

SOCIO-POLÍTICA

Salud en Chile: El problema de fondo

Artículo publicado en septiembre de 1979 en la Revista Mensaje 282, pp 558-566. Agradecemos al editor de Revista Mensaje Juan Rauld, por la autorización para su reimpresión.

ALEJANDRO GOIC

El Dr. Goic, profesor asociado de la Facultad de Medicina, sede Oriente, de la Universidad de Chile, analiza la política general de salud del gobierno en estos seis años. El traspaso del SNS al Ministerio y su desarticulación, con los efectos políticos, técnicos y sanitarios que esto acarreará, la creación y manejo del Fondo Nacional de Salud: y el contexto económico de toda la política del sector, lo lleva a concluir que el problema de fondo está en la concepción misma que se tiene de la salud, cuestionando la aplicación de reglas del mercado a algo que es de naturaleza esencialmente social.

Para la opinión pública, no es fácil formarse una idea clara de lo que está ocurriendo en Salud bajo la actual administración, ni los alcances y repercusiones que tendrá para el país y su población la Política de Salud que se trata de imponer. El asunto es complejo y las declaraciones e inserciones profusamente difundidas en la prensa, contribuyen más a confundir que a aclarar la situación. Trataremos de explicar, en la forma más simple posible, las modificaciones propuestas por el Ministerio en la estructura sanitaria del país y sus consecuencias previsibles.

Evolución de la política de salud del gobierno

Con el advenimiento del actual gobierno en 1973, aparecieron varios documentos relativos a Salud, los que no iban más allá de enunciados de carácter muy general¹. Dos notas caracterizaban la política de salud de los primeros años: por una parte, el deseo explícito del gobierno de una participación activa del sector privado (que se concretó en la entrega a la Corporación Privada de Desarrollo de la administración

de algunos establecimientos estatales de salud)², y, por otra, una contradicción entre los postulados y las medidas concretas que se adoptarán³ (por ej., el reconocimiento de la responsabilidad del Estado en salud y las restricciones en el gasto público en el sector⁴).

En el documento "Plan Nacional Indicativo de Desarrollo (1978-1983)" de la Oficina de Planificación Nacional (ODEPLAN)⁵, se definió la política de salud en términos concretos. En su parte más pertinente, el documento señala: "El Servicio Nacional de Salud (SNS) en cuanto ente Jurídico debe desaparecer, ya que todas sus funciones serán traspasadas al Ministerio, a las Unidades Operativas de Salud (UOS) y al Fondo de Compensación (FC) según corresponda". "El Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), por su línea propia de Medicina Preventiva y similares, se incorporará a las UOS correspondientes. Esta disposición no afecta a la Ley 16.831 de Medicina Curativa que en esencia pertenece al extra-sistema*, donde continuará transitoriamente por el SERMENA como ente financiero hasta la reforma de la ley".

En estos párrafos se concentra lo medular de la política de salud del gobierno, la que impone modificaciones sustanciales a la estructura sanitaria tradicional del país. En el curso de los últimos años, ellas se han ido implementando en diversos grados.

2 El aporte del Sector Privado al desarrollo social en Chile. Suplemento del Diario El Mercurio, 28 de mayo de 1976.

3 Venturini A. Goic G. Informe sobre la Salud, Corporación de Investigaciones para el Desarrollo (SINDE), Santiago, septiembre de 1977 (no publicado).

4 Ochoa F. La Salud Pública en Chile. Análisis de su evolución en el periodo 1958- 1976. Memoria de Prueba para optar al grado de Licenciado en Ciencias Económicas, Universidad de Chile. 1978.

5 Plan Nacional Indicativo de Desarrollo (1978-1983). Oficina de Planificación Nacional (ODEPLAN). Presidente de la República de Chile

* Extra-sistema es un término metafórico acuñado por el actual gobierno para referirse a la medicina no estatal, es decir a la medicina privada.

1 Doctrina y Política Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública, República de Chile. Editora Nacional Gabriela Mistral. Santiago. Discurso del General Leigh en la Convención de Consejos Regionales del Colegio Médico. Vida Médica (Santiago, 1974). Política de Salud del Gobierno. Revista de la Fuerza Aérea de Chile. Enero-marzo) 967.

1) El SNS ha sido ya traspasado al Ministerio de Salud, desmantelándose la estructura administrativa, técnica y humana de la antigua Dirección General del SNS, la que ha sido absorbida por el Ministerio (DFL N° 913 del 7 de marzo de 1975).

