

## IV. CRISIS DEL SISTEMA CHILENO DE CUIDADO DE LA SALUD<sup>a</sup>

Dr. Mariano Requena Bichet<sup>b</sup>

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 1, 1992 /23-36

### 1. INTRODUCCION

1.1. Cada vez que se plantea, por escrito o verbal, que el sistema chileno de cuidado de la salud vive un proceso de crisis, surgen respuestas cargadas de dudas, cuando no de negación absoluta. Esta reacción es, a nuestro modo de ver, comprensible en aquellos que están comprometidos con la conducción del sistema, ya sea por la limitación que se les produce al mirarlo desde su interior o por su compromiso por mejorar partes aisladas de la actual estructura. Pero no pueden negar la crisis los que sufren sus consecuencias, ya sea porque son tributarios directos de las malas condiciones de trabajo, las limitaciones de aranceles o las bajas remuneraciones o porque son usuarios de un servicio legitimado por todos como ineficiente, ineficaz e incluso discriminatorio.

En las últimas semanas la situación ha cambiado. La prensa de todos los pelajes habla de "crisis" del sistema de cuidado de la salud y se plantea la necesidad de cambios estructurales. La conciencia de la crisis sectorial se ha difundido, aún cuando las causas que se le suponen sean diferentes y los supuestos que las sustentan sean muy variados. Por ello que la respuesta a la pregunta central de este foro, que pide justificar la crisis, exige un esfuerzo por hacer explícitos los conceptos básicos, dar profundidad a

la fundamentación del análisis y develar claramente los supuestos. Por ello, para que este diálogo sea eficiente, debemos entender y tratar de uniformar el significado con que se utilizan los conceptos; debemos entender y aceptar los supuestos de los otros y no ocultar los nuestros y, debemos ser explícitos en nuestros argumentos.

1.2. Una característica de la discusión que se ha desatado es la tendencia perversa tendenciera de descalificar las ideas que no son de nuestra preferencia. Es la táctica propagandística que ha seguido El Mercurio. Ha utilizado el argumento del supuesto fracaso de los sistemas estatales en todo el mundo. Ello es absolutamente falso. Por el contrario, la preocupación mundial, pública<sup>c</sup> y especializada<sup>d</sup>, se centra precisamente en encontrar la fórmula que permita liberarse de las deformaciones del mercado en salud. El problema no se define entre sistema estatal o privado, sino que entre un sistema mercantil y sistema solidario de los servicios de salud.

1.3. Por otra parte, es básico definir el concepto de *crisis* a fin de precisar con qué herramientas analíticas trabajamos. Para nuestro análisis, una crisis es una situación del proceso histórico de un sistema, cualquiera sea su nivel<sup>1</sup>, que necesita de

---

a. Trabajo presentado en Sesión Conjunta de la Sociedad Chilena de Salud Pública y el Departamento de Salud Pública del Consejo General del Colegio Médico de Chile el 21 de Agosto de 1991.  
b. Presidente de la Sociedad Chilena de Salud Pública.  
c. (The Economist, 1991).  
d. (New England Journal of Medicine, 1991).

cambios estructurales para seguir cumpliendo sus objetivos fundacionales. Por ello las crisis son situaciones en las cuales las relaciones de los elementos del sistema y las leyes que lo rigen, no llevan a un resultado acorde con los propósitos a los cuales debe su existencia. El diagnóstico de la crisis de un sistema no siempre, sin embargo, es fácil percibir. En la apreciación de una crisis hay que diferenciar entre las alteraciones dinámicas y estructurales del sistema, y que son lo que realmente define una crisis, y las manifestaciones aparentes, a veces inexistentes, expresión de las primeras.

1.4. La crisis se demuestra por la incapacidad estructural del sistema de cumplir su misión o papel social asignado. Convencer de la existencia de una crisis en un sistema social como el de cuidado de la salud, representa demostrar que su actual estructura obstaculiza el cumplimiento de la misión que le asigna la sociedad a la que pertenece. Operacionalmente este acercamiento al problema necesita:

- Precisar la misión que la sociedad chilena actual le asigna al sistema de cuidado de la salud;
- Definir las características de la actual estructura del sistema de cuidado de la salud chileno y,
- Demostrar que la estructura no puede, ni aún con modificaciones y mejoramiento de sus elementos, cumplir con la misión adjudicada al sistema de cuidado de la salud chileno

## 2. SISTEMA CHILENO DE CUIDADO DE LA SALUD

**2.1. Misión del Sistema Chileno de Cuidado de la Salud.** La sociedad chilena subsiste en la medida que es capaz de desarrollar, como sistema, sus cinco funciones básicas de *producir; recibir apoyo; mantener sus componentes, adaptarse a los cambios y, dirigir el proceso.* En esta perspectiva el subsistema de cuidado de la salud, junto a los subsistemas de justicia, de educación, de bienestar y de socialización, cumplen la misión de mantener a las personas en su capacidad de contribuir eficientemente al sistema social: Esta misión codificada representa la capacidad del sistema de cuidado de la salud de maximizar la utilización de los recursos que el país está dispuesto a entregarle, en consistencia con los conocimientos y el desarrollo tecnológico de las ciencias de la salud. Esta definición de la misión del sistema de cuidado de la salud, si se quiere normativa, permite rasar su justificación social. Indica las exigencias mínimas que debe cumplir.

**2.2. Fundamentos de la Crisis.** La crisis que vive

el sistema chileno de cuidado de la salud se identifica básicamente con la contradicción entre la capacidad científica y técnico instrumental disponible en las ciencias de la salud, incluida la medicina social, para resolver los problemas de salud-enfermedad y hacer accesible ese progreso científico, teniendo en consideración nuestra realidad. Podría objetarse que este es un problema universal, y que, si en otros países con más recursos no lo han resuelto, porque se nos debería exigir a nosotros hacerlo. Razonable argumento si no se diferencian los grados de contradicción que contiene. Porque es muy diferente, la inequidad –digamos grado tres o cuatro, en Estados Unidos– que la inequidad grado diez en Chile. Hay un grado de desigualdad aceptable y que puede tratar de corregirse por medidas externas. Pero hay, como en nuestro caso, situaciones donde la desigualdad llega a diferencias inmorales e insostenibles. No pretendo llenar con ilustraciones anecdóticas el punto porque todos las conocen y la mayoría las han vivido.

