

Una nueva generación de reformas en salud

A new Generation of Health Reforms

Dr. Hernán Monasterio Irazoque¹

RESUMEN

Los modelos de atención de salud están determinados por la definición que la sociedad hace respecto del rol del Estado y de los propios ciudadanos en relación con el derecho a la salud y la atención médica. La definición de un modelo contempla, entre los aspectos más importantes, la forma en que se aborda la extensión de las coberturas, el método de financiación, la equidad en el acceso a las prestaciones y la relación entre la actividad pública y privada.

En Chile existió desde fines de 1952 un Servicio Nacional de Salud. A partir de 1982 se inician las reformas que buscan reformular ese modelo y transitar hacia un modelo de mercado de seguros. En este contexto surgen las Isapre. La intervención del modelo anterior buscaba romper el monopolio estatal de prestadores por lo que se traspasan los establecimientos de Atención Primaria a los Municipios y se favorece el desarrollo de prestadores privados mediante la disminución del presupuesto de los hospitales.

Las reformas emprendidas desde la década de los 80 no lograron mejorar significativamente las coberturas de salud, persistió o se agravó la inequidad y exclusión social, aumentó la participación directa de las personas en el gasto en salud, aumentó la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud, se privilegió la prestación de servicios curativos por sobre acciones preventivas y promocionales provocando un claro deterioro de la salud pública.

La creación de las Isapre trajo consigo una notable ausencia de solidaridad en el financiamiento del sistema (planes individuales de acuerdo solamente a la capacidad de pago de cada uno), acentuando la segregación poblacional y profundizando la inequidad en el acceso y en los resultados de salud.

***Palabras clave:** Políticas y programas nacionales; derechos exigibles; universalidad; equidad; seguros múltiples; fondo único solidario; atención primaria integral; autonomía de las personas.*

LA REFORMA DE SALUD CHILENA.

Durante los años noventa los sistemas de salud en América Latina experimentaron profundas reformas. Los ambiciosos objetivos que se esgrimieron para llevar a cabo estas reformas fueron: alcanzar una mayor cobertura en acciones de salud a partir de mecanismos financieros que permitieran la sustentabilidad del modelo y reducir las fuertes desigualdades. Estas reformas impulsaron la descentralización total o parcial en la asignación y gestión de recursos, la expansión de la red de aseguramiento en salud a partir de las instituciones de seguridad social tradicionales, la generación de paquetes básicos de servicios con el fin de establecer un mínimo común de cobertura para toda la población, buscando cierta equidad en el acceso, la generación de incentivos monetarios a través de cambios en los tradicionales mecanismos de pago fijo, que permitan una mayor productividad con los recursos disponibles y mejorar la gestión a través de hospitales autónomos. La reforma de salud chilena no escapó a esta tendencia y recibió el influjo de las orientaciones de diversos organismos internacionales, incluido el Banco Mundial.

¹ Médico. Magister en Bioética. Ex Director Fondo Nacional de Salud

En este contexto, la Reforma de 2004 tuvo como objetivos centrales transitar desde un estado subsidiario a uno de derechos e instalar la política pública de Garantías Explícitas (AUGE) como medio para promover la equidad. (1)

Para la definición de garantías explícitas se priorizó un conjunto de problemas de salud tomando en cuenta la importancia sanitaria, efectividad del tratamiento, impacto financiero sobre las familias y expectativas de las personas, dando cuenta de la emergencia de nuevos problemas de salud y fijando nuevos objetivos sanitarios para el país. (2)

Las garantías explícitas, exigibles por ley, consideran el derecho a acceso, de oportunidad de la atención, de protección financiera a los beneficiarios y de calidad. Estos problemas de salud priorizados forman parte del Régimen General de Prestaciones, que incluye la atención de los problemas de salud que no están incorporados al AUGE.

Como ninguna reforma es ajena al momento histórico y a la situación política en cada país, su discusión enfrentó vivamente a los diversos actores de la sociedad chilena. El contenido de la reforma de salud es producto de la negociación entre múltiples actores políticos y sociales, prestadores y aseguradores privados, directivos y funcionarios de la salud pública. (3)

Las críticas principales al proyecto de reforma del gobierno de Ricardo Lagos, apuntaban a que no se planteaba con claridad el modelo de salud que se quería construir. Si con los cambios se estaba apuntando a un modelo de sistema de seguros libres en competencia, de seguro social público o al restablecimiento de un sistema nacional de salud.

