, mucho menos a cantar. Tiempo después Viveros protagonizaría la memorable persecución de la prima de Fernando López, hasta Talcahuano, la madrugada de un primero de Enero. Se declaraba enamorado a primera vista.

Esa misma fue la época del Grupo de Experimentación Instrumental, con el “pavo” y los hermanos Estrada, la Gina –la dulce voz- y el Daniel en la guitarra. Miguel Raurich en el cello –vivió por años de la fotografía en Barcelona y Felipe vive de la Medicina, con lo que alcanza para discos electrónicos, cervezas y algún bocadillo- y el gran maestro Leal en el Charango. El “mota” Riquelme en la percusión. El “mota” venía del “Cuarteto”, con Marlon Romero y el “Porcy” Riquelme, una especie de Clapton mitológico de Concepción que me encuentro a veces sumergido en un rincón de alguna orquesta en la televisión. Antes le hacían al Billy Cobham, el del “Spectrum”, el de la Mahavishnu. El “mota” se quedó con la cinta de “Nueva Dimensión” donde grabamos al cuarteto y quedó de hacerme una copia ¿te acuerdas “mota”? –el “mota” tocó después en Santiago con el salsero de la Mabel-. Después vinieron los “pejes”, la hornada más joven de los Durán.

En los setenta en Concepción había viejos Hippies en retirada. La más dramática de las retiradas, la de Carrancho –alguna vez enamorado de la “loly” Delpín-, por una sobredosis. Pero también pululaban por ahí el “indio” Oñate, el “chuma”,

el “distortion”, el Raul Fernandez, el Ricardo Chavez –sastre “patelefante”, hermano de la Patty, la de Tito Fernandez-, el “caballo loco”, el chico “jimmy” –q.e.p.d.-, la “vieja” –q.e.p.d. también-, el “ratón con mecha”, el “lucho” Varela –siempre a toda velocidad, dicen que salió disparado por los aires como un cometa, hasta desvanecerse-, el “perro” Rojas –cantando destempladamente a lo Neil Young, desgarrado, huyendo de mamá-, René “de laja” –el de los “cogollos pesaos”-, el “queno” Conteras, el “lolin” Morris y su manopla invencible, los Aste, los hermanitos Müller –en sus motocicletas, como el personaje negro de Amarcord de Fellini, fundadores del “Seriatutix” acá en Santiago-, etc. Donde la Adriana Gallegos nos refugiábamos a tomar el té, con los Raurich, el Victor Tapia –una especie de Horacio de Clarabella, duro al momento de enloquecer-, el Carlos Prosser, de Talcahuano –santón iluminado siempre con chica nueva anexa-. El Francino y sus boys se ponían con el Teatro Talcahuano y hasta allá llegaba la inexistente Asociación de Música Moderna. Y en la casa de la Adriana, como decíamos, el pequeño Sergito Lagos batía las palmas con la música de sus tíos.

De paso sacamos dos números de “Techos”, revista enteramente dedicada a la poesía. ¡Nos habíamos convertido también en poetas!. ¡Todo por la causa!. Allí los ejes eran Rafael Sepúlveda, el gestor y Cristián Vuskovic –sobrino de Pedro, moteado como “busco-bistec” durante la Unidad Popular por el diario La Tribuna-, que también era el fotógrafo de los techos de Lota. Vuskovic, Scerecz y Raurich mostraron sus fotos en el Chileno-Norteamericano. Fueron cuatro gatos, pero de los buenos –Stray Cats-. El segundo número estuvo en veremos por esa frase del poeta que decía “me doy un golpe de estado hasta perder la razón”. Tuvimos que sacarlo a tirones de las imprentas de la universidad, poeta incluido.

En mil novecientos ochenta volvió Felipe Raurich de Europa, con centenares de vinilos de la “new wave”. Nos fuimos a la radio, nadie entendía nada. The Cars, The Cure, The Police, Talking Heads, B-52’s, The Clash, XTC, Elvis Costello, Buzzcocks, James White and the Blacks, The Stranglers, Magazine, Ultravox, International Cowboys, The Reds, Chinesse Comida, Tubeway Army, Human League, Simple Minds, etc. Los progresivos fueron rápidamente desplazados por una incontenible

avalancha de música pop. ¡Era el retorno de los Beatles!. ¡Volvíamos a silbar melodías en la calle!. Los auditores nos tiraban tomates, nos mandaban viriles miembros dibujados en cartas especialmente dedicadas a estos humildes servidores que habían enloquecido. Eramos traidores. Pero ¡qué le íbamos a hacer!. Nos habíamos aburrido de escuchar ciertas cosas. ¡El mundo entero se había aburrido!. Así, estimados amigos –la justicia tarda pero llega-, The Police fue elegido el grupo del año en 1980 por los auditores de “Nueva Dimensión”. En 1982 vinieron a Viña y nos fuimos con el Felipe Raurich y una pandilla de amigos a verlos tocar.

