

ORGANIZACION DE LA ATENCIÓN MEDICA

¿Cuáles son los beneficiarios del Servicio Nacional de Salud?

Dr. OSCAR JIMENEZ PINOCHET *

La definición de quiénes tienen derecho a ser atendidos en el Servicio Nacional de Salud ha sido bastante discutida y de hecho ha sido fuente de conflicto en el gremio médico. Por ésto nos parece de interés resumir objetivamente los antecedentes existentes en esta materia.

Criterios generales para determinar los beneficiarios de la atención médica estatal.

Tres criterios se han sucedido históricamente para determinar la extensión de las prestaciones médicas a cargo del Estado. El más antiguo es el de "los económicamente débiles", que tuvo su primera expresión en la Ley de los Pobres de Inglaterra, en 1601, y que viene a corresponder a nuestra Beneficencia Pública. A continuación se introdujo el "criterio laboral", primero restringido a determinados sectores del trabajo; después, ampliado a todos los trabajadores y a los miembros de sus familias. Su primera expresión la constituyó el Seguro de Enfermedades de Alemania del año 1883; en Chile equivale a nuestra Caja de Seguro Obrero.

Por último se llegó al "criterio universal" o "nacional", en el cual la atención se extiende a todos los residentes de un país. Sus primeras expresiones son el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña, creado en 1946, y el Servicio Médico de la URSS, creado por Decreto del Consejo de Ministros en 1947.

La moderna concepción de Seguridad Social, en cuanto se refiere a su campo de apli-

cación, acepta el criterio universal en forma de un sistema mixto de Seguro de Enfermedad y de Asistencia Social, proporcionando atención médica curativa y preventiva a toda la población.

Nuestro actual Servicio Nacional de Salud combina el criterio laboral restringido (los obreros manuales y sus familias) con el de los "económicamente débiles" (los indigentes), todos los cuales reciben atención gratuita. Introduce además otro criterio, que podríamos llamar de "prioridad del riesgo" o de "salud planificada", por el cual se da atención gratuita a los grupos sociales más expuesto, como son las madres embarazadas, los niños y las personas con enfermedades infecciosas. Sin perjuicio de lo anterior, legalmente cualquiera persona puede solicitar atención médica a los establecimientos del Servicio Nacional de Salud, siempre que pague los aranceles aprobados. En estas condiciones, se trata de un servicio que, teóricamente, tiene criterio universal para definir sus beneficiarios. En la práctica, sin embargo, no tiene capacidad para atender a toda la población, aunque la Constitución Política, en su Art. 10º, inciso 14º, declara que "será deber del Estado velar por la salud y el bienestar higiénico del país".

Número de beneficiarios del Servicio

No se conoce con exactitud este número porque no hay empadronamiento sistemático, como sucede en otros países; sólo hay estimaciones. En cuanto se refiere a protección y fomento de la salud, comprende a todos los residentes en el país. En cuanto a la medicina

* Hospital San Juan de Dios. Santiago.

curativa, se estima que abarca alrededor de un 70% de la población. En suma, para 1960, cuando el Censo enumeró una población de 7.375.200 personas, este último grupo alcanzaría a 5.162.000 personas aproximadamente. La distribución de este total estimamos que sería el siguiente:

| | |
|---|------------------|
| Imponentes activos y pasivos del Servicio de Seguro Social (1960) ¹ | 1.300.000 |
| Imponentes activos y pasivos de la Caja de la Marina Mercante (1961) ² | 12.852 |
| Funcionarios del Servicio Nacional de Salud ³ | 36.334 |
| <i>Total de trabajadores con derecho</i> | <i>1.349.186</i> |
| Familiares de estos trabajadores ⁴ | 2.025.779 |
| <i>Total de "asegurados y familiares" (65%)</i> | <i>3.372.965</i> |
| <i>Total de "otros beneficiarios" (35%)⁵</i> | <i>1.657.000</i> |
| <i>Total "beneficiarios Ley"</i> | <i>5.029.965</i> |

Por otra parte, la Dirección General del Servicio Nacional de Salud ha publicado el cuadro siguiente:

| | |
|---|-----------|
| Niños menores de 15 años | 2.934.400 |
| Imponentes Ley 10.383 | 1.264.000 |
| Cónyuges no aseguradas (40%) | 505.604 |
| Funcionarios del Servicio Nacional de Salud | 32.000 |
| Esposas de funcionarios (40%) | 12.800 |
| Ley 10.662 | 50.061 |
| Indigentes, cesantes y esposas de éstos | 755.925 |
| | 5.554.790 |

Disposiciones legales que dan derecho a los beneficiarios para recibir las prestaciones médicas curativas.

