

Aprendizajes de la pandemia en Salud:

pasar de un sistema para curar a un sistema para cuidar

Rafael Urriola U.¹

A partir de los principales elementos de la gestión de la pandemia en Chile, se examinan los aspectos estructurales más significativos que actuaron como trabas a un buen desempeño del sistema de salud. Si bien en los resultados concurren aspectos relacionados con el estilo de la gestión por parte de las autoridades, hay elementos estructurales/sistémicos que son los que, principalmente, se relevan en este artículo, relacionados con la necesidad de fortalecer la seguridad social; eliminar la fragmentación y segmentación del sistema; estructurar el sistema de salud en función de la Atención Primaria de Salud (APS); potenciar al sector público en la resolución, producción de información y análisis sectorial; y mejorar las soluciones locales y comunitarias a los problemas globales.

1 Antecedentes

Entre marzo y agosto de 2020 se han sucedido acontecimientos sin duda inéditos para el país tanto en términos sanitarios como en sus impactos sociales.

¹ Este artículo es una recopilación resumida de diversas presentaciones —siempre *on line*— realizadas por el autor en estos meses de pandemia. El autor se desempeña en el Departamento de Economía de la Salud del Ministerio de Salud y pertenece a otras asociaciones. Ninguna de las opiniones vertidas en este artículo compromete a esas instituciones.

La mayor parte de los análisis apuntan a que, a menudo, las autoridades sectoriales y políticas equivocaron el diagnóstico, dando instructivos a la población que solieron resultar extemporáneos, poco claros y segmentados, sin que se supieran las razones, por ejemplo, que determinaron que algunas comunas entraran en cuarentena y otras no, y ello sin mediar criterios epidemiológicos. Los resultados de la gestión fueron evidentes. A mitad de camino, el Presidente decidió cambiar al conductor de la estrategia oficial. El ministro de Salud, Jaime Mañalich, luego de numerosas expresiones en que insistía en tener todo controlado, empezó por decir que no imaginaba lo fuerte de la pandemia, para luego reconocer que tampoco tenía noción de la pobreza de los ciudadanos y cómo esto hacía imposible los criterios de aislamiento epidemiológico. Finalmente, pareció reconocerse que se llevaban “dos contabilidades” en cuanto a los muertos en el país: la una para Chile y, la otra, para la Organización Mundial de la Salud (OMS). Todo esto condujo a la renuncia del titular de Salud.

Empero, lo que motiva este texto es enunciar de manera sucinta los aspectos estructurales/sistémicos que, según demostró la pandemia, están trabando la eficiencia en los sistemas de salud. Cabe notar que los temas que se presentan a continuación se encuentran frecuentemente señalados en la literatura especializada como los ejes de las reformas que es necesario emprender en diversos países de América Latina y el Caribe (ALC). Pese a ello, al parecer no se les ha otorgado oportunamente la importancia necesaria. Estos son:

- a) **Gobernanza.** Remite a los aspectos institucionales —el ejercicio del poder y la autoridad— en salud pública, la capacidad de actuar en los territorios y la administración del sistema.
- b) **Vigilancia y prevención.** Se trata de la prevención, articulación y preocupación por las maneras en que se propagan y desarrollan las enfermedades transmisibles; sistemas de cuidados y seguimiento para las enfermedades no transmisibles y, en especial, para los adultos mayores. De manera macrosistémica, se trata también de evaluar el sistema nacional de investigación y desarrollo no empresarial y los vínculos o intercambios de información con los centros de investigación a nivel mundial.
- c) **Dificultades (incapacidades) de los sistemas de salud para tomar oportunamente medidas preventivas básicas.** Esta dificultad incluye al paradigma biomédico y hospitalo-céntrico imperante en el sistema sanitario chileno.
- d) **Ambigüedad en la relación entre las decisiones económicas y las sanitarias.**
- e) **Debilidad de los sistemas de seguridad social como sistema universal en salud (funcionamiento de servicios esenciales, cobertura universal, fragmentación y segmentación de los sistemas).**

2 El marco institucional

Antes de examinar los aspectos específicos de la crisis que provocó la pandemia, cabe contextualizar institucionalmente al sistema en Chile.

