

## PROPOSICION GLOBAL DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 4, 1993/ 23-37

*Drs. Oscar Román A. y Guillermo Solar  
Comisión de Salud del Partido Radical de Chile.*

### PROLOGO

La Comisión de Salud del partido Radical de Chile tiene el agrado de someter a la consideración del Colegio Médico de Chile su Proyecto de Modelo de Salud para Chile, que responde al llamado hecho por la Orden frente a la crisis del Sistema de Salud actual. Estamos conscientes que cualquier Proyecto para Chile debe ser fundamentalmente técnico, racional y basado en la realidad del país. Creemos que las posibles soluciones deben ser nacionales y no meras copias de sistemas o estructuras ajenas, por muy atractivas y brillantes que parezcan ser.

Sin embargo, todo sistema para el país debe tener una base ideológica que lo sustente y lo nutra, en el bienentendido que tales ideas o concepciones socio-políticas deben ser sólo referentes para buscar caminos, fórmulas de desarrollo y soluciones globales y locales nuevas, en lo posible consensuales, que permitan lograr la mejor salud posible para la gente.

### INTRODUCCION

El Partido Radical se ha definido y se define actualmente, como un partido Socialista-Democrático en su concepción integradora de la realidad económica, social y política de la Sociedad. Los grandes cambios económicos ocurridos en los últimos decenios en el mundo, que incluyen la caída de los socialismos totalitarios con economía centralizada y Estado sobredimensionado y monopólico, y el desarrollo predominante de las economías libre-mercaderistas con estados democráticos, ha llevado a decir a algunos pensadores que han desaparecido los ideologismos y ha terminado la historia. Lo

cierto parece ser que la bipolaridad irreconciliable en el mundo ha desaparecido, pero parodiando a Pirro, se puede afirmar que se ha dejado el campo libre para que luchen abiertamente las distintas concepciones neo-liberales o libre-mercaderistas. No creemos que el Neo-liberalismo se haya impuesto en forma definitiva y que su oponente conceptual, el Socialismo haya fenecido. Tal concepción nos parece exagerada y equivocada, no sólo para el mundo desarrollado, en el que la teoría de Fukuyama parece válida, sino particularmente para el mundo en desarrollo, en el que las desigualdades sociales y la pobreza afectan a 2/3 o más de la población.

El Neo-liberalismo postula al mercado como el único mecanismo asignador de recursos. Si bien el mercado funciona como un buen asignador de recursos en cualquier tipo de economía y en cualquier estructura política, no lo es en cuanto a proteger o nivelar las grandes diferencias que suele producir entre pobres y ricos.

Es entonces cuando el rol del Estado, como contralor y ordenador, aparece básico para resguardar la equidad, la justicia y la armonía social. El problema y el desafío actual para las ideologías clásicas y modernas es definir un adecuado punto de encuentro entre el ámbito de acción de ambos, mercado y Estado. Ello no debe entenderse como una polémica entre estatismo y no estatismo, puesto que el Estado es inmanente y lo que es materia de discusión es su tamaño relativo, sus funciones y sobretodo, sus ingerencias en el proceso socio-económico de la Sociedad.

No parece justo aceptar un Estado neutral e imparcial, árbitro en una contienda entre desiguales, porque eso significaría que se permite que el aven-

tajado derrote al desvalido con el consentimiento de todos, el pueblo y el Estado que lo representa. Por el contrario, la concepción de esta Comisión, siguiendo la tradición del pensamiento social-democrático en el mundo y del Partido en nuestro país, es partidaria de un Estado activo y vigilante, consciente de su responsabilidad frente a la comunidad y frente a la historia.

Un libre Mercado regulado por el Estado en ciertas funciones que afectan al hombre y a la sociedad en sentido negativo o de injusticia, constituye una fórmula que parece ideal y que se ha denominado Economía Social de Mercado. Ella se ha impuesto en diversos países de Europa, no sólo con gobiernos neoliberales sino también con gobiernos de orientación social-demócrata. Esta doctrina ha logrado acercar el mecanismo frío e impersonal del mercado a los derechos y necesidades del hombre. Pero, aún así, adolece de defectos y en muchos países el punto de equilibrio entre ambos, mercado y justicia social, sigue poco claro e incierto.

En este dilema, la Comisión de Salud, siguiendo la doctrina partidaria, postula la teoría del "Estado Responsable" frente a los diversos problemas del hombre y de la sociedad. La responsabilidad del Estado radica en asegurar y mantener los servicios elementales que le permitan al hombre acceder a la salud, educación, vivienda, recreación, justicia, seguridad social, etc. La responsabilidad del Estado debe ser la piedra angular de una nueva doctrina en Salud, caracterizada por el respeto al hombre y su entorno y garantizada por un Estado moderno, justo, eficiente y dinámico en su capacidad de adaptaciones a los cambios que exige la modernidad industrial, científica y comunicacional del pluripolar mundo actual.

El "Estado responsable" debe resguardar las necesidades no satisfechas del hombre, producto de un mercado insensible que provoca y aumenta las diferencias entre pobres y ricos. Debe proponer limitantes de justicia al juego del mercado, normas de supervisión claras y equilibradas, con cumplimiento cabal, de manera de garantizar al hombre sus derechos y el acceso a sus necesidades básicas, de acuerdo a la declaración de la OMS. El Estado Responsable es indispensable para lograr una genuina igualdad de oportunidades. Sólo entonces puede emerger el Estado Neutral, custodio del orden y la armonía. Solo así pueden convivir una sociedad justa y equilibrada con una economía libremercada controlada, pero abierta, plurifocal, internalizada, internacionalizada y con énfasis en el desarrollo científico y tecnológico.

## II. LA CRISIS DE SALUD Y SU DIAGNOSTICO

La crisis de Salud en Chile actual es un reflejo de los cambios ocurridos en el mundo, tanto en la Medicina Científica, como en la Salud Pública, Tecnología de apoyo, Profesionalización del Recurso Humano, y Concepciones Económico-políticas de la sociedad. Se tratará de esquematizar lo ocurrido en Chile en cada uno de estos aspectos en relación a sus raíces mundiales.

**A.- Nivel de Salud del País.** En general, el nivel de Salud de un país se mide por "indicadores" que son muy variados, pero que principalmente se refieren a la mortalidad general, la morbilidad, la mortalidad infantil, perinatal, etc. En el Mundo, la mejoría progresiva de los Indicadores de Salud ocurrida desde fines del siglo pasado al presente, se ha debido cronológicamente, en primer lugar, a la mejoría del saneamiento ambiental (fig 1). Luego, entre las dos guerras mundiales y hasta 1970 aproximadamente, el perfeccionamiento de la atención médica y de los Sistemas de Salud han sido los responsables mayores. En adelante, en el último tercio de este siglo, la curva de indicadores de salud se ha desacelerado y tiende a estabilizarse. Se piensa que la leve mejoría de los indicadores ocurrida en los dos últimos decenios en los países desarrollados depende y dependerá en el futuro, del cambio de hábitos y conductas que inducen o favorecen el desarrollo de las enfermedades degenerativas crónicas del adulto como también de las enfermedades mentales (depresión, estrés), y de las alteraciones conductuales que llevan al alcoholismo y drogadicción, con sus subproductos de accidentes, violencias y muerte.

Chile, en esta evolución, no aparece claramente ubicado en ninguna etapa: es subdesarrollado por sus problemas no resueltos aún de saneamiento ambiental; está en desarrollo porque posee una buena atención médica y excelente Sistema de Salud y es desarrollado porque ha avanzado, aunque en balbucesos, en los aspectos preventivos y de cambios de hábitos y conductas, merced al esfuerzo pionero de pediatras, obstetras y salubristas en la época de los 50 y 60, con un equipo de salud motivado y entusiasta que ha trabajado en la atención primaria periférica, urbana o rural.

