

LA REFORMA DE LA SALUD EN AMERICA LATINA: ¿QUÉ CAMINO SEGUIR?

(la experiencia chilena)

*DR. REINALDO BUSTOS D.
Colegio Médico de Chile*

I ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Desarrollo histórico del sistema.

El sistema de salud - en su aspecto formal - comenzó su desarrollo a mediados de siglo XVI, como parte de las medidas de salubridad e iniciativas de atención caritativa-hospitalaria de enfermos y menesterosos.

En complemento, la dimensión informal o comunitaria del sistema de salud es la medicina o atención de salud tradicional. Está estrechamente ligada a la historia y cultura de los pueblos, y su existencia no sólo es previa al desarrollo formal del sistema de salud, sino que mantiene una vigencia actual complementaria.

El desarrollo del sistema de salud ha sido paulatino, cotidiano y multidimensional. Sin embargo, para efectos de una descripción sintética, es posible identificar cinco períodos históricos en el desarrollo del sistema (formal) de salud, aunque hay sobreposición de elementos entre ellos:

a).- Período de servicios locales de salud, 1552 - 1917

Entre 1552 y 1886 se desarrollaron hospitales y servicios sanitarios de responsabilidad de autoridades locales. Desde el siglo XVI y hasta el siglo pasado, la atención y organización formal de salud se fue estructurando en forma paulatina, a través de varias instituciones públicas y privadas, en general de carácter filantrópico o de beneficencia.

En 1886 se promulgó el Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia, que permite ordenar las organizaciones locales y los hospitales generales existentes. El año siguiente se creó la Junta Nacional de Salubridad, cuya misión era asesorar al gobierno en materias de salubridad y organizar nacionalmente los desarrollos locales. En 1892 estas funciones fueron asumidas por el Consejo de Higiene Pública.

b).- Período de maduración del desarrollo social y del sistema de salud, 1917 - 1952

Chile cuenta con una reconocida larga historia de seguridad social con subsidios focalizados en los pobres y deprivados de empleo y condiciones sociales. En el transcurso del siglo XX emergieron importantes y pioneras medidas tendientes al desarrollo y seguridad social, incluyendo aspectos de salud.

En 1917 se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud.

En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054). La Caja de Seguro Obrero fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte.

Posteriormente surgieron varias leyes sobre el trabajo. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva, pionera en su género a nivel internacional.

En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares.

El Colegio Médico de Chile se constituyó por Ley en el año 1948, destacando por su gravitación histórica en la formulación de las políticas de salud.

c).- Período del Servicio Nacional de Salud (1952 - 1973): La Primera Reforma de la Salud en Chile.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952, unificando a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, alcanzando una importante cobertura del sector asistencial del país. Sus prestaciones cubrían principalmente al sector obrero e indigentes.

Con menor cobertura se encontraban entidades previsionales y asistenciales en universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. El sector asistencial privado tenía una heterogénea y diseminada situación de desarrollo.

Desde 1964 se iniciaron reformas sociales que en salud destacaron por inversiones en centros asistenciales, formación y enrolamiento de personal y extensión de cobertura geográfica. El SNS se transformó en una empresa con 120.000 funcionarios, cuya red asistencial alcanzó una importante cobertura geográfica y poblacional.

En este período, la gestión política, económica y organizacional aplicada al sector salud tuvo una orientación predominante de planificación central.

Durante este período, la medicina estuvo estrechamente ligada al desarrollo social del país, incluyendo aspectos de liderazgo social y político. Al final del período, se encontraban médicos en la Presidencia de la República, el parlamento, municipalidades y otras relevantes entidades públicas.

d).- Período del Gobierno Militar y reformas neoliberales (1973 - 1990): La Segunda Reforma de la Salud en Chile.

Las reformas del sistema global de salud, ocurridas en este lapso, reflejaron las políticas generales económicas y sociales del gobierno militar, destacando las reformas neoliberales que cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron al sector privado.

Entre 1973 y 1980 hubo una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al SNS, conservándose la misma modalidad de organización y funcionamiento previos, pero bajo régimen autoritario.

A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud. Se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979)

La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada ley de salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público.

Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades.

e).- Período de gobiernos de la Concertación, 1990 en adelante.

Desde 1990, los gobiernos de la Concertación han asumido una responsabilidad gubernamental que ha consistido principalmente en la administración del sistema de salud heredado. Se debe reconocer que se ha realizado un notorio incremento de inversiones apoyadas en préstamos internacionales y se han estudiado las propuestas de adecuación y reforma del sector.

Las orientaciones de las reformas propuestas se basan en aspectos relevantes como:

- las políticas y planes nacionales, tanto económicas como sociales,
- la búsqueda de mejorar la gestión del sector público e incrementar el proceso de descentralización.
- la búsqueda de resolver la crisis del sector público de salud, y buscar un balance público privado en este sector mixto.
- la adaptación del sistema a las necesidades de salud de la población, y al resguardo de sus intereses de los diferentes grupos de la población al acceso al sistema.

El actual gobierno de la Concertación, sintetiza sus prioridades de acción en los criterios de equidad, participación y solidaridad.

En general, el sistema global de salud vigente mantiene básicamente las mismas características del modelo, financiamiento, organización y funcionamiento del modo en que fueron estructurados en el período militar precedente, especialmente en lo que se refiere a:

- lo estipulado al régimen de prestaciones (ley de salud),
- la configuración legal-normativa del SNSS,
- el financiamiento fiscal al sistema público
- el modo de administración municipal,

- la legislación de ISAPRE.
- la aplicación del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

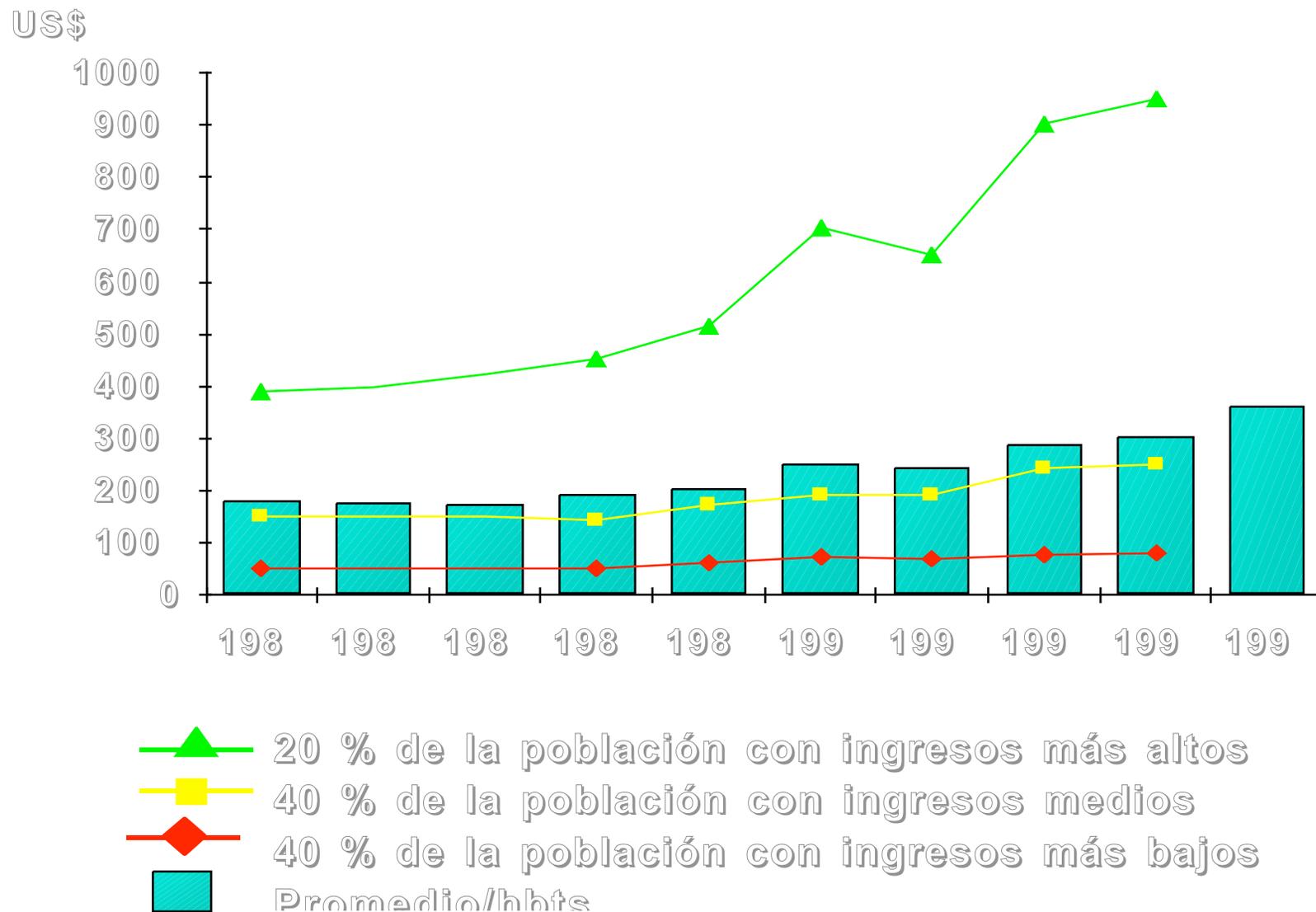
Algunos cambios parciales se han procurado con modificaciones a la Ley ISAPRE (1990) y el Estatuto de la Atención Primaria (1995).

En 1993, el Colegio Médico convocó a la comunidad nacional y sus principales actores, a un debate nacional en torno a un Proyecto de Salud para Chile. Distintas comisiones analizaron once propuestas principales. En esa etapa se consideró que el debate recién comenzaba, pero su consecución aún no se ha concretado suficientemente y el desafío aún está pendiente.

Después de 1997, ha habido otras iniciativas de envergadura semejante que culminaron con mi “Propuesta de Política de Salud para Chile”, que a nuestro juicio contiene los elementos centrales de una solución para el crítico estado sanitario de nuestra población; que conoceremos después de darles a conocer el diagnóstico actual del estado de la salud pública en Chile, después de la Segunda Reforma del Régimen Militar, bajo el sustento ideológico del neoliberalismo y el Banco Mundial.

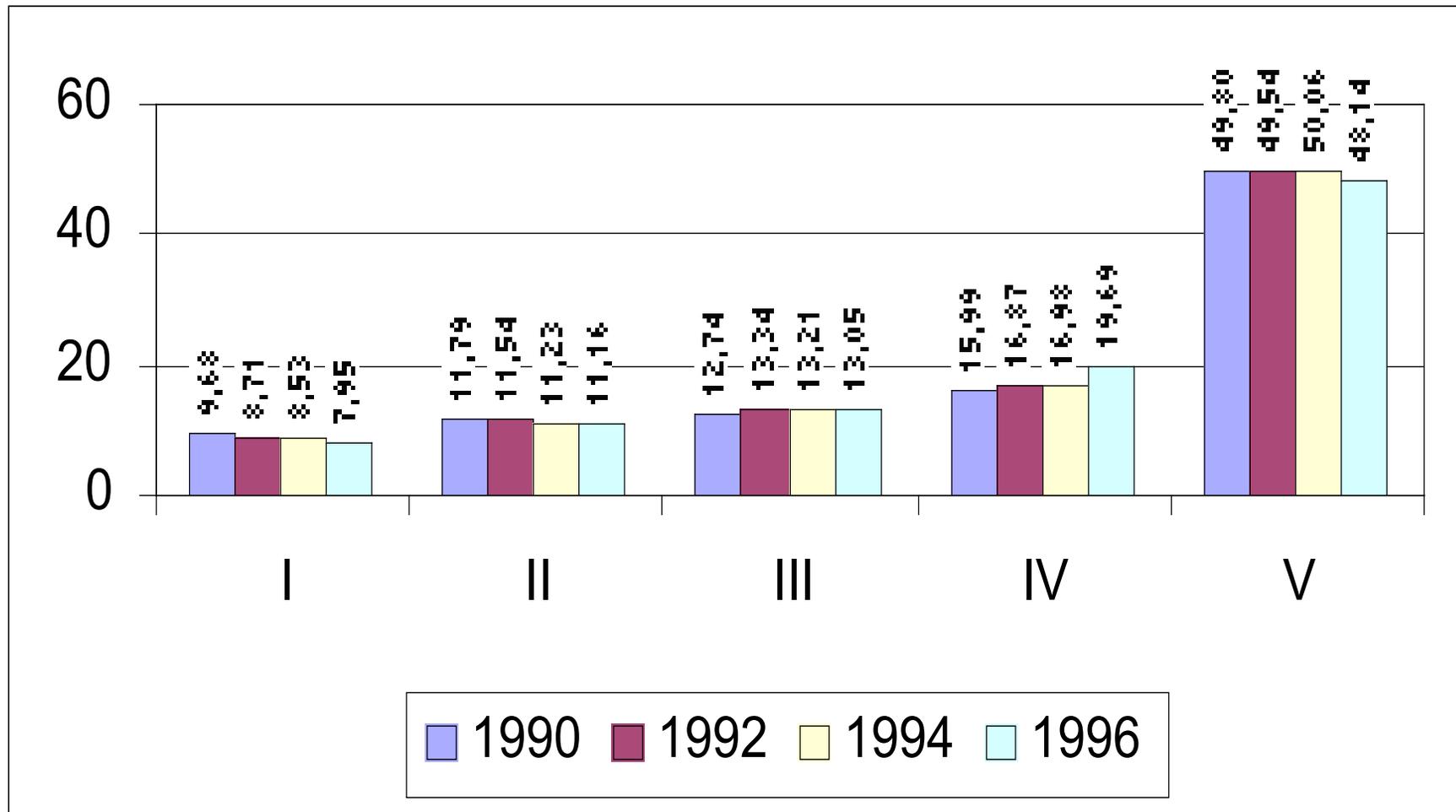
II LA SALUD EN CHILE: EL DIAGNOSTICO DE LAS INEQUIDADES.

