

LAS PERSONAS DEMANDAN UN NUEVO TRATO EN SALUD: *REFORMA IMPOSTERGABLE*

Versión 2.0

REFLEXIONES DE VALOR PÚBLICO¹
AGOSTO 2021

Mario Weissbluth²
Antonio Infante³
Rafael del Campo⁴
José Inostroza⁵

RESUMEN EJECUTIVO

Este ensayo tiene como propósito entregar a la ciudadanía, constituyentes y autoridades políticas presentes y futuras una propuesta programática preliminar, que permita iniciar una discusión de cambios radicales –aunque graduales– en el sistema de salud en su área asistencial, que les asegure a los(as) usuarios(as) y funcionarios(as) un nuevo trato en esta materia. No contiene cálculos financieros detallados, pero algunas de nuestras propuestas, tanto en la gratuidad de la salud como en la mejoría de la profesión médica con dedicación exclusiva, tendrán costos incrementales importantes, que estimamos en el orden de 3% del PIB, que debieran ser financiados con impuestos generales.

¹ El propósito de las Reflexiones de Valor Público (RVP) es la presentación y discusión de asuntos públicos de interés, así como de propuestas para su abordaje. **Las opiniones expresadas en estos artículos no representan necesariamente la opinión del Centro de Sistemas Públicos sobre el tema tratado por las autoras y autores.**

² PhD de la U de Wisconsin, fue fundador y primer Presidente de Educación 2020, fundador y hoy consejero del Centro de Sistemas Públicos (CSP) de Ingeniería Industrial de la U. de Chile, y ha escrito tres libros sobre educación.

³ Médico salubrista con amplia experiencia en gestión de salud, ex Subsecretario de Salud y ex Director de Servicios de Salud. Consultor internacional en programas alimentarios y de salud pública.

⁴ Ingeniero Comercial, Universidad de Chile. Diplomado en Desarrollo Económico Local, Universidad Austral y Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Diplomado en Gerencia Pública del Departamento de Ingeniería Industrial (DII) de la Universidad de Chile. Se ha desempeñado en cargos directivos tanto en el sector público como en el privado. Además, ha trabajado como consultor en gestión del cambio y sistemas de gestión pública y privada.

⁵ Abogado, Magíster en Gestión y Políticas Públicas, U. de Chile; consultor y docente asociado Centro de Sistemas Públicos (CSP) de Ingeniería Industrial de la U. de Chile; ex Director del Programa de Modernización del Sector Público, Ministerio de Hacienda.

La meta esencial es que el acceso expedito y gratuito a una salud de calidad elimine una de las fuentes preponderantes de inseguridad vital de todos los chilenos, en forma independiente de su edad, condición de salud y niveles de ingreso.

INTRODUCCIÓN

“Tenemos el mejor sistema de salud del mundo”. ¿Verdadero o falso? Respuesta simultánea: ambos. Está entre los mejores, por la amplitud de su red y por indicadores clásicos como cobertura de atención institucional del parto; mortalidad infantil; certificación médica de las defunciones; vacunaciones; control materno infantil; esperanza promedio de vida, a lo que hay que sumar que desde un principio se preocupó de otros factores esenciales como una amplia cobertura de agua potable y alcantarillado, logrando todo con un gasto per cápita significativamente más bajo que los demás países de la OCDE.

Esto ha sido fruto de un trabajo sistemático y coordinado, originado en las grandes crisis como la del salitre en los años 20, el terremoto de Chillán en los 30 y el de Valdivia en los 60. El Estado intervino no sólo en temas de salud, sino ampliando la cobertura de escuelas; modernizando la legislación laboral y fomentando la participación con mejores organizaciones territoriales, sindicales y sociales. La salud es multidimensional y en ella han influido diversos ámbitos en que Chile ha prosperado.

