

PROPUESTAS DE POLITICA DE SALUD AL PROGRAMA DE GOBIERNO 1993-2001

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 2 y 3, 1993/ 37-42

Dr. Manuel Ipinza R.

A. MARCO DOCTRINARIO

Lo primero que es necesario reafirmar para su debida comprensión por parte de los demás sectores de la vida nacional, es la naturaleza especial que tiene el cuidado de la salud, lo que la hace esencialmente diferente de aquella de las otras ramas económicas de la actividad nacional y aún de la naturaleza de otros sectores sociales. En efecto, la salud es una condición universal e indivisible en cada sociedad y en el conjunto de las regiones del mundo. La salud es a la vez medio y objetivo final de toda actividad humana. La eficacia de las acciones en pro de la salud se miden en vidas salvadas. Dichas acciones son altamente especializadas, las realizan directamente profesionales y en ellas la calidad es esencial. Existe gran asimetría entre la información y el poder de decisión de los proveedores por un lado y los usuarios por el otro. Todo ello hace que, desde un punto de vista tanto ético como técnico y económico, las acciones de salud que la población necesita no puedan ni deban ser tratadas como servicios comerciales o mercancías a ser transados con fines de lucro.

I. Principios generales

Los grandes principios orientadores de la Política de Salud de la Concertación de Partidos por la Democracia continuarán siendo los siguientes:

1) Equidad. Entendida como el derecho al ejercicio real por parte de toda la población, a tener igualdad de oportunidades para acceder a los bienes y servicios básicos, compatibles con una vida digna y socialmente productiva, a través de discriminar

positivamente en beneficio de los más pobres y/o postergados.

2) Solidaridad. Entendida como la contribución proporcional de todos al bien común, en directa relación con los medios, capacidades y potencialidades de cada cual, de tal manera de hacer real el principio de equidad.

3) Respeto por la dignidad de las personas. Entendida como la aplicación, en el trato personal, de procedimientos pertinentes y oportunos, en un ambiente adecuado, de manera tal que favorezcan el desarrollo y el fortalecimiento de la condición humana de las personas, en la satisfacción de sus necesidades de salud, particularmente, de aquellos que por ser discriminados positivamente, no debieran por esta causa sentirse estigmatizados o en una situación de desmedro frente al resto de la población.

4) Participación social. Entendida como el aporte en conocimientos y acciones por parte de la propia comunidad, en la identificación y en la priorización de sus propios problemas, así como en la formulación, ejecución y evaluación de los planes, programas y proyectos destinados a buscarles solución.

5) Eficiencia social. Entendida como el esfuerzo por mejorar la optimización en la asignación y el uso de los recursos destinados a los programas sociales, a través de una adecuada gestión de los mismos, una apropiada identificación y cobertura de los grupos de beneficiarios, y una debida focalización de los programas en los grupos de más alto riesgo.

6) Eficacia programática. Entendida como el resultado final de la correcta aplicación de todos los principios anteriores, en términos del mejoramiento máximo posible del nivel de salud y de la calidad de vida de la población, en el marco de las posibilida-

des que el marco económico y social del país lo permita.

II. Objetivos generales

La salud, entendida como un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad, es un fin en sí misma, y como tal, constituye un derecho humano básico de todos los miembros de una sociedad. Simultánea y subsidiariamente, la salud debe ser entendida como un componente esencial del crecimiento y del desarrollo económico y social integral de un país.

En consecuencia con el enunciado anterior, el Estado debe garantizar a todos sus ciudadanos el pleno ejercicio de este derecho y a través de proporcionar el acceso universal a adecuados servicios de salud integrales, así como a otros bienes y servicios esenciales, en el contexto de un medio ambiente sano, posibilitar que estos contribuyan al desarrollo económico y social del país.

