

SALUD PÚBLICA

La aplicación del actual modelo socioeconómico ha producido un conjunto de cambios estructurales en los diferentes ámbitos y ha generado importantes variaciones tanto en el área económica como en el área social. En el sector Salud, esta reorientación exigirá una considerable participación privada que permita modificar la proporcionalidad actual y un cambio de mentalidad de la población.

El autor analiza los principios básicos de los modelos vigentes y examina un itinerario de los cambios producidos hasta febrero de 1981, para terminar con un análisis de la nueva institucionalidad del sector y su proyección de desarrollo.

ANÁLISIS EVOLUTIVO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

DR. HECTOR SANCHEZ RODRIGUEZ (*)
Licenciado en Salud Pública

INTRODUCCION

Cuando se quiere analizar el modelo de salud que se está comenzando a aplicar en Chile, se hace necesario efectuarlo dentro del contexto del modelo de desarrollo económico y social en vigencia y de la trayectoria histórica del sector salud.

En efecto, toda estrategia de desarrollo social que se implementa en un país determinado requiere que cada una de las partes del sistema en el cual se aplica, entienda e implemente todos y cada uno de los principios doctrinarios que rigen ese modelo de desarrollo. Lo anterior es un requisito de coherencia interna que facilita la aplicación de la estrategia de desarrollo y propende a asegurar su éxito.

Esta implementación de los principios generales del modelo de desarrollo, dentro de un sector determinado del quehacer nacional, precisa de una adecuación en términos de definir estrategias de implementación en función de la factibilidad de aplicación de esos principios, dentro del sector y del análisis de viabilidad que se desarrolle.

En Chile la implementación del actual modelo de desarrollo socio-económico ha producido un conjunto de cambios estructurales, de organización y de funciones en los diferentes sectores.

Se han generado cambios importantes tanto en el área económica, como en el área social. En esta última los cambios o modernizaciones han tenido una velocidad menor en cuanto a su implementación en relación al área económica. En efecto, la aplicación de los principios que sustentan el modelo de desarrollo socio-económico y en especial el rol de subsidiariedad dentro del sector social y particularmente salud, ha sido progresivamente aplicado en la planificación del sector y con especial énfasis a partir de la reestructuración del sector salud y de la Reforma Previsional.

Esta reorientación del Sector Salud requerirá de una importante participación del área privada, lo que demanda de ésta una alta comprensión de las políticas de salud, de la estructura, organización y funciones del sector, como así también de su posible evolución a la luz de los últimos cambios jurídicos establecidos a raíz de la Reestructuración del Sistema de Salud y de la Reforma Previsional.

Cabe señalar que para completar esta participación del área privada en el Sector Salud se requerirá por un lado, una fuerte in-

(*) El autor agradece la colaboración prestada para el logro de este artículo a los Dres. Francisco Mardones R., Ernesto Medina L. y Juan Giacóni G.

versión privada que permita cambiar la proporcionalidad actual de la propiedad de la infraestructura del Sector, siendo además necesario, por un lado, un cambio de mentalidad de la población y de los profesionales de la salud en cuanto al Sistema de prestaciones en el cual ambos sectores se desarrollarán.

Con el objeto de conocer cómo el Sector Salud se ha ido adecuando al contexto de la estrategia de desarrollo económico y social, se hará un somero análisis de los principios básicos del modelo de desarrollo, posteriormente un itinerario de los cambios más relevantes producidos hasta febrero de 1981, terminando con un análisis de la nueva institucionalidad del sector y su proyección de desarrollo.

DESCRIPCION DE LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA POLITICA DE DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL

Principios básicos de la estrategia de desarrollo (1, 2)

El Gobierno, para el cumplimiento de los objetivos nacionales formulados en la declaración de principios de la Junta de Gobierno de marzo de 1974, ha definido un modelo de desarrollo Socio-económico que se ha denominado "Economía Social de Mercado".

Se señala en este modelo que se tiene al hombre como motor e impulsor fundamental y a su bienestar material y espiritual como una principal finalidad. Por esta razón se entiende en desarrollo no sólo como un proceso de crecimiento económico, sino como un proceso que se traduzca en una efectiva mejoría social que posibilite el perfeccionamiento personal de cada uno de los habitantes del país. De esta concepción del hombre y de la sociedad se desprende que el hombre tiene derechos naturales anteriores al Estado y es éste quien debe estar al servicio de la persona.