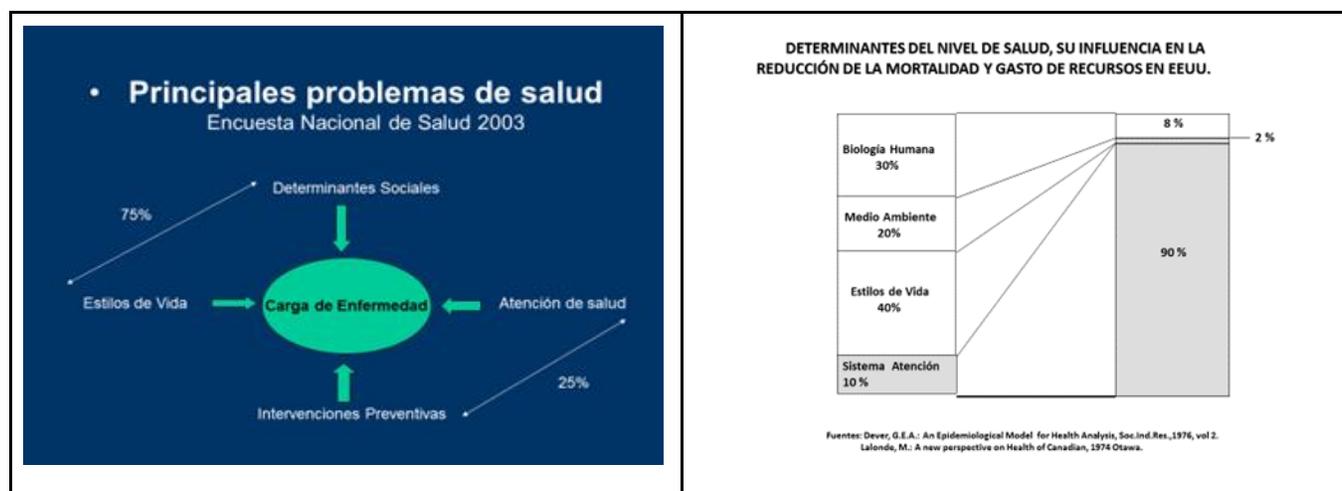
Sin embargo, la otra cara de la medalla muestra un sistema en crisis que ha abandonado sus tareas promocionales y preventivas y cuya reforma del área asistencial está entre las primeras prioridades ciudadanas desde hace muchos años. Un sistema de atención dual, discriminador, que acentúa y resalta la desigualdad.

El objetivo de este ensayo es proponer un conjunto de medidas para que el encabezado de este artículo se transforme en realidad, y podamos así, algún día ojalá cercano, decir con propiedad “tenemos uno de los mejores sistemas de salud del mundo”.

“Tenemos el mejor sistema de salud del mundo”. ¿Verdadero o falso? Respuesta simultánea: ambos. Está entre los mejores, por la amplitud de su red y por indicadores clásicos como cobertura de atención institucional del parto; mortalidad infantil; certificación médica de las defunciones; vacunaciones; control materno infantil; esperanza promedio de vida, a lo que hay que sumar que desde un principio se preocupó de otros factores esenciales como una amplia cobertura de agua potable y alcantarillado, logrando todo con un gasto per cápita significativamente más bajo que los demás países de la OCDE. (...). Sin embargo, la otra cara de la medalla muestra un sistema en crisis que ha abandonado sus tareas promocionales y preventivas y cuya reforma del área asistencial está entre las primeras prioridades ciudadanas desde hace muchos años. Un sistema de atención dual, discriminador, que acentúa y resalta la desigualdad.

Es imprescindible destacar que el sistema de salud debe promover el bienestar de las personas, las familias y las comunidades. El conjunto de sus instituciones debe trabajar con ese objetivo y buscar influir en el resto de los sectores para que la salud se inserte en todas sus políticas.

La atención de salud es responsable sólo de una parte de las variables que influyen en el nivel de salud de una población. La Encuesta Nacional de Salud da cuenta que las atenciones preventivas y la red de salud son responsables sólo de un 25% de la carga de enfermedades, siendo los determinantes sociales y los estilos de vida responsables del 75%. En el caso de EEUU, un estudio realizado en 1996 indicó que el sistema de atención sólo influye en el 10% de la reducción de la mortalidad, sin embargo, consume el 90% de los recursos.