**2. 3. Percepción de la Crisis.** El marco en que coloca la transición a la democracia a los sectores sociales, tiene como primer efecto develar la crisis que estos sectores sufren, pero que la represión dictatorial ocultaba. En el sector salud, las nuevas condiciones políticas han permitido que problemas afloren y que su percepción sea masiva. Las encuestas recientes localizan a la salud como el problema de mayor preocupación. En las encuestas realizadas por la empresa Hestland (El Mercurio, 1990) en abril y julio recién pasados, con relación a la pregunta sobre los problemas prioritarios que el gobierno debería solucionar, la atención de salud ocupa el primer lugar, con un 57,1 en abril y el 42,1 en junio. O sea, se sitúa muy por encima de la mejoría de los sueldos, 16,0% y de los derechos humanos 10,4%.

A pesar que durante la campaña presidencial y parlamentaria reciente, la atención de salud ocupó lugares de privilegio, el significado y la percepción del tema son hoy diferentes. Durante la campaña, la gente requería de todos los candidatos y de todas las orientaciones políticas que abordaran el problema con prioridad, aunque sin saber cual sería finalmente la propuesta que se aplicaría. Pero, una vez definido el ganador, y a casi un año y seis meses de gobierno, las exigencias tienen carácter concreto, identificados con autoridades y responsables identificables. Las aspiraciones y expectativas que abre al proceso democrático contrastan con el modelo individualista y elitista de salud que la dictadura entregó al actual gobierno y dada la profunda crisis que el autoritarismo podía esconder.

Lo anterior condiciona las características de la oferta y la demanda y se resumen en el Recuadro N° 1.

Recuadro N° 1. Oferta y Demanda en el sistema chileno de cuidado de la salud

OFERTA	DEMANDA
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasiva</li> <li>-Contestataria e inoportuna</li> <li>-Recursos humanos tarifados insuficientes.</li> <li>-Medicalizada y farmacologizada</li> <li>-Recursos físicos insuficientes deteriorados y obsoletos</li> <li>-Práctica privada no controlada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tardía por enfermedad avanzada</li> <li>-Pasiva y contestataria</li> <li>-Condicionada capacidad de pago</li> <li>-Manipulada y sobreindicada</li> </ul>

La crisis de nuestro sistema de cuidado de la salud concentra y refiere sus contradicciones en la relación satisfactor-necesitado, cuya especificidad más frecuente es la relación médico-paciente. Es una relación no siempre alcanzable por el necesitado y cuando la logra, frecuentemente no le resuelve su problema de salud-enfermedad, o sólo lo hace parcialmente. Es en ese hecho primario donde se viven las limitaciones de acceso en todas sus variedades: que van desde la postergación agravante de la enfermedad, hasta la no atención definitiva, las desigualdades cuali y cuantitativas de la oferta; el condicionamiento económico al acceso; la incapacidad resolutoria del sistema para una alta proporción de los problemas de salud, etc.

En lo esencial, el sistema actual de cuidado de la salud chileno no satisface las necesidades de salud-

enfermedad. La población percibe la necesidad de cambios estructurales básicos que superan la asfixia financiera que creó la dictadura y para la cual la simple oxigenación económica intentada es insuficiente.

**2.4. Características del Sistema Chileno de Cuidado de la Salud.** El sistema chileno de cuidado de la salud se caracteriza por sus elementos componentes, entre los cuales la relación necesitado-satisfactor<sup>2</sup> es el elemento básico, necesario y suficiente. Esta relación, que se realiza millones de veces, es la que por una parte orienta el funcionamiento del sistema, pero que también, por otra parte, recoge y absorbe, final mente los efectos de los procesos dinámicos y estructurales del sistema.

Sin embargo, el sistema de cuidado de la salud no

Esquema N° 1. Configuración General de un sistema da Cuidado de la Salud.



se limita sólo a los dos elementos señalados. Detrás de esta relación hay otros, como son los mecanismos financieros, la formación de recursos humanos, la industria farmacéutica, la industria de equipos e insumos, etc. En esta perspectiva, proponemos agrupar al sistema chileno de cuidado de la salud en cuatro subsistemas: Usuarios; Proveedores primarios, Proveedores secundarios y, Elementos Financieros. Entre estos sub sistemas, y aun dentro de cada uno de ellos, se establecen relaciones múltiples de diverso carácter: económicas, de poder, de control normativo, de coordinación.

El sistema chileno de cuidado de la salud es, como se ha visto, completo. Sus diversos tipos de instituciones, van desde el servicio municipal hasta los servicios que entregan profesionales aislados, pasando por el FONASA y las ISAPRES, hasta los servicios estatales institucionalizados. Esta

fragmentación ligada a la mercantilización de los servicios, fragua una situación que facilita la disgregación del sistema. La situación se complica con la jibarización del nivel central, que dificulta la labor de normación y acreditación.

El sistema de salud es un sistema abierto que recibe energía de su ambiente. Ello se manifiesta en enfermos actuales o potenciales, recursos humanos y materiales, dinero, material, equipos, y otros. Debe procesarlos combinando estos insumos de manera de producir los resultados esperados. Ellos serán salud, muerte, lucro, personal renovado, etc. Para ello, como todo sistema, debe ejecutar las funciones de producción, apoyo, mantención, adaptación y dirección. Estas funciones tienen una dinámica que procesa los elementos que lo forman, como se devela en el esquema N° 2.

Esquema N° 2. Componentes funcionales de un Sistema de Cuidado de la Salud

	INSUMOS	PROCESOS	RESULTADOS
PRODUCCION	*Enfermos: Actuales o Potenciales *Alteración Ambiente	*Cuidado Salud Preventiva-Curativa de Personas *Cuidado Calidad Ambiente	*Cambios Estado Salud *Mejor Calidad Ambiente
APOYO	*Fondos *Poder *Capacitación *Prestigio	*Influencias *Actividad Política *Asignac. Recursos	*Control de los Recursos *Orientación Actividades
MANTENCION	*Personal *Equipos *Locales *Equipos/Locales	*Adiestramiento Motivación Reclutam./Socializac. *Mantención/ Renovación	*Eficiencia/Providad /Product/Renovad. *Eficiencia/Eficacia
ADAPTACION	*Problemas *Desviaciones	*Investigación Desarrollo *Ajustes	*Cambios en Tecnología *Normalización funciones
DIRECCION	*Políticas *Objetivos *Estrategias	*Coordinación *Distribución de Recursos	*Comportamiento Institucional

Resumiendo, la estructura del sistema de cuidado de la salud chileno se singulariza por:

- Combinación de servicios públicos y privados, distribuidos en una asociación directa entre el grado de privacidad y el nivel económico de los usuarios;
- Tendencia a la disgregación institucional funciona a las diferentes "calidades" de servicio;
- Ministerio de Salud de baja capacidad en las funciones de dirección superior, especialmente de normación y control, consecuentes con un sistema complejo, multiinstitucional disperso y con fuerte sector privado;
- Nivel primario municipalizado orientado por el rendimiento cuantitativo y no por la eficiencia, de capacidad de gestión técnica mediocre y sin orientación programática;
- Financiado mayoritariamente por el aporte económico del usuario y, en consecuencia, acomoda-

do al nivel respectivo (este punto se analiza más adelante) e,

- Infraestructura y equipamiento hospitalario depredado por la ausencia de inversiones durante los 17 años de dictadura;
- Método de Planificación Basado en los Recursos (Oferta) y no en las Necesidades (Demanda) de salud de la Población.

