

# El significado histórico de la Reforma de la atención de salud en Chile

## The historical meaning of the health care reform in Chile

Dr. Claudio Sepúlveda-Alvarez

### Resumen

Se hace una revisión sistémica de la propuesta global de Reforma de la [atención de la] Salud chilena, a la luz de un cambio de paradigma, iniciado por instituciones financieras internacionales (IBRD, Bancos regionales) en la década de los ochenta. El nuevo paradigma sustituye los principios de **solidaridad** (consagrados mundialmente por los Gobiernos agrupados en OMS/UNICEF, en Alma Ata, en 1978), por los principios de **libre mercado** que exigen que el «producto(s)» salud (servicios) no sólo sea eficaz en su objetivo de salud sino que, a la vez, produzca ganancia para el capital privado invertido. Se postula que los mecanismos esenciales de la reforma son de orientación fiscal y financiera -no de salud pública- entendida esta última como el conjunto de acciones de una sociedad sobre la totalidad de las personas y su ambiente. Se revisa los mecanismos reformadores que permitirán en un futuro cercano que los recursos del sistema público de atención de salud sean utilizados, de manera progresiva, para y por la inversión privada, completando así el horizonte de inversión del capital nacional y que, en el sector servicios, ha incorporado ya el transporte, la electricidad, el agua potable, el saneamiento, el correo, la educación y los seguros de pensiones.

El análisis bosqueja las dimensiones sistémicas no tocadas por los proyectos que constituyen la reforma, los cuales corresponden a los subsistemas de insumo para la atención de salud: recursos humanos, medicamentos, infraestructura, tecnología e información, equipamiento moderno.

Finalmente, la revisión puntualiza las dimensiones epidemiológicas que la salud pública prescribe a las nuevas estructuras demográficas -basadas en la decodificación del genoma, la neurofisiología molecular, la aparición de patologías sociales como la drogadicción y la anomia juvenil, así como aquellas derivadas del envejecimiento- bosquejando así, las dimensiones que una reforma futura -desde ya necesaria- deberá considerar para adecuarse a la salud de las personas, en lugar de la fiscalidad y la inversión privada nacional.

### Abstract

The article presents a systemic critique of the proposed Chilean reform proposal which substitutes the **solidarity paradigm** (world-approved at Alma Ata, in 1978, by the Governments constituting WHO/UNICEF) by a **profit-making** approach, tributary of the free market paradigm sponsored by international financing institutions (IBRD, Regional Banks). The analysis postulates the Chilean reform to be mostly of a fiscal nature to permit the expansion of national capital investment thus closing its permeation of the services sector, already completed in transport, communications, education and insurance.

The review outlines systemic dimensions NOT included in the Reform proposal which correspond to inputs subsystems such as human resources, medicines, modern equipment, infrastructure and technology in information.

Finally, the revision describes the epidemiologic referents that public health prescribes for the new demographic transition -based in the human genome's decoding, biomolecular neurophysiology, and the emergence of social pathologies such as drug-addiction, juvenile anomie, and those derived from increasing old age- thus providing the main references for a new reform -already necessary- which ought to be based on personal health progress and not just on financial and private investment considerations.

MD. MPH. BSc (Anthr)

Consejero General del Colegio Médico (Concepción), Ex-Director Regional Adjunto, Americas, UNICEF (TACRO)

La propuesta de **Reforma de la atención de salud** -no de la salud, como se repite a menudo- actualmente en trámite parlamentario, desglosada en cinco proyectos de ley, ha concitado gran interés de los medios políticos, profesionales y ciudadanos, aún si la participación respectiva en el diseño y su discusión ha sido esencialmente de los medios políticos. Cuando estas líneas vean publicación, habrá habido decisión sobre ciertos aspectos de la propuesta, y se continuará debatiendo sobre el resto. De lo que no hay duda, es que el sistema de atención de salud chileno que emerja no será ya el mismo. Vale la pena, por tanto, hacer un análisis de *conjunto* de qué es lo que se verá afectado por el cambio, más allá de los beneficios puntuales que toda política declarativa otorga al producto que quiere entronizar.

Los sistemas sociales -y por cierto, los biológicos- se definen más por las **interrelaciones** de sus componentes que por la identidad, o cantidad, de estos últimos, aún si son su punto de partida. Las interrelaciones que refuerzan o debilitan el **objetivo** central, así como aquéllas que expresan su propia **evolución**, importan no sólo para evaluar la situación (la «foto») en un momento dado, sino para proyectar las condiciones de éxito probable de esa situación. Objetivo y evolución son, respectivamente, parámetros de tipo ético e histórico.

## Marco metodológico

Para comparar, base de toda evaluación, es necesario hacer un recuento del estado inicial del sistema que se quiere reformar; en esencia, del estado *conceptual* de tal punto de partida ya que la comparación de *resultados* es imposible: la proyectada reforma permanece aún virtual y carece de datos sistémicos; los resultados piloto de un año de operación, de una muestra de servicios, no son estadísticamente representativos del universo en discusión.

El sistema de salud, como todo sistema, se compone de **insumos** (humanos, de equipos, infraestructura, consumibles, tecnología/conocimiento, los cuales se pueden «homogeneizar» por costo: **recursos financieros**, por tanto), **organización** para procesar tales insumos y transformarlos -de manera *modular*, esto es en proporciones adecuadas de cada insumo- para así producir los **servicios** («exhumos», en el bien pensado neologismo colombiano) que permitirán alcanzar el **objetivo** sistémico: satisfacer la demanda informada de la población y, así, mante-

ner su apropiado estado de salud. He ahí los cuatro componentes principales de todo sistema. Se verá mas abajo que la propuesta reformadora, si bien completa las «funciones» prescritas por el modelo bancomundialista, no incluye sino algunos de los ejes indicados. Mas aún, los aísla y presenta en proporciones que pueden no ser adecuadas para el eficiente funcionamiento de la institución que emerja. El análisis que se intenta es de síntesis, bajo las premisas metodológicas de la teoría general de sistemas<sup>1, 2</sup>.

## Marco histórico

**A nivel nacional:** El Sistema Nacional de Servicios de salud (SNSS), que reemplazara en tiempos del gobierno militar al SNS, alteró componentes importantes de la concepción inicial, privilegiando ciertas estructuras (esto es, «interrelaciones fijas»), cercenando otras y agregando algunas de nuevo cuño, en línea con orientaciones -entonces sólo emergentes- que el modelo neoliberal internacional otorgaba a los servicios sociales en el diseño de los mercados nacionales dependientes. La literatura de la época -recuérdese la escuela de Chicago- no hizo ningún secreto en designar a Chile como caso experimental de tal enfoque.

A pesar de tales modificaciones, la estructura del sistema chileno demostró notable capacidad de adaptación: la inversión acumulada -el gasto público en salud creció 60% entre 1968 y 1972, pasando de US\$ 26 a US\$ 43 p.c, para bajar a US\$ 22 en 1975, fin de la «burbuja» solidaria<sup>3</sup>- y las organizaciones, tanto institucionales como de comunidad, dieron origen a lo que se ha llamado un «efecto de acumulador»<sup>4</sup>, responsable por efectos retardados, incluyendo parte de la caída continua de la mortalidad infantil registrada en aquellos años. El sistema de salud continuó su accionar, aún si disminuido, prestando servicios que colocaron a Chile a la vanguardia continental en indicadores de salud, con logros reconocidos internacionalmente<sup>5, 6</sup>. Junto a Cuba y Costa Rica, las cifras chilenas son comparables con las de España y Portugal en el mundo Ibero Americano<sup>7</sup>. De similar importancia es que los costos fueran una fracción de aquéllos de países que han alcanzado similares indicadores. En otras palabras, la tradición chilena de salud pública no sólo logró los objetivos propuestos, sino que construyó eficacia y eficiencia, creatividad y adaptabilidad de operación, condiciones todas de madurez, en el mejor sentido del vocablo.

En esencia, la modificación militar a la atención de salud chilena incluyó:

- \* **Reducción** mayor del **presupuesto estatal** de salud, en términos absolutos y relativos, especialmente del presupuesto de inversión -de 12 a 1%, 1974-83- (3), comprometiendo así la puesta al día tecnológica (en devenir constante en el sector salud) y decretando, de facto, la obsolescencia de segmentos importantes de la capacidad instalada.
- \* Creación de un sistema de **financiamiento privado paralelo**, cuya expresión más conocida es la industria (autodenominación) de las ISAPRES (de la mano de las AFP que, a su vez, terminaron con el componente patronal de la seguridad social). Esto atrajo la capacidad financiera privada, permitiendo la aparición de una «medicina de dos velocidades», con inversión privada de alta tecnología pero a menudo duplicante y sin priorización epidemiológica, simultáneamente restando fondos al sistema solidario público.
- \* **Creación de servicios regionales de salud**, parcialmente descentralizados, pero de muy diversa demanda de servicios, capacidad de equipamiento y recursos humanos.
- \* **Desarticulación de los consultorios periféricos**, (parte *institucional* de la atención primaria, pero que no debe confundirse con ella) entregándolos a las municipalidades, lo cual consolidó disparidades en la dotación y operación de tales unidades, mientras rompía la cadena «salud-enfermedad leve-enfermedad grave», eje central de una concepción científica de la salud poblacional, esto es la gradualidad «promoción-prevención-curación-rehabilitación».
- \* **Reemplazo forzado del liderazgo** a todo nivel, a veces con supresión física de tales autoridades, como lo atestigua la larga lista mártir que la Orden médica ostenta. La dotación misma de recursos humanos disminuyó, haciéndolo aún más sus salarios y, por tanto, capacidad adquisitiva.