2) El Proyecto de Unidades Operativas de Salud (UOS)⁶ aún no ha sido promulgado, pero de hecho se ha estado organizando la UOS en diversas regiones del país. En términos generales, las UOS son similares a las actuales Áreas Hospitalarias (por el Área Hospitalaria Occidente de Santiago, constituida por el Hospital Base San Juan de Dios y sus establecimientos y consultorios periféricos ubicados en el área geográfica occidente de la capital), con la diferencia fundamental que pasan a ser entidades jurídicamente autónomas, con patrimonio propio, encabezados por un Director de exclusiva confianza del Presidente de la República, dotado, en el proyecto original, de más que amplias atribuciones para el manejo administrativo y el destino de los muebles o inmuebles de la Unidad.

3) El Fondo de Compensación (posteriormente denominado "Fondo Nacional de Salud"), es un ente jurídico que "tendrá como objetivo captar tanto los aportes directos del Estado como los provenientes de la Seguridad Social y distribuirlos entre las UOS, preferente y crecientemente en la forma de pago por prestaciones efectivamente realizadas"⁷. El Proyecto de Reestructuración de Salud lo define "como un organismo de administración autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relaciona con el Supremo Gobierno por intermedio del Ministerio de Salud, cuyas políticas, normas y planes generales debe observar"⁸. El Fondo financiará las prestaciones que se otorguen a través del sistema o del extra-sistema"⁹. En otros términos, el SNS, SERMENA, etc., dejan de tener presupuesto propio y todos los dineros provenientes del presupuesto de la Nación, de las imposiciones de obreros, empleados y patrones (que varían en magnitud de un sistema previsional a otro) y de otras fuentes, se reúnen en un saco común, denominado Fondo Nacional de Salud. La dependencia administrativa específica y las modalidades de operación de este Fondo no han sido hasta ahora explicadas a la opinión pública.

4) En cuanto al Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), recientemente se ha dictado el Decreto con Fuerza de Ley N°2575, mediante el cual se abren tanto el sistema SERMENA como el sistema SNS, permitiendo a los empleados atenderse con bonos en el SNS, si así lo desean (cancelando a la institución y no a los médicos), y a los obreros atenderse con bonos del SERMENA, si así lo desean, en instituciones privadas o en las

consultas particulares de los médicos (la mitad del costo de las prestaciones canceladas con bonos es pagada directamente por el usuario).

Las modificaciones enumeradas se reúnen en el Proyecto de Reestructuración de la Salud preparada por el Ministerio.

¿Qué significan estas modificaciones? Veámoslo punto por punto.

Traspaso del SNS al Ministerio: centralización y politización

El SNS (1952) fue concebido como un organismo público de administración autónoma, encabezado por una Dirección General. Todos los cargos ejecutivos y médicos eran llenados por concurso de antecedentes profesionales, con la sola excepción del cargo de Director General del Servicio. Este era nominado por el Senado de la República, la propuesta del Ejecutivo. Además, la existencia de un Consejo Nacional de Salud, presidido por el Ministerio de Salud, aseguraba la participación de todos los sectores de la vida nacional interesados más directamente en la Salud Pública (Gobierno, Colegio Médico, Facultad de Medicina,

¿Hacia su privatización?



6 Unidades Operativas de Salud. Ministerio de Salud de Chile. Junto, 1978.

7 Plan Nacional Indicativo de Desarrollo (1978 -1983).

8 La Reestructuración de la salud. Ministerio de Salud. República de Chile. Febrero 1979

9 Ibidem

Congreso Nacional, Sindicatos Obreros, etc.)¹⁰. Se pretendía con esta estructura que el SNS estuviese ajeno, en la medida de lo posible, a influencias políticas ilegítimas.

El traspaso de la Dirección General del SNS al Ministerio significa una fuerte centralización del sistema sanitario, al mismo tiempo que un impulso acelerado a la politización de los servicios, con todos los inconvenientes que de ello derivan en términos de prebendas y favoritismos. Se ha eliminado la Dirección General, el Director

“Se pretendía con esta estructura que el SNS estuviera ajeno, en la medida de lo posible, a influencias políticas ilegítimas”

General y el Consejo Nacional de Salud y se ha designado un Delegado de Gobierno al SNS, que reúne para sí todas las atribuciones que tenía el Director General, sumadas a las propias del Consejo Nacional de Salud. Un poder no balanceado se concentra ahora en el Ministerio y las decisiones en Salud las toma un grupo de personas designadas por la autoridad política, sin participación de ningún sector técnico autónomo de organismos sociales intermedios de organismos sociales intermedios ni, por cierto, de la población afectada. A su vez, todos los cargos ejecutivos en salud, no sólo los del más alto nivel central, sino que, los de los niveles periféricos (Directores de Hospitales y de Consultorios, Jefes de Servicios Médicos, etc.) son llenados por “designación simple”, sin consideración a la idoneidad competitiva avaladas por antecedentes profesionales o técnicos. Los concursos médicos a todo nivel están hasta la fecha, suspendidos. En suma, la autoridad política a través de sus representantes (delegados del ejecutivo) maneja, a su arbitrio, los problemas de salud del país.

