

Encuentro con directores de servicios y hospitales del país  
INTERVENCIÓN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA, RICARDO LAGOS, EN  
ENCUENTRO CON DIRECTORES DE SERVICIOS Y HOSPITALES DEL PAÍS

SANTIAGO, 14 de octubre de 2002

Quiero decirles que estoy contento de encontrarme esta mañana acá con ustedes, luego de una reunión de fin de semana que han tenido, para analizar el momento en que nos encontramos, lo que implica la reforma y cuáles son los desafíos que tenemos hacia adelante.

No necesito decirles a estas alturas que la reforma a la salud es el eje del proyecto social del gobierno que encabezo. Es cierto que como coalición hemos venido trabajando desde que recuperamos la democracia por hacer una sociedad distinta, mejor. Es lo que abordamos con mucha fuerza en la reforma educacional, es lo que hemos hecho en una reforma al sistema judicial de una profundidad que no tiene parangón en la historia de Chile, es el esfuerzo que hemos hecho por mejorar la infraestructura de Chile, basta asomarse a las carreteras para constatar lo que eso ha significado, es el esfuerzo que estamos haciendo por erradicar pobreza en un país que quiere crecer, pero el crecimiento tiene que significar mejoras sustantivas de la mayoría de la población. No se trata de andar contando los pobres, pero sí es importante decir, donde había un 40% de población viviendo bajo línea de pobreza, hoy tenemos un 20%.

Porque los instrumentos con los cuales atacamos la pobreza en la década del 90 son insuficientes, es que ahora tenemos el programa especial que hemos definido para atacar aquellos que están bajo la línea de indigencia.

Pero hoy nos van a medir por lo que hagamos en la reforma a la salud, y nos van a medir, en definitiva, por lo que hagan ustedes, esa es la verdad.

Hace 50 años Chile dio un paso gigantesco cuando creó el Servicio Nacional de Salud. Pero el Servicio Nacional de Salud, mis amigos, no fue creación de un día. El Servicio Nacional de Salud fue en cierto modo la consecuencia 11 años después del terremoto de Chillán, porque es el terremoto de Chillán el 39 lo que pone en tensión la forma de absorber rápidamente un desafío de salud de la envergadura del terremoto, y para el cual fue necesario entonces crear un conjunto de instrumentos y una institucionalidad adecuada para eso.

Y el Servicio Nacional de Salud en cierto modo recogió aquello. Se ampliaron los beneficios sanitarios, se creó una estructura nacional y el Servicio Nacional de Salud, qué duda cabe, tuvo un tremendo respaldo ciudadano, un respaldo político, por cierto, y que implicó básicamente mejorar la salud de la población.

Pero también digamos, lo que Chile creó en la década de los 50, es distinto de lo que Chile demanda ahora a comienzos del siglo XXI. Desde 1981 el sistema de salud, la cultura sanitaria, se fueron deteriorando gravemente, por varias causas. Y por eso se puso un gran énfasis a partir del 90 en el tema de la salud. Desde el 90 aumentamos la inversión para aumentar capacidad resolutiva. El promedio anual de la inversión en salud, entre el 90, toda la década, y los dos años del 2001 y 2002, es 6 veces lo que se invertía en salud en la década del 80. A ratos se olvida esto. Seis veces lo que

invertíamos en el 80.

Por eso tenemos autoridad para hablar de estos temas, con conocimiento y con convicción. Y tenemos la sensación que el modelo de mediados del siglo XX llegó a su límite. Primero, porque se hace cada vez más difícil de enfrentar la totalidad de necesidades de la población; segundo, porque es incapaz de enfrentar adecuadamente el perfil de las enfermedades de hoy. En la década del 50 era otro el perfil epidemiológico de Chile y lo que Chile tenía que enfrentar. Hoy es distinto. Y no necesito decirles a ustedes lo que implican los cambios del punto de vista tecnológico y cómo Chile se prepara para esos cambios tecnológicos.

Por eso entonces ahora tenemos que volver a mirar el servicio público y cómo lo reformamos, con las ideas y las técnicas de hoy. Este es un desafío equivalente al del 50, no menor, pero debemos ser capaces de hacerlo para responder a la demanda ciudadana y a lo que son nuestras demandas de hoy.