Este severo desbalance entre la asignación de recursos financieros y los diferentes determinantes del nivel de salud, debe enfrentarse. El desafío para alcanzar mayores niveles de bienestar es entonces involucrar al conjunto de actores en la resolución de inequidades y en un cambio cultural, además de diseñar un modelo de atención que garantice dignidad, participación y eficacia sanitaria. Estas no son palabras vacías: un rol central del Ministerio y de la Subsecretaría de Salud deberá ser la promoción de soluciones intersectoriales, en coordinación con los demás ministerios, en particular de Hacienda, Trabajo, Educación, Cultura y Medioambiente.

BREVE DIAGNÓSTICO

Ya el año 2000 la OMS, en un ranking de sistemas de salud de 180 países (1), ubicaba a Chile en primer lugar de salud infantil, pero en el lugar 168 en equidad financiera, quedando el rango de su capacidad de respuesta en el lugar 103. Se manifestaba así, en cifras, el sistema dual: satisfactorio para quienes tienen dinero e insuficiente para la mayoría de la población.

En 20 años esta situación ha empeorado. Hoy el sistema público de atención de salud se concentra en respuestas curativas, habiendo dejado de invertir lo necesario en atención primaria, la que debió haber sido una estrategia

central de su desarrollo. Concentrado en cambio en listas de espera para consultas de especialista o cirugías, despreocupándose de tareas promocionales o preventivas, con una población que envejece e indicadores de obesidad, sedentarismo y prevalencia de enfermedades crónicas muy preocupantes (2). Probablemente lo único que ha mejorado es la infraestructura, con centros de salud y hospitales más dignos, dotados de tecnología moderna, pero que en muchos casos –desgraciadamente– está subutilizada (3).

¿Cómo llegamos a esto? La dictadura militar impuso una atomización deliberada del sistema, por varias razones: control político/policial; intento privatizador y concepción mercantil de los temas sanitarios; y postergación de tareas centrales de la salud pública como promoción, prevención e intersectorialidad.

El paquete de políticas erróneas incluyó que los Servicios de Salud se involucraran en la atención médica, y que se municipalizara la Atención Primaria de Salud (APS) como primera fragmentación. Lo segundo fue la creación de las ISAPRE como receptoras privadas de la cotización obligatoria, que perciben un 44,5% de las cotizaciones obligadas para la atención del 18% de la población –los sectores más acomodados– lo que constituyó una estocada al corazón del sistema y su equidad. El germen de este sistema dual ya existía desde 1968, con la aparición del “Bono SERMENA”, que fue un subsidio a las capas medias para su consulta en el sector privado y el consecuente crecimiento de éste, lo que a su vez promovió la doble jornada de los médicos: la mañana en el hospital y la tarde en la consulta.

Se agrietó así un sistema nacional de salud que, a pesar de todo, es capaz de reverdecer viejos laureles en momentos de crisis. Una muestra de ello ha sido el trabajo en la pandemia y en crisis anteriores como terremotos o la epidemia de cólera. La red está venida a menos pero razonablemente intacta, con una infraestructura mejorada, pero con equipos humanos descreídos del futuro y mucho personal médico distraído por la mercantilización de la atención.

La crisis actual, con estallido social y pandemia, ha desnudado los principales problemas que afectan a la sociedad chilena, resumidos en una feroz desigualdad. Hay acuerdo en la necesidad de cambios profundos en diversos ámbitos de la vida cotidiana, y la atención de salud ocupa uno de los primeros lugares. El gran desafío es hacer, efectivamente, ese cambio profundo. Esto es lo que hemos llamado “una reforma impostergable... un nuevo trato en salud”, tanto para sus usuarios y usuarias, como para las personas que lo sustentan.