Esto es, el Estado, ahora militar, redujo su responsabilidad en la satisfacción del derecho a la atención de salud, militarmente, abusando del poder autoritario de que disponía. Fueron así severamente limitados principios éticos, democráticos y técnicos, derivados de la satisfacción de necesidades humanas básicas. Es necesario recordar que el derecho a la atención de salud, en que se había fundado el

Servicio Nacional de Salud (SNS, veinte años antes, en 1952), resultó de la visión convergente de dirigentes políticos y TÉCNICOS, de derecha e izquierda, así como de la participación efectiva de gremios y trabajadores en general quienes, movidos por una ideología -que sólo puede calificarse de **solidaridad**- impulsaron durante la primera mitad del siglo veinte, una propuesta reformadora que cristalizó en la ley que lo creara, de consuno con el SSS. Aun si hay discusión sobre si el derecho es a la salud o a la atención de salud<sup>8</sup>, sucesivos textos internacionales, incluyendo la Declaración Universal de los Derechos humanos (art.25, para 1) y la Constitución de la OMS, así lo declararon.

**El contexto mundial:** Esta cristalización no era extemporánea. Se producía en la post-guerra inmediata, cuando los sentimientos de solidaridad y democracia humanas, a nivel mundial, eran el nuevo paradigma de desarrollo de la Humanidad: Declaración de los Derechos Humanos, Naciones Unidas (en salud, OMS, UNICEF, FAO), Plan Marshall, Punto IV (Truman), Juicios de Nuremberg, Estados llamados de «Bienestar» (Escandinavia, Europa occidental), o bien, de orientación «socializante», los cuales reemplazaban los mecanismos de mercado por una planificación centralizada que, a pesar de sus balbuceos, lograba progresos notables en casi todos los frentes. El mundo se preparaba para el bienestar globalizado: el Desarrollo. Estructurar y hacer funcionar el nuevo sistema era solo materia de tiempo.

El movimiento por los derechos humanos ha continuado hasta hoy, y tanto la Declaración de Alma Ata (1978), como la Convención de los Derechos del Niño (1990) continúan tal tradición. La Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de NU en el año 2000, se hace también eco del derecho a la atención de salud. En ninguna de tales instancias se establece discriminación alguna en relación a los detentores de tal derecho.

Los sistemas sociales, «abiertos» por definición, son de enorme complejidad relacional, en gran medida por su democraticidad, por lo que requieren de tiempos de maduración más largos que aquellos sistemas que funcionan con lógica de sistemas cerrados, esto es los sistemas militares, o ciertos modelos económicos. En salud, la progresión del ideal solidario no encontraría su manifestación operacional «globalizada», sino con la Conferencia de Atención Primaria de Salud<sup>9</sup>, en Alma Ata (1978), muchos de cuyos principios Chile había implantado, con éxito, con antelación<sup>10</sup>. Puede afirmarse que la

**doctrina de atención primaria**, adoptada por consenso de las 134 naciones asistentes, señaló la dirección ética y técnica de la atención de salud «para todos» a escala mundial: mayor conocimiento y participación decisional de la población, por una parte; escalonamiento y continuidad de la atención institucional, basada en la dificultad tecno-científica, por otra.

Para 1978, la reacción conceptual estaba ya en operación: se había diagnosticado que desconcentrar el capital y ejercer una verdadera democracia internacional impedía la preeminencia financiera, cultural e histórica de los grupos transnacionales que habían invertido en ambos lados de la contienda bélica. Así, frente a la solidaridad de los Estados, se fue desarrollando un paradigma paralelo: el **libre mercado**, que exige una economía mundial desnacionalizada<sup>11</sup>, en la que los participantes («cuota de mercado») han sido asignados por una larga e interminable contienda de capitales -inaparente al observador común- que se correlaciona geográficamente, de manera casi accidental, con el lugar en que tales capitales se transan y someten a legislación; el mapa es elocuente: Estados Unidos e Inglaterra, complementados por Europa y Japón en décadas subsiguientes. Aparecen mecanismos alternativos: a las NU, las instituciones de Bretton Woods: FMI e IBRD (Banco Mundial); la sustitución de importaciones (que, en proporción adecuada, independiza la iniciativa y los recursos de países menos dotados) da lugar a las economías de exportación; el capital nacional acomoda la inversión extranjera; la flexibilidad laboral sustituye al empleo garantizado; la jubilación en base a ahorros propios sustituye a la ponderación colectiva, el bipartidismo carismático releva a la plataforma electoral multipartidaria... En síntesis, el Estado «subsidiario» reemplaza al Estado gestor de desarrollo -que actúa en nombre del interés de «todos»- pero que debe ahora, ocuparse solo de aquellas «funciones» que no concitan el interés del capital privado.

## El cambio de paradigma

Desde Kuhn<sup>12</sup>, el progreso científico se reconoce dependiente de marcos totalizadores y transdisciplinarios, con potencial de arquetipo, que él denomina **paradigmas**, y que emergen inesperadamente, influenciando todo dominio de la acción humana. Así por ejemplo, aun si Europa y Canadá<sup>13</sup> han logrado mantener sistemas solidarios de atención de salud,

dentro de fuertes economías de mercado, a escala mundial la salud ha debido ajustarse al nuevo paradigma -en verdad, los servicios sociales todos- reemplazando la solidaridad colectiva por el libre «mercado» de sus servicios, y aportar su contribución a la multiplicación del capital. Esta variación, MAYOR, en el objetivo, es un cambio ético de proporciones: lo más importante no es ya -se dice-, producir servicios eficientes y eficaces, sino **hacerlo generando ganancia o**, lo que no es necesariamente lo mismo, **disminuyendo el gasto**. La evidente retroalimentación, negativa, de tales condiciones sobre la cantidad, calidad y oportunidad de los servicios, pasa desapercibida.

Después de hacer aceptar el cambio de objetivos globales (la «visión»), la mayor dificultad estriba en precisar los objetivos operacionales, así como las posibilidades de compatibilizar con ellos, los componentes del sistema existente. Para esto, los organismos internacionales -reflejando posiciones de sus Estados más poderosos, o de *lobbies* transnacionales- introducen la tesis de la «*separación de funciones*» en el sistema de salud<sup>14</sup>, a saber: rectoría y normación, seguros de salud, financiamiento, producción de servicios, fiscalización. Este enfoque desconoce que la organización de sistemas requiere cierta interdependencia de los subsistemas componentes, so pena de desintegrarse y no cumplir ninguna función: la autonomía, aún la autarquía de algunos subsistemas (por ejemplo la formación de profesionales de la salud) atenta contra la marcha del subsistema «central», esto es aquél que produce los servicios requeridos para obtener el objetivo fijado.

A nivel internacional, las instituciones especializadas -OMS, PNUD, UNICEF- que disponen del conocimiento y la capacidad de gestión de salud adecuadas, carecen en cambio de los fondos requeridos y de la maquinaria administrativa correspondiente para llevar adelante el cambio de objetivos mas arriba discutido. Se expanden así los mecanismos financieros internacionales a los sectores sociales. A partir de los años ochenta, el Banco Mundial -y los bancos regionales- prestan a estos sectores, miles de millones de dólares para financiar infraestructura de salud que, lentamente, crean burocracias paralelas, con distintas escalas salariales -como lo muestran entre otros los casos de Indonesia y Turquía- y que se extenderán luego a los servicios mismos. Para 1998, el sector salud y nutrición concentraba el 14% de los prestamos totales del Banco Mundial. En América latina, Argentina, Brasil y México, las grandes eco-

nomías -poseedoras, supuestamente, del poder de pago- concentran el 77% de tales prestamos<sup>15</sup>. Chile no registra préstamo alguno, lo que puede interpretarse, a esa fecha, como fortaleza del sistema nacional. Desde 1994, luego de la Cumbre de las Américas en Miami, OPS ha tomado el liderazgo<sup>16</sup> de la reforma en el continente, convocando a una conferencia continental en 1998, y diseñando un Programa *ad-hoc*, el cual, entre otras actividades, patrocinara... -en Londres, en 1999- una Conferencia sobre Reforma de salud en América latina, que convoca a instituciones financieras internacionales en la sede de la London School of Economics. Julio Frenk, uno de los ideólogos reformistas, futuro ministro de Vicente Fox -y candidato perdedor a la Dirección General de OMS en 2003- se encuentra entre los participantes, en tanto alto funcionario de OMS. La red internacional -presión de pares- se encuentra en plena eclosión.

