

Servicio Nacional de Salud para garantizar el Derecho a la Salud

Mario Parada-Lezcano¹
Camilo Bass del Campo²

RESUMEN

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de acceso a salud. Durante el Siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos, como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad. Posteriormente, el Estado se introduce en la provisión de atención a los/as trabajadores/as y se establece un Servicio Nacional de Salud. Sin embargo, como consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura de Pinochet, se realizaron reformas neoliberales en el campo de salud y seguridad social, imponiendo un modelo de mercado y un incentivo negativo hacia los sistemas públicos.

En la actualidad el sistema de salud se encuentra en crisis. Integrado principalmente por el sistema público (Fondo Nacional de Salud) y el sistema privado (Instituciones de salud previsional), que produce segmentación de la población en el acceso a salud, consagrando una salud para pobres y enfermos y otra para ricos y sanos. Con un sector público crónicamente desfinanciado, perdiendo capacidades y un aseguramiento privado con discriminación y arbitrariedades, sin solidaridad ni eficiencia. Asociado a un elevado gasto de bolsillo, que corresponde a lo menos a un 32% del gasto total en salud.

En este contexto, donde durante más de 45 años la sociedad chilena ha caminado por las veredas del neoliberalismo, el día 18 de octubre de 2019, producto del alza en el pasaje de transporte, el pueblo chileno se reveló y dijo basta a la desigualdad y exclusión reinante. Se avanza así, hacia un proceso de rearticulación de las clases subalternas, promoviendo un cambio a los amarres constitucionales del Estado subsidiario, trabajando la capacidad de alianzas que el mundo del trabajo organizado pueda establecer con otros movimientos sociales con diferentes problemáticas, para que se lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo Chile, con un Sistema Universal o Servicio Nacional de Salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro.

Palabras clave: Derecho a la Salud, Servicio Nacional de Salud, Sistema Universal de Salud.

INTRODUCCIÓN

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en la protección y seguridad social de la salud. Durante el Siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos (1), como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad/beneficencia sostenida por el altruismo aristocrático. Su objetivo primordial era dar protección solidaria ante la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar en base a la creación de un sistema de protección social fundado sobre el ahorro de sus asociados/as.

Luego, en el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio, por la cual empleadores/as y obreros/as debían imponer mensualmente a un fondo solidario de enfermedad e invalidez. Esta ley significó la introducción del Estado en la prestación de atención a los/as trabajadores/as y marca el inicio de una seguridad social en salud (con la autoexclusión de los empleados públicos y particulares), instalándose lo

1, 2 Red de Sistemas y Políticas de Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES Chile)

que se conoce como el “error congénito” que implica la falta de universalidad. Posteriormente, en 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento y promoción de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación, que mantiene la marginación de empleados y clase acomodada (2).

Como consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura de Pinochet, se realizaron reformas neoliberales a cargo de los denominados “Chicago Boys” (economistas liberales discípulos de Milton Friedman en la Universidad de Chicago), quienes implementaron las bases para un sistema económico de libre mercado contenidas en el texto conocido como *El Ladrillo*. Se impone un modelo de mercado en salud, con privatización de la seguridad social en salud y en el resto de derechos sociales, siendo utilizado como modelo ejemplar por los organismos multilaterales que sistemáticamente presionan por reformas en el resto de la región. Se crearon los seguros de salud privados con fines de lucro, denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se privatiza la seguridad social de pensiones con las Asociaciones de Fondos de Pensiones (AFP). Promoviendo un incentivo negativo hacia los sistemas de seguridad social públicos (3).

Estas transformaciones estructurales cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron el sector privado. El derecho a la salud en Chile comenzó a ser concebido desde la lógica de la “elección” entre un sistema público y privado. Situación consagrada en la autoritaria Constitución de 1980, que permitió el auge del sistema de salud privado basado en el lucro, de la mano de una severa disminución del presupuesto fiscal para el sistema público, pasando de un 3,5% del Producto Interno Bruto (PIB) para salud en el Gobierno de la Unidad Popular, a menos del 1% PIB durante la dictadura.⁽⁴⁾ Esta situación no es exclusiva de este sector, sino que se abraza el mercado como ente regulador de los derechos sociales, hipotecando la solidaridad y justicia social debido al Estado neoliberal subsidiario.