Por otro lado, la pandemia hizo obligatoria una nueva forma de relacionarse con las personas que tuvieran necesidades de atención de salud, incluso entre los equipos de atención primaria y de especialidades. Se comprobó además la fuerza de la red de protección comunitaria y que los hospitales sólo se necesitan para casos graves y cirugías.

Esta realidad repercutirá positivamente en la capacidad resolutive de la atención primaria. La consejería digital de los especialistas y el vínculo virtual con las personas necesitadas implicará menos derivaciones presenciales a especialistas, menos consultas de urgencia, menos hospitalizaciones y estadías hospitalarias más breves. También será necesario cuestionar las dimensiones de los consultorios. Equipos de APS insertos en la comunidad, en colegios, en sedes vecinales, en camiones sanitarios, no requerirán la totalidad de las instalaciones actuales para desempeñarse más eficazmente que hoy.

LOS NUDOS CRÍTICOS DEL SISTEMA DE SALUD

En suma y síntesis, los nudos que hay que resolver son:

- Ausencia de espacios de participación social para la definición de prioridades.
- Ausencia de políticas públicas centradas en la calidad de vida y la prevención.
- Abandono de la APS como estrategia prioritaria y municipalización de la misma.
- Sistema de salud centrado en lo curativo y en la salud en general como mercancía.
- Elevada politización y rotación de sus cargos directivos.
- Importante desigualdad de acceso y de recursos para la atención de salud, tanto por territorio como por nivel socioeconómico de los usuarios(as).
- Nudos críticos de ineficiencia: fragmentación entre hospitales y APS, elevado costo de fármacos, bajo uso de pabellones, y descoordinación de la atención ambulatoria.
- Clima laboral opaco y nulos incentivos para crecimiento profesional y carrera funcionaria.

Hoy está aprobada la construcción de hospitales cuya necesidad carece de sentido, aplicando estándares conservadores (90 egresos por mil habitantes y 5 días de estadía promedio). La Serena (en licitación), Marga Marga y Regional de Ñuble (en construcción) son los principales. Esto significa alrededor de 1.500 camas innecesarias y desfocalización de la inversión requerida.

PROPUESTAS DE CAMBIO EN TÉRMINOS GENERALES

- La salud entendida como un derecho básico al bienestar individual y social.
- Un sistema de salud centrado en las personas y los territorios que habitan, establemente profesionalizado, con tecnologías apropiadas e importantes grados de autonomía respecto de la autoridad política de turno.
- Derecho a una atención de salud con acceso universal y gratuito para toda la población, financiado por impuestos generales.
- Un sistema de salud basado en la APS, con participación social, con intersectorialidad, con capacidad de anticipación y con trabajo multiprofesional.
- Reasignación inmediata de recursos desde la construcción de algunos innecesarios hospitales, a la atención primaria.
- En caso de una complicación de salud: un tránsito expedito y fluido de las personas desde el primer nivel de atención al tratamiento más sofisticado, con su rehabilitación y seguimiento posterior.
- Profesionales y técnicos incorporados y formando parte de una gestión exitosa.

LAS PROPUESTAS ESPECÍFICAS

1. Rango Constitucional

La actual Constitución establece el derecho a la protección de la salud, entendido como el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación, así como el derecho de elegir el sistema de salud al que desee acogerse cada cual, sea estatal o privado. El foco está en la libertad asociada al pago de servicios. Es prioritario cambiar el concepto de salud en la Constitución, muy centrado en aspectos operacionales como el acceso, pero con poco o ningún énfasis en el derecho al bienestar individual y social, superando inequidades.

Proponemos: Un foco en el derecho al bienestar individual y social, con un sistema nacional de salud preocupado de promoverlo para todos los habitantes del país. Ello comprende un sistema obligatorio con un Plan Universal público y único, y sistemas privados complementarios voluntarios.