Consecuente con lo anterior, la acción del Estado debe regirse por el principio de subsidiariedad, asumiendo directamente aquellas funciones que las sociedades intermedias o particulares no estén en condiciones de cumplir adecuadamente, ya sea porque desbordan sus posibilidades o porque su importancia para la sociedad aconseja no entregarla a grupos particulares restringidos.

El cumplimiento de este principio garantiza el desarrollo de otro tan importante de este modelo como es el asegurar la existencia de una efectiva libertad individual, que se manifiesta en la capacidad de los individuos de elegir entre diferentes opciones para lograr su desarrollo personal y la satisfacción de sus necesidades.

Por otro lado, este principio se manifiesta garantizando a todos los individuos una igualdad de oportunidades para acceder a los bienes y servicios básicos que les permitan entender su desarrollo personal y familiar.

Por otra parte, la estrategia de desarrollo elegido define al Estado como impersonal, el cual debe dictar y hacer cumplir normas generales, lo que implica que deben ser iguales para todos los individuos y para todos los grupos y sectores de la vida nacional.

El principio de subsidiariedad supone la existencia de un sector privado con iniciativa y el derecho a la libre acción en el campo económico sin más restricciones que las que exige el bien común.

Marco de organización de la sociedad: (1, 2)

El marco de organización de la sociedad con el propósito de alcanzar las metas de desarrollo económico y social, es el de una economía mixta moderna, en que tanto el Estado como el sector privado desempeñan un rol básico.

El Estado impulsa y orienta la acción del sector privado hacia la consecución de las grandes metas de la Estrategia de Desarrollo, utilizando para esto las distintas políticas que elabora, ejecuta y controla.

El Estado, además, asume ciertas responsabilidades en la economía, que por su carácter social y/o estratégico no pueden ser entregados al sector privado. En este sentido el Estado debe proveer los recursos necesarios para asegurar adecuadas prestaciones de servicios de educación, salud y otros servicios sociales básicos para la población y debe limitar su acción empresarial sólo a ciertos subsectores del sector servicios y a determinadas actividades mineras y energéticas.

El sector privado tiene como principal función llevar adelante los procesos que permitan incrementar el bienestar material y espi-

ritual de la población. Esta estrategia de desarrollo utiliza el mercado como herramienta fundamental en la asignación de recursos. El Estado sólo controla la operatoria de este mercado.

La acción del Estado y del Sector Privado, así como de todos y cada uno de los diferentes organismos e instituciones de la vida nacional, deben enmarcarse dentro de las directrices establecidas en el Sistema Nacional de Planificación, el cual determina las políticas permanentes y de largo plazo basados en los principios anteriormente señalados.

Políticas Globales: (1, 2)

Se han definido un conjunto de políticas globales tendientes a optimizar los factores que influyen principalmente en el crecimiento económico; así se han definido políticas de precios, de comercio exterior, cambiaria, de fomento de las exportaciones, tributarias, de eficiencia del sector público, de manejo de empresas públicas y de información. Por último, se han definido políticas para incrementar el ahorro y la inversión como asimismo políticas destinadas al mejoramiento del capital humano.

Políticas Sociales.

Dado que el problema que nos preocupa se encuentra dentro de este último conjunto de políticas, nos detendremos brevemente en un análisis de este sector que se ha denominado social.

Debido a que el crecimiento de un país se encuentra fuertemente condicionado por su capital humano, se le da en el actual esquema de desarrollo un especial énfasis a las políticas de expansión y modernización de los sistemas educacionales y de las prestaciones de salud.

El conjunto de las políticas sociales apuntan al cumplimiento de tres objetivos fundamentales:

- a) Asegurar la igualdad de oportunidades a todos los chilenos y erradicar la extrema pobreza.
- b) Fomentar el empleo.
- c) Lograr una plena participación e incorporación de la población a los beneficios del desarrollo.

Es conveniente analizar a continuación, y a la luz de los principios de la política global de desarrollo y social en particular, los principales aspectos de la política de salud y los pasos dados para el cumplimiento de sus objetivos.

Principales Aspectos de la Política de Salud (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14)

Antecedentes:

La estrategia global de salud se fundamenta en el reconocimiento del derecho a la salud de todos los habitantes del país, en un proceso continuo que abarca toda la vida. Frente a este derecho de las personas el Estado asume la responsabilidad de garantizar una medicina integral y oportuna a los mejores niveles técnicos que el desarrollo del país permita.