Uno de los aspectos sensibles, que se manifestó fuertemente en el debate profesional, social y parlamentario, expresado desde diversos sectores del propio gobierno y de los gremios de la salud, fue el temor de que el proyecto de rediseño de la institucionalidad del sector que acompaña al establecimiento de las garantías, se convirtiera en el diseño organizacional que consagrara una suerte de fusión entre la actividad privada y pública para el cumplimiento de un Plan de Salud único que sería administrado tanto por FONASA como Isapres y ejecutado a través de cualquier prestador, estableciendo así un mercado abierto y competitivo de aseguradores y prestadores.

Esta postura estaba en contradicción con la concepción de sistema nacional de salud que había estado vigente en el modelo chileno durante varias décadas, que consideraba un activo rol del

Estado y planifica su accionar con la formulación de políticas de salud sobre la base de prioridades sanitarias.

En relación con el propósito de establecer un plan básico, pudo consensuarse en el debate parlamentario que se considerara a las garantías como parte de la universalidad, y que todas las prestaciones del sistema público se organizaran como una gradiente de garantías, de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias del país. La resolución gradual para disminuir las listas de espera de los problemas de salud no priorizados podría establecerse como meta anual del establecimiento mediante convenios o compromisos de gestión.

Así también, en contradicción con los propósitos de estímulo a la creación de mercados competitivos entre entidades públicas y privadas, se estableció un marco de acuerdos respecto de un modelo mixto, de complementariedad público-privada, que permitía al sector público establecer convenios con el sector privado para otorgar las garantías exigibles del AUGE.

La reforma no consideró la integración con la Atención Primaria Municipal, aún cuando desde diversos sectores se planteaba la falta de coordinación entre los niveles de atención como una falencia de la totalidad del sistema. Por lo pronto, en los debates que precedieron a la aprobación de las leyes de la Reforma, se estimó que no había condiciones políticas para plantear el tema de desmunicipalizar la salud. En todo caso, se construyó una suerte de consenso respecto de que el problema central de la atención primaria no era la dependencia estatal o municipal, sino la articulación efectiva de los niveles de atención.

La reforma tampoco abordó formas de complementariedad con el sistema institucional de las FFAA y con las entidades privadas sin fines de lucro responsables de la salud de los trabajadores.

Aunque en la discusión de la época, se estimaba que el sistema Isapre debía ser modificado, no fue posible llegar a acuerdos en torno a la creación de un fondo único o la creación de un fondo de compensación solidario para el financiamiento de los problemas de salud garantizados.

Otro aspecto que se discutió largamente fue la propuesta de autonomía de los hospitales que, finalmente, quedó definido como “autogestión en red” creando un nuevo sistema de administración con mayores atribuciones para las direcciones de los establecimientos hospitalarios, aunque se insistió en que la gestión debía buscar la cooperación antes que la competencia entre los establecimientos.

EVALUACIÓN DE LA REFORMA.

Desde la implementación de las garantías explícitas, se han atendido más de 30 millones de casos. (4) De acuerdo con las cifras de la Superintendencia de salud, el año 2016 se resolvió poco más de 3 millones de casos, la mayor parte en la atención primaria. Es decir, se confirma la perspectiva de modelo de un muy buen nivel de resolución a nivel de la atención primaria. (5)

Para intentar evaluar lo que ha estado ocurriendo con el AUGE se puede señalar que la atención de salud se ha transformado, al menos en el caso de los problemas de salud incorporados en el AUGE, en un derecho exigible. Los usuarios son ahora portadores de derechos y no sólo beneficiarios de prestaciones de salud que se otorgan según las condiciones y capacidades que tenga un establecimiento, como sigue ocurriendo con aquellos problemas de salud que no están incorporados.

A pesar de estos logros, el sistema no ha sido capaz de responder a los problemas derivados de los cambios sociales, ambientales y del envejecimiento de la población, como es el caso de las enfermedades crónicas.

La limitada capacidad del sistema público para responder a las necesidades de la población, se expresa en congestión en los hospitales, largas listas de espera y enorme insatisfacción de la población. Estas limitaciones estructurales evitan mayores adelantos y crean brechas y desigualdades en términos de cobertura de servicios, que impactan negativamente en la obtención de resultados de salud. (6)

Aun cuando el régimen de garantías ha traído consigo una mayor eficiencia en la red, comparado con la situación existente antes de la reforma y ha incorporado crecientemente medicina basada en la evidencia a través de los protocolos de las guías clínicas, no disponemos aún de información suficiente para evaluar su verdadero impacto en la promesa de equidad. Una evaluación rigurosa, con amplia participación de la comunidad, se hace indispensable para tomar decisiones en relación con una nueva generación de reformas.