No deja de resultar extraño que se haya adoptado un modelo administrativo que es propio de los países de estructura estatista centralizada. La extrema politización a que conduce este modelo ha tenido, en el presente, y tendrá en el futuro, consecuencias graves (concentración del poder

10 Neghme.A.Principios y fundamentos de la nueva organización de la Medicina Pública en Chile. *Bel Of Sanit Panemer* 61:45, 1956. Bravo A. L. La Doctrina del Servicio Nacional de Salud. *Rev. Med. Chile*, 89:452, 1961. Fricke G. Diez años de Labor, 1952-1962 (Introducción). Servicio Nacional de Salud, Chile. Talleres de la Sección Educación para la salud. 1062. Romero H. Desarrollo de la Medicina y de la Salubridad en Chile. *Rev. Med. Chile*. 100:837, 1972. Viel B. *La Medicina Socializada y su aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile*. Ediciones de la Universidad de Chile, Santiago, 1961. Urzúa H., Jiménez J. Servicio Nacional de Salud eficaz herramienta de Medicina Social en Chile (J. Jiménez Ed.). Ediciones Aconcagua, Santiago. 1977. p. 89.

político) y terminará por convertirse en un boomerang que destruirá de raíz los objetivos de despolitización del país que se dice perseguir. Lo que es peor, destruirá la idoneidad técnica que, pese a sus limitaciones administrativas, ha demostrado el SNS a lo largo de sus 27 años de existencia¹¹.

Unidades Operativas de Salud: desmembración del SNS

La instauración de las UOS como entes jurídicos autónomos significa una desarticulación del SNS, en la medida en que se intenta transformar una institución sanitaria de carácter nacional, en una agregación de unidades sanitarias autónomas, no directamente relacionadas entre sí desde el punto de vista administrativo ni operacional. No se trata, pues, de una descentralización (que es deseable), sino que de una desmembración del SNS. No se entiende por qué en un sistema nacional de salud requiere de unidades sanitarias con personería jurídica.

Esta medida es la que más rechazo ha producido de parte de los especialistas en Salud Pública y de diversas entidades médicas, los que entienden que en Salud la constitución de un servicio sanitario nacional ha sido uno de los logros más importantes en la evolución sanitaria de la República.¹²

De concretarse la operación desmontaje del SNS, la Salud Pública chilena y la profesión médica se verán, seriamente afectadas:

a) La planificación en salud, por medio de la cual se establecen programas con objetivos nacionales, se fijan prioridades y se destruyen recursos de acuerdo a ellas, corre el riesgo de hacerse inoperante, en la medida que las decisiones centrales tendrán sólo carácter de normativas y no serán necesariamente cumplidas en los niveles periféricos autónomos.

b) Por las presiones del financiamiento (las UOS se financian con los aportes del Fondo de Salud y las tarifas que cobran por las atenciones y servicios que prestan), se minimizarán a nivel local las acciones de fomento de la salud y de prevención de las enfermedades -de alto rendimiento sanitario y ninguna rentabilidad- en favor de la atención médica curativa, de rendimiento sanitario relativo mucho menor y de mayor valor rentable potencial.

c) La fructífera relación que ha existido en Chile entre el SNS y las Escuelas de Medicina para la formación de los estudiantes y el perfeccionamiento profesional continuo, se perturbará o terminará definitivamente (la llamada “cesantía médica” es una de las expresiones de quiebre de la relación entre docencia y atención de salud). El proyecto no especifica cómo operará la relación al Servicio

11 Veinticinco años de la Salud Pública en Chile (1952-1977) (A Gold Ed.). *Rev. Méd. Chile*, 105:649-746, 1977.

12 Ver nota 10



Deberán postergar sus necesidades en salud

de Salud / Universidades.

d) Se exagerará la desigual distribución geográfica de los médicos (un médico por 920 habitantes en Santiago versus 1 por 7.500 habitantes en Chiloé), al terminarse con los programas de médicos generales (de zona, urbanos y en formación en especialidad básica) que están destinados, precisamente, a lograr una mejor distribución del recurso médico.