El Informe sobre la Salud en el Mundo, de 2010,² ya señalaba que entre 20% y 40% de los recursos utilizados en la salud se malgastan y que, en todos los países, existen oportunidades para conseguir más con los mismos recursos. Para ello, se destacaba que habría que priorizar y mejorar de modo racional los procesos de compra, distribución y uso de tecnologías sanitarias y medicamentos; apostar decididamente por la estrategia de atención primaria a la salud; mejorar la eficiencia hospitalaria; sacar el máximo partido a las competencias humanas y tecnológicas de los servicios; eliminar el despilfarro y la corrupción; minimizar el derroche en prestaciones innecesarias, los errores y las pérdidas.

Estos lineamientos, que generan amplio consenso entre analistas y directivos, pareciera que no han sido acogidos con la prontitud y eficiencia necesarias. En efecto, otros estudios más recientes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)³ insisten en que, solo por estos despilfarros, se sigue malgastando un 20% de los recursos —en promedio— en los países OCDE.

Las fuentes del desperdicio incluyen procedimientos clínicos y administrativos innecesarios,⁴ así como fraude, abuso y corrupción, es decir, acciones que desvían intencionalmente los fondos que deberían usarse para lograr los objetivos de los sistemas de salud. El desperdicio administrativo se refiere a actividades que podrían eliminarse o llevarse a cabo con menos recursos y/o a un costo menor. A nivel de los proveedores de servicios de salud, se puede mencionar, en particular, el desperdicio de recursos humanos vinculados a una gestión organizacional subóptima y al ausentismo del personal (OCDE, 2017). El Panorama de la Salud regional que la OCDE para América Latina y el Caribe publicó en junio de 2020 deja constancia de que estos problemas continúan siendo centrales en el desempeño de los sistemas nacionales de salud.

2 Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (Ginebra: OMS, 2010). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>

3 OECD, *Tackling Wasteful Spending on Health* (Paris: OECD Publishing, 2017). <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>; y OCDE/Grupo Banco Mundial, *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020* (Paris: OECD Publishing, 2020). <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>

4 En otro trabajo se tradujo, para simplificar, *Governance related waste* = Procedimientos administrativos innecesarios. Véase Rafael Urriola, "Gastos evitables en el sistema de salud: holguras a inspeccionar", *Boletín de Economía y salud* 12, no. 2 (2018). [Departamento de Economía de la Salud, Desal / Ministerio de Salud, Minsal].

La gobernanza es entendida como las funciones que cumple la autoridad sanitaria (*stewardship*). La gobernanza en el sector de la salud se refiere a una amplia gama de funciones relacionadas con la dirección y la elaboración de normas llevadas a cabo por los gobiernos o por los tomadores de decisiones. Es el marco político-institucional que implica equilibrar las influencias y demandas de los diferentes actores. Esto incluye⁵:

- mantener la dirección estratégica del desarrollo y la implementación de políticas;
- detectar y corregir tendencias indeseables y distorsiones;
- articular el caso para la salud en el desarrollo nacional;
- regular el comportamiento de una amplia gama de actores, desde financieristas de atención médica hasta proveedores de atención médica;
- establecer mecanismos transparentes y efectivos de rendición de cuentas.

La gobernanza es la esencia de la manera en que se implementan las políticas sanitarias. Significa colaborar con otros sectores, incluido el sector privado y la sociedad civil, para promover y mantener la salud de la población de manera participativa e inclusiva. Las propuestas que se presentan en las conclusiones de este documento apuntan a cambios en los paradigmas de gobernanza que han primado, y que se podrían definir como un sistema que busca prepararse para curar enfermedades, hospitalocéntrico, con criterios de eficiencia más bien economicistas y basado en evaluaciones sobre el hacer antes que en aquellas que priorizan el impacto sobre el bienestar de la población.