En cuanto a la distribución de los recursos, se requiere continuar adecuando mecanismos de asignación y perfeccionar las modalidades de compra al sector privado para dar cumplimiento efectivo a las garantías. Hay que perfeccionar constantemente el trabajo con el sector privado de prestadores para optimizar la complementariedad, simultáneamente con el fortalecimiento del sector público. Es necesario también fortalecer

mecanismos de control y fiscalización de prestadores en el sector público, junto con mejorar la disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos, y seguir fortaleciendo la red asistencial.

El cumplimiento de las garantías ha dado espacio al surgimiento de un nuevo mercado para la actividad privada. Se han desarrollado diversas modalidades de compra y posibles conductas de colusión de las instituciones privadas que son seleccionadas por medio de las licitaciones abiertas que realiza Fonasa. Asimismo, han aumentado considerablemente las compras directas realizadas por los hospitales públicos, principalmente en la compra de camas a clínicas privadas, como también las contrataciones a empresas médicas constituidas por médicos que, estando contratados en el servicio público, prestan servicios privados. Los costos de las prestaciones y del valor de la hora médica se han incrementado notoriamente. Esta situación debe enfrentarse a través de reestructurar los mecanismos de pago y el modelo de contratación de médicos en los hospitales.

También hay un enorme desafío pendiente para lograr ajustar la cultura organizacional a las nuevas exigencias de coordinación horizontal y las que provienen de la instauración de un modelo que se basa en la prestación de servicios a un usuario portador de derechos exigibles ante la ley.

Ha proseguido el debate acerca del eventual carácter incremental de las garantías. Hay quienes hemos considerado posible avanzar hacia un número mayor de garantías, como un camino viable hacia que las personas tengan derechos garantizados para todos sus problemas de salud y se avance el acceso a la salud como un derecho universal. Esto, por varias razones, la primera de ellas porque el AUGE ha demostrado ser exitoso, aún si persisten falencias en la oportunidad de la atención, es preciso reconocer que se ha logrado total cobertura en cuanto a protección financiera. La propia dinámica de las necesidades de salud señala que debe ser modificable. Algunos problemas de salud ya no van a ser tan importantes dentro de algunos años y surgirán otros que sí lo serán. El principio de priorizar con una perspectiva de universalidad se opone a la postura de quienes conciben el modelo AUGE como un plan básico que protege parcialmente a la población y que deja el resto a la regulación del mercado.

EL IMPRESCINDIBLE ROL DEL ESTADO EN SALUD.

Para enfrentar los desafíos de futuro, no es

posible desconocer la necesidad de un rol activo del Estado en la protección de la salud a través de acciones públicas sobre aquellos factores determinantes o condicionantes de la situación de salud de la población. (7)

En el mundo actual, no deben ser los individuos por sí mismos quienes abordan los problemas de calidad de vida asociados a determinantes ambientales, sino la sociedad organizada en un concepto democrático-participativo que sea capaz de garantizar la salud como un derecho ciudadano y que vele por la extensión de la protección social en salud hacia la universalidad con solidaridad.

El Estado debe garantizar a todos los ciudadanos protección social en salud. Para ello es preciso reducir la fragmentación y la segmentación de los sistemas, eliminando las desigualdades en el acceso con el objeto de asegurar que los grupos sociales excluidos reciban atención integral y de calidad.

La demanda por salud, a diferencia de la demanda por atención médica, requiere ser estimulada por parte del Estado. Es necesario imaginar fórmulas innovadoras de organización social en torno a la promoción de la salud y la calidad de vida, lo cual se ha demostrado viable sólo si cuenta con apoyos estatales sólidos e intersectoriales. La organización de esta demanda social es esencial porque apunta a la modificación de algo tan propio de la individualidad como son los estilos de vida y, a la vez, apunta a la promoción de algo propio de la democracia, como es la participación.

El acceso a los servicios de salud requiere de la acción conjunta y coordinada de múltiples políticas públicas. La protección social en salud debe entenderse efectivamente como una garantía que la sociedad otorga a través de la acción del Estado para la satisfacción de las necesidades de salud de la población, accediendo a dichos servicios sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.

Los servicios sanitarios deberían, en consecuencia, estar orientados a mantener a la población sana tras objetivos sanitarios claros y consensuados. Asimismo, en el área de salud pareciera que la ciudadanía se expresa, entre otras cosas, en derechos garantizados crecientes, es decir, una sociedad que vela porque todos los habitantes del país accedan a la atención y que éstas se otorguen con calidad y respeto a la dignidad de las personas.