e) Se acentuará la tendencia a la especialización médica, lo que conspirará en contra de la expansión y perfeccionamiento de la atención primaria o de primer nivel (periférica, suburbana y rural), que abarca la más alta proporción de las consultas y constituye un problema central de la atención de salud.

f) El sistema que se propone se traducirá en un incremento progresivo de los costos en salud de acuerdo a la experiencia universal en esta materia¹³, lo que afectará el presupuesto individual y familiar y el gasto total en salud del país.

g) Los exiguos recursos económicos de la inmensa mayoría de la población harán que las personas posterguen sus necesidades en salud afrontando sólo las que ellos estimen más graves o urgentes, perdiéndose la posibilidad de prevenir enfermedades, o de pesquisar precozmente las

alteraciones de salud en etapas evolutivas más susceptibles de recuperación.

h) La disponibilidad de recursos económicos personales y no las necesidades de salud será el factor determinante de la atención médica*.

i) Los complejos aspectos de la carrera funcionaria que regula el Estatuto Médico y que históricamente vino a poner orden a un trabajo médico que se realizaba caóticamente, se terminará o será inoperante.

j) El país verá surgir situaciones éticas delicadas que terminarán lesionando la imagen pública de los médicos, de la medicina y el respeto social por ellos, que a todo país culto le interesa preservar.

Como consecuencia de todos estos hechos negativos, los índices sanitarios y la calidad de vida de las personas tenderá a deteriorarse, quebrándose la progresiva mejoría de la salud de la población que se ha apreciado en las últimas décadas.

El Fondo Nacional de Salud: 500 millones de dólares

En la descripción del Fondo Nacional de Salud, no se precisa el modo como se manejarán los recursos, ni su dependencia administrativa específica, ni la responsabilidad de sus ejecutivos, ni las auditorías a que estará sometido. "La autonomía del Fondo sin una taxativa disposición legal que establezca su dependencia directa de las autoridades de salud, podría determinar que de hecho la política y programas de acción dependieran de las decisiones del Fondo en cuanto al financiamiento de las acciones"¹⁴. Tampoco se especifican las vinculaciones del Fondo con el Sistema de Seguridad Social.

"La consecuencia neta será el desplazamiento de la atención médica de los beneficiarios del SNS (obreros e indigentes por los imponentes del sistema SERMENA)".

Este fondo manejará la no despreciable suma estimada en 500 millones de dólares, aportada por todos los chilenos.

* "... Los chilenos podrán recurrir a las instituciones asistenciales que lo deseen, sean públicas o privadas, dependiendo solo de su capacidad de pago". (Salud Pública II. La reestructuración del sector. *El Mercurio*, 3 de junio, 1979).

14 Informe del Comité de la Academia de Medicina del Instituto de Chile sobre el Proyecto de Reestructuración de Salud. *Rev. Méd. Chile*, 107: 540, 1949.

13 Health costs: What limit? *Time*, May 28, 1979. p. 32.

Sería una grave irresponsabilidad si el Estado no cautelara la correcta inversión de tan considerable cantidad de dinero, destinada a un objetivo de tanta trascendencia social. El control estatal de estos dineros constituye, además, la única manera de evitar que se vincule su creación al interés demostrado por corporaciones privadas en la administración de los servicios estatales de salud. No se puede desconocer que la incursión de personeros privados en el campo público de salud es una situación hasta ahora inédita en el país. La participación del sector privado en salud no puede mirarse como ilegítima o inconveniente, siempre y cuando invierta sus propios recursos y corra con los riesgos de toda inversión.

Medicina Curativa para empleados: ¿Una modificación objetable?

La apertura del sistema SERMENA hacia el SNS y del sistema SNS hacia el SERMENA no nos parece, en sí misma, objetable. La objeción surge de las consecuencias previsibles de esta medida.

No hay razón alguna para que se dispongan modalidades de atención médica distintas según si la actividad de las personas es predominantemente manual o intelectual. Se podrían aceptar modalidades diferentes en términos de ingresos pero no en términos de actividad, y en la medida que ello implique una redistribución justa de los ingresos.

El punto importante de analizar es el modo cómo se manejará el sistema de atención médica abierto que se propone: ¿Se utilizará para fortalecer el sistema estatal de salud o como una manera de acentuar la privatización de la medicina? El Ministerio estima que predominará el flujo de beneficiarios del SNS hacia el SERMENA; el Colegio Médico estima que ocurrirá lo contrario y, en base a ello, ha argumentado que la modificación propuesta conducirá hacia un SERVICIO ÚNICO DE SALUD.