### 3. ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA CRISIS

¿Qué tipo de factores son los responsables y sostenes de la crisis? Se pueden agrupar en tres categorías: (a) Financieros; (b) Orgánicos y, (c) Ideológico-Culturales. No está demás explicitar que estos aspectos se enumeran separados sólo por necesidades de la exposición y que, por ello, será frecuente que se haga necesaria referencia a sus interrelaciones.

Recuadro Nº 2. Factores de la Crisis del Sistema Chileno de Cuidado de la Salud.

FINANCIEROS	ORGANICOS	CULTURALES
*Estado Subsidiario *Pago-por-Acto *Predom.Apart.Usuar. *Mercantilización *Desfinanciamiento *Remunerac. Bajas	*Minist. Salud Débil *Fragmentación Inst. *Descontr.Desamparad *Estructurac.Rec.Hum *Planif. por Oferta *Administración Maq.	*Medicalización *Farmacologización *Enfasis Reparación *Conduc.Alto Riesgo *Hábitos Alim.Errados *Individualismo

#### 3.1 Elementos Financieros.

En este aspecto interactúan y se potencian cuatro elementos: tendencia a acentuar el Estado subsidiario; predominio de la modalidad de pago-por-acto de los servicios; concentración del aporte financiero en el usuario y mercantilización de las relaciones contractuales entre necesitado y satisfactor. Estos cuatro elementos mantienen una relación interna compleja y dinámica, cuya tendencia básica es de potenciación mutua. De los cuatro elementos señalados, dos de ellos- la subsidiaridad del Estado y el predominio del pago-por-acto están vinculados directamente por una voluntad política definida. Los otros dos, o sea la concentración del aporte en el usuario, la mercantilización, son resultado de la aplicación de los dos mencionados anteriormente. Se analizará cada elemento financiero en la perspectiva de su efecto sobre la estructura del sistema.

#### 3.1.1. La subsidiaridad del Estado en Salud.

La subsidiaridad es la proyección en salud de la política económica y de los principios políticos estructurales del gobierno anterior. Plantea el papel subsidiario del Estado, es decir, la intervención de éste en la producción de bienes y servicios sólo cuando la iniciativa privada esté incapacitada o no tenga interés en participar. Esta política se implementa con variados instrumentos sociales. Lo más visible es la legalización de normas de funcionamiento de entidades de seguro privado, bautizadas como Instituciones de Salud Previsional o ISAPRES. Estas han sido la base de la formación de antes rentables a la inversión privada en salud. Su atractivo económico se basa en la captación masiva de fondos; en el derecho legalmente otorgado de rechazar a las personas y familias con más riesgos (o "siniestralidad", en el lenguaje de los seguros) de

enfermar y, por lo tanto, de costo alto para la ISAPRE; en la cotización de un aporte obligatorio del 7% de los sueldos y salarios; en el co-pago de la prestación por el usuario en el momento de utilizar servicios; y, en el traspaso al Estado de obligaciones como lo fue el subsidio maternal. Todo esto se complementa necesariamente con la existencia de una "ISAPRE estatal", o FONASA, para que se haga cargo de los cotizantes no rentables rechazadas por las ISAPRES, lo cual es, de hecho, un subsidio estatal a las ISAPRES.

Sin embargo, el supuesto beneficio de estos seguros privados ha sido la creación de infraestructura, el abaratamiento de la atención por mayor eficiencia administrativa y la liberación del Estado de la responsabilidad de servicio sobre un sector importante de la población. Los progresos en estos aspectos no son importantes y sólo funcionan cuando significan un aumento aún mayor de utilidades.

La subsidiaridad del Estado interactúa con las otras variables económicas dialécticamente; estimula y promueve el pago-por-acto, al aporta predominante del usuario y la mercantilización y, al mismo tiempo, es estimulada por estas. Es decir, hay un sistema coherente de factores que se favorecen mutuamente.

Sin embargo, lo más importante del sistema ISAPRE y de su significado es el carácter paradigmático que está jugando en el Sistema Chileno de Cuidado de la Salud. Representa para los partidarios de privatizar el sector salud el elemento central en la promoción y construcción de un modelo basado en la mercantilización de la medicina. La propuesta, que se agita como alternativa de solución a la crisis del sistema, se basa en un modelo con un financiamiento del sector privado con la intervención del Estado. Es lo que se ha bautizado como "subsidio a la demanda". Hay un traspaso de fondos del Estado a manos privadas en una magnitud que doblarían los ingresos actuales de las ISAPRES. Efectivamente, se traspasaría los fondos actuales de Fonasa más la contribución fiscal. Tal como está la estructura de gastos del sector público, ello significa que el fisco deberá buscar nuevos fondos para financiar a la masa de la población que no tiene seguro y que debe llegar a los 6 ó 7 millones de chilenos.

**3.1.2. Pago-por-acto.** El pago-por-acto representa en salud la herramienta de implementación y la expresión operativa de la economía de mercado. Se le supone una capacidad reguladora de la calidad y la cantidad de los servicios de salud. Sin embargo, la salud en el libre mercado es un bien especial comparado con el resto de los bienes y servicios

disponibles en el mercado. Esta singularidad se manifiesta tanto del lado de la oferta como de la demanda.

En la demanda, el usuario opera con información parcial e imperfecta, lo cual le impide -como debe ser en la economía de mercado- tomar decisiones correctas. El usuario desconoce el conjunto de posibilidades, a su juicio es imperfecto en el momento de optar por alternativas en su proceso de salud-enfermedad. Pierde en este caso, el elemento central de la economía de mercado que es la "soberanía del consumidor". Es entonces el proveedor, o sea el médico, el que reemplaza al consumidor en la toma de decisiones, y quien a veces tampoco está correctamente informado. De esta manera, la situación se traduce en una asimetría de la relación médico-paciente y el consecuente paternalismo; en un predominio de una relación restauradora en situaciones en las cuales la prevención podría haber jugado su papel con ventajas de todo tipo. Finalmente, cabe mencionar el sobreconsumo de servicios derivado de que el que paga, no es el que elige y que su precio no iguala el costo marginal.