En este rol, el Estado recoge la concepción moderna de salud y aprobación por la Organización Mundial de la Salud, en que ésta se define como el "estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo" y se la considera como factor importante en la realización de la persona y en el desarrollo social y económico del país.

Objetivos de la Política de Salud (1, 2)

El objetivo general es lograr una mayor esperanza de vida de la población del país, haciendo mínimas las diferencias entre la esperanza media de los diferentes estratos socio-económicos que componen la población. La estrategia a seguir para lograr este objetivo se centra en promover la formación de un esquema que garantice a todas las personas la igualdad de oportunidades de acceso a la salud, incluyendo funciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación dentro de los mejores niveles técnicos que el desarrollo del país permita, inserto dentro de la estrategia global de desarrollo económico-social que impulsa el Gobierno, respetando en su aplicación los principios que orientan dicho modelo de desarrollo.

Los siguientes objetivos específicos se plantean como indispensables para el cumplimiento de este objetivo central:

- a) Lograr que el "estado medio" de salud de la población alcance los siguientes nive-

les: mortalidad infantil 30 por mil nacidos vivos; mortalidad general 5,6 por mil.

Se espera que la dispersión respecto a esos promedios no sobrepasen al 50% de los valores superiores.

b) Lograr una cobertura territorial acorde a la distribución de la población.

c) Que el 100% de la población de 0-18 años e igual porcentaje de mujeres gestantes esté cubierto con una adecuada acción de control de salud.

d) Controlar totalmente las enfermedades transmisibles erradicables.

e) Cubrir mediante la atención de morbilidad el máximo de la demanda expresada, con una atención eficiente y humana, garantizada por el principio de la libre elección.

f) Que la patología de la población mayor de 65 años sea cubierta adecuadamente.

g) En Salud Bucal, a través de recuperación de piezas cuando ello sea posible y de disminuir la prevalencia de caries a niveles mínimos.

h) En rehabilitación, realizar a través de infraestructura adecuada las actividades de rehabilitación integral, tanto médica como profesional.

i) Lograr el máximo posible de provisión de agua potable y de sistemas de eliminación de excretas en áreas urbanas y rurales; y de sistemas de eliminación de basuras en áreas urbanas.

Políticas específicas al interior del Sector Salud:

Política de estructuración del Sector Salud:

Esta política se orienta a establecer una clara separación entre las líneas normativas, ejecutoras y financieras, para lograr la mejor planificación sectorial, la mejor prestación de servicios y el mejor y más eficiente uso de los recursos.

Línea Normativa del Sector Salud:

El Ministerio de Salud deberá normar, planificar, coordinar y representar al sector, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas y las normas dictadas.

El Ministerio de Salud deberá calcular, en forma real, los valores o costos de cada acción de salud.

Las Secretarías Regionales Ministeriales deberán adecuar las políticas y normas nacionales a las características propias de la región, evaluar la acción de los centros ejecutores y controlar su acción de acuerdo a las normas y políticas del Ministerio (*).

Línea Ejecutora o de Prestación de Salud:

Los organismos ejecutores se organizarán sobre la base de unidades descentralizadas, denominadas "Servicios de Salud", los que jurídicamente reemplazaron a la estructura del Servicio Nacional de Salud.

Los Servicios de Salud dependen en materia de normas y políticas de la autoridad nacional (Ministerio) y están afectos a su control. Gozan de independencia en su manejo presupuestario, técnico y administrativo, dentro de los límites que fijan su reglamento.

Los Servicios de Salud serán piramidales en su organización, estructura y funcionamiento, aplicando un sistema de atención por niveles de complejidad/cobertura.

Los establecimientos privados podrán integrarse a cualquier nivel en estos Servicios de Salud, siempre que cumplan con las condiciones que fije la línea normativa representada por el Ministerio y la Secretaría Ministerial Regional correspondiente y firmar un Convenio con el Servicio de Salud respectivo.

Línea Financiera:

Para satisfacer el objetivo de garantizar el principio de igualdad de oportunidades ante la salud de todos los chilenos, se materializará el principio de la libre elección a través del Fondo Nacional de Salud, o a través de Seguros de Salud Privados. La política de financiamiento de las prestaciones contempla la distribución del presupuesto a través de mecanismos que garanticen a todos los usuarios la libre elección del profesional y del establecimiento asistencial.

