

**PARTIDO SOCIALISTA DE CHILE  
COMISION SALUD**

**PROPUESTA SOCIALISTA:  
REFORMA PARA UNA SALUD SOLIDARIA**

**Santiago, Abril 1996**

**COMISION DE SALUD DEL  
PARTIDO SOCIALISTA  
DE CHILE**

**Francisco Acevedo  
Sergio Aguiló  
Roberto Alarcón  
Victor Barberis  
M. Elena Carrera  
Alvaro Erazo  
Carlos Espinoza  
Sergio Infante  
Mario Lillo  
Hernán Monasterio  
Fernando Muñoz  
Celsa Parrau  
Wilma Schmied  
Eliana Suazo  
Isidoro Tohá  
Jorge Villegas**

**Coordinador: Sergio Aguiló M. , miembro C.C.**

**Partido Socialista de Chile  
Comisión de Salud**

## **"PROPUESTA SOCIALISTA: REFORMA PARA UNA SALUD SOLIDARIA"**

### **PRINCIPIOS ORIENTADORES**

Los principios que orientan la opinión de los socialistas en materia de salud son : el derecho a la salud garantizado por el Estado, la equidad, la solidaridad y la integralidad.

Las desigualdades en el terreno económico, la distribución regresiva de los ingresos y de las oportunidades, se hacen especialmente notorias en el campo de la Salud. La dramática brecha que separa a los chilenos significa inequidad en cuanto al acceso y calidad de la atención en salud.

*Equidad* en Salud supone entonces la plena accesibilidad de cada ciudadano a una atención de calidad , independientemente de sus ingresos y de los montos que aporte al sistema. Significa también focalizar esfuerzos, preocuparse de manera especial por todos aquellos chilenos que presentan mayor riesgo de enfermar o morir.

La equidad no es posible sin la *Solidaridad*. El financiamiento para costear las necesidades de salud debe provenir del esfuerzo común de todos los chilenos. Los sectores de más altos recursos deben aportar a los de más bajos ingresos en un sistema que asegure prestaciones de salud de un nivel digno y de reconocida calidad.

El nivel de dignidad y calidad que debe alcanzar un sistema nacional de Salud sólo puede cautelarse a través de un *modelo de atención* que integre todos los aspectos que se relacionan con el proceso de salud y enfermedad, un modelo que incorpore como elementos inseparables los temas de prevención, fomento, atención , rehabilitación y reinserción. La *Integralidad* en salud se opone así a visiones más estrechas que conciben las acciones de salud solamente como atención directa a individuos enfermos.

La equidad en salud en un sistema integral y solidariamente financiado sólo puede ser garantizada por el Estado , quien debe poder materializar para el conjunto de los habitantes el *derecho humano fundamental* que constituye la Salud. La Salud es así una tarea prioritaria e irrenunciable de un Estado que centra sus esfuerzos en las personas, en el desarrollo humano colectivo , en el bienestar.

## **ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD**

La actual organización del sistema chileno de salud es resultado histórico de los diferentes modelos, que en distintas condiciones económicas , sociales y políticas se han implementado en los últimos decenios.

El modelo actual reúne e integra rasgos de la Reforma estatal de Salud de los años 50, de los intentos democratizadores de los 70, de la Reforma liberal de los 80 y de los esfuerzos restauradores de los Gobiernos de la Concertación de los 90.

Se ha desarrollado así un sistema mixto con un subsistema público y un subsistema de salud privada.

El subsistema público está compuesto por los Servicios de Salud de administración estatal y la Atención Primaria de administración Municipal. En el subsistema privado concurren diferentes entidades previsionales y prestadoras de servicios. Existe también un sistema especial de salud de las ramas de las F.F.A.A., por definición estatal aunque independiente del sistema público.