EL SNSS chileno, en tanto, ha continuado siendo congruente con el paradigma solidario, no siéndolo con el nuevo movimiento mundial, como no lo había sido la evolución socializante del sistema político nacional. El golpe militar, expresión del emergente libre mercado, inicia con rapidez el desmantelamiento del Estado democrático y redistribuidor; privatiza los seguros y las pensiones de manera obligatoria; flexibiliza el trabajo; en salud, sin embargo, las profundas medidas enumeradas más arriba, solo logran iniciar el proceso, en especial en lo que se refiere a financiamiento y su componente de seguros de salud.

Con reducción continuada y exitosa del Estado, pero con dificultades tanto de financiamiento -en parte por la propia reducción del papel del Estado- así como en afiliación a seguros de salud privados (la concentración del ingreso en el quintil superior impide que la mayoría de la población tenga ingreso suficiente para pagar el seguro privado) hace urgente profundizar la reforma ya iniciada y abarcar *todas sus «funciones»*. Se requerirá pues, redefinir el rol del Estado en salud, reducir su compromiso fiscal, reforzar el financiamiento e incorporar una fiscalización externa -lo que degrada aún más la influencia del Estado.

### **La sustancia de la actual propuesta de reforma:**

La propuesta gubernamental se caracterizó desde sus inicios, por una variabilidad incluso, ambivalencia, de sus contenidos de política, lo que

probablemente traducía grados diversos de consenso dentro de las esferas de «formación estratégica» gubernamental. Formalmente, se la dividió en cinco proyectos de ley, -financiamiento, ISAPRES, autoridad sanitaria, derechos de los pacientes y, como no, AUGE- los cuales han sido modificados a repetición por indicaciones sucesivas del Ejecutivo, única fuente con autoridad para modificar el texto de un proyecto. Tres años y tres Ministros de Salud más tarde, la propuesta es mas homogénea y, por tanto, más fácil de analizar en sus dimensiones político-ideológicas, especialmente en cuanto a la influencia ejercida por el Ministerio de Hacienda -cuyo Ministro sigue siendo el mismo- en la concepción de sus diferentes parámetros. Puede ser sintomático que ese Ministro y el Secretario ejecutivo de la reforma -también permanente durante el periodo- pertenezcan al mismo partido político el cual, sin embargo, ha manifestado discrepancias fundamentales en diversos momentos del proceso. Es quizá de mayor significación, la influencia decisiva que el Banco Mundial tiene sobre las carteras de Hacienda a lo largo del mundo.

La propuesta de reforma ha enfatizado, entonces:

**a) financiamiento adicional**, con lo que se manifiesta la voluntad de no aumentar el gasto público no financiado. Resulta curioso que -de los cinco proyectos de reforma- el primero en presentarse y ser aprobado, haya sido el de financiamiento, puesto que no se sabía - y aún no se lo sabe- cuánto, y para qué se lo aprobaba. La propuesta inicial<sup>17</sup> contemplaba alzas en impuestos a actividades de efecto negativo sobre la salud, como alcoholes y tabaco; sobre productos contaminantes del ambiente como el petróleo diesel; y transferencias desde las imposiciones al sistema de seguros: 3/7 de tales imposiciones -sector privado, léase ISAPRES, incluido- se dedicarían en forma exclusiva a ejecutar el «plan» AUGE. Ninguna de tales fuentes prosperó, al no contar con apoyo político -a traducirse en votos en el Parlamento. En otras palabras, gravar fuentes de beneficio monetario fue políticamente descartado, incluso por parlamentarios concertacionistas que se manifestaron en contra de uno u otro ítem. Se optó por una solución de masas: actividades especificadas para la población deben ser financiadas por ella misma. Por tanto, aumento del impuesto al valor agregado (IVA) alza que, postulada inicialmente en un 0.25%<sup>18</sup>, terminó siendo de un 1%, para alcanzar a 19% total. Implementado

a partir de agosto de 2003, se da la paradoja que estos recursos se generen sin que se sepa aún para qué. Si se piensa que las capas más pobres de la población «consumen» todo lo que ganan, se puede colegir que al menos 1/5 de tal consumo son impuestos, contribuyendo así, desproporcionadamente, al financiamiento de la nación y al gasto en salud -AUGE incluido- cuando se lo implante.

**b) Reducción del déficit y del gasto fiscal en salud: el paquete AUGE.** Para aliviar la «carga» estatal, el mecanismo central **es reducir las afecciones de atención obligatoria:** surge así el AUGE, esto es reducción de la entrega de servicios a 56 «patologías» clave, a las cuales se «garantiza» pago y oportunidad de tratamiento según plazos establecidos, cuyo método de determinación es, por lo demás, sujeto de duda mayor. Esas patologías, según reveladas a la opinión pública en junio de 2002,<sup>19</sup> consistirían en una mezcla de entidades (se menciona sólo ejemplos) que incluyen **enfermedades** ajustadas a la clasificación internacional (diferentes leucemias, diabetes, hipertensión, cáncer uterino, de mama, labio leporino, enfermedad quística, etc.), mezcladas con **segmentaciones** por edad y sexo (depresión en la mujer joven), **gravedad** del episodio o consecuencias de este (enfermedad isquémica, SIDA), así como **formas de tratamiento** (dependencia alcohólica y por drogas) y **aspectos** NO patológicos (salud dental, embarazo, control del niño sano). Diecisiete entidades son cánceres, especialmente de la infancia.

La afirmación de que este conjunto de entidades es responsable del «75% de los años [persona perdidos] de vida, por muerte prematura o discapacidad»<sup>20</sup> es discutible -la sola descripción, más arriba, muestra que muchas entidades NO tienen riesgo inminente de mortalidad-; por otra parte no incluye las consecuencias de la violencia que son la cuarta causa de mortalidad<sup>21</sup>. La afirmación ha sido también refutada públicamente. A todas y cada una de las 56 entidades se les adscribe una mezcla -aún más heterogénea- de servicios y procedimientos (o tareas, acciones) cuyas frecuencias resultan de normas discutibles, ya que varían según el criterio de diferentes expertos, o del progreso científico. (Ello obligó en los meses siguientes, a la introducción de la idea de «protocolos de tratamiento», cuya licitación fue sólo parcialmente acogida por la comunidad académica)<sup>22</sup>.

Hay aquí una variable de salud pública que pasa desapercibida: la atención de salud no se define por la mortalidad, sino por la *morbilidad*; es esta última

la que genera demanda, a menudo múltiple, de servicios. Más aún, *no hay correspondencia entre las instancias de morbilidad y sus servicios correctores, y la mortalidad*. Así, la propuesta reduce el espectro de atención de manera doble: de los múltiples servicios, *primero*, requeridos por la morbilidad general, *segundo*, a sólo aquellos servicios producidos por enfermedades de supuesta alta mortalidad: las 56 «patologías», entre las miles que conforman el espectro total de enfermedad que demanda atención. Las patologías no-AUGE serán *defacto*, patologías a atender por excepción, ya que la efectividad y eficiencia de los establecimientos públicos se medirá -así lo dice el proyecto de Autoridad de salud y se ha implementado ya por ordenanza interna<sup>23</sup>- por su rendimiento de atención AUGE.

Siendo difícil la cuantificación, se podría especular que de los aproximadamente 100 millones de atenciones públicas anuales<sup>24</sup>, tal vez un quince a veinte por ciento podrá llegar a corresponder a servicios originados por entidades AUGE. Así se desprendería del estudio de costos AUGE<sup>25</sup> que, en total, contabiliza 1.048.864 pacientes a ser atendidos en un año, aplicando tasas ad-hoc de uso de servicios. Puesto que otros estudios<sup>26</sup> llegan a una concentración media poblacional de 10 servicios p.c., estos pacientes podrían llegar a acumular de 10 a 20 millones de prestaciones, esto es, alrededor de un 20% de los servicios. **La discusión sobre las condiciones de salud de los chilenos en la propuesta legislativa se reduce a este listado.** El texto legal y la argumentación se han focalizado, en cambio, sobre como *financiar* el AUGE, no sobre los «productos» técnicos requeridos para estas patologías -la cadena de servicios necesarios- ni sobre el impacto de salud que el AUGE pudiera tener.

**c) Otras medidas financieras.** Esta reducción del abanico mórbido a atender se acompaña, como dicho, de una segunda «carga» traspasada a la ciudadanía: el alza del IVA en 1%, impuesto regresivo por definición. Aunque esto no disminuye el gasto, sino el déficit fiscal, (en teoría inexistente, por la regla de superavit de 1%), ello permitiría -por mantención del nivel del gasto anterior- acomodar otros gastos, sean ellos militares, pago de deuda externa, expansión de la seguridad pública, reforma judicial u otros, los que tienen alta prioridad, tal vez porque refuerzan el rol subsidiario que da al Estado el modelo neoliberal.

Hay, además, intentos adicionales -originados en el Ministerio de Hacienda- por traspasar a la ciuda-

danía otros costos y bajar, también así, el gasto fiscal: el ejemplo más conspicuo son las cuatro instancias (fallidas) para reducir las licencias maternas, las cuales intentaron, en sucesión, *suprimir* el permiso materno por enfermedad del niño, *acortar* su duración, *rebajar* la integridad del beneficio, *cualificar* de manera extra-médica la gravedad de la enfermedad, etc. La causal fué siempre -sin perjuicio de que haya allí anomalías en necesidad de corrección- la búsqueda de reducir el gasto o el déficit fiscal.