Los trabajadores independientes que, teniendo ingresos suficientes no aporten al Fon-

(*) Este control y supervisión de los centros ejecutores debe entenderse en un macroenfoque, en orden a resguardar el cumplimiento de políticas.

do Nacional o a Seguros de Salud Privados, costearán totalmente su gasto en Salud.

Los indigentes no cancelarán nada.

El Fondo Nacional canalizará los recursos hacia los Servicios de Salud o entidades e instituciones que otorguen prestaciones o beneficios de salud.

Política de Desarrollo de Recursos Humanos:

Esta política tiende, por una parte, a obtener para el país el contingente de recursos humanos especializados necesarios para dar satisfacción a los objetivos del sector, así como a lograr su debida distribución en el territorio nacional.

Políticas para la Prestación de Servicios:

Apunta a mejorar las acciones directas de salud sobre las personas. Se contemplan políticas específicas para el grupo materno infantil, para el niño y el adolescente, para el adulto y el senescente y sobre la salud bucal.

Políticas de Protección y Control del Medio Ambiente:

Se orienta a dar prioridad a los planes de inversión pública, a los sistemas de suministro de agua potable, como también a los sistemas sanitarios de eliminación de excretas y basuras.

Adecuación del Sector Salud a la Estrategia de Desarrollo Socio-económico vigente en el país (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15)

Como se señalaba en la introducción, para asegurar el éxito de un modelo económico y social de desarrollo debe, entre otros factores, considerarse en forma fundamental que los principios que rigen dicho modelo de desarrollo se apliquen en la formulación de las diferentes políticas globales y sectoriales. De esta manera se asegura la coherencia interna del modelo.

En Salud, la aplicación de los principios de la política general de desarrollo se ha venido produciendo en forma gradual y a una menor velocidad que en el resto de los sectores de la vida nacional.

A la fecha, se han ido implementando los principios del modelo de desarrollo general del país al interior del Sector Salud, fundamentalmente en algunos aspectos estructurales, de financiamiento y de uso de los servicios, pero aún persiste un sistema de salud en el cual el 90% de la responsabilidad ejecutora radica en el Estado y gran parte del financiamiento proviene del sector público.

En esta realidad, principios tan importantes en el modelo como es el de subsidiariedad no se ha aplicado en toda su concepción.

Para una mejor caracterización de este proceso de adecuación del Sector Salud a la estrategia global de desarrollo, es conveniente recordar los principios básicos que orientan dicha estrategia, especialmente en lo relativo al desarrollo homogéneo del país (regionalización), libertad individual, que se manifiesta en la capacidad de los individuos de elegir opciones para lograr su desarrollo personal y satisfacción de necesidades; y el principio de subsidiariedad en sus tres aspectos fundamentales, que son: a) el Estado debe promover la participación del sector privado; b) asumir el Estado sólo aquellas funciones que el sector privado no esté en condiciones de cumplir adecuadamente, y c) que el Estado garantiza la igualdad de acceso a los bienes y servicios básicos.

Así, en función del cumplimiento de esos principios básicos, se puede señalar que en el Sector Salud se han dado 3 etapas que son las siguientes:

- a) hasta agosto de 1979;
- b) desde esa fecha a febrero de 1981, y
- c) desde febrero de 1981 hacia adelante.

Primer Período:

Este cubre desde la enunciación de los principios básicos de la Junta de Gobierno hasta agosto de 1979, fecha en la cual se inicia la reestructuración del Sector Salud. Se caracteriza fundamentalmente por la fuerte inercia del Sistema de Salud Pública que este Gobierno heredó, y tal es así, que en este período prácticamente dicho sistema se conservó intacto, excepción hecha de las definiciones de las funciones del Ministerio

de Salud (1975) y de la creación de las Secretarías Regionales Ministeriales (1974) que no tienen otro efecto que una racionalización de ese Ministerio y una regionalización del mismo, no afectando ello el Servicio Nacional de Salud, que era el organismo ejecutor de la medicina pública existente en ese período.

En esta etapa el sector privado sólo tenía una participación marginal en la ejecución de prestaciones a través del Sistema de Libre Elección del Servicio Médico Nacional de Empleados y mediante Seguros de Salud para aquellos que no estuviesen afiliados al Sistema de Salud Pública y que a la vez percibieran altos ingresos.