AGRUPADO SEGUN INGRESO POR QUINTILES TENDENCIA ENTRE 1985- 1994

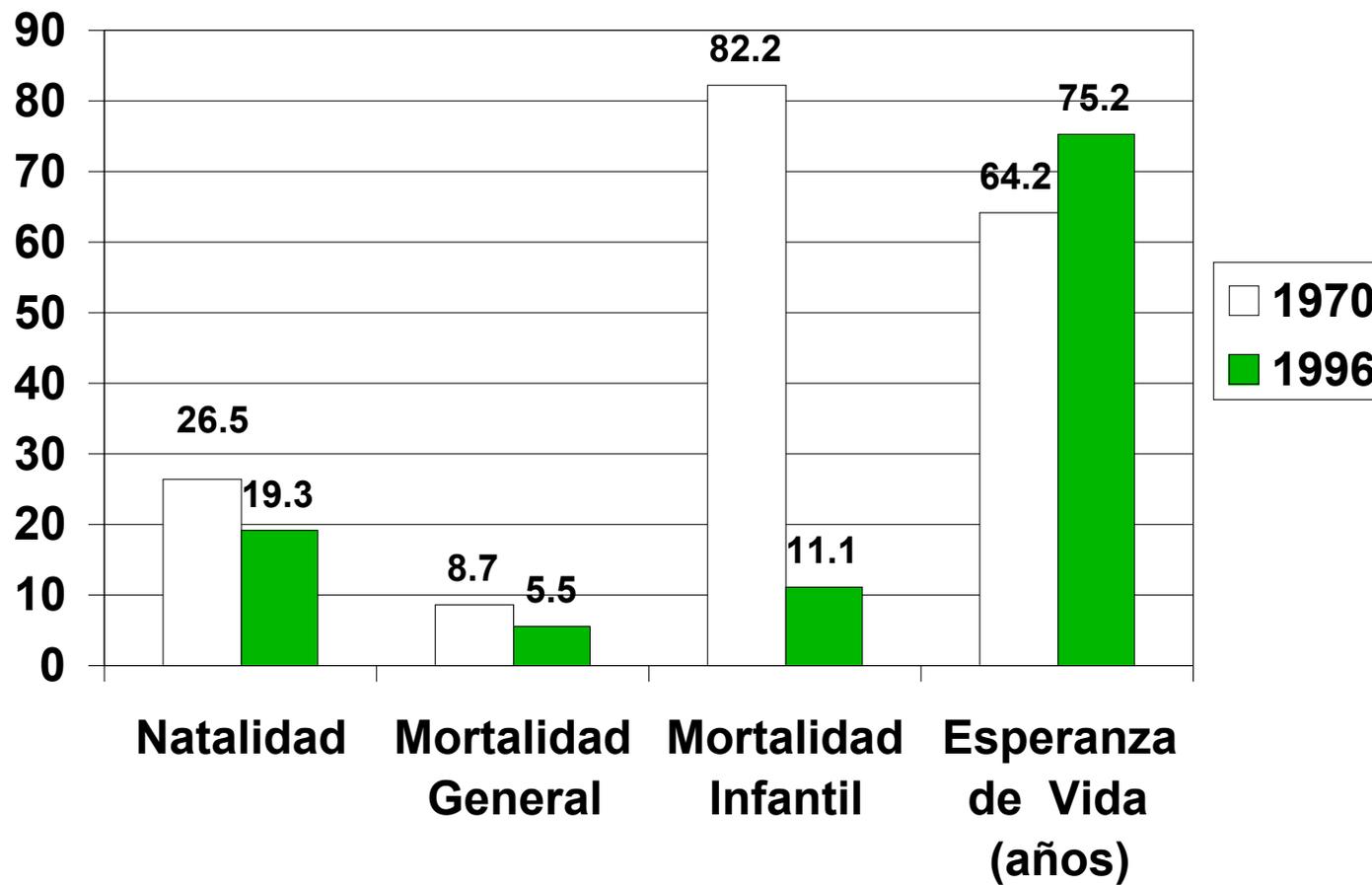


Fuente: CEPAL / BCO CENTRAL / INE

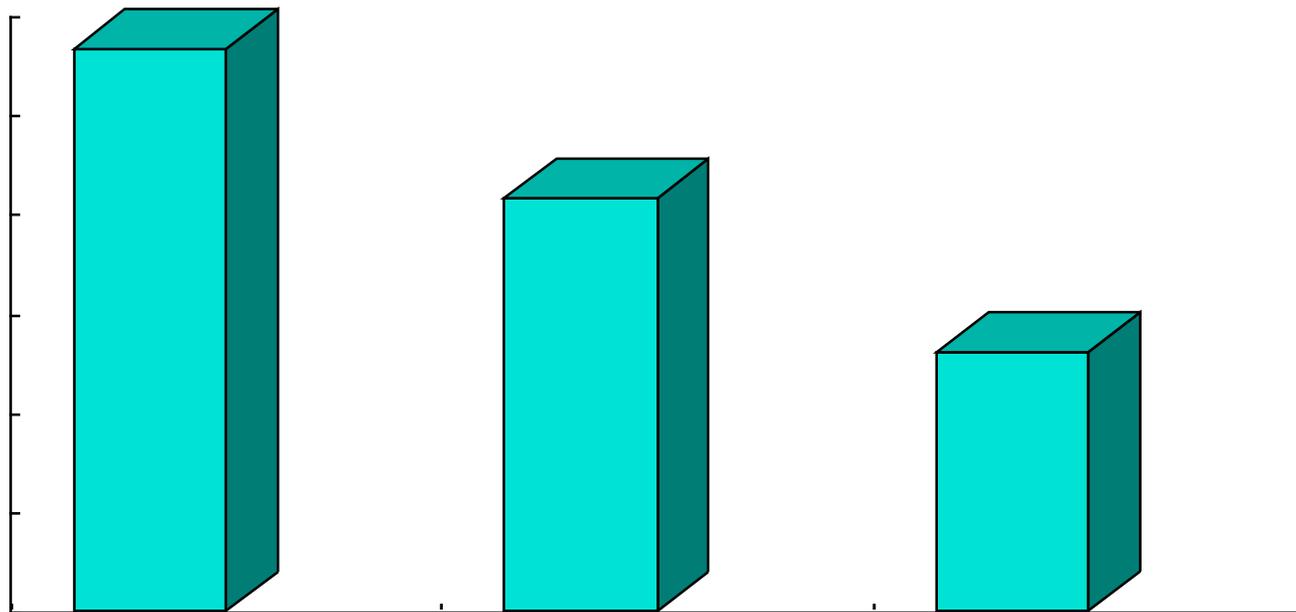
Evolución de la Distribución Porcentual de Ingreso según Quintiles. Chile 1990 - 1996



INDICADORES BIODEMOGRAFICOS 1970 - 1996



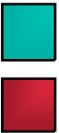
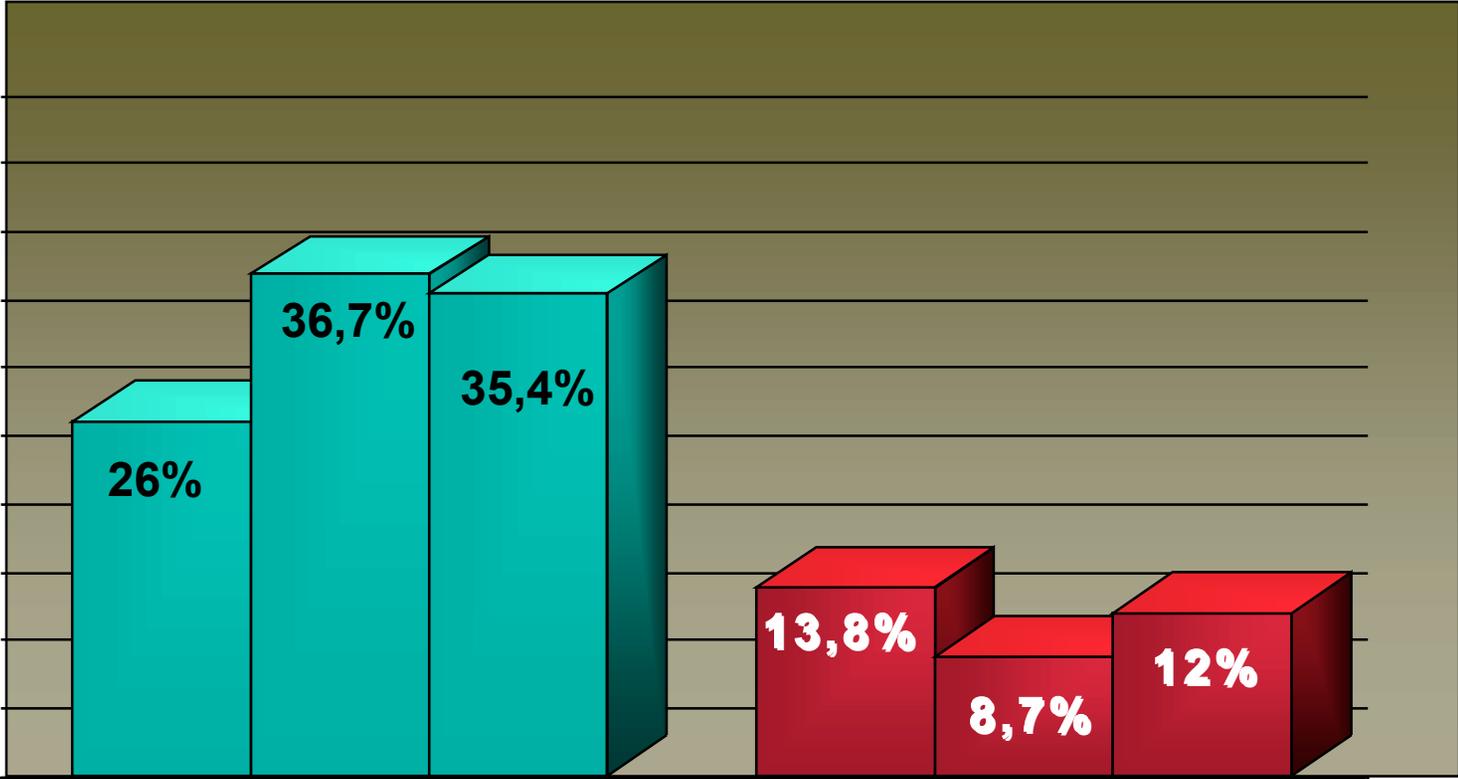
TASA DE MORBILIDAD POR TBC SEGUN SERVICIOS