El imperativo de mejorar la fiscalidad es tal que, aún antes de imponer la reforma, se han aplicado medidas múltiples. Por una parte, hecho poco explicable, FONASA -institución pública, financiada con fondos ciudadanos directos, y aporte estatal que también son fondos ciudadanos, pero indirectos- reembolsa al sistema hospitalario, también público, con solo 75% del costo de sus prestaciones, logrando de hecho desfinanciar el sistema<sup>27, 28</sup>. Para corregir este déficit, se han impuesto toda clase de medidas: cierre de camas, puestos vacantes sin cubrir, suspensión de la distribución de ciertas amenidades (leche), cierre de laboratorios del Instituto de Salud Pública, equipos quedan sin uso por falta de insumos, se desconoce acuerdos de mejoría salarial (generales de zona). Se habla, incluso, de cerrar maternidades con menos de doscientos partos al año, así como hospitales tipo 4<sup>29, 30</sup>.

En conjunto, todo ello proyecta una imagen de mal manejo público, favoreciendo por contraste a un sector privado visto como más eficiente, lo que se refuerza con gran atención mediática a problemas subsidiarios: contaminación coyuntural de leche, del arroz; gastos mediáticos fuera de lo común, mal manejo de ciertos fondos en FONASA, viajes de autorización inadecuada, rotación de subsecretarios, jefes de Gabinete, etc...<sup>31</sup>

La propuesta de reforma aparece así como **un cambio de objetivo del Estado**: esto es, pasa **de la atención integral de la demanda** -léase, el derecho- de salud de la población, **a la solvencia fiscal y reducción de responsabilidad del sector estatal en salud**, con lo que se ignora que, por definición, los derechos humanos son indivisibles, aún más, dentro de un mismo tipo de derecho. Este cambio de objetivos es así un atentado ético -implícito- a la solidaridad que informa a un Estado de derecho, la consagra o no una Constitución cuyos orígenes merecen duda a sectores mayoritarios de la población. En términos metodológicos de síntesis de sistemas, el cambio más sustantivo, la «raison d'être» de

la propuesta de reforma es ésta: **ha mudado la naturaleza del sistema**.

**d)** Se favorece **el alza de la participación privada en la inversión** de la «industria» de salud, para lo cual el incentivo es la propuesta de «Fondos compensatorios» que permitan utilizar fondos colectivos para comprar servicios privados por parte de las instituciones públicas que no ofrezcan sus servicios «a tiempo»; la composición de tal fondo se describe más abajo. Fuera de reforzar y afinar el sistema ISAPRES, -por ejemplo, la acelerada «ley corta» estableció mecanismos para redistribuir afiliados en caso de quiebra de una ISAPRE, presión de circunstancia que originó una enmienda no contemplada en el proyecto inicial- se uniforman cotizaciones, se establece prestación AUGÉ obligatoria, se disminuye el número de «canastas» posibles de ofrecer, se reduce la discriminación por patologías anteriores, se controla duración y renovación de contratos de seguro privado.

Hay, también aquí, un cambio de objetivos y una innovación peculiar de la iniciativa chilena. La apertura al capital privado es probable función de un exceso de disponibilidad nacional de capital, obtenida en base a salarios para mantener, con leve tendencia alcista, los niveles de inequidad generados durante la dictadura (casi el 60% del PBI lo obtiene hoy el quintil superior, contra un 4-5% del quintil inferior, una de las desigualdades mayores en el mundo; el restante 35% se lo reparte el 60% de la población).

Donde invertir este capital acumulado? La mayoría de las oportunidades de inversión han sido agotadas tras 30 años de implantación del modelo, en 1974: hoy, 30% de capitales AFP va al extranjero, hay inversión privada directa en Bolsas y empresas extranjeras, se ha privatizado toda la industria estatal: cobre, acero, petroquímica, textiles, metales, madera, generación eléctrica<sup>32</sup>; casi todos los servicios: agua, correos, educación, distribución de electricidad, teléfonos, peaje caminero, etc... El excedente de capital obtenido no logra ir a inversión productiva: petroquímica, biogenética, farmacéutica, electrónica, semiconductores, industrias «sucias» (acero, etc.), porque la división internacional de la inversión no lo permite, bajo el rubro de «no competitividad» o, simplemente, de oligopolios de larga data.

Por tanto, el sector salud, aún solidario y de administración pública, es el que resta por contribuir a la capitalización privada. De allí la creación de las ISAPRES, y la necesidad reciente de paliar y revertir una desafiliación que ha reducido los «afiliados» de

1.7 millones en 1997 a 1.3 millones en 2002<sup>33</sup>, aun cuando la cifra mas alta de «beneficiarios» privados se da para 1997 con 3.8 millones<sup>34</sup>. La ineficiencia privada no se discute: en el régimen de ISAPRES «...administración, y ventas, como porcentaje del costo operacional, han bajado desde un 31% en 1997 a un 25% en 2001»<sup>35</sup>, una proporción inadmisibles, contra cifras cercanas al 10% en el sector publico. Las ISAPRES han llegado a declarar que sus ganancias provienen de actividades «no operacionales», aun si, a la vez, se observa un alza de las intervenciones quirúrgicas de 250.000 en 1999 a mas de 400.000 en el año 2001; no hay cambio epidemiológico que pueda explicar esta variación, pero si una posibilidad de compensar la disminución de afiliados/ usuarios, con alza de las prestaciones de mayor gasto.

También aquí, cambio de objetivo y de ética: en lugar de atender por salud a toda la población, se trata de expandir las oportunidades de inversión del capital nacional. Lo confirma el que tres de los cinco proyectos de ley propuestos sean de naturaleza financiera o fiscal. La atención de salud **se reduce por decisión abierta, no por insuficiencia de recursos o capacidad de gestión**, como pudo haber ocurrido en el pasado.

**e) La adecuación de la autoridad de salud y la organización del sistema**, están contenidas en el proyecto respectivo que consagra «por el solo ministerio de la ley», obviando así el propio mecanismo de acreditación que discute en otros acápite los **«56 hospitales autogestionados en red»** (identificados en el artículo transitorio #15; en conjunto pueden constituir 2/3, o mas, de la dotación nacional de recursos). Otros aspectos administrativos detallados incluyen -fuera de la desarticulación de la red de salud- creación de una segunda Subsecretaria, una segunda Superintendencia, -de Salud publica (ya existe una para salud privada)-, separación de las actividades sanitarias de las de salud a nivel regional (SEREMI), delimitación de la red «de menor complejidad» (esto es, lo que resta después de desgajar los hospitales autogestionados o «de mayor complejidad»), atribuciones especiales a Directores de Hospital, al Ministro y al Presidente de la República, todos mecanismos requeridos para hacer operacionales las reformas de tipo fiscal o financiero ya mencionadas. Se conforma así con la funcionalidad prescrita por el modelo del Banco Mundial, en una enumeración que cubre magras tres de las 68 páginas del texto legislativo.

El texto legal <sup>36</sup> se explyaya sobre los establecimientos autogestionados (10 pgs.), estructuras y atribuciones de gestión (17 pgs.), la nueva Superintendencia (10 pgs.), y asignaciones monetarias diversas (12 pgs.). La Superintendencia -entidad fiscalizadora- no forma parte del Ministerio (tiene personería jurídica propia) y puede «contratar a terceros» para ejercer sus funciones. La estructura administrativa del Ministerio es tratada *-in passim-* en las cinco líneas que constituyen el literal «e» del artículo 22 transitorio. El Presidente de la República recibe atribuciones para determinar la planta de personal de toda repartición propuesta. El Director de hospital autogestionado podrá contratar, determinar la comisión de servicios de su personal, dictar metas asistenciales, utilizar o enajenar sus recursos materiales, firmar toda clase de contratos, preparar su presupuesto y modificar sus items en el curso de operación; deberá, por tanto, enviar sus propuestas directamente al Subsecretario de Redes Asistenciales, quien debe aprobar o modificar en un plazo de quince días, sin lo cual las propuestas se entenderán aprobadas. Con 56 establecimientos complejos haciendo lo propio, directa y simultáneamente, además de aquéllos de los distintos SEREMIs, las posibilidades de acción oportuna parecen limitadas desde ya. La técnica administrativa reconoce que los «espacios de control» no deben superar 8-10 subordinados directos; la estructura propuesta duplica esta norma.

Se conmina al Director del Servicio Regional a «no intervenir» en las decisiones del Director de Hospital; el Secretario Regional Ministerial debe encargarse de actividades de (restringida) «salud pública». De hecho, los cargos de Director de Hospital complejo, SEREMI y Director Regional aparecen como de similar responsabilidad, con lo cual la «unidad de mando» de la red asistencial se ve claramente vulnerada, aún más si se considera la ya establecida responsabilidad municipal en la fracción de atención primaria. Dirimir diferencias eventuales será, en el mejor de los casos, una relación compleja que sanciona y favorece la fragmentación. Es posible prever dificultades mayores en la optimización de recursos y, como consecuencia, ya sea el encarecimiento de los servicios -incluyendo la necesidad de «compra» en el sector privado- o la no entrega de servicios oportunos. Esto último conduciría a la «quiebra» y cierre de establecimientos, con lo cual las discusiones que ha reflejado la prensa sobre cierre de hospitales pequeños y maternidades parecen ser un vaticinio anticipado. Al menos seis textos legales vigentes se ven

afectados y deberán ser refundidos en el plazo de un año, a contar de la promulgación del proyecto aprobado ahora en el parlamento. El proceso reformador solo se inicia con esta aprobación.

