

Mejor Salud para los Chilenos

**Fundamentos Sanitarios, Políticos y Financieros
de la Necesidad y Oportunidad de Hacer una
Reforma al Sistema de Salud Chileno.**

**Better health for Chile: sanitary, political and
financial basis for the need and timeliness of
reforming the Chilean Health System.**

Dr. Hernán Sandoval Orellana¹

1. Introducción²

Chile está consolidando las bases legales de una profunda reforma al sector salud, luego de casi tres años de un complejo y difícil proceso en el que han interactuado múltiples actores políticos, sociales y técnicos. El presente documento busca describir dicho proceso, en particular en lo relacionado a la génesis de la propuesta y a la evolución conceptual del modelo que fué presentado al parlamento nacional para ser transformado en ley de la República.

Chile fué el segundo país en crear un Servicio Nacional de Salud (SNS), después del Reino Unido. Diseñado para resolver los graves problemas de morbi-mortalidad materno infantil, el SNS fue acumulando logros sanitarios que lo hicieron ejemplo para otros países de la región.

La dictadura militar iniciada en Septiembre 1973 implementó una profunda reforma en el Sistema, separando el nivel primario de atención del SNS y traspasándolo a los municipios, y dividiendo el SNS en un sistema de 27 servicios de salud (Sistema Nacional de Servicios de Salud), con territorio asignado y el mandato de ejercer funciones de rectoría sanitaria y entregar atención de segundo y tercer nivel a la población beneficiaria del sistema público de su territorio. El otro gran cambio fué el de abrir un mercado para seguros privados en salud, los que podían ser escogidos por quienes pudieran financiarlo con su cotización legal obligatoria (que subió al 7%). Las

Instituciones de Salud Previsional (**ISAPRE**), aseguradoras en salud, debían competir por captar clientes a través de diferentes planes, definidos por ellas, con coberturas ajustadas al riesgo y capacidad de pago, en un mercado donde primaba el descreme y la selección adversa. Los que no querían o no podían acceder a las ISAPRE quedaban en el **Fondo Nacional de Salud** (FONASA), el cual les ofrecía atención en el sistema público y, si no eran indigentes, en una red de atención privada a través de bonos con co-pagos proporcionales a los ingresos declarados. La evolución natural fué hacia la concentración en el sistema público de las personas con mayores riesgos y daños y menores recursos.

En 1990, cuando se reinstala la democracia, la sociedad percibía al Sistema de Salud como caracterizado por: inequidades en el financiamiento a la salud; y, en el sector público, desarticulación del nivel primario respecto a los de mayor complejidad, largas listas de espera, concentración de las personas con mayores riesgos y menores ingresos, un notable deterioro de las rentas de los trabajadores de la salud y el daño de la infraestructura hospitalaria por una crónica falta de inversión en esos recursos.

Junto a lo anterior y con menor visibilidad desde la sociedad, pero sí de parte de numerosos técnicos y académicos, aparecen también serias inequidades en los niveles de salud en poblaciones que difieren según ingreso o condición social y claras insuficiencias del modelo de atención para hacerse cargo de

¹ *Secretario Ejecutivo Comisión Interministerial para la Reforma de la Salud.*

² *Colaboraron con aportes y comentarios los Drs. F. Espejo, miembro de la Comisión entre junio 2000 y julio 2001 y M. Vergara, profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.*

los problemas derivados de la nueva configuración demográfica y epidemiológica del país, en la que predominan las enfermedades crónico degenerativas y los problemas del adulto y adulto mayor.

Los dos primeros gobiernos de la concertación abordaron el problema enfrentando las necesidades más urgentes y evidentes, relacionadas con remuneraciones e infraestructura. Se reguló en mayor medida el mercado de las ISAPRE y se instalaron incentivos de gestión y financiamiento para una mayor eficiencia y calidad. Durante esa época se efectuó la mayor inversión histórica en el sistema de salud, con un aumento en el gasto per cápita del sistema público cercano al 200%

Sin embargo, fué pareciendo evidente que una reforma al modelo de atención era imprescindible si se quería obtener mejoras significativas. Esta tarea la asumió durante su campaña presidencial el tercer presidente del nuevo periodo democrático del país, don Ricardo Lagos Escobar.

Con firme voluntad el nuevo presidente buscó realizar una reforma que permitiera mejorar la salud de toda la población ajustando el modelo de atención a los principales problemas de salud; garantizar el mejoramiento o superación de las inequidades epidemiológicas y financieras; resolver las dificultades introducidas por el gobierno militar, y mejorar la satisfacción global de la población con su sistema.

Es así como durante los preparativos del programa de gobierno para un tercer período de la concertación de partidos por la democracia (años 1998-1999), el país había alcanzado un alto grado de convicción de que era necesario realizar una reforma de salud. Muchos autores habían desplegado evidencia al respecto a través de sus publicaciones. La población no apreciaba mejoras en las políticas de salud durante los primeros dos gobiernos democráticos. La Fundación Chile 21, por su parte, había realizado un diagnóstico que incorporaba un juicio crítico a lo que había sido la gestión de la salud en esos gobiernos.

A pesar de la mejoría persistente de los indicadores sanitarios globales en el país, en parte vinculados al propio desarrollo económico-social, tanto como al quehacer intencionado del sistema de salud en las décadas anteriores, la reforma del sector se hacía necesaria, por las razones que a continuación serán expuestas.

La Tabla N°1 da cuenta de la evaluación sistemática realizada por los ciudadanos en cuanto a las políticas de salud durante los gobiernos de la concertación. La evaluación ha sido realizada distinguiendo tres estratos de ingresos.

Tabla N°1:
Evaluación Pública de las Políticas de Salud
Escala: de 1 (Muy mala) a 7 (Excelente)

Año	Población Total	Población de Ingreso Alto	Población de Ingreso Medio	Población de Ingreso Bajo
1990	4.0	4.4	4.1	3.7
1991	3.8	4.1	3.8	3.7
1992	3.6	3.8	3.6	3.5
1993	3.4	3.4	3.5	3.3
1994	3.8	3.8	3.7	3.9
1995	4.1	4.5	4.0	4.1
1996	3.6	3.6	3.6	3.5
1997	3.7	3.3	3.6	3.8

Fuente: Encuestas de Opinión del Centro de Estudios Públicos

Probablemente subyace detrás de esta negativa evaluación pública la forma en que se procedió a la diversificación/privatización del sistema de salud en Chile durante el régimen militar³. Primero, ocurrió en un ambiente autoritario, sin el debido proceso de «formación de políticas» y dándose arbitrariamente por superados una serie de valores sociales arraigados en la población en materia de seguridad social. Segundo, la filosofía y el diseño técnico del sistema ISAPRE redundó en un negocio de gran rentabilidad inicial en paralelo a una restricción simultánea del gasto fiscal que acompañó al traspaso de los cotizantes de mayores ingresos al nuevo sistema. Esto significó que, a los ojos de la sociedad, se desarrollara un sistema -el de las personas de mayores ingresos- en desmedro del otro -el de las personas de menores ingresos-.

2. Formulación de la propuesta

Considerando los antecedentes anotados, el Presidente Lagos y su gobierno plantearon la necesidad de llevar a cabo una profunda reforma del sistema de salud de Chile para dar cuenta de las necesidades y expectativas de la población y enfrentar con éxito los desafíos del Siglo XXI. Para ello se organizaron, por resolución presidencial, dos organismos encargados de llevar a cabo el desarrollo del proyecto, un Comité Interministerial para la Reforma de la Salud, integrado

3 Fundación Chile 21, Taller de Salud. «Salud: Compromiso Ineludible para el Éxito del Próximo Gobierno de la Concertación». Santiago, Chile. Noviembre 1998.

por los ministros de Hacienda, de Trabajo y Previsión Social, de la Presidencia y de Salud, presidido por el último, y una secretaría técnica dependiente del Comité Interministerial, encargada de preparar los documentos de trabajo y hacer la propuesta técnica. La secretaría técnica debía entregar los elementos para que el Comité Interministerial se pronunciara respecto de los distintos aspectos del rediseño del modelo del sistema de salud chileno. La secretaría técnica (ST) debió efectuar un análisis amplio de las opciones viables y proponer distintas alternativas de definición al Comité Interministerial (CIM).

