

JAIME MAÑALICH MUXI: “EN CHILE, HAY QUE ESTAR PREPARADO PARA LAS CONTINGENCIAS TODOS LOS DÍAS”

Trabajó durante 14 años en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, allí fue jefe de la Unidad de Diálisis y de la Unidad Intensiva de Nefrología, y luego se desempeñó como Director Médico en la Clínica Privada Las Condes. Hizo un Magister en la Universidad McMaster de Canadá en epidemiología y economía de la salud, y fue convocado por el ex presidente de Chile Sebastián Piñera, para el cargo de Ministro de Salud (2010-2014).

Jaime Mañalich Muxi, director del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián, de Chile, y ex ministro de Salud durante el período 2010-2014, resaltó que lo más importante para cualquier gestión es tener preparado *un sistema o plan de contingencias todos los días*. Recordó el fuerte terremoto de 8.8 grados ocurrido el 27 de febrero de 2010, que duró unos 3 minutos y terminó impactando en el sistema sanitario chileno.

Chile cuenta con una población que en un 80% se atiende en los hospitales públicos, y ese día 12 hospitales de las zonas afectadas fueron destruidos completamente por el terremoto. El ex ministro recordó aquella emergencia en una entrevista previa a su exposición sobre “*Los aspectos de la gestión en el sistema de salud de Chile*”, que dio en ocasión del segundo ciclo de conferencias de la Escuela de Verano organizado por la Universidad ISALUD.

—¿Cuánto los condiciona estar expuestos en una región así?

—No hay reporte en la historia de una catástrofe natural que haya im-

pactado tanto en la infraestructura hospitalaria, ni en Chernóbil, ni en Fukushima, ni Katrina sucedió algo comparable a lo de Chile. Dada nuestra experiencia, en mi opinión lo más importante para cualquier gestión es tener preparado *un sistema para las contingencias todos los días*, un sistema de simulación de escenarios para saber qué hacer frente al desborde de un río o un incendio forestal, por ejemplo.

—¿Saber cómo actuar es clave para el manejo de la crisis?

—Nosotros cuando asumimos (el gobierno de Sebastián Piñera) teníamos una idea de programa que tuvo que transformarse muy rápidamente cuando se produjo lo del terremoto, que afectó la red pública de salud. El sistema público tiene aproximadamente 26.000 camas y perdimos más de 4000. En una región completa donde viven un millón de personas se cayeron todos los hospitales, Maule, Biobío, que es la ciudad de Concepción, en esas ciudades el efecto sobre la infraestructura hospitalaria fue tremendo.



“Hay diseñado un presupuesto para catástrofes porque efectivamente cada cierto tiempo se produce un hecho grave que daña la infraestructura pero que implica también un exceso y para eso contamos con un departamento en salud que funciona en red. El Ministerio es amo y señor de toda la estructura hospitalaria, a diferencia de Argentina, y puede tomar todas las decisiones que quiera. Aspecto que en un sistema federal como el de ustedes es más difícil”.

–¿Recibieron cooperación internacional?

–Sí, y muy generosa, que nos ayudó a montar hospitales de campaña dando una respuesta rápida a las primeras víctimas. Recién después de un año, año y medio, pudimos agregar más enfermedades, empezamos un plan de nuevos hospitales que implicaban 59 centros de salud, y la implementación de 69 centros de salud de atención primaria que es el eje del sistema de salud chileno.

–¿Cuál es la situación hospitalaria hoy de Chile?

–Tenemos 80 hospitales públicos y el 80% de la población se atiende allí, que a diferencia de otros países de la región, son administrados directamente por el Ministerio de Salud. Todos los públicos del país de norte a sur, 12 hospitales fueron completamente destruidos, se vinieron abajo. No importa el plan maestro que se haya hecho, no sirve, porque en salud la contingencia se lo lleva por delante todo, el desborde de un río, el terremoto, se lo llevan a uno por delante, y en mi opinión en el mundo real lo más importante para cualquier ges-

ción es tener preparado un sistema para las contingencias todos los días.

–¿Y cómo se organizaban ustedes?

–Los lunes hacíamos una reunión de emergencias, y la primera pregunta que nos hacíamos era cuál es la contingencia que nos convocaba, a la que debíamos prestarle atención y no teníamos presupuestado. Sea una huelga, una operación incorrecta en un hospital, uno debe tener un sistema de simulación de escenarios para saber qué hacer ante cada situación. Si una autoridad de salud no tiene un ojo puesto todos los días en la contingencia, una red de información que le permita saber qué pasa y se prevenga, ese conflicto se pierde.

–¿Cómo se encontraba el sistema de salud, al margen de la contingencia que vivieron?

–El periodo que me tocó gestionar estuvo muy marcada por la reforma de salud llevada adelante por el ex presidente Ricardo Lagos, en 2005, que garantiza el acceso universal a la salud, y da cobertura al tratamiento de unas 80 enfermedades. Esa reforma tuvo un pequeño defecto,

si se quiere, que puso énfasis en la enfermedad y hubo poca inversión, gestión y reflexión en los sistemas adecuados para tratar esas enfermedades y eso, sobre todo, a nivel de la salud primaria. O sea fue una reforma muy orientada al tratamiento hospitalario, más que a la prevención y educación, y sobre todo al control de la enfermedad crónica que es prevalente en nuestros países, a nivel de la salud primaria.