Los servicios de salud podrán ser tanto públicos como privados, debiendo el Estado garantizar el acceso a ellos de todos sus habitantes, sin distinción de condición económica, social, de residencia o de cualquier otro factor de discriminación. La calidad técnica y humana de estos servicios deberá ser igual para todos los chilenos, indistintamente de quien los reciba o de quien los preste. Al financiamiento de los mismos deberá concurrir toda la población en forma solidaria, conforme al principio de la política antes enunciado. Lo señalado no será impedimento para que personas individuales o grupos de personas, que opten por servicios de salud alternativos a los ofrecidos por el sector público, puedan financiar adicionalmente de sus ingresos y/o aportes previsionales, al financiamiento de los mismos.

En conformidad con los principios de solidaridad y de equidad anteriormente enunciados, el Estado privilegiará el otorgamiento de servicios de salud a los grupos de población en extrema pobreza, a sectores de ingresos bajos y medios, a aquellos que habitan en lugares alejados o aislados del territorio, así como a otros grupos sociales afectados por factores de riesgo biomédico, cultural o social.

III. Una doctrina de atención de salud integral

La aplicación de los principios y la consecución de los objetivos generales anteriormente enunciados, requerirá de que la organización de los servicios de salud cumplan con los postulados básicos de lo que denominaremos una "Atención de Salud Integral", entendida como: la atención eficiente, eficaz y

oportuna, que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física, mental y social, como miembros de una familia y de una comunidad que están en un permanente proceso de integración y de adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. Los postulados esenciales de esta doctrina son:

- Atención planificada y programada, de acuerdo a políticas, planes, normas y estrategias nacionales, debidamente adaptadas a cada realidad local y expresada en planes operacionales susceptibles de ser monitoreados y evaluados, que indiquen con precisión las funciones y responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo de salud.
- Los diversos tipos de establecimientos de salud deben configurar sistemas integrales de máxima resolutivez y autosuficiencia, descentralizadamente administrados y que cubran áreas territoriales perfectamente delimitadas, con poblaciones beneficiarias asignadas.
- Los Consultorios Urbanos deben estar situados lo más próximo posible a la residencia de su población beneficiaria de modo que ella quede dentro de un radio que permita un fácil acceso a ellos (no más de 30 minutos de marcha) y deberán ser atendidos por equipos integrales de salud asignados a sectores territoriales definidos.
- El equipo de salud de sector en su conjunto y cada uno de sus miembros en particular, deberá ser responsable por la calidad de la atención que se otorgue en su sector. Deberá contar con los medios tecnológicos apropiados y ser capaz de resolver todos los problemas de salud corrientes de las personas, de las familias, de la comunidad y del medio ambiente de su sector.
- Los equipos de sector contarán con la supervisión y el apoyo de equipos de especialistas, tanto para la atención misma en el establecimiento de menor complejidad como para la referencia cuando fuere necesario, en el marco global de la regionalización asistencial.
- De acuerdo al principio de universalidad del acceso a los servicios, la atención se otorgará en forma continua a lo largo de todo el ciclo vital, desde la gestación hasta la muerte, y en todos los niveles de organización de los servicios según necesidad de las prestaciones, incluyendo la atención en el hogar, la comunidad, las escuelas, los jardines infantiles, centros de trabajo, etc., y no sólo en los consultorios u hospitales.
- La atención por parte del equipo de salud deberá integrar en todo momento lo somático y lo

psíquico; lo individual y lo social; la promoción de la salud, la prevención, la curación y la rehabilitación de la enfermedad.

- Deberá estar focalizada en la familia como el sujeto básico de intervención profiláctica, diagnóstica y terapéutica, y deberá velar por la salud de la comunidad en su conjunto y el cuidado del medio ambiente en estrecha coordinación y acción con otros sectores e instituciones.
- La atención deberá tener siempre un contenido educativo, conciente y deliberado, tanto al nivel de la atención individual, como de la familia o de la comunidad. El énfasis último de esta educación se deberá poner en la responsabilidad irremplazable de cada individuo en el cuidado de la salud propia, así como en la de su familia y de la comunidad toda.

B. CONTENIDOS BASICOS DE UNA POLITICA DE SALUD JUSTA Y COHERENTE

1. Política financiera

Esta política debe reconocer y resolver un hecho fundamental: que el modo de financiación y de gasto creado por el gobierno militar y no modificado sustancialmente por el gobierno de transición, está en la raíz de la inequidad y de la insuficiencia de los servicios de salud de Chile actual.