No es posible que cada año mueran 700 mujeres de cáncer al útero; no es posible que cada año 2 mil mujeres mueran de cáncer a la vesícula y 1.600 de ellas son mujeres en extrema pobreza. Un sistema de salud donde la esperanza de vida es distinta según usted nació en Las Condes o en una comuna pobre, no es el sistema de salud que queremos para un Chile democrático. Estamos orgullosos de nuestras cifras en materia de salud pública, esperanza de vida, mortalidad infantil, pero no nos ponemos tan orgullosos cuando vemos estas cifras a nivel del lugar donde cada uno nace, porque ese lugar donde cada uno nace determina probablemente su esperanza de vida y la forma en que va a recibir atención de salud a lo largo de su existencia.

Esa es la razón por la cual planteamos en un momento que los derechos de las personas se transformen en garantía, y ese es el sentido del Auge.

Con la reforma está en juego la credibilidad de todos nosotros, la mía, en primer lugar, como Presidente, la del ministro, subsecretario, la de los directivos. Yo sé que toda reforma es compleja, es difícil, porque implica enfrentar la rutina cotidiana ahora de una manera distinta. ¿Pero si no lo hacemos? Los ciudadanos confían en nosotros, por primera vez en mucho tiempo ellos creen que la reforma es posible, y por primera vez en mucho tiempo están convencidos que acá hay voluntad política para hacer las tareas que tenemos que hacer.

Tenía razón el ministro: la voluntad política se expresa en un proyecto de presupuesto. Cuando vemos lo que ocurre en todos los países alrededor nuestro, y aquí estamos diciendo que vamos a tener una expansión del gasto importante, del 3 al 4%, pero dentro del 3 a 4% la expansión en salud es muy superior, y la expansión en salud primaria mayor todavía, es porque estamos entendiendo que el presupuesto, esa herramienta, tiene que reflejar lo que son las prioridades políticas. Y las prioridades políticas están aquí.

Ahora, así como hacemos eso, quiero también hablar de las otras cosas. La credibilidad de lo que vamos a hacer pasa también por lo que hagamos hoy. Y eso quiere decir control de la deuda hospitalaria. Ese es un tema importante. Sin disminución de la deuda, la reforma va a ser inviable. Así de simple. Usted no puede explicar que necesita 150 mil millones para la reforma en salud, que este año terminemos con 60 mil millones

de deuda hospitalaria. Usted no puede explicar que estamos haciendo un desafío fuerte en materia de cuáles son las necesidades de financiamiento especial para la reforma, cuáles son los impuestos que vamos a subir para la reforma en salud, si por otro lado los 150 mil de la reforma son 60 de deuda hospitalaria.

Y aquí quisiera felicitarlos porque estamos ganando la pelea. Efectivamente en septiembre la deuda hospitalaria disminuyó en 4.200 millones de pesos respecto al mes de agosto. Es un buen signo. Y yo quisiera felicitar, porque muchos de ustedes han tenido que enfrentar eso. Y yo sé que es difícil enfrentarlo, es difícil porque la asignación de recursos que vamos a tener va a tener que premiar a aquellos que han hecho un mayor esfuerzo.

Ahora, si lo vamos a hacer, hagámoslo bien, hagámoslo apretándonos todos el cinturón. Quiero ser bien claro: en algunos pasos se van a disminuir horas extraordinarias del personal de más abajo; no se han disminuido los honorarios de más arriba. Excúsenme que lo diga así. Así no se aborda el tema, porque todos tienen que ver que todos no estamos haciendo el mismo esfuerzo. Este es un tema bien delicado, porque todos sabemos el sacrificio con que trabajan los funcionarios de la salud, todos sabemos que las remuneraciones no son lo suficientemente adecuadas que debiera ser y todos sabemos que tenemos un tremendo déficit de arrastre. Todo eso es así.

Por lo tanto, la tendencia a decir "vamos a mejorar algo con horas extraordinarias", por decir algo, es natural. Pero si cada uno trata de resolverlo por esta vía el tema, terminamos con una deuda mayor y a la larga no resolvemos los problemas.

Tenemos que abordar el tema con profundidad y con seriedad. Y junto con eso tenemos que mejorar los sistemas de gestión y el control de gastos de cada servicio. Hacer cambios en gestión requiere tomar decisiones que deben ser equitativas, y a eso es lo que me refiero, de cómo lo hacemos que se note de que la ley pareja opera respecto de todos.