Desde el inicio de la pandemia COVID-19 (diciembre de 2019) hasta el cierre de esta edición (julio 2020), se han producido centenas —si no miles— de documentos que examinan la situación y, poco a poco, se ha llegado a ciertos consensos en cuanto a las tareas que —aplicadas oportunamente— pueden reducir los impactos de una pandemia como la actual. Estas situaciones que se detectaron en la gestión tienen directa relación con la estructura y la organización del sistema, es decir, la gobernanza.

3 Principales carencias detectadas en Chile a partir de la pandemia

3.1 Debilidades de la protección social-seguridad social en Chile

Los cuatro pilares de la seguridad social son la cobertura en los siguientes ámbitos: salud (incluyendo compensaciones o pagos por licencias médicas a trabajadores), cesantía, pensiones y, actualmente, pagos por cuidados de largo plazo para adultos mayores en situaciones de dependencia.

5 <https://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/>

El sistema de cobertura formal de salud del país es prácticamente universal (solo un 3% no tiene cobertura, lo cual incluso puede ser una situación friccional, que obedecería a cambios en los empleos). En 2017, Fonasa cubrió el 80% de la población; las isapres, el 12% y la diferencia se distribuye entre FF.AA., otros seguros y sin seguro.⁶

El problema esencial en casos de pandemias que impliquen confinamiento y cierre de actividades es que personas y familias completas se pueden ver privadas de ingresos y no tener ningún acceso a algún sistema de protección social en esa materia. Los países con alto nivel de protección social y formalidad en las relaciones laborales usaron este sistema para mantener los ingresos, a diferencia de las engorrosas propuestas que surgieron en Chile y que, de todos modos, dejan sin acceso a un gran sector informal.

La última encuesta Casen, de 2017, establece que 8,6% de la población está en situación de pobreza y, por tanto, sus ingresos le hacen imposible recurrir a ahorros en caso de cuarentena absoluta; que el 23% de los trabajadores en Chile son cuentapropistas y que el 50% de entre ellos (alrededor de un millón de personas) pertenecen a los cinco primeros deciles de ingreso, por lo que suelen no cotizar a la seguridad social. De otra parte, la pobreza multidimensional —que incluye factores como educación, salud, trabajo, seguridad social y vivienda, entre otros— presentó un estancamiento respecto de 2015, según afirmó el ministro A. Moreno en su presentación de los resultados de la Casen 2017. Este ítem (la pobreza multidimensional) afecta al 20,7% de la población (3.530.889 personas).

De todo lo anterior se desprende que no menos de dos millones de trabajadores (de un total de nueve millones en el país) carecen de cobertura social y, en general, están mal cubiertos por los sistemas de protección social. Estos últimos sistemas, en su dimensión municipal, se concentran en los más pobres de los pobres, lo que es obviamente racional por la escasez de recursos de que se dispone a nivel local. No obstante, ello resulta insuficiente, porque otros millones de ciudadanos de las llamadas clases medias han quedado sin atención, por una supuesta posibilidad de que podrían solventar con sus “ahorros” las situaciones de crisis.

La aprobación del retiro de hasta un 10% de los fondos de pensiones muestra que del total de personas que tienen fondos en AFP (10.950.692), existen cerca de 800.000 que podrán retirar menos de 100.000 pesos, siendo eso el total de lo que tienen en el sistema. Además, otras 2.170.000 personas podrán retirar la totalidad de sus fondos que, en todo caso, no superan el millón de

6 Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Observatorio Social, *Encuesta Casen 2017: Previsión social. Síntesis de resultados*. <https://bit.ly/2EP7WSJ>

pesos.⁷ Decir que el retiro de fondos deja a estas personas sin seguridad social es una falacia, porque en el marco actual esos cotizantes de AFP tendrían pensiones insignificantes.