En el período 90-91 se observa una tendencia a disminuir la dependencia de las transferencias del sistema previsional (disminuir la regresividad en el contexto de financiación actual); a buscar alternativas de financiamiento en el exterior, con organismos multilaterales (aumento del endeudamiento para financiar la inversión); a incrementar el aporte fiscal (mayor progresividad); y por último, a incentivar la generación de ingresos propios de los servicios de salud.

El primer paso de esta nueva política consistirá en fijar un gasto en salud que sea suficiente para proporcionar a toda la población una atención de salud integral (como fuera definida en el capítulo anterior), de la cual sólo se excluya el margen de lujo y/o confort técnica y humanamente innecesarios. Ese monto se pondrá a disposición del Fondo Nacional de Salud y se asignará a presupuestos de área, de acuerdo a las necesidades de cada persona y comunidad, a través de un "per cápita modificado". La experiencia nacional muestra que esta propuesta es factible si se llevan a cabo todos los aspectos de la política propuestas en este documento.

La financiación del gasto nacional de salud será de carácter social, como en la mayor parte de los países desarrollados. Sus dos fuentes principales serán: a) el seguro obligatorio actual (7% de los ingresos brutos de todos los trabajadores, incluidos los trabajadores por cuenta propia quienes deberán cotizar por sus ingresos reales debidamente acreditados) que se convertirá en su totalidad en un Seguro Social de Salud; y b) el aporte fiscal proveniente del presupuesto del Estado.

Además de las dos fuentes principales antes enunciadas deberán existir las siguientes fuentes complementarias:

- Los gobiernos regionales y municipales deberán financiar, de sus recursos propios ciertas medidas que dicen relación con aspectos de promoción y de prevención en salud, por ejemplo: saneamiento ambiental y prestaciones de carácter médico-asistencial para su población residente (ancianos, discapacitados y otros).
 - La salud ocupacional debe ser financiada en forma integral, en sus aspectos de prevención, tratamiento y rehabilitación, por las instituciones administradoras de los fondos de la ley 16.744 de Enfermedades Profesionales y Accidentes del Trabajo (la que deberá ser modificada), bajo la fiscalización de los Servicios de Salud. Se restituirá el aporte que las Mutuales hacían al Programa de Salud Ocupacional del Ministerio y de los Servicios de Salud hasta el año 1988 y que fue modificada el 28 de Octubre de ese año por el artículo 7 de la ley 18.754, exceptuando a las mutuales de empleadores de tal aporte.
 - Los daños de salud ocasionados por el tráfico de vehículos motorizados se considerarán de responsabilidad colectiva de los dueños de dichos vehículos, y su prevención, tratamiento y rehabilitación, se financiarán con un impuesto específico para tal propósito, que se pagará anualmente junto al permiso de circulación, el que será canalizado al igual que los otros aportes al Fondo nacional de Salud (esta propuesta requerirá de una modificación de la legislación vigente).
 - Los daños de salud ocasionados por el alcoholismo y el tabaquismo se considerarán de responsabilidad de los potenciales afectados, los cuales deberán concurrir al financiamiento integral de las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de los mismos a través de impuestos específicos a estos productos para esos fines.
- Los canales de financiación no darán origen a diferencias en los beneficios proporcionados. No habrá barreras económicas en el momento de de-

mandar la atención. Cualquier cobro directo que se introduzca no tendrá por objetivo principal el de "recuperar costos", sino el de educar la demanda, moderándola en aquellos aspectos en que sobrepase las necesidades reales y siempre que no implique un rechazo encubierto del usuario. Los ingresos provenientes de estos cobros deberán quedar a disposición de los establecimientos que los generen para su uso propio.

El equilibrio entre el aporte fiscal y el seguro social de salud dependerá de las circunstancias concretas. No habrá contribución obligatoria del empleador al seguro social y de haberla, esta tendrá un carácter voluntario no deducible de impuestos.