Producto de las políticas neoliberales, se

concretaron una serie de medidas que modificaron profundamente el sistema de salud:

- Desaparece el SNS, siendo reemplazado por un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que es la fragmentación del SNS en 26 servicios regionales (entre 1 a 5 por región) dejando en el Ministerio de Salud el comando de todo el sistema³.
- Se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), para establecer coherencia con la creación del sistema de seguro para personas de altos ingresos.
- Se implantaron las ISAPRE, sistema no solidario y sin fiscalización⁴, con una serie de condiciones generadoras de mercado y ganancias⁵.
- Traspaso de la administración de establecimientos de nivel primario de atención a las municipalidades (5). Junto con ser una medida de control político de la ciudadanía a través de los Alcaldes designados por el gobierno central, Salinas, refiere que habría sido ideada como una manera encubierta para iniciar la privatización del sistema de salud, ya que luego del traspaso de los establecimientos a los municipios, se podría realizar la transferencia a privados, lo cual queda de manifiesto la creación de Corporaciones privadas para la administración local en las comunas (4). Por otra parte, al producirse la autonomía de una porción de la salud del gobierno central, se evidencia una inequidad entre unos pocos municipios con más recursos en desmedro de la mayoría pobre.
- Se introduce una estratificación del acceso a los servicios públicos según renta familiar, segmentando a la población pobre según 4 niveles de ingreso económico, partiendo por el “A” que es la persona indigente económica.

3 Antes existía la Dirección Nacional del SNS, que funcionaba de manera autónoma del Ministerio, generando una adecuada separación de la implementación de las Políticas Públicas de las Agendas de los Gobiernos de turno.

4 La última medida en salud de la dictadura cívico militar en marzo de 1990 fue dictar el Decreto con fuerza de Ley que crea la Superintendencia de ISAPRE.

5 En el momento de mayor cobertura las ISAPRE tenían al 22% de la población como beneficiarios, con planes de salud colectivos (financiados indirectamente por el Estado a través de exenciones tributarias), planes “sin útero” (para ser más atractivos para las mujeres, etc. Desde su creación se han realizado 5 nuevas leyes de ISAPRE para regular de mejor manera los abusos este mercado neoliberal.

- Se acaba con la producción nacional de medicamentos y vacunas.
- En el Seguro Laboral (para Accidentes del trabajo y Enfermedades Profesionales) se transfieren las competencias de decisión de las pensiones de invalidez a las Mutuales (seguros privados sin fines de lucro) y a la Administración Delegada (Empresas de más de 2000 trabajadores), lo que implica dejarles a estos como juez y parte en este aspecto.

Las Mutuales dejan de aportar solidariamente al sector público encargado de atender a los trabajadores

Cuadro: Transformaciones neoliberales en la dictadura cívico militar en Chile 1973 – 1990

Año	Transformación
1979	DL N° 2.763 Fusionó SNS y SERMENA, creación de: Fondo Nacional de Salud – FONASA y el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS - 26 Servicios regionales). El SERMENA pasa a ser el FONASA. Se crea la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP) ex Instituto bacteriológico.
1980	Nueva Constitución Política señala que <i>“el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo (...) Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”</i> (11).
1980	Aumento de cotización obligatoria para salud del 4 al 7% del sueldo. Se elimina sistema tripartito, quedando solo el aporte del trabajador y del Estado.
1981	DFL 13.063 inició el proceso de municipalización de la Atención Primaria de Salud (APS), tradicionalmente parte constitutiva del SNS.
1981	DFL N° 3. Privatización de la SSS a través de la creación de las Instituciones de Salud Previsional en Salud (ISAPRE), empresas aseguradoras privadas con fines de lucro, que administran la cotización obligatoria para salud (7% del sueldo) para la población de más altos ingresos económicos.
1985	Se estimó innecesario mantener la “odiosa” distinción entre obreros y empleados que existía en el sistema anterior, por lo que se promulgó una Ley que unificó el régimen de prestaciones del sistema público. Ya no era necesario hacer distinciones de clase a través del lenguaje, ya que se institucionalizaron a través de la creación de las ISAPRE, la cual realiza la discriminación según el nivel de ingresos económicos. Se establecen copagos de acuerdo a nivel de ingreso económico dentro de FONASA (A, B, C y D).
1986	Ley 18.566 crea sistema de subsidio cruzado estatal dado que permite el financiamiento de planes colectivos en ISAPRE con un 2% de cotización adicional pagado por el empleador pero descontado de Impuestos.
1990	Creación de la Superintendencia de ISAPRE, ente fiscalizador del sistema de aseguramiento privado.