Debido a las limitaciones mencionadas de la demanda, la oferta pasa a jugar un papel decisivo en el perfil de la demanda de mercado en salud. Los servicios de Salud están compuestos por una variedad de prestatarios que van, desde el médico aislado hasta las corporaciones farmacéuticas, con vínculos económicos variados, una historia legal-institucional-tecnológica compleja y con capacidad de presión política diversa. Si se suman la capacidad de negociación corporativa -de la cual carece el consumidor- de colegios profesionales, sindicatos de funcionarios, cámaras de comercio e industria, corporaciones financieras y grupos económicos, la determinación de los precios resulta entonces del equilibrio de poder entre los grupos que prestan servicios y los grupos que lo pagan, y no como producto del libre mercado.

**3.1.3. Predominio del Aporte del Usuario.** En el ambiente económico de servicios de salud descritos, el consumidor no tienen capacidad de negociar ni tampoco de utilizar el mercado como instrumento regulador del precio de los servicios que recibe. El Estado, en esta coyuntura, ha construido una estructura económica funcional a su principio de subsidiaridad al mismo tiempo que ha buscado las formas de liberar al empleador de su contribución. El resultado ha sido necesariamente cargar el financiamiento en el "tercer actor" único posible, que es el usuario. Ello ha sido posible básicamente a través de una legislación emanada entre el gobier-

no militar y los grupos de presión que tenían acceso privilegiado a él.<sup>3</sup>

En síntesis, el sistema de cuidado de la salud chileno puede ser caracterizado, de acuerdo a su modalidad de financiamiento, como un seguro de salud privado con fines de lucro, financiado básica-

mente por el usuario obligatoriamente, subsidiado precariamente por el Estado en el financiamiento de los grupos de menos recursos y donde el empleador (el capital) no tiene responsabilidad financiera. A nivel mundial esta situación es excepcional, como se aprecia en el Cuadro N° 1.

Cuadro N° 1, Aporte al Financiamiento en Salud en Algunos Países, (en porcentajes)

PAIS	ESTADO	USUARIO	EMPLEADOR	OTROS	TOTAL
AUSTRIA	4,3	46,2	39,7	9,8	100,0
CANADA	100,0	-	-	-	100,0
COLOMBIA	16,7	28,4	54,4	0,5	100,0
COSTA RICA	17,7	35,6	44,2	2,5	100,0
CHILE 1974*	61,4	19,3	19,3	-	100,0
1989	17,3	81,1	1,6	-	100,0
DINAMARCA	99,4	0,1	0,5	-	100,0
FRANCIA	1,6	22,1	75,0	1,3	100,0
GRAN BRETAÑA	92,2	4,8	3,0	-	100,0
ITALIA	6,9	10,6	74,6	7,9	100,0
JAPON	23,1	32,9	25,6	18,4	100,0
MEXICO	11,0	24,5	62,0	2,5	100,0
SUECIA	32,7	28,5	38,1	0,7	100,0
SUIZA	25,1	71,0	1,2	2,7	100,0
VENEZUELA	20,1	26,6	53,2	0,1	100,0

Fuente: OMS, 1979, "Informe Anual", Ginebra, Suiza, Requena B., M., 1985, "Nueva Ley de Salud", Vida Médica, 36 (4): 18-27, Santiago, Chile,

Esta realidad del sistema chileno es frecuentemente desconocida. Representa una anomalía mundial, comparada tanto con los países desarrollados como con los subdesarrollados. Con la excepción de Suiza el aporte del usuario fluctúa entre 0,0%, como en Canadá y Dinamarca, y el 46,2% como en Austria. Aun cuando Suiza se asemeja en el aporte financiero a Chile, es un caso no comparable por el altísimo nivel de vida, que se refleja en el ingreso per cápita anual más alto del mundo con 30.277 dólares (El Mercurio, 1990).

Esta política es producto del gobierno anterior que a través de recursos legislativos y administrativos fue desplazando la carga financiera del sistema en el usuario, que pasó de ser un 20% en 1974 al 80% en 1989. El Estado rebaja su aporte desde 60% en 1974 a sólo 20%, en 1989 y, de paso, al empleador, que en 1972 equipara al usuario con 20% es liberado totalmente. Aparte del efecto regresivo de la distribución del ingreso, este proceso tiene efectos estructurales en el sistema de salud mismo. Sin espacio para entrar en análisis integrales de los efectos, señalaremos sólo los más importantes. Lo más serio

es la brutal estratificación de la calidad y la cantidad de servicios. Cualquier aspecto de los servicios que se considere, muestra contrastes que hieren la dignidad humana;

- La calidad de la infraestructura física hotelera es un hecho periodístico frecuente que no necesita mayor argumentación;
- La falta y obsolescencia de instrumental; que se ilustran en la ausencia de scanners en el subsistema público y los cambios frecuentes de ellos por otros con nuevos desarrollos en la medicina privada;
- La experiencia profesional también se concentra en los sectores más pudientes;
- Los salarios y remuneraciones también se condicionan a la capacidad de pago de los servicios; etc.

Una de las más graves consecuencias de esta dinámica financiera del subsistema público ha sido la disminución drástica en inversiones (construcción de establecimientos, adquisición de equipos y

vehículos, etc.). Hasta 1974 se destinaba alrededor de 50 a 60 millones de dólares anuales a este rubro. Esta cantidad fue disminuida para compensar el menor aporte estatal y la dependencia del aporte de sectores de bajos ingresos. Se llegó a cifras de 4 millones y a un déficit acumulado en 1988 de alrededor de 800 millones de dólares. Allí se encuentra la raíz de la situación inhumana en que se encuentran los establecimientos públicos y especialmente los hospitales. Sin considerar el costo que el deterioro mismo acarrea, poner en condiciones y equipar medianamente los hospitales y consultorios representa sumas sobre 500 millones de dólares.

En síntesis, pensamos que cargar sobre los hombros del usuario el financiamiento del sector es crear una situación estructural de tremenda inequidad en la calidad y cantidad de servicios recibidos como consecuencia de los contrastes en remuneración del personal, la calidad de la infraestructura y del equipamiento.

**3.1.4. Mercantilización de la Medicina.** Efecto de los elementos analizados y, al mismo tiempo, determinante de alteraciones estructurales es la mercantilización de la medicina. El cuidado de la salud se mercantiliza cuando la calidad y la cantidad de servicios prestados tiende a condicionarse más por el valor económico retribuido que por la naturaleza del proceso de salud-enfermedad.