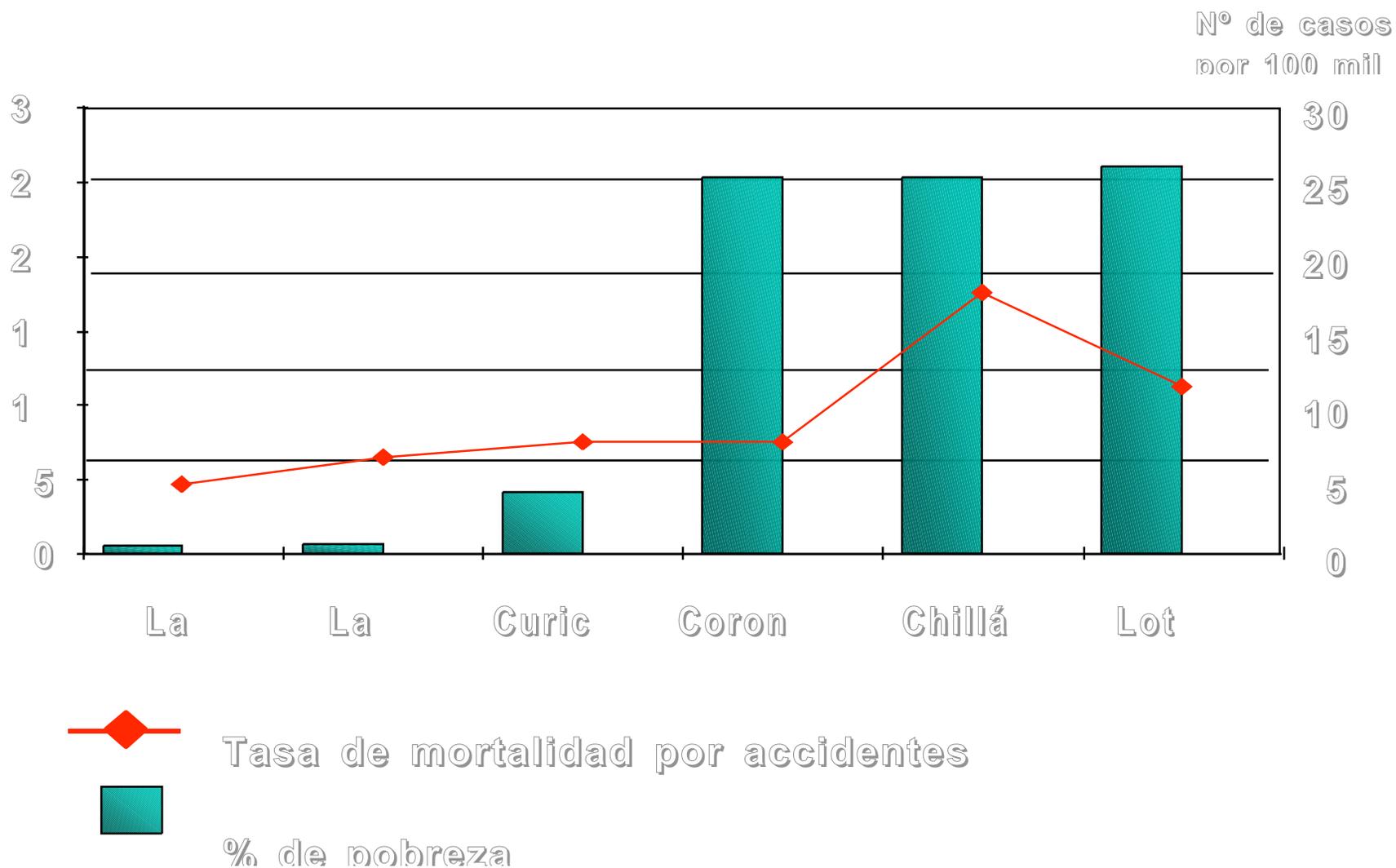
 MORBILIDAD



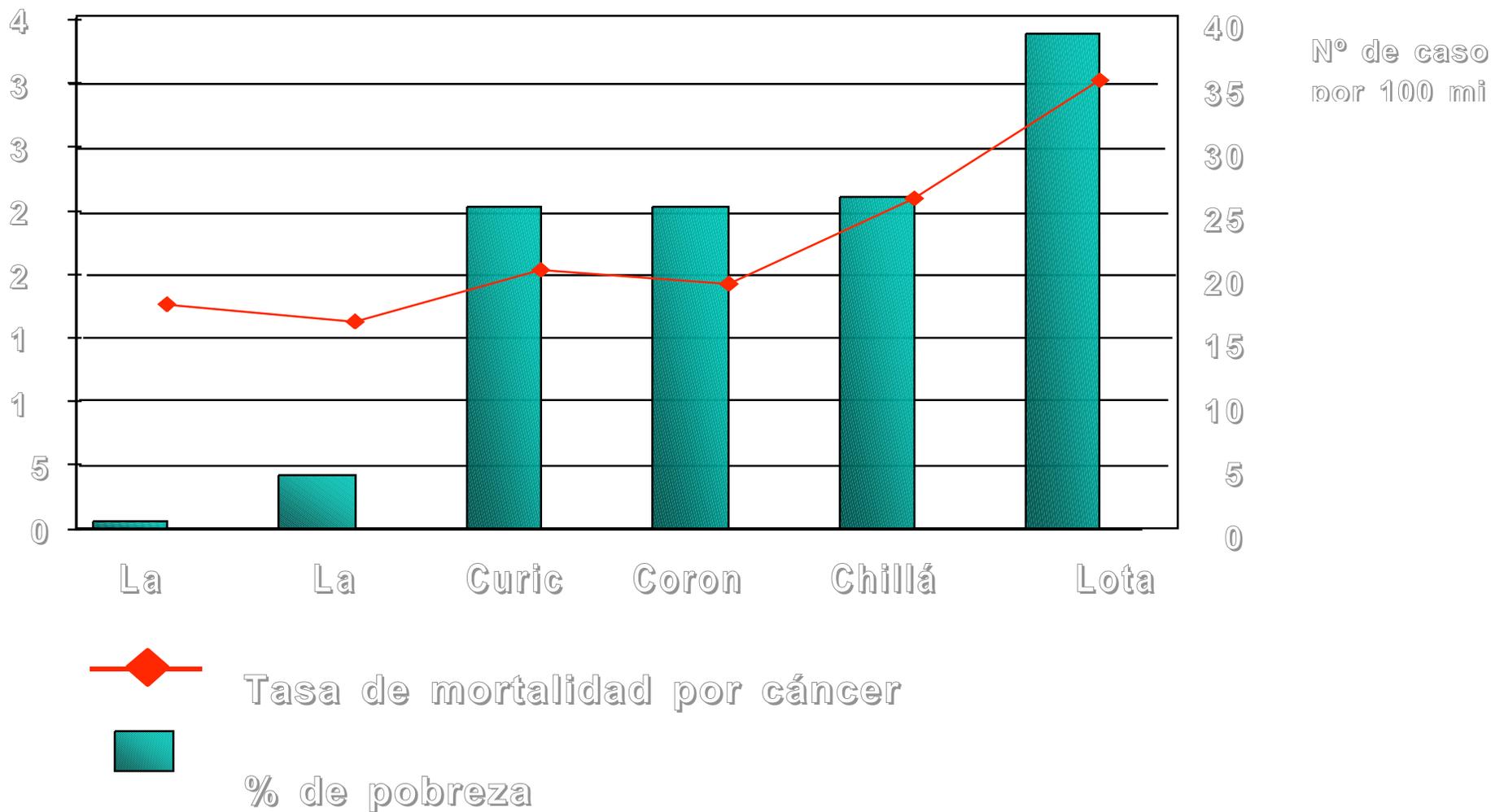
DEFICIT DE TALLA EN MENORES DE 6 AÑOS, EN ALGUNAS COMUNAS



ENTRE 45 Y 64 AÑOS EN RELACIÓN CON % DE POBREZA EN ALGUNAS COMUNAS

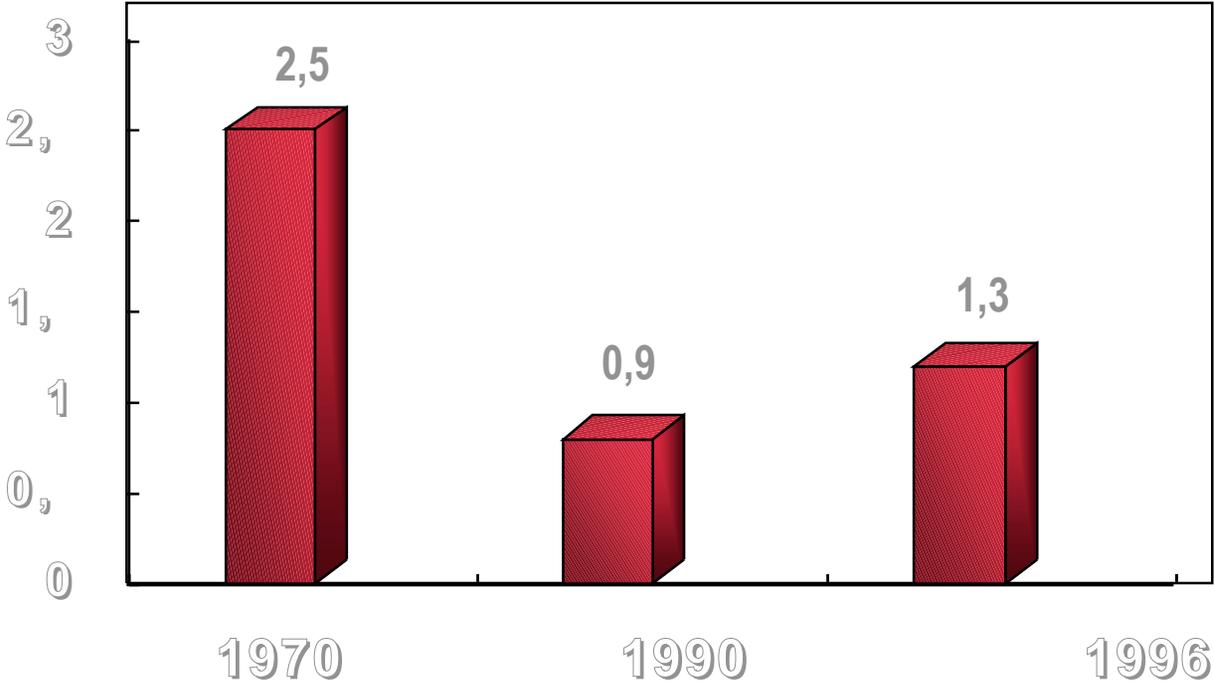


MORTALIDAD POR CANCER ENTRE 45 Y 64 ANOS EN RELACIÓN CON % DE POBREZA EN ALGUNAS COMUNAS. CHILE 1995

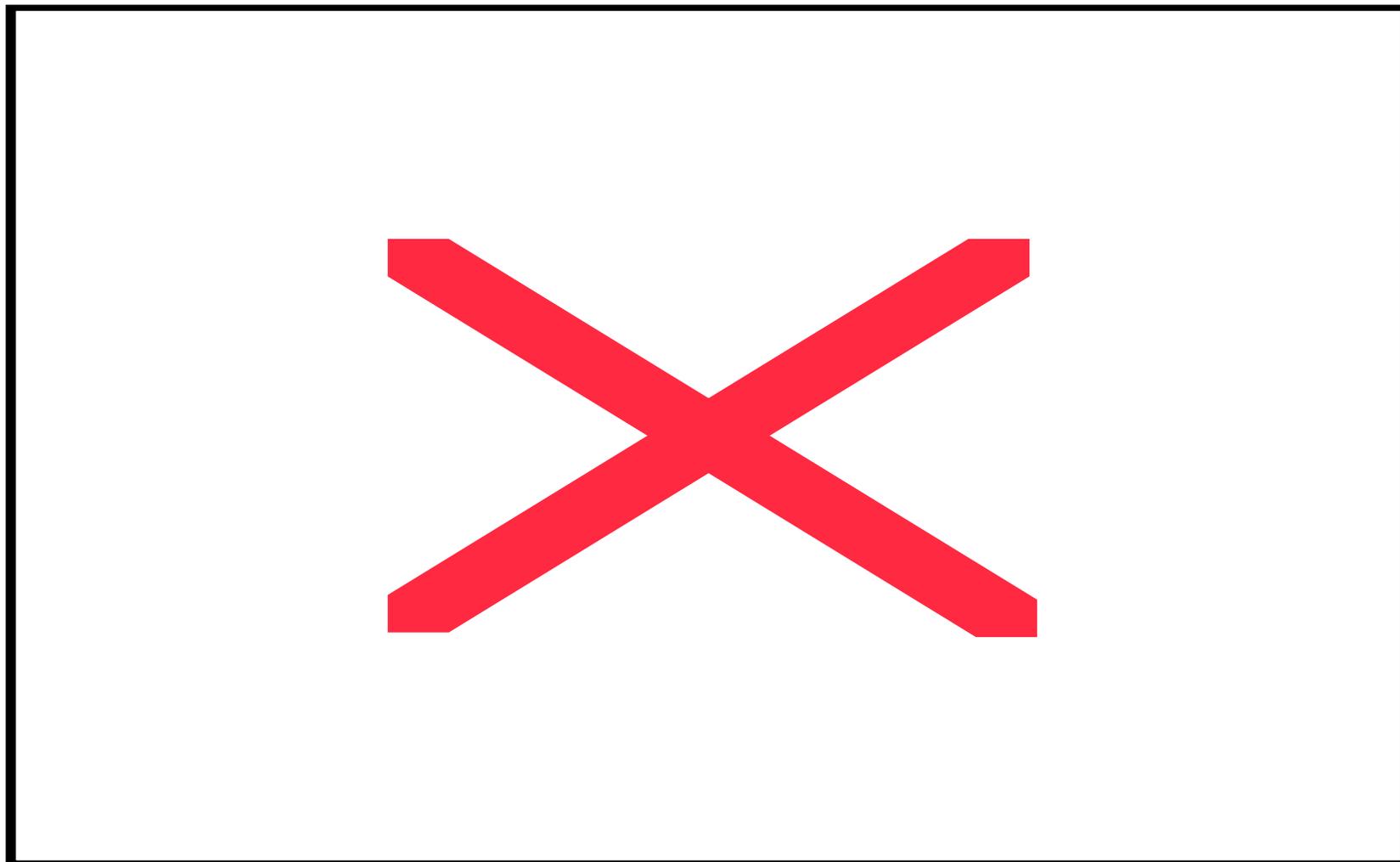