Resulta obvio que si la política de salud de un gobierno está encaminada a jibarizar el SNS, invirtiendo en él menos recursos financieros y humanos, y no incorpora los adelantos tecnológicos de la medicina, desmejorando así la atención médica, el flujo de beneficiarios del SNS que preferirá al SERMENA debería ir en constante aumento. Lo contrario ocurriría si la política de salud estuviera destinada a fortalecer progresivamente la eficiencia técnica y humana del SNS.

Sin embargo, dada la pobreza de nuestra población, el desmejoramiento del sistema sanitario estatal se traducirá en una disminución progresiva de In accesibilidad de la población a la atención médica, ya que un vasto sector de ella no dispone de recursos para optar al sistema SERMENA.

Por otra parte, es lógico presumir que las UOS, presionadas por las exigencias del financiamiento, preferirán atender a un consultante de SERMENA, que les va a pagar

con bonos, que a un beneficiario del SNS, que no les va a pagar nada directamente. La consecuencia neta será el desplazamiento de la atención médica de los beneficiarios del SNS (obreros e indigentes) por los imponentes del sistema SERMENA. Los grandes perdedores serán los obreros de bajos ingresos y los indigentes.

En suma, una medida que teóricamente podría parecer inobjetable, por la dinámica que impulsa la política de salud del gobierno, significará, en la práctica, un deterioro en la atención médica de los sectores más pobres de nuestro país.

Deterioro de la atención de los sectores más pobres



La reacción del Cuerpo Médico

Los médicos chilenos poseen una dosis de inteligencia, un estándar ético y una motivación social que se compara favorablemente con la de otros países del continente. Por eso es que su reacción frente a la política de salud del gobierno no se podía dejar de esperar.

Primero surgió la opinión crítica de algunos líderes médicos a la política de salud¹⁵. Luego, más de 600 médicos del Colegio Regional Santiago firmaron una declaración pública de apoyo a los médicos cesantes, expulsados por la fuerza de su sede gremial, y evidenciando la necesidad que los dirigentes fueran representativos de sus bases. Simultáneamente, el Capítulo Médico del Hospital Barros Luco Trudeau, manifestó su decisivo apoyo al SNS, “institución pilar de la atención de salud nacional”. Declaraciones similares hicieron los capítulos de los hospitales Roberto del Río y Exequiel González Cortés y luego la asociación de Capítulos de Santiago. El Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile expresó también, oficial y públicamente, su disconformidad con la política de salud, “orientada y ejercitada con un criterio puramente economista, lo que creemos, debe ser parte fundamental del área social por su naturaleza”¹⁶. Un grupo de personalidades médicas (ex Ministros de Salud, ex Directores del SNS, ex Decanos, ex Presidentes del Colegio Médico y Profesores de Medicina) envió una carta al Ministro de Salud, expresando su “preocupación por el futuro de la medicina chilena”¹⁷.

Finalmente, un comité de la Academia de la Medicina observó críticamente cada una de las disposiciones de proyecto de Reestructuración de la Salud, para concluir señalando que “un problema tan complejo como el planteado y que afecta a un sector vital del área social, requiere de un prolijo estudio multidisciplinario y multisectorial por especialistas que analicen en profundidad las repercusiones administrativas, económicas, financieras, jurídicas y médicas de la reestructuración de salud. De esta manera, se podrá garantizar que las reformas proyectadas consultarán los intereses de la medicina nacional y de la sociedad”¹⁸.

15 Medina E. La Salud, necesidad social del mundo actual. *Rev. Med. Chile* 103: 451, 1975. Medina E. Presente y Futuro de la Medicina Social Chilena. En: *Medicina Social en Chile* (Jiménez Ed.) Ediciones Aconcagua, Santiago, 1977, p.145. Jiménez J. Medicina Social y Economía. En: *Medicina Social en Chile* (Jiménez Ed.) Ediciones Aconcagua, Santiago 1977 p.117. Goic A. Visión crítica del SNS, 1978. Revista *Mensaje* (Santiago), octubre de 1978. Bravo A.L. Los médicos que Chile necesita. Revista *Hoy* (Santiago). Año II N°102, 1979, p. 32.

16 Declaración pública del Consejo Regional Santiago, del Colegio Médico de Chile. Diario *El Mercurio*, 6 de mayo de 1979.

17 Carta de Personalidades Médicas al Ministro de Salud. Revista *Hoy* (Santiago), mayo 1979.

18 Ver nota 14.

Rara vez se había logrado tal unanimidad de opiniones críticas en torno a una política de salud.

Las modificaciones del Ejecutivo: ¿freno a la privatización?