Para alcanzar la universalidad en el acceso, es imprescindible extender la cobertura de la seguridad social en salud a todos los habitantes, vale decir universalizar la protección social de la salud de manera que incorpore a quienes hoy en día

no poseen ninguna forma de aseguramiento. Se trata de trabajadores independientes de diversas ramas: artesanos, feriantes, trabajadores de la cultura, taxistas, entre otros, que no cotizan en su gran mayoría por tener bajos ingresos. El costo para que todo habitante tenga acceso automático a la categoría A del Fonasa no debiera significar un incremento superior al 3 ó 4% del presupuesto actual sectorial. Una medida de esta magnitud permitiría la reducción de costos administrativos, asegurar resultados de salud, mejorar la integración de redes sanitarias y optimizar la asignación de recursos, los mecanismos de pago y la estructura de los incentivos.

REFORMAR LA SALUD PRIVADA

En el ámbito de la salud privada, la antigua práctica liberal de la profesión médica y la existencia de clínicas y laboratorios tradicionales está siendo reemplazada progresivamente por megaempresas que, a partir del control por parte de las Isapre de los seguros obligatorios de salud, han ido integrando verticalmente redes privadas de provisión de salud, haciéndose cargo de la atención de salud de los sectores de mayores ingresos.

La integración vertical genera incentivos para aumentar los costos o puede facilitar la colusión en el mercado de salud. En Chile, a partir de 2005, la integración vertical entre seguros de salud privados y prestadores de salud quedó prohibida por ley. Sin embargo, las Isapres y los prestadores han utilizado la figura del holding para mantener una integración vertical sin violar explícitamente la ley.

Así también, algunos empresarios del sector privado de salud han manifestado su interés en que la salud primaria, hoy municipalizada, se “licite” para que los prestadores de centros privados ambulatorios se hagan cargo de los consultorios. Esta propuesta pone en juego los grandes logros sanitarios que Chile tiene el orgullo de exhibir en el contexto internacional y que han sido posibles gracias, justamente a la existencia de un sistema público nacional, articulado y con capacidades para atender a una amplia proporción de la población desde hace décadas.

Los prestadores privados deben encontrar su campo de acción principalmente en la complementariedad, vale decir cumpliendo funciones que el sistema público no puede, por limitaciones transitorias, cumplir. Se han establecido relaciones de colaboración (convenios, contratos) que son más eficientes que las de competencia con los establecimientos públicos. A su vez, los

establecimientos públicos deben consagrarse a su función como partes de una red que no compite entre sí, porque el modelo de financiamiento prioriza los incentivos para fortalecer el sistema público.

En el debate nacional se han vertido opiniones favorables al “subsidio a la demanda”, es decir que el Estado les entregue a las personas los medios para elegir asegurador y prestador en el libre mercado. De imponerse este modelo, retrocederíamos décadas en indicadores de morbilidad y mortalidad.

En relación con los aseguradores privados, la existencia misma de entidades que administran con fines de lucro, la cotización obligatoria debe ser cuestionada. En la medida que sigan jugando un rol en el sistema de salud, estas instituciones deben ser reguladas más eficientemente, en aras de la protección de los cotizantes, sin perjuicio que en un escenario de financiamiento solidario de la salud, se especialicen en seguros complementarios.

Las personas que hoy están afiliadas a Isapre tienen derechos que deben ser cautelados. Se debe avanzar hacia el término de las pre-existencias ya que las personas deben poder cambiarse de Isapre sin limitaciones y se debe poner fin al abuso contra las mujeres. Las Isapre tendrán la obligación de cobrar lo mismo por un hombre, una mujer o un niño, es lo que se llama “tarifa plana”.

El sistema Isapre, como ha operado, discrimina por riesgo y solamente cubre a un 17% de la población. El resto lo hace Fonasa y un pequeño porcentaje a través del sistema de salud de Fuerzas Armadas. Es un sistema claramente segmentado que selecciona a la gente por riesgo a través de la venta de múltiples planes. Además, discriminan por edad y sexo en precios, lo que es rechazado por la ciudadanía. Por otro lado, la competencia entre Isapres es en realidad muy débil por la dificultad para elegir planes, por la arbitrariedad de los precios y diversas restricciones de acceso que provocan afiliados cautivos.