El esfuerzo es, antes que nada, el esfuerzo de los directivos, porque los directivos tienen autoridad y los directivos tienen que dar el ejemplo. Todos nosotros nos debemos a la gente, y cómo somos capaces de sacarle mejor rendimiento de cada peso.

Nuestra eficiencia no es una preferencia, es un imperativo ético. El ser eficiente pasa a ser un imperativo ético. Y por eso es tan importante que cada uno de ustedes lidere este proceso de reforma, y la reforma sólo se va a hacer con y a través de ustedes.

Yo sé que el tema de salud es un tema muy complejo en todos los países. Cuando el país, uno de los países más importantes, como Estados Unidos, gasta el 14 ó 15% del producto en salud, y lo comparamos con lo que gasta la media de los países europeos, entre 8, 9, 10, hasta 11%, algo hay entre el sistema americano que requiere gastar el 15% del producto en salud y los europeos en la media gastan un 10 ó un 11, y los sistemas andan, muchos le dirán tal vez que son mejores los europeos que los americanos, no quiero entrar en eso, no quiero ganarme conflicto internacional, pero sí ustedes entienden que allí hay formas de administración de la salud que son distintas.

No quiero entrar en temas sensibles, pero si usted quiere libre elección en Francia, la puede tener, pero prácticamente la paga de su bolsillo. Cómo establece un sistema de

libre elección con un sistema de salud administrado es complejo, y el tema de los protocolos, muy importante.

¿Qué es lo que quiero decir con esto? Que estamos haciendo una reforma que implica sincerar. Fui ministro de Educación, este país en 1920 dijo que la educación era obligatoria, y el legislador en 1920, después de 20 años de debate, 20 años tomó la ley, esperamos que ésta sea menos, después de 20 años de debate dijo "sí, la educación en Chile es gratuita y obligatoria". ¿Cuántos años de educación? "Cuatro años". O sea, el Chile de 1920 tenía un nivel de desarrollo que podía decir "cuatro años de educación obligatoria". Y el general Ibáñez antes del 30 dijo "seis años", y Frei Montalva dijo "8 años", en la década del 60. Chile a medida que creció pudo decir "voy a dar mayor nivel de escolaridad obligatoria".

Y ahora, en un acto que hicimos hará un mes, mes y medio atrás, dijimos "Chile está en condiciones de dar un paso y tener 12 años, 12 años de educación obligatoria". No es un problema de dictar la ley, es un problema de tener las salas de clase, de tener los profesores, de tener todo para que tengan todos los niños 12 años de educación, y ahí estamos, 12 años de educación.

¿Qué quiero decir con esto? Que Chile fue de 4 a 6, de 6 a 8, de 8 a 12, a medida que Chile creció Chile estuvo en condiciones de aumentar.

¿Qué se hace con el Auge? Con el Auge se está haciendo lo mismo. Con el Auge usted está diciendo "tenemos 56 tipos de tratamientos particulares que hay que dar, que equivalen a más/menos 1.500 prestaciones". "Ah, es que eso da cuenta sólo del 80% de lo que...". Claro, estamos sincerando, estamos diciendo que respecto de ese 80% hay garantías explícitas, que si el ámbito público no es capaz, la persona tiene derecho a ir y decir "en alguna parte me van a atender y me van a pagar por eso".

Hoy día me dicen "es el 100%". No, señor, hoy día lo que tenemos son colas y espera, pero respecto de ese 80% va a haber una garantía explícita, no vamos a jugar.

¿En qué consiste la reforma? En que esas 56 patologías que dan lugar a 1.500 prestaciones mañana debieran ser 60 ó 65, ó 70, a medida que el país va subiendo. Y por eso se establece entonces una comisión técnica que establece.

Y eso también está acorde con las nuevas tecnologías. Nadie hoy día discutiría, verdad, que una persona tiene derecho a que le hagan un sistema de rayos si se necesita, pero 20 años atrás el escáner se entendía que era el privilegio de unos pocos que podían pagar en centros privados. Hoy día nos parece que eso es normal que sea así.

¿Cómo hacemos la medición entre este tremendo desafío que es el avance cotidiano día a día de las tecnologías para enfrentar determinado tipo de patologías, para enfrentar determinado tipo de diagnóstico? Y cómo lo hacemos con un país que pretende tener un sistema de salud acorde a lo que ha sido nuestra tradición en materia de salud pública.