El margen de costo que vaya más allá de una atención técnicamente efectiva y otorgada en forma personalizada, se financiará, para quienes opten por servicios alternativos complementarios, mediante aportes voluntarios a seguros de salud privados o el pago directo a proveedores públicos o privados. Si el cotizante desea optar por servicios de salud alternativos, en sustitución de los que el estado les ofrece a toda la población, podrá retirar del Fondo Social de Salud el "per cápita bruto" correspondiente a su aporte previsional.

El fondo social para la salud remunerará a través de un salario a los proveedores que actúen en el sistema público. Este salario deberá ser, en todos los casos, suficiente para satisfacer las necesidades y aspiraciones de cada categoría de personal. Se garantizará el derecho al ejercicio privado de la profesión en tiempos que no coincidan con los horarios contratados por el sistema. El horario total de trabajo público no podrá exceder de las ocho horas. Las escalas de remuneraciones se adecuarán a las diversas etapas y modalidades establecidas en la carrera funcionaria. Tendrán también en consideración los incentivos necesarios para llenar en forma armónica las necesidades en cada especialidad, modalidad de atención y región.

El fondo social para la salud podrá también pagar -allí donde se justifique técnica y socialmente y sólo donde lo decida la respectiva dirección del Servicio de Salud-, prestaciones proporcionadas por organismos privados. Estos servicios se pagarán al nivel de costos observados en el sistema público.

II. Políticas de recursos humanos

El recurso humano es y será el elemento primordial de la atención de salud. Son seres humanos los que en forma directa actúan frente al paciente o al individuo sano, utilizando aparatos solo como elementos auxiliares. El contacto con el profesional, en

tanto persona autorizada, es en si parte esencial del tratamiento.

El objetivo central de la política de recursos humanos será el de asegurar la disponibilidad, la distribución y la utilización óptima, en cantidad, tipo y calidad, de los recursos humanos que el país requiere, a través de promover la formación adecuada de ellos, su organización racional, su manejo apropiado, la evaluación permanente de su gestión y la remuneración de su trabajo.

La situación desmedrada en que quedó el personal del sector público de salud después del período 1973-1990, exige realizar en forma completa las medidas de restauración de la carrera funcionaria y de recuperación de las remuneraciones, lo que ya se ha iniciado en el período 1991-1992. Los profesionales y demás trabajadores de salud deben ser retribuidos con salarios compatibles con sus necesidades y aspiraciones y con la trascendencia social de la especial función que desempeñan en el contexto general de los logros alcanzados por otros profesionales y trabajadores en el país y tomando en consideración el nivel de responsabilidad que significa cuidar de la vida y de la salud de las personas. Debe entenderse que esto producirá un efecto mucho mayor y resulta asimismo mucho más económico, que mantener salarios bajos y de esta manera empujar a los profesionales hacia el sector privado y a la remuneración de estos por acto médico, que son mecanismos ineficientes, costosos y pobres en resultados de salud pública.

Un salario mensual de 40 UF (alrededor de US\$ 1.000) por jornada de 8 horas para un médico que comienza, y salarios proporcionales para el resto del equipo de salud, es un objetivo urgente y factible, en un país que está gastando menos del 3% del PNB en el sistema nacional de salud. Esta meta es la única compatible con el objetivo del programa de la Concertación de fortalecer el sistema público de atención de salud.

La meta final de la política de recursos humanos del sector público para el próximo período será la elaboración, promulgación y puesta en marcha de un "Ley Orgánica del Personal del Sector Público de Salud", que reconozca la especificidad del trabajo en salud y la trascendencia social de ese trabajo.

III. Política de organización y gestión

La Constitución Política del Estado del año 1980, modificada en Octubre de 1989, señala que: "Es un deber del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de Instituciones Públicas o Privadas, en la forma y

condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias”.

El DL 2763/79 en su artículo primero señala que: “Al Ministerio de Salud y a los demás organismos que contempla la presente ley, compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones”.

El Ministerio de Salud es la máxima instancia nacional a cargo de la formulación de estrategias, políticas, programas y normas de salud, que propendan a garantizar el ejercicio del derecho a la salud de toda la población, en un esquema de creciente igualdad de oportunidades y eficaz y eficiente aprovechamiento de los recursos; a la coordinación y desarrollo armónico e integrado del conjunto del sistema de salud chileno; y a la supervisión, evaluación y mejoramiento permanente de las orientaciones y normas que genera.