**Repercusiones:** En términos de **recursos humanos**, las consecuencias de largo plazo pueden ser de envergadura. El país se ha beneficiado, en los últimos cincuenta años, de mecanismos como los Médicos Generales de zona, y su subsecuente especialización, sin costo para sus participantes. Ello era producto de economías de escala que un sistema unificado permitía, lo que será imposible bajo el nuevo régimen. La especialización pasará a ser un proceso de cargo individual de los profesionales, los cuales deberán luego amortizar tal inversión con mayores cargos a los pacientes «privados». Esto último, sin embargo, se verá limitado por los principios de contratación en ISAPRES, que tienden por una parte a limitar tales honorarios -a través del reembolso por «bonos»- y, por otra parte, a obligar la atención en «circuito cerrado», esto es en establecimientos asistenciales de su propiedad. En suma, se trata de una reducción del ejercicio «liberal», que transforma al profesional -médico como de otras denominaciones- en asalariado tanto público como privado, consecuencia que el Colegio Médico ha previsto consistentemente y que justifica parte de su oposición a la reforma.

Como consecuencia de las nuevas disposiciones, el **Ministerio de Salud** será sólo responsable parcial de las finanzas (allí está FONASA), no producirá servicios directos (allí están los servicios regionales, los establecimientos autogestionados «desconcentrados», los consultorios municipalizados), no se encargará ni del abastecimiento ni de la producción de insumos (están descentralizados), la fiscalización se hará por entidades terceras (Superintendencia, Universidades, etc). La separación de «funciones» es completa.

Qué hará el Estado, a través de su Ministerio? Regular y normar, en conjunto (siempre) con el Ministerio de Hacienda. Con qué exigibilidad? No la hay; el principio de autoridad administrativa, los medios para ejercer poder (dinero, personal, insumos) para obtener objetivos -normas o reglamentos- han sido todos atribuidos a otras instituciones.

Al estimular la competitividad de las **unidades de producción** pública (léase hospitales), esto es el uso privado de recursos (excepto camas, lo que rechazó el parlamento), se confirma la orientación financiera de la propuesta. Esta facultad incluye capacidad para

enajenar los recursos acumulados por todos los chilenos durante cincuenta años, a través de convenios, contratos, comodatos y participación en el mercado de capitales, atribuciones todas nuevamente conferidas. Todo está permitido si se genera balances positivos... aún el que la población vea su atención DE SALUD vulnerada.

**f) El Fondo de Compensación.** Al legislar la obligatoriedad de atención AUGE, se crea un nuevo mecanismo de subsidio cruzado, por compra en el sector privado, con cargo a un **Fondo de Compensación**, cuyos recursos deben provenir tanto del sector público como del privado, por tanto mayoritariamente de... los contribuyentes de menores ingresos. Se calcula que la contribución AUGE, sobre una base de \$50.000 per caput -obtenidos como fracción del 7% impositivo obligatorio, público y privado, generara \$ 655 mil millones, de los cuales \$514 mil millones provendrían de FONASA y \$141 mil millones de las ISAPRES<sup>37</sup>. El sesgo hacia beneficios pecuniarios es claro, y se trata de beneficios privados.

Para contribuyentes de *salario mínimo*, \$1.500.000 anual, cuya contribución de 7% representa \$95.000, la fracción AUGE constituye más del 50%. Si el promedio de rentas de los afiliados a ISAPRES es \$6.000.000 anuales, \$50.000 (la cuota es la misma), representan cerca del 10% de \$420.000, equivalente a su 7% de contribución al seguro privado de salud. De hecho será aún menos, ya que las «canastas» de salud privadas llegan, en promedio, a 9,4 % del salario. La inequidad de este nuevo mecanismo es evidente.

**g)** El último proyecto propuesto se refiere a **los Derechos del paciente**, y va más allá de ciertos compromisos éticos, tácitos en la actualidad, pero habitualmente respetados. La propuesta establece como mecanismo de exigibilidad, la capacidad del paciente de recurrir a los tribunales de justicia cuando las «garantías AUGE» no se cumplan, lo que transforma la delicada interfase entre mala práctica y falla administrativa, en instancias de prosecución legal, la llamada **«judicialización de la medicina»**, que bien puede sobrecargar los servicios judiciales sin, con ello, resolver la insuficiencia eventual de servicios de salud.

Por otra parte, el mismo mecanismo debilita -como se ha demostrado con las dificultades en el proceso de otorgamiento de licencias médicas- el compromiso ético que ha regulado históricamente la práctica médica. De ahí, la demanda por restaurar la tuición ética por parte de los Colegios profesionales, demanda que sigue sin acogida legislativa.

Es difícil no detectar un nominalismo implícito en los proyectos que componen la reforma propuesta. En este caso, resulta contradictorio que el **derecho elemental del paciente** -esto es, **serlo**- sea negado *de facto* por el propio proceso al consolidar la inequidad por enfermedad: sólo aquéllos aquejados de enfermedad AUGE tienen garantía de serlo. Aún si todos deben destinar \$50.000 de su cotización para financiar prestaciones AUGE, amén del 1% adicional de IVA. Así, la «garantía explícita» de unos pocos, es la «garantía» implícita de que otros no la tengan. Esta, -la discriminación por enfermedad- es la única del todo inadmisibles para el sector salud, ya que edad, género o pertenencia etnogenética, ocasionan desigualdades imposibles de resolver por vía administrativa, légílese lo que se legisle. El resultado es que la reforma restringe, en lugar de expandir, el derecho a la salud.

Hasta aquí la esencia de la propuesta de Reforma, que bien puede calificarse de **reforma de la fiscalidad de la salud y de contribución a las políticas de inversión privada nacional**.

### Un esbozo sociológico de la reforma.

**a) La participación ciudadana.** En una concepción democrática del desarrollo humano, el derecho de los pacientes alcanza el **derecho de participación** en la toma de decisiones que se refieren a la organización y uso de los recursos destinados a salud, principio fundamental de la atención primaria de salud, y del cual el proyecto reformador no se hace eco. Por lo demás, tal participación quizá sea la única medida con potencial para reducir la demanda, puesto que la población, bien informada, difícilmente limitará sus oportunidades de atención cuando sea imprescindible. Las referencias a participación comunitaria en los documentos de la reforma son escasas (paradójicamente, sólo aparece -y de manera adjetiva- en los Consejos Consultivos de los establecimientos complejos), quedando su influencia a la espera de reglamentos por definir. Lejos parece estarse del proceso indicado por la Comisión Ministerial, de participación<sup>38</sup>, la cual reportaba tales instancias en 234 establecimientos.

Actualmente, el propio mecanismo participativo de la reforma propuesta parece subrayar el abandono de tal orientación: la comunidad nacional -**la sociedad civil**- tuvo poca ocasión de participar en la concepción y diseño de la reforma; tampoco los gremios que deberán llevarla a cabo tuvieron las oportunida-

des deseadas, ni aun su movilización callejera pudo generarla. No pareciera que la intención de «reponer el concepto de política social como expresión de un *pacto ciudadano*», expresada en la conferencia sobre reforma de salud celebrada en Santiago en marzo de 1999, hubiese tenido mayor recepción.<sup>39</sup>

La **discusión parlamentaria** misma, una vez que se instaurara efectivamente, ha sido a una velocidad que no se compadece con la profundidad de los cambios legislados, como lo reconociera más de un senador de la República. Ocasiones aisladas de discrepancia con las tesis reformadoras -a menudo de la llamada bancada médica, tensionada entre sus deberes «políticos» y técnicos, han sido anuladas a poco andar. Es posible preguntarse en qué medida los representantes directos de la población han obrado en cuanto portavoces del sentir de la población que los eligiera.

**b) Los gremios.** Las referencias hechas con anterioridad muestran hoy una participación gremial consistente con la consolidación histórica de las políticas de salud del país, y con su condición de actor importante en el desarrollo de la sociedad nacional. Tal actitud es datable de tiempos de la AMECH, predecesora del Colegio Médico, quien recogiera tales postulados a lo largo de su historia, aun si con brechas de consecuencia en las tesis sostenidas a lo largo de las décadas. Sin ir más lejos, las leyes de creación del SNS y del Colegio Médico, sancionando aspectos convergentes de la acción en salud pública, datan de la misma legislatura y tienen como animadores a los mismos líderes políticos. No es entonces de extrañar que las posturas del Colegio Médico sean hoy conmensuradas a ambas dimensiones de su quehacer -técnico y gremial-, aun si las tácticas mediáticas utilizadas se aprecien de diversa manera por distintos sectores ciudadanos.