A fines de 1994, los beneficiarios del subsistema privado alcanzaban a 3.670.000 (30%) en tanto que los del subsistema público alcanzaban a 8.460.000 (70%). Sin embargo, el mismo año, aproximadamente 395.000 cotizantes de las Isapre tenían una renta imponible igual o inferior a \$130.000 mensuales, lo que significa que cerca de 1.200.000 beneficiarios de Isapre son a la vez beneficiarios potenciales "ilegales" del subsistema público.

El Gobierno de la Concertación ha realizado grandes esfuerzos por reconstruir un sistema público de salud e iniciar un proceso de reformas orientado a lograr precisamente una mayor equidad en las posibilidades de acceso a la salud. Estas reformas están orientadas a hacer más eficiente la organización de los recursos físicos y humanos acercando las decisiones a ámbitos más locales por medio de la *descentralización* y reconociendo las necesidades y prioridades de la población a través de la creación de mecanismos de *participación*.

**Se han dado grandes pasos en este sentido. Sin embargo, aún es pequeño el camino recorrido. Subsisten graves desigualdades en la actual estructura del sistema de salud chileno.**

**El sistema público no consigue ponerse a la altura de las necesidades de la población. A pesar de una política de inversiones y de la manifiesta voluntad de introducir modificaciones, no se ha operado un cambio significativo en materia de atención en salud.**

**Por otra parte, el subsistema privado presenta características que favorecen la profunda inequidad del acceso a la salud.**

**Las ISAPRE reciben como subsidios indirectos importantes sumas del Presupuesto Público. Con estos subsidios "cruzados" se financia el 2% de cotización adicional establecido en la Ley 18.566, se paga el reposo maternal de las afiliadas, se financian los gastos de protección y fomento y las atenciones de urgencia y primaria de miles de afiliados al sistema Isapre. Las estimaciones hacen llegar estas cifras a más de doce mil millones de pesos.**

**El modelo Isapre ha demostrado su incapacidad para entregar una cobertura adecuada de salud a lo largo de toda la vida, como lo señala el hecho de que sólo el 2% de los mayores de 65 años se mantengan en el sistema previsional privado de salud.**

**Cuando se trata de situaciones de elevada complejidad y mayores costos, las llamadas "enfermedades catastróficas" la previsión privada es claramente insuficiente, debiendo asumir el usuario, y muchas veces el Estado, la mayor parte de los gastos demandados. Los niveles socioeconómicos bajos imponen menos y gastan más y, aún en los casos en que están afiliados a Isapre, quedan desprotegidos pues la cotización de salud no les alcanza con la consecuencia de que es el Estado el que asume finalmente la responsabilidad de otorgar atención a estos sectores.**

**A pesar de las normativas reguladoras que la legislación actual pretende introducir al mercado previsional, la falta de transparencia sigue siendo su rasgo distintivo. Las Isapre tienen aranceles propios. La profusión de planes de salud diversos y complicados no permiten una información básica al usuario. La reajustabilidad de los planes es excesiva en relación a la progresión de los costos de salud. Los costos de salud se incrementan o la cobertura disminuye de acuerdo con las proyecciones económicas de las instituciones previsionales sin que los consumidores tengan acceso a influir de modo alguno en estas decisiones.**

**Los gastos de administración del sistema previsional privado son enormes. Se acercan al 16,5% de sus ingresos, comparado con los gastos de administración del sector público de salud , que se sitúan alrededor del 5%.**

**La reformulación del rol de las Isapre en un modelo de salud para todo el país adquiere renovada vigencia , toda vez que los niveles de satisfacción de sus usuarios han disminuido notoriamente durante los últimos años.**

## **REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD. UNA TAREA INCONCLUSA.**

**La política del Gobierno apunta a la modernización y descentralización del Estado, en la búsqueda de una real democratización y mejor servicio a las personas.**

**Durante el período de la Concertación se ha intentado enfrentar el problema de la organización del sistema de salud a través de medidas dirigidas al *fortalecimiento del sector público* mediante el aumento de la inversión en infraestructura y equipamiento y la optimización del uso de los recursos a través de la mejoría en la gestión. Del mismo modo, se han hecho esfuerzos por normar el mercado de las instituciones privadas de salud previsional.**