Al final, la propuesta de Felipe de “hacer una vaca” y con ello elegir nosotros mismos al rector de la universidad, siguiendo la lógica de Pinochet –eso de que “como yo lo pago, yo lo nombro”-, nos puso en la calle con un respectivo sobre azul que recibimos cada cual esa misma tarde. Adiós a Soprole y a esa gerente de cabellos crespos con quien –soñábamos despier-tos- haríamos el amor en la alfombra frente a su chimenea, con Keith Jarret al piano.

Siempre había sido sospechosa nuestra obsesión contra la sociedad de consumo en el programa, contra los moles, los edificios caracoles, la frivolidad del régimen, etc. Desconfiábamos del chorro que Mario Fernandez nos explicaba con paciencia. Hasta que nos pillaron con las manos en la masa. También salimos de la U del Bío-Bío, en una magistral carambola del oficialismo. Por suerte Manke, que era nuestro auditor predilecto, había sobrevivido.

Pero la ola penquista, mis amigos, llegó mucho más lejos. En efecto, nuestras abultadas discotecas alimentaron durante varios años a músicos y pintores “new wave” de comienzos de los ochenta acá en Santiago. No había discotecas como esas. ¡A confesarse, muchachos!. Así fue que cuando recurrí a “FUSION” en busca de algunos discos inencontrables, Carlos Fonseca me contactó con unos muchachos de San Miguel que preguntaban por esos mismos discos que el mismo no conocía: eran Claudio Narea, Miguel Tapia y Jorge Gonzalez. La ola penquista había llegado a Santiago.

Tercer Epílogo: Santaolalla y la historia del Rock en América Latina

Santaolalla se rinde culto a sí mismo, qué duda cabe, en su mini-serie “rompan todo” que alude, hipotéticamente, a la historia del rock en latinoamérica. Y a lo mejor se lo merece. Lo vimos haciendo tango electrónico en el Teatro Oriente hace algunos años y sabemos a ciencia cierta que fue el productor del mejor disco de música pop/rock de todos los tiempos: “Corazones” de Los Prisioneros.

Entonces, llenos de expectativas, nos instalamos frente a la caja idiota, tornada hoy en una gran pantalla que cubre toda la pared, para ver en Netflix el trabajo del aludido en el párrafo anterior. Buen arranque con los mejicanos, traductores al español del rock y el blues de los gringos. Buenas letras y buena actitud en escena. Una banda que me recuerda la “flexibilidad cérica” de DEVO en los ochenta. Resulta que ya estaba dicho y hecho por los mejicanos. Buena noticia. Algo es algo.

Pero después Santo nos lleva por un derrotero que terminará de bruces en la historia del Rock Argentino, derrotero del cual se salvan apenas los Uruguayos, sin suficiente referencia a Los Mockers, para mi gusto y el gran maestro Gonzalez, en el caso de Chile.

En el caso de Chile Santo no reconoce la historia, no sabe y aquello para un documentalista es una pérdida de rigor, falta de indagación: una mención a Victor Jara, que no fue precisamente un rockero, salvo por haber invitado a Los Blops a acompañarle en “El Derecho de Vivir en Paz”. Y luego a Los Jaivas, que en la entrevista confunden el “Canto Nuevo” del Café del Cerro con “La Nueva Canción Chilena”, la de Victor. Los Jaivas y Los Blops eran una línea derivada pero paralela a la “Nueva Canción”, hippies buenos para tocar el tambor y la trutruca, despreciados por las Juventudes Comunistas en su Revista Ramona por su falta de compromiso con el proceso de tránsito al socialismo, de la cual obran ejemplares comprados en el Persa Bío-Bío que incluyen reflexiones hippie-fóbicas de Patricia Politzer. Al respecto solo me gustaría señalar lo que significó para quienes vivíamos en Chile cuando en 1975 recibimos desde Buenos Aires el álbum Los Jaivas con el indio en portada, producido en Argentina, una obra notable de nuestros hippies autoexiliados, sólo comparable a Terra Incógnita del Grupo Congreso. Y qué decir de Los Momentos, un himno monumental de Eduardo Gatti, en el formato Los Blops, que nos acompaña

en casa a toda familia bien comportada hasta el día de hoy. Los Blops devolvieron la mano a la “Nueva Canción” cuando invitaron a Angel Parra a acompañarles en “El Volar de las Palomas”, de su segundo LP. En este mismo periodo venía Congregación advirtiendonos: “Estamos Todos Atrapados en un Pensamiento”.

