

## UN PROYECTO DE SALUD PARA CHILE

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 4, 1993/ 18-22

*Drs. Héctor Martínez M. y Raúl Martínez B.  
Consejo Regional de Copiapó,  
Colegio Médico de Chile (A.G.)*

### INTRODUCCION:

El tema de la salud en Chile, desde hace varios años, ha generado un intenso debate en las más diversas esferas del quehacer nacional. Ello ha motivado al Colegio Médico de Chile a convocar a las distintas instituciones del país, con el objeto de elaborar un "Proyecto de Salud para Chile", que goce de un alto grado de consenso y tienda a mejorar lo que actualmente se considera como grave crisis del sector salud.

Para ello debe realizarse el mayor esfuerzo intelectual para abordar el tema desde una perspectiva eminentemente técnica y que, superando las necesarias visiones ideológicas que parcializan la problemática, ofrezca a todos los habitantes de este país un sistema de salud que cumpla con requisitos básicos de solidaridad, equidad, subsidiariedad, eficiencia y calidad.

### ELEMENTOS DE JUICIO:

Nadie puede negar hoy día algunos elementos históricos de nuestro pasado en salud de los últimos cincuenta años y que podrían resumirse suscintamente en los siguientes elementos:

1. Un sistema como el que existió hasta el año 1979, con un S.N.S. y Sermena, que cumplieron su rol para ese momento histórico y de desarrollo del país, no podría ser recitado so pena de constituirse en un monumento a la desigualdad (obreros v/s empleados) y a la ineficiencia (gestión absolutamente centralizada y de estructuras anquilosadas y estatistas).

2. La implementación de las reformas del sector salud por parte del gobierno autoritario reflejaron una concepción teórica probablemente adecuada, pero encontraron serias dificultades en su implementación producto fundamentalmente en los conflictos ideológicos, la recesión económica que exageró la contención de costos, la descoordinación de partes importantes y relevantes del subsector público y la privatización de un sector importante sin una adecuada regulación de la autoridad, dejando los usuarios y prestadores a merced de las ISAPRE.
3. La gestión pública de salud no ha podido liberarse de rigideces que entorpecen su accionar, así como tampoco ha podido demostrar que su problema era fundamentalmente de recursos, ya que, la inyección de cuantiosas sumas de fondos fiscales en los últimos 3 años, la mantiene en una percepción como problema por parte de la comunidad, en similares términos al período precedentes.
4. Podemos afirmar que a pesar de la percepción de crisis del sector, éste ha mostrado resultados que no se compadecen con una visión catastrofista sino que por el contrario, los logros alcanzados en materia de indicadores nos tienen en una posición de vanguardia respecto a países de similar grado de desarrollo.
5. Hablamos de crisis en el sector salud porque los 3 elementos principales constitutivos de él, lo perciben como insatisfactorio, ya que los usuarios reclaman que la salud no la

reciben en la forma, cantidad y calidad que ellos quisieran; los prestadores reclaman contra el sistema y los pagadores (ISAPRE-Estado) lamentan que su esfuerzo financiero no se compensa con un mejoramiento real de los servicios.

6. El hecho irrefutable de que las necesidades del ser humano son ilimitadas y que los recursos para satisfacerlas siempre serán escasos, nos llevan a plantearnos la disyuntiva de qué salud ofrecer con los recursos que el país es capaz de generar. Es por ello que hoy día ya no se considera ilegítimo recurrir a elementos de la teoría económica para ayudar a la toma de decisiones en el sector y en el fondo la problemática se centra con qué condiciones debe abordarse y desarrollarse el tema.

Es por ello que el desarrollo de esta propuesta se basa en las siguientes condiciones que nuestro Consejo Regional considera como primordiales para abordar un "Proyecto de Salud para Chile": Solidaridad, Equidad, Igualdad, Subsidiariedad, Eficiencia, Calidad.

**PROPUESTA: SISTEMA UNICO DE SALUD**

1. Nuestra propuesta considera la creación de un S.U.S. mediante un seguro de salud a entregar a todos los habitantes de la nación con el fin de asegurarles una salud mínima necesaria y posible. Por fuera de él, se pueden generar todas las posibilidades que el mercado y el nivel de ingresos puedan ofrecer, mediante lo que podríamos denominar sobreseguro.

El S.U.S. ofrece a los usuarios lo siguiente:

- a. Canasta básica de salud.
  - a.1. Medicina Curativa.
  - a.2. Acciones básicas de Fomento y Protección:
    - Control Infantil.
    - Control Maternal.
    - Vacunaciones.
    - Alimentación Complementaria.
    - Accidentes del Trabajo.
    - Enfermedades Profesionales.
    - Accidentes Escolares.
    - Accidentes de Tránsito.
    - Subsidio Maternal, por enfermedad e incapacidad.
- b. Centros de máxima complejidad, Regionales y/o interregionales (Cáncer, Transplantes, Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía u otros).
- c. Planes y programas específicos de impacto

en Salud Pública, relevantes para el país o región.