Durante 2014 el gobierno de Michelle Bachelet convocó a una comisión de expertos para que diagnosticara los principales problemas del sistema actual y elaborara un nuevo marco jurídico para introducir cambios legislativos. La conclusión básica fue tratar de ir a un sistema que mancomunara el financiamiento para la compra de un plan común universal. Esta propuesta no logró convertirse en ley pues, nuevamente no existieron condiciones para un acuerdo amplio en estas materias. La encrucijada planteada ya en el debate de

hace 15 años, se mantiene incólume. O avanzamos hacia un sistema público universal en Chile o bien hacia perfeccionar el sistema de múltiples seguros competitivos y que las personas puedan elegir.

FINANCIAMIENTO Y JUSTICIA DISTRIBUTIVA

La salud pública se financia con un aporte equivalente al 7% de los ingresos de los trabajadores y pensionados y con aporte fiscal directo. El sector más rico de la sociedad no realiza aportes directos al sistema de salud, pues cotiza para las Isapre. Sin embargo, muchas personas se ven en la obligación de emigrar hacia el sistema público, que ha debido hacerse cargo crecientemente de quienes son marginados por los seguros privados. Esta segmentación de los seguros de salud y fragmentación de los niveles de prestación, resulta en un sector público desfinanciado y sobrepasado y un sector privado cada vez más caro y elitista.

Este diseño segmenta a la población según su nivel de ingreso y riesgo de salud. En 2015, las Isapres reunían al 16% de la población adscrita a la seguridad social de salud (el 92% de la población nacional), en particular aquella de mayor ingreso y menor riesgo de salud. El seguro público acoge a las personas con mayor riesgo de salud, como los adultos mayores, de los cuales el 93% está afiliado a Fonasa. (8)

El debate de la reforma de salud de 2005 dejó pendiente el tema de la solidaridad, el modo de lograr que los sectores de mayores ingresos contribuyan mancomunadamente a financiar la salud de todos. Durante el período anterior a la reforma se discutieron diversos mecanismos, incluido fondos parciales, sin que fuera posible llegar a acuerdos.

Sin perjuicio de la necesaria protección de los derechos de los actuales cotizantes de los seguros privados, para avanzar en un financiamiento justo y solidario, en el que las personas de mayores recursos contribuyan a financiar la salud de todos los habitantes, se ha planteado construir a largo plazo un fondo solidario de salud que vaya transitando desde un sistema de cotizaciones hacia un modelo de financiamiento por impuestos generales.

Por razones de equidad, justicia y racionalidad es muy probable que el debate acerca de la creación de un fondo mancomunado, un Fondo Único Solidario, vuelva a cobrar vigencia. Un fondo al que todos los trabajadores coticen para financiar un sistema público universal y las Isapre y otros aseguradores privados actúen como aseguradores

complementarios. Un fondo que permita reducir la segmentación en el sistema y aumentar la mancomunación y desarrollar un dispositivo que permita aunar contribuciones y riesgos de la población en un fondo único de salud.

Hoy, cerca de la mitad de los recursos que se emplean en salud, proviene del aporte fiscal. Alrededor del 4% del PIB se emplea como gasto público en salud, mientras que en otros países de la OCDE el gasto se sitúa entre 6% y 8%. Un aumento del aporte fiscal nos acerca a una cobertura universal, a servicios sanitarios de mayor calidad y permite ir estableciendo progresivamente un menor gasto de bolsillo de los cotizantes.

Por otra parte, forma parte de la discusión global sobre financiación de la salud si debe continuarse con el modelo de cotizaciones o si el sistema público de salud debe financiarse con impuestos generales, desligando la contribución de la condición laboral. Este modelo tendría múltiples ventajas al crear, para su administración, un fondo solidario.

GASTO DE BOLSILLO Y MEDICAMENTOS

La seguridad financiera de los hogares está entre las prioridades de la protección social a fin de evitar que un problema de salud conlleve catástrofes económicas. El gasto de bolsillo en salud de los hogares ha crecido y es alto, y su influencia en la desigualdad sigue siendo significativa. (9)

Es necesario aumentar esta protección a través de la incorporación al AUGE de nuevos problemas de salud, en la perspectiva de garantías crecientes hacia la universalidad. Simultáneamente, es preciso hacerse cargo del creciente aporte directo de las personas al gasto en salud, el denominado gasto de bolsillo. Los gastos de bolsillo han aumentado y la población aún no está totalmente protegida contra el riesgo de enfrentar gastos catastróficos de salud. El gasto público es uno de los más bajos entre los países de la OCDE, mientras que los gastos de bolsillo son los más altos. (10)

Con base a la información proporcionada por la CASEN, los medicamentos, en todas las modalidades de atención y con todos los tipos de prestador, representan un componente muy relevante de gasto de bolsillo.