Pero bien, dejemos este paréntesis atrás y hablemos de rock propiamente tal en Chile, es decir de todo aquello que Santo omitió o despachó equívocamente en un tris. En primer lugar quiero mencionar a Los Vidrios Quebrados, unos muchachos que cantaban en inglés ¿eran del Saint George o del Grange o tal cosa era un mito? pero que hacían un “pop” de época que era de miedo, impecable. Santo no los conoció. Luego el saxo de los Blue Splendor, en Valparaíso, luego los Mac’s, los Larks, los Jockers, los Kissing Spell, los Beat 4 ¿acaso no existieron todos esos muchachos que hacían mover “el esqueleto”? Y me olvido de las contribuciones marginales a esta idea del rock, que podría incluir en ocasiones a muchos otros como el Clan 91, los Bric-a-Brac, Cecilia, el propio Buddy Richard y hasta al Pollo Fuentes. Y después, qué decirlos, Santo no conoció a Aguaturbia, a Los Monstruos, a Tumulto, a Motemey, a Lunallena, al grupo Miel, con Juan Carlos Duque al frente. Y tampoco a la mítica banda ochentera Los Pinochet Boys -de peinados con jopos tanto y más espectaculares que los de Soda- ni a Los Parkinson, entre otros muchos de un solo CD.

Entonces terminamos frente al rock argentino y sus principales exponentes: Tanguito, Spinetta, Nebbia, Charlie, Luca, Soda, Virus, etc. Todo muy bien y muy respetable. Sui Generis fue para nosotros una pieza fundamental en nuestra adolescencia y al flaco Spinetta lo escuchamos hasta el día de hoy, como si fuera solo ayer. Pero quizás ahora es posible reconocer que la movida chilena se desarrolló de manera bastante autónoma de lo que estaba ocurriendo allende Los Andes y que lo malo es no haber sabido rescatar aquello que no estando en la corriente principal determinada por los argentinos, nos permite comprender mucho mejor el fenómeno de Los Prisioneros y de Jorge Gonzalez, social y musicalmente. Tal cosa no es recogida por el documental porque no se investigó y no nos queda más que invitaros a encontrar a los músicos chilenos que hemos citado -y perdón por los que sin querer hemos omitido- y hacerlos sonar en nuestros players para entender mejor nuestro propio caso.

A Paulina Gómez, experta en Salud Pública y especialista en Gestión, mi compañera, a cuya compañía debo el fruto de mis reflexiones.

El contenido que se despliega está asentado principalmente en columnas de opinión vertidas por el autor en medios de prensa digitales entre Mayo del 2010 y Abril del 2021, principalmente en El Mostrador y secundariamente en The Clinic, en Cooperativa y en las páginas web de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Salud Pública, columnas que han sido todas revisitadas y que pueden encontrarse en sus versiones originales si se busca por el nombre del autor. Las primeras de estas columnas, la primera mitad, constituyeron la primera edición impresa de este libro, compiladas en medio del denominado estallido social de Octubre del 2019. Ahora, en esta nueva edición hay varios textos nuevos más, publicados en los mismos medios y algunos pocos, los menos, nunca publicados, todos escritos en medio de la pandemia mundial por el Coronavirus. La verdad es que se fue haciendo difícil publicar por el sesgo pro autoridad sanitaria que yo mismo tuve, lo reconozco, mientras la corriente principal, particularmente en los medios, venía en sentido contrario.

Desde luego, nada de lo escrito tiene pretensiones científicas. Son opiniones personales que no requieren evidencia. Ergo, no hay citas, si bien en ocasiones en que parecía necesario y posible hacerlo, sobre todo al comienzo del libro se mencionan autores y músicos, estos últimos por gustos personales del autor y porque no hay historia sin *banda sonora*.

El libro arranca desde dimensiones sociales generales para luego introducirse en el sector de la salud, en el cual el autor se ha desempeñado por años, desde que ingresó a estudiar Medicina a la Universidad de Concepción, en 1973. Esta versión actualizada del libro contiene comentarios centrados en tres grandes temas. Primero, en el tema de la protección financiera de las personas frente a la enfermedad, con foco en la *seguridad social*; segundo, en la problemática de los *hospitales públicos*, donde tradicionalmente se ha atendido la mayoría de la población chilena y, tercero, en lo acontecido en el transcurso de la pandemia del Coronavirus en Chile. Dicho lo anterior, el libro se divide en dos partes, una primera, “Chile en el camino al Estallido”, que corresponde íntegramente a la primera edición del libro que se hizo en Febrero del 2020 y, una segunda, “Chile en la Pandemia”, que corresponde a columnas escritas durante el año 2020 y que se agregan a la primera edición. En el epílogo de la primera parte se recupera una perspectiva general, pero paradójicamente más íntima. En el epílogo de la segunda parte se agregan tres columnas “fuera de tono sanitario”, que aluden la primera a mi profe del Liceo y las otras dos a un tema de fondo para el autor, la música, el rock en Chile en este caso.