ATENCIÓN GRATUITA.

Tienen derecho a esta gratuidad, según las

¹ Estadísticas SSS. 1952-56. Pág. 82 y siguientes y contratapa posterior. Adaptación a 1960. (16,3% de la población más 100.000 jubilados).

² "10 años de labor del S.N.S." 1952/62. Pág. 47.

³ Idem. Pág. 39.

⁴ El SSS estima que hay 1,5 cargas familiares por cada cotizante. Los familiares de la Marina Mercante serían 39.233 personas según "10 años de labor del S.N.S.". Pág. 47.

⁵ Cifras promedio, estimadas por las Oficinas de Estadística de varios Hospitales de Santiago.

disposiciones legales que se indican, los siguientes grupos:

a) Todos los imponentes de la Ley 10.383, así trabajen como independientes (art. 24) o por cuenta ajena (art. 2º), y los de la Sección Tripulantes y Operarios Marítimos de la Caja de la Marina Mercante, regida por la Ley 10.662 (arts. 12, 14 y 15). Se entiende por imponentes a los obreros activos y a los pasivos —jubilados y pensionados (arts. 43 y 53)— aunque se encuentren atrasados en sus imposiciones patronales (art. 218 de la Ley 13.305).

b) Los familiares de estos imponentes: hijos legítimos, naturales, ilegítimos y adoptivos (art. 26) y las cónyuges (art. 25).

c) Los funcionarios del Servicio Nacional de Salud, activos o jubilados, y los miembros de sus familias que constituyan cargas (DFL 160, del 29-III-60 y Decreto Dirección General N° 10.998, de julio de 1961).

d) Los indigentes o menesterosos debidamente calificados (art. 3º D. S. 755 de 10 de septiembre de 1959, que aprobó el Reglamento Orgánico del Servicio Nacional de Salud).

e) Toda madre embarazada y todos los niños, desde que nacen hasta los 15 años de edad, según el art. 63 a) y art. 72 de la Ley 10.383, que dio al Servicio Nacional de Salud las funciones, atribuciones y obligaciones que correspondían a la Dirección General de Protección a la Infancia y de la Adolescencia, contenidas en los arts. 40 al 47 del Código Sanitario (DFL 226 de 1931); en los DFL 6/4817 y 20/1442 de 1942, y en la Ley 1447 anterior a ellos y reglamentadas por la Resolución N° 1624 del 2 de julio de 1957 de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud.

ATENCIÓN PAGADA.

Consultantes libres. El mismo art. 3º del D. S. N° 755 de 1959, ya citado, que aprueba el Reglamento Orgánico del Servicio Nacional de Salud dice en su inciso 1º: "El Servicio Nacional de Salud tendrá derecho a cobrar hasta el valor de su costo por las atenciones médicas curativas que proporcione".

Posteriormente, por Decreto de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud N 499 del 11 de enero de 1961, que aprobó el Reglamento de Organismos Locales del

Servicio Nacional de Salud, se establece en su art. 76º: "Cualquiera persona puede concurrir a los establecimientos del Servicio Nacional de Salud en demanda de las atenciones que el Hospital está encargado de realizar, sean éstas tendientes a la promoción, a la protección o a la recuperación de la salud". "El establecimiento se reserva, sin embargo, el derecho a cobrar la hospitalización o la atención, conforme a las normas que se señalen acerca de retribución de servicios en este mismo Reglamento. Lo anterior, sin perjuicio de los derechos que las leyes y reglamentos vigentes reconocen al personal del Servicio Nacional de Salud". "En lo que se refiere a

Consultantes en virtud de Convenios o Contratos. Otro gran grupo de trabajadores o personas pueden recibir la atención médica pagada de acuerdo a "Convenios" y "Contratos", que pueden suscribirse entre el Servicio y las organizaciones respectivas, en base a lo dispuesto en los arts. 76º y 69º h) de la Ley 10.383.