Si bien las políticas de fomento al acceso a medicamentos deben sustentarse en medidas de uso racional de los mismos, se hace imperativa una mayor regulación que considere la prescripción con receta médica, la venta de medicamentos

bajo denominación genérica, un listado explícito de medicamentos esenciales, el fortalecimiento del poder de compra pública a través de la Central Nacional de Abastecimiento CENABAST, introduciendo medidas de volumen y precio conocido y estableciendo precios de referencia.

En octubre de 2015, la Municipalidad de Recoleta inauguró el modelo que luego fue replicado por decenas de municipios. Las llamadas “farmacias populares” constituyen una respuesta innovadora a un modelo de salud pública que no ha dado satisfacción a las necesidades de la población. La iniciativa surge por el cuestionamiento a los altos costos de los medicamentos en las farmacias y como una reacción a los escándalos de colusión.

Sin embargo el modelo no resulta en una solución global pues un eventual endeudamiento de las municipalidades con CENABAST puede conducir a que los Municipios tengan que subsidiar el funcionamiento de estas farmacias y a profundizar la deuda del sector público municipal empeorando aún más sus condiciones.

En este ámbito, debe estudiarse con seriedad la provisión de medicamentos genéricos y esenciales a través de la red pública, de las farmacias de los consultorios y hospitales.

Otras alternativas que consideren mecanismos de bonificación como el descuento directo del monto de la receta o sistemas de reembolso con tope de gasto anual, deben estudiarse. Desde diversos sectores se ha planteado que es imperativo estimular la producción nacional de fármacos y vacunas.

INVERSIONES PARA FORTALECER EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD

La política de salud de los gobiernos de la Concertación y Nueva Mayoría ha significado un incremento sostenido de la inversión, con el propósito último de lograr una oferta global de servicios de salud que satisfaga las necesidades de los usuarios, con crecientes garantías de accesibilidad, calidad, oportunidad y cobertura financiera. En los dos períodos de gobierno de la Presidenta Bachelet aumentó considerablemente el número de proyectos en la red hospitalaria y en la red de Atención Primaria.

De acuerdo al Plan Nacional de Inversiones en Salud, se encuentran terminados 22 hospitales, en construcción 24 establecimientos. Otros 12 recintos están en fase de licitación y 18 hospitales están en etapa de estudios técnicos de pre-inversión o

diseño de obras. En materia de Atención Primaria, el plan ha comprometido la construcción de 332 establecimientos asistenciales, de los cuales 100 corresponden a Centros de Salud Familiar, 100 a Centros Comunitarios de Salud Familiar y 100 a Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad, además de la reposición y adquisición de equipamiento clínico, ambulancias y vehículos. (11)

El Gobierno ha hecho un gran esfuerzo en inversión en la atención primaria y en los hospitales pero éstos aun son insuficientes para poder contar con una fortalecida red asistencial pública. El presupuesto de inversiones debe dar cuenta además de los costos de mantenimiento del equipamiento, tema que no está debidamente resuelto en el sector.

Esta forma de apreciar las tareas del Estado encuentra detractores entre quienes plantean, junto a la construcción de establecimientos por la vía de las concesiones, la administración privada con fines de lucro de hospitales públicos. Esta experiencia, ya probada en otras latitudes, ha sido un fracaso. En Chile, hasta ahora, se ha descartado totalmente la administración privada con fines de lucro de ellos. Está en marcha un programa de concesiones para la construcción de algunos hospitales, modalidad que ha recibido diversos cuestionamientos. Las eventuales concesiones futuras deben decidirse después de evaluar las que están en desarrollo. De acuerdo con la experiencia de los establecimientos ubicados en Maipú y La Florida, los costos del sistema concesionado son excesivos. Puesto que el estado no construye establecimientos, se debe licitar la construcción de los hospitales, pero su gestión debe quedar en mano del sector público.

EFICIENCIA Y CALIDAD

Parte importante de las insuficiencias del sistema de salud chileno, puede solucionarse con una serie de medidas administrativas y de impulso a una gestión eficiente, integral y descentralizada que se promueva desde el Gobierno y el Ministerio de Salud en la perspectiva compartida de fortalecer el sector público.

Para avanzar en la calidad de la atención, centrada en el usuario, las tecnologías informáticas y de gestión deben ser utilizadas para dar horas, para enviar interconsultas, para disminuir los tiempos de tramitación y aumentar la eficiencia. Atención rápida y eficiente en un ambiente de buen trato y respeto.