**3.1.5. Insuficiencia del Gasto en Salud.** El problema de salud-enfermedad es hoy en el mundo una preocupación de primera prioridad. La gente desea ser protegida a los vaivenes de su salud y los políticos resuenan a esa necesidad consecuentemente. Al mismo tiempo, el progreso de la medicina y su complejidad instrumental derivan, aun cuando no siempre justificado, en un aumento inflacionario de su costo. En el Cuadro Nº 2 se puede apreciar el aumento que han sufrido los servicios de salud en todos los países del mundo. En todos ha aumentado a lo menos en tres veces el gasto referido al PGB\* en los 28 años que van desde 1962 a 1980.

### 3.2. Elementos Orgánicos.

La organización del sistema chileno de cuidado de la salud ha heredado a lo menos tres elementos que nos parecen determinantes de muchos de sus problemas. Aun cuando no los únicos, los más importantes se focalizan en la débil capacidad de

Cuadro Nº 2. Aporte para Salud del PGB. Países Seleccionados. 1962, 1974, 1980. (Porcentaje)

PAIS	1962	1974	1980	1988
U S A	5.0	7.6	9.0	11.8
FRANCIA	4.3	6.9	8.5	8.7
CANADA	5.6	6.8	8.5	8.7
ITALIA	2.9	6.5	8.0	
AUSTRIA	4.7	5.6	7.0	
G. BRETAÑA	3.9	5.0	6.0	5.8
JAPON	-	-	-	6.7
ALEMANIA	-	-	-	8.2
CHILE (1989)	-	2.95	2.80	
(FISCO)	-	(1.99)	(1.26)	
(USUARIO)	-	(0.96)	(1.54)	

Fuente: O.C.D.E., 1982. París.

normación y control del Ministerio de Salud, la fragmentación institucional y la descentralización desamparada.

**3.2.1. Ministerio de Salud Débil.** Para lo que sigue, deseo explicitar que el concepto de Ministerio de Salud contiene toda la estructura nacional y que no se restringe sólo al aparato central.

En la medida que el sistema de salud se privatiza y crece el número de subsistemas autónomos, el cuidado de la salud y la garantía del derecho de la salud requiere del Estado un cambio en el énfasis relativo de sus funciones. El traspaso de responsabilidad directa al sector privado obliga a fortalecer las funciones normativas, especialmente sobre calidad de los servicios, y las funciones de control y supervisión de esas mismas normas. Ese nuevo énfasis de las funciones normativas y de control condicionan la necesidad de contar con un equipo profesional y técnico suficiente y de la sólida formación teórica y práctica complementada con el apoyo logístico y administrativo adecuado. Actualmente el Ministerio cuenta con un reducido contingente profesional, al extremo de contar para algunos programas importantes con sólo medio tiempo profesional.

Pero además se debe considerar el énfasis que la actual normativa ha puesto en el control financiero contable con descuido del control de la calidad de

\*Producto Geográfico Bruto



las acciones directas de salud. La creación de las ISAPRES y su Superintendencia, la orientación de la estructura ministerial, la relativa autonomía del Fondo Nacional de Salud (FONASA) estuvieron orientados por el control y el eficientismo contable. El Ministerio fue debilitado y la preocupación por la calidad de los servicios a las personas y de los mismos terapéuticos fue descuidada. No hay capacidad, por ejemplo, para controlar el desempeño tanto en lo técnico como en lo ético de los profesionales; la municipalización de la atención de la salud primaria requiere de un equilibrio delicado entre normación y control central e iniciativa y realidad local que el Ministerio debería dirigir; el expendio de medicamentos no obedece a norma alguna y el remedio se ha convertido en una mercancía de demanda libre y, el funcionamiento de los laboratorios clínicos tiene exigencias sólo infraestructurales, olvidando comprobar la calidad de los resultados.

**3.2.2. Descentralización Truncada.** La “municipalización de la atención de salud primaria”, como se ha denominado a la descentralización de la atención externa, constituye una idea acertada y positiva en el desarrollo orgánico del sistema de salud chileno. Se espera de ella que brinde las ventajas de la descentralización del accionar de salud, permitiendo que se acote el perfil del proceso de salud-enfermedad local en la perspectiva de entrar a manejarla en su realidad. Se supone entonces que el hacer en las condiciones y con los recursos locales, optimiza la eficiencia y mejora los impactos. Además, atrae el compromiso y la colaboración de los recursos locales institucionales y, muy importante, la participación de los propios beneficiarios. Finalmente, como la capacidad del sistema de salud resuelve los problemas en diferentes niveles y no sólo en el nivel primario, es condición de ésta tener acceso a los niveles más complejos en la solución de problemas de salud que rebasan la capacidad primaria.

Es evidente que el proceso de descentralización de las municipalidades de la atención primaria requiere superar una serie de problemas no resueltos. En todo caso, lo que parece más urgente es aumentar la capacidad resolutoria de los casos más complejos, a través de una eficiente coordinación con los niveles secundarios y terciarios de atención. La eficacia de la atención primaria de salud pierde mucho de su capacidad de impacto si no dispone de canales expeditos de referencia y seguimiento de los casos que no tiene condiciones para resolver.

**3.2.3. Fragmentación Institucional.** El sistema

de cuidado de la salud chileno es estructuralmente un *collage* (patchwork) caro, inicuo, reparador, irresoluto, ineficiente y de economía dirigida, todo lo cual facilita y hace posible las excesivas utilidades y la alta rentabilidad del subsistema de seguro de salud privado o ISAPRES.

La inequidad de los recursos financieros disponibles para los diversos estratos de la población, como lo hemos mostrado, condiciona y determina la necesidad de fragmentar los servicios de acuerdo a la capacidad de pago del usuario. Para cada nivel de pago, es necesario organizar la atención con recursos, en cantidad y calidad, que correspondan a su capacidad de pago. El nivel que dispone, por ejemplo, de 38 dólares por persona-año deberá conformarse con profesionales de poca experiencia, con locales deficientes y mal mantenidos, con equipos obsoletos o en mal estado y con restricción de insumos. Lo opuesto sucederá con los usuarios de ISAPRES cerradas que disponen de alrededor de 1.400 dólares persona-año. La característica que define centralmente el sistema de cuidado de la salud chileno es su fragmentación institucional y su necesario correlato en un intrincado y ambiguo sistema obligatorio de financiamiento. La legislación del gobierno anterior, iniciada con el DFL 2.375 de 1979 el cual, a pesar de la brevedad de su articulado, contenía las ideas esenciales que después darían vida a una frondosa legislación, dio por fruto un sistema de cuidado de la salud fragmentado en múltiples instituciones de gestión autónoma e incoordinada.

Una visión panorámica de la estructura del sistema devela tres grandes conjuntos institucionales. Un seguro de salud privado, o sistema de ISAPRES, compuesto por instituciones de protección económica al riesgo de enfermar de más o menos el 20% de la población chilena de más altos ingresos. Algunas ISAPRES complementan sus servicios de seguro con servicio directo de atención médica curativa. Este sub-conjunto<sup>4</sup> se financia con un 7% del sueldo o salario del asegurado, con complementos en la cotización de acuerdo a planes y con co-pagos al hacer uso del seguro. Todo el costo cae sobre los hombros del asegurado sin participación alguna del empleador.