**Sin embargo, tales medidas no han logrado conformar una verdadera reforma del sector. La influencia de la concepción liberal que entrega al Estado un rol subsidiario focalizado a la atención de los más pobres , no ha sido reemplazada por una concepción integradora más amplia y de mayor alcance estratégico que se dé a la tarea de *crear un sistema de salud mixto e integrado* que responda a la realidad económica y a las necesidades del país. La ausencia de claridad en estos temas provoca incertidumbre en la población y especialmente en los actores sociales directamente vinculados al tema de salud.**

**La responsabilidad en la construcción de un sistema de salud moderno y equitativo, que supere definitivamente la contradicción entre el mercado y las necesidades del conjunto de la sociedad, impone la formulación de una serie de medidas que conforman por su profundidad y alcance una verdadera reforma del sistema. Las características del sector y la complejidad de los temas hacen imprescindible el abordaje simultáneo de aspectos financieros, administrativos, programáticos y estructurales.**

**La reforma que se necesita no es solamente del sector público de salud, sino también del sector privado. Es una reforma global de todo el sistema de salud chileno.**

**Proponemos, en consecuencia , una *profundización del proceso de cambios* que opera en Salud, con una formulación más clara de los objetivos y alcances de una sustancial *Reforma del Sistema de Salud*, a través de un debate nacional y participativo mediante el cual gobernantes, parlamentarios, autoridades de salud, prestadores, gremios del sector salud y usuarios contribuyan a dotar al país del sistema de salud que requiere.**

### ***Rol del Estado.***

**En nuestro país , dada su estructura social y grado de desarrollo, es el Estado , a través del sector público, quien debe liderar el sistema nacional de salud. Corresponde al Estado garantizar a la población el derecho a la Salud. Esta obligación es irrenunciable.**

**El Estado debe definir políticas nacionales y administrar programas de prevención, educación, fomento y protección para todos los habitantes del país.**

**El Estado debe financiar costos de programas nacionales y de atención de salud del sector de la población que no cuenta con recursos propios suficientes. Aproximadamente el 80% de la población chilena requiere el apoyo estatal para hacer efectivo su derecho a la salud.**

**El Estado debe constituirse en prestador (productor) de las atenciones de salud que demandan los beneficiarios del sector público.**

**Para tal efecto, resulta indispensable mejorar considerablemente las prestaciones públicas de los servicios de salud, para lo cual se requiere reformar el mecanismo de financiamiento obligatorio de la salud eliminando sus aspectos regresivos y otorgándole un carácter solidario que permita avanzar progresivamente hacia una cobertura universal satisfactoria frente a la enfermedad.**

**Ello no obsta que pueda persistir una vertiente no pública, con seguros privados optativos y complementarios, los que deberán ser debidamente regulados por el Estado.**

## ***Participación en Salud***

**Entendemos la participación como el instrumento social más importante para vincular los temas de salud a las necesidades y aspiraciones de la gente.**

**Para hacer posible las reformas se requiere un mayor grado de organización y movilización de la ciudadanía en torno al tipo de salud que queremos para Chile.**

**La población debe asumir también su responsabilidad y participar en la elección de las prioridades locales y nacionales sobre las cuales se deben orientar los recursos financieros de salud. En el nivel local, la participación abre la posibilidad de influir poderosamente en la conformación de los planes de salud y el control social de los establecimientos.**

## **LOS CUATRO GRANDES DESAFÍOS DE LA REFORMA EN SALUD.**

### **I. REFORMA ADMINISTRATIVA .MODERNIZACIÓN DEL SECTOR PUBLICO DE SALUD.**

**Parte importante de las insuficiencias del sistema pueden solucionarse con una serie de medidas administrativas y de impulso a una gestión eficiente , integral y descentralizada que se promueva desde el Gobierno y el Ministerio de Salud en la perspectiva compartida de fortalecer el sector público y cumplir el rol que compete al Estado en materias de salud.**