**c) La prensa.** Es también útil recordar que el papel de los medios de comunicación en la apreciación pública de la reforma ha sido -como en todo dominio- fundamental. La encuesta CASEN<sup>40</sup> hacía ya notar, sin embargo, que la información entregada por tales órganos en salud era habitualmente desbalanceada. El período 2002-2003 ha visto cientos de artículos sobre el tema: quizá sí, en promedio, UNO POR DIA; editorialmente, El Mercurio ha opinado 80 veces -una vez por semana- sobre los distintos tópicos en evolución, probablemente el actor no técnico de mayor impacto en el proceso de reforma. Su orientación ha sido siempre reforzar el papel del sector privado, asegurar su predominio, denunciar el sis-

tema público, y de crítica evaluación de la posición de los gremios de la salud. En suma, ha afirmado el principio de subsidiaridad del Estado, actuando como verdadero cuarto poder de la sociedad.

### Lo que la propuesta de reforma de atención de la salud no contempla.

Qué ha faltado pues, para que la propuesta sea Reforma de la atención de salud propiamente tal? Más aún, de la salud misma?

**a) Las dimensiones ausentes.** Se observará que los recursos reales -humanos, equipos, consumibles, tecnología, infraestructura- no son, de por sí, tratados en la medida necesaria, son omitidos del todo. Se los sub-entiende tributarios de la disponibilidad financiera, fenómeno que todo especialista en salud pública reconocerá como azaroso, en el mejor de los casos: disponer de fondos no asegura que los recursos reales se combinen de manera proporcional, ni a tiempo.

Propuestas gubernamentales intermedias no han faltado. La idea de *concesionar hospitales* -primero su construcción y, luego, su administración misma- fué flotada y retirada; la discusión sobre *recursos humanos* apenas toca los recursos ya existentes y se resuelve a través del uso generalizado de comisiones de servicio, obligando, por otra parte, a profesionales a atender distintos contratos y aun, dentro del subsistema privado, a ligarse a los establecimientos que gobiernan las propias ISAPRES -integración vertical que reproduce, a nivel privado, lo que se combate en el sector público-, bajo regímenes de contratación cuyas rentas se gobernarán por oferta y demanda, con una probable baja de honorarios; la *formación profesional* -dada la apertura indiscriminada de carreras de la salud- se deja al libre juego del mercado, desconociéndose la capacidad real de absorción posterior; un esbozo de legislación sobre *medicamentos esenciales* -a través de una propuesta de intercambialidad de la prescripción a nivel de farmacia- tiende a retroceder en la oferta de medicamentos genéricos que, en el caso chileno, es una de las más avanzadas del mundo, llegando a niveles cercanos al 75% del total transado<sup>41</sup>. Si esta última prosperase en su forma actual, encarecerá la terapia medicamentosa. La adquisición de nueva *tecnología* -y en general de *toda clase de insumos*- se deja al mercadeo por establecimiento, con la consiguiente pérdida de economías de escala. El propio Subsecretario de salud reconoce que compras a través de la Central de Adquisi-

ciones permitiría ahorros -o aumento de la capacidad de compra- de alrededor de un 25%<sup>42</sup>. Estos múltiples intentos de promocionar medidas que luego se retractan y descartan, revela procesamiento ad-hoc, falta de una visión de conjunto de lo que significa la salud misma en el proceso iniciado.

Así, la modularidad de los recursos -fragmentada en sub-mercados por insumo- asegura asimetrías de producción y puesta en servicio que no solo serán costo-ineficientes, sino harán su operación ineficiente: se generará establecimientos nuevos con equipamiento antiguo; equipos nuevos sin personal al día en su manejo; equipos sin suficientes insumos para prestar un servicio completo, etc... Esto es, una ruptura de las dotaciones de recursos que hará que muchos establecimientos públicos sean incapaces de garantizar prestaciones «a tiempo» y que deban recurrir, ya sea al Fondo de Compensación para compras en el sector privado, o a la quiebra, fenómeno ya observado en la reforma de Colombia donde, por ejemplo, el Hospital que albergara al Instituto de investigaciones del Dr. Patarroyo -figura científica de nivel continental, descubridor de una vacuna contra la malaria- quebrara y lo obligase a evacuar el lugar y a buscar albergue en otra parte. La fragmentación de los insumos para la operación de un sistema eficiente y efectivo llevará, inexorablemente, a una desarticulación que impedirá cumplir el objetivo de salud a cabalidad. Esto se refuerza por la ya descrita separación de los actuales establecimientos mayores, de la red asistencial misma.

Nuevamente aparece aquí un nominalismo engañoso, ya que a pesar de llamar «en red», a la reagrupación de hospitales, lo que realmente se hace es apartarlos de ella, cortar sus relaciones con entidades de la red local, centralizando su dependencia en un solo, y nuevo, Subsecretario.

**b) La antítesis servicios de salud vs. beneficio monetario.** Lo que pudiera no entenderse desde un punto de vista de atención de salud, es claro desde un objetivo de optimización del capital. La esencia de optimizar el beneficio económico es **la circulación del dinero**. Separar los submercados por insumo, por establecimiento, dejándolos a su propio arbitrio, es asegurar el mayor número posible de instancias de circulación del dinero: \$1.000 pesos invertidos de UNA sola vez podrán generar X ganancia; \$1.000 invertidos varias veces durante el mismo período, multiplicarán esa ganancia, aún si la tasa de cada oportunidad fuese menor; las adquisiciones

repetidas, en pequeña escala y bajo presión de circunstancias presupuestales, subirán costos, pero aumentarán la circulación monetaria.

Lo que no se obtiene en salud, se obtiene en dinero: la productividad del dinero aumenta a costas de la productividad de los servicios. Es lo que prueba el estudio de Tokman y Rodríguez<sup>43</sup>: aunque la productividad anual aumento de 5,4 a 9,4 servicios por persona, un 7,5% anual, en la década de los noventa, no lo hizo sino en -50% en términos monetarios. Es también lo que determinó, punto por punto, un estudio preliminar, en 1998, encargado por Mideplan<sup>44</sup> a otra institución pública y que los mencionados economistas del Ministerio de Hacienda retomaron casi literalmente para su propia publicación. En otras palabras, aún cuando la *eficiencia de servicios* del sector público fué notable en la década de los noventa, la *eficiencia financiera* fué considerada negativa.

Económicamente hablando, la respuesta es fácil: no se gaste en salud, sino en inversión financiera, digamos Fondos A (AFPs) de los seguros diferenciados, cuyo retorno fue de más de 25% en el año 2003. Hay aquí una diferencia conceptual insalvable: si una persona tiene la alternativa de gastar, digamos \$2.500.000, ya sea en un auto (viejo) o en una intervención quirúrgica, al retornar a casa se encontrará en una de estas situaciones:

- a) compró el auto, que sigue valiendo el dinero pagado y, eventualmente, podrá re-obtenerlo, incluso con un margen de ganancia (o de pérdida)
- b) se operó, y esta SANO. Pero NO tiene ya el equivalente monetario; no podrá recuperarlo, ni a ganancia ni a pérdida.

Por tanto, la evaluación contra el objetivo «más dinero» (o menos gasto) es diferente, cualitativamente, del objetivo «más salud»; son irreductibles. Pretender disminuir el gasto, ofreciendo menos servicios, resultará en más enfermedad no tratada, con sufrimiento extendido, esto es, una pérdida humana neta. A menos que -se dice, con base incierta- los servicios sean para una enfermedad de alta mortalidad, donde se ha decidido financiar todo. Pero esto es la negación de la salud misma: no es la prevención terciaria -evitar la muerte- sino prevención primaria, la que cuenta -evitar que haya enfermedad.

Constatar **el cambio de objetivos, la sustitución ética**, explica la propuesta de reforma en su integridad. Incluso permitirá que los servicios de salud contribuyan más al ingreso nacional: las cuentas nacionales verán un alza de la contribución del sector salud.

## Por una reforma de la salud.

Una reforma de la salud -no de la atención de salud, no sólo de su fiscalidad- debe definirse por el progreso humano, la promoción y protección del estado de salud, su recuperación y rehabilitación (ojalá sin secuelas), por las enfermedades que trata, por las unidades efectivas de atención que proporciona, y por la aplicación socialmente responsable del progreso científico, **por encima** del conjunto de insumos y organización ya analizados.

**a) El marco epidemiológico: los estados de salud y enfermedad.** Al definir la canasta AUGÉ, la propuesta de reforma actual dió un paso en la dirección de priorizar, en *focalizar* en el proceso de atención de salud, no en la búsqueda de cobertura integral. En el concepto de William James, -citado por Francis Crick, premio Nobel, descubridor del DNA- en *The Astonishing hypothesis*: «la **atención** [nótese el diferente significado, psicológico, aun si convergente, de esta palabra] es...*retirarse de ciertas cosas para tratar otras en forma efectiva*». La dificultad es que poner *atención* en la atención de salud es como poner *atención* a la vida, NO se la puede reducir a ciertos componentes, sin que se desintegre todo el sistema. Considérese si la vida es posible, en tanto sistema individual, sin corazón, sin hígado, pulmones o cerebro, etc... Qué priorización excluyente puede hacerse frente a ella? En cambio, se podrá modular, establecer -dentro de ciertos límites- precedencias, intensidades, etapas de terapéutica, *niveles* de atención. Pero excluir enfermedades -esto es **enfermos**, personas o pacientes- en beneficio de otros, olvidar la promoción positiva de la salud, concentrar los recursos de todos sólo en algunos, **es establecer la inequidad por enfermedad o nivel de salud**, opción abstracta que es técnica y éticamente inadmisibles. Fijar la *atención* [psicológica] de la atención de salud en un horizonte arbitrariamente reducido no es posible porque no hay bases éticas o técnicas para la exclusión.