- d. Salud del senescente.
- e. Fondo de inversiones concursable.
- f. Servicios de urgencia y trauma suprainstitucionales.
- g. Salud del ambiente centralizados por Servicios de Salud.

**2. FINANCIAMIENTO: FONDO SISTEMA UNICO DE SALUD**

El sistema se financia mediante aportes de los usuarios, empleadores y el Estado, quienes constituyen un Fondo que es administrado por el Estado. Este determina el monto del seguro y un Arancel único de Prestaciones "Institucionales", paga a las instituciones prestadoras los seguros contratados, recauda los copagos y, licita, regula y supervisa el sistema.

**APORTES:**

- a.- Usuarios:
  - a.1. Cotización obligatoria. Porcentaje de los ingresos. Se paga hasta el momento de jubilar.
  - a.2. Copago. Se establece un copago según criterios de nivel de ingresos e importancia (salubrista) de las acciones. Adscrito a un Arancel Unico del Sistema.

**DETERMINACION DEL COPAGO**

Acciones	Nivel de ingreso		
	Alto	Medio	Bajo
Muy importantes	++	+	0
Importantes	+++	++	+
Poco importantes	++++	+++	++

- b. Empleadores:
  - b.1. Cotización obligatoria por enfermedades profesionales y accidentes del trabajo. Porcentaje de los sueldos con sobretasa por mayor accidentabilidad.
  - b.2. Cotización obligatoria para la vejez. Porcentaje de los sueldos de sus trabajadores para ayudar a financiar acciones del senescente.
  - b.3. Aportes directos al Fondo, deducibles de los impuestos generales.
- c. Estado:
  - Aporte estatal para cubrir las diferencias faltantes y que debería ser un porcentaje del PGB superior al actual.

### 3. ADMINISTRACION Y FUNCIONAMIENTO:

- 3.1. El Estado fija el monto del seguro que cancelará por persona a la institución prestadora en forma periódica (mensual, trimestral, etc.). Pago per cápita.
- 3.2. El Estado autoriza el funcionamiento de las Instituciones prestadoras, las que participan en licitación pública de acuerdo a las condiciones y estándares técnicos en que deberán realizarse las prestaciones. Se recomienda asociarlo a la jurisdicción de los actuales Servicios de Salud, con el fin de cubrir zonas geográficas no atractivas.
- 3.3. El Estado a través de los Servicios de Salud, mantiene la supervisión técnica y aplicación de programas de salud.
- 3.4. Las personas suscriben contratos de adhesión con las Instituciones prestadoras. Sin carencias ni preexistencias. Las exclusiones están dadas en forma uniforme para todos. Con carácter vitalicio para el usuario pudiendo éste desahuciarlo 1 vez al año. Se norma aquellas eventualidades en que puedan desahuciarlos las Instituciones (uso malicioso, engaño u otro a establecer en la norma). Compiten entre ellas con el valor agregado que den a sus Canastas Básicas.
- 3.5. El Copago se cancela al Fondo de administración estatal, para el cual se pueden usar sistemas, como ser:
  - Tarjeta-baucher asociado a descuento por planilla con tope y sistema de créditos según monto.
  - Venta de órdenes de atención, asociada al sistema financiero.
  - Directamente en las instituciones prestadoras con rendición de cuentas por los fondos percibidos. Ver posibilidad de incentivos por recaudación.  
Cuando no hay copago, la atención se solicita directamente en la Institución prestadora, sólo contra identificación.
- 3.6. Funciona sistema de Libre Elección, bonificando siempre el valor que paga el Fondo. La diferencia la asume el usuario y/o la sobreaseguradora. Los prestadores se inscriben libremente y fijan sin condiciones sus honorarios. Se realizan exigencias de idoneidad y calificación profesional. Puede funcionar con sistema de órdenes de atención emitidas por el Fondo o la Sobreaseguradora cuando corresponda (quien a su vez cobra el valor de la bonificación del seguro que enteró al emitir la orden de atención).
  - Se establecen normas de pago estándares a los prestadores. El valor de los honorarios lo determina el prestador y tiene derecho a inscribirse en el Fondo y todas las Sobreaseguradoras, sólo con las exigencias de idoneidad y calificación.  
Se confecciona un Catastro Regional y Nacional de prestadores según su calificación, la cual se puede modificar cada año en la Oficina de Acreditación del respectivo Servicio de Salud.
- 3.7. Se autoriza la formación de Instituciones Sobreaseguradoras que pactan libremente con los usuarios los montos de las primas y beneficios ofrecidos. Pueden o no estar relacionadas con las Prestadoras.
- 3.8. Los profesionales se contratan en las Instituciones Prestadoras en condiciones de:
  - Dedicación exclusiva.
  - Mixta (atención funcionaria y libre elección en una Institución).
  - Abierta (atención funcionaria en una Institución y libre elección en esa y/o varias).
  - Sólo Libre Elección.
- 3.9. Se permiten convenios entre Instituciones para cubrir en conjunto zonas geográficas pequeñas o para atención de beneficiarios en viaje o estadía fuera de su residencia habitual.
- 3.10. -Los Centros de máxima complejidad son establecidos de acuerdo a criterios técnicos, densidad poblacional, riesgo y accesibilidad. Son financiados y administrados por el Estado.
- 3.11. -Todas las ciudades o zonas geográficas determinadas por los Servicios de Salud tendrán Servicios de Urgencia y Trauma unificados. Se encargan de recepcionar, realizar las primeras atenciones y derivar a su Institución las urgencias y accidentes.
- 3.12. -Cada persona posee una tarjeta individual que es emitida por el Fondo y solicitada con su logo identificatorio por la Institución debidamente autorizada.
- 3.13. -Las Instituciones deberán poseer la infraestructura correspondiente para atención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo a estándares técnicos establecidos por los Servicios de Salud según las normativas básicas del Nivel Central y adecuadas a la realidad de cada Servicio de Salud.
- 3.14. -Las Instituciones son todas de administración privada. Los centros actualmente públi-