En estas circunstancias, las decisiones de la autoridad sanitaria para hacer respetar el confinamiento se han visto enfrentadas a las necesidades de sobrevivencia de la población. Las grandes ferias y mercados populares (La Vega, Lo Valledor o Franklin en Santiago) son lugares en que los precios de los productos son significativamente inferiores a lo que se encuentra en cadenas de *retails*. Centenas de miles de hogares viven de lo que logra cada día el o los perceptores de ingresos de ese hogar. Una “hibernación” como la que recomendó un grupo —que seguramente no sabe de estas realidades— los condenaría a no comer. Estos sectores poblacionales intentan una estrategia elemental de sobrevivencia: al menos, comprar lo mínimo al precio más bajo posible.

Pero los problemas también afectan a las clases medias. Trabajadores de la gastronomía, de la hotelería o del turismo quedan sin ingresos. Si bien algunos pueden acceder a pagos por cesantía, sus ingresos dependen en muchos casos de las propinas; y en otros, son externalizados con respecto a las empresas, como es el caso de guías turísticos, proveedores de insumos, etc. Sin embargo, esta reducción de ingresos ahora se generalizó a directivos medios de empresas. A muchos de entre ellos, por ejemplo, se les “informó” que se les pagaría la mitad del salario. Esto desnudó el hecho de que la desprotección alcanza en esta coyuntura a mucho más que los más pobres.

El informe del Instituto Nacional de Estadísticas del 30 de junio de 2020 sobre desempleo informa que, solo hasta mayo, el 25% de la población está afectada en cuanto a empleo por la pandemia. El desempleo llega a 16% en circunstancias de que las cifras históricas prepandemia no superaban el 8%. Este desempleo está subestimado, considerando que hay gente que no buscó trabajo porque le estaba prohibido desplazarse, y entonces, solo por razones técnicas, queda fuera de los desempleados.

La indefensión económica de las capas medias tiene un efecto “dominó” sobre la dinámica económica global mucho más devastador que si solo golpeará a los más pobres, como se ha demostrado en todos los eventos de los últimos tiempos. En efecto, las clases medias están endeudadas, especialmente en el pago de dividendos, que es el único ahorro patrimonial de cerca del 90% de la población. Esto impacta al sistema financiero y —de no mediar medidas paliativas eficaces— empobrece a amplios grupos de la población, como se demostró en España en la crisis de 2009.

7 *Primera Piedra* 892, Análisis Semanal (20 de julio, 2020), “Infografía: ¿Cuánto podrá retirar Ud. según lo que tiene en su cuenta AFP? Fuente: CIEDESS” (p. 20). http://revistaprimera piedra.cl/PDF/2020/07/pp-892_20-07-2020.pdf

3.2 Deficiencias del sistema público de salud (fragmentación y segmentación vs. sistema único de salud)

De la pandemia se concluye que es necesario fortalecer el sistema sanitario público y dotarlo de mayor financiamiento, lo cual se acepta incluso en países con alta participación financiera del sector público. Por ejemplo, el ministro de la Sanidad de España, Salvador Illa, afirmaba: “Tenemos que ser capaces de aprovechar este momento para impulsar una transformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) hacia un modelo más robusto, flexible y resiliente”.⁸ De hecho, la pandemia puso en el tapete de los debates la efectividad de los sistemas que estaban basando sus decisiones estratégicas en criterios economicistas, reduciendo las capacidades para afrontar situaciones críticas.