Y eso pasa, entonces, por el fortalecimiento del sistema público en este sentido, pero eso pasa por un fortalecimiento del sistema público de una manera tal que sea compatible, competitivo y más eficaz, muchas, veces que el privado. Y cuando el otro día estuvimos en el Hospital del Cáncer, estuvimos ahí, porque ahí el instrumental que

hay es un instrumental con tecnología de punta, y donde es posible que después de las 5 de la tarde llegan pacientes privados y se atienden, y se les cobra.

Como alguien me decía en algunos países europeos, "cuando son enfermedades de poco riesgo, una buena hotelería privada es lo que se impone, pero si son enfermedades de mayor riesgo, entonces el hospital público es a donde voy a ir". Eso es lo que yo quiero ver para Chile. Y eso implica entonces también entender que los mecanismos de gestión van a ser distintos a los de mediados del 50, porque el mundo ha cambiado.

Excúseme que recurra a un ejemplo que no tiene mucho que ver, pero quiero... Cuando fui ministro de Obras Públicas me di cuenta que haciendo un gran esfuerzo íbamos a llevar la doble vía que el Presidente Aylwin la había dejado en San Javier, un poquito más al sur de Talca, en Chillán. Íbamos a colocar todos los recursos públicos, "íbamos a tener 400 kilómetros de doble vía hasta Chillán". Y empecé a sacar el cálculo de cuánto nos íbamos a demorar en llegar a Puerto Montt. Se requería como cuatro gobiernos más.

¿Eso estaba a la altura de Chile? ¿O podíamos hacer un esfuerzo distinto, fijar nosotros, autoridad, sector público, Estado, las características de la autopista, la velocidad de circulación a la cual la queríamos, cuáles debían ser los pasos desnivelados, cuál el galibo entre el camino y el paso desnivelado, cuál debe ser la mediana, cuánto las barreras de protección? Nosotros definimos la autopista que queremos. ¿La construye el privado con su plata, la obtiene a través del peaje?

Y, claro, la plata que no gastamos en construir la autopista al sur, me la gasto entonces en construir los caminos secundarios, que son puro polvo en verano, puro barro en invierno, y que dejan aisladas las localidades. Porque es así, si no lo hacemos nosotros, no lo hace nadie. O colocar programas de agua potable rural, o colocar infraestructura de tipo social.

Explicué esto a los funcionarios de Obras Públicas. No fue fácil. Varios me dijeron que iban a quedar cesantes. Me acuerdo de una reunión en Rancagua en que alguien, una señora con mucha fuerza, me dijo "yo llevo 20 años en el departamento de Contabilidad, yo soy la encargada de pagar las cuentas aquí, y si ahora la autopista la van a hacer los privados, yo a quién le voy a pagar, porque es el privado el que va a pagar". Y yo le dije "usted le va a pagar a los contratistas que estén haciendo los caminos secundarios acá en Rancagua. Ah, pero también va a tener que controlar cuánto están invirtiendo en la carretera a Rancagua, porque las rentabilidades obligan a saber cuánto se invierte. O sea, va a tener más pega que antes".

Hoy día nadie discute que tienen más trabajo que antes, pero en su momento el debate de que "están privatizando" o el debate de que "estoy quedando sin pega porque le estoy dejando a los privados", surgió con mucha fuerza. A ratos me suena familiar.

¿Por qué les digo esto? Porque lo más difícil fue convencer a los ingenieros de Obras Públicas después de 100 años de que era posible hacerlo de esta otra forma, y que iba a haber más esfuerzo y más trabajo, no menos, más.

Entonces, aquí este tema de la reforma de salud yo sé que es difícil a veces, pero eso sólo lo pueden hacer ustedes, ustedes tienen que liderar este..., ustedes tienen que explicar. Porque en definitiva el esfuerzo final es el del usuario, él es el que nos va a

aprobar o no nos va a aprobar.

Pero las cosas han cambiado, ¿verdad? Cuarenta años atrás nadie moría en una UTI, porque no había UTI ni UCI, ¿no es así? Todos morían en camas, no más. Y ahora, bueno, la tecnología avanza y el hospital público tiene que tener UTIS y UCIS. Y tenemos, además, muchas más cosas de operaciones que son ambulatorias. Y el gran desafío de tener camas, camas, camas, camas, a lo mejor ahora es un poco distinto. ¿Y cómo nos adaptamos a eso?