En el nivel más alto del gobierno se ha objetado el proyecto original de reestructuración de la salud. El Ministerio había anunciado la promulgación del proyecto de ley para comienzos de abril pasado, lo que no ocurrió y no ha ocurrido hasta la fecha. La prensa ha informado recientemente de los cambios introducidos al proyecto ministerial¹⁹: se cambia el nombre de UOS por el de Servicios de Salud, los que disminuyen de 38 (en el proyecto original) a sólo 27, señalándose que estos servicios “tendrán la calidad de organismos estatales, funcionalmente descentralizados”; además pasan a tener una mayor dependencia de las Secretarías Regionales y del Ministerio; se precisan y re-

“... el SNS ha favorecido principalmente a los grupos de menores ingresos”.

cortan las atribuciones de los directores de las unidades regionales, aunque siguen siendo funcionarios de la exclusiva confianza del presidente de la República. Se habría eliminado el término “extra-sistema”, indicándose que las personas y entidades privadas se vincularán al sistema sanitario mediante convenios, sujetos a control Ministerial. Finalmente, al Fondo Nacional de Salud se le asignaría el carácter de un “servicio público” dependiendo del Ministerio y sujeto a los controles administrativos regulares del sector público²⁰.

De ser efectivas estas modificaciones, deben considerarse positivas con respecto al proyecto original.

Estos cambios parecen revelar una pugna sobre la política de salud en el seno del propio gobierno. Por un lado, los sectores médicos de formación en Salud Pública que previenen los efectos negativos de la privatización de la medicina y por otro, personeros del sector económico y médicos formados en la medicina de libre mercado que tratan de torcerle la mano a la doctrina sanitaria para encajonarla en el modelo económico implantado en el país.

Sin embargo, no hay muchas razones para ser exageradamente optimista sobre un cambio de rumbo en la política

19 Junta aprobó la Reestructuración del Ministro de Salud. Diario *El Mercurio* (Santiago), 12 de julio 1979.

20 Informe a la Convención de Capítulos, Asociación de Capítulos del Consejo Regional, Colegio Médico de Chile. Julio, 1979 (Miméografo)

de salud, si se consideran las políticas privatizantes definidas por ODEPLAN y la filosofía económica-política que las impulsa, la preeminencia del sector económico de gobierno sobre los sectores sociales, la actitud intransigente, cuando no soberbia, de algunos ejecutivos del sector salud, el desconocimiento o desprecio por las experiencias históricas que en salud han tenido la República y otros países del orbe.

Las observaciones del Ejecutivo al proyecto de reestructuración de la salud parecen obedecer, más bien, a reservas de orden político administrativas que a una convicción de las ventajas sanitarias y de los efectos redistributivos del ingreso de una organización social de la medicina.

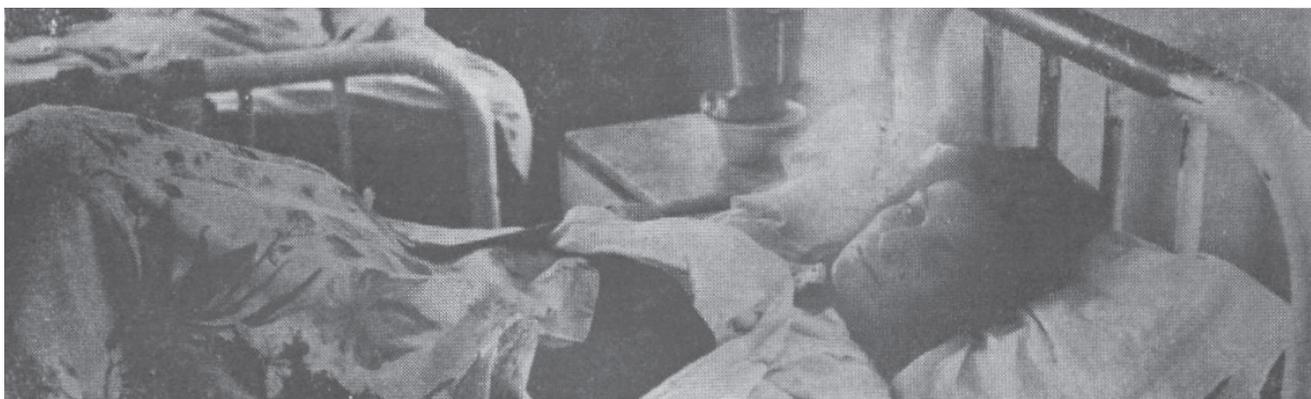
Un pronunciamiento más definitivo sobre los alcances de las reformas en salud sólo será posible cuando se

ello depende el monto de dinero que recibirá la unidad hospitalaria correspondiente.