2. Concepción Integral de la Salud

Las personas se desenvuelven en su familia, en el barrio y en el trabajo. Todos estos espacios influyen en el nivel de salud, constituyendo los determinantes sociales (4). La atención de salud es sólo uno de los factores, ni siquiera el más importante. Estos entornos diferentes facilitan o dificultan la gestión de los problemas de salud.

Proponemos: Una intervención sobre estos factores, que sea responsabilidad regulatoria o directa del Estado, asegurando que existan en todas partes condiciones para que las personas desarrollen todo su potencial. En los 50 y 60 los principales problemas fueron el agua potable, el alcantarillado, la red educacional y las legislaciones laborales. Hoy tiene que ser la educación y las viviendas de calidad, los espacios de recreación e intervenciones preventivas o curativas específicas como los impuestos a alimentos no saludables e incluso transferencias condicionadas para personas que tengan que superar un problema como la obesidad, así como transferencias no condicionadas por persona para garantizar un ingreso mínimo estable.

3. Acceso universal y gratuito

En el componente de acceso a la atención de salud las desigualdades son francamente humillantes. Es aquí donde el sistema dual se manifiesta plenamente. Debe garantizarse a todo habitante del país acceso oportuno y gratuito a una atención de salud integral y de calidad. La diferencia no puede hacerse por su capacidad de pago.

Proponemos:

- Un sistema financiado por impuestos generales, y gratuito para toda la población, con nulo gasto de bolsillo. Habrá nuevas modalidades de financiamiento a la APS ajustadas por nivel de riesgo sanitario de cada zona. Los detalles y justificación del nuevo modelo de financiamiento están en los Anexos 2 y 3.
- Término del régimen de cotizaciones: fin del rol asegurador de FONASA e ISAPRES, las cuales podrán desarrollar seguros complementarios.
- La APS será la puerta de acceso y el epicentro de la atención a los usuarios(as), incluyendo la referencia y contrarreferencia con especialistas de hospitales y otros centros de salud especializados.
- Fortalecimiento de la red pública y una red privada de establecimientos sin fines de lucro (en reemplazo al actual subsidio de libre elección de FONASA), con financiamiento público y responsabilidad asistencial, para

quienes no accedan oportunamente a la red asistencial de los CESFAM/Hospitales, y que hoy son usuarios de la medicina de libre elección (MLE) con subsidio público y copagos.

4. Prioridad por la Atención Primaria

El equipo de atención primaria, ya sea de la red pública o privada sin fines de lucro, deberá rendir cuentas por el nivel de salud de la población a su cargo y será reconocido por los resultados que alcance, considerando la vulnerabilidad de sus afiliados.

Contará con médicos especializados en salud familiar y comunitaria, con el apoyo técnico y tecnológico de su red asistencial, y de elementos que aporten a la participación social y la intersectorialidad.

Sus directivos serán designados por un sistema similar a la Alta Dirección Pública (ADP), que asegure la permanencia de los designados por al menos cinco años.

“Financiar a los equipos de atención primaria para que atiendan a las personas, no a los médicos para que presten servicios.

Asegurar que la atención primaria de alta calidad esté disponible para todas las personas y familias en todas las comunidades.

Formar equipos de atención primaria donde viven y trabajan las personas.

Diseñar tecnologías de la información que sirvan al paciente, la familia y el equipo de atención interprofesional.

Asegurar que se implemente una atención primaria de alta calidad en los Estados Unidos”.

Síntesis de recomendaciones de la National Academies of Science, Engineering, Medicine; USA, 2021:
“Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care”

La atención primaria también se desplegará en centros comunitarios, camiones sanitarios, escuelas y recintos deportivos, e implicará también un refuerzo en la dotación de psiquiatras y psicólogos en los COSAM para abordar los abundantes problemas de patologías mentales, más graves aún como resultado de la pandemia.