**B.- Costo de la Atención Médica.** En la actualidad, el problema mayor en todo el mundo es el desfinanciamiento de los Sistemas Públicos de Salud. Tal realidad está presente en los países capitalistas ortodoxos como en aquellos con Economía Social de Mercado. Así, si se analizan los costos

Fig. 1 CAUSAS DE MEJORIA DE LOS INDICES DE SALUD (MORBILIDAD GENERAL)

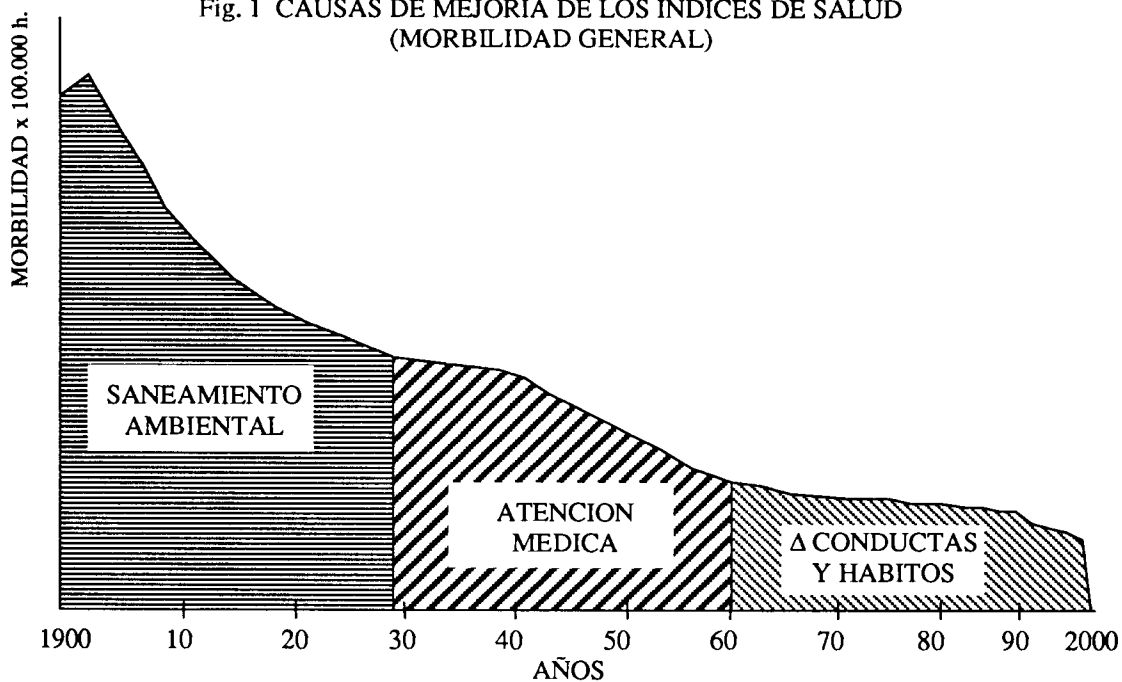
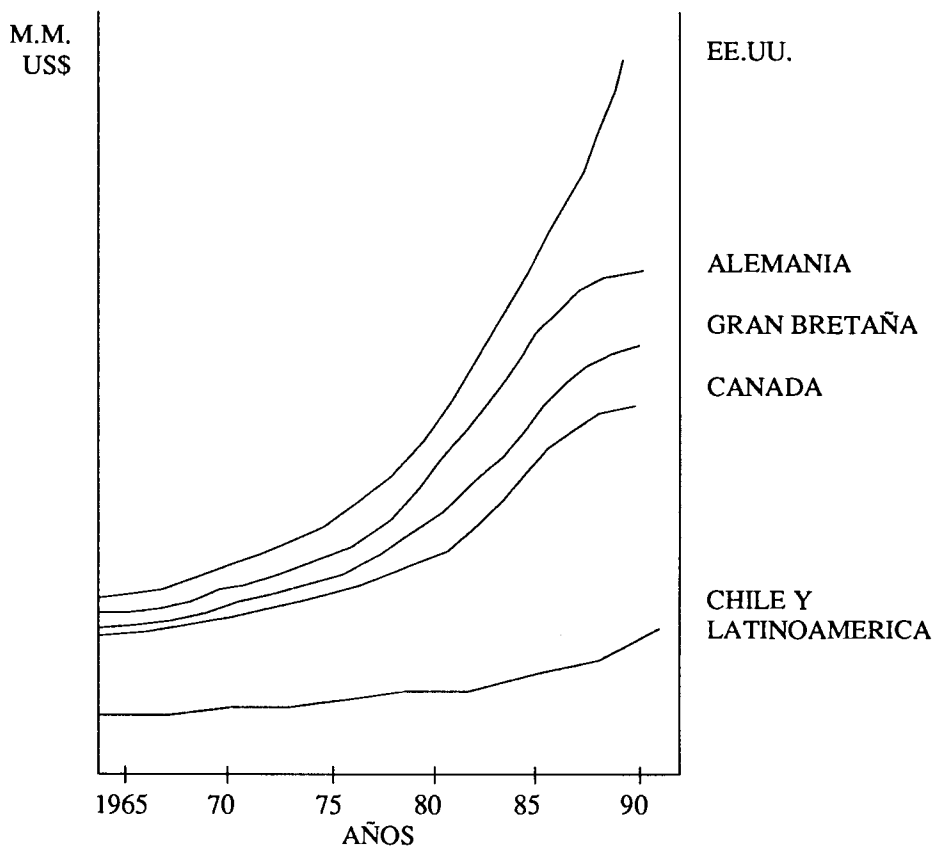


Fig. 2 EVOLUCION DEL GASTO EN SALUD SEGUN PAISES EN LAS ULTIMAS DECADAS



comparativos de la Salud en EE UU y los países europeos en las 3 últimas décadas, se observa un crecimiento sostenido de los costos entre 1965 y 1980 (fig 2). Luego, en lugar de estabilizarse o seguir creciendo al mismo ritmo, la curva se empina en forma casi logarítmica en EE UU, y algo menos en Europa. Por ello, tanto Alemania (Economía Social de Mercado), como Inglaterra (Economía Liberal Ortodoxa pero con sistema de salud socializado), han hecho esfuerzos por detener el alza creciente de los costos y sus respectivas curvas tienden a estabilizarse en un plateau. Este fenómeno se ha debido, en gran medida, a los costos espectacularmente crecientes de las nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento de la Medicina Científica Moderna (cirugía extracorpórea, anestesia, diálisis, neurocirugía, radioterapia, tomografía computadorizada, ecografía, laser, trasplantes, prótesis valvulares, de cadera, cristalino, etc).

En Chile, el costo de la Salud es extraordinariamente menor tanto en su total como en el per cápita, pero tiende a crecer significativamente en el último decenio, por las mismas razones que en el resto de los países desarrollados. Por ello, es perentorio tratar de detener el costo creciente posiblemente desenfrenado, que significa la proliferación de tecnología de punta, e implementar soluciones alternativas que no signifiquen deteriorar ni la calidad ni la cobertura total de la atención médica. Particular llamado de alerta va al sector privado y de ISAPRE que podrían seguir el fenómeno financiero de EE.UU.

**C.- Cambio del espectro biodemográfico de la población.** En las últimas 3 décadas, junto al crecimiento de la expectativa de vida, se ha producido en el país un cambio definido de la pirámide demográfica de país joven a una de población en proceso de envejecimiento. Ello ha determinado un aumento relativo de los ancianos y una disminución proporcional de los niños, transformándose la pirámide en una doble pirámide de base intermedia. Este cambio demográfico provoca y provocará un aumento cada vez mayor de las enfermedades degenerativas y del cáncer, que son afecciones crónicas, sin causa definida, multifactoriales en su patogenia y con diversos factores de riesgo. En ellas, sus causas son desconocidas, sus factores de riesgo, múltiples y variados (cigarrillo, alcohol, alimentación, etc) y su diagnóstico y tratamiento, complejos en su manejo profesional y tecnológico y por ende, muy costosos. Un enfoque racional en Salud frente a esta realidad debe ir dirigido a modificar hábitos y conductas en forma preventiva, lo que resultará a todas luces, más efectivo y menos oneroso.