Fuente: Parada, M. 2004 (6)

no asegurados, así como a las pensiones asistenciales y al seguro escolar.

En la actualidad, existen importantes desigualdades en acceso y estado de salud entre niveles de ingreso y grupos sociales. Estas desigualdades son reforzadas tanto por los seguros privados, que discriminan por riesgo a sus propios beneficiarios⁶ y a sus potenciales beneficiarios, como por la fuerte dependencia que el sistema tiene del gasto privado, incluyendo en buena parte el gasto de bolsillo de las familias para el pago de prestaciones y medicamentos, entre otros aspectos no cubiertos por los seguros de salud. Finalmente, no se considera el constante proceso de debilitamiento del sistema público, y el subsidio constante del fondo público a los prestadores privados con fines de lucro, a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE) y de las prestaciones con Garantías Explícitas en Salud (GES).(7,8)

Ensombreciendo este escenario, la reforma de Ricardo Lagos planteó dar un impulso inédito a la atención primaria de salud (APS), sin embargo, a pesar de las intenciones declaradas y con una reforma implementada desde hace más de 15 años, en la práctica, existen problemas no abordados que amenazan el éxito de este proceso, uno de éstos es la ausencia de una política nacional de desarrollo integral de los/as trabajadores/as de salud, además de escaso tiempo para promoción de la salud, prevención de enfermedad,

⁶ Se debe recordar que desde 2010 la Ley de ISAPRE, en lo referido a las tablas de factores de riesgo, que les permiten aumentar los precios de los planes según el sexo y la edad de la persona, está sancionada como fuera de la Constitución por el propio Tribunal Constitucional, por transgredir el derecho a la seguridad social (principio de igualdad) protegido por dicho cuerpo legal. Sin considerar que las ISAPRE discriminan además por estado de salud (pre-existencias) y por ingreso económico.

rehabilitación, falta de medicamentos y exámenes de apoyo, falta de especialistas en medicina familiar, con una repercusión grave en el resto de la red asistencial pública. Para la atención hospitalaria, persisten largas listas de espera para otras especialidades, falta de recursos para una atención digna, discriminación entre pacientes GES y No GES, desvío de recursos hacia el sistema privado, con el sistema de urgencia colapsado. En un sistema de salud fragmentado, inequitativo y una Constitución, que define la libertad de elección de aseguramiento como un principio, se requiere de una transformación profunda.

DESARROLLO

En este contexto, 45 años de camino por las veredas neoliberales, el 18 de octubre de 2019, producto del alza en el pasaje de transporte, el pueblo chileno se reveló y está diciendo basta a la desigualdad y exclusión reinante. A partir de ese día, se han rearticulado/politizado las clases subalternas, promoviendo un cambio del Estado subsidiario, conformando alianzas entre el mundo sindical con las organizaciones/movimientos sociales (feministas, inmigrantes, movimiento mapuche, diversidad de género/sexual, ecologistas, movimiento de pobladores/as, estudiantiles, No más AFP, etc.). (9)

En la problemática de salud-enfermedad-atención-cuidado, las propuestas aún no han sido definidas detalladamente, por lo que se hace necesario impulsar cambios emancipatorios aglomerados en el Sistema Nacional de Salud (SNS), que contenga a lo menos los siguientes alcances:

- Derecho a la Salud consagrado/protegido por el Estado en una nueva Constitución.
- Atención de salud-enfermedad pública, gratuita y de calidad para todo/as. Sólo en un sistema donde desaparezca la segregación, y que funcione bajo un marco público y solidario lograremos satisfacer

integralmente las necesidades de salud de la población.