5. Ruta asistencial expedita con gestión clínica de calidad

Una persona con problemas de salud debe tener asegurado un tránsito exitoso por la red asistencial, lo que implicará eliminar las fragmentaciones hoy existentes, y solucionar los nudos de ineficiencia. Esto demandará, en principio, lo que aquí se propone:

- La formación de un servicio público técnico, el Instituto Nacional de Salud (INS), con elevados grados de autonomía del gobierno de turno, a cargo de: implementar políticas de largo plazo, rectoría técnica de la red, integración de los sistemas tecnológicos compartidos de apoyo, supervisión de la red, e integración de los sistemas de información de salud, facilitando la toma de decisiones basadas en datos.
- Desmunicipalización progresiva de la APS.
- Conformación de Unidades territoriales Hospital - APS como Servicios Públicos Locales (Anexo 4). Una asociación virtuosa entre equipos clínicos, con autonomía de gestión, basada en la confianza y en procesos

definidos de común acuerdo. Presididas por un directorio, con participación de autoridades políticas y sociales de cada territorio, que reportan sus resultados al INS.

- Término de los actuales Servicios de Salud, eliminando su burocracia asociada. Las Seremías continuarán siendo la autoridad sanitaria regional.
- Profesionalización de cargos directivos en toda la red: concursabilidad y eliminación del requisito de confianza política, bajo supervisión del INS.
- Reingeniería de procesos e integración tecnológica en áreas críticas como atención ambulatoria, farmacia, abastecimientos, ficha clínica, esterilización, pabellones, asegurando instalaciones productivas para un trabajo de 12 horas electivas y 24 horas en urgencias.

6. Participación de Profesionales y Técnicos en todos los niveles.

Señalamos al comenzar este ensayo que el mejor desempeño del sector salud sólo se materializa en momentos de crisis. Este bajo desempeño en períodos no críticos sólo se explica porque, generalmente, NO se cohesionan los equipos y porque cada funcionario(a) NO se siente parte de las soluciones propuestas. Ese espíritu es el que debe modificarse y perdurar en el trabajo diario, lo que requerirá:

- Una carrera funcionaria única y estimulante, con acceso a perfeccionamiento continuo, reconocimiento en remuneraciones y movilidad laboral. Los técnicos y profesionales del sistema podrán especializarse en las direcciones deseadas, con participación en espacios de análisis y toma de decisiones.
- Promoción de contratos de dedicación exclusiva, limitando los fraccionamientos de jornada, y asegurando el uso integral de las instalaciones hospitalarias y equipamientos críticos.
- Este incremento de remuneraciones y de horas de dedicación exclusiva a la salud pública será uno de los componentes relevantes del aumento del gasto antes mencionado.

7. Extenso programa de alfabetización funcional sobre vida saludable

Está ampliamente demostrada, especialmente en la población de menores ingresos, la escasa comprensión de las instrucciones médicas, las recetas de medicamentos, y las prácticas necesarias para mantener la salud, especialmente en el caso de enfermedades crónicas como diabetes y patologías cardiovasculares.

Proponemos: campañas masivas de difusión en TV abierta y radios, con foco en prácticas de vida saludable. “La evidencia en favor de una alfabetización en salud es contundente. No se trata simplemente de crear un ramo escolar, sino de llegar a la población, desde los municipios y la atención primaria, con talleres, redes sociales, tele-educación, clubes asociados en torno a las enfermedades más frecuentes. Estos grupos son coordinados por miembros de la misma comunidad, que se capacitan, y amplifican técnicas como por ejemplo, armar un pastillero con la medicación y horario; o identificar los componentes de alimentos que pueden agravar un problema de salud; o usando un lenguaje simple y simbólico, generar entendimiento sobre una enfermedad específica”. (5)

8. Salud Laboral: Integrando para generar más valor⁶

El sistema en Chile distingue entre salud de origen común y laboral, en prevención, atención médica, rehabilitación y pago de licencias médicas. La primera es de cargo del trabajador, posee carencias y topes de cobertura y es provista masivamente por el Estado. La segunda, del empleador, no posee carencias ni topes de cobertura y es provista por entidades privadas (mutualidades) La magnitud financiera del sistema de salud laboral es elevada. El 7% del seguro de salud de origen común es insuficiente para cubrir el pago de licencias médicas (aprox. el 40% lo aporta el Fisco) y una parte importante son de origen laboral, en particular las mentales, pero su prueba es difícil lo que genera subsidios desde el sistema común al laboral. La calificación laboral de los siniestros es efectuada por las propias mutuales y en general existe “descreme”, reflejándose en altos excedentes.