Los avances científicos del siglo XX han cambiado el marco epidemiológico:

- l) la decodificación del genoma humano ha dado lugar a la redefinición etiológica, la prevención y la terapia de un sinnúmero de enfermedades cuyo listado aumenta día a día (el llamado O'GOD -oh! Dios) síndrome, en inglés, esto es «one gene one disease síndrome»; hay 75.000 genes en los cromosomas humanos);

- II) el aumento de la expectativa de vida -la tercera edad- ha cambiado la estructura de la prevalencia epidemiológica, con o sin aumento de las incidencias respectivas;
- II) el mejor conocimiento de la neurofisiología cerebral permitirá -permite ya- fascinantes perspectivas de mejoría del aprendizaje y la capacidad de acción individual;
- IV) estos desarrollos posibilitan la mejoría cualitativa de las capacidades biológicas y psicológicas humanas: más resistencia física, incluyendo la inmunológica, y mejor equilibrio psíquico, cambios que debieran llevar a una mejor toma de decisiones y, por tanto, a repercusiones en el terreno socio-cultural y artístico: una humanidad mejor!;
- V) los cambios medicamentosos, anestésicos y de técnica quirúrgica han hecho tratable en corto y más eficiente plazo, numerosas afecciones, incluyendo afecciones psiquiátricas;
- VI) el mejor conocimiento biomolecular, y su expresión biotecnológica, permite la síntesis de vacunas y núcleos terapéuticamente activos para un mayor número de enfermedades;
- VII) las técnicas de promoción y protección de la salud permiten retrasar el comienzo colectivo de muchas enfermedades (recuérdese la reciente epidemia de influenza asiática);
- VIII) el cambio societal ha incorporado riesgos adicionales derivados del ambiente físico, biológico y sociocultural, incluyendo formas de anomia, adicción, violencia intrafamiliar, etc...;
- IX) la variabilidad del ambiente, de origen humano o reactivo a su ingerencia, ha incorporado nuevas toxas tales como cánceres, toxicidades, discapacidades permanentes, e infecciones, entre las cuales hay que incluir el SIDA, etc...

Se agrega así un grupo importante de patologías colectivas al ya extenso capítulo de las enfermedades de expresión meramente individual, pero, sobre todo, **un componente de salud positiva**, a la cual una sociedad desarrollada puede legítimamente aspirar, dando sentido real al progreso tecnológico del siglo XX. Se enfrenta pues, una nueva epidemiología humana que requiere adaptaciones tecnológicas y de recursos humanos que ya comienzan a discutirse y aplicarse en el mundo, incluyendo programas de estímulo educacional infantil («*head-start*» o «*iniciación [a la educación] con ventaja*»), nuevos establecimientos (cuidado del anciano terminal) y nuevas profesiones de salud (ingeniería genética). El envejecimiento, inevitable como es, -transformación clara

de la sociedad chilena en el nuevo siglo- no se lleva de la misma manera si medidas oportunas permiten conservación prolongada de la capacidad de respuesta, aun con capacidad de reserva disminuida.

Este nuevo «universo» de la salud, que acompañará al siglo XXI, y que necesita atención por adelantado -hoy-, no es parte de la propuesta de reforma que se propone al país. Constituye verdadero refinamiento del objetivo del sistema de salud, **-aspirar a una mejor bio-psicología de las personas-** a diferencia de la mera *fiscalidad* de los servicios de salud que se presenta como sustituto, pero que constituye sólo una desviación del potencial científico y administrativo alcanzado a nivel mundial y, por que no decirlo, posible de aplicar en Chile dado el camino ya recorrido. No se trata ya sólo de *mantener* el equilibrio de salud, sino de **prolongar la vida sana, mejorarla**, fortaleciendo la capacidad de respuesta durante TODA la vida, así como evitando que la capacidad fisiológica de reserva se deplete antes de tiempo, *disminuir* la enfermedad y sus consecuencias, no sólo tratar su ocurrencia. Tal perfeccionamiento de los objetivos operacionales de salud -de naturaleza preventiva y promocional- **requiere otros recursos, otra conducta de la población y otra formulación de políticas que la actual**. Será indispensable abordarlas en años venideros, aún si el retraso en que hoy se incurre afectará la eficacia y oportunidad de acción características, hasta hoy, de la creatividad e iniciativa del sistema chileno de salud, de la sociedad chilena. La señera reforma de salud que fuera la creación del SNS tuvo tales características: abrió una fase nueva que permitió el éxito y el desarrollo, tanto de la atención como del estado de salud de los chilenos, cuyo nivel se reconoce hoy unánimemente.

**b) Cursos de acción diagnóstico-terapéutico:** Por diseño técnico, la unidad de acción -el producto de los establecimientos de salud, es el «servicio» o «actividad» de salud, entendido como conjunto orgánico de tareas que cumplen objetivos que **promueven, previenen, curan o rehabilitan al paciente** -a su vez modulados por etapas del ciclo vital humano que confieren necesidades características-determinando así «funciones» graduales, que no se analizan en la propuesta de reforma. Así definidos, el diseño técnico de tales «servicios» puede parangonarse con el diseño de bienes o productos de mercado ya que combina tecnologías efectivas e insumos disponibles **-todas**, no sólo las más recientes- buscando que mayor calidad se obtenga con el

menor set de insumos posible, esto es el más barato, el más eficiente. Es este el mecanismo de preferencia para optimizar recursos de salud, ex-ante al proceso administrativo. Los mecanismos de eficiencia se encuentran de manera preferencial en la producción y la **oferta técnica** de servicios, no en la demanda -a menudo inducida, o mal informada- de tales servicios.

El excedente que así pueda obtenerse -de recursos reales o monetarios- debe permitir expandir cobertura; no se trata, por tanto, de ahorrar costos para maximizar beneficios, sino para producir más, o mejores, servicios de salud. Esta dimensión esencial del proceso -planificación estratégica y tecnológica- no aparece en la propuesta hecha, y es **función** esencial de todo sistema social complejo, análoga («isomórfica», según la teoría general de sistemas) a la capacidad de raciocinio anticipado a la acción, a nivel del cerebro en lo biológico, en tanto condición principal del desarrollo evolucionario del neocórtex.

Estas omisiones ejemplifican, además, que las **funciones** escogidas por el prototipo del Banco Mundial no son todas las que existen ni son las de mayor importancia para un diseño sistémico eficaz, efectivo y eficiente.

**c) Cursos de atención integral:** Por otra parte, tales diseños deben evitar dos extremos que comprometen la eficacia de todo sistema de salud. Por una parte, segmentar productos intermedios -de modo artificial- que no tienen capacidad de obtener los cuatro objetivos epidemiológicos mencionados, lo que los hace técnicamente inefectivos, desviación que puede detectarse a repetición en los documentos de la reforma propuesta. La razón no es sólo de salud, sino también económica: «servicios» prestados -esto es insumos gastados- que no cumplen el objetivo de salud, constituyen forma importante de **despilfarro estructural** ya que desperdician todos los recursos utilizados hasta entonces. Este fenómeno NO se da con los productos del mercado de *bienes* ya que, en éste, los productos intermedios realmente lo son, pueden almacenarse, distribuirse y utilizarse con desfase, incluso para fines diferentes de los iniciales. Esto no ocurre con los *servicios reales*, en particular con los de salud, para los cuales no hay acumulación posible, ni distribución tardía, carecen de intermediariedad: se usan o gastan en el momento en que se producen. Si se deja «tareas componentes» de estos servicios para más tarde (p.ej. exámenes de laboratorio), estas tareas intermedias se hacen obsoletas, se constituyen en despilfarro, habrá que repetir las (*doble costo!*).

Es esta una diferencia de método y de enfoque que separa a economistas y planificadores sociales. En salud, la tendencia de la última década ha visto un aumento radical de exámenes -como producto aislado-, al extremo que pasan a constituir actualmente un 60% (contando imagenología)<sup>45</sup>, de las prestaciones en ambos sectores, público y privado. Los exámenes, de por sí, NO pueden cumplir un objetivo promocional o terapéutico; si no se acompañan de tareas convergentes, que cumplan el objetivo propuesto, serán gastados sin provecho alguno. Sin embargo, entregadas al mercado privado, estas tareas sí que producen mayor beneficio económico... Un economista podrá dudar; un planificador de salud lo descartará como despilfarro: frecuencia y perfil de exámenes dependen de un diagnóstico y un curso de manejo asistencial -la *evidencia*-; su uso debe ser sujeto a auditoría médica.