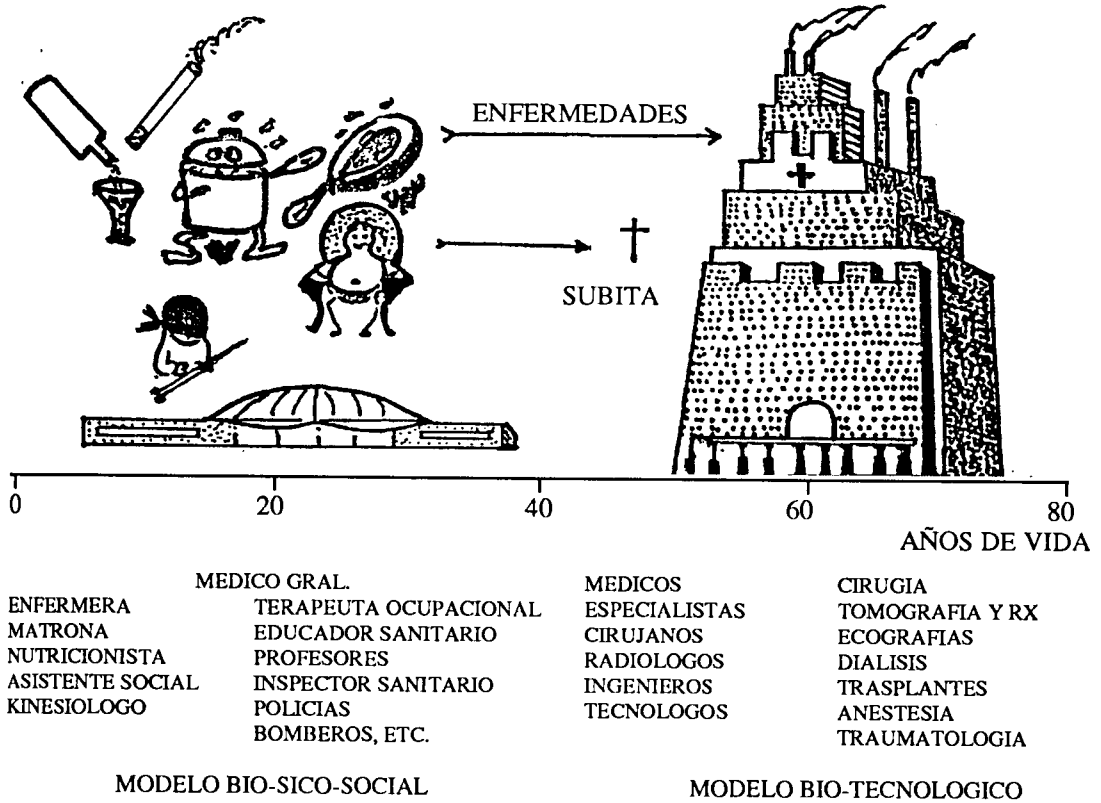
**D.- Crisis de la Profesión Médica.** Después de la 2ª Guerra Mundial, sobrevino un enorme progreso científico y tecnológico de la medicina. Los médicos, responsables en gran medida de este avance, lograron gran prestigio, status socioeconómico y aún más, poder político. Los médicos y la profesión médica, merced al desarrollo espectacular de este modelo, denominado bio-tecnológico (por aludir al apoyo del diagnóstico y la terapéutica en tecnología avanzada y compleja), lideraron no sólo el avance de la atención médica y de la salud pública, sino también impulsaron el progreso paralelo de la Ingeniería Médica y de la industria farmacéutica.

Sin embargo, en los últimos 3 decenios, nuevas ideas y enfoques conceptuales de la salud comenzaron a amenazar el status socio-económico y político de los médicos: necesidad de delegar acciones en profesionales de colaboración (que pronto comenzaron a competir con el médico, los psicólogos especialmente); necesidad de asesoría y delegación de funciones en administradores e ingenieros comerciales en el campo de la Administración de los Sistemas de Salud Pública; constitución y funcionamiento de equipos de salud multiprofesionales en las áreas de prevención, fomento y protección de la salud, que tuvieron pleno éxito; cambio del concepto de salud del de "ausencia de enfermedad" por el de goce pleno de bienestar físico, síquico y social, concepto que no sólo confirió patente de acción a rehabilitadores, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales desde el punto de vista físico, sino también a psicólogos y educadores en el campo psicológico y de conductas como también a sociólogos, ingenieros del ambiente, inspectores sanitarios etc, en el campo social.

Como consecuencia, la profesión médica se ha visto amenazada en su poder de liderazgo social y económico, y lo que es peor, no se ha dado real cuenta de la situación ni ha pensado en desarrollar acciones de cambio. Nuestra profesión médica, en general, persiste en desarrollar el modelo biotecnológico en su máxima expresión, la tecnología de punta con super especialistas, persiste en formar más especialistas, en amplificar la tecnología y como un sueño cibernético, crear robots computacionales que realicen el diagnóstico y el tratamiento (Fig 3).

**E.- Proletarización del Médico.** Los médicos chilenos en la última mitad del siglo han nacido y crecido trabajando en dos frentes a la vez: como funcionarios del Sistema Público de Salud y como prestadores privados de salud en su ejercicio liberal. Los bajos ingresos en el sector público han sido compensados con el ejercicio liberal y contraba-

Fig. 3 MODELOS DE ATENCION MEDICA



lanceados con el aprendizaje, formación, capacitación y experiencia adquiridos en el sector estatal.

Sin embargo, el auge creciente del modelo bio-tecnológico ya señalado, hizo que en los últimos 25 a 30 años, se desarrollaran cada vez más especialistas, tanto en número como en sub-especialidades. Así se ha llegado a hablar de especialistas de punta para referirse a aquellos con capacitación internacional y gran calidad tecnológica.

El resto de los médicos, particularmente los de consultorios y postas, de Hospitales Regionales y de Hospitales III y IV, siguieron indiferenciados, como médicos generales o a lo más, como médicos integrales o de familia. Ellos se mantuvieron en los servicios públicos, con sueldos bajos, u optaron por pasar a ser empleados de centros médicos, clínicas, Municipalidades o Isapres. Su ejercicio liberal se restringió o desapareció. Pasaron a ser los proletarios de la medicina. En esta categoría caen también algunos médicos de señalado prestigio y especialización, como los médicos de urgencia, de Unidades Intensivas y eventualmente, de las Maternidades.

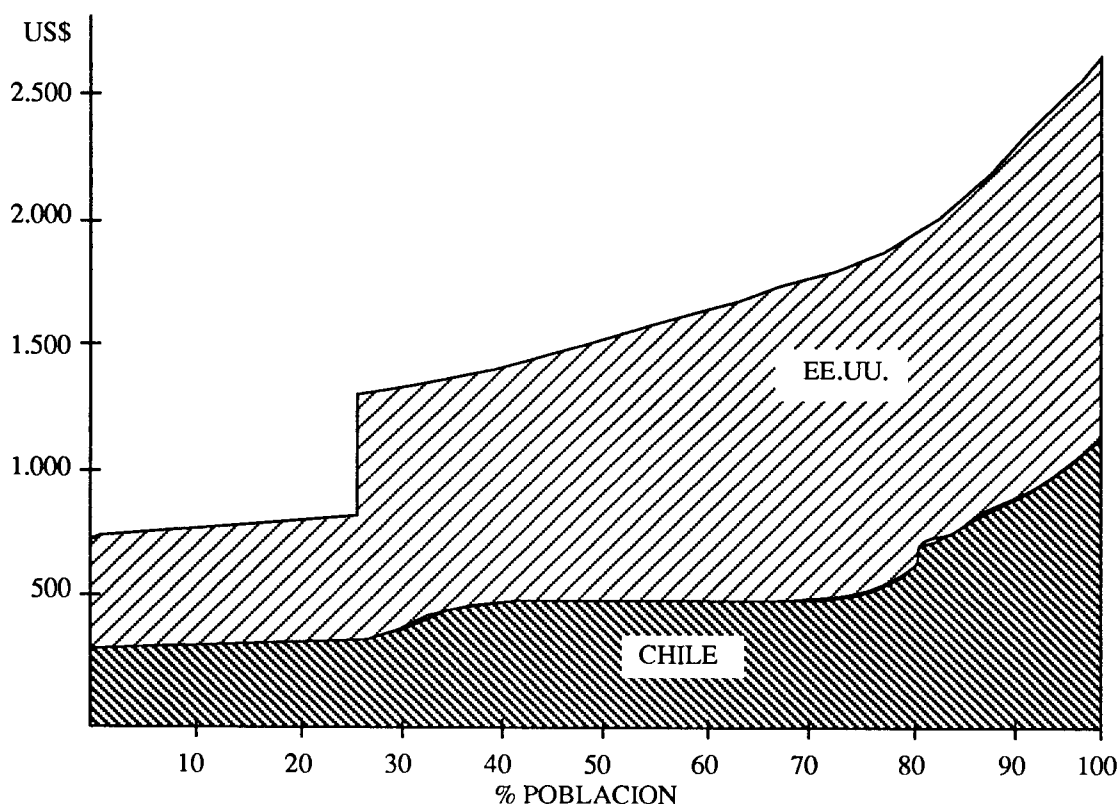
Desde nuestra visión, la proletarianización tuvo su

primer grito reivindicador y de protesta en el movimiento de renuncia de los Médicos de Urgencia.