**El rol que asignamos al servicio público lo define como ejecutor de las acciones de salud que le corresponden como prestador público, además de su función como orientador , normador y supervisor de las acciones de salud que otorguen otros componentes del sistema como prestadores privados o institucionales.**

**Para el cumplimiento de su función , es necesario avanzar aún más en el proceso de *descentralización*. La gestión descentralizada significa transformar los Servicios de Salud en entes autónomos responsables de la salud de su población, en capacidad de generar planes locales de salud. La autonomía debe extenderse a la administración de los recursos públicos destinados a cada Servicio , recursos que debieran asignarse directamente a través de la Ley de Presupuesto.**



Es necesario abordar un conjunto de transformaciones legales que doten al sistema público de *mayor flexibilidad administrativa*, para aumentar la eficiencia, desburocratizar el funcionamiento, crear una nueva cultura organizacional y orientar las acciones a la satisfacción del usuario.

El aparato público de salud requiere una *política de recursos humanos* que estimule y recompense adecuadamente a los funcionarios. Mejoras salariales de acuerdo con la realidad económica nacional deben abordarse para todas las categorías. La aplicación de carrera funcionaria debe incorporarse para todo los trabajadores del sector.

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

Es necesario normar la cantidad de *especialistas* que el país requiere , mediante la promulgación de una Ley de Especialidades Médicas que termine con el monopolio de las sociedades médicas y permita una solución global a las especialidades faltantes.

## II. REFORMA PROGRAMATICA. UNA SALUD MODERNA Y ACTUAL.

Las nuevas demandas de salud que devienen de los cambios ambientales y epidemiológicos derivados del envejecimiento de la población y de las transformaciones tecnológicas de la producción , hacen necesaria una *Reforma Programática* a fin de que el sistema de salud responda de una manera moderna y eficaz a las necesidades del mundo actual y sea capaz de resolver adecuadamente los nuevos perfiles de morbilidad que están afectando a los trabajadores y al sector pasivo de la sociedad.

La *modernización programática* debe considerar el aumento de la magnitud de las enfermedades crónicas y de la estrategia necesaria para enfrentarlas. El modelo tradicional que prioriza la atención materno- infantil debe dar lugar a un modelo que de importancia a las enfermedades propias del adulto y los ancianos. La educación y la prevención de los factores de riesgo son aspectos imprescindibles en el diseño de estrategias nacionales de salud.

En un período de transición epidemiológica como el que nuestro país atraviesa hoy, emergen también problemas nuevos que impactan la vida social con características diferentes a las de hace algunos años. El tema ambiental ( la polución, los efectos de la urbanización), los accidentes del

tránsito, la salud ocupacional, el abuso de sustancias y alcohol, la violencia familiar e institucional, el Sida, etc., traen consigo efectos sobre la salud física y mental que representan desafíos nuevos para la planificación de salud.

La magnitud de estos cambios exige una transformación profunda en la definición de los programas nacionales de salud, sus objetivos y extensión.

### III. REFORMA FINANCIERA. HACIA UNA SEGURIDAD SOCIAL SOLIDARIA.

Los desafíos actuales y futuros en materia de salud deben tener como principal propósito buscar los mecanismos financieros para asegurar el acceso y calidad de la atención en igualdad de condiciones para todos y cada uno de los chilenos.

No basta, a nuestro juicio, solamente con las medidas dirigidas a mejorar la gestión. Recursos adicionales son necesarios. *Mayores recursos y mejor gestión* son elementos inseparables de una adecuada política financiera para el sector Salud.

#### a) *Financiamiento actual*

El sistema de financiamiento del sector público de salud es altamente inadecuado, tanto en su composición como en su monto. En 1995 la composición del financiamiento fue:

Aporte Fiscal	44,3%
Cotizaciones	32,9%
Copago	6,9%
Ingresos propios	15,8%

Esta distribución significa que menos de la mitad ( un 44,3%) del Gasto Público en salud se financia con el Aporte Fiscal, es decir , con aquella parte del financiamiento que le da el carácter equitativo al sistema, por provenir de fondos generales de la nación. Esta cifra corresponde al 1,3% del PIB.