Por otra parte, dependiendo del diagnóstico -que a menudo requiere procesamientos que se extienden en el tiempo- es posible que sea necesario ejecutar más de un «servicio» por enfermo, para una misma dolencia o noxa: esto es, podrá haber «consultas» (tratamiento ambulatorio) hasta que se constate una necesidad de «hospitalización» y aun, de «terapia rehabilitativa» posterior. Es también frecuente que un diagnóstico inicial no se confirme y se reemplace -una entidad AUGE pasa a una NO AUGE obligando a prestar servicios diferentes. Por tanto, la verdadera y *efectiva* «unidad de atención» es el **curso de servicios requeridos en promedio** para conseguir uno o varios de los objetivos epidemiológicos mencionados. Es este curso el que debe cifrarse y aplicarse para conocer el costo de cualquier paquete de enfermedades, el paquete AUGE, por heterogéneo que sea, incluido.

Las dos consideraciones aludidas -tipo de enfermedad, y curso de tratamiento- requieren organización-en-continuo de las unidades productoras de servicios de salud, -logro antiguo en el sistema chileno existente- lo que se verá impedido ahora, al separar hospitales mayores de menores, de consultorios, o de otras acciones de salud relativas al ambiente, proceso que lleva, además, a duplicaciones de equipo, postergaciones en el tiempo, fallas de continuidad, etc... No hay, en la propuesta que el país ve convertirse en leyes, consideración para organizar estas secuencias, ni para incluir allí las nuevas patologías que la modernidad ya sea descubre o hace terapéuticamente viables ni, en suma, para la búsqueda de acción de salud positiva. Razón adicional,

ésta, para que **no pueda considerársela una reforma de la salud, ni siquiera de su atención, sino una reforma de sus mecanismos financieros**, un reduccionismo nominalista de considerable consecuencia para la salud futura de los chilenos. Como dijera Einstein, citado por Crick: «Debemos hacer las cosas tan simples como lo son, pero no más»<sup>46</sup>.

Como queda dicho, la sustitución tácita, en los documentos de reforma, de los cuatro objetivos -o funciones- epidemiológicos por objetivos de fiscalidad e inversión privada, explica la ausencia de consideraciones de salud pública, aceptadas internacionalmente por largos años, y a los cuales la propia experiencia chilena contribuyese con largueza. Explica también que el liderazgo de su preparación y futura ejecución quede en manos de organismos financieros, y que se haya formalizado al extremo -de hecho, limitando- la participación de los gremios y entidades técnicas en salud de que dispone el país, además del Ministerio del ramo mismo. Tal enfoque ha sido ya visto en el plano internacional: el resultado de más de dos décadas de aplicación de la reforma inspirada por el Banco Mundial NO ha hecho mejorar la salud del mundo. Así lo diagnostica el nuevo Director General de la OMS, Dr. Lee Jong Wook, en su artículo en *The Lancet*, de diciembre de 2003<sup>(47)</sup>. El Dr. Lee propone revertir y reforzar la atención de sa-

lud primaria, sin duda con aditamentos necesarios para las redes secundarias y terciarias de atención.

**En resumen**, la propuesta de reforma de la atención de salud en marcha alude, acepta y recomienda las premisas originalmente emanadas del Banco Mundial, focalizadas en refinar medidas financieras iniciadas veinte años atrás al crearse las ISAPRES. El resultado es un **derecho a la salud disminuido** en su espectro de patologías, de mayor carga financiera para el paciente, que desintegra el sistema y los objetivos solidarios históricos, sin proyección de futuro, y que se orienta a favorecer la inversión de capital excedente.

Por otra parte, la propuesta de reforma -cuyos efectos se harán sentir por dos, tres o más décadas- no considera o logra esclarecer, dimensiones importantes -promoción de la salud positiva, aplicación de la ciencia, mayor equidad- condenando al sistema de atención de salud que emerja, a insuficiencias que comprometen su función futura desde la partida.

Finalmente, este proceso reformador consolida la marcha hacia el Estado subsidiario, subsidiario del sistema financiero privado, en que las dimensiones cualitativas de la sociedad -educación, transporte, saneamiento, salud, etc.- se supeditan a maximizar el beneficio monetario del decil -quizá si aún menos- que concentra el capital.

Consolida, por tanto, la inequidad.

## Referencias

1. Von Bertalanffy, Ludwig, «General Systems Theory» Braziller, New York, 1968 (223p)
2. Miller, James Grier «Living Systems» Univ. Press of Colorado, 1995 (1050p)
3. Sepúlveda Álvarez, C «The right to Health in Chile» UNICEF- Florence, Occ. Paper #7. 1994
4. Sepúlveda Álvarez C «The right to health...» op.cit
5. UNICEF Estado Mundial de la Infancia 2001 (ultimo con Indicadores)
6. El Mercurio « Chile es líder lejos en cobertura sanitaria en toda AL» (p.B3) 24.09.03
7. CEPAL/UNICEF/CESIB «Building equity from the beginning» Santiago, 2002 (190p)
8. Fuenzalida H., Scholle, S. «Right to Health in the Americas» PAHO Sc. Publication # 509
9. OMS-UNICEF Alma-Ata Conference report 1978
10. Sepúlveda Álvarez C «Chile y Alma Ata.» *Visión Médica Regional*. Concepción Nov. 2003
11. Hardt M., Negri, A. «Imperio» Paidós, 2000 (374p)
12. Kuhn, Thomas «The structure of scientific revolutions» Univ. Chicago Press, 1970 (202p)
13. Guendel, L., ed. «Las políticas de salud en el umbral de la reforma», UNICEF 1997 (334p)
14. PAHO/USAID «Metodología para evaluación de reformas de salud en AL» 1998
15. *The Economist* «Health care, Latinamerica» 1999 (96p)
16. OPS «Orientaciones estratégicas y programáticas 1999-2002»

17. *El Mercurio*(V.H. Duran) «En 24 horas se desmorono financiamiento del AUGE» (p.C3) 23.05.02
18. *El Mercurio* «Suben seis impuestos para financiar el AUGE» (p.1, titular) 27.06.02
19. *El Mercurio* «Las enfermedades del plan AUGE. Partes I y II» ( p.C7) 17-18.07.02
20. Sandoval H/ Infante S/ Ruiz Esquide M/ Sepúlveda C «En salud, cual es la receta?» Foro Fundación Almeyda Oct 2002
21. *El Mercurio* «OMS: la violencia es la cuarta causa de muerte en jóvenes» (p.A12) 04.10.02
22. *El Mercurio* (V.H.Duran) «Fracaso en la licitación pone en jque el AUGE para 2004» 19.09.03
23. *El Mercurio* (V.H.Duran) «Instructivo de salud discrimina a favor del AUGE» (p.C7) 02.12.02
24. Sepúlveda Álvarez C. «El rendimiento del gasto Público: Un comentario a Tokman y Rodríguez» y, {Vida Médica} Dic 2002 «El Mercurio», 30 de septiembre, 2002
25. Rodríguez N., Luis, et al «Costeo por nivel Plan AUGE» Marzo 2003
26. Sepúlveda Álvarez C. «El rendimiento del... Op. Cit.
27. *El Mercurio* «Ultimátum a directores por deuda hospitalaria» (pág. 1) 21.09.03
28. FONASA-OPS «Estudio de costos de prestaciones de salud en 12 hospitales» (3 vol) Oct 2001
29. *El Mercurio* « Hospitales rurales llegan a su fin» (p.1 titular) 25.11.02
30. *El Mercurio*(V.H.Duran) «Ministro/Subsecr. Discrepan por cierre de maternidades»(p.C8) 06.11.03
31. *El Mercurio* «Lagos se hace responsable de spot del AUGE» (p 1, titular) 23.08.03
32. Monckeberg, María O. «El saqueo de los grupos económicos al Estado chileno» Ediciones B, 2001
33. Titelman, D. «Reformas al sistema de salud: desafíos pendientes» CEPAL, sept 2000
34. Sánchez, H «Características de la reducción de afiliados ISAPREs» Bol. Salud y Futuro En 2004
35. Sánchez, H. ditto, op.cit
36. Cámara de Diputados Ley de Autoridad sanitaria. Texto final 22 enero 2004
37. *El Mercurio*, (V.H.Duran) «Posibles efectos del fondo de compensación AUGE» (p. C7) 29.01 04
38. Ministerio de salud. Chile «Participación social en el sistema publico de salud» abril 1995
39. Solimano, G. Isaacs S. «De Reforma para UNOS a reforma para TODOS» Sudamericana, 2000
40. MIDEPLAN Encuesta CASEN 1998
41. MINSAL-Comisión de Reforma «Política nacional de Medicamentos en la Reforma» agosto 2003
42. *El Mercurio* (V.H. Duran) «Salud ahorraría casi \$ 20.000 millones» (p.7) 23.09.03
43. Tokman, M., Rodríguez, J. «Rendimiento del gasto público en salud 1990-99» CEPAL Dic. 2000
44. MIDEPLAN «Propuesta de políticas para la seguridad social: Salud» Junio 2000
45. Sepúlveda Álvarez C. «Rendimiento del gasto público.... op. cit
46. Crick, Francis «The astonishing hypothesis» (cap.11) Touchstone, N. York (300p) 1995
47. Lee, Jong Wook Dr. «Global Health Improvement and WHO: Shaping the future» csa, 05,02,04 «The Lancet», # 9401, 20 Dic 2003