**F.- Modelo de financiamiento de la Salud en Chile.** Actualmente el financiamiento del sistema público y de gran parte del sistema privado se hace por dos fuentes: la cotización obligatorio de salud de los trabajadores, cualquiera sea su status o condición socioeconómica y el Estado. Los trabajadores cotizan el 7% de sus remuneraciones, teniendo la posibilidad de elegir el sistema público FONASA o el sistema privado ISAPRE. El 28% de los cotizantes están adheridos a ISAPRE y el resto (72%) a FONASA (Fig 4). Sin embargo, existe un 32% de la población en edad de trabajar que son indigentes (indigentes puros) o indigentes médicos. Ellos no cotizan, pero son igualmente beneficiarios del Sistema Público de Salud.

Como en el sector público las cotizaciones de Fonasa no alcanzan a cubrir los gastos del sector, especialmente la atención terciaria, el Estado debe hacer un aporte fiscal directo, que es la diferencia entre lo que se realmente gasta y lo que se recibe por cotización. Para agravar las diferencias e inequidades del financiamiento, Fonasa destina cerca del 30% de

Fig. 4 GASTO EN SALUD PER-CAPITA SEGUN ESTRATOS POBLACIONALES COMPARACION ENTRE CHILE Y EE.UU.



sus cotizaciones para financiar el SNSS, y el Estado subsidia al sector privado en atención preventiva, en alimentación complementaria, y en subsidio materno-infantil. Resulta así que los trabajadores más pobres subsidian a los indigentes y más aún, también a los trabajadores más pudientes.

En el área privada, el mayor gasto de salud que requieran los beneficiarios es convenido con la ISAPRE con un contrato que estipula las atenciones preferenciales y el aporte adicional que ellas valen.

**G.- Advenimiento del modelo bio-sico-social.** Desde la reunión de Alma Ata (Rusia) a fines de los 60, la OMS ha venido propiciando la mejoría de la Atención Primaria (de choque o de primera "trincherá") como una estrategia de mejoría de la salud en los países subdesarrollados. Esta estrategia se basó en estimular el desarrollo de los "Organismos Locales de Salud", estructuras funcionales situadas cerca del individuo, de su familia y de su entorno (vivienda, lugar de trabajo, de diversión o esparcimiento, de desarrollo deportivo y social, etc). Allí, ideal y lógicamente, podía ponerse en práctica, fácil y económicamente, el modelo de atención comunitaria, con preocupación no sólo por el individuo,

sino también por el ambiente, por la salud social, por la salud laboral, por la recreación, la seguridad pública, etc. Además, aquel era el lugar lógico para controlar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas (obesidad, hipertensión, angina e infarto, etc) y de las alteraciones conductuales (alcoholismo, drogadicción, etc).

Nació así el modelo de atención de salud bio-sico-social (Fig 3), con el objetivo básico de obtener salud integral, calidad de vida y bienestar completo. Obviamente este modelo debe implementarse en la periferia y no en los hospitales que desarrollan atención secundaria y terciaria, que reciben las complicaciones del proceso primario. El modelo debe radicar en consultorios especiales, diferentes a los actuales, que dispongan de un equipo de salud multidisciplinario, liderado por un Médico Integral o de Familia, y que posea además, un nuevo actor de la mayor importancia: la comunidad organizada y motivada para participar en la proposición de soluciones y en señalar problemas y deficiencias.

Este modelo bio-sico-social es barato, efectivo y motivador de la participación social. En el espíritu de Alma Ata, la participación comunitaria debe ser

la palanca fundamental del desarrollo local y por tanto, de todo el país.

**H.- La crisis de los Servicios Públicos de Salud.** El sistema de Salud estatal, en nuestro país, está desfinanciado en forma importante y prolongada. Pero esta crisis no es sólo nacional sino mundial: los países más ricos del mundo (Alemania, Inglaterra, etc.), no son ya capaces de ofrecer una salud financiada, y ello a pesar del gran gasto que realizan en salud, como ya se ha explicado. Ello se debe al costo creciente del modelo biotecnológico, estimulado por las necesidades, exigencias y expectativas crecientes de la sociedad desarrollada. Las naciones en desarrollo van también por el mismo camino. La fórmula aplicada por varios países frente a este problema ha sido recortar, paulatina y progresivamente, los servicios de salud ofrecidos a la comunidad. Han reducido la oferta a lo que es posible financiar, renunciando a satisfacer la demanda real.

En nuestro país ha ocurrido el mismo fenómeno en los últimos 20 años, no sólo por motivos económicos sino también, políticos; de una salud socializada, solidaria y funcionarizada se ha tratado de pasar a una privada, con un Estado subsidiario y una concepción individualista de la seguridad social y de la atención de salud. La creación de las ISAPRE y su régimen de financiamiento preferencial, contribuyó también al desfinanciamiento del sector público nacional. Ellas recibieron no sólo un Estatuto legal de excepción, sino también subsidios abiertos o encubiertos desde el sector público.

En suma, nuestro Sistema de Salud Pública está desfinanciado por baja inversión, recorte de prestaciones e inequidad en la distribución de los fondos financieros, a lo que se suma el aumento general (nacional e internacional) del costo de la salud impuesto por el modelo biotecnológico.

**I.- Cuestionamiento y desprestigio de la profesión médica.** La insatisfacción del beneficiario frente a su salud pública y aún del beneficiario de las ISAPRE frente al sistema, como lo prueban las recientes encuestas nacionales, ha inducido al público a buscar los presuntos culpables. Es fácil encontrarlos en el Estado, en el gobierno y en los mismos médicos, sean ejecutivos del gobierno, sean simples tratantes en los servicios públicos o en los hospitales o clínicas privadas. El resultado general es una creciente inquietud e insatisfacción de los médicos y un cuestionamiento de la legitimidad del Estado por los beneficiarios y el público en general, debido a la pérdida de confianza en ambos actores, médicos y Estado, por su incapacidad de resolver la crisis de la salud, que importa sobremanera a la población.

**J.- Otros déficits actuales del Sistema Público.**

Además del déficit de financiamiento, el sistema público nacional sufre diversas otras carencias, que detallaremos sucintamente:

- a) Estructuras hospitalarias y de consultorios añosas, deterioradas, y muchas irrecuperables. Ello obliga a gastos ingentes pero desperdiciados en mantención y reparación;
- b) Equipamiento industrial (calderas, ascensores, baños y servicios, etc) en malas condiciones u obsoleto para el requerimiento moderno (calderas no contaminantes, etc);
- c) Baja o nula inversión en equipamiento médico, que aunque recuperada en parte en los últimos 3 años, está mal orientada y distribuida;
- d) Presupuesto insuficiente para insumos y medicamentos;
- e) Déficit del recurso humano, tanto en número, capacitación como recuperación. El déficit en enfermeras, matronas, asistentes sociales, técnicos paramédicos, etc., fluctúa entre un 15 y un 40%.
- f) Atención Primaria descentralizada en las Municipalidades, sin mística ni organización vertebrada, salvo en el papel.
- g) Recurso humano profesional y de colaboración en atención primaria sin capacitación, carrera funcionaria ni perspectivas de ascenso.
- h) Atención primaria municipalizada incapaz de cumplir con las necesidades inmediatas del modelo bio-sico-social.
- i) Descentralización insuficiente y mal implementada de los Servicios de Salud, especialmente en el financiamiento: no se ha descentralizado el antiguo Servicio Unico sino que sólo se ha desconcentrado en 27 Servicios pseudoautónomos;
- j) Gestión administrativa y financiera con deficiencias, particularmente por equipamiento incompleto y obsoleto (computación, sistemas contables, sistemas de manejo de personal, etc).
- k) Atención médica impersonal y deshumanizada: el médico está desmotivado, y atiende lo estrictamente necesario, teniendo como excusa (no admisible ética ni moralmente) que está mal pagado. Ello constituye un excelente modelo de emulación para el resto del personal.

### III. BASES IDEOLOGICAS

Un Sistema de Salud moderno, humanista y capaz de satisfacer las necesidades de la población, con un equilibrio óptimo entre el modelo biotecnológico vigente y el modelo bio-sico-social emergente, debe basarse en los siguientes postulados ideológicos:

**1.- Derecho a la Salud.-** Es uno de los derechos humanos que asegura la Constitución Política del Estado chileno. Por tanto, el Estado debe tener un rol preminente en su cuidado, fomento y protección. Un primer problema de ideología política es definir dicho rol en términos de responsabilidad total o parcial, de participación activa o subsidiaria, etc.

Postulamos un Estado responsable que garantice la salud de los chilenos bajo principios de solidaridad, equidad y participación social.

El rol del Estado en la Salud debe ser consecuentemente activo, preeminente y responsable, y no solo “subsidiario”, esto es, atento sólo a aquellos sectores o problemas en que la iniciativa privada no participa, sea porque no le interesa o porque no es rentable para sus fines de lucro.