Otro desafío de envergadura es continuar con las políticas de formación de profesionales que debe enfrentarse tomando en cuenta las necesidades reales del país en relación a cantidad y calificación deseada, en coherencia con el modelo de salud que queremos para Chile. La inversión de recursos públicos en la formación profesional debe asegurar la posterior prestación de servicios en los establecimientos públicos.

Los trabajadores de la salud requieren una preocupación especial en relación con su salud, su bienestar, sus remuneraciones y condiciones de seguridad laboral. La capacitación continua y la formación son los pilares para mejorar la calidad de la atención.

También será necesaria una política que mitigue el problema de la migración de profesionales, especialmente la de médicos, para lo cual podría incorporarse una asignación de permanencia o crear una nueva asignación de dedicación exclusiva al establecimiento.

No cabe duda que el sector público muestra insuficiencias que deben ser corregidas, pero deben hacerse más estudios para comparar equidad y eficiencia simultáneamente en los sectores público y privado. El sistema público chileno es altamente eficiente si se toma en cuenta los recursos de que dispone y la extensa cobertura de sus acciones. Algunos empresarios de la salud suelen argumentar acerca de la calidad en el sector privado pero soslayando toda argumentación acerca de la exclusión explícita para proporciones muy altas de la población que no dispone de los recursos para acceder a tales servicios.

Las listas de espera deben resolverse a tiempo por diversos mecanismos. Se hace necesario aumentar significativamente el número de especialistas en los consultorios. También es posible aumentar las capacidades para la atención ambulatoria en los hospitales con los especialistas que hoy se están formando. El uso de pabellones debe incrementarse por la vía de estimular la permanencia de los médicos con contratos de horario completo y plantearse seriamente la contratación de médicos con dedicación exclusiva a los establecimientos públicos.

ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL

Debemos persistir en políticas públicas que tiendan a perfeccionar la red municipal con más recursos materiales y humanos; que abra realmente posibilidades para la construcción de un modelo integral en estrecha colaboración con

los establecimientos de los Servicios de Salud. En síntesis, fortalecer la atención primaria en el marco de una red integral de atención, en la que los distintos niveles del sistema promuevan un modelo de salud preventivo y promocional. Consecuentemente con ello, los recursos públicos asignados a la atención primaria deberán incrementarse y ser consistentes con las orientaciones del modelo de atención.

El financiamiento a la atención primaria se cubre con el 25% del gasto en salud, en tanto en países OCDE es de alrededor del 35%. Para aumentar la resolutivez y desarrollar el modelo de atención primaria se requiere aumentar considerablemente el gasto público.

En una perspectiva futura, es necesario avanzar hacia una Atención Primaria Universal, para lograr total cobertura de las acciones de salud en este nivel. La realidad actual exige un aumento de especialidades, tanto de médicos de cabecera para cuidar a las familias como otras especialidades necesarias para resolver listas de espera.

Los cambios demográficos atraen la atención de todos los sistemas de salud del mundo y es preciso adecuar la oferta a estas nuevas necesidades. La vejez de las chilenas y chilenos debe ser protegida por políticas sociales que contribuyan a revalorizar el papel de nuestros ancianos en la sociedad, la promoción de la auto-valencia y la mayor funcionalidad y el cuidado seguro de quienes carezcan de sostén familiar. El sistema público de salud, debe considerar esta carencia adaptando especialmente su modelo de atención, redes e infraestructura para atender esta necesidad urgente y creciente. El Estado está obligado a ser protagonista y promover una solución para quienes necesiten cuidados residenciales. La Atención primaria y secundaria debe desarrollar cuidados domiciliarios para una atención amable y cercana.

LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA

Más allá del campo de acción que es propia del sistema de salud, un enorme problema social, que en ausencia de instituciones adecuadas, recae sobre los dispositivos de salud, y constituye un enorme desafío para el país, es el diseño de un nuevo sistema de promoción de la autonomía y cuidados de la dependencia de forma similar a algunos países europeos, particularmente España. La Ley de Promoción de la Autonomía y Cuidados de la Dependencia española que entró en vigencia en Enero de 2007 a partir de un importante acuerdo parlamentario, instituye un

cuarto pilar de derechos sociales, después de la educación, la asistencia sanitaria universal y gratuita y las pensiones. Una ley de promoción de la autonomía y cuidados de la dependencia se hace cargo, no sólo de las personas mayores sino de todos quienes presenten limitaciones a la autonomía. (12)

LA SALUD ES UN DERECHO BÁSICO

Alcanzar objetivos sanitarios y mejorar la calidad de vida de los habitantes debe ser una política de estado. Nuestro país requiere seguir avanzando en una Reforma a la Salud Integral, fundamentada en los valores de solidaridad y universalidad de la seguridad social y que permita enfrentar los desafíos del envejecimiento y las enfermedades crónicas. Es una gran tarea que requerirá sin duda varias décadas para consolidarse.