- SNS basado en APS⁷, financiado a través de impuestos generales. El sistema es universal, constituyéndose un solo fondo nacional que distribuye equitativamente, sin discriminaciones por edad, sexo o enfermedades.
- Sistema público robusto con prestadores privados que debieran ser solo complementarios y sin fines de lucro.

Las ventajas de un SNS son muy relevantes ya que representa el financiamiento más equitativo posible (en el contexto de un sistema impositivo de tipo progresivo) y, por ende, más justo en sus resultados sanitarios. El financiamiento está más protegido frente a los ciclos económicos y efectos en el mercado del trabajo. Orientado por los principios de universalidad, integralidad y equidad, asegura el logro de mejorar la salud para todos, con comprensión de un concepto integral de salud-enfermedad-atención-cuidados, dando más factibilidad al fin de la mercantilización de la salud y fin del lucro a partir de recursos públicos. Existen interesantes experiencias a nivel internacional que han mostrado que se puede transitar con éxito desde esquemas de seguridad social (financiados con contribuciones vinculadas al trabajo) a sistemas financiados por impuesto generales, como en el caso de España⁸. (10)

Otra ventaja de un SNS, es que la planificación se efectúa más simplemente y sin influencias mercantiles. Un ejemplo sería la posibilidad de disminuir las grandes brechas de recursos humanos, sobretodo de profesionales médicos⁹.

El SNS implica terminar con las ISAPRE y el negocio que estas empresas realizan con la salud-enfermedad-atención de la población, y pasar a un esquema de financiamiento basado en impuestos generales, con reducción del gasto de bolsillo de la población.

También implica avanzar hacia la triestamentalidad en la toma de decisiones con respeto y

7 Recordar que el SNS de 1952/78 (creado tan solo 4 años después del prestigioso NHS inglés), se le pueden atribuir a lo menos parte de los buenos indicadores promedio de salud con los que contamos.

8 Sistema Nacional de Salud que se generó 30 años después de la experiencia chilena y aún se mantiene, consiguiendo estar dentro de los mejores sistemas de salud a nivel mundial.

9 De acuerdo al Departamento de Estudios, Planificación y Control de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, faltarían 4.900 médicos/as especialistas (Fuente: Emol.com - <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2019/08/23/958913/Ministerio-de-Salud-estima-que-brecha-de-medicos-especialistas-es-de-4900-facultativos.html>). En el caso de la atención primaria, el déficit promedio de 4.500 jornadas médicas de 44 hrs. (Fuente: Política Nacional para el Recurso Médico de la Atención Primaria de Chile. Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria), lo que sería factible de implementar con la cantidad actual de profesionales que hay en el país, siguiendo las orientaciones de modelos con atención primaria fuerte, donde un mínimo de 40% de los/as médicos/as del país se desempeñan en el primer nivel de atención.

fortalecimiento de los saberes ancestrales y populares en salud.

Además, se incluyen otras medidas más específicas:

- Priorización de la promoción de salud. Creación de una institucionalidad intersectorial para articular el desarrollo de Salud en todas las Políticas.
- Consolidación del modelo de salud familiar-comunitario, fortaleciendo los equipos a través de formación de habilidades interdisciplinarias e interprofesionales.
- Generación de mecanismos de pago a la red asistencial equitativos basados en costos reales de resolución, complejidad de casos y costos basales de todos los niveles de atención.
- Creación del “Plan Nacional de Formación en Salud” en conjunto con el Ministerio de Educación (MINEDUC) y Universidades para cubrir los déficit de trabajadores/as de salud que requiere el sistema.
- Creación del Plan Nacional de Formación de especialistas en salud familiar y comunitaria (MFyC), proponiendo reducir la brecha a través de incentivos e incremento de la capacidad formativa del sistema y favoreciendo su carrera en el sistema.
- Implementación de evaluaciones de Impacto en Salud - ETESA.
- Eliminación de funciones operativas a Secretarías Regionales de Salud que representan al gobierno de turno.
- Fin al lucro en prestadores privados con financiamiento desde la seguridad social. Regulación de precios, incluidos los medicamentos y similares.
- Carrera directiva que vele por la idoneidad y continuidad de las Políticas Públicas, eliminando la discrecionalidad política. Implementación de un sistema de evaluación objetivo del desempeño, tanto de los/as gestores/as, como de los/as trabajadores/as.