EVOLUCION DEL APORTE FISCAL AL SECTOR PUBLICO DE SALUD
COMO PORCENTAJE DEL P.I.B. CHILE 1970 - 1998
% DEL PIB



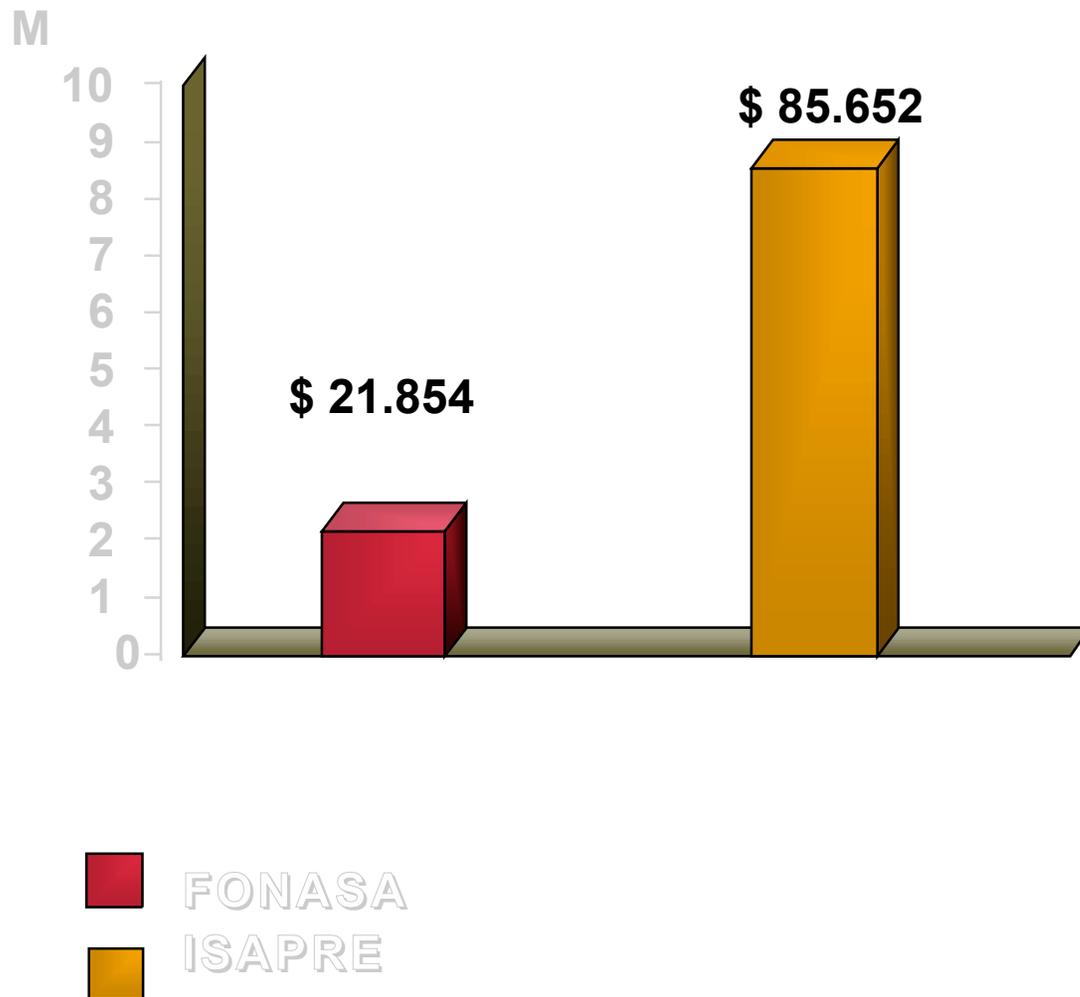
BENEFICIARIOS DEL SISTEMA PUBLICO E ISAPRE VIS, APORTE, EN COTIZACIONES_AÑO 1997



70 de afiliados del total de la población

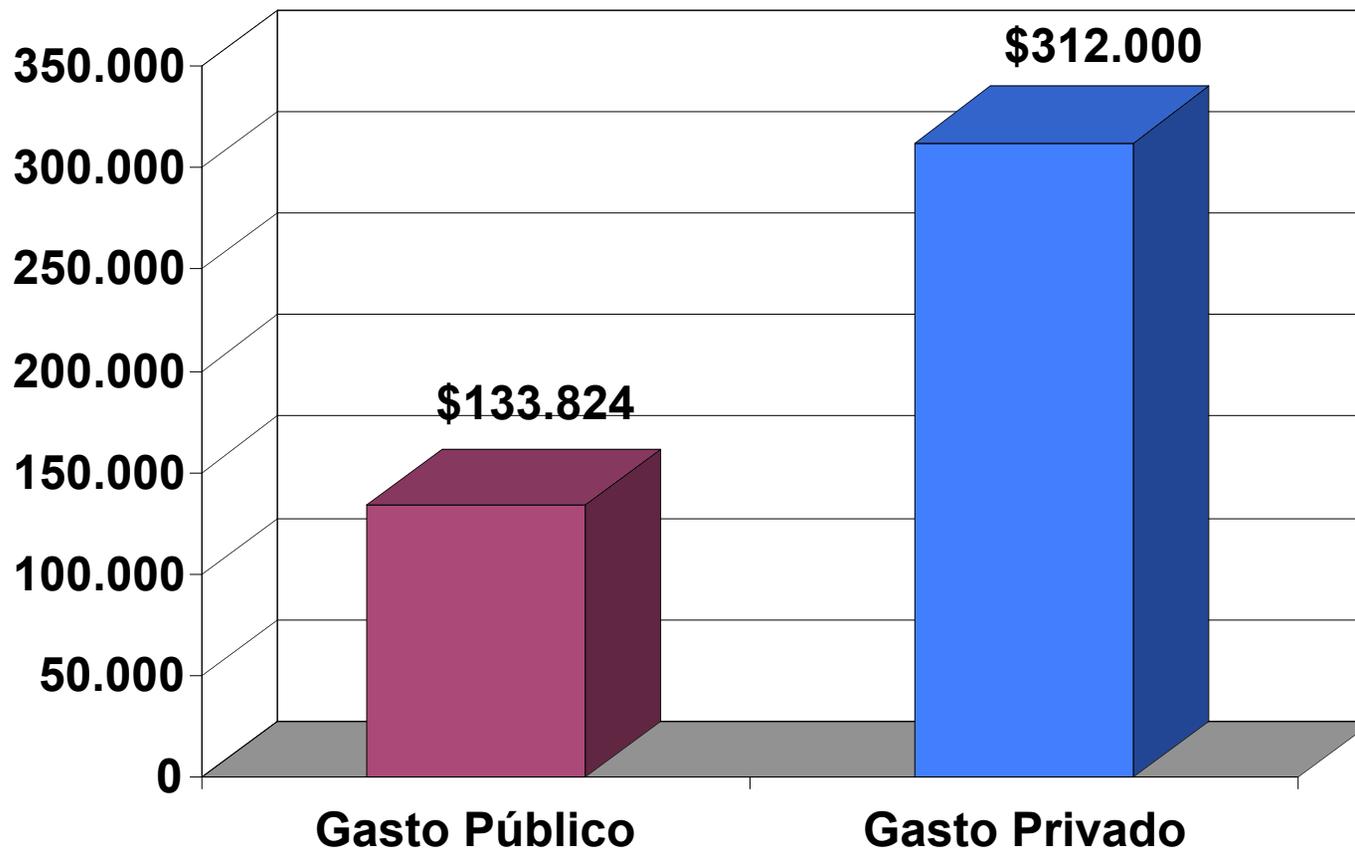
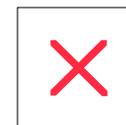
COLEGIO MEDICO DE CHILE A.C

COTIZACION ANUAL PROMEDIO POR AFILIADO A FONASA E ISAPRE

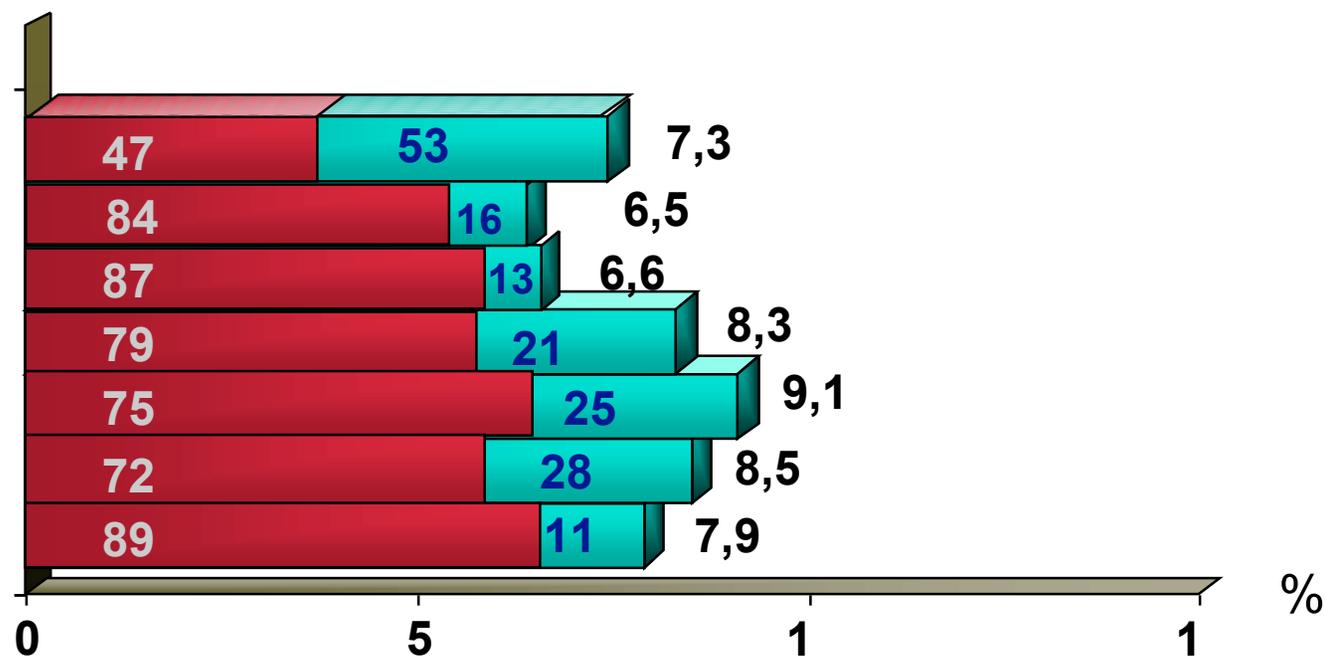


GASTO PER CAPITA EN SALUD

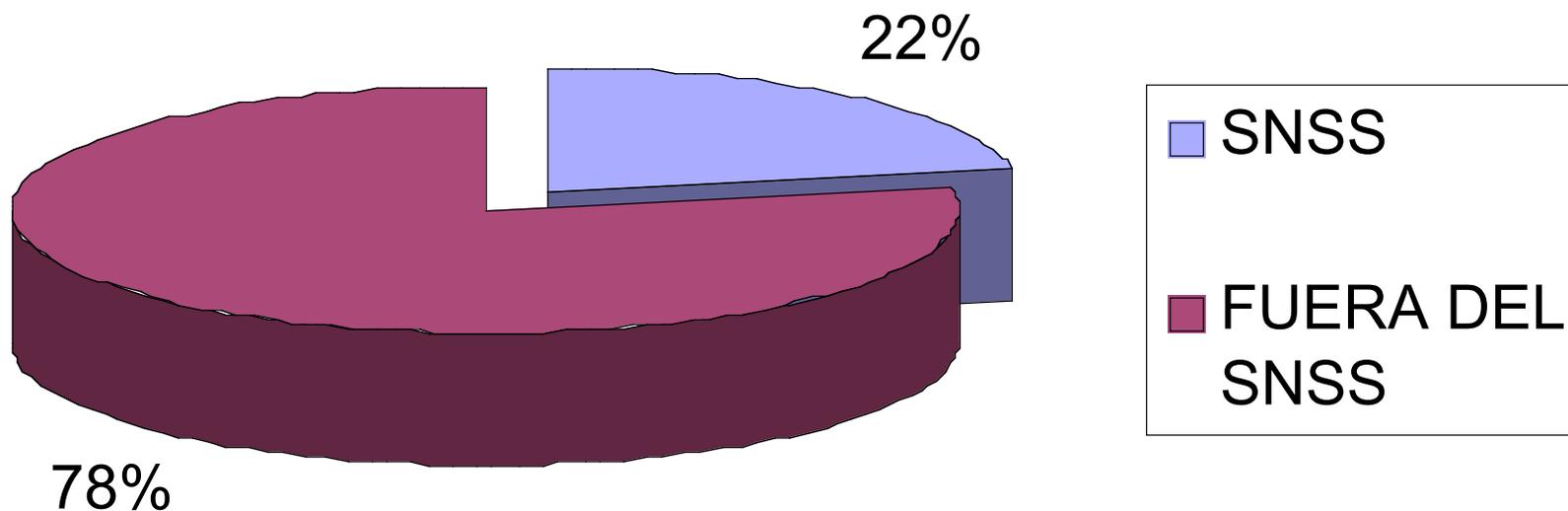
2007



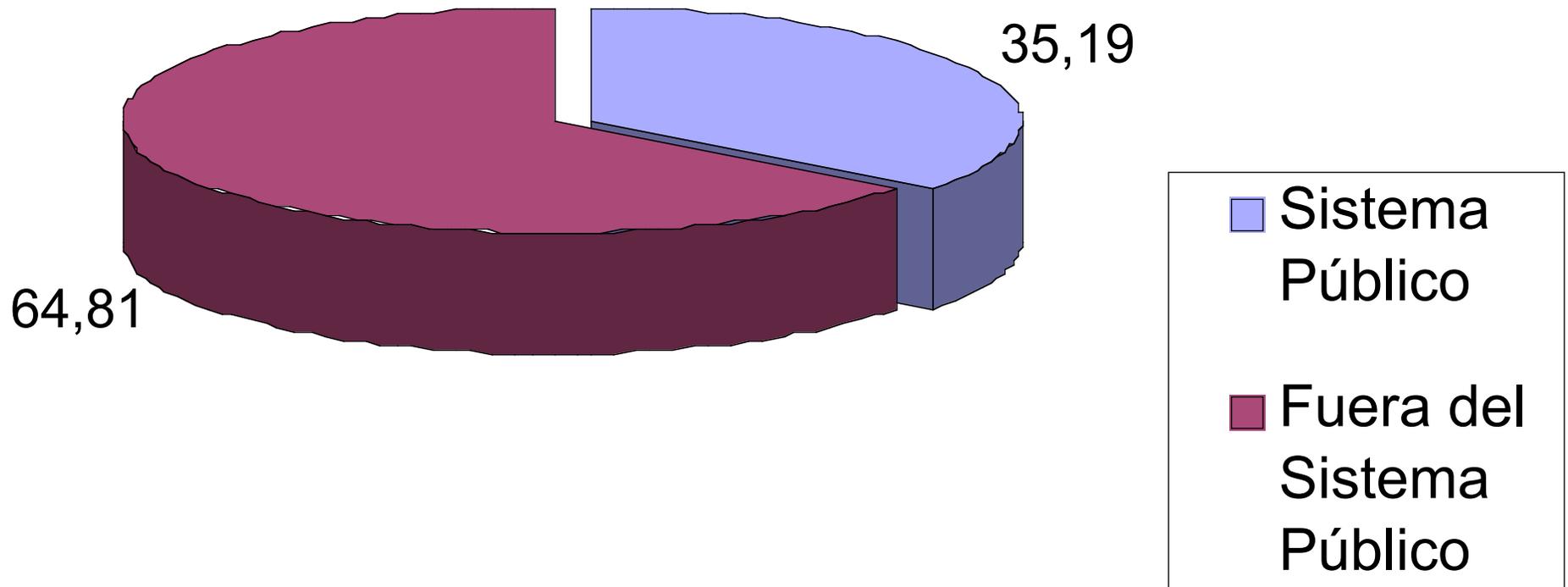
GASTO TOTAL, GASTO PUBLICO Y GASTO PRIVADO EN SALUD, EN ALGUNOS PAISES RESPECTO DEL PIB



DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS HORAS MEDICAS DE ESPECIALIDADES DERIVADAS SNSS Y FUERA DEL SNSS



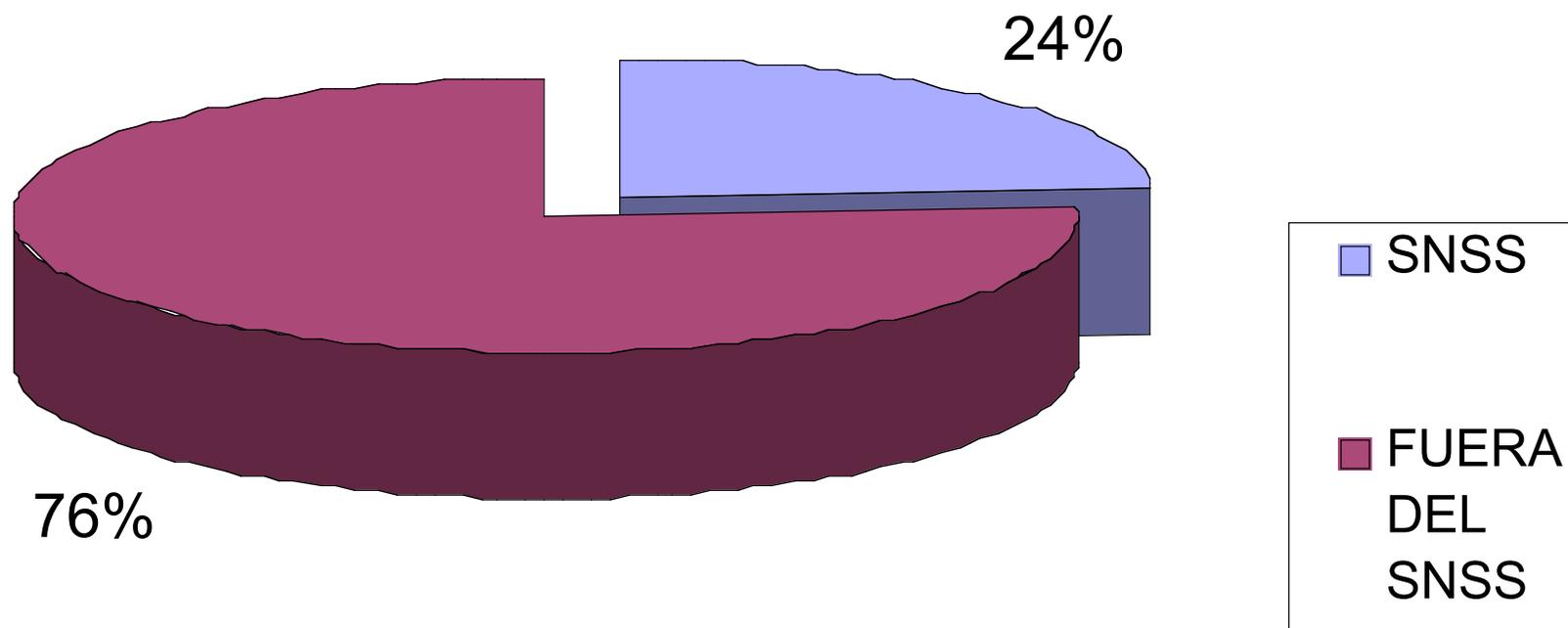
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS HORAS MEDICAS DE
ESPECIALIDADES BASICAS. SNSS Y FUERA DEL SNSS. CHILE.
FEBRERO 1998



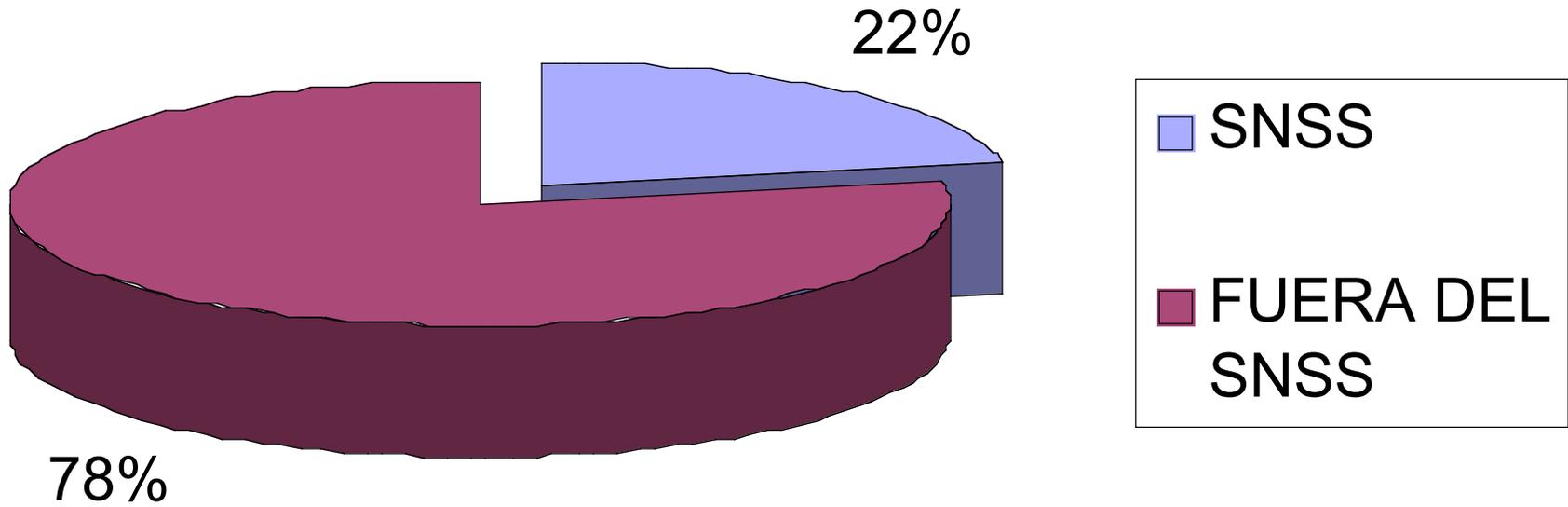
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS HORAS MEDICAS DE ESPECIALIDADES CLASICAS SNSS Y FUERA DEL SNSS.