El sub-conjunto de ISAPRES tiene, aparte de representar en el sistema total de cuidado de la salud el estrato financiero más alto, una estructura económica jerarquizada internamente. Tal como se aprecia en el Cuadro Nº 3, las ISAPRES entre sí se encuentran sirviendo a niveles de ingresos significativamente diferentes, desde aquellos que bordean los 100.000 pesos de salario mensual como

Cuadro N° 3. Nivel de Cotización y de Ingresos según Algunas Isapres Abiertas en el Primer Trimestre de 1991.

ISAPRE Mensual	Ingreso Total Mensual (Miles pesos)	Número Cotiz. Final Trimestre (Pesos)	Cotiz. Mensual Promedio (Pesos)	Sueldo Promedio (Pesos)
Promepart	2.519.769	121.360	6.921	98.870
Compensación	1.922.461	88.346	7.253	103.622
Banmédica	4.479.555	139.847	10.677	152.533
Consalud	6.973.400	185.132	12.556	179.368
Colmena	4.492.626	72.684	20.603	294.335
Vida Tres	2.468.424	33.236	24.756	353.665
<b>TOTAL</b>	<b>27.273.539</b>	<b>843.245</b>	<b>10.781</b>	<b>154.017</b>

Fuente: Superintendencia de Isapres, 1991. Cuadros N° 2.2.1. y 3.4.2..

Promepart y Compensación, hasta Vida Tres que capta estratos del nivel de 350.000 pesos. Ello obviamente, y esto es lo importante de entender, se traduce también en la calidad de la atención, especialmente en el aspecto hotelero, aún cuando necesariamente ello no significa mejor calidad técnica. Dentro del propio nivel elitista, hay grupos más elitistas que otros como una manera de responder a las desigualdades de los cotizantes. Los cotizantes de rentas altas no quieren que el promedio del retorno económico de su seguro sea compartido con grupos de salarios bajos. Es, en definitiva, el efecto que produce el mecanismo de mercado cuando se trata de dar servicios de salud.

Por otra parte, el sistema ISAPRE es muy ineficiente. Según el balance del primer trimestre de 1991, los gastos de administración y ventas se alzaron al 17,9%, el que proyectado para 1991 representaría un gasto de 51.705 millones de pesos. Esta cifra es 50% más alto que el gasto del seguro privado de salud norteamericano en administración y ventas de 11,9% (Noolhandler, S. and Himelsteln, D.U., 1991), considerado como un indicador de ineficiencia administrativa si es comparado con el gasto por igual ítem del sistema federal de Medicaid y Medicare de sólo 3,9%. Si el sistema ISAPRE gastara el 6% en administración y ventas, es decir el 50% más que los programas federales norteamericanos, dejaría libre al año alrededor de 34.374 millones de pesos y podría atender 868.255 beneficiarios y admitir más o menos 435.000 cotizantes más, lo que representa aumentar en 30% la capacidad del sistema. Además, si este seguro fuera sin fines de lucro, aumentaría la disponibilidad de fondos en alrededor de 22.956 millones de pesos y podría hacerse cargo de otros 513.064 beneficiarios.

Estas evidencias indesmentibles deben hacer meditar a aquellos que proclaman, con fe religiosa, que el sector privado es más eficiente que el sector público. La negación de ello está al alcance de quien quiera verla en el Boletín Estadístico Trimestral del Sistema ISAPRE que publica la Superintendencia respectiva. Nos parece que las autoridades de salud, especialmente la Superintendencia, debería investigar estos costos de administración excesivos. Los usuarios, aún suponiendo que estos hechos los conocieran, están indefensos frente a ellos porque la cotización del 7% es obligatoria y no negociable. Evidentemente, en este sistema el consumidor no tiene opción alguna, salvo volver a Fonasa y entregar otro 30% de su aporte a financiar los indigentes y los pobres. Pero hay más todavía. Los profesionales que trabajan para las ISAPRES también son explotados por éstas. Los bajos aranceles que cancelan son otra causa de las altas utilidades y rentabilidad y la capacidad de altos gastos en administración y ventas. Hay un fenómeno que ha contribuido a ahondar esta situación. Las ISAPRES utilizan de referencia para sus aranceles los de FONASA, los que han sido ajustados muy por debajo del aumento de los sueldos y salarios, dando por resultado una disminución porcentual de su gasto en honorarios profesionales.

En síntesis, la estructura del sistema de cuidado de la salud chileno se caracteriza por una multiplicidad de subsistemas estratificados cualitativamente de acuerdo a la capacidad de pago de sus usuarios, descoordinados en los niveles de atención y con un Ministerio con capacidad normativa y orientadora insuficiente y sin recursos para el control y la supervisión de la calidad de la atención que reciben los chilenos.

**3.2.4. Efecto sobre la Calidad y la Distribución de los Recursos humanos.** Los recursos humanos para el sistema de salud se han deteriorado durante la administración anterior. Actualmente Chile dispone de 27% menos médicos y 30% menos enfermeras que el promedio latinoamericano, lo cual lo ha colocado respectivamente en los lugares 10º y 12º entre 21 países de la región. La comparación de enfermeras nos deja dudas. Chile, a diferencia de la mayoría de los países de América Latina, tiene además matronas que en otros países están consideradas dentro de las enfermeras. Contrastantemente, tenemos una disponibilidad muy superior de auxiliares de enfermería. También resalta el aumento importante de tecnólogos médicos como respuesta al crecimiento instrumental de la medicina.

La información disponible no nos permite comparar la distribución actual de los recursos humanos. La política seguida en los últimos 16 años ha influido en ello. La creación del seguro privado, la disminución de contratación de médicos por el sector estatal, la municipalización, el crecimiento de nueva tecnología y su instrumentación, el costo de la enseñanza médica básica y de especialidad y el individualismo profesional han afectado sin dudas la distribución de los profesionales, no sólo geográficamente, sino que además por estrato socio económico y por instituciones.

Cuadro Nº 4. Evolución de la Disponibilidad de Recursos Humanos de Salud entre 1974 a 1984 y comparación con América Latina. Número por 10.000, Habitantes

	CHILE		A. LATINA	
	1974	1984	Dif	
Médicos, por 10.000	7,00	8,00	+14,3	10,9
Enfermeras	1,90	2,80	+47,4	4,1
Matronas	1,35	1,67	+23,7	
Tecnólogos	0,43	0,75	+74,4	
Nutricionistas	0,58	0,54	- 6,9	
Auxi, Enfermería	20,60	23,8	+15,5	7,8

Ha resultado de ello dos hechos preocupantes. (a) aceleración de la concentración de médicos en las Areas urbanas; (b) distribución de los médicos en los estratos económicos de acuerdo con su capacidad profesional y, (c) como consecuencia de lo anterior, estructuración de los médicos en dos niveles de calidad.