Por otro lado, tampoco creemos en un Estado hegemónico que detente todas las acciones de salud en forma monopólica. Debe respetar la iniciativa privada, pero no puede prescindir, acorde con su responsabilidad nacional, de controlar, supervisar y requerir la optimización de las acciones de salud que el área privada efectúe, cualquiera sea su tamaño, significación o cobertura.

**2.- Solidaridad.-** El sistema debe asegurar el acceso a una salud básica a todos los habitantes del país, cualquiera sea su situación socioeconómica, ruralidad, marginalidad y aislamiento o pobreza. Para ello, todos los habitantes deben contribuir solidariamente a su financiamiento, de acuerdo a sus ingresos y posibilidades socioeconómicas. Los que tienen más o que no se enferman durante un período largo de su existencia (jóvenes) deben contribuir solidariamente, en una proporción adecuada y posible, a la atención médica de los más desvalidos, de los grupos de riesgo y de los indigentes. La forma en que se regule, defina y ordene tal solidaridad, debe ser establecida por la Ley y sus Reglamentos. En esta ordenación legal debe haber una participación amplia de la comunidad con ideas y sugerencias.

**3.- Equidad.-** Se debe asegurar la atención médica integral a todas las personas, en un nivel básico como también en niveles de mayor complejidad. Tal aspiración debe ser referida no solo a la salud de las personas sino también a la salud del ambiente.

**4.- Participación.-** Debe ser la propia población la llamada a pronunciarse sobre sus necesidades de salud, sea a nivel local, comunitario, como también en ámbitos más amplios, en particular redefiniendo los estilos de vida y hábitos de salud personal y poblacional.

**5.- Capacitación.-** El ciudadano y la sociedad deben tener acceso a fuentes de capacitación en el

auto-cuidado de la salud y en el conocimiento de las técnicas básicas de saneamiento ambiental, familiar, poblacional y personal.

**6.- Integralidad.-** La salud debe abarcar no sólo lo curativo, sino también los aspectos preventivos, de fomento, protección y rehabilitación, considerando todos los riesgos sociales (accidentes, enfermedades comunes, enfermedades del trabajo, etc.).

**7.- Internacionalidad.-** Debe conectarse con la salud integral de los demás países, tanto en los aspectos preventivos como en catástrofes, epidemias, preocupación por el medio ambiente, etc.

**8.- Libre elección:** cada persona tendrá derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea estatal o privado. Este principio, que ha sido de valor inestimable para los médicos, es difícil de cumplir en la práctica, por las serias limitaciones financieras que tiene el acceder al sistema privado para la inmensa mayoría de la población.

#### IV. PROPOSICIONES Y/O REFORMAS

##### A.- Concepción y marco general.

El Sistema Nacional de Salud debe ser mixto, con participación de los sectores público o Estatal y privado. A ellos se pueden agregar las organizaciones solidarias sin fines de lucro (ONG y otras). La proporción de participación de uno y otro sector en cuanto a extensión, cobertura y financiamiento, deberá ajustarse a la realidad actual y a los lineamientos del programa propuesto.

Al Sector Público, regido por el Ministerio respectivo, le corresponderá un rol normativo, directivo, coordinador y supervisor de todo el sistema nacional, para lo cual debe:

1. Definir políticas, planes, normas y programas de salud;
2. Ejecutar las acciones curativas que le corresponda en su sector y las acciones de fomento y protección de índole nacional, ajenas a las propias del modelo bio-sico-social (ver más adelante);
3. Supervisar normas, leyes y programas en los subsectores privado, municipalizado u otros;
4. Contribuir al financiamiento de la atención de salud mediante un aporte complementario directo;
5. Administrar la recaudación y entrega de los fondos obtenidos por cotización, aporte solidario empresarial y otros.

##### B.- Estructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

La actual estructura del SNSS se caracteriza por



tener, además del Ministerio y las Secretarías Regionales, 27 Servicios de Salud descentralizados, que tienen por funciones y objetivos los propios del Ministerio, por acción delegada, y además:

1. Administrar los hospitales, consultorios y postas correspondientes a su territorio jurisdiccional;
2. Ejecutar, controlar y supervisar las acciones de protección, fomento y rehabilitación de salud;
3. Realizar el control sanitario y de las profesiones médicas que la Ley y el Código Sanitario le encomiendan;
4. Realizar y supervisar el programa de Salud del Ambiente.

### C.- Descentralización.

El SNSS ha sido establecido en base a una concepción de descentralización, atendiendo al principio que los organismos locales conocen mejor su realidad y al gozar de autonomía, pueden resolver los problemas con más precisión que si ellos lo fuesen merced a decisiones centrales. Sin embargo, no se ha logrado una real y efectiva descentralización a nivel de los Servicios de Salud, persistiendo aún una gran nebulosa respecto a lo que es descentralización. Por otro lado, los diferentes actores entienden diferentes cosas por descentralización, y el nivel central sigue manteniendo un gran centralismo, en tanto que su discurso es que se debe profundizar la descentralización.

Una efectiva descentralización debe considerar las necesidades y derechos de la población local en lo relativo al acceso a la Salud, a la disponibilidad de recursos, participación y satisfacción de las necesidades bio-sico-sociales de cada región o comuna del país. Para asegurar tal condición, se debe hacer una delegación efectiva e institucionalizada de funciones, de autoridad y de recursos humanos y financieros, de modo tal que los niveles periféricos puedan tomar decisiones adecuadas y eficaces.

Por otro lado, la descentralización no puede significar una atomización o desmembramiento del Sistema, debiéndose asegurar su integridad y coordinación nacional.

Pensamos que el nivel de descentralización debe estar radicado en los Servicios de Salud, y que el proceso debe ser efectivo y no mera declaración de principios. Para ello es preciso que los Servicios:

1. Tengan facultad real para proponer sus programas y presupuestos locales;
2. Tengan efectiva autoridad delegada, tanto administrativa como de gestión;
3. Posean un adecuado manejo de personal y de recursos financieros, para lo cual es preciso

flexibilizar las normas administrativas del sistema público nacional como las del Estatuto Administrativo en lo que se refiere a manejo, control y carrera funcionaria del personal.

### D.- Implementación del modelo bio-sico-social.

El desfinanciamiento de los sistemas públicos de salud se ha producido en gran medida por los costos crecientes ocasionados por el auge y desarrollo del modelo bio-tecnológico ya descrito (Fig 3). Tal desarrollo no puede detenerse, porque lleva implícito el progreso científico y el avance de la medicina como ciencia. No puede tampoco negarse, en aras de un abaratamiento del sistema para lograr mayor cobertura, una atención médica muy especializada o de punta que requieren algunas patologías, las que además suelen ser muy poco prevalentes o de ocurrencia excepcional. Por ejemplo, no puede negarse una diálisis como tampoco una cirugía cardíaca compleja, la separación de siameses o los trasplantes, aún cuando todas sean intervenciones muy caras, que requieren gran tecnología, numeroso recurso humano calificado e implican gran costo. No es ético aceptar que tales procedimientos no se realicen por ser muy onerosos y capaces de hipotecar las posibilidades de tratamiento de un gran número de pacientes con patologías menos graves o complejas, cuyo manejo resulta más barato y de gran rendimiento desde el punto de vista financiero-contable.

Todo chileno debe tener acceso a ambos tipos de terapéutica, la frecuente y barata y la excepcional y cara. Las limitaciones deben ser sólo las que deriven de la disponibilidad del país en recursos tecnológicos y de la preparación técnica y científica del recurso humano.

Si no se puede detener abruptamente el crecimiento del modelo bio-tecnológico, es preciso buscar soluciones alternativas que permitan a la vez:

- mejorar hábitos y conductas y gracias a ello;
- continuar la mejoría de los indicadores de Salud;
- abaratar los costos del Sistema de Salud;
- prevenir el aumento de patologías propias del desarrollo (enfermedades mentales, enfermedades crónicas del adulto, accidentes, violencias, alcoholismo, drogadicción, etc);
- promover la real participación de la comunidad en el cuidado de la Salud;
- permitir la concreción del concepto de salud integral;
- lograr mejorar la calidad de vida de la población.

Todo ello se logra con el impulso al desarrollo del modelo bio-sico-social en el país. Este modelo, barato y con bases ya establecidas en nuestro medio,

debe ser mejorado, implementado adecuadamente y privilegiado en su desarrollo en los años sucesivos. Solo así se puede lograr un equilibrio entre la demanda real de atención de salud y el gasto.