El principio de organización a aplicar en el sector es el de centralización normativa y descentralización ejecutiva. En el contexto de un país unitario con un gobierno central de carácter nacional, la descentralización ejecutiva, a través del desarrollo y fortalecimiento de los gobiernos regionales y comunales, será el mecanismo apropiado para agilizar los procedimientos y decisiones de alcance local; para reducir las trabas y la lentitud del burocratismo centralista; para facilitar la participación social, y para satisfacer los intereses locales legítimos. La descentralización facilita la coordinación intersectorial y requiere y alienta el desarrollo de capacidades políticas, técnicas y de administración a nivel local. La descentralización demanda de las autoridades nacionales, la formulación de políticas y planes claros, coherentes e investidos de una autoridad consistente.

Se adecuará la centralización normativa con el fin de asegurar la formulación oportuna y coherente de las políticas, planes y normas nacionales en el campo de la salud; la distribución equitativa de los recursos; el funcionamiento integrado, eficaz y eficiente del sistema nacional de salud; el diálogo intersectorial y la participación en la preparación de las políticas nacionales pertinentes a salud en el seno del gobierno central; el respeto y estímulo a la carrera funcionaria y el desarrollo de todo el personal del sector, y la selección, adaptación, adquisición y desarrollo apropiado de las tecnologías que se utilizan en los servicios de salud.

Para el ejercicio de estas funciones se considera

innecesario reestructurar de modo significativo el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes. Lo importante es que el Ministerio funcione como un equipo coherente y armónico, bajo la dirección del Ministro, del Subsecretario y de un Consejo Técnico (en rigor, político-técnico), los cuales deberán determinar qué funciones y estructuras deben ser fortalecidas y cuáles deben integrarse mejor. Teniendo el Gobierno una base multipartidaria, y estando todas las ideologías representadas en su personal, es necesario desarrollar de común acuerdo criterios que hagan posible trabajar dentro del Ministerio sin barreras de comunicación y sin otra jerarquía que la que corresponde a las responsabilidades funcionarias de cada cual.

La relación entre los Servicios de Salud y los municipios debe modificarse, de forma tal que estos últimos puedan efectivamente ser representativos de su comunidad en el proceso de colaboración recíproca en beneficio de la salud de su población. Para estos efectos, la administración municipal de los Consultorios deberá ser evaluada, al igual que los Consultorios adosados a los Hospitales bajo administración de los Servicios de Salud, en términos de su eficiencia, costo, efectividad, participación real de la comunidad y coordinación intersectorial. En función de esta evaluación se deberán introducir las modificaciones pertinentes que sean necesarias.

Otra medida que fortalecerá los Servicios de Salud y aumentará su eficacia y eficiencia, será una mayor integración con los equipos técnicos de su Hospital-Base. Esto traerá consigo el mejor aprovechamiento y motivación de los servicios clínicos en la programación, asesoría, apoyo y supervisión de la atención a toda la población del área respectiva; al contrario, también potenciar las funciones de apoyo de la Dirección del Servicio al interior de los hospitales, así como la promoción y la prevención.

Ciertos Servicios de Salud son muy extensos y su funcionamiento podría mejorar si se reconocen en su interior la existencia de “áreas de programación” o “micro-regiones”. Esta medida, además de contribuir a una descentralización programática y ejecutiva, racionalizará las relaciones de derivación, clarificará necesidades de recursos, y facilitará la programación multiseccional para el desarrollo local.