El recorrido conceptual que se describe a continuación no fue un camino directo: se caracterizó por una exploración de diversas alternativas, las que fueron contrastadas técnica y políticamente llegándose en un proceso incremental a la propuesta definitiva.

La ST partió por la revisión de los alcances del mandato presidencial, «efectuar una profunda reforma al sistema de salud», distinguiendo el para qué de la reforma. Tras ese mandato existía una pregunta implícita que llegó a ser formulada de la siguiente manera por el equipo técnico, lo que resultó ser clave para todo el resto del proceso: ¿Cuál es la manera efectiva y factible para mejorar y mantener la salud de la población chilena?. Con esta pregunta se instaló el foco en los efectos de la propuesta, en términos de mejorar y recuperar la salud de los chilenos y chilenas, desapegándose de lo que podría convenir o no al sector salud propiamente tal. Este enfoque significó una constante tensión con los diversos operadores del sistema, los que estaban más ligados a la modalidad en que ellos creían debería funcionar el sector que en evaluar la mejor manera, según la evidencia disponible y las condiciones locales, de lograr mejoras significativas en la salud en el mediano y largo plazo.

Al desapegarse respecto de una modalidad particular de organización del sistema, la ST amplió su es-

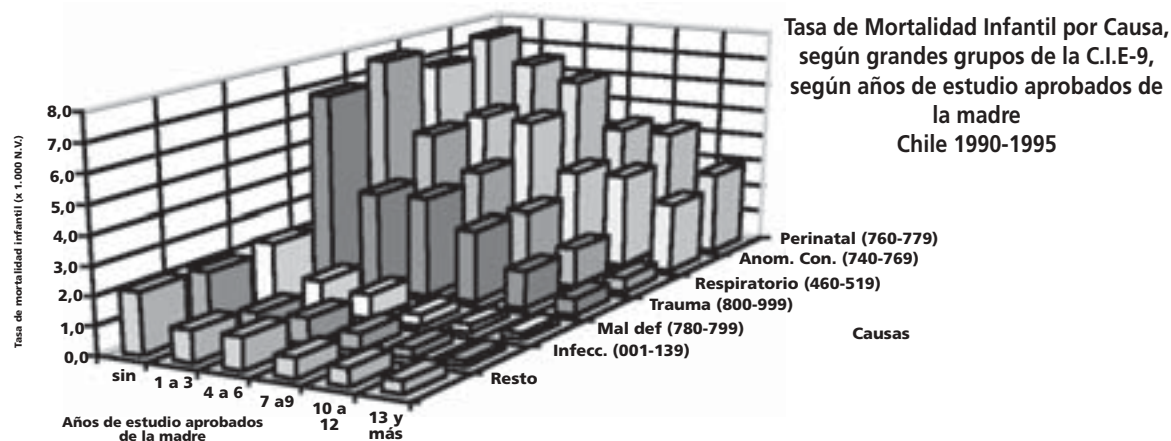
pectro de análisis de alternativas posibles; pero debió definir previo a la búsqueda de alternativas qué era lo que se deseaba conservar en esa exploración, qué era lo que pasaba a ser irrenunciable. De esta manera se identificaron los valores que debían orientar la propuesta, recogidos de los principales documentos políticos existentes a la fecha, en particular los de la campaña presidencial, de los partidos de la concertación y discursos presidenciales.

Los principios que iluminan la reforma de salud planteada por el gobierno, y que fueron expuestos por el Presidente Lagos en el Mensaje con que presentó al Parlamento el Proyecto de Ley del Régimen de Garantías en Salud, son los siguientes:

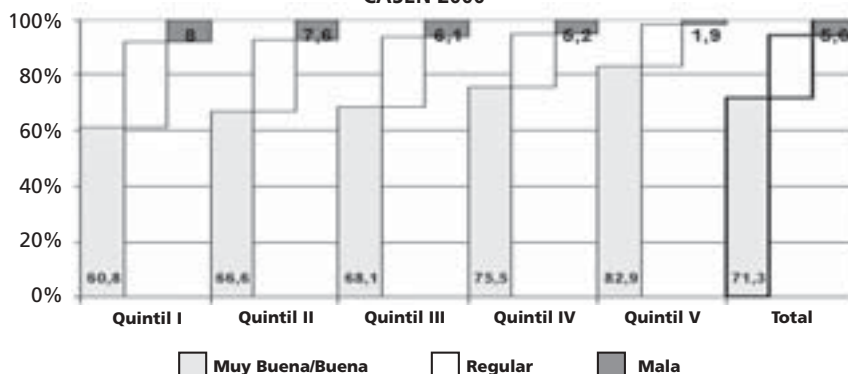
- a) Derecho a la salud;
- b) Equidad en salud;
- c) Solidaridad en salud;
- d) Eficiencia en el uso de los recursos, y
- e) Participación Social en salud.

El Derecho a la Salud, se refiere al reconocimiento de que toda persona residente en el territorio nacional, y con independencia de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingresos, debe contar con un mecanismo de protección social, con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna y al aseguramiento de condiciones saludables en su comunidad y en su trabajo, todo en consideración a las capacidades y recursos del país. Este reconocimiento implica establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, empoderando a la población con las herramientas y facultades para hacerlas exigibles.

La Equidad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar. Así, la mortalidad infantil ha mostrado un sostenido descenso en las tasas, desde 32 por 1.000 nacidos vivos en 1980 a 10 por 1.000 nacidos vivos en 1998.



Autopercepción de nivel de salud por quintiles de ingreso.
CASEN 2000



Iniciativa Chilena de Equidad en Salud

Sin embargo, detrás de estas cifras se esconden grandes diferencias geográficas y por estrato socioeconómico: el recién nacido de una madre sin instrucción (Figura 1) tiene un riesgo de morir en el primer año de vida 5 veces mayor que un hijo de una madre con instrucción; y se registran diferencias de hasta 15 veces entre la mortalidad infantil de comunas urbanas de alto nivel socioeconómico y la de sus homónimas rurales y pobres.

La población percibe claramente las diferencias de estado de salud asociadas al nivel socioeconómico, como se aprecia en la Figura 2 que muestra que la autopercepción de salud es buena sólo en el 60,8% de las personas del primer quintil de ingresos mientras que en el quinto alcanza a un 82,9%.

La segmentación social del sistema de salud se expresa en diferenciales de la tasa de afiliación al sistema público: a mayor ingreso hay una mayor proporción de la población afiliada a las ISAPRES (Encuesta CASEN 2000). Es preciso señalar que la cobertura del sistema de salud alcanza a toda la población, ya que los «indigentes» tienen acceso al sistema público de salud, sin pago ni de cotizaciones previsionales ni de copagos y la población que está afiliada al sistema de seguridad social en salud es superior al 85%.

En Chile existe desigualdad respecto de la salud de las personas, tanto en el acceso a los servicios como en los resultados observados en los indicadores nacionales, que se expresan, entre otros, en diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. La búsqueda de la equidad en salud consiste en reducir las desigualdades que sean evitables, injustas e innecesarias, es decir que no estén condi-

cionadas por una variable biológica inevitable. Es indudable la necesidad de reducir las desigualdades en salud por la vía de otorgar mayores niveles de protección en educación, trabajo, vivienda y acceso universal a la atención de salud a todas las personas. La equidad en salud es un tema ético que se relaciona con la capacidad de una sociedad de incluir a todos sus miembros en los beneficios del progreso.

La inequidad es producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación del progreso económico y social, que abarca muchas esferas de la vida de las personas. Sin embargo, es en el ámbito de la salud donde se expresa con singular dureza en la disminución de la esperanza y calidad de vida de las personas y en un aumento de la discapacidad y dependencia.

Por el contrario, **la equidad es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables y ello es el mayor objetivo de la reforma del sistema de salud.**

La reforma al sistema de salud del país intenta responder a las necesidades y expectativas de la población, en un momento en el cual numerosos elementos aconsejan el rediseño de la institucionalidad vigente.

La Solidaridad en Salud significa que las sociedad se hace cargo de sus integrantes que se encuentran temporal o permanentemente en situación de vulnerabilidad o minusvalía y que están impedidos de procurarse atención de salud por sus propios medios. Se refiere además al aporte concreto desde las personas con más recursos hacia los que tienen menos. Asimismo, significa que los sanos solidarizan con los enfermos, los ricos con los pobres, los hombres con las mujeres, los jóvenes con los ancianos y, por último, los ocupados con los desocupados.

La Eficiencia en el Uso de los Recursos que se invertirán en el sector es, precisamente, la forma de materializar los valores de equidad y solidaridad de la reforma. El esfuerzo de inversión fiscal de la última década podría haberse visto reflejado de modo más significativo en la calidad y cantidad de las prestaciones otorgadas; una mayor eficiencia debería alcanzarse a través de mejoras de gestión, en el ámbito de los recursos humanos y financieros, terminando con problemas de administración de personal y de deuda, como también en el ámbito de los beneficiarios, a través de una mejor focalización y uso de los subsidios en salud.

La Participación Social en salud es uno de los pilares para la formulación, desarrollo y evaluación de las políticas y programas sectoriales. Constituye una instancia de fiscalización por parte de la comunidad, de la calidad, efectividad y oportunidad del servicio, y del uso eficiente de los recursos. También constituye la tribuna indispensable donde la comunidad expresa sus preferencias y expectativas. En definitiva, implica un mecanismo de mejoramiento social de las actividades de salud, puesto que exige transparencia tanto en el desarrollo como en el resultado del proceso, asegurando la legitimación social del sistema de salud y la superación de la insatisfacción ciudadana.

2. 1. Elementos de diseño

La orientación básica que guió el trabajo de la Secretaría Técnica de la Reforma es que una transformación profunda del sistema de salud tiene que ser destinada a tener un **impacto positivo en la salud de la población**, es decir, es de esencia fundamentalmente sanitaria y no se destina principalmente a los arreglos contractuales, financieros o de inversiones que se precisan para el mejoramiento de la salud de la población, aún cuando los incluye como instrumentos para el objetivo principal. Esto es, a nuestro juicio, de importancia singular porque queremos significar que **sin un horizonte de mejoramiento sanitario no hay efectivamente reforma**, ya que mejorar el financiamiento del sistema y lograr ampliaciones en el acceso a la atención médica, aún cuando también son componentes necesarios, no generan por sí mismos un impacto positivo en la salud de la gente.

En segundo lugar consideramos que en Chile una reforma tiene como orientador principal **alcanzar la equidad en salud**, porque se pueden mejorar los indicadores de salud, que reflejan promedios, sin que

se mejore la situación de los sectores postergados y de hecho numerosos estudios demuestran que se pueden mejorar los promedios a expensas de profundizar las brechas de equidad, es decir empeorando la posición relativa de los grupos más desprotegidos. Estimamos que la existencia en nuestro país de una vasta base de información permite identificar los grupos más desfavorecidos, los factores que inciden en su postergación y en particular diseñar medidas para intervenir eficazmente en disminuir las brechas de equidad.

La tercera consideración para nuestro trabajo fué tomar en cuenta un rasgo de nuestro sistema de salud y que contribuye a nuestro juicio a generar distorsiones importantes en su quehacer y que es la falta de instancias de **participación ciudadana y la posibilidad de los usuarios de influir en la orientación y actividad del sistema**, que en nuestro país no es exclusiva del sector salud, sino que difundida en todos los ámbitos de nuestra sociedad. Sin embargo, en salud la participación reviste particular importancia porque el estado de salud es un proceso complejo y multifactorial que resulta de la vida en sociedad y porque la asimetría de información entre los usuarios y los actores intrasectoriales necesita contrapesos en la capacidad de control social sobre el sistema. La participación es indispensable para la construcción de la salud y para el adecuado manejo de la atención de la enfermedad.

Los puntos anteriores nos llevan a afirmar también que el **respeto a las personas y el establecimiento de derechos explícitos** es una necesidad de nuestro sistema de salud frente al cual hay una profunda insatisfacción ciudadana por el maltrato recibido en consultorios y hospitales públicos y por el autoritarismo y falta de información en los establecimientos privados, además de la desprotección financiera frente a las patologías complejas de alto costo.

El grupo técnico de la Reforma orientó sus reflexiones y elaboró la propuesta de Reforma bajo la concepción que el sistema de salud chileno refleja en su estructura y funcionamiento actual un paradigma que está siendo superado por la realidad social, demográfica y sanitaria de nuestro tiempo, lo que implica reconocer profundas diferencias entre la segunda mitad del siglo XX y los desafíos que nos plantea la realidad actual. A partir de esta concepción, el grupo técnico considera que las diferencias son tales, en necesidades y expectativas de la población, que estamos en una situación de crisis.

Por ello el objetivo principal de la reforma fue formulado en los términos siguientes:

«Mejorar la salud de la población, garantizando el derecho a la salud de todas las personas, a partir de sus expectativas y aspiraciones e incorporando mecanismos de disminución de las desigualdades sanitarias.»

Un proyecto cuyo propósito final es el mejoramiento de la salud de las personas debe ser concebido como un **rediseño del sistema en todos sus componentes**. Ello tiene la ventaja de permitir evaluar los elementos del sistema en su funcionamiento, asumiendo la complejidad de sus relaciones y buscando identificar los nodos críticos o componentes del mismo cuya modificación tenga el mayor impacto en el mejoramiento del conjunto. Un enfoque de este orden nos permite situarnos en una perspectiva que otorga prioridad al objetivo y no a los medios.

En nuestro enfoque se busca generar una disposición de los ejecutores y otros partícipes en la elaboración del proyecto para abandonar toda postura a priori acerca de los mecanismos para lograr mejor salud para los chilenos, y generar las instancias adecuadas que permitan encontrar los elementos claves para el rediseño.

Un proyecto de rediseño de las Instituciones y procedimientos sectoriales y de las políticas públicas sectoriales e intersectoriales, tiene como condición necesaria generar confianza y credibilidad por parte de la población en los beneficios que obtendrá de los cambios institucionales. Para ello, es preciso establecer los mecanismos que permitan conocer la opinión de las personas acerca de las prestaciones que reciben del sector salud y por otra parte generar las instancias que permitan su participación en las propuestas de solución.

Siendo los usuarios la base política indispensable para realizar un proyecto de esta naturaleza, es también necesario abrir las vías que permitan que participen los sectores directamente interesados como los trabajadores del sector salud público y privado, los profesionales de la salud agrupados en sus instituciones respectivas (colegios profesionales, sindicatos, sociedades científicas, facultades), los prestadores de atención médica y las empresas de seguros de salud. Para esto último es indispensable elaborar una estrategia que permita obtener la confianza de todos los

participantes, usuarios y personal interno del sistema, es decir una estrategia ganadora en la cual quede claramente expresado que el mejoramiento de la salud de los chilenos tiene beneficios para todos.

En definitiva las posibilidades de éxito del proyecto van a depender de:

«la transparencia con que se lleve a cabo el proceso, la capacidad de obtener el respaldo de la población y la legitimación social, al mismo tiempo que la capacidad de generar los acuerdos necesarios con los actores sociales mencionados».

Una de las tareas desarrolladas inicialmente fue caracterizar el momento cultural, social y político para aclarar sobre la oportunidad de la Reforma y el carácter de la misma, porque apenas iniciado el debate sobre los contenidos y alcances de la misma surgió una decidida y clara posición conservadora en el sentido de señalar las ventajas y bondades del modelo vigente, compartida por actores políticos y sociales de gobierno y oposición y sostenida principalmente por los grupos de interés sectoriales, públicos y privados (ANEXO 1).

2.2. Contenidos Esenciales del Proyecto de Reforma al Sistema de Salud de Chile

La Secretaría Técnica del Comité Interministerial para la Reforma de la Salud, presentó en octubre del 2000 una primera propuesta sobre los temas y materias que, en base a su análisis técnico, consideró debían ser abordadas y propuestas por el Ejecutivo a la nación.

La propuesta se basó en los siguientes aspectos:

a) Definición de Objetivos Nacionales de Salud, como componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud y como referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población. La experiencia y éxito demostrado por el SNS en este ámbito, confirman que la definición de estrategias de esta naturaleza impacta positivamente en la salud de la población. Por otro lado, los cambios en el perfil epidemiológico de la población hacen necesario una redefinición de las prioridades del sistema, de la asig-

4 En Chile la atención primaria municipal recibe menos del 13% del gasto público en atención médica. En Canadá, la atención primaria, que proporciona el 80% de las prestaciones, recibe el 50% del presupuesto de salud, y la atención hospitalaria con un 20% del total de prestaciones recibe el otro 50%.

nación adecuada de recursos disponibles y de la organización de la atención para el logro de los objetivos propuestos.

b) Propuesta de un Nuevo Modelo de Atención, como respuesta a los cambios culturales, sociales y del perfil epidemiológico. Este nuevo modelo debe tener una fuerte orientación hacia la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención oportuna y permanente en los niveles de complejidad más adecuados, procurando entonces una eficaz integración al interior de las redes asistenciales para superar la fragmentación y descoordinación vigentes.

Mundialmente, el incremento de la capacidad resolutoria del nivel primario y de la acción de los especialistas en el ambulatorio, ha significado la mayor revolución de la atención médica de los últimos años, de tal modo que durante la última década el número de camas que se cierra en Europa y Norteamérica es mayor que las que se inauguran, resultando en una reducción de 4 a 2 camas por cada 1.000 habitantes. En efecto, en la actualidad la demanda cotidiana de atención médica es generada fundamentalmente por patologías crónicas las que, por su naturaleza, no requieren ni de especialistas ni de gran infraestructura e instalaciones.

Se reconoce hoy en Chile la existencia de dos medicinas indispensables y complementarias pero que operan con enfoques distintos y requieren estructuras organizacionales diversas: por una parte, la **atención primaria**, que requiere cercanía y capacidad de manejo de la población para la aplicación de enfoques grupales, conductuales y educativos en contraposición a los enfoques individuales, clínicos y autoritarios; reforzando su capacidad resolutoria y mejorando su capacidad de gestión; con capacidad para solucionar un gran porcentaje de las emergencias; con equipos de salud familiar y comunitaria, con una cantidad definida de familias a cargo; con el equipamiento y la tecnología necesaria y en coordinación con la atención de especialidad. En el proyecto, la atención primaria continuará siendo administrada por los municipios pero coordinada por los directores de los servicios de salud formando parte de la red asistencial pública, constituyendo la puerta de entrada al sistema.

Por otra parte, la **atención hospitalaria y de especialidades**, donde se concentran la alta tecnología y los equipos profesionales especializados, y donde es necesario generar una autonomía para la gestión de los recursos financieros con sistemas de incentivos a la eficiencia. La autonomía debe enten-

derse como la instalación de redes formadas por un conjunto de establecimientos que operan de manera autosuficiente para unidades poblacionales de entre 100.000 y 500.000 habitantes. La red permite la racionalización de las actividades hospitalarias y la determinación del nivel de complejidad que corresponde a cada establecimiento que la integra.

En otras palabras, mientras la atención primaria se centra en la población y en tratar de mantenerla sana o alejada de los hospitales, estos últimos se concentran en la resolución de patologías complejas.

No reconocer la diferencia entre ambos niveles de atención, ha hecho que el gasto se concentre en los hospitales y no se destine a financiar medidas de mayor costo-eficacia, descuidándose la atención primaria, en su papel de centro principal de resolución de demanda⁴.

c) Establecimiento de un Plan de Salud Garantizado. La sola definición de los objetivos sanitarios nacionales no resulta suficiente para garantizar a la población equidad tanto en el acceso como en los resultados. Se entendió que es preciso establecer un plan de salud garantizado integrado por las prioridades sanitarias y por la consagración del derecho a la salud a través de un conjunto de instrumentos administrativos, jurídicos y financieros que permitiesen su ejercicio. Se buscaba igualar así la obligación de los seguros públicos y privados en la provisión de acciones de salud, a través de un plan estandarizado que ambos deben entregar: el Plan de Salud Garantizado es obligatorio para todos los aseguradores y cubre al conjunto de la población.

De este modo, se concibe un **Plan de Salud universal**, en cuanto considera a la totalidad de la población del país; e **integral**, en cuanto se integra por acciones de salud pública y acciones de salud de las personas, materializados, respectivamente, en el Plan de Salud Pública y en el Plan de Salud de las Personas.

El **Plan de Salud Pública** está integrado por las acciones desarrolladas a nivel de la población con el objeto de mantenerla saludable, y considera acciones de vigilancia de salud pública, control, regulación y acreditación, así como algunas acciones individuales que el Estado se obliga a realizar. Las acciones incorporadas en el Plan de Salud Pública son: a) Acciones de rectoría sanitaria, acreditación y regulación del nivel nacional y regional; b) Acciones de rectoría, acreditación y regulación de los Organismos Autónomos Descentralizados; c) Componente poblacional de la Promoción de Salud; d) Vacunas

del Programa Ampliado de Inmunizaciones; e) Programa Nacional de Alimentación Complementaria; f) Control de tuberculosis; g) Actividades de vigilancia de Salud Pública; h) Control de los factores ambientales nocivos para la salud; i) Respuesta frente a epidemias y catástrofes; j) Actividades de investigación operativa para el estudio de problemas relevantes de salud pública, incluyendo estudios de costo-eficacia y costo-efectividad de intervenciones a ser incluidas en el plan de salud, evaluación de tecnologías sanitarias y otros.

Por su parte, el **Plan de Salud de las Personas**, incluye la determinación de los problemas de salud definidos como prioritarios para mejorar la situación de salud de la población en su conjunto y aquellos problemas considerados catastróficos financieramente, con el objeto de mejorar la protección financiera y evitar el empobrecimiento de las personas por esta causa. Asimismo, el plan incluye, para cada problema de salud, todas las acciones que aseguren un manejo integral de cada uno de ellos, es decir, comprende acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Para la determinación de los problemas que se incluyeron, se consideraron, para cada problema, las intervenciones con mayor grado de costo efectividad y, ante la ausencia de una definición concluyente, se solicitó el criterio de expertos. Identificadas que fueron las intervenciones, se procedió a un ejercicio de costeo, dividiendo el costo de enfrentar un determinado problema de salud por el total de la población, para así determinar un costo promedio por habitante.

d) Redefinición de la Autoridad Sanitaria, entendida como la institucionalidad estatal encargada del desarrollo del sector salud y su desempeño. La Autoridad Sanitaria juega un rol central en el diseño de la reforma de salud, por lo que se considera que debe estar dotada de las herramientas necesarias para cumplir su labor de rectoría, regulación y fiscalización de los sectores público y privado, entre las que se cuentan la capacidad de análisis epidemiológico nacional e internacional y de estrategias de salud pública; la capacidad de ejecutar acciones de salud pública, especialmente en lo referido a la promoción de estilos de vida saludable, prevención y control de riesgos de enfermedades; y la capacidad de aprovechar de mejor forma los recursos del sector.

El ejercicio de una Autoridad Sanitaria como la descrita requiere de profundas transformaciones al actual diseño, especialmente para dotarla de la capacidad funcional adecuada para entregar un servicio de calidad y para constituirla en una estructura con independencia y sin conflictos de interés con el resto del sistema. Esto último obliga a centrar en el Ministerio de Salud las tareas de rectoría y regulación, desligándola de las acciones propias de gestión asistencial del sistema público.

Por último, y en forma complementaria a lo anteriormente señalado, la Autoridad Sanitaria deberá velar para que los establecimientos que integran el sistema se encuentren debidamente acreditados en su capacidad de entregar atención de calidad y funcionando en forma complementaria con los demás establecimientos.

e) Creación de un Fondo Solidario. Reconociendo que el financiamiento de la reforma de la salud en Chile es condición de su éxito, la creación de un *Fondo Solidario* se concibe para cubrir el aporte requerido por la población indigente y aquella cuyos recursos son insuficientes para financiar, el menos, el Plan de Salud Garantizado, desvinculando el acceso a la atención y costo de los seguros, de la capacidad de pago y riesgo individual de enfermar. Se contempla que dicho Fondo sea financiado con aporte de los seguros público y privados de salud, con recursos fiscales, con el crecimiento de la economía y con impuestos selectivos a agentes nocivos para la salud de la población. Esto último además significa una fórmula indirecta de desincentivar el consumo de tales agentes y así lograr una mejoría en la salud.

f) Desarrollo y Fortalecimiento del Recurso Humano. En atención de que los trabajadores de salud constituyen la pieza fundamental para el impulso, puesta en marcha e implementación de una reforma de salud, el proyecto considera, entre otras materias, una reformulación de las profesiones médicas, la introducción de la formación continua, la reorientación hacia nuevas tareas y acreditación periódica, y el estudio de mecanismos para mejorar la carrera funcionaria y entregar incentivos remuneracionales relacionados con el desempeño y la formación.

g) Mejoramiento de Gestión. La reforma considera un deber moral del Estado de Chile introducir mejoras de gestión que aseguren el máximo de efi-

5 Estudio de percepción de salud FEEDBACK Diciembre 2000.

6 FEEDBACK Diciembre 2000.

ciencia en el uso de los recursos públicos, para la mejor calidad y cobertura de los servicios que se otorgan. En un sector caracterizado por la escasez de recursos ante necesidades enormes se plantean medidas tales como: a) incrementos de recursos para los servicios de salud en relación directa a la demanda efectiva por prestaciones; b) incrementos remuneracionales vinculados al desempeño y pagados exclusivamente a través de los reajustes generales de remuneraciones en el sector público; c) incremento de la flexibilidad en el manejo de los recursos humanos al interior de los servicios de salud, respetando la estabilidad pero evitando la inamovilidad del personal de planta; d) promoción entre los directores de establecimientos del pleno uso de sus facultades administrativas en miras a la satisfacción de las necesidades de los usuarios; e) establecimiento de un riguroso sistema de control de gestión; f) control riguroso del fraude y el abuso en los subsidios de salud, en el pago de prestaciones por pacientes no indigentes y en el uso del sistema de medicina curativa de libre elección; g) fomentar el uso integral de los recursos disponibles en el país a través de una mayor complementariedad de los subsistemas de atención médica público y privado.

La propuesta diseñada durante el año 2000 fue mantenida, en lo esencial, a lo largo del proceso hasta el envío de los proyectos de ley al parlamento, con las consecuentes modificaciones que se han dado a lo largo del debate ciudadano y parlamentario.

2. 3. Consideraciones políticas y sociales para la reforma de la salud.

Expectativas de la población.

Entre noviembre del 2000 y junio del 2001 se realizó un estudio de opinión pública, cualitativo y cuantitativo, que permitió conocer la percepción ciudadana sobre la salud⁵.

La primera constatación fue encontrar que la población no tiene un discurso biológico-social sobre la salud, más bien hay una ausencia de discurso que representa una limitante para definir una propuesta de modificación del sistema de salud. En el citado estudio se señala: «Desde el cotidiano, la salud es presentada como estado de ausencia de enfermedad. En tal sentido, no se constituyen atributos diferenciadores de un estado saludable. La fuerte identidad entre salud y enfermedad limita las posibilidades de instalar

una aproximación de corte no curativo. En consecuencia, el autocuidado -como forma de orientarse a una vida saludable- no se constituye en un espacio de acción en materia de salud que sea percibido como sustentable para las personas.

Se tiende a percibir que los contextos de vida no fomentan, y más bien se constituyen en obstáculos la posibilidad de desarrollar estilos de vida que se encuentren asociados a un mejor estado de salud. En estos términos, el mundo del trabajo es percibido como el principal agente de agresión sobre la salud, dadas las connotaciones de sobreexigencia, incertidumbre y reducida libertad y autodeterminación en la administración del tiempo libre, que es considerado como escaso.»

Esta dimensión es dominante en la conversión de las personas. Para ellas, hablar de salud es conversar sobre el grado en que los sistemas de seguros y de prestadores responden a la posibilidad de acceder a una salud de calidad.

En tales términos, el espacio institucional se convierte en el ámbito de conversación sobre los cambios que se deberían incorporar al sistema de salud nacional. Las modificaciones asumen diferente énfasis según el tipo de afiliación previsional que se posea.

En el caso de las personas afiliadas a Fonasa, las demandas de cambio están orientadas a un aumento de la calidad en la prestación de servicios de salud. En la medida que estos sujetos se autoperceben como población cautiva, la calidad de la prestación entregada por la red de prestadores públicos aparece como un asunto vital. En lo fundamental, las mejoras de calidad esperadas remiten a un aumento de la oportunidad de la prestación, y en las derivaciones al interior del sistema. Otra modificación percibida como de alta relevancia es la mejora de la calidad del servicio prestado por los equipos de salud y la estructura de salud en general.

En el caso de los afiliados a Isapre, las modificaciones esperadas remiten a un aumento de la seguridad de la cobertura prestada por el asegurador privado, y la configuración de un actor regulador estatal claramente identificable y con capacidad -percibida como real- de intervenir sobre las decisiones tomadas por los aseguradores. A diferencia de los afiliados a Fonasa, la calidad de servicio no es problematizada en el sistema privado y tiende a ser interpretada como un atributo

natural de los prestadores privados, a los que se accede a través de las Isapres.

*Se aprecia un fuerte discurso crítico hacia las Isapres. Estas instituciones son percibidas como parasitarias del sistema global de salud, en cuanto generan utilidades que no se traducen claramente en una agregación de valor a la experiencia del usuario con la red de prestadores (a excepción de la dimensión servicio). **Las personas tienden a considerar que las virtudes de la gestión privada en materia de salud se realiza en el nivel del prestador y no del asegurador.** En tal sentido, las Isapres no son percibidas como un agente de desarrollo del sector.*

El estudio mencionado⁶ concluye que el concepto dominante en la población chilena es ver **Salud como atención a la enfermedad**, con las características siguientes:

- * salud se establece a partir de la enfermedad, más que con cualidades propias de lo saludable.
- * Tener salud equivale a tener un seguro de salud:
- * Existen dificultades para introducir un paradigma de salud que opere en una nueva dimensión: salud/enfermedad/cuidado.

La principal crítica de los usuarios en relación con el sistema público de salud es el maltrato y a este respecto el estudio señalado, expresa:

«La institucionalidad de prestadores públicos se enfrenta a pacientes que se encuentran perdiendo la paciencia, lo que se expresa en una deslegitimación del sistema público de prestadores, pero que no logra constituir una acción colectiva de demanda de cambios»⁷.

La población, cada vez mejor educada e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los servicios de salud.

Hoy en día las personas exigen ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud. También desean que se les atienda en forma oportuna y con una calidad de servicio adecuada y, sobre todo, que se le resuelva su problema.

Posición de actores sociales y políticos.

Durante el año 2000 el decidido planteamiento del gobierno respecto de la necesidad de la reforma del sistema de salud, puso el tema en la agenda pública y desde los inicios del debate se percibió una rotunda polarización de los actores políticos y socia-

les en dos ejes principales: por una parte los gremios de la salud y dirigentes de los partidos de la concertación, con el apoyo soterrado de la burocracia del Ministerio de la Salud; y por otra, las Isapre, la prensa y los partidos de oposición.

El debate se inició cuando aún el gobierno no definía los elementos de su propuesta y las opciones frente a una eventual reforma se referían a los planteamientos previos de los actores en pugna: cuánto de privado y cuánto de estado debería tener el sistema que emergiera de la reforma. Este debate, claramente ideologizado, influyó de manera decisiva en la conducta del propio gobierno, que demoró en definir el diseño de la propuesta de reforma por las pugnas internas de los actores políticos.

Los discursos fueron claramente marcados por una reiterada insistencia a mantener el sistema sin cambios en sus estructuras ya que la mayoría de los actores sectoriales sostenía que sólo se requería mejorar el financiamiento y con ello se podrían solucionar los problemas del sector. Especial insistencia tuvieron los grupos sectoriales en señalar que el sistema de salud chileno no estaba en crisis, por el contrario los indicadores sanitarios clásicos mostraban resultados favorables, refrendados el año 2000 por el Informe sobre la Salud Mundial de la OMS, que situaba a Chile en un lugar destacado, 31, en el desempeño global del sistema, en primer lugar respecto a la salud de los menores de 5 años y con una gran eficiencia por el monto de los recursos utilizados. Este informe señalaba como punto negativo la inequidad en la distribución de los recursos. Estos datos fortalecieron la visión acerca de la ausencia de crisis, con un discurso sobre la necesidad de mayor aporte fiscal para el financiamiento del sistema público de salud por parte de los gremios de profesionales y funcionarios del sistema público de salud, un sector importante de los parlamentarios de la alianza de gobierno y también por parte de los cuerpos ejecutivos del sistema público, que planteaban abiertas discrepancias con la iniciativa de «hacer una profunda reforma del sistema de salud chileno», como lo había planteado el Presidente. Por su parte, las Isapre y los prestadores privados sostenían que bastaba con mejorar la gestión del sistema público de salud e incrementar los recursos fiscales, sin tocar el financiamiento del sector privado de salud y dejando a los privados desarrollarse como lo habían hecho los últimos 20 años con resultados positivos; este discurso era apoyado por los partidos de la

oposición y por la mayoría de los medios de comunicación. La polarización se instaló muy precozmente, con estereotipos discursivos poco documentados y que no tomaban en cuenta los reales avances del diseño gubernativo. La oposición de derecha y de izquierda tenían el terreno común de la defensa del statu quo y en gran medida la oposición de izquierda se apoyaba en organismos y personas tradicionalmente partidarios de la Concertación.

Destaca en este análisis que mientras la derecha mantiene una posición muy coherente con el sector privado, en la Concertación hay matices que van desde una defensa ortodoxa del sistema público hasta una adscripción a las posiciones de defensa del sector privado, como un modelo de eficiencia. También aparece claramente en un estudio de líderes de opinión de Noviembre del 2000 que, por el momento, no se ha desarrollado una capacidad de articular posiciones porque «el gobierno no tiene credibilidad acerca de la firmeza de sus intenciones de Reforma y porque hasta el momento ha sido incapaz de una propuesta que permita un pronunciamiento por parte de los actores».

En ese periodo, el propósito inicial de enfrentar el proceso en forma participativa fue sólo parcialmente realizado, por los temores que despertaba un proceso de esa naturaleza en una burocracia autoritaria y vertical que busca más el control de los procesos sociales que abrirse a un experimento de formulación de políticas públicas donde su autoridad pudiera ser cuestionada. En la práctica la burocracia del sector público actuó de consuno con los grupos de interés gremiales para detener el proceso de reforma y se sumó a la postura de señalar que el principal problema era el financiamiento y el mayor aporte fiscal. Al mismo tiempo la oposición y los intereses privados de la salud se abstendían de hacer una oposición militante al proceso porque confiaban en que las disensiones internas de la Concertación lo paralizarían.

No cabe duda que las tensiones internas del equipo de Gobierno contribuyeron a generar y mantener un clima de incertidumbre que no permitió al mismo salir con un diseño y una propuesta clara y definida dentro del año 2000.

3. La Implementación

El debate suscitado por la propuesta del ejecutivo fue intenso durante todo el año 2001, expresándose en los frentes gremial y político, con poca parti-

cipación de la sociedad civil y con amplia resonancia en los medios de comunicación, que mantuvieron una posición de crítica y eventual rechazo a la reforma de la salud, dándole amplia tribuna a los críticos y opositores a la propuesta gubernamental.

En el Ejecutivo los elementos principales del diseño fueron concordados y anunciados por el Presidente en su mensaje al Congreso Pleno del 21 de mayo del 2001, en el cual señaló:

«La salud de los chilenos es un patrimonio nacional y por lo tanto responsabilidad de todos. Por lo señalado anteriormente la reforma que planteamos busca ofrecer al país mayor equidad en salud y un sistema de atención capaz de prevenir y atender adecuadamente la enfermedad. Este es un proceso en el que ya hemos incorporado aportes y en el que invito a participar a toda la población.

*Se han establecido **Objetivos nacionales de Salud** que guiarán a la sociedad y al sector salud, público y privado hacia una mejor salud para los chilenos, disminuir las desigualdades y lograr acceso oportuno a una atención amable y de calidad. En su elaboración han participado Sociedades Científicas en sus distintas especialidades y la población a través de encuestas y grupos de discusión.*

*Para materializar los objetivos se ofrecerá un **Plan Universal de Salud** que garantizará a todas las chilenas y chilenos protección frente a las enfermedades más graves y de mayor costo que representan una inseguridad profunda para la mayoría de la gente, sin descuidar el tratamiento de las enfermedades más frecuentes y menos complejas. **Este plan deberán ofrecerlo obligatoriamente tanto el Fonasa como las Isapre.***

*Para lograr un adecuado financiamiento del Plan Universal tenemos que mejorar la justicia en la distribución de los recursos que el país destina a salud, porque necesitamos apoyos mutuos para el bienestar de todos. En consecuencia crearemos un **Fondo Solidario de Salud** que permita garantizar que todos los chilenos tengan las mismas posibilidades de tratamiento frente a un cáncer o a un accidente grave. Es emocionante constatar la generosidad de la población chilena, que se ha declarado partidaria de este Fondo en cifras cercanas al 80%. Este es el Chile solidario que hemos conocido en los terremotos o en la Teletón.*

Una fracción del aporte de cada cotizante a FONASA e ISAPRE conformará el Fondo Solidario. Este

aporte será devuelto al seguro de cada cual, en un monto variable en función de las necesidades de salud de cada persona. Así por ejemplo una persona mayor de 65 años recibirá más dinero que el que aporta, porque su necesidad de salud es más grande. ¿Es esto expropiación? ¿No será que las instituciones que reclaman se acostumbraron a las utilidades que significa afiliarse sólo a población con bajos riesgos?. El tema es de sentido común: hoy por ti, mañana por mí. En este Fondo un joven chileno aportará para que su abuelo tenga garantizada cualquier enfermedad grave. Esto mismo se expresa en solidaridad entre sanos y enfermos o entre los que tienen más y los más pobres. Este es el Chile que queremos construir y la salud será un buen ejemplo de restablecimiento de lazos sociales.

*Redoblabamos los esfuerzos por modificar el sistema público para lograr los mejores resultados y elevar los niveles de atención a las personas. Para ello se establecerá un programa de modernización del sistema que tendrá como objetivos centrales el **mejoramiento de la gestión hospitalaria y lograr que los consultorios incrementen su capacidad para que las personas resuelvan la mayoría de sus problemas en el consultorio y no deban asistir a los hospitales por dolencias menores.***

*La modernización apunta a la búsqueda de una **mayor complementariedad entre el sector público y el sector privado** para así aprovechar de manera eficiente la infraestructura hospitalaria y la inversión que el país realiza. Tener un sistema de salud es caro y debemos hacer esfuerzos por usar en la mejor forma posible los recursos que tenemos.»*

Todos los elementos del diseño propuesto fueron recogidos en el Mensaje presidencial y la discusión dejó de ser el contenido de la Reforma y pasó a ser si era oportuno o no iniciar el proceso legislativo en el 2001, año de elecciones parlamentarias, lo cual politizaría en extremo el debate legislativo o si la misma circunstancia era una oportunidad para iniciar el proceso antes de las elecciones.

En agosto del 2001 se presentó el primer proyecto de Reforma en el cual se consagraban los «Derechos y deberes de las personas en salud», el cual generaba normas en la relación usuario prestador; sin embargo el proyecto no tocaba los puntos de mayor debate como era el Plan de salud garantizado y el Fondo solidario y no llevaba urgencia para su despacho por el legislativo. Por esas razones no fue objeto de un debate importante y a

pesar de ser el primer proyecto presentado no ha sido aún despachado por la Cámara de Diputados. En octubre se tomó la decisión de congelar el proceso hasta el año siguiente, después de las elecciones parlamentarias.

El Fondo Solidario recibió una oposición transversal por diferentes razones: la oposición de izquierda, en el seno de la Concertación, sostenía que solidarizar 3/7 de las cotizaciones, como era la propuesta original, abría las puertas a la portabilidad de los subsidios, mientras que la oposición de derecha, también en el seno de la Concertación, sostenía que ello representaba una expropiación de los aportes de los cotizantes de las Isapre y en definitiva perjudicaba a la clase media, en su mayoría afiliada a las Isapre. Nuevamente la oposición de la derecha mantenía una posición cautelosa, esperando que las disensiones internas hicieran fracasar la propuesta del Ejecutivo.

Los otros temas fueron de menos debate aunque se inició una crítica persistente al plan de salud garantizado, el cual se presentó como una canasta de prestaciones mínima que representaba una restricción de los derechos respecto de la situación actual. Las críticas no tocaban aspectos como que la propuesta del ejecutivo planteaba cubrir patologías y no prestaciones, priorizadas conforme a criterios sanitarios y respaldada por el fondo solidario, lo que la hace factible. Por otra parte la creación de un plan garantizado suscitaba una alta adhesión ciudadana.

Los Objetivos Nacionales de Salud fueron publicados en agosto del 2001, en una primera versión que fué objeto de revisión durante el 2002. La versión definitiva apareció en Diciembre del 2002 (www.minsal.cl).

Durante el 2001 se consolidó la propuesta y se profundizó su diseño, realizándose simulaciones de sus diversos componentes, los cuales encontraron expresión en la propuesta legislativa que finalmente se materializó el primer semestre del año 2002.

En febrero del 2004 se ha promulgado la ley que consagra la nueva autoridad sanitaria, establece las redes de atención y permite mayores atribuciones a los directores de hospitales para el manejo de los recursos financieros y de personal, en el marco de los objetivos y necesidades del servicio al cual pertenecen, y que genera nuevas condiciones para la carrera funcionaria. Estas son condiciones necesarias pero de ningún modo suficientes para implementar un proceso de transformación del sis-

tema de salud, público y privado. Este requiere además: el compromiso y colaboración de todos sus trabajadores; un cuidadoso diseño de los mecanismos de participación de los actores sociales, previstos en general en dicha ley; un enorme trabajo normativo para introducir los criterios de calidad y sus mecanismos de puesta en práctica a través de la

acreditación; y un detallado rediseño de los mecanismos de transferencia de recursos financieros que permita el trabajo complementario de las redes y la mayor eficiencia en el uso de los mismos. Es decir, el proceso legislativo terminado en este proyecto abre nuevos espacios de acción que obligan a buscar consensos en beneficio de la población.

ANEXO 1

Caracterizar la crisis⁸

- * La necesidad de la Reforma en Salud no es compartida por todos los sectores involucrados por la misma y que habitualmente son los que forman opinión en salud y en particular en la formulación de las políticas de salud y su expresión financiera, que es la asignación de los recursos para llevarla a cabo. Entre ellos están los gremios de la salud, los colegios profesionales, los aseguradores y prestadores privados y los propios funcionarios y ejecutivos de la salud estatal que tienen miradas corporativas sobre el tema.
- * No hay una evaluación de la posición de los usuarios respecto a la necesidad de una reforma, sólo se expresan respecto de la atención que reciben y no sobre la pertinencia u oportunidad de intervenir con profundidad el sistema.
- * Concordar con la necesidad de una reforma se desprende de la noción de crisis, es decir, de evaluar la adecuación de los instrumentos vigentes para enfrentar los problemas actuales y los que se pueden prever en el mediano plazo. Esto significa confrontar los nuevos problemas con el viejo sistema y considerar cuanto de lo anterior puede ser mantenido y es suficiente y cuanto debe ser cambiado y en que extensión, para resolver los reales desafíos del momento.
- * Toda reflexión sobre los paradigmas y estructuras existentes abren un «espacio de incertidumbre» donde «se sabe lo que se tiene y no se sabe lo que se busca»; es un momento crucial porque se pueden generar condiciones de reforzamiento de los paradigmas y estructuras vigentes porque es más fácil y más seguro buscar un mejoramiento de lo existente en sus aspectos más deficitarios, que enfrentar el «espacio de incertidumbre» que significa crear algo diferente, nuevo.
- * La convicción de la existencia de una crisis no es fácil adquirirla porque los que la sufren, los usuarios, la viven como una insuficiencia de responder a sus demandas y no como una falla sistémica «global» de los paradigmas y las estructuras que los sustentan y los que están en el sistema también lo perciben como una insuficiencia subsanable a través de «aportar más recursos» y no a través de la modificación de sus propias conductas en su quehacer cotidiano.
- * Desde esta mirada la «crisis» es una elaboración, es la creación del «espacio de incertidumbre» a partir de la convicción de que mejoramientos parciales no resuelven el problema global y que los mismos solo retardan la expresión catastrófica de la crisis.

⁸ Documento de Trabajo. Comisión de Reforma, Secretaría Técnica, Octubre 2000.

- * La crisis actual es profunda, sistemática e irreversible porque toca el paradigma de la salud surgido en el siglo XIX, consolidado y desarrollado, con gran éxito, durante este siglo que se acaba. Este se afina en una visión biológica de la enfermedad y en la teoría de los «agentes» unicastales de la misma, que se desarrolla a partir de los avances de la microbiología y de los tremendos éxitos alcanzados con la asepsia, las vacunas y luego los antibióticos y otros antimicrobianos; la acompañan también las proezas de la cirugía que desde una técnica del mal menor se transforma en una posibilidad de reconstrucción orgánica, con los trasplantes, prótesis y otros procedimientos cada vez más eficaces. Por último, en las tres últimas décadas irrumpen con fuerza los fármacos psicoactivos con singular eficacia para modificar conductas patológicas. Todo ello lleva a la conclusión de que el progreso de la salud de las poblaciones es obra de la medicina y de la técnica a su servicio.
- * La concurrencia de todos los elementos señalados instalan con fuerza en el inconsciente colectivo el espejismo de la salud, como producto de la ciencia y la técnica y se abre también la esperanza de la prolongación indefinida de la vida de las personas. Para ello bastaría con el acceso al consumo de las prestaciones médicas y los fantasmas de la enfermedad, el deterioro orgánico y la muerte, se harían cada vez más distantes.
- * El paradigma del «agente causal» de la enfermedad es reduccionista y se acompaña del abandono de la responsabilidad colectiva para la salud y hace descansar la misma en cada quien y en las posibilidades de acceder al consumo de prestaciones médicas en forma oportuna y cuantas veces sea necesario. La responsabilidad individual cambia, ya no es respecto de la salud sino respecto de la posibilidad de obtener los medios para una cobertura suficiente. En Chile esto se expresa claramente en el tema de la inseguridad señalado en el informe sobre el desarrollo humano del PNUD de 1998, donde aparece que los chilenos no temen enfermar, que debería ser la condición rechazada, sino lo que temen es no tener los medios o la cobertura social para enfrentar la enfermedad. Al final el problema de la salud es reducido a un problema financiero, propio o del estado.
- * El pensamiento dominante (hegemónico) en la sociedad, que se desprende del paradigma señalado es totalmente coherente con una visión tecnocrática de la salud y que consiste en cómo se organiza la prestación de atención médica en condiciones de cobertura y calidad socialmente aceptable.
- * Respecto de ese problema hay una visión tradicional, burocrática y estatista y otra neoliberal o de mercado, que han convivido en nuestro país desde comienzos de los 80, sin que ambas se diferencien en la visión biologicista, mecánica de la salud, solo diferenciándose en la manera de generar y asignar los recursos.
- * La crisis del paradigma se profundiza y el debate se hace estéril y a partir de posturas ideológicas sobre problemas secundarios, porque en la práctica se discute sobre aspectos parciales y sin referirse a lo principal, que es la necesidad del cambio de modelo para generar otra capacidad de «escucha» e identificación de los problemas reales.
- * Controladas en gran medida las causas tradicionales de las enfermedades, las poblaciones tienen, a partir de 1950, la oportunidad de alcanzar niveles de salud y de edad inimaginables apenas a comienzos del Siglo XX, 50 años antes, y estas ganancias posibilitan la aparición de otro tipo de enfermedades donde las causas externas no son evidentes y son difíciles de controlar.

- * El cuadro epidemiológico que empieza a emerger genera aproximaciones éticas diferentes para enfrentar el tema de salud y enfermedad. La visión de la salud pública, que tiene un ethos de la búsqueda de la eficacia en términos poblacionales y de la costo efectividad en la asignación de los recursos, y el ethos de la medicina clínica que busca la eficacia en la resolución de cada caso, a expensas de la eficiencia que solo es buscada en la optimización de cada procedimiento, se distancian y bloquean la necesaria complementariedad de ambas visiones. Podremos enfrentar verdaderamente el tema de la reforma de la salud cuando seamos capaces de desarrollar un nuevo paradigma que signifique que la salud se construye colectivamente y que cada sociedad tiene su propio perfil de salud. Hoy más que nunca, los conocimientos disponibles acerca de la génesis de las enfermedades permiten que los gobiernos y las personas actúen anticipándose al daño que producen los estilos de vida que nuestra civilización conlleva y que son el componente más significativo en las enfermedades crónicas no transmisibles, orgánicas y mentales.
- * A partir de ello se debe establecer un modelo en que los elementos fundamentales para la construcción de la salud de todos son: la información disponible ya hoy día y la participación de la comunidad en la construcción de la salud.
- * Esto, como al comienzo señalábamos acerca de la noción de crisis, es una elaboración intelectual a partir de un análisis sistémico que hay que llevar a una formulación comprensible para el gran público, de tal manera que se entienda las responsabilidades del estado, de la sociedad civil y de cada persona en la construcción y mantención de un país saludable en todos los ámbitos de la vida social y en la mantención de la salud de la población.
- * Esta elaboración tampoco se hace a partir de un análisis de las percepciones y de las demandas, porque ellas son referidas a la enfermedad y no a la construcción de la salud y es también necesario hacer una difusión de cómo generar una nueva visión.
- * En Chile es particularmente importante crear en el público la noción de la necesidad de transitar hacia un nuevo enfoque de la responsabilidad colectiva e individual en la salud, porque hay grandes amenazas en fenómenos tales como: el sobrepeso que se manifiesta ya en los preescolares y que abarca toda la población, el sedentarismo, la iniciación temprana en el consumo de tabaco, alcohol y drogas. Problemas tales como hipertensión, diabetes y enfermedades osteomusculares, requieren, tanto para prevenirlas como para manejarlas, de enfoques considerablemente diferentes a los que hoy día se usan y que son insuficientes tanto en cobertura como en calidad de las prestaciones.
- * La salud pública, como disciplina y práctica, empieza a perder poder desde que la transición epidemiológica hizo que los métodos de prevención de las enfermedades transmisibles no fueran aplicables a las crónicas no transmisibles. En algunos países, principalmente Estados Unidos, la prevención de las enfermedades no transmisibles fue enfocada como un asunto de conductas personales, sin modificación de los factores sociales que condicionan o determinan muchas de esas conductas.
- * En cierta medida, la salud pública en la transición epidemiológica se convierte, de disciplina protectora en una disciplina censuradora y punitiva de las conductas nocivas o poco saludables, señalándole a la gente que son personalmente responsables de sus propias enfermedades (dieta, ejercicio, alcohol, fumar, uso de condones, entre otras recomendaciones).
- * Al mismo tiempo, la medicina clínica reitera un discurso terapéutico que ofrece conseguir los mismos resultados sin exigencias a las personas y sin cambios de conductas, sólo con seguir los

tratamientos indicados. En la práctica la población prefiere las conductas que le significan un menor sacrificio y acepta que el consumo de prestaciones médicas es la mejor vía para una mejor salud.

- * La crisis de los sistemas de salud está instalada en los hechos y en las limitaciones del modelo vigente para enfrentar los desafíos de la transición demográfica y epidemiológica; sin embargo no forma parte del sentido común de nuestra sociedad y su superación implica la capacidad de lograr la aceptación de la necesidad de modificar el modelo y la creación de un nuevo paradigma.
- * Todo lo anterior nos lleva a considerar que no hay posibilidades de generar realmente una Reforma de la Salud si ésta no se da en el plano cultural, es decir en lo que entendemos por salud, qué es la salud para nosotros y qué salud queremos para nuestra población. Esto nos indica que ante todo un intento de Reforma debe transcurrir en el plano cultural, aunque los instrumentos para lograrlo sean legales, financieros o de otra naturaleza.