### **Propuestas para el desarrollo del modelo bio-sico-social:**

- a) Ampliar y reglamentar la prevención de enfermedades de la más variada índole, susceptibles de tal estrategia, mediante la modificación de la actual Ley del SNSS o crear una nueva Ley con tal objetivo.
- b) Reforzar el equipo de salud en todos los consultorios grandes y transformarlo en un equipo multiprofesional para cumplir el modelo bio-sico-social (BSS).
- c) Propiciar que todos los programas nacionales de prevención, protección y fomento de las diversas enfermedades estén a cargo de los equipos de salud integral creados para el nuevo modelo BSS.
- d) Construir o adaptar los Consultorios de alta Resolución en Salud (CRS), propuestos por el Banco Mundial, de modo que pasen también a ser sedes del modelo BSS. Estas estructuras deberán tener salas de conferencias, de seminarios, videos, representaciones, y talleres en lugar de consultas médicas clásicas. Obviamente, la atención correspondiente a los Programas Nacionales se hará en ellos en la forma clásica.
- e) Dotar al CRS de una estructura de atención médica que permita una rápida resolución diagnóstica por especialistas en los casos más simples o que requieran tecnología menos compleja.
- f) Los médicos que se desempeñan actualmente en atención primaria deberán optar por dos caminos posibles:

1.- Transformarse en un Médico Integral, líder del equipo de salud y encargado de estructurar, dirigir y dinamizar la participación social implícita en el modelo BSS.

2.- Continuar como tratante de Atención Primaria, sea en medicina general de adultos o en pediatría general, para lo cual deberá ofrecer su consulta privada, si esta situada en el entorno local (barrio, comuna, pueblo, etc.) correspondiente. Allí atenderá a la población local por libre elección, sea en forma pública delegada, sea en forma privada o mixta. Por tal atención recibirá un honorario, libre si es atención privada, o por bono arancelario regulado, si es Fonasa o ISAPRE. En el caso del bono Fonasa, éste cubrirá a los beneficiarios indigentes (pre-pago gratis) o no indigentes (pre-pago bonificado o no como es en la actualidad).

El arancel será único para todo el sistema Fonasa, pero en nivel 2 o mayor, de manera de promover el interés por la atención de medicina general en el nivel primario. Se firmará un Contrato al estilo del Fonasa actual para oficializar la adherencia del médico general al sistema público por un período determinado.

f) Los consultorios periféricos grandes, municipalizados o no, podrán ser transformados en CRS o CBSS. Para ello, el equipo de salud se mantendrá en dicho local, liderado por un Médico Integral del equipo previo u otro contratado previo concurso (Ley de Concursos Médicos). El resto de los médicos del Consultorio Primario se trasladarán a sus consultas o bien, optarán por especializarse o derivarán a otros sistemas públicos o privados.

El personal paramédico que no tenga cabida en estos consultorios, será trasladados, previo acuerdo, a los hospitales base o a otros consultorios.

Los Consultorios Primarios más pequeños, que no sean aptos para transformarse en CRS-CBSS, serán cerrados y su personal trasladado de acuerdo al esquema anterior.

g) Los Médicos Integrales deberán tener capacitación especial en el currículum de las escuelas de medicina y gozarán de la categoría de Especialistas, como Médicos de Familia o Integrales.

h) Las escuelas de medicina deberán adecuar rápidamente sus currícula a esta nueva realidad.

### **SISTEMA SOLAR DE SALUD REGIONAL**

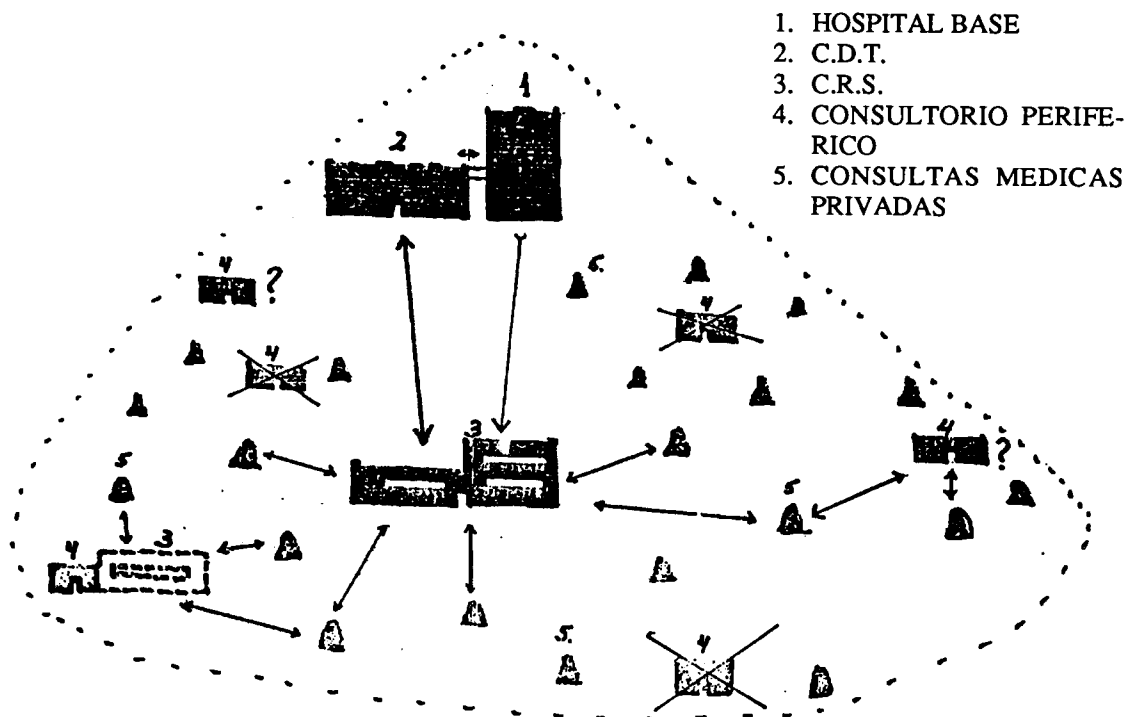
En cada región o subregión donde exista un Hospital Base, la atención médica se estructurará en un modelo solar u orbital, en el que se distinguirán niveles y referencias;

#### **A.- Niveles.**

1.- Nivel terciario y cuaternario o de punta: estarán radicados en los hospitales base y en institutos especializados adjuntos. Allí se hará la hospitalización (Fig. 5).

2.- Nivel secundario: corresponderá a los consultorios adosados de especialidades o CDT en la nomenclatura del Banco Mundial. Constituirán estructuras funcionales adosadas a los hospitales base, a los que servirán de apoyo, o bien, estarán independientes del hospital, en una ciudad o barrio importante. Efectuarán diagnóstico y terapia ambulatorias, para lo cual deben estar dotadas de alta tecnología para ambos fines (Rx, tomografía computarizada, radioterapia, cirugía endoscópica, oftalmológica, odontológica, etc). Contarán con médicos especialistas y personal profesional de co-

Fig. 5 SISTEMA SOLAR DE ATENCION MEDICA Y REFERENCIAS



1. HOSPITAL BASE
2. C.D.T.
3. C.R.S.
4. CONSULTORIO PERIFERICO
5. CONSULTAS MEDICAS PRIVADAS

laboración, también especializado.

3.- Hoteles u hospederías para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y que acuden de otras regiones o pueblos satélites para ser sometidos a exámenes o intervenciones terapéuticas (tratamientos citotóxicos, cirugía invasiva ambulatoria, cirugía oftalmológica, etc).

4.- Consultorios del Modelo Bio-sico-social (CBSS) o de elevada Resolución en Salud (CRS según la nomenclatura del Banco Mundial). Serán de construcción nueva o de adaptación de los consultorios grandes actuales. Tendrán salas de conferencias, salas de demostraciones y videos, talleres para seminarios o aprendizaje de técnicas de alimentación, aseo, cuidado general, protección de la salud, etc. Allí se realizará la modificación de hábitos, actitudes y conductas. En este consultorio trabajará el Médico Integral con el equipo de salud, junto a los representantes de los diversos actores de la comunidad (profesores, juntas vecinales, policía, trabajadores, empresarios, etc).

En el CBSS o CRS modificado trabajarán además los equipos de salud clásicos, encargados de los programas nacionales (materno infantil, del adulto, del senescente, etc).

En los CRS (o CBSS) trabajarán además los especialistas de rápida resolución, denominados así porque dispondrán de un equipamiento de apoyo diagnóstico y terapéutico simple o de baja complejidad, que les permitirá resolver en forma expedita las referencias más sencillas que les formulen los médicos de Atención Primaria.