Sistema de planificación basado en la demanda. El enfoque de planificación que se utiliza en nuestro

país, es otro elemento del sistema de cuidado de la salud funcional a una demanda espontánea, centrada unisectorialmente en salud y eminentemente reparadora. Esta forma de planificación es la denominada "planificación por recursos" y se caracteriza, esencialmente, por responder y acomodar la demanda en la forma más eficiente posible. El aporte de recursos debe equilibrarse a la demanda por servicios de salud. Es por lo tanto, esta forma de planificación, una respuesta a la demanda espontánea y, consecuentemente, una oferta pasiva frente a los problemas de salud. Sus limitaciones son la incapacidad para abordar científicamente los problemas de salud, de acuerdo a un enfoque integral y multisectorial y la ineficiencia de una medicina contestataria y tardía.

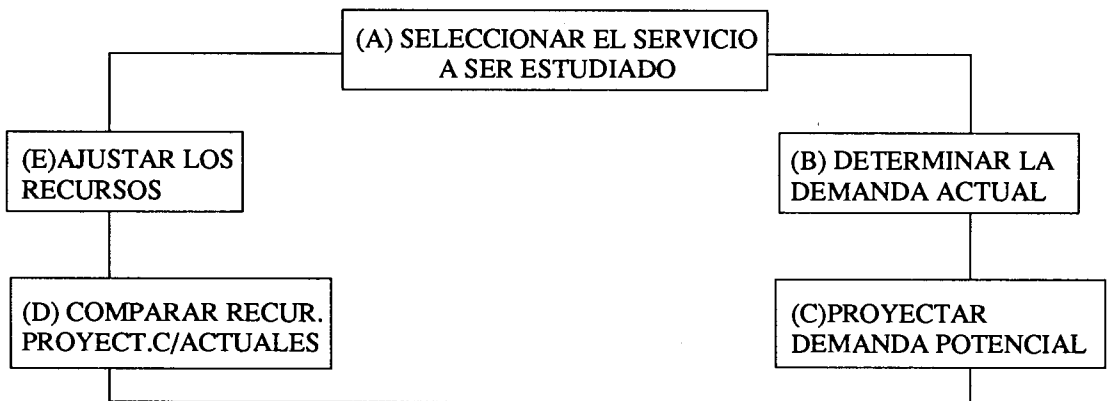
La alternativa a este enfoque de planificación es aquella basada en la población. Es un proceso que determina las necesidades de salud y que establece los recursos requeridos basado en la determinación de los niveles de riesgo y el estatus de salud de la mencionada población. Esta forma de planificación permite la identificación de los factores sociales, económicos y ambientales que predisponen a la población a las enfermedades de alto riesgo. Es por ello que este enfoque de planificación es capaz de caracterizar e identificar una serie de problemas de salud que van más allá del sistema de cuidado a la salud. La labor del sector salud se hace más amplia, facilita su labor intersectorial, permite concentrar los recursos donde los riesgos son más sensibles a la acción sectorial y extrasectorial, y equilibra la acción de promoción, de prevención, de reparación y de rehabilitación.

### 3.3. Elementos Culturales

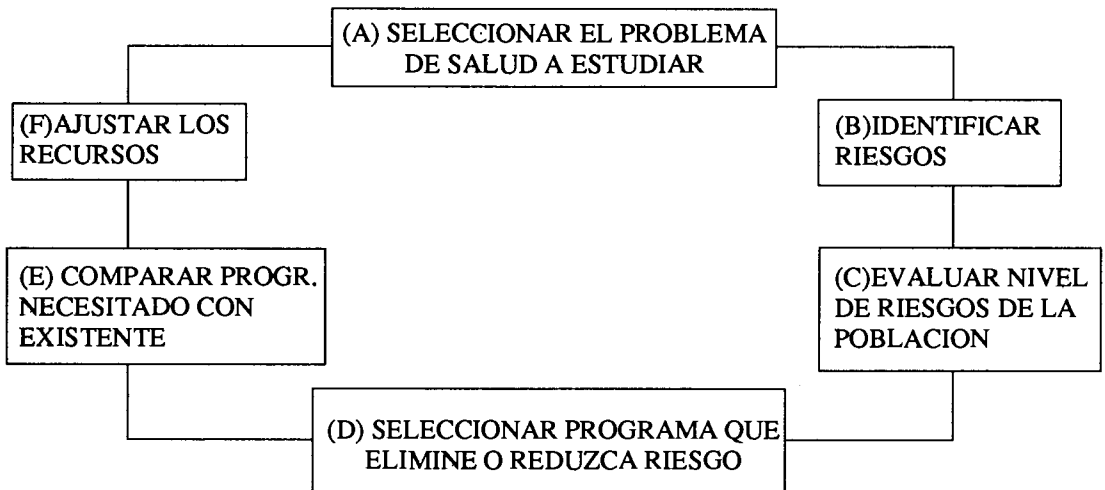
La conciencia de salud-enfermedad del usuario del sistema de cuidado de la salud ha sido en gran medida deformada. Las personas sobredimensionan el ámbito de problemas que corresponde resolver a la medicina. Recurren a la ayuda del sistema de salud por problemas que caen fuera de su esfera de acción. Lo más dramático sucede con alteraciones como la angustia y la ansiedad, por las cuales se busca solución en los psicotrópicos en circunstancias que su origen está en la competitividad y las desigualdades de nuestra organización social. Esto no sólo recarga los servicios con problemas que no tienen solución por la vía médica, sino que además achata la capacidad de buscar y encontrar el verdadero camino de solución.

Es la "medicalización" de la vida moderna y que hoy día afecta a todas las sociedades. Este fenómeno aparece en la medicina recién en el siglo XVII y se

Esquema Nº 3. Modelo de Planificación basado en los Recursos



Esquema Nº 4. Modelo de Planificación Basado en los Problemas de la Población



ha visto acelerado en los últimos tiempos por el progreso de la medicina y de su tecnología. Su expresión tal vez más explícita es el abuso en el uso de los medicamentos para resolver “mágicamente” una serie de problemas del tipo de los mencionados. Sus raíces son múltiples y difíciles de abordar. Juega una influencia la medicina misma por el sobreuso de la indicación medicamentosa, pero también, e influyendo en la anterior, la presión propagandística de la industria farmacéutica.