Por eso, proponemos: integrar ambos sistemas en un solo fondo nacional, separando funciones de prevención, médicas, y rehabilitación. Esto facilitará la integración de datos y procesos. Las mutualidades deberían enfocarse en prevención y rehabilitación y no administrar el seguro. El objetivo general debería ser minimizar la salida del mundo laboral de las personas por razones de salud, y en tal caso maximizar el retorno. También se propone unificar los criterios para establecer una invalidez con un único ente calificador en manos de una entidad pública.

En relación a la tramitación de licencias médicas (7MM) - tema socialmente muy sensible - deberán ser calificadas por una contraloría unificada del sistema, simplificando los procesos y dejando una sola instancia de revisión posterior, radicada en SUSESO que ahora cuenta con la capacidad de información y tecnológica. Las COMPINES deberían dejar de tener su rol en esta materia.

EN SÍNTESIS

Como puede verse, este conjunto de breves propuestas representa una transformación muy radical del sistema de salud en Chile. Sólo pretendemos con ellas detonar una discusión profunda del sistema y ojalá contribuir a la generación de consensos políticos y de política pública definitivos en esta materia.

De tener éxito su materialización, con un necesario cronograma gradual a lo largo de varios años, Chile podrá mejorar sus indicadores críticos de salud, como resultado de políticas sostenidas de vida saludable, prevención y atención temprana de las enfermedades crónicas y del deterioro propio del envejecimiento, al contar la atención primaria con recursos suficientes, distribuidos de manera equitativa, de acuerdo a la criticidad de las condiciones de cada territorio.

Debe, eso sí, considerarse como nota precautoria que el mejoramiento integral de la salud de todos los chilenos, de cualquier estrato social, estará siempre asociado a la disminución de la inequidad de ingresos y de la segregación territorial –aunque se mejore la gestión del sistema y se aumenten los recursos– cuestiones ajenas al alcance de este ensayo, aunque las mencionamos explícitamente.

⁶ Se agradecen las ideas aportadas por Claudio Reyes, ex superintendente de seguridad social. La responsabilidad es de los autores.

En este listado de propuestas, el sistema de salud pública deberá llegar a gozar de valoración ciudadana por la calidad de su atención, su eficacia y eficiencia en el uso de los recursos disponibles en los territorios, sus instancias de gobernanza, el profesionalismo de sus directivos, la participación/control de la comunidad, un modelo de gestión consolidado y basado en la confianza, y por la transparencia de su sistema de información integrado a nivel nacional.

La Red Asistencial de Salud Pública, gestionada en forma autónoma y estable por el Instituto Nacional de Salud (INS) y por los Servicios Locales de Salud, es decir las Unidades descentralizadas Hospital-Consultorios, formará y desarrollará competencias, empleo estable y movilidad social, en alianza con las redes universitarias regionales y los centros de formación. Asimismo, realizará las mejoras de procesos y sistemas que permitan el imprescindible incremento de eficiencia del gasto. No se trata únicamente de agregar recursos al sistema.

Por último, esperamos que el financiamiento público de los servicios de salud vía impuestos generales; la analítica e incorporación de tecnologías de punta; así como la contratación de soluciones públicas y privadas por mecanismos competitivos, genere mayor equidad de acceso a la salud, así como una constante innovación y economía de recursos, tanto en la atención primaria como especializada.

La meta esencial, como ya ha sido mencionado, es disponer de una red asistencial pública de calidad que elimine una de las fuentes preponderantes de inseguridad vital