En este contexto, se han planteado nuevas prioridades estratégicas. “En primer lugar”, aseveró Illa, “tenemos que garantizar la disponibilidad de los productos sanitarios críticos esenciales. Esta disponibilidad requiere desarrollar reservas estratégicas de material esencial en todos los niveles administrativos, con productos como mascarillas, guantes, ventiladores o medicamentos, entre otros”. Pero para ello “es necesario, garantizar la disponibilidad de material fundamental a lo largo del tiempo, reforzar la producción nacional de productos y fármacos esenciales, para que nuestro país cuente con capacidades propias y no dependa de importaciones”. Esto ha estado siendo desarrollado por la mayor parte de los países de la Unión Europea y ha llevado a que diversos especialistas sostengan la necesidad de recuperar el carácter nacional de las estrategias de enfrentamiento de situaciones pandémicas.⁹ En España, el Grupo Mondragón, incitado por el gobierno, creó líneas de producción de 60 millones de mascarillas en seis meses. En Alemania y en Inglaterra hay casos similares.

Otro aspecto ineludible es permitir —en el marco de la APS— el funcionamiento de las farmacias comunales sin restricciones legales. Es sabido que los medicamentos pueden ser comprados en los dispendios comunales por precios hasta diez veces menores que en las cadenas de farmacias, y que eso sería un enorme alivio para la población.

También quedó al desnudo la falta de capacidad estratégica de los servicios de salud para ayudar activamente a enfrentar la pandemia. La población tiene la sensación de que los hospitales son edificios en que se reciben enfermos, donde a veces se les atiende y, otras, se les reenvía a la casa sin más. Los

8 Véase María Fernández Arconada, “Sanidad plantea la creación del Centro Estatal de Salud Pública para reordenar el sistema”, *Acta sanitaria* (18 de junio, 2020). <https://www.actasanitaria.com/sanidad-centro-estatal-salud-publica/>

9 Por ejemplo, Elena Achar, 31 de marzo de 2020. <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/Covid-19-problema-global-soluciones-locales-20200331-0020.html>

Servicios de Salud y los hospitales no salen de los muros, pero si los pacientes salen, es necesario realizar su seguimiento y el de sus necesidades. Según señalaba *El Mostrador*, el 20 de junio aún estaban pendientes los protocolos para la trazabilidad. El 16 de julio, *El Mercurio* destacaba el difícil avance de la trazabilidad del virus en la Atención Primaria: “Aunque en abril el Ministerio de Salud anunció que existiría un mayor protagonismo de la trazabilidad y testeado de COVID-19 en la Atención Primaria de Salud (APS), la estrategia no está teniendo el alcance esperado, según el primer reporte realizado por la U. de Chile y el Colegio Médico de Chile” (p. 5). De acuerdo con el informe, solo un 19% de los centros analizados ha recibido los fondos comprometidos para la estrategia de seguimiento.

Asimismo, los Servicios de Salud de Chile nunca aparecieron como direcciones regionales o territoriales de salud, pese a que tal es su función definida estatutariamente. Menos aún se consultó a las instituciones propias de la sociedad civil (el enfrentamiento del Ministerio de Salud con el Colegio Médico, por ejemplo, duró al menos hasta la salida del ministro Mañalich) o de las comunidades de adultos mayores, que bien sabían de la situación de este grupo de extrema vulnerabilidad.

3.3 Escasa integración de los sistemas de información

Otra prioridad estratégica que se desprende de los análisis es optimizar y reforzar los sistemas y esquemas de información para potenciar la vigilancia epidemiológica. En otras circunstancias, el sistema creó instancias a nivel local para realizar seguimiento de las personas contagiadas, de su entorno, y mejorar la trazabilidad del contagio. Esto implica modernizar la integración automática de la información al interior del sistema, es decir, una historia clínica electrónica eficiente. En Chile, en aras de la privacidad, se ha postergado esta decisión. En efecto, al existir un sistema dual, el subsistema privado con fines de lucro podría usar esta información para discriminar el acceso. Curiosamente, en las propuestas de ley que reforman las isapres o Fonasa se deja constancia de fuertes multas para los funcionarios que hagan mal uso de esta información, pero no está contemplado “castigos” para las empresas que hagan idéntico mal uso de ella.