El gran desafío de construir más y más escuelas, nos sobran escuelas en San Miguel, nos faltan escuelas en La Florida. San Miguel tiene una pirámide poblacional de gente de mayor edad, La Florida sectores de nuevos sectores. Bueno, cómo nos adaptamos a eso.

Entonces, en eso consiste este tema. Y hoy día sabemos, entonces, verdad, que en cualquier sistema de salud adecuado la salud primaria es fundamental, y mientras mayor resultividad tengamos en salud primaria, entonces más descongestionamos el hospital. Pero eso significa tener especialistas en salud primaria y tener una concepción distinta. En Inglaterra ¿qué porcentaje del presupuesto va a salud primaria? Me dicen que el 50%. Y no vamos a decir que, ustedes deben recibir todavía muchos pacientes, ustedes, verdad, en Francia e Inglaterra, con la teoría de que el que no se pueda atender en Inglaterra, tiene derecho a atenderse en el continente ahora. Lo pagan, claro, los ingleses.

Esos son los desafíos que tenemos, y frente a eso, entonces, yo les quiero decir a ustedes, aquí tenemos un tremendo esfuerzo, y por eso me parece tan importante esta reunión que ustedes han tenido. Y decir también los elementos positivos, porque cuando el 21 de mayo señalamos las tres patologías que íbamos de una manera piloto incluir en el Auge, y la forma en que ustedes han sido capaces de implementarlo, y cómo aquellas tres patologías se ha dado pleno cumplimiento, es un elemento para estar contentos y orgullosos de lo que hemos podido hacer, pero en donde creo que tenemos todavía tanto que hacer y en donde el año próximo vamos a seguir con otros elementos por la vía piloto, como lo dijo el ministro.

En suma. Ustedes tienen al frente un gobierno que está profundamente comprometido con la reforma en la salud; segundo, hemos hecho un tremendo esfuerzo por enviar simultáneamente a tramitación legislativa 5 proyectos que dan cuenta de los distintos ámbitos que hay que abordar, y que tienen que se abordados simultáneamente. Nunca en la historia de la salud pública en Chile se había hecho un esfuerzo legislativo de esta envergadura; tercero, estamos conscientes que esto implica un tremendo esfuerzo financiero, y esa es la razón por la cual la comisión de salud está trabajando y toda la parte financiera y de gestión la está trabajando conjuntamente salud con la comisión de Hacienda; cuarto, yo espero que esto quede despachado este año de la Cámara de Diputados y en los primeros 6 meses del próximo por el Senado, y tener la nueva legislación aprobada.

Y después viene la parte compleja, difícil, que es la que cae en ustedes. Y aquí yo les diría que hay un país que confía que lo vamos a sacar esto adelante, que tenemos el tremendo respaldo ciudadano, que hoy tenemos en parte porque hemos tomado éste como uno de los temas centrales, porque la ciudadanía percibe que éste es un tema muy

importante.

¿Y por qué no decirlo también?, porque Chile tiene una tradición en este campo. Todos nos hemos educado con un cierto orgullo de lo que Chile ha hecho en materia de salud pública a lo largo del siglo XX, todos nos hemos educado con un cierto orgullo que los nuestros, en el ámbito de salud pública, han sido pioneros, y pienso que si este proyecto en el cual estamos embarcados lo sacamos adelante, va a ser la primera gran reforma de salud del siglo XXI en que vamos a ser capaz de poner al día lo que otros hicieron ayer con el Servicio Nacional de Salud, y que nosotros vamos a hacer de una manera distinta, que es la puesta al día inevitable de un mundo que cambia tanto.

Por eso, yo creo que a ustedes como generación les toca el tremendo desafío de aprobar y poner en marcha y explicar un cambio que es muy radical en el sistema de salud en Chile, pero que es un cambio que está dentro de la tradición de lo que Chile ha hecho. Y esa tradición es la que nos permite mirar con optimismo.

Quiero, para concluir, decirles que planteé en un momento este tema en una reunión con otros líderes en el mundo. La respuesta del Bill Clinton fue "deseó éxito, pero yo no la pude". La respuesta de algunos amigos europeos fue un poco más optimista que la de Clinton. Lo único que yo les dije al terminar fue "es que nosotros hicimos una gran reforma 50 años atrás y fue ejemplo para América Latina. No veo ninguna razón para que no la podamos hacer de nuevo 50 años después". Esa es la tarea que ustedes tienen. Muchas gracias.