Por otra parte, existe una importante brecha en el gasto en salud del subsistema privado respecto del subsistema público. El gasto de Salud por beneficiario es 2,2 mayor en el sistema privado que en el sistema público.

De acuerdo con la comparación internacional del financiamiento en salud, para acceder a niveles sanitarios similares a países con grados de desarrollo parecido al que estamos obteniendo, necesitamos aumentar el Gasto Público en Salud en un punto del Producto Geográfico Nacional.

***b) Medidas inmediatas para mejorar el financiamiento***

Un mayor financiamiento, sin modificar el modelo actual, es posible a través de las siguientes medidas:

- Aumentar significativamente el Gasto del Estado en Salud. Ya el Programa de la Concertación para el segundo gobierno democrático, planteaba la necesidad de un aumento del aporte fiscal en salud hasta el 2% del PIB .
- Terminar definitivamente con toda forma de subsidio cruzado a las Isapres. Del mismo modo, fiscalizar el cobro de las prestaciones que el sector público realiza a los beneficiarios de las ISAPRES que recurren a él. Por este concepto, el sector puede ver incrementado sus recursos en \$ 20.000 a \$ 30.000 millones al año.
- Mejorar la capacidad administrativa y organizativa para aumentar los ingresos por cotizaciones, normalizar el sistema de copago y aumentar los ingresos propios de los establecimientos.

El control riguroso de la evasión en el pago de cotizaciones puede reportar al sector alrededor de \$ 10.000 millones al año.

***c) Reforma de la Seguridad Social en Salud***

Estimamos , sin embargo, que el país debe dar un salto cualitativo en materia de financiamiento de salud. Somos firmes partidarios de una *Reforma de la Seguridad Social en Salud* que signifique por una parte un aumento real del gasto en salud y que contribuya también a la distribución equitativa de éste.

Para tal efecto, somos partidarios de la conformación de un Fondo Unico de Salud, al que contribuyan con su cotización obligatoria y del que se beneficien todos los chilenos.

**Este fondo debe tomar la forma de un seguro obligatorio de salud - financiado solidariamente-, que garantice al cotizante y a su grupo familiar la atención integral de sus problemas de salud a lo largo de toda la vida y en todos los grados de complejidad, mediante la aplicación de un Plan Integral de Salud que el Estado deberá estar en condiciones de prestar - a través de su red de Servicios de Salud- a toda la población.**

**- El sector privado de salud actuará como un sistema de seguros optativos y complementarios a la función del Estado para todos aquellos chilenos que estén en condiciones de financiarlos. El Estado no subsidiará la actividad de salud privada, la que tendrá que competir por vender seguros y prestaciones que se encuentren por encima de las que el sistema público ofrezca (El Plan Integral de Salud).**

**Esta reforma de la Seguridad Social en Salud la entendemos como la aplicación más irrestricta del principio de solidaridad que postulamos. Se fortalece así el desarrollo de una sociedad más equitativa que permite la protección de los más desvalidos con el aporte de todos.**

#### **IV. REFORMA ESTRUCTURAL DEL MODELO DE ATENCIÓN. HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

**Se entiende como *modelo de atención* el marco referencial en el cuál se organizan e interactúan los componentes de la sociedad para mantener la Salud y revertir la enfermedad. Las características concretas que adopta el modelo están determinadas tanto por la concepción de salud que lo inspira como por el desarrollo histórico de la sociedad que lo genera.**

**Entendemos la *salud* como un bien individual y colectivo que , más allá de la ausencia de enfermedad y del bienestar físico, psíquico y social, permite y condiciona la realización del proyecto vital de las personas en plena armonía con los demás y con el medio. La salud, así entendida, es un componente sustantivo de la *calidad de vida*.**