5.- Atención Primaria. Estará a cargo de médicos generales en sus propias consultas. Recibirán un bono pre-pago y atenderán por libre elección y no por población asignada. Como en su mayoría serán médicos experimentados y preparados, harán una buena atención médica resolutoria en su gran mayoría, y en caso de necesitar interconsultas, éstas serán poco numerosas y por problemas importantes.

**B.- Referencias.** El nivel Primario hará sus interconsultas exclusivamente al CRS en el área pública. Si el paciente quiere ser derivado al área privada, puede hacerlo, pero deberá pagar el total de sus atenciones.

Si el CRS no puede solucionar el problema, referirá el caso al CDT respectivo. Si éste no lo puede resolver o requiere hospitalización para ello, lo enviará al hospital base respectivo o al instituto especializado adecuado.

Una vez resuelto el diagnóstico e instituido el tratamiento adecuado, el paciente será devuelto al médico general de atención primaria que él elija (que podrá ser el mismo inicial u otro). Este sistema de referencias permitirá que ellas sean ordenadas, regladas y eficaces, porque serán debida y oportunamente comunicadas al médico general, situación que está muy lejos de ocurrir en el sistema actual. Además, al resolver periféricamente un gran número de interconsultas y problemas médicos, los CDT y hospitales recibirán menor carga asistencial y podrán realizar con más dedicación sus atenciones compleja.

## V. SISTEMA DE FINANCIAMIENTO

La idea rectora de financiamiento es evitar un mayor gasto de salud que sobrepase un porcentaje prudente del PGB del país. Si el gasto actual se calcula en el 1,3% del PGB, nuestra proposición es elevarlo levemente, no más allá de un 1,5 a 1,6%. Para ello será necesario equilibrar el gasto mediante una detención o reducción moderada, lenta y paulatina del modelo Bio-tecnológico y un crecimiento rápido y significativo del modelo BSS. El punto óptimo de equilibrio entre ambos modelos debe ser alcanzado en forma gradual y en ningún momento debe entenderse que el crecimiento de uno irá en desmedro del otro o viceversa. No puede haber un antagonismo entre ambos modelos, porque son naturalmente complementarios en la atención de salud. El modelo bio-tecnológico debe seguir creciendo en el sector público, hasta obtener un equipamiento adecuado. El modelo bio-sico-social comenzará a dar los frutos que de él se esperan (reducción de la morbi-mortalidad general) sólo a largo plazo, y después de por lo menos una generación de chilenos que asimile los cambios de hábitos y conductas.

El equilibrio óptimo en costo-beneficio de ambos modelos debe darse espontánea y naturalmente con el tiempo, si la hipótesis planteada resulta válida. Por ello sus frutos no los veremos en este siglo, sino en el próximo, pero si no partimos con las reformas de inmediato, el problema actual puede llevarnos a una crisis de proporciones.

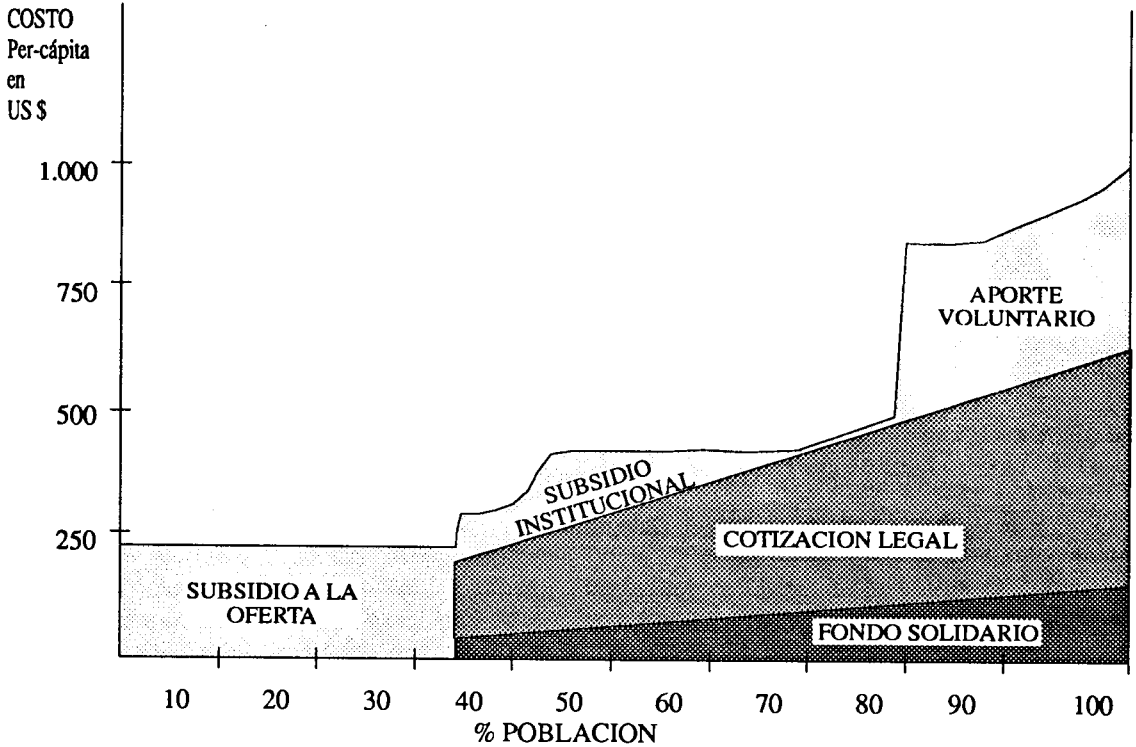
### Financiamiento global.

- a) Se mantendrá el % de cotización del 7% por trabajador y su afiliación voluntaria a Fonasa o Isapre.
- b) Se establecerá como límite de la indigencia médica un ingreso menor a 28 mil pesos (Categoría B actual).
- c) Se establecerá un Fondo Solidario de Salud con

el aporte del 1,5% de las cotizaciones de todos los trabajadores, sean de Fonasa o Isapres (fig 6). Este fondo aportará aproximadamente 75 mil millones de pesos al año, estimación según el presupuesto de financiamiento del sector para 1994.

- d) A este fondo también deberán concurrir los empresarios con una cotización equivalente a la de la Ley de Accidentes del Trabajo (0.9%) que será proporcional al tamaño de la empresa y a la concurrencia o no a la Ley de Accidentes del Trabajo.
- e) El Estado concurrirá con un Subsidio Complementario a la oferta de acuerdo a la diferencia que se produzca entre el aporte del Fondo Solidario y el gasto real del sector de "indigentes". A este aporte adicional se debe sumar el subsidio que se dará a los beneficiarios de Fonasa para la Atención Institucional (atención terciaria en Hospitales públicos).
- f) El subsidio a la oferta en atención primaria se hará con un pre-pago por bono (similar a Fonasa), pero subsidiado en un 100% para los indigentes. Estos, mediante su carnet de salud retirarán el bono, previo pago de un ticket moderador de 100 a 500 pesos según el dictamen de la asistente social clasificadora. Con el bono, el paciente concurrirá a la consulta de un médico general de Atención Primaria, al que elijirá espontáneamente libre elección).
- g) El médico de Atención Primaria recibirá el pago de dicha atención del Fondo Solidario, subsidiado si es necesario por Subsidio Estatal a la oferta. Ello porque se entregará el dinero al prestador del Servicio (médico general) y no al beneficiario. Este último, si fuese quien recibiera el subsidio (subsidio a la demanda), podría solicitar su atención a cualquier prestador del área privada, lo que indudablemente encarece el costo de atención y hace rápidamente insuficiente el subsidio estatal.
- h) En el resto, el sistema Fonasa seguirá igual, pero el cotizante recibirá:
  - un mayor fondo de libre elección, porque el Fondo Solidario eliminará el subsidio actual de Fonasa al sistema público;
  - un subsidio institucional que mejore su actual condición de semi-indigencia para la atención terciaria o de punta.
- i) Se eliminan los subsidios estatales a las ISAPRE.
- j) La mejoría del sistema ISAPRE pasa por una readecuación y repactación de las cotizaciones adicionales por los beneficiarios.

MODELO DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PARA CHILE



VI. PLAN PUENTE O PUESTA EN MARCHA

Es evidente que la crisis actual de la atención médica nacional no puede esperar los frutos del nuevo modelo BSS que propiciamos. La implementación total del modelo demorará por lo menos una generación y pasa por adecuar los currícula universitarios y las estructuras necesarias para instalar los CBSS y CRS. Es preciso además, readecuar el modelo tecnológico, deficitario aún en muchos aspectos, aunque sobredimensionado en otros. En relación a este aspecto, para eliminar los déficits de atención secundaria y terciaria, se requiere reasignar recursos en una primera etapa, a la espera que el equilibrio con el modelo emergente BSS de sus primeros resultados en cuanto a reducción de morbilidad general y específica y consiguiente ahorro en el gasto.