Incapacidad médica del Servicio Nacional de Salud para atender bien a sus beneficiarios. El número de los médicos del Servicio Nacional de Salud ha aumentado en una proporción interior al de las prestaciones concedidas, como puede apreciarse a continuación:

| Prestaciones | 1952 | 1961 | % aumento en 9 años | % promedio de aumento anual respecto a primer año |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|---|
| Consultas de embarazadas | 283.000 | 937.000 | 231 | 25,7 |
| Partos atendidos | 66.532 | 156.218 | 134 | 14,9 |
| Litros de leche distribuida | 14.100.000 | 67.818.090 | 380 | 42,2 |
| Consultas pediátricas | 1.065.366 | 3.169.894 | 198 | 22,0 |
| Consultas médicas totales | 4.617.763 | 7.446.000 | 62 | 6,5 |
| Egresos de Hospitales | 360.879 | 593.779 | 63 | 7,0 |
| Prescripciones en consult. | 15.239.000 | 20.568.000 | 35 | 11,7 |
| | (1958) | (1961) | (3 años) | |
| Radio diagnósticos | 571.980 | 854.416 | 49 | 5,4 |
| Exámenes de laboratorio | 1.130.500 | 1.788.907 | 58 | 6,5 |
| Número de médicos * | 2.645 (en 1954) | 3.161 (en 1962) | 19,5 (en 8 años) | 2,4 |

* La Dirección del Servicio Nacional de Salud ha declarado que aún no se conoce con exactitud el número de horas médicos realmente ocupadas; los datos corresponden al número de personas.

las acciones de Recuperación de la Salud, se dará preferencia a los beneficiarios-legales".

Con estas disposiciones, se vino a aclarar legalmente la antigua tradición de los establecimientos de la ex-Beneficencia, en el sentido de cobrar las atenciones médicas a las personas de escasos recursos, no indigentes. Por otra parte, esta situación se había legalizado por los propios reglamentos de la ex-Beneficencia, y por la imputación, en los presupuestos de Entradas de un Item correspondiente a "Entradas Propias por Prestación de Servicios" (grupo I N° 2 letra a) j) y por haberse reglamentado a través de Resoluciones que, como la 3370 de 1959, fija el valor de los Aranceles del Servicio Nacional de Salud.

Además de esta desproporción entre el crecimiento de las necesidades y el de los médicos disponibles para satisfacerlas, se ha acentuado en los últimos 10 años una inadecuada distribución de los médicos: por una parte, los profesionales se concentran en las grandes ciudades y grandes hospitales; por otra, las poblaciones que cada establecimiento debe atender han crecido también en forma desproporcionada por efecto de migraciones internas con aumento de la población urbana.

La consecuencia ha sido que la atención médica se ha congestionado, deshumanizado y burocratizado, con evidente perjuicio para el paciente y aún para el médico. El profesional ha visto como su trabajo se ha hecho más in-

cómodo, más complicado y más angustioso, reemplazándose la calidad por la cantidad. Y frente a este mayor requerimiento y sacrificio, sus remuneraciones —en valores monetarios constantes— ha decrecido en lugar de aumentar.

Esta es la verdadera explicación del último conflicto médico de mayo de 1962.

Política del Servicio Nacional de Salud frente a los beneficiarios.

Como resultado del conflicto, tanto las autoridades del Gobierno y Servicio Nacional de Salud, como las del gremio médico (Colegio Médico y FEMECH) se han agitado buscando una solución armónica y ha habido numerosas asambleas, seminarios, convenciones, reuniones de comisiones, etc.