Segundo Período:

Se inicia con la dictación del D. L. 2.763, que sanciona la reestructuración del Ministerio de Salud y culmina con el inicio de la Reforma Previsional, específicamente con la dictación del D. L. 3.626.

Esta reestructuración tuvo como objetivos centrales las de aumentar la eficacia del sector a través de una estructura en que se separan claramente las líneas normativas, ejecutoras y financieras, radicando éstas en el Ministerio de Salud, Servicios de Salud y Fondo Nacional de Salud, respectivamente. Por otro lado, este proceso de reestructuración permite una gran descentralización financiera administrativa e incluso técnica en la ejecución de las prestaciones de salud de los 27 Servicios de Salud.

Por otra parte, este período coincide con la vigencia del Antiguo Sistema Previsional, lo que redundaba en la mantención de un Sistema de Seguridad Social en que el Estado es su principal responsable y que conlleva, además, un Sistema de Salud Pública.

Sobre esta base la reestructuración del Ministerio de Salud "adecúa" la estructura del sector al cumplimiento de los principios básicos de la estrategia de desarrollo.

En esta etapa el acceso a la salud estaba condicionado por la relación del trabajador con las Cajas de Previsión y éstas con los Servicios de Salud Pública y sólo a partir del D. L. 2.575 se produce un cambio de esta situación, ampliando el ejercicio de la libertad de elección para los trabajadores pro-

venientes del Servicio de Seguro Social, pero sólo al interior del sistema; es decir, los beneficiarios del Servicio Nacional de Salud tienen acceso a las prestaciones del Servicio Médico Nacional de Empleados, que se materializan a través del Fondo Nacional de Salud.

La participación del sector privado en este período se incrementa levemente en las prestaciones de salud, integrándose los establecimientos ejecutores privados con los Servicios de Salud (mediante Convenios del D. F. L. 36). Es decir, el sector privado actúa fundamentalmente como delegatario de los servicios públicos y principalmente sólo como ejecutor de acciones que éste le encomienda.

Por otra parte, el Fondo Nacional de Salud (ente público) concentra totalmente la administración financiera del sector, canalizando los fondos de los beneficiarios y el aporte fiscal principalmente hacia los organismos ejecutores estatales, esto es, los Servicios de Salud, y secundariamente a los proveedores del sector privado, a través de la venta de bonos y programas de atención médica (ex Servicio Médico Nacional de Empleados).

Esto último se mantuvo incluso en la legislación que dio origen a la Reforma Previsional (D. L. 3.500 y 3.501), en que se estipula que tanto los afiliados al antiguo sistema como aquellos que optaran por el nuevo sistema previsional, debían enterar sus cotizaciones destinadas a las prestaciones de salud en el Fondo Nacional de Salud. Por ello se puede señalar que la transformación profunda del Sistema de Salud y el cabal cumplimiento de los principios que orientan la política de desarrollo económico y social en el campo de la salud, sólo se inicia con la modificación introducida por el D. L. 3.626, que dispone que estas cotizaciones podrán ser enteradas en otras instituciones de carácter privado.

Tercer Período:

Con la dictación del D. F. L. 3.626, de febrero de 1981, se inició este período, que tendrá la característica esencial de ser un proceso gradual y relativamente lento, mediante el cual paulatinamente se logrará el cabal cumplimiento de los principios enunciados.

Ello es así, en primer lugar, porque el Sistema de Salud vigente tiene una base extraordinariamente fuerte, tanto en beneficiarios adscritos, administración de recursos financieros y sobre todo por la enorme infraestructura de hospitales, consultorios y postas.

En segundo lugar, porque el nivel de aporte actual al gasto en Salud de un gran sector de la población llega a ser nulo en algunos casos (indigentes), y no permite que financien el nivel de prestaciones de salud que se les otorga y por ello en tanto éstos no mejoren sus niveles de ingreso deberán permanecer adscritos al Sistema de Salud Pública.

En tercer lugar, porque el sector privado tendrá plena responsabilidad en el Sector Salud sólo en tanto los trabajadores se adscriban al nuevo sistema previsional y opten por cotizar el 4% destinado a salud en otras instituciones en lugar del Fondo Nacional de Salud.

Y, por último, porque el sector privado deberá desarrollar una capacidad técnica y de infraestructura para asumir la responsabilidad de otorgar igual nivel de prestaciones que el actual.