Por ello, proponemos a corto plazo:

Modificar el financiamiento del sistema actual haciéndolo más solidario.

Crear por ley el Fondo Solidario Nacional.

Lograr un aporte adicional al Fondo Solidario de parte de los empresarios, con el objetivo de mejorar la salud general y laboral. Modificar gradualmente los consultorios de atención primaria para transformarlos en CRS o CBSS.

Construir y/o acelerar la construcción de CRS en Santiago y Provincias.

Modificar los currícula de las escuelas de medicina en consonancia con el desarrollo de los modelos propuestos.

Crear la especialidad de Médico Integral, que debe cumplir el liderazgo en la organización y desarrollo de la salud comunitaria. Modificar el arancel médico en dos categorías (tal vez con subcategorías): a) médico general, equivalente a nivel 2 actual o más, y b) médico especialista a nivel 3 actual o más. Los consultorios pequeños municipalizados que no se transformen en CBSS o CRS se eliminarán y su personal será redistribuido adecuadamente en estos nuevos consultorios, respetando derechos, carrera y especialización de todo el personal.

Se deberá crear un sistema de organización participativa de la comunidad en los organismos locales de salud, parecido o siguiendo el modelo de los Coredes, que constituya el núcleo de acción para obtener salud integral y bienestar social. Tal organización participativa (Consejo o similar) deberá proponer programas diagnosticar defectos y proponer soluciones para los problemas locales de salud pública, tanto de las personas como del ambiente. Descentralizar los Servicios de Salud.

### **A mediano plazo:**

Flexibilizar el Estatuto Administrativo y las leyes de funcionamiento del Estado.

Establecer atención de Urgencia en Sapus, CRS y CBSS en los hospitales base, de modo que se respeten las referencias en forma estricta. La APCC debe transformarse en un centro cuaternario o Instituto de Urgencia compleja, a nivel nacional.

### **A largo plazo:**

Reponer estructuras hospitalarias y de CDT modernos, funcionales, de no más de 300 camas, con personal capacitado, motivado y bien remunerado.

## **RESUMEN**

### **UN PROYECTO DE SALUD PARA CHILE**

Proyecto Global a considerar por el Colegio Médico de Chile.

Autoría: Comisión de Salud del Partido Radical de Chile.

La Comisión de Salud del Partido Radical ha realizado un prolongado estudio de un Modelo de Atención Médica que satisfaga las aspiraciones de la gente y que sea factible para la realidad chilena, descartando meras copias o adaptaciones de modelos foráneos. El diagnóstico de la realidad actual es:

- 1.- Una atención de Salud eficiente en líneas generales, con reducción importante y significativa de los indicadores de salud (morbi-mortalidad general, mortalidad infantil, materna, gran cobertura de vacunaciones, erradicación de infecciones, etc);
- 2.- Un gasto de Salud muy bajo (1,3 del PGB) y relativamente parejo para el 72% de la población y aproximadamente el doble para el 28% restante;
- 3.- Cotización obligatoria del 7% de sueldos o salarios, individual y no solidaria, aportada por el 68% de la población en edad de trabajar. El resto, indigentes absolutos no cotizan;
- 4.- Aporte fiscal directo del Estado y subsidio de Cotizantes de Fonasa para el sector indigente. Aporte individual adicional y subsidio estatal directo o disfrazado para el sector pudiente de las Isapres. Sector intermedio de Fonasa subsidiando al sector indigente sin alcanzar a costear prestaciones complejas.
- 5.- Modelo de Salud bio-tecnológico (hospitales o clínicas con equipos sofisticados y caros) en auge desmedido, de gran costo y cobertura parcial o escasa (sectores ISAPRE y FONASA

privilegiados al respecto).

- 6.- Recurso humano escaso y mal pagado, lo que sin embargo ha permitido que el Sector Público de Salud mantenga costos comparativamente bajos. El milagro es su eficiencia, a pesar de las grandes deficiencias en algunos sectores de la atención médica.

### **Proposiciones de solución a corto, mediano y largo plazo.**

**A largo plazo:** Es la solución básica a nuestro juicio: consiste en reforzar, privilegiar y/o crear (según corresponda) el modelo llamado bio-sico-social. Este tiene por objetivo prevenir la enfermedad y proteger la salud integral de la comunidad, mediante la acción conjunta del equipo de salud (médico general, enfermera, matrona, asistente social, kinesiólogo, educador sanitario, nutricionista, etc) y la comunidad local organizada por comunas, barrios, poblaciones o uniones vecinales, en las que colaborarán profesores, ingenieros, policías, bomberos, empresarios, gremios de trabajadores, clubes deportivos, ONG, parroquias, etc.

Este modelo es de bajo costo, sin tecnología compleja y de gran eficiencia, porque permite mejorar hábitos, actitudes y conductas perniciosas que llevan (a corto o largo plazo) a la enfermedad grave, complicada, al alcoholismo, drogadicción, accidentes, violencias, o a la muerte.

Para instalar o perfeccionar el modelo se requiere:

- a) Un equipo de Salud preparado en Salud Pública, bien capacitado y remunerado;
- b) una estructura con salas de conferencia, seminarios, videos o talleres para la educación de la comunidad;
- c) un especialista de baja complejidad para resolver, rápida y expeditamente, las interconsultas simples pero a la vez, las más frecuentes;
- d) atención médica primaria desconcentrada desde los consultorios primarios a las consultas de los médicos generales, que atenderán por libre elección y con un prepago por Isapre, Fonasa o subsidio a la oferta.

### **A mediano plazo:**

- a) Transformación, en forma lenta y progresiva, de los consultorios primarios en centros de modelo bio-sico social;
- b) preparar los médicos generales necesarios para el modelo integral o familiar, al igual que los demás profesionales de colaboración, como también paramédicos, administrativos y auxiliares.

**A corto plazo:**

- a) Modificar el financiamiento actual del Sistema, haciendolo más solidario, sin aumentar su costo individual ni el aporte fiscal directo; para ello se propone destinar un 1,5% del 7% de la cotización individual (sea de FONASA o ISAPRE) a un Fondo Solidario que permitirá subsidiar la oferta al sector indigente. Se calcula el rendimiento de este Fondo en 70 mil millones de pesos anuales. A él se le sumará un aporte de los empresarios por fijar y el actual aporte fiscal directo, que es subsidiario y variable, y que históricamente es de aproximadamente 60 a 90 mil millones anuales.
- b) Construir, al más breve plazo, los Consultorios de Alta Resolución en Salud (CRS) con fondos del Banco Mundial, donde se instalarán los equipos locales del modelo preventivo bio-sico-social. Iniciar las transformaciones de los consultorios primarios grandes en CRS a cargo de las Municipalidades u ONG que posean financiamiento adecuado al respecto. Los recursos humanos no médicos de los consultorios primarios pequeños o de Municipalidades pobres, serán traspasados a los CRS para hacerlos funcionar. Los médicos primarios seguirán como médicos generales a cargo del equipo de salud del modelo bio-sico-social o serán médicos tratantes en sus consultas privadas situadas en el entorno local (barrio, comuna, pueblo, etc). El financiamiento a corto plazo requerirá de un

refuerzo adicional del Aporte Fiscal Directo. A mediano y largo plazo, el gasto excesivo del modelo bio-tecnológico (atención en hospitales) se compensará con el menor gasto de la atención preventiva primaria y con la disminución de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de la drogadicción, alcoholismo, violencias, etc. que generará menor gasto global para la Salud del país.

**REFERENCIAS**

- 1.- Colegio Médico de Chile. Temas de Trabajo Médico. Simposio Diciembre 1991.
- 2.- Gyarmati G. La crisis de Medicina y el rol de la profesión médica en ella. *Vida Médica* (1992) 44: 16-19.
- 3.- Macchiavello G et al. Humanismo y Democracia. Corporación Ed. P Aguirre Cerda. Ed. La Noria, 1993.
- 4.- Evans R. May the best capitalism win. *Global Finance*. (1992) Oct. 12-20.
- 5.- Romero M I. Promoción y prevención en salud. (1991) CPU Ed.
- 6.- Romero M I. (editor) Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile. CPU Ed. (1990)
- 7.- Comisión de Salud. Doctrina en Salud del Partido Radical. Documentos Convención Doctrinaria (1992).
- 8.- Román O. La crisis de la Medicina actual. *Diario La Nación*, Julio 1993.
- 9.- Fenats. Propuesta de política de salud. Documento oficial. Julio 1993.