Otro aspecto que quedó al descubierto por sus precariedades se relaciona con el hecho de que la vigilancia epidemiológica también necesita dimensionar y planificar la dotación de los equipos profesionales en todos los niveles administrativos. En algunos hospitales del país, o secciones de los hospitales, el nivel de ausentismo superó el 30% y —con los contagios y necesidades de prevención— se tornó insostenible la atención, lo cual colapsó diversos establecimientos y la población optó por no acudir para atender sus enfermedades crónicas

habituales. En poco tiempo más se podrá evaluar esta situación, porque los indicadores anteriores y actuales darán cuenta de lo que se “sacrificó” esencialmente por falta de planificación sistémica. En efecto, entre marzo y junio de 2019 se practicaron cerca de 105.000 intervenciones quirúrgicas. Este año, a igual fecha y con el contexto de pandemia, se han hecho 36.756 operaciones.¹⁰

Otro lineamiento central que emergió con claridad en la pandemia es la capacidad de respuesta *oportuna* a las necesidades de la población en estas situaciones críticas. Hay varios aspectos que se observaron retardados. El Presidente de la República dijo en febrero a TVN que Chile estaba mucho mejor preparado que Italia para enfrentar la pandemia (debe recordarse que en ese momento Italia tenía un alza enorme de los contagios). No obstante, posteriormente se mostró que no había evidencias previas (enero) de acciones en este sentido (a poco andar faltaron los test para detectar el virus, ventiladores, camas, personal, laboratorios, etc.; es decir, los indicadores que hubiesen podido respaldar la frase de una buena preparación para enfrentar el flagelo, eran claramente deficitarios).

Un segundo aspecto que retarda o anula la efectividad de las medidas sanitarias es que no exista información, conexión y colaboración entre los niveles del sistema de atención sanitaria (primaria, secundaria y terciaria). Tal como se articuló la gestión de la pandemia en Chile, la autoridad tuvo distanciamientos evidentes con la APS que, como se sabe, depende esencialmente de los municipios. Durante marzo, los alcaldes pedían que se les informara de los contagiados para hacer trazabilidad (la autoridad ministerial, el Dr. Mañalich, no consideró útil tal vínculo, y se vio obligado después a confesar que no se imaginaba cuánta pobreza había en Chile). Es obvio que los funcionarios de los establecimientos de atención primaria conocen mejor que nadie esta realidad y podrían haber prevenido al ministro con anticipación respecto de dos temas centrales: dónde están los más pobres, hacinados y vulnerables frente a la pandemia; y dónde están las personas que necesitarían más que una caja de alimentos para aceptar y enfrentar el confinamiento.

Por otra parte, usar las macrotecnologías globales de información en los niveles locales es un ejercicio que se aplicó en todo el mundo, incluido Chile, aunque en una escala menor. En España, una de las fortalezas mostradas por el SNS durante la crisis sanitaria ha sido la adaptación acelerada de la atención primaria a la atención telefónica y no presencial de los pacientes, y al seguimiento domiciliario de los casos leves o moderados. Esto “ha conseguido que la gran mayoría de los pacientes diagnosticados se recupere en su domicilio”, insistió el ministro de Sanidad.

10 *Las Últimas Noticias*, 9 de julio, 2020, p. 5.

3.4 *Tardía y descoordinada reacción entre lo local y lo nacional*

La dimensión global de la pandemia es un aspecto que deberá tomarse muy en cuenta para enfrentar el futuro. No obstante, las soluciones son locales, es decir, deben ser asumidas por el sistema local de salud con una población a cargo. La estrategia en este caso es potenciar los vínculos entre los niveles de atención sanitaria y su flexibilidad.

De otra parte, la experiencia actual muestra que es imprescindible fortalecer las instancias regionales de información y colaboración, como la posibilidad de crear empresas regionales (interpaíses) para producir insumos sanitarios. Los gobiernos de América Latina debiesen reflexionar acerca de la posibilidad de crear, por ejemplo, una empresa transpública de producción de medicamentos esenciales.