Esta es otra dificultad para las intenciones de mejorar la salud de nuestra población y que tiene que ver con elementos del sistema de salud sobre los cuales el Ministerio tiene poca y débil influencia, como son la industria farmacéutica y las institucio-

nes formadoras de recursos humanos. Además, ambos problemas intersectoriales dificultan aún más el avance hacia las soluciones.

#### 4. Perspectivas

Los problemas que el sistema de cuidado de la salud heredó del gobierno anterior son, a nuestro modo de ver, insolubles si no se recurre a cambios estructurales de su dinámica económica. La carga mayoritaria del gasto en el usuario, el predominio del sistema de pago—por-acto, la jibarización del aporte fiscal y la liberación de la contribución del empleador son elementos financieros que confluyen potenciando la inequidad de la oferta. Cada uno de los subsistemas -SNSS, FONASA ISAPRES y

Mutuales de salud ocupacional- se financia en alrededor del 80% del aporte del bolsillo de usuarios de diversa capacidad económica. La potencialidad de gasto de cada subsistema es, en consecuencia, proporcional al nivel económico de sus usuarios. Los sueldos y honorarios, la infraestructura y el equipamiento serán entonces armónicos con los niveles de ingreso. Evidentemente que estos contrastes económicos hacen comparsa con las diferencias culturales, de hábitos, costumbres y prejuicios sociales propios de la estructura social chilena. La dinámica social repulsa la mezcla y los estratos tienden a vivir separados, especialmente cuando se suma la subjetividad sensitiva del proceso de salud-enfermedad. La segregación de los estratos económico-sociales en la atención de salud no parece criticable, sino fuera por el subsidio que de hecho hace a las ISAPRES los beneficiarios del FONASA. Las ISAPRES seleccionan y monopolizan los cotizantes de mayores sueldos y aquellos que ésta rechaza, debe recibirlos FONASA. De hecho, por medio del reparto desigual de los cotizantes, los cotizantes de bajos ingresos están subsidiando a las ISAPRES.

En la búsqueda de una distribución más equitativa y solidaria del gasto en salud, proponemos preliminarmente:

- Aumentar el aporte del Estado. Los problemas, tanto de la deficiente atención de los usuarios como de las malas condiciones salariales y de trabajo de los funcionarios, incluyendo abandono de infraestructura y equipamiento obsoleto y en mal estado, sólo tendrán solución si el aporte es parte de la negociación colectiva de los obreros. El 15% de aumento del presupuesto sectorial incluido en la Ley de Presupuesto de la Nación para 1991 en trámite parlamentario, se traduce sólo en un incremento del 5,2% del gasto público (que representa el gasto fiscal más el aporte previsional del usuario) y a alrededor del 1,0% del gasto total en salud.
- Incorporar a los empleadores al financiamiento del sector. Comprometer el aporte solidario de los empleadores, a lo menos en la mitad del aporte de que actualmente hace el trabajador. Incluso, este aporte debe ser parte de la negociación colectiva de los obreros y empleados con sus empleadores.
- Transformar las ISAPRES, mientras existen, en corporaciones privadas sin fines de lucro. Esto significa que la disponibilidad de fondos para atención de salud y para subsidios aumentaría en el monto que actualmente dedican estas instituciones a propaganda y, obviamente, lo que queda como lucro, todo lo cual alcanza en estos momentos a por lo menos un quinto de los ingresos.

Esta debe ser una política que aune esfuerzos de usuarios y profesionales y funcionarios del sector y que se exprese en una gran movilización nacional por el derecho a la salud y a la protección del ser humano. Es necesario hacer conciencia que la solución de los malos sueldos, tanto como de la mala atención, sólo mejorará cuando se logre aumentar, por los medios y la forma mencionada, los aportes a salud. Los profesionales y funcionarios de salud ganarán en fuerza y capacidad de presión, sólo con la lucha junto a los usuarios.

## NOTAS

- 1.- *La teoría general de sistemas* aplicada a las manifestaciones de vida, considera la existencia de sistemas que tienen diferentes niveles de complejidad que se pueden jerarquizar. El sistema más simple es el átomo y el más complejo la sociedad humana, pasando por las moléculas, células, órganos, personas, familia y organizaciones.
- 2.- Se utilizará los términos necesitado y satisfactor como la extensión genérica de paciente y médico respectivamente. Entendemos por necesitado a todo ser humano que requiera de ayuda, conciente o no, para compensar desequilibrios actuales o potenciales de su organismo. Por consecuencia, será satisfactor aquel que conduzca acciones directas sobre un necesitado con el fin de corregir desequilibrios potenciales prevenibles o actuales de su organismo. Los desequilibrios potenciales prevenibles son aquellos probables de acaecer en el futuro y que disponen de posibilidades preventivas.
- 3.- La legislación aprobada por la Junta Militar y actualmente vigente, la constituye los siguientes cuerpos legales:
  - DL 2575 de 1979: permite acceso de los obreros al co-pago en el momento de la consulta y a sectores extraprofesionales comerciales manejar instituciones de salud;
  - DFL 3063, DL 3477 y DL 3529 de 1980: Municipalización;
  - DL 3500 de 1980: Reforma previsional salud;
  - DL 3501 de 1980: Aumento cotización imponente de 1 a 4% y eliminación aporte empleador;
  - DFL 3 de 1981: Crea ISAPRES;
  - Ley 18469 de 1985: Estratifica la población de acuerdo a su capacidad de pago y no a su previsión;
  - Ley 18675 de 1987: Aumenta base de cotización del sector público, lo cual de hecho aumenta aporte del usuario;

- Ley 18754 de 1988: Fija 7% cotización para pensionados y,
  - Ley 18933 de 1989: Crea Superintendencia ISAPRES y modifica su legislación.
- 4.- Se caracteriza a las ISAPRES como *sub-conjunto* y no subsistema porque sus componentes son independientes y sin relación funcional alguna entre ellos.

## BIBLIOGRAFIA

Debrey, Régis, 1969. "Tiempo y Política". A. Redondo Editor, Barcelona, España.

Superintendencia de ISAPRES, 1991. Boletín Estadístico Mensual del Sistema de Isapre". I Trimestre 1991.

Tannen, Louis, 1990. "Health Planning as a Regulatory Strategy". en J. Marren Salmon, Editor. "The Corporate Transformation of Health Care. Issues and Directions". Baywood Publishing Company, Amityville, New York.

The Economist, 1991. "A Survey of Health Care". Julio 6 de 1991.

Woolhandler, Steffie and Himmelstein, David U., 1991. "The deteriorating Adminlstratlve Eficiency and the Health Care System". The New England Journal of Medicine, 324 (18): 1253-8.