**El estado de salud y la aparición de enfermedad forman parte de un proceso continuo que depende tanto de las capacidades individuales de autoregulación y defensa como de las condiciones de vida ( estilo de vida, hábitos de consumo, inserción en el proceso productivo, acceso y participación en la toma de decisiones, situación ambiental ).**

**Este enfoque pone el acento tanto en mantener el estado de salud como en intervenir tempranamente a nivel de los factores de riesgo de enfermar, anticipando la aparición de la enfermedad y en el caso que se llegara a producir previniendo y evitando complicaciones y deterioros.**

**La coexistencia en Chile de dos subsistemas de salud, público y privado, con diferentes enfoques y deficiente complementación, hacen muy difícil hablar de la existencia de un modelo de salud satisfactorio para el país. Por otra parte, dentro del sistema público, la Atención Primaria se administra a través de los Municipios presentando en muchos casos serias dificultades para actuar de una manera integral con el resto del sistema. El principal efecto del proceso de municipalización ha sido la desintegración de la Red Asistencial.**

**Tanto desde un punto de vista sanitario como económico-administrativo aparece como fundamental lograr el *funcionamiento sistémico, complementario y armónico* de los distintos prestadores de salud. Reglar y concordar socialmente la complementariedad de los subsistemas es un tema insoslayable de la Reforma de la Salud.**

**Un sistema nacional así concebido debe incorporar el fortalecimiento de una *red integral* de educación de hábitos saludables, prevención y atención en salud de creciente cobertura y calidad , que tenga como base la incorporación de los consultorios públicos y los centros de salud a una estrategia global que *privilegie la atención primaria y aumente sustantivamente la capacidad de resolución ambulatoria de los problemas de salud.***

**Este concepto de modelo de atención , que liga adecuadamente los distintos niveles de atención ambulatoria y hospitalaria, ha sido descrito internacionalmente como Modelo de Atención Primaria . La planificación en salud para lograr estos propósitos se denomina "estrategia de atención primaria".**

**En consecuencia, la distribución de los recursos financieros, físicos y humanos debe otorgar al nivel primario de atención la relevancia necesaria para la aplicación del modelo.**

#### ***La Atención Primaria Municipal.***

**De acuerdo con el modelo de salud que proponemos al país, corresponde al nivel primario de atención un rol de fundamental importancia en la promoción, preservación y respuesta temprana a los problemas de salud de la población.**

**La organización municipal de la Atención Primaria muestra falencias en cuanto a su ligazón estructural con la red estatal de servicios de salud. Este es para nosotros el problema *cardinal* de la Atención Primaria.**

**Las consecuencias que para el país ha traído el proceso de municipalización de la atención primaria , deben ser evaluados tomando en cuenta la diversidad de las realidades locales . En nuestra opinión, no hay una respuesta única ,dado el hecho de que numerosas comunas no han podido ejercer satisfactoriamente la administración del sector salud. Es preciso entonces, buscar soluciones adecuadas para las distintas comunas. Un diagnóstico más exhaustivo de la diversidad comunal debe resultar en el retorno de muchos consultorios municipales a la red estatal de servicios, la mantención en los municipios de aquellos que han funcionado bien, la asociación de grupos de municipalidades para la administración de la atención primaria u otras soluciones que el proceso de evaluación recomiende.**

**Cualesquiera sean los resultados de la evaluación del proceso de municipalización y las medidas que se tomen en cuanto a la administración de los Consultorios de Atención Primaria, es preciso perfeccionar la red municipal con más recursos y posibilidades para la construcción de un modelo integral en estrecha colaboración con los establecimientos de los Servicios Regionales de Salud.**

#### **Palabras Finales**

**El tema de la salud es prioritario para los socialistas. Desde el gobierno, desde el parlamento, desde los gremios, desde la organización social en todos los niveles, debemos contribuir a la conformación de un movimiento social por los cambios en Salud. A este gran debate nacional concurrimos con nuestra propuesta , con nuestro "Propuesta Socialista: Reforma para una Salud Solidaria" cuyos fundamentos éticos y técnicos están reseñados en este documento.**

**Santiago, Abril de 1996.**