Sostenemos con convicción que la atención médica no puede estar condicionada ni a trámites burocráticos ni a la disponibilidad de dinero de los pacientes. Los hechos terminarán demostrando que ni el mecanismo de mercado ni la demanda son adecuados para regular las necesidades de salud de la población. Es de esperar que el costo social, que en salud se mide en secuelas irreparables o vidas humanas, no se exprese de un modo dramático.

Perspectiva económica

La Medicina estatal ha tenido en Chile un efecto redistributivo del ingreso. Los pocos estudios realizados en este



¿Alternativa mercantilista o alternativa social para la medicina del país?

conozcan las reformas al SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, que está indisolublemente ligado a la atención de la salud. En el aspecto propiamente médico será necesario conocer el articulado de la nueva legislación sobre salud, particularmente lo relativo al manejo y operación del FONDO NACIONAL DE SALUD y el Reglamento de la ley. Se puede sí adelantar que la creación de este Fondo implica un cambio radical en el modo como se ha operado en salud en el país. Hasta hace pocos años se operaba en base a Programas, a los cuales se asignaba un financiamiento. La evaluación de los resultados se hacía en términos del cumplimiento de los objetivos sanitarios del programa correspondiente. Lo que hoy se propone es un financiamiento de las atenciones de salud según prestaciones realizadas lo que presupone la implementación de un complejo sistema de registro de las atenciones, de supervisión de la fidelidad de ese registro y, finalmente, de la facturación de las atenciones prestadas. Para quien conozca la complejidad de la atención médica le es fácil percibir la irrealidad del sistema y las eventuales irregularidades que puede generar, como modo de justificar el número de prestaciones realizadas, ya que de

aspecto demuestran que el SNS ha favorecido principalmente a los grupos de menores ingresos²¹. En efecto, en 1969, los recursos que el SNS destinaba en promedio, por familia, se canalizaban preferentemente a la atención de quienes ganaban menos de un vital, casi tres veces más que los que favorecían a los estratos de más altos ingresos. Las atenciones proporcionadas por el SNS a los hogares con renta inferior a un sueldo vital representaban casi un sexto de su ingreso.

Por otra parte, el SERMENA (un sistema semi-privado) favorecía con su acción, especialmente, a los estratos de ingresos medios y altos, ya que allí se concentra la mayoría de los empleados. A diferencia de lo que ocurría con el SNS, el beneficio proporcionado por el SERMENA aumentaba junto con el aumento del ingreso. Los recursos destinados a las familias del estrato superior más que duplicaban el promedio nacional.

21 Arellano J.P. Gasto Público en Salud y Distribución del Ingreso. En: Salud y Bienestar Social (M. Livingstone y D. Raczynski Eds.) CIEPLAN. Imprenta de la Universidad Católica de Chile, Santiago, 1976.

De los datos disponibles parece, pues, lícito concluir que, en 1969, si las familias chilenas de ingresos más bajos no hubiesen dispuesto de atención médica gratuita, no habrían podido procurársela por sus propios medios, ya que tendrían que haber destinado alrededor de 1/6 de sus menguados ingresos para ello. Es muy probable que postergaran ese desembolso para satisfacer necesidades aún más apremiantes. No hay razones para presumir que en la actualidad la situación sea mejor que en 1969.

Datos más recientes (1977)²², obtenidos a través de una encuesta, de una muestra aleatoria de población del Gran Santiago (412 hogares con 2.074 personas) indican que casi un 60% se atendió en el SNS y un 31% en forma individual (SERMENA 12% y privada, propiamente tal, 19%). Un 35% declaró no estar afiliado a ningún sistema previsional.

A pesar que el 65% de la población estaba afiliada a algún sistema previsional se registró una importante cantidad de gastos directos de las personas en atención médica, dental y farmacia. El gasto anual estimado fue de US\$ 22,6, que equivale a un 7,2% del ingreso personal anual.

De acuerdo con estos datos, el gasto total en salud (gasto público más gasto privado) subiría a 548 millones de dólares, cantidad que puede estimarse en un 5,5% del PGB y US\$ 48 por habitante al año. De acuerdo a datos sobre ingresos familiares del Instituto Nacional de Estadísticas, se puede estimar que sólo el quinto superior de la población chilena, con disponibilidad mensual de US\$ 778 por grupo familiar, podría costear directa y totalmente un gasto de US\$ 50 anuales en salud; los otros cuatro quintos (4/5) tendrían graves dificultades, ya que la disponibilidad mensual de los grupos familiares es de 320, 298, 141 y 79 dólares mensuales, respectivamente²³.