Con el objeto de operacionalizar los postulados de la atención integral de salud, deberá generalizarse un modelo de organización del trabajo local que contemple:

- población asignada con criterio territorial y/o de adscripción de beneficiarios
- la sectorización del área servida por el establecimiento;

- la asignación de pequeños equipos multidisciplinarios a cada sector;
 - una composición del equipo de sector en los Consultorios Generales Urbanos que comprenda médicos especialistas básicos (o médicos generales diferenciados en las especialidades básicas), odontólogos, enfermeras, matronas, nutricionistas, asistentes sociales y auxiliares, que cuenten con el apoyo de otros profesionales y especialistas a nivel del consultorio en su conjunto tales como: psiquiatras, psicólogos y kinesiólogos, además del personal administrativo, auxiliar y de servicio de los servicios generales y de apoyo;
 - acciones de todo el equipo en el seno de la comunidad, continuidad de las relaciones entre los proveedores y los usuarios;
 - citación con horario a fin de reducir esperas y congestión;
 - racionalización de las atenciones de urgencia;
 - adecuación del horario de atención para la optimización de la cobertura, obteniendo la información respectiva mediante experimentos en localidades de distintas características;
 - cooperación con ONGs sin fines de lucro.
- asistenciales y administrativas de salud;
 - apoyar las políticas económicas y sociales del país, por la vía de favorecer la creación de nuevas fuentes permanentes de trabajo calificado; brindar oportunidades y anclar en el país a científicos, profesionales y empresarios de talento e iniciativa; ahorrar y/o generar divisas a través de sustituir importaciones y/o producir exportaciones; y facilitar la integración del país a mercados más amplios con productos de alto valor agregado.

El Instituto Tecnológico de Salud, o como quiera que se denomine la estructura que se organice en tanto centro impulsor del desarrollo científico y tecnológico nacional, no tendrá necesariamente funciones de investigación ni de producción propias, sino que coordinará e integrará el desarrollo existente en el país y transmitirá las necesidades y demandas del sector salud a todos los otros sectores e instituciones pertinentes, particularmente a las universidades y a los empresarios industriales del país. El Instituto de Salud Pública (ISP), deberá ser la instancia impulsora y de coordinación de dicha estructura.

V. Política de inversiones

Las inversiones, entendidas en su sentido más amplio (no sólo en plantas físicas o equipamiento, sino que también en formación y desarrollo de recursos humanos y tecnológicos y en investigación), estarán determinadas por las necesidades objetivas que se establezcan a partir de un diagnóstico de situación actualizado de las mismas y que apunten a un desarrollo integrado del sector, incluidos los subsistemas públicos, privados y otros, en un plazo prudente, en conformidad con estándares internacionalmente aceptados y de acuerdo a las posibilidades económicas del país. Lo anterior supone que a partir de este diagnóstico deberán buscarse las fuentes internas y externas de financiación de los planes y programas de inversiones, y que en modo alguno estas fuentes podrán determinar políticas al respecto.

Las inversiones deberán ser ejecutadas conforme a un plan nacional definido por el Ministerio de Salud, en el que primarán los criterios de equidad, de eficiencia y de efectividad en el desarrollo de la red asistencial en su conjunto.

La política de inversiones asegurará la apropiada utilización de las mismas, y su adecuada y oportuna mantención y reposición, así como la debida incorporación de innovaciones cuando nuevas necesidades y/o el desarrollo tecnológico así lo requieran. Ω

IV. Política de desarrollo científico y tecnológico

La ciencia y la tecnología constituyen, después del recurso humano calificado, el recurso más importante de un sistema de salud. Más aún, la valoración que se le otorga al personal de salud depende precisamente del hecho de que él es el portador del conocimiento y de las destrezas científicas y tecnológicas necesarias para una atención eficaz y de que en él radica la posibilidad de mantener al día y desarrollar ese conocimiento. Por ello, el Ministerio de Salud deberá asumir la función de estimular y coordinar la selección, adaptación, adquisición y desarrollo de las bases científicas y de las tecnologías de la atención a la salud.

El desarrollo de la ciencia y la tecnología de salud demanda al país la constitución de una estructura de coordinación-integración especializada dependiente del Ministerio de Salud y autónoma en su gestión, cuyas funciones sean:

- formular políticas referidas al desarrollo de la investigación científica aplicada y de la tecnología necesaria para la atención de salud;
- fomentar y coordinar el desarrollo tecnocientífico en salud, independientemente de la institución que lo genere y/o ejecute;
- apoyar la innovación y adecuación tecnológica en los servicios clínicos y otras unidades