- Mejorar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas a la ciudadanía.

CONCLUSIONES

La estratificación clasista neoliberal de la sociedad, de acuerdo a criterios puramente monetarios, y la instauración de un mercado consumista al que se puede acceder no sólo a través de ingresos sino también a través del crédito, significa para muchos chilenos/as especialmente de “clase media”, sentir al consumo como único medio de progreso y expresión de la identidad. En salud, los principales efectos de este contexto, sumado a la política de acuerdos emprendida por los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia (1990 – 2010) y la Nueva Mayoría (2014 – 2018), no fueron menores y significaron en la práctica la mantención de las estructuras y formas de actuar en salud dejadas por la dictadura, denominadas ahora como “Modernizaciones en Democracia”. En Chile, la elite política y el 20% más rico de la población están en ISAPRE, con muy pocos incentivos para el cambio (clasismo) (2).

Nos encontramos en un momento decisivo para que se lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo modelo de desarrollo, que contenga un Servicio Nacional de Salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. Y de una vez por todas, el neoliberalismo que nació en Chile, se extinga en post de los derechos universales, incluyendo a la salud.

Si realmente “Chile Despertó” la expresión mayoritaria de la población será la que apunte hacia un país en donde primen los valores del Buen Vivir: cooperación, solidaridad, confianza, comunidad, respeto, compromiso, legitimidad del otro/a, compasión.

REFERENCIAS

1. Ilanes, MA. (2003). La revolución solidaria. Las Sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1887. 22 de julio de 2019, de POLIS, Revista Latinoamericana Sitio web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500514>> ISSN 0717-6554
2. Parada-Lezcano, M. y Moraga, F. (2019) Crisis del Aseguramiento en salud en Chile: enfermedad crónica socialmente transmisible. Revista Electrónica Tempus, actas de saúde coletiva, Brasília, 13(2). Jun/2019 ISSN 1982-8829
3. Tetelboin, C. (2009). Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en

américa latina. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. 30 de julio de 2019, de Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Sitio web: <http://cdsa.academica.org/000-062/1495.pdf>

4. Araya, E. (2006). La salud en dictadura: Privatización insalubre. La Crisis hospitalaria y el negocio de las isapres durante la dictadura. 30 de julio de 2019, de Centro de Estudios Miguel Enríquez (CEME) Sitio web: http://www.archivochile.com/Dictadura_militar/muertepin8/muertepin8_0143.pdf

5. Salinas, H., Lenz R. (1999). Las NO reformas de salud en Latinoamérica, razones que explican su fracaso. Santiago de Chile: Editorial Andros.

6. Parada, M. (2004). “Evolución del Sistema de Protección de la salud en Chile: un análisis sociológico”. Tesis Doctoral. Doctorado en Sociología. Universidad Autónoma de Madrid – España.

7. Bustos, R. (1998). La Reforma de la Salud en América Latina: ¿Qué Camino Seguir? (la experiencia chilena). Colegio Médico de Chile.

8. Debrott, D. (2018). Sistema de salud chileno:

Funcionamiento, problemáticas y propuestas de reforma. . En Chile del Siglo XXI: Propuestas desde la Economía (261-296). Santiago de Chile: Ediciones Böll y Estudios Nueva Economía.

9. Ruiz., F. (2018). El movimiento de trabajadores y trabajadoras en Chile: Diagnóstico, situación y perspectivas.. 30 de julio de 2019, de Nodo XXI Sitio web: <http://www.nodoxi.cl/el-movimiento-de-trabajadores-y-trabajadoras-en-chile-diagnostico-situacion-y-perspectivas/>

10. Cid, C.; Aguilera, X.; Arteaga, O., Barría, S.; Barría, P.; Castillo, C., Debrott, D.; Dutilh, M.; García, P.; Jordán, T.; Larrañaga, O.; Matthews, F.; Parada, M.; Paraje, G.; Solar, O. y Uthoff, A. (2014) Informe final. Comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado. 2014. 2ª Edición. 2016. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf