



La reforma del sistema sanitario en Chile

The Reform of the Chilean Health Care System

■ Evelina Chapman

Resumen

En la actualidad, el sistema sanitario chileno se encuentra en un proceso de reforma que garantice la calidad asistencial para toda la población. Pese a ser una de la economías más boyantes de América del Sur, la inequidad del sistema sanitario chileno es de las más grandes del mundo. Amplios grupos de población, sobre todo los más desfavorecidos, tienen una gran dificultad para acceder oportunamente a los servicios sanitarios de mayor complejidad. Además el país, desde el punto de vista epidemiológico, se halla en un proceso de transición, donde el envejecimiento y las enfermedades crónicas tienen ya un importante peso.

Palabras clave

Reforma sanitaria en Chile. Inequidad. Priorización de los servicios sanitarios. Plan AUGE.

Abstract

At present, the Chilean health care system is in the process of a reform that will guarantee a quality medical coverage for all the population. In spite of having one of the most prosperous economies in South America, the Chilean health care system is one of the world's most inequitable. Large population groups, above all the most disadvantaged, have great difficulty in accessing opportunely to health care services of high complexity. Furthermore, from the epidemiological point of view, the country is in a process of transition, where aging and chronic diseases now have important weight.

Key words

Health care reform in Chile. Inequity. Prioritization of the health care services. AUGE plan.

La autora es Médico pediatra, Magister en Epidemiología Clínica. En la actualidad es Directora General de Medicina Social del Ministerio de Salud de Tucumán, Argentina. Ha trabajado como consultora en el proceso de la reforma del sector sanitario en Chile.

■ **Antecedentes históricos**

A comienzos del siglo xx, en Chile tuvieron lugar una serie de iniciativas aisladas destinadas a resolver los problemas de salud de la población, fundamentalmente en sus aspectos curativos. En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (Ley 4.054). La Caja de Seguro Obrero fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. Unos años después, en 1938, se dictó la Ley de Medicina Preventiva, pionera en su género en el ámbito internacional. Y en el año 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS), unificando diversos organismos públicos que prestaban servicios sanitarios. La creación de este sistema público de salud permitió la atención adecuada y oportuna de los afiliados al seguro obrero. Sin embargo, no existía hasta ese momento un sistema de previsión en salud para la creciente clase media chilena. Hasta entonces los empleados de las administraciones públicas y de las organizaciones privadas debían afrontar sus gastos en salud de manera directa.

En 1960 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría la previsión en salud al sector de empleados públicos y particulares. A partir de 1964 aumentaron las inversiones en centros asistenciales, formación y enrolamiento de personal sanitario, así como la extensión de cobertura geográfica. El SNS se transformó en una empresa con 120.000 funcionarios, cuya red asistencial alcanzó una importante extensión. En este periodo, la gestión política, económica y organizativa aplicada al sector de la salud, tuvo una orientación predominante de planificación central.

Esta situación se mantuvo hasta el año 1973, cuando, con el advenimiento del gobierno militar, se produjo un cambio en el paradigma económico. Esto significó traspasar la responsabilidad de la salud —que hasta entonces era compartida por el Estado y el trabajador— al individuo. Con esto, cada persona comenzaba a hacerse responsable de su salud y el Estado pasaba a tener un papel subsidiario, haciéndose cargo sólo de los indigentes.

Entre 1973 y 1980 hubo una disminución significativa del gasto social y del financiamiento del SNS, conservándose la misma modalidad de organización y funcionamiento previos, pero bajo un régimen autoritario. A partir de 1979 se reestructuró el sector de salud estatal. Se reorganizó el Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas, y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que rige actualmente y que reemplazó al sistema centralizado preexistente por un conjunto de servicios regionales de salud dotados de cierta autonomía.

En la primera mitad de la década de 1980 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que constituyen seguros de salud privados, merced a lo cual el sistema solidario del SERMENA fue sustituido por un sistema de cotización individual en el que las prestaciones dependen de las aportaciones realizadas por el beneficiario del seguro de salud. El antiguo servicio médico de empleados desapareció y se instauró un fondo de salud público (FONASA), encargado de financiar las prestaciones públicas hos-

pitalarias y de consulta ambulatoria privada, de libre elección para aquellos beneficiarios que optaron por pertenecer a este seguro público. Por otra parte, se traspasó la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a los municipios, lo que separó administrativamente el sistema integrado de niveles de atención.

Gasto sanitario en Chile

De acuerdo con el censo de 2002, la población de Chile es de 15.116.435 personas, de las cuales el 86,5% vive en las ciudades, y de ellas el 40% en la Región Metropolitana de Santiago. Alrededor del 10% de la población es étnica. El PIB, en ese mismo año, fue de 66.000 millones de dólares y la renta *per cápita* superó los 4.200 dólares.

El gasto en salud supone un 7% del PIB, del que la mitad es gasto público y la otra mitad privado. El presupuesto de la atención primaria se financia mediante capitación, con la que se atiende una canasta básica de servicios. La capitación puede ser incrementada en un 18% según el nivel de pobreza, y en un 20% en las áreas rurales. Con estos incrementos se busca la reducción de inequidades. El valor mensual de la capitación es de 1,60 dólares; con este monto se garantiza un portafolio básico de servicios (o sea, la canasta básica) de consultas médicas y acciones de prevención.

Por otra parte, los trabajadores chilenos tienen la obligación de destinar un 7% de sus sueldos al aseguramiento de salud (el empleador no aporta nada). Hasta el momento actual los ciudadanos tienen la opción de escoger entre dos modalidades de seguro de salud. Una de ellas está vinculada al sector público y es mantenida por el FONASA, definido en 1994 como Seguro Público de Salud; la otra modalidad está vinculada al sector privado a través de una ISAPRE. La libre elección está determinada en parte por la capacidad de contribución personal, ya que en el sistema de las ISAPRES los beneficiarios acceden a las prestaciones de acuerdo con el monto de su aporte.

Los recursos para financiar las acciones de salud del FONASA tienen dos orígenes: los aportes fiscales y las cotizaciones de los trabajadores. Los aportes fiscales de la Nación destinados a la asistencia sanitaria suman, aproximadamente, el 4,5% del total de los recursos fiscales, y corresponden al 45% de los recursos del presupuesto del sistema público de salud. Las cotizaciones de los trabajadores significan, a su vez, el 45% de los recursos del FONASA, y el copago —pago en el momento del servicio— el 10% restante.

En 1998 los ingresos del sistema público ascendieron a 944.112 millones de dólares para dar cobertura a un 61,6% de la población (CASEN, 1998); mientras que el sector privado recibió ingresos por 1.252.700 millones de dólares para el mismo año.

Por otra parte, en el sector público el porcentaje de inscritos disminuye a mayor nivel de ingreso, y lo opuesto sucede en el sistema ISAPRE. Junto a lo anterior, el sistema público concentra como beneficiarios a aquellos grupos de menores ingresos y mayor riesgo, los menores de un año y mayores de 65 (estos últimos suman 1.275.576 personas, el 11,4% de la población total); y, además, debe velar por el grupo de población indigente (5,5 % de la población).

Antecedentes de la reforma

Las razones que motivaron al Gobierno actual a emprender la transformación del sistema son, en primer lugar, resolver la profunda inequidad que caracteriza la atención de salud en Chile; y, en segundo término, adaptar el sistema a los tiempos actuales, de manera que pueda hacer frente a la evolución de la estructura epidemiológica del país, y a los cambios científicos y tecnológicos que se producen a diario. Por último, hay razones de buena gestión que obligan, por una parte, a proveer de mayores recursos al sistema y, por otra, a transformar sustancialmente la gestión de los servicios públicos de salud.

La inequidad del sistema sanitario de Chile

A pesar de los logros en materia sanitaria y su muy buena posición en las escalas de desarrollo humano, Chile ocupa un penoso lugar en lo que se refiere a equidad en su sistema de atención de salud. Esto queda reflejado tanto en la carga financiera que representa para las familias chilenas, como también en la enorme desigualdad en la calidad y oportunidad de respuesta que el sistema ofrece a sus habitantes. Un conjunto de variables (dignidad en el trato brindado a los pacientes, respeto a la persona, rapidez en la atención al paciente, calidad del entorno, acceso a los recursos de ayuda social durante el período de tratamiento, y elección del prestador de atención en salud) sitúa a Chile por debajo de más de 100 países del mundo. Esta situación contrasta, por ejemplo, con el primer lugar que Chile ostenta en eficacia de la atención orientada a los niños de hasta cinco años de edad.

En lo que respecta a la distribución de la carga financiera del sistema, la situación de equidad, comparada internacionalmente, es aún más dramática: Chile está ubicado en el lugar 168 entre 191 países considerados en el *Informe de la Salud en el Mundo para el año 2000*, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (Naciones Unidas). La creación del sistema previsual privado de salud (ISAPRES) y la eliminación de los aportes patronales a la atención en salud, fueron determinantes en el dramático incremento de la brecha existente entre los recursos para la sanidad pública y privada.

Dadas las características del sistema actual, en el que las cotizaciones se reparten en una lógica de fondo en el sector público y de aseguramiento individual en el sector privado, se produce una clara inequidad en el financiamiento de la atención sanitaria: es mayor para los más ricos. Esta situación traduce una contradicción con los objetivos nacionales que promueven la equidad en la financiación.

Evolución epidemiológica de Chile

Desde un punto de vista sanitario, la creación del SNS y el desarrollo de la política sanitaria desde las primeras décadas del siglo xx tuvieron como principales desafíos: reducir la altísima mortalidad infantil, abordar el tratamiento y control de las enfermedades infecto-contagiosas, y disminuir las muertes de madres durante el parto mediante atención profesional

y en un medio hospitalario. Paralelamente, los centros de atención primaria se concentraron en el control de la embarazada y del niño sano. El modelo sanitario adoptado permitió grandes logros, como controlar y erradicar la malaria, el cólera, la viruela, la poliomielitis y el sarampión. También fue posible terminar con la desnutrición y las enfermedades diarreicas infantiles, entre otras.

Chile ha experimentado un proceso de transición demográfica, caracterizado por un descenso importante de la natalidad y de la mortalidad en todas las edades. En nuestros días, las enfermedades de mayor impacto en la sobrevivencia y calidad de vida de las personas son las enfermedades crónicas, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades degenerativas y las enfermedades mentales; siendo también de alto impacto los traumatismos, accidentes y violencias.

Objetivos sanitarios para la década 2000–2010

El Ministerio de Salud de Chile se propuso definir *Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010* con un enfoque centrado en mejorar las condiciones de salud de las poblaciones. Define, además, un marco de equidad que implica que los objetivos deberán ser planteados no sólo en términos de mejoría de indicadores promedio, sino también en términos de distribución y reducción de brechas entre grupos extremos.

Para este decenio los objetivos planteados son:

1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
2. Hacer frente a los nuevos desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios sociales.
3. Reducir las desigualdades en el estado de salud.
4. Proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población.

Para conseguir estos objetivos se han fijado nuevas prioridades de salud que consideran no sólo la mortalidad, sino también el concepto de *carga de enfermedad*, que valora la incapacidad provocada por las enfermedades crónicas —no necesariamente mortales— a corto o largo plazo. Se ha identificado, aproximadamente, 56 problemas de salud como las nuevas prioridades para el país. En este listado se incluyen los cánceres más frecuentes en Chile, tanto en adultos como en población infantil; así como problemas derivados del envejecimiento de la población, tales como artrosis, fractura de cadera, hiperplasia prostática, enfermedades cardiovasculares (especialmente el infarto de miocardio), malformaciones congénitas susceptibles de ser corregidas, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, neumonía del adulto mayor, esquizofrenia, depresión, etcétera.

Instrumentos de la reforma de salud en Chile

La reforma propuesta por el actual gobierno está conformada por cinco proyectos de Ley, que configuran el marco legal necesario para realizar los cambios en el sistema de salud. Los consideramos a continuación.

Derechos y deberes de las personas con relación a la salud. Uno de los derechos más importantes que consagra este proyecto, es el que faculta a las personas para tener la información suficiente respecto de lo que está sucediendo con ellos y con sus familiares enfermos. Establece el consentimiento informado y disposiciones sobre pacientes en coma o incapacitados; define que la historia clínica puede ser solicitada por el paciente o familiares, así como el derecho a la asistencia espiritual y la confidencialidad de la historia clínica, entre otros. Estipula también los deberes de los pacientes, tales como cuidar las instalaciones, equipos y lugares de atención; colaborar con los miembros del equipo de salud; decidir responsablemente el tratamiento que se les ofrezca y cumplir las indicaciones que deriven de éste.

Régimen de garantías en salud (conocido como Plan AUGE). Este es el eje conductor de toda la Reforma. Es en esta ley donde se definen una serie de garantías para un número determinado de problemas de salud. El AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) pretende ofrecer garantías de calidad y oportunidad para aquellos problemas previamente seleccionados en todo el país. Es la primera vez que un país en vías de desarrollo se atreve a ofrecer las intervenciones de salud de una manera explícita y uniforme para todos los ciudadanos. Estas garantías son constitutivas de derecho, y pueden ser exigidas por los usuarios si no son cumplidas de la manera que serán programadas y ofrecidas al país. Para aquellos problemas de salud que no se encuentren dentro del Plan AUGE no existirán garantías explícitas, y tendrán el acceso habitual, tal como se está realizando en estos momentos.

Financiamiento del Plan AUGE y Chile Solidario. Se refiere al financiamiento necesario que se requiere para llevar a la práctica la reforma a la Salud, y define una serie de medidas, principalmente subsidios, en el área social no relacionados con la salud. El año pasado se aprobó aumentar en un punto el Impuesto al Valor Agregado de un 18 a un 19%, con lo que se financiaría la diferencia que faltaba para costear el AUGE.

Ley de Autoridad Sanitaria. Este proyecto se refiere a cómo se organizarán las instituciones sanitarias en Chile, ya sean hospitales, clínicas, centros médicos y prestadores individuales (profesionales y técnicos). Los consultorios de atención primaria seguirán funcionando como lo hacen hoy en día.

Instituciones de Salud y Previsional (Ley Corta de ISAPRE). La Ley Corta de ISAPRE resguarda los intereses de los afiliados y de algunos prestadores en el caso de una eventual quiebra de una ISAPRE, permitiendo su intervención si hay insolvencia.

Críticas al proyecto de Reforma

La reforma sanitaria se ha enfrentado a una gran oposición por parte de los gremios de la salud. Estas críticas pueden agruparse en lo siguiente:

Críticas éticas y a la configuración del modelo. Con la reforma se prevé un aumento de las exigencias a los servicios públicos de salud que no podrán ser cumplidas; la demanda generada no podrá ser absorbida por el sistema público. Esto abre la puerta para que prestadores privados de servicios sanitarios cumplan tales funciones y sean pagados por ello, lo que iniciará el proceso de privatización del sistema público de salud. Por lo tanto, el Estado pierde su situación preponderante y comienza a tener un papel subsidiario acorde al modelo económico de mercado.

Discriminación por el sistema público de aquellos pacientes no acogidos al Plan AUGE. El FONASA paga a los hospitales por prestaciones o intervenciones realizadas. Se aduce que los hospitales seguirán recibiendo el pago histórico por parte de FONASA por las prestaciones no consideradas en el plan AUGE, el cual es insuficiente para cubrir los gastos reales de la atención sanitaria. En cambio, con los pacientes atendidos que pertenezcan al plan AUGE el pago se ajustará a las intervenciones médicas que deban realizarse, y que han sido valorizadas adecuadamente como parte del proceso de priorización señalado. Es fácil entender que, por estas razones, las direcciones y/o administraciones de los hospitales puedan preferir aquellos pacientes acogidos al Plan AUGE, en detrimento de aquellos otros que no pertenecen a dicho plan.

Finalmente, se teme que algunos de los problemas de salud que actualmente reciben atención sin copago por parte del afiliado, en el futuro deberán ser financiados en parte por el usuario.

Críticas de salud pública. No se incluyen dentro de las garantías todas las enfermedades o problemas de salud de los chilenos, por lo que existirá una discriminación en la atención de los pacientes "no AUGE". Por otra parte, los problemas de salud están definidos fundamentalmente desde la perspectiva del diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o anomalías, sin haberse considerado aspectos preventivos.

Críticas gremiales. Las organizaciones gremiales se encuentran inquietas porque ven peligrar una serie de beneficios establecidos desde hace muchos años. La reforma administrativa permite un mayor flexibilidad laboral, lo que puede ser utilizado de manera discriminatoria trasladando o dando término a contratos de manera arbitraria (en la actualidad los funcionarios asignados a la plantilla no pueden ser trasladados o despedidos si no es mediante un engorroso proceso llamado "sumario administrativo", iniciado por razones de demostrada ineficiencia o delitos). El Colegio Médico reclama que el advenimiento del plan AUGE termina con el sistema de libre elección, ya que el paciente de AUGE deberá ingresar en un sistema establecido de atención, que permitirá ir seleccionando pacientes y racionalizando los recursos;

como consecuencia, los seguros de salud (ISAPRES) podrán forzar al afiliado a recurrir a los médicos que la ISAPRE determine, sin posibilidad de libre elección.

Por otra parte, el médico pasa a ser un empleado de la ISAPRE sin control sobre sus honorarios, so pena de no atender ningún "paciente AUGE", ya que las ISAPRES tienen a sus afiliados como clientes cautivos que deben aceptar las condiciones que éstas les imponen para acceder a los beneficios que implica el plan.

Algunas sociedades científicas han hecho saber su malestar por no haber sido consideradas en la elaboración de los futuros protocolos de atención para los problemas sanitarios que se han priorizado (56 enfermedades). Además, señalan que no se consideran dentro de la prioridad una serie de intervenciones adjuntas que son parte de la resolución del problema, tales como lentes para visión a distancia en el caso de la cirugía de cataratas, o medicamentos para las infecciones oportunistas en caso del VIH-SIDA; o el aumento de la cobertura a otros segmentos de la población y consideraciones sobre la calidad del equipamiento, las prótesis, etcétera.

Todas estas críticas son propias de un proceso complejo, muy innovador, de gran magnitud, de elevado costo y, además, realizado en un corto período de tiempo. El Ministerio de Salud de Chile ha intentado responder a muchas de las críticas, pero no ha logrado tranquilizar a los gremios sanitarios. A pesar de la oposición firme de estos gremios, la reforma en Chile parece tener su futuro asegurado. El poder Legislativo, que debe aprobar las leyes que fundamentan esta reforma, no ha estado abierto a escuchar los comentarios gremiales; y la oposición al actual Gobierno probablemente está proclive a aprobar los proyectos de ley. Las mayores diferencias entre Gobierno y Oposición se refieren, por una parte, al alcance de la reforma administrativa, que la Oposición estima insuficiente, especialmente en la flexibilización de los contratos laborales, lo que implica aumento de costos y pérdida de eficiencia del sistema; y por otra, el papel de los privados en la reforma, que también estiman como insuficiente. Tal como lo han reconocido algunos portavoces del propio Gobierno, después de 16 años de gobierno de la coalición de centro-izquierda es probable —sin olvidar las dificultades que entrañan este tipo de pronósticos— que las próximas elecciones presidenciales, en 2006, las gane el candidato de la coalición de centro-derecha. Por eso quizá, la Oposición prefiere que el actual Gobierno cargue con el costo político y el desgaste que inevitablemente conlleva una iniciativa de esta naturaleza.

Bibliografía recomendada

- Consejo Regional Santiago, Colegio Médico de Chile A.G. "Reforma AUGE: la salud amenazada". Revista Recetario. N° 59, año 2003.
- Jiménez-de la Jara J. Mística, ciencia y política en la construcción de sistemas de salud. La experiencia de Chile. *Salud Pública Mex.* 2001;43:485-493.
- Los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010. Ministerio de Salud de Chile. División de rectoría y Regulación Sanitaria. Departamento de epidemiología. Primera Edición. Octubre de 2002. Registro de Propiedad Intelectual Inscripción N° 129.370.

- Luisa Guimaraës. Modalidades de Descentralización en el sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo. Serie Informes Técnicos N° 76. Programa de Política Pública y Salud. División de Salud y desarrollo Humano- OPS. Washington, DC. Septiembre de 2001.
- "Caracterización de la población en situación de pobreza e indigencia". Encuesta CASEN 1998. Gobierno de Chile.
- Indicadores sociodemográficos Censo 2002. INE (2000); MIDEPLAN (2001), Ministerio del Interior (1997). Chile.
- Censo 2002: el desafío para un Chile que entra en años. Iniciativa Chilena de Equidad en Salud. Universidad del Desarrollo. www.puc.cl/equidadchile/Envejecimiento.
- Daniel Titelman. Reformas al sistema de salud de Chile: desafíos pendientes. Serie 104 Financiamiento del desarrollo. CEPAL. ECLAC. Septiembre de 2000.