cos se privatizan por licitación pública. Se les concede condiciones especiales a los trabajadores que quieran acceder a la propiedad de ellos. Previamente se deberán transformar en Sociedades Anónimas.

- 3.14. –Se establece dentro de las exigencias de licitación de permisos de Instituciones, un fondo de garantía ante eventuales problemas de ésta o faltas a la normativa. Establecer sistema de sanciones por incumplimiento de normativa.
- 3.16. –El MINSAL determina las plantas, sueldos y estructura de los Servicios de Salud. Se recomienda privilegiar la capacidad (Concursos de Antecedentes) y sueldos competitivos y acorde con la responsabilidad. Dejar el mínimo de cargos de confianza política. Las SEREMIS deben reducirse al mínimo y constituir sólo asesoría de los Intendentes.
- 3.17. –Establecer sistema que evite la falsa indigencia o las cotizaciones por el mínimo de personas de mayores ingresos (Agricultores, Comerciantes, etc.). Podría determinarse por las declaraciones de Renta y Global Complementario.
- 3.18. –Todas las Instituciones pueden ofrecer atención Libre Elección, para lo cual elaboran sus propios Aranceles, así como convenios con otras Instituciones.

#### 4. IMPLEMENTACION:

- 4.1. Tramitación de Ley. Aprobación y Publicación.
- 4.2. Organización y Reglamentación del sistema.
- 4.3. Difusión y Capacitación generalizada.
- 4.4. Adecuación de los Servicios de Salud.
- 4.5. Modificación legal de Hospitales, Consultorios y Postas.
- 4.6. Modificación legal de Mutualidades.
- 4.7. Adaptación legal de ISAPRE.
- 4.8. Establecimiento de plazos y cronograma.
- 4.9. Licitación de las Instituciones Públicas.
- 4.10. Adjudicación de los permisos para operación de las Insituciones.
- 4.11. Autorización de Insituciones Sobreaseguradoras.

4.12. Incorporación de las personas al sistema.

4.13. Puesta en marcha.

4.14. Evaluación y correcciones.

Los mayores recursos que se requieren para la implementación de los Servicios de Urgencia y los Centros de Alta complejidad se obtienen por:

- Uso de infraestructura actual, destinado para dicho efecto algunos Hospitales existentes, que no se privatizan.
- Fondos obtenidos por la privatización de los centros públicos.

Respuesta al tema de las Mutualidades, éstas deben modificar su estructura jurídica, de tal manera que puedan participar en el mercado. Deben organizarse en sociedades regionalizadas de acuerdo a la jurisdicción de los Servicios de Salud, pudiendo constituir confederaciones. De no poder o no querer participar, habría que estudiar la forma de licitación y destino de los fondos, que podría ser el Fondo ya que éste asumirá dichas acciones.

#### 5. CONCLUSIONES:

Creemos que el sistema de salud que esta minuta presenta, cumpliría con los objetivos básicos que nos planteáramos al inicio, pues, a nuestro entender se logran los siguientes efectos:

Todos tienen acceso a una salud mínima posible sin distingos de su capacidad de pago ni estado de salud o riesgo, poniéndolo en un plano de EQUIDAD posible. Es SOLIDARIO con los que tienen menos. Es SUBSIDIARIO pues subsidia a los de menores ingresos y asume funciones que los privados no asumirían para el total de la población, atendida razón de las externalidades del sector. Es IGUALITARIO en un plano de igualdad posible. Apunta a mejorar la CALIDAD de la atención, especialmente de los estratos bajos nivelando hacia arriba. Plantea un mejoramiento en la EFICACIA al entregarle la gestión a los privados, en lo que en general saben hacer mejor como lo es la producción y venta de bienes y/o servicios; manteniendo para el Estado un rol central de planificación, control y normalización. Aumenta los espacios de libertad de las personas para decidir dónde y con quién atenderse. Mantiene la libertad de querer optar a mayores beneficios cuando existe nivel de ingresos que lo permitan.