En materia de remuneraciones, se ha obtenido la Ley 15.021 del 16 de noviembre de 1962; que ha mejorado la situación económica del médico funcionario, por lo menos transitoriamente. En cuanto a los beneficiarios, se ha iniciado la adopción de algunas medidas de fundamental importancia, tales como su empadronamiento y sectorización geográfica y, sobre todo, se ha procedido a fijar normas precisas para calificar los derechos de las personas protegidas por la ley.

De acuerdo con estas normas, es considerarían como beneficiarios del Servicio Nacional de Salud exclusivamente a las personas que pertenecen a los siguientes grupos:

- 1) Imponentes de la Leyes N° 10.383 y N° 10.662.
- 2) Funcionarios del Servicio Nacional de Salud.
- 3) Miembros de sus respectivas familias que constituyan cargas legalmente reconocidas.
- 4) Indigentes.

En cuanto al criterio para calificar la indigencia se ha aceptado, tanto por la Dirección General del Servicio Nacional de Salud como por el gremio, que deben ser consideradas indigentes todas las personas que pertenezcan a grupos familiares cuyos ingresos totales no excedan de un salario vital de la provincia de Santiago. De acuerdo con diversos estudios económicos hechos en el país y especialmente los del economista Helio Va-

rela⁶, el 72% de la población activa gana menos de un salario vital.

En estas condiciones, no podrá ser atendida en el Servicio Nacional de Salud, aunque pague, ninguna persona que esté fuera de estas calificaciones y entre ellas los consultantes libres que ganen más de un salario vital y los afectos a los convenios o contratos.

De acuerdo con este mismo pensamiento, las personas pertenecientes a familias que ganen más de un sueldo vital serán atendidas por los médicos privados a base de tarifas reducidas hasta en un 50%. Queda pendiente por resolver cómo se les dará a estas personas atenciones médicas complementarias a la consulta, tales como exámenes de laboratorio y radiológicos, tratamientos especializados, hospitalizaciones, etc.

Conclusiones.

Como consecuencia de este enfrentamiento entre el gremio médico y las autoridades, además de haberse obtenido para los profesionales una remuneración mejor, aún insuficiente y sin proporción con el rendimiento individual, se ha logrado fijar los criterios —antes nebulosos— por los cuales se guiaba la selección de los beneficiarios.

En estas condiciones, el número total de beneficiarios permanecerá más o menos constante —aproximadamente un 70% de la población— pero, en cambio, a costa del desplazamiento de los que ganen más de un sueldo vital, se les abrirá un más fácil acceso a la atención médica a los que ganen menos de esta suma. Ellos son, precisamente, quiénes más la necesitan.

Habría que hacer notar, sin embargo, que la aplicación de este criterio deja de lado el que llamábamos de “prioridad de riesgo”, según el cual se podía dar atención, indiscriminadamente, a todas las madres embarazadas y niños menores de 15 años que lo solicitaran. Se perjudicará así a un sector de la población que, aunque relativamente pequeño, no es por ello despreciable y que estimamos en un 10%, sobre todo cuando se trata de jefes de hogar que ganan más de un sueldo vital y deben mantener a familias numerosas. Esti-

⁶ Helio Varela, “Panorama Económico”, N° 199. *Distribución del ingreso nacional a través de las diversas clases sociales.* 1959.

manos que para estos casos el Servicio Nacional de Salud debiera autorizar las excepciones correspondientes.

Corresponderá, además, a los Poderes Públicos y a los gremios que carecen de atención curativa y se encuentran incapacitados para financiar sus necesidades médicas —como los Empleados Particulares y Públicos y otros— obtener la dictación de leyes que les busquen un financiamiento adecuado para pagar sus atenciones a los médicos o clínicas privadas. El número de estas personas corresponde,

aproximadamente, a 1.500.000 y representan un 20% de la población; el 10% restante (750.000 personas) pertenece a la clase patronal-empresaria y no requieren ayuda financiera.

Igualmente cabe a las autoridades docentes y gubernamentales preocuparse de promover la formación de mayor número de médicos y mientras ésto se obtiene, utilizar el tiempo de los que actualmente existen en forma completa (48 horas) y no parcial (36 horas), como sucede en la actualidad.