Un cambio de esta envergadura requiere la inclusión de la Salud en la Constitución como un derecho garantizado. Estas medidas nos permitirán avanzar en la dirección planteada, permitirán una transformación profunda a nuestro sistema público de salud, superando las desigualdades sanitarias existentes entre regiones y descentralizando los recursos de salud.

Se puede afirmar, en una perspectiva de la historia reciente, que los éxitos en el enfrentamiento de los problemas de salud son atribuibles a la existencia de políticas y programas nacionales que han persistido por cinco décadas y por el desarrollo de una red de establecimientos públicos de salud a través del territorio nacional.

El sistema público de salud, en cualquier latitud, puede verse amenazado por las políticas que impulsan los sectores que promueven el desmantelamiento y privatización de los servicios y pretenden transformar la salud en una mercancía más, sometida a las leyes del mercado. El mercado de la salud se hace atractivo para las empresas multinacionales de servicios, los laboratorios farmacéuticos y la industria biomédica. No obstante hay evidencias de que la mercantilización desregulada incrementa las desigualdades sanitarias, deja sin asistencia a los sectores que más la necesitan y dispara el gasto sanitario a niveles insospechados.

La reforma de salud en curso, que ha instalado exitosamente los derechos garantizados en salud, no aborda de manera integral estos temas cardinales. La población, por su parte, expresa de manera reiterada su insatisfacción por el trato recibido y por las largas esperas en la solución de sus problemas.

Surge entonces la necesidad de impulsar una nueva agenda para las reformas sectoriales de salud que se plantee: fortalecer equidad en salud; construir modalidades de financiamiento solidario; y, desarrolle modelos de atención basados en promoción y prevención, revalorando la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Una reforma que mejore la resolutiveidad de la Atención Primaria de Salud, elevando la promoción y la prevención en salud como eje del modelo de atención y aborde integralmente la salud de la población incorporando crecientemente salud mental, salud dental y otras necesidades de salud. El modelo de atención, que ha estado excesivamente centrado en los hospitales, con insuficiente desarrollo de la promoción de la salud y de la atención cercana a las personas, debe ser replanteado con urgencia.

Una nueva generación de reformas que se construya con la participación activa de la comunidad, con el concurso activo y comprometido de los funcionarios y profesionales que se desempeñan en la asistencia sanitaria y que resuelva a favor de las mayorías las contradicciones de intereses económicos y políticos que subyacen en el debate. Cuando las necesidades son mayores que los recursos, la priorización es un debate ético de la mayor importancia, que debe tomar en consideración y poner en equilibrio tanto las expectativas de los individuos como el bien común de la sociedad.

Por una reforma que nos permita construir un sistema público de calidad, universal, gratuito y solidario para mejorar la salud y el bienestar de todos los habitantes del país.

REFERENCIAS

1. Montoya-Aguilar, C. ed. *Medición y Monitoreo de las Desigualdades en Salud*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2006.
2. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. *Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2002.
3. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. *Historia de la Ley N° 19.966 que establece un régimen de Garantías de Salud. (AUGE)*. Santiago de Chile: BCN; 2004.
4. Gobierno de Chile, Fondo Nacional de Salud. *A 10 años del Auge*. Santiago de Chile: FONASA; 2016.
5. Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud. *Boletín Estadístico 2016: Casos GES según tipo de atención informados por el total sistema Año 2016*. Santiago de Chile; 2016.
6. González, C. ed. *Evaluación de Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000–2010*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2010.
7. OMS. *Informe Final Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. 2009.
8. PNUD. *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. 2017.
9. OCDE. *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 Chile en comparación*. [Internet] 2014 [fecha de acceso enero de 2018]. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014-in-Spanish.pdf>
10. Cid C, Prieto L (2012) El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Rev. Panam. Salud Pública* 31(4): 310–316.
11. Ministerio de Salud de Chile. *Plan de inversión de Salud*. [Internet] 2017 [fecha de acceso enero de 2018]. Disponible en: <http://plandeinversionesensalud.minsal.cl/>
12. Gobierno de España. *Boletín Oficial del Estado*. “BOE-A-2006-21990 Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia”. 2017.