La evolución de estos dos últimos aspectos son los que en definitiva determinarán con mayor precisión la velocidad del proceso.

La Nueva Institucionalidad dentro del Sector Salud:

La Reforma Previsional contempla un sistema de financiamiento individual de los diversos beneficios considerados previsionales, dejándose el Estado dentro de su rol subsidiario, la función de garantizar un nivel mínimo de protección al trabajador si sus cotizaciones no le alcanzan para lograrlo. Asimismo, la Reforma Previsional dispone que es el trabajador el que financia el 100% de sus cotizaciones, por lo que también ejerce el derecho a elegir el destino de las mismas.

En el caso de la cotización previsional del 4% destinado a Salud, a partir del D. L. 3.626, de febrero de 1981, el trabajador puede destinarlo al Fondo Nacional de Salud, o bien a un organismo o institución que otorgue beneficios o prestaciones de Salud.

Con posterioridad al referido Decreto Ley, el Ministerio de Salud Pública dictó con fecha 27 de abril de 1981 el D. F. L. 3, que reglamenta la disposición contenida en el D. L. 3.626.

Dicho reglamento dispone que las instituciones o entidades que pueden canalizar la cotización del 4% para salud, para otorgar beneficios o prestaciones de salud se denominarán Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), las que serán personas jurídicas regidas por las disposiciones legales o reglamentarias que les sean propias (Ej.: Superintendencia de Seguros, en casos de Compañías de Seguros) y por los que establece el D.F.L. 3 del Ministerio de Salud.

Se dispone, asimismo, que dichas instituciones sustituyan en el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud a los Servicios de Salud y al Fondo Nacional de Salud. Para el desarrollo de su función, estas ISAPRES son supervisadas por el Fondo Nacional de Salud.

Se reglamenta que cualquier institución que desee convertirse en ISAPRE debe contemplar en su objeto social el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, ya sea directamente o a través del financiamiento de las mismas. Se excluye de esta posibilidad a los Servicios de Salud y a los organismos adscritos al sistema nacional de Servicios de Salud.

Para convertirse en ISAPRE, cualquier institución debe presentar una solicitud al Fondo Nacional de Salud, el que la califica, aprobándola o rechazándola. Ninguna institución puede arrogarse la calidad de ISAPRE sin estar previamente registrada en el Fondo Nacional de Salud.

Las instituciones deben acreditar y mantener un capital mínimo de 2.000 Unidades de Fomento y, además, mantener una garantía de 600 UF, o de un mes de cotización de todos los inscritos en el ISAPRE.

Los trabajadores que opten por aportar su cotización para salud en uno de estos Institutos deben previamente haberse cambiado de Sistema Previsional y, además, suscribir un contrato con el ISAPRE. Al hacerlo dejan automáticamente de pertenecer al Fondo Nacional de Salud, lo que no implica que no pue-

dan seguir haciendo uso del sistema de atención de dicho Fondo (ex SERMENA).

Dicho reglamento dispone que el costo del seguro médico se establece libremente en el contrato, pudiendo ser éste superior al 4% establecido por ley y a cambio de un conjunto de prestaciones que también se acuerdan voluntariamente entre el trabajador y el ISAPRE.

Se señala en el referido cuerpo legal que cualquiera que fuera el nivel de prestaciones acordado, forma y modalidad de entrega, el trabajador tiene derecho como mínimo a las prestaciones establecidas en la Ley 6.174 (Medicina Preventiva) y a los subsidios por incapacidad laboral y maternal reglamentados en el D.F.L. 44 de 1978 del Ministerio del Trabajo, y puede seguir haciendo uso del Sistema de Libre Atención del Fondo Nacional de Salud y con los mismos derechos que si su 4% lo cotizara en el referido Fondo, y de acuerdo a lo establecido en el D.L. 44 del Ministerio de Salud de 1981.

Para el cumplimiento de estos niveles mínimos el cotizante puede recurrir a la Comisión de Medicina Preventiva (caso Ley 6.174 y subsidios), o adquirir bonos en el Fondo Nacional de Salud, lo que implica en este último caso que el valor del subsidio estatal a la prestación, el Fondo se lo cobra directamente al ISAPRE.