CHILE FEBRERO 1998

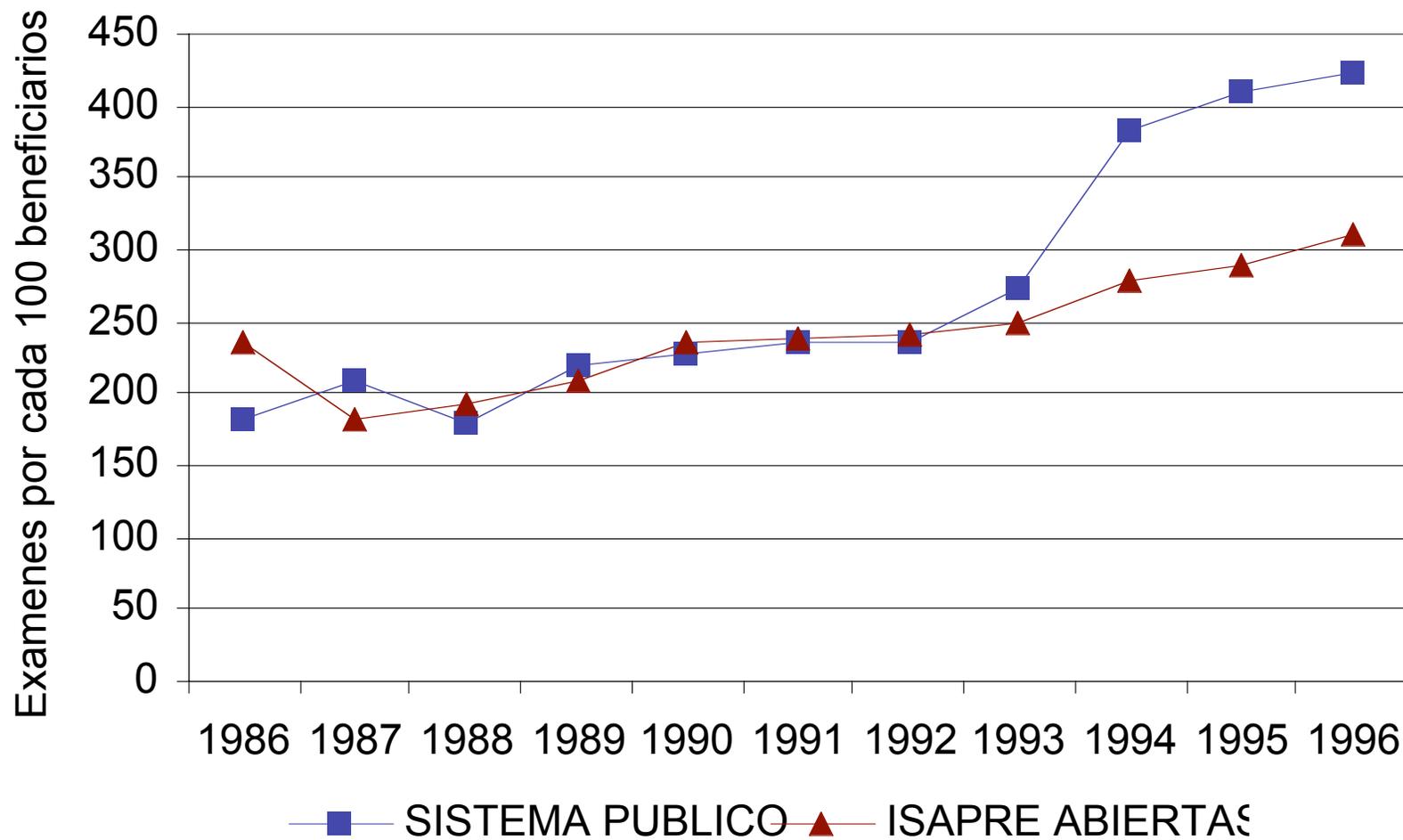


DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS HORAS MEDICAS DE ESPECIALIDADES DERIVADAS SNSS Y FUERA DEL SNSS



EXAMENES DE LABORATORIO POR 100 BENEFICIARIOS EN SISTEMA

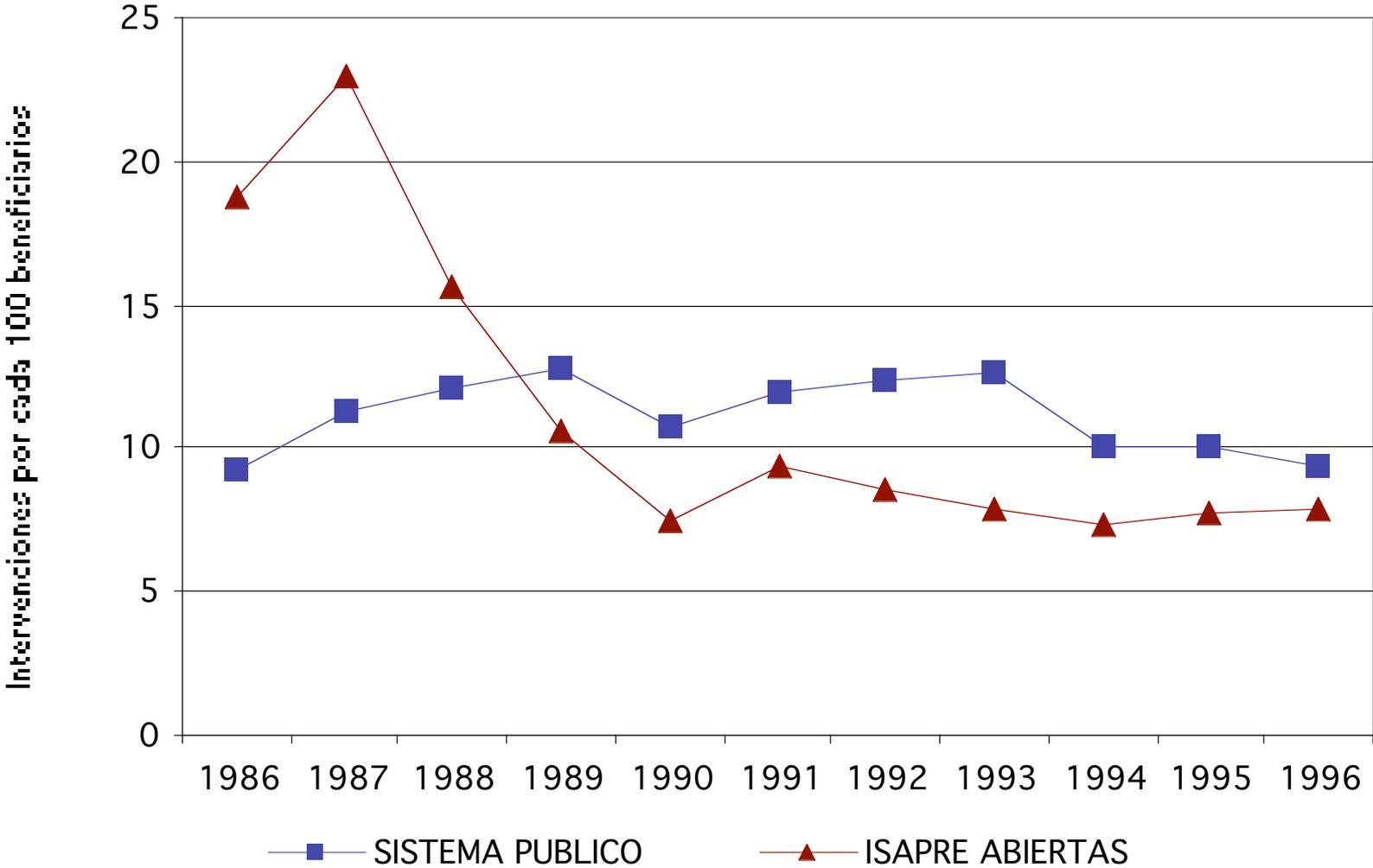
DIPIBO E ISAPRE



Fuente: MINSAI

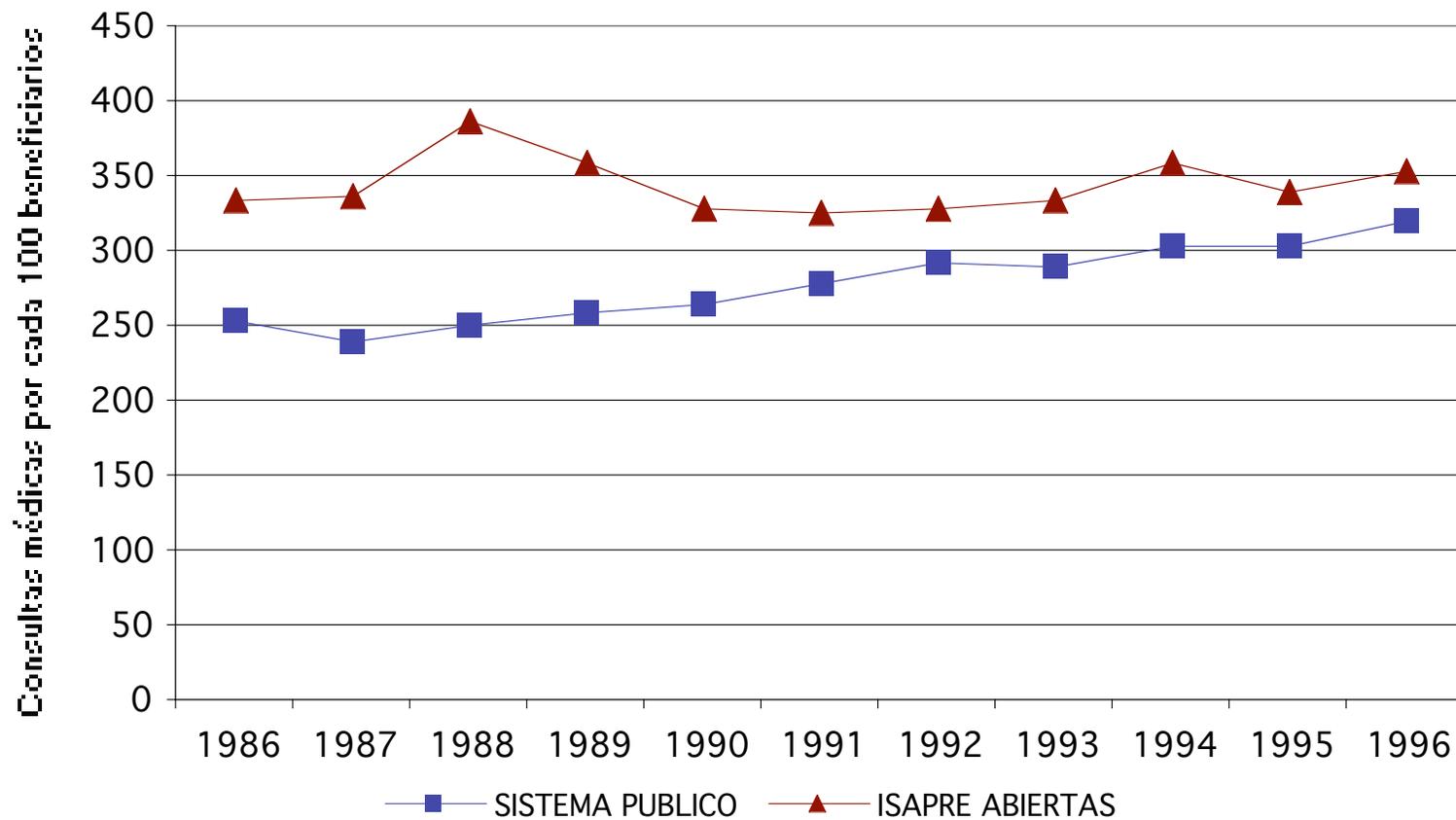
INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR 100 BENEFICIARIOS EN SISTEMA PUBLICO E ISAPRE ABIERTAS

ISAPRE ABIERTAS



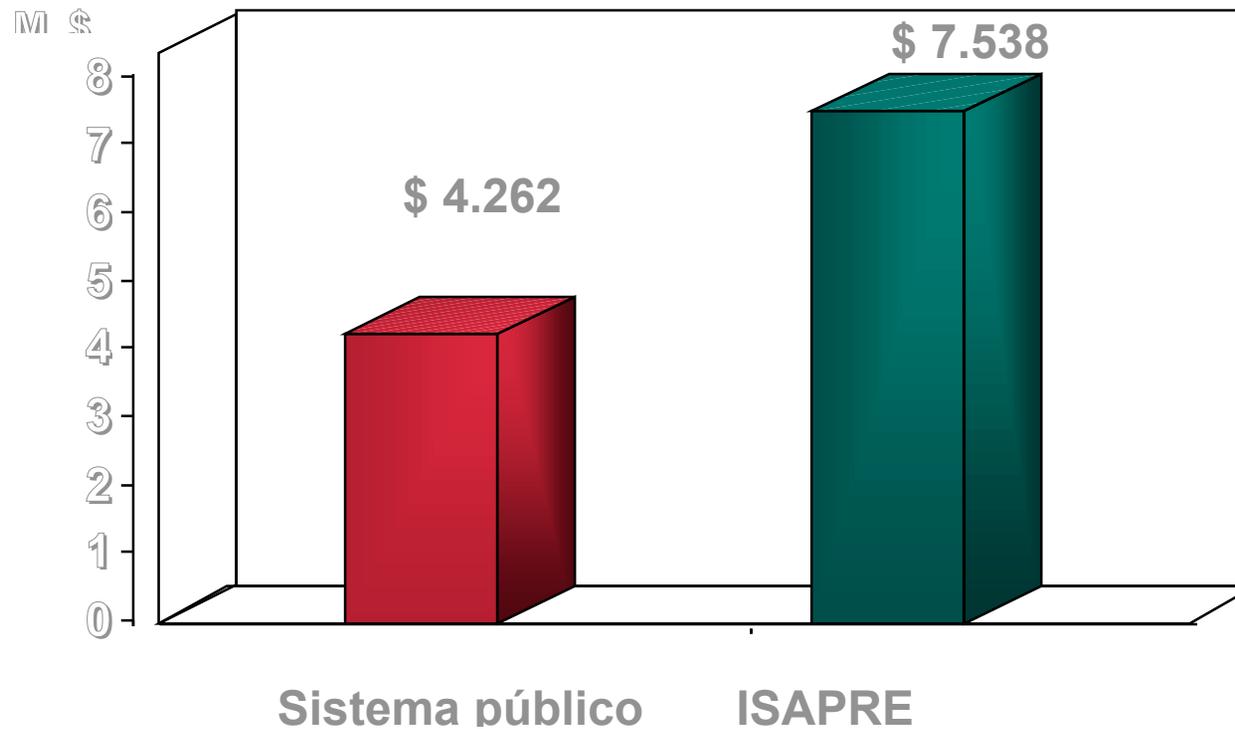
Fuente: MINSAL / INEDI

CONSULTAS MEDICAS POR 100 BENEFICIARIOS EN SISTEMA PUBLICO E ISAPRE ABIERTAS

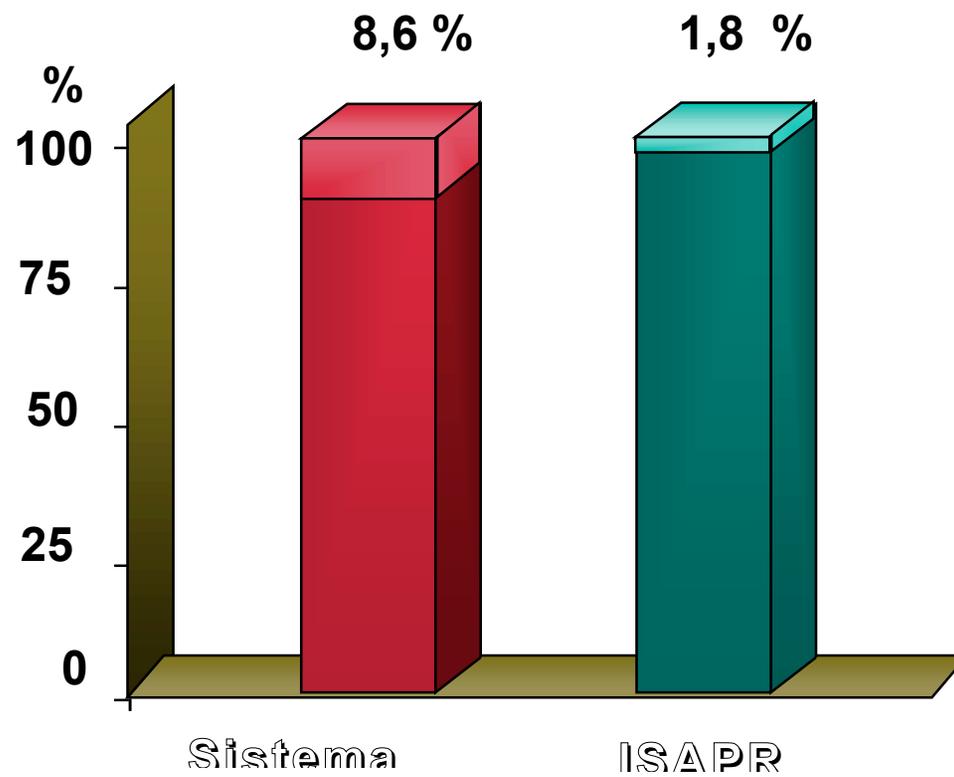


Fuente: MINSAL / INEDI

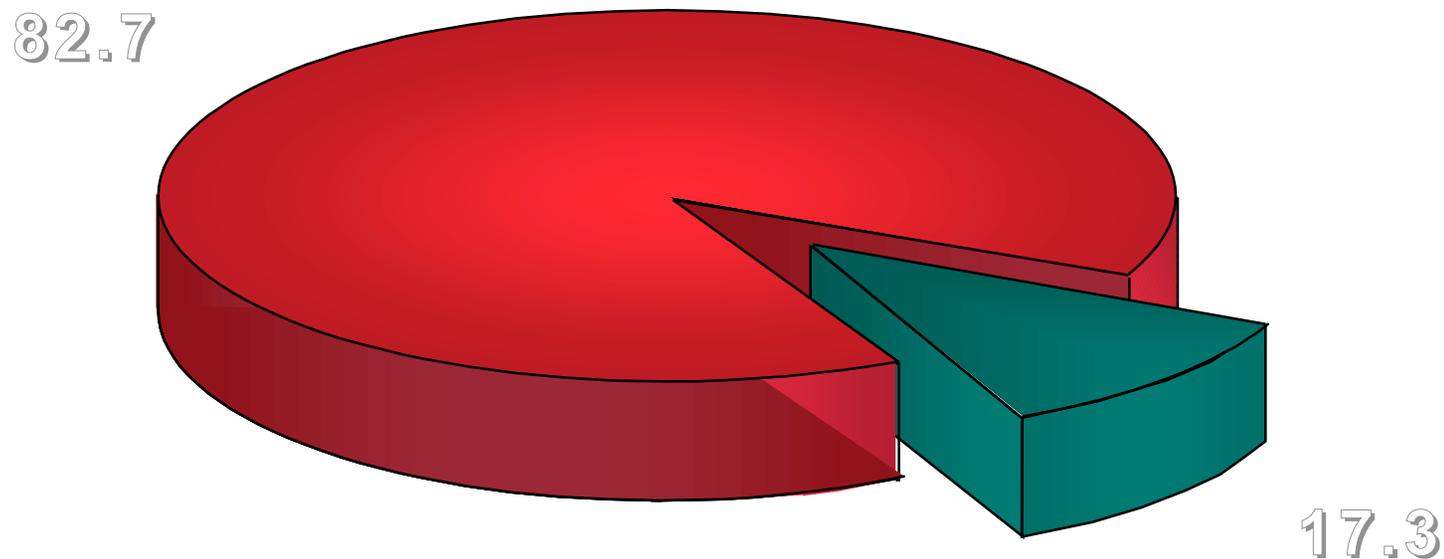
COSTO PROMEDIO DE PRESTACION EN SISTEMA PUBLICO E ISAPRE



RESPECTO DEL TOTAL DE AFILIADOS DEL SISTEMA PIRIBICO E ISAPRE



BENEFICIARIOS MAYORES DE 65 ANOS SEGUN REGIMEN PREVISIONAL CHILE 1997

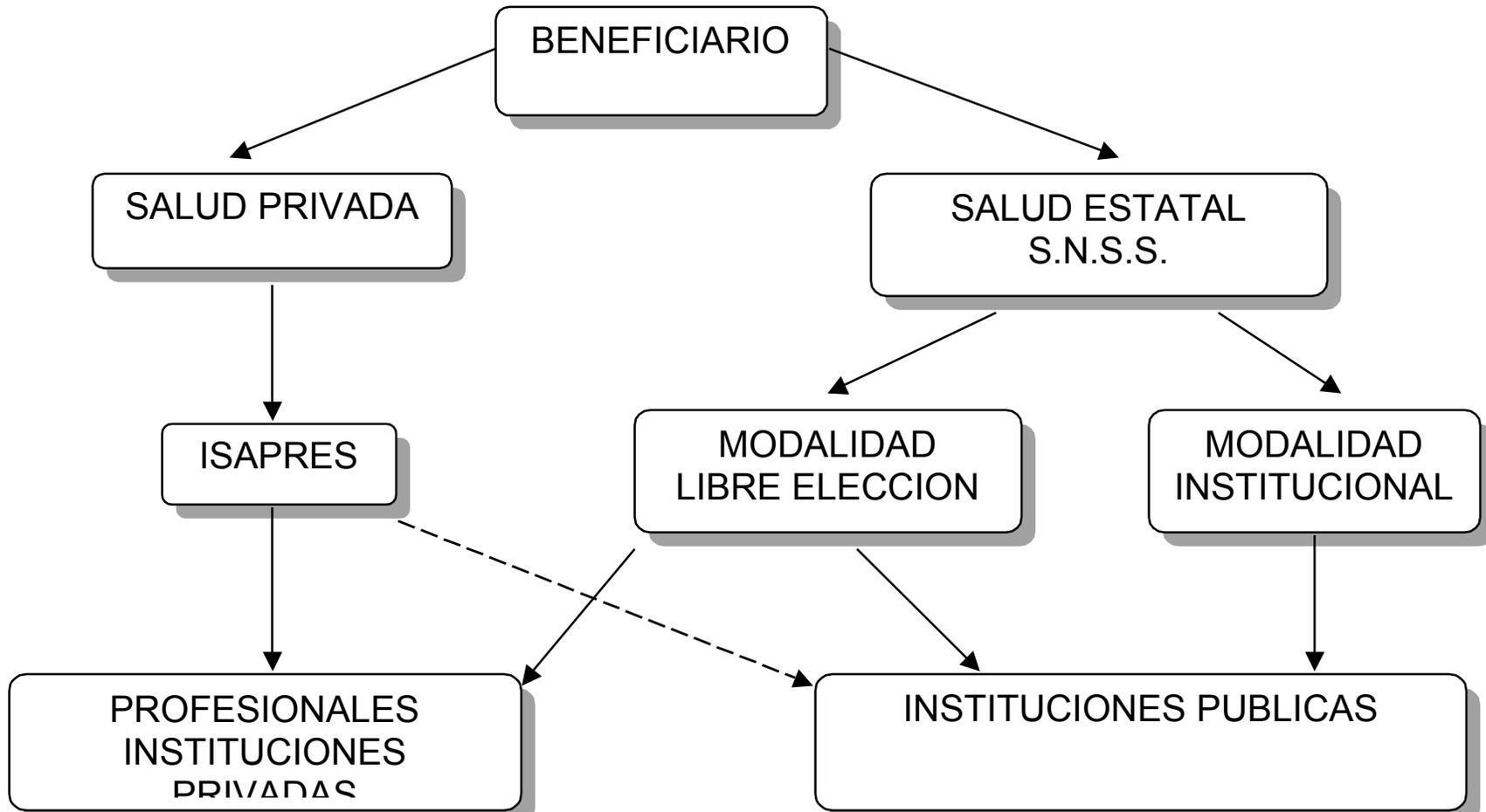


- ISAPRE
- Sistema

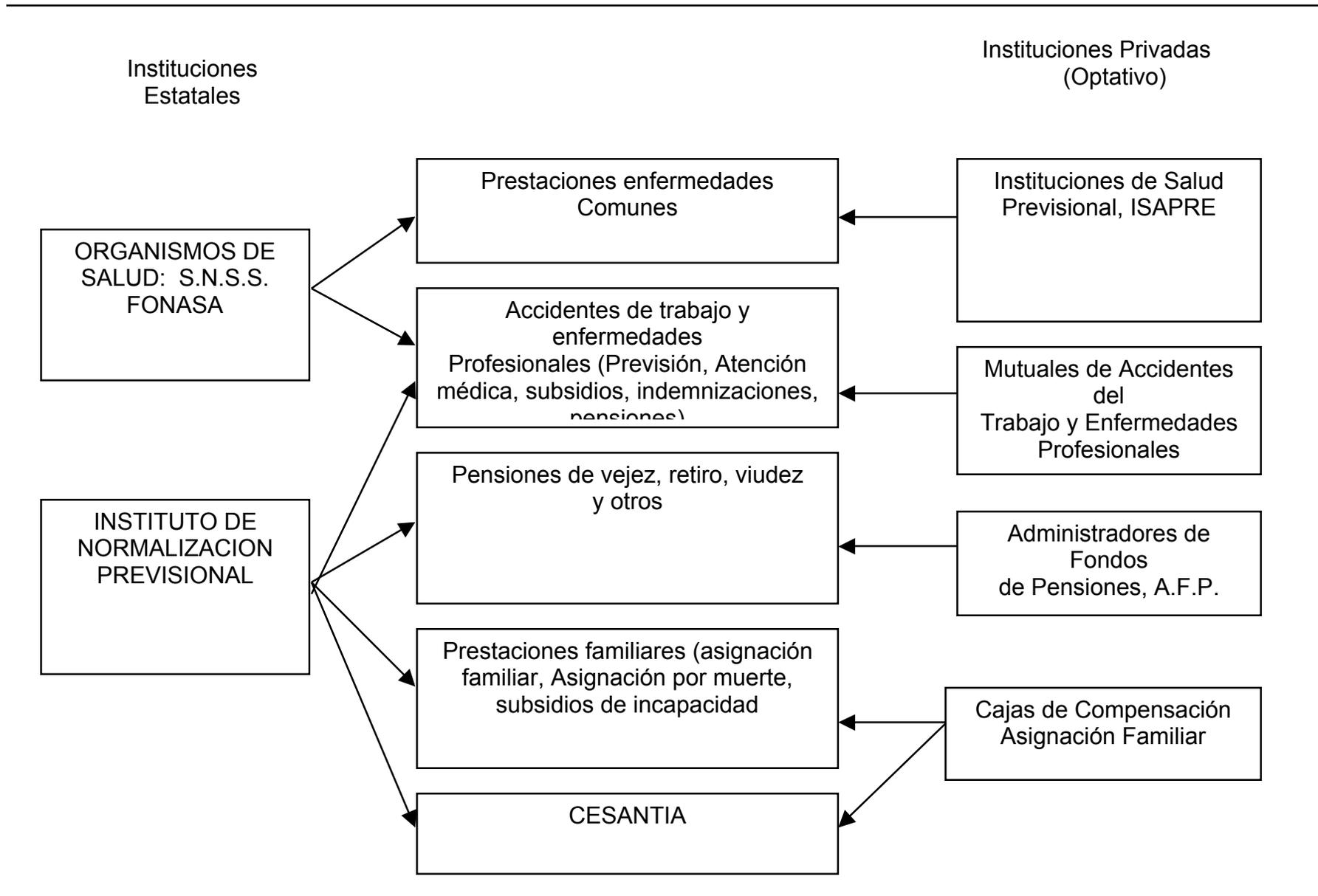
III LA SALUD EN CHILE: LAS CONSECUENCIAS DE LA REFORMA DE LA SALUD SOBRE LOS DIFERENTES ACTORES PARTICIPANTES.

ORGANIZACION DEL SISTEMA

ESQUEMA DEL SISTEMA MIXTO DE SALUD EN CHILE



ESQUEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN CHILE



**DISTRIBUCION DE POBLACION
EN SEGUROS DE SALUD SEGÚN QUINTILES DE INGRESO
CASEN 1996**

CASEN 96	QUINTILES					TOTAL
	I	II	III	IV	V	
GRUPO A	52.60	29.80	18.90	9.50	3.20	29.20
GRUPO B, C Y D	34.20	40.30	37.70	27.30	13.70	33.00
ISAPRE	5.90	17.30	29.00	44.50	70.70	25.70
PARTICULAR	5.90	7.00	8.70	12.00	9.40	8.00
OTRO SISTEMA	1.00	4.70	4.60	5.80	2.70	3.40
NO SABE	0.40	0.60	1.10	0.90	0.30	0.70
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

FUENTE: Colegio Médico de Chile, Registro Nacional de Especialidades Médicas
Ministerio de Salud, Depto. gestión y Desarrollo de Recursos Humanos. INPERSAL
INE: Proyecciones de Población.

LAS CONSECUENCIAS DE LA REFORMA DE LA SALUD SOBRE LOS DIFERENTES ACTORES PARTICIPANTES.

1.- SOBRE EL SISTEMA GENERAL

- Traspaso de la responsabilidad de la salud desde el Estado al individuo
- Desintegración del Sistema de Salud
- Convivencia de dos sectores con objetivos y métodos diferentes y contradictorios
- Inequidad
- Eficiencia relativa sector público - privado

2.- USUARIOS DEL SISTEMA PUBLICO

- Demoras
- Inequidad epidemiológica
- Aumento cotización individual

3.- USUARIOS SISTEMA PRIVADO

- Caro
- Ineficiente
- Descreme
- Falta transparencia
- Disminución tasa crecimiento
- Carencias y preexistencia
- Segregación por riesgo
- Resultado financiero

4.- SOBRE LOS MEDICOS

- Disminución severa de los ingresos
- Grado de compromiso contractual con Sistema Público
- Aumento de horas de trabajo
- Ausencia de carrera funcionaria, estabilidad laboral, docencia e investigación en el sistema privado
- Distribución geográfica sin relación con necesidades, sino por el mercado
- Disminución de calidad de vida
- Futuro aún peor por desarrollo HMO
- Debilitamiento de la Etica

IV ¿QUÉ CAMINO A SEGUIR?

NUESTRA VISION:

El Colegio Médico de Chile propone:

Que cada familia chilena puede y debe tener acceso oportuno a **su** equipo de profesionales y técnicos de la salud en un consultorio bien equipado y accesible; ahí, el adulto debe tener **su** médico, el niño **su** pediatra general, la mujer, **su** matrona y el obstetra-ginecólogo que la atienda en todo lo que es propio de la maternidad y de la salud femenina. Las familias y la comunidad deben contar además, con las enfermeras, asistentes sociales y demás profesionales, así como con los técnicos y auxiliares que forman parte del equipo. Debe estar presente la odontología y el apoyo indispensable para solucionar los problemas más frecuentes de salud mental. El diagnóstico y tratamiento especializado, así como las hospitalizaciones que se requieran, deben ser dadas en el hospital del área respectiva, al nivel de complejidad técnica que se requiera y dentro de un tiempo que no aumente el riesgo para el paciente.

- Reconstituir las redes, locales y nacional, de establecimientos de salud, devolviendo la administración de los consultorios a los Servicios de Salud.
- Respetar el rol del Ministerio de Salud como rector del sistema, incluyendo la política financiera y presupuestaria, y limitando al FONASA a sus funciones legales de organismo captador de recursos financieros y responsable de administrar los mecanismos de la “libre elección”.
- Definir las funciones de las Direcciones de Servicios de Salud y de los establecimientos, así como las de los SEREMI, con el objeto de evitar duplicaciones e ineficiencia.
- Crear un Consejo Nacional de Salud con atribuciones efectivas para conocer oportunamente la marcha del sector y orientarla. Crear un Consejo de Directores de Servicios y en cada Servicio un Consejo de Directores de Establecimientos.