En lo local también hay estrategias diferentes. Es el caso del rol de la alcaldía de Valparaíso, “que entiende la salud desde una perspectiva colectiva o comunitaria, territorial y no hospitalo-céntrica. Que sociopolíticamente considera a los gobiernos locales, sus territorios y comunidades como actores estratégicos y que socioculturalmente entiende la diversidad de actores e identidades barriales características de Valparaíso”.¹¹

4 Conclusiones

La principal conclusión que se desprende de la pandemia es que parece necesario y urgente transformar radicalmente la gobernanza en el sistema de salud chileno. La atención primaria, coincidiendo con lo que indica el ministro Illa de España, ha puesto de manifiesto durante la crisis su lugar natural y fundamental como eje que ordena el sistema y como el único nivel asistencial que tiene la capacidad de percibir y abordar todos los determinantes de salud que afectan a las personas. Este enfoque integrador y preventivo es la esencia de la Atención Primaria y Comunitaria, que es necesario potenciar. Pero, también debe hacerse modernizando su forma de cuidar a los pacientes con innovación tecnológica y organizativa, con roles profesionales que fortalezcan los equipos de salud y que incluyen diversas profesiones y especialidades.

Un sistema único de salud tanto al interior del sistema público —eliminando las diferencias de gestión en los distintos niveles— y reordenando la gestión desde el primer nivel de atención hasta el nivel de mayor sofisticación técnica, parece ser necesario y evidente luego de la pandemia. Esto implica, al mismo tiempo, eliminar la fragmentación del sistema de salud.

11 Alejandro Escobar Lobos, “La gestión sanitaria local en tiempos de pandemia: la experiencia de la Alcaldía Ciudadana de Valparaíso”, *Boletín IDEGYS*, no. 1 (julio 2020). http://idegys.cl/Documentos/Boletin1_IDEGYS.pdf

También el control de los recursos por parte de la autoridad sanitaria en casos extremos es importante. Los países que cuentan con un Sistema Único Sanitario con complementación de atención privada pudieron salir de la pandemia mejor y más rápido.

Reflexionar acerca de las tareas que pueden ser compartidas con los médicos por otros profesionales de la salud, como está sucediendo en todo el mundo, es ya necesario en Chile. Esto implica redefinir el rol de matronas, fonoaudiólogos, enfermeros, optometristas, etc. Así mismo, potenciar el uso de la telemedicina será una tarea imprescindible pospandemia. Esto se justifica tan solo observando cómo se están resolviendo muchas patologías y problemas de salud en diversos países desarrollados. Por ejemplo, la proporción de enfermeros a médicos en Chile (1,1) es completamente diferente al promedio de la OCDE (2,7).¹²

“Ricos en datos, pero pobres en información”. La lógica neoliberal de producción de datos por parte del sector público se ha hecho notar también en la pandemia. El Ministerio de Salud ha producido datos con respecto a contagios y muertes por el COVID-19 —con serias polémicas, como se ha visto en la opinión pública, ya que las diferencias entre una y otra fuente pública parecían muy significativas—, pero no tiene una instancia analítica que le permita confrontar las opiniones que han provenido de instituciones privadas o académicas. El sector público debe producir análisis y dedicar recursos a la investigación de manera autónoma para evaluar la relación entre lo que se está haciendo y lo que se proyecta como necesidades de la población.

Chile ha mejorado en cuanto a la transparencia en la administración de datos, incluido el sector salud, pero hay grandes retrasos y numerosos aspectos que permanecen en nubes grises, lo que dificulta que circule la información. Los sistemas informáticos de respaldo, procesamiento y organización de la información son verdaderos “elefantes blancos” en cuanto a succión de recursos en el sector.

En suma, es urgente pasar *de un sistema de salud para curar, a un sistema de salud para cuidar*. Este es el lineamiento estratégico central que podría presidir las acciones futuras inmediatas del sistema.

12 OECD/The World Bank, *Panorama de la Salud*, p. 120.