Todos los beneficios establecidos en el Contrato que se firme entre el ISAPRE y el cotizante se hacen extensivos al grupo familiar definido por ley como cargas familiares. Estos Contratos tienen una duración mínima de 12 meses, pudiendo sólo el cotizante ponerle término anticipado con una antelación de 30 días. En esta situación el trabajador puede destinar su 4% a otro ISAPRE o bien volver a depositarlo en el Fondo Nacional de Salud.

El reglamento dispone que el contrato se entiende automáticamente prorrogado en el evento que al día de su vencimiento el cotizante se encuentra en situación de incapacidad laboral. En este caso su vigencia se extiende por el tiempo que dure la incapacidad y mientras no se declare la invalidez del cotizante. Durante este período el cotizante no puede tampoco desahuciar el contrato.

El ISAPRE sólo puede poner fin al Contrato en caso que el cotizante no cumpla con las obligaciones establecidas en el mismo. Para hacer uso de los beneficios del Seguro el cotizante y sus cargas dispondrán de una identificación que les permitirá operar en el Sector Privado y el Fondo Nacional de Salud.

Habiendo realizado un recuento de la evolución del sector salud, su adecuación a los principios generales del modelo de desarrollo económico social vigente, parece conveniente efectuar un breve análisis proyectivo del sector, en función de los antecedentes hoy disponibles. Para realizar una proyección aproximada y de carácter cualitativo del crecimiento del rol del Sector Privado en el Sistema de Salud previsto, hay que analizar a lo menos tres elementos que se encuentran íntimamente relacionados en este nuevo sistema:

- El Estado.
- El Sector Privado (incluye profesionales de la salud).
- Los Beneficiarios.

El Estado:

En la legislación definida por el Estado éste ha mantenido su rol en todas las acciones de Fomento y Protección de la Salud. Esto se desprende de los textos jurídicos analizados y de los pronunciamientos de las autoridades del sector. Por otro lado, se ha señalado que es voluntad de la autoridad el mantener la propiedad de la actual infraestructura estatal, entregando la administración de parte de ella a las Municipalidades y éstas a su vez a organismos intermedios de la comunidad (Corporaciones Privadas Municipales).

No obstante lo anterior, con la dictación del reglamento que norma el uso de los establecimientos de propiedad de los Servicios de Salud, queda en claro que el Estado pretende ir paulatinamente destinando su infraestructura y recurso humano a la atención de la población de más escasos recursos (beneficiarios legales del Sistema Nacional de Servicios de Salud, induciendo por esta decisión al sector privado a desarrollar la infraestructura para atender la creciente demanda que de ella se haga por beneficiarios que adquieran Seguros de Salud Privado.

Por otro lado, la creación de los ISAPRES y la dictación del conjunto de normas que los regulan, deja de manifiesto el interés del Estado de desarrollar una institucionalidad sólida que pueda en el mediano plazo asumir una mayor responsabilidad dentro del sector. Igual cosa ocurre con la legislación que permite la administración de establecimientos de salud por Corporaciones Privadas de Desarrollo Social.

Finalmente, las características del reglamento que establece las normas para aplicar el 4% de cotización para salud, deja en claro que se desea asegurar una entrega por parte del sector privado de niveles de atención y beneficios a lo menos iguales a los que hoy entrega el Fondo Nacional de Salud. Asimismo se establece un conjunto de normas que le dan al beneficiario la probabilidad de probar el Nuevo Sistema sin correr riesgo alguno, toda vez que puede volver cuando lo desee al Fondo Nacional de Salud, del cual provino.

Este conjunto de normas, decisiones, reglamentos y leyes, configura un marco de seguridad para el beneficiario que le permite tomar una decisión con mayor facilidad que si corriera algún riesgo. Por otro lado, le señala al Sector Privado la voluntad del Estado de intervenir en el ámbito de la salud en función del rol de subsidiariedad, dejando al Sector Privado la función de implementar todas aquellas acciones que sea posible con las restricciones que impone el bien común.

El Sector Privado:

La reacción del Sector Privado a esta nueva legislación será mayor o menor según la rentabilidad que le signifique invertir en este nuevo campo del quehacer. Esta rentabilidad estará dada por la relación que exista entre el precio a pagar por los beneficios, los costos de su entrega y la inversión necesaria para su ejecución.