- Definir una política integral de recursos humanos que termine con el trato diferenciado a grupos dentro de una misma profesión (Ley única), que abra carreras funcionarias ligadas a las funciones a cumplir, que apoye una formación adecuada en pre y postgrado, donde los ascensos se regulen por concurso y las remuneraciones lleguen a ser de nivel competitivo con las del subsector privado.
- Reducir drásticamente la cantidad de cargos de confianza exclusiva; y exigir que los jefes den cuenta pública anual de su gestión.

- Crear plantas de cargos con dotación y remuneraciones suficientes, comenzando inmediatamente por las de los consultorios que se devuelvan a los Servicios de Salud e incluyendo luego también las de los hospitales.
- Entregar una asignación presupuestaria global a cada Servicio de Salud, determinada según una fórmula de equidad y con ejecución sujeta a evaluación semestral.
- Definir el rol propio de los seguros privados de salud como complemento del sistema nacional en la siguiente forma: Administrarían las primas que voluntariamente convengan con ellos los interesados. Las personas que se afilien a un Seguro Privado y que sean cotizantes al Fondo Nacional de Salud podrían solicitar al Fondo que transfiera a dicho Seguro una suma que equivalga hasta el 4% de su remuneración imponible; el otro 3% permanecería en FONASA, como contribución solidaria y además en pago de los beneficios que reciben del subsector público (prevención, promoción, urgencias
- El subsidio estatal del 2% a las ISAPRES deber ser suprimido, trasladándose este dinero al Fondo Nacional de Salud.
- Aumentar el financiamiento estatal para el subsector público por sobre el porcentaje actual del PIB, en la medida en que ello sea demostrablemente necesario de acuerdo a los programas y evaluaciones del Ministerio de Salud.
- Centrar la gestión del subsector público en el paciente y la población, y realizarla en forma coherente y participativa y con una verdadera descentralización:

Deberá instaurarse una política de transparencia, legalidad y equidad en sueldos y otros emolumentos que reciben las personas.

Deberán manifestarse y usarse oficialmente como criterios de evaluación del desempeño, la equidad, la calidad, la efectividad, la satisfacción de los usuarios, la participación de los profesionales en las decisiones, y no solamente la eficiencia económica.

- Debe existir una política de ciencia, tecnología y calidad en salud, que promueva la adopción de tecnologías debidamente evaluadas y en una proporción adecuada a las reales necesidades del país. Debe apoyarse la investigación científica nacional en los temas pertinentes a nuestra realidad.
- Deberán modificarse las Leyes de los Colegio Profesionales, restituyéndoseles las funciones asignadas en las disposiciones que los crearon, particularmente en el control de la ética entre los colegiados.

Debemos insistir en que medidas parciales nada o casi nada lograrán en cuanto a impacto sobre la salud, la satisfacción de la gente y el progreso del subsistema pública de atención. Agregar financiamiento para uno y otro aspecto aislado del sector (por ejemplo, aportes para la atención primaria sin revertir la municipalización, o para urgencias sin elevar la atención primaria a un nivel de suficiencia; o traspasar el 2% de subsidio de ISAPRE a FONASA sin lograr la idoneidad técnica de los directivos del Ministerio y Servicios de Salud; etc.) significará – en lo fundamental – echar ese dinero al recipiente de la basura. Por lo demás, varios – pero no todos – los aspectos de política enumerados en esta propuesta, tienen un costo mínimo. Todos ellos deben ser abordados y resueltos en un gran plan de recuperación del Sistema Nacional de Salud.

Si tal plan se acuerda y se comienza a implementar desde ya, se comprobará que no hay, probablemente, otro sector que pueda dar un mayor y más pronto rendimiento social, político y económico que el de la salud.

Creemos que sólo así estaremos dando respuesta a la demanda de nuestros pacientes que repetidamente nos estimulan para implementar a través de nuestra acción el imperativo ético de garantizar para nuestro país, un sistema de salud eficiente, solidario y equitativo.