“Lo que está en juego es si la Medicina va a ser considerada en Chile como una mercancía, como lo han expresado ejecutivos de ODEPLAN, o como una necesidad de la población...”

Es necesario tener presente que los costos de la consulta médica y medicamentos son menores, comparativamente, a los gastos que demanda la hospitalización, intervenciones quirúrgicas o procedimientos complejos de laboratorios. Si pensamos que el costo de hospitalización en una clínica privada oscila entre 50 y 80 dólares diarios, a lo que hay que sumar medicamentos, exámenes

de laboratorio, intervenciones quirúrgicas, procedimientos especiales y honorarios profesionales, debemos concluir que la inmensa mayoría de la población chilena no está en condiciones de solventar con sus propios recursos estos gastos en salud. Aún el sistema SERMENA, en el que el beneficiario debe cancelar de su bolsillo el 50% del costo, no resuelve el problema para gran parte de esa población.

El problema de fondo

El problema que enfrenta la Salud Pública en Chile no es sólo un problema de estructura del sistema sanitario²⁴; en verdad, no importa tanto si se va a imponer una estructura centralizada, descentralizada o de unidades autónomas en un servicio público de salud. Este es el problema aparente que no revela el fondo de la cuestión.

Lo que está en juego es si la Medicina va a ser considerada en Chile como una **mercancía**, como lo han expresado ejecutivos de ODEPLAN, o como una **necesidad** de la población, como lo sostienen los especialistas en Salud Pública. La adopción de uno u otro criterio tiene, por cierto, consecuencias para la estructura de los servicios sanitarios; pero, más importante, es que afecta de una manera muy diferente a la población, tanto en lo que se refiere a la posibilidad real de acceso a la salud como el patrimonio de las personas.

Dado que los recursos para la salud son siempre más escasos que las necesidades y aspiraciones de la sociedad, interesa, en segundo lugar, determinar cuántos recursos se adjudicarán al sector y qué mecanismos de asignación de los escasos recursos disponibles se va a adoptar²⁵, ¿Los recursos para la salud serán asignados a los chilenos según la oferta y la demanda o mediante una planificación que fije objetivos y prioridades de acuerdo a los principales problemas de salud que afectan a la población?

En último término, las alternativas en salud son: o una medicina predominantemente social (y, por lo tanto, con fuerte participación del Estado) o una medicina predominantemente individual (y, por lo tanto, con fuerte participación del sector privado). La primera es claramente redistributiva del ingreso y la segunda claramente concentradora del ingreso²⁶.

24 Goic A. Jiménez J. Rol del Estado en los Sectores Sociales (Salud): Los límites de la privatización (Mesa Redonda) Corporación de Investigaciones Económicas para América Latina (Santiago) Abril, 1979.

25 Flaño N. Interrelación entre el sistema económico y el sector Salud. Documento de Trabajo N° 112. Corporación de Promoción Universitaria (Santiago. Septiembre 1978).

26 Ver nota 21.

22 Medicina E. Kaempffer AM. Morbilidad y Atención Médica en el Gran Santiago. Rev Med Chile 107: 155, 1979.

23 Ver nota 14.

Nosotros hemos analizado en otra publicación²⁷ las razones de orden médico que hacen necesaria una medicina predominantemente social. Hemos mostrado que el mecanismo de mercado en salud minimizará las acciones de fomento y de prevención de las enfermedades, acentuará la desigual distribución geográfica de los médicos, favorecerá la hipertrofia de la especialización médica, perturbará la relación docente asistencial y aumentará el costo de la medicina.

En lo inmediato, la reestructuración del sector salud constituye sólo una materia de debate, ya que, felizmente, los

hospitales y consultorios son todavía de propiedad pública y la estructura y programas básicos del SNS no han sido seriamente dañados (lo que explica, en gran medida, la mantención de la mejoría de los índices sanitarios del país).

Pero, lo que alarma es la ideología que alienta a la actual política de salud, de corte netamente mercantilista, la que en el futuro mediano abre las puertas a la privatización y con ello al derrumbe de la Medicina Social. Esta política pretende introducir las reglas del mercado en una actividad que es, en esencia, de naturaleza social y, necesariamente social, para una población mayoritariamente pobre, como la nuestra.

Julio, 1979

27 Goic A. Fundamento médicos para una organización social de la Medicina. Documento de Trabajo N° 109 Corporación de Promoción Universitaria (Santiago) Septiembre 1978.