Habiéndose fijado un precio mínimo del 4% de la renta imponible del trabajador para cubrir al cotizante y su grupo familiar, y dado los costos que significa entregar las prestaciones de salud y subsidios mínimos, queda en claro que a lo menos durante el primer año el Sector Privado ingresará cautelosamente en este nuevo sistema, invirtiendo lo estrictamente necesario para introducirse en

el mercado. En esta primera etapa, los trabajadores que podrán ingresar al Nuevo Sistema serán aquellos que tengan las rentas más altas, las características familiares más favorables para un bajo costo y aquellos que estén dispuestos a cotizar un adicional al 4% legal.

La situación antes descrita señala que durante el primer año el traspaso de trabajadores al Nuevo Sistema de Seguros de Salud no será muy masivo; pero dada la escasa participación anterior del Sector Privado en ese campo, le significará un crecimiento significativo. Este crecimiento provocará una mayor presión asistencial en la actual infraestructura del Sector Privado, lo que a su vez se traducirá en una mayor inversión en esta área.

En función de la experiencia que los ISAPRES tengan durante 1981/1982, el Sector Privado y el Estado deberán reanalizar sus roles, inversiones y planteamientos, decidiendo el primero aumentar o disminuir sus inversiones, y el segundo, disponer nuevas normas, si es necesario, que se traduzcan en un incentivo para la participación del Sector Privado que permita aplicar a plenitud el principio de subsidiariedad dentro del sector.

Los Beneficiarios:

Dado que en Chile existe un Sistema de Salud Mixto con alta influencia estatal (95% de las hospitalizaciones del país las efectúan instituciones del Estado), se ha producido en la población una cultura médica estatal, donde al trabajador le es habitual disponer de un Seguro de Salud Estatal y de una infraestructura de atención eminentemente pública.

Ante la nueva situación el beneficiario reaccionará positiva o negativamente, dependiendo de las experiencias personales o ajenas que tengan en los nuevos ISAPRES. Por otro lado, reaccionarán a la luz de la acción del Sector Privado a través de los medios de comunicación y, por último, reaccionará a la luz del conjunto de cambios que en todo el ámbito social y económico esté produciendo la implementación de la estrategia de desarrollo socio-económico.

De la adecuación de los tres elementos brevemente analizados dependerá la velocidad del cambio. Lo que sí se puede desprender del análisis realizado es que la moder-

nización del Sector Salud deberá producirse progresivamente enmarcada por los principios doctrinarios del modelo de desarrollo económico social vigente, donde el Estado asumirá paulatinamente el rol subsidiario que le co-

rresponde según la estrategia elegida, lo que a este importante sector del quehacer nacional le daría la coherencia que existe para el resto de los sectores de desarrollo económico social del país.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Plan Nacional Indicativo de Desarrollo 1979-1984. República de Chile, Presidencia de la República, Oficina de Planificación Nacional, ODEPLAN. Santiago de Chile, 1979.
- 2.— Estrategia Nacional de Desarrollo Económico y Social. Políticas de Largo Plazo. República de Chile, Presidencia de la República, Oficina de Planificación Nacional, ODEPLAN, Santiago de Chile, 1977.
- 3.— Políticas de Acción de los Sectores Sociales para el año 1978 y Mediano Plazo, Ministerio del Interior, Oficina de Planificación y Presupuestos. Santiago de Chile, 1978.
- 4.— Estrategia Nacional de Salud de Chile hasta el año 2.000, Ministerio de Salud, República de Chile, 1981.
- 5.— La Reforma Administrativa Integral Chilena y el Proceso de Regionalización, CONARA, Presidencia de la República. Santiago de Chile, 1978.
- 6.— La Reestructuración en Salud. Ministerio de Salud. Santiago de Chile, 1979.
- 7.— Análisis de la Situación Actual en el Sector Salud. Héctor Sánchez R., Emilio Jaque A., Mimeo. Santiago de Chile, 1981.
- 8.— D.F.L. 3.500 - 3.501 - 3.502, del Ministerio del Trabajo. Santiago de Chile, 1980.
- 9.— D.L. 3.626, del Ministerio del Trabajo. Santiago de Chile, 1981.
- 10.— D.L. 2.575 y su Reglamento (D.S. 260, del Ministerio de Salud).
- 11.— D.L. 2.763 y su Reglamento (D.S. 281, del Ministerio de Salud).
- 12.— D.S. 278, del Ministerio de Salud.
- 13.— Reglamento N° 79-16/3/81. Atención Pacientes Privados en Establecimientos de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 1981.
- 14.— D.L. 3.464; Constitución Política del Estado.