–¿Y qué objetivos se trazaron?

–Nosotros asumimos con la intención de hacer madurar esa reforma, cubrir más enfermedades dentro del listado, y hacer una profunda reforma al sistema de prestación pública. En ese contexto, avanzamos en algunos otras políticas y las dos más relevantes fueron la ley de tabaco que nos puso en sintonía con Argentina y Uruguay. Chile es el país con el índice más alto de consumo de tabaco en las mujeres, en el mundo, y se ubica entre segundo y tercero en los hombres. Por eso es una ley que ha sido bien acogida por la ciudadanía. Y la otra ley de la que estamos muy orgullosos es la que permitió extender el post-natal de Chile,

el permiso de trabajo remunerado para la mujer que trabaja y que quiere ser madre, de 3 a 6 meses, lo que significa una protección enorme para los niños y que ha sido muy valorada.

—¿Está desbordado el sistema?

—Yo diría que sí y esos desbordes se expresan en dos líneas, la lista de espera para recibir una prestación o atención garantizada por ley en el AUGE, y el otro tema es el desborde de la salud primaria, que se manifiesta con un exceso de demanda en los servicios de urgencias, por patologías que en realidad rara vez se hospitalizan, y que si existiera una medicina primaria más eficiente no deberían llegar al servicio de urgencias. El presupuesto del Ministerio de Salud durante el Gobierno de Piñera subió de 6.500 millones de dólares a 6.5 billones de dólares a 10.5, un aumento del 40% y muy sustantivo con un foco puesto en resolver en resolver las listas de espera, construir infraestructura y en fortalecer la salud primaria.

—¿Cuál es la situación respecto al acceso a los medicamentos?

—Los medicamentos son el gran problema de la salud pública chilena, los seguros de salud público privados prácticamente no tienen beneficios farmacéuticos o financiamiento lo que significa que Chile dentro de la OCDE es uno de los países con más gastos de bolsillo en medicamentos, y eso significa que la gente o se arruina o no puede cumplir con el tratamiento porque no le alcanza. La gran reforma inmediata que tenemos que asumir es una reforma del acceso a los medicamentos.

—¿Cómo observan el movimiento migratorio que ingresa a Chile?

—El problema que tuvimos es que en los últimos tiempos ingresó una inmigración no calificada a Chile del exterior, en especial de Ecuador

Venezuela Cuba, Perú y no hay un marco legislativo salvo algo muy pequeño de cobertura sanitaria para los extranjeros. Al año ingresan al país cerca de 80 a 100 mil personas, es serio el problema y complicado porque demoran en llegar a los servicios de salud y al estar indocumentados, temen ser detectados.

“La importancia de poder contar en el ámbito de la salud con instituciones como ISALUD, dedicadas a meditar, reflexionar e investigar sobre políticas públicas, que aportan evidencias en discusiones que “a veces salen muy del corazón” y no permiten hacer una buena lectura de la situación. Las buenas ideas por no estar bien orientadas, nos privan de sacar buenas leyes y que los recursos lleguen a quienes más lo necesitan. Y así nos chocamos con resultados contrarios a los prometidos”.

—A pesar de que hay una ley muy clara que dice que no se debe denunciar en situaciones de salud.

—Pero lo más dramático es la mujer inmigrante embarazada, que por ley no importa que sea inmigrante o indocumentada, está protegida por el sistema sanitario. No se acercan a los controles de embarazo y llegan al trabajo de parto a último momento o con alguna complicación. Y eso es un problema porque significa que no hubo detección de alguna enfermedad, inmunización previa, el niño nace con bajo peso. Está muy obesa pero con un cuadro de hipertensión.

—¿Cuál es el desafío que tiene por delante el sistema?

—Yo pienso que la inquietud en un país que envejece tan rápido como

en Chile, nosotros tenemos la tasa de natalidad más baja después de Cuba, eso lleva a un empobrecimiento muy rápido de la población y la demanda ciudadana por los servicios de salud están subiendo exponencialmente, es muy difícil responder al ritmo que la ciudadanía está demandando, hay una crisis política cuya única posibilidad de solución en lograr un compromiso de fortalecer la salud primaria a como dé lugar, que haya medicamentos, centros de salud que estén cerca de las personas, centros de hospitalización diurna para los adultos mayores, yo diría que nuestro gran desafío es el tratamiento de las enfermedades crónicas vinculadas al envejecimiento y nuestro sistema no está preparado para hacerse cargo de eso.

—¿Los recursos humanos son insuficientes?

—Actualmente sí, porque tenemos una tasa de un médico por 650 habitantes que estaba bien en el promedio pero que tiene una distribución muy mala, en las grandes ciudades hay un médico cada 300 o 400 habitantes y uno va al interior y hay un médico cada 3 mil habitantes, hay una inequidad muy difícil y carencia de especialistas, que ha significado una obligación para el Estado financiar más especialistas con costos fiscales para tratar de resolver este problema, y en las profesiones no médicas, sobre todo enfermería, el déficit es gigantesco. El estándar es que tuviéramos 3 o 4 enfermeras por cada médico y tenemos un médico cada dos enfermeras, y eso lleva a que muchas tareas están sobre medicalizadas, tareas que podrían estar entregadas a una enfermera o a una matrona como decimos en Chile las siguen haciendo los médicos lo que significa mucho costo y acentúa este déficit de especialistas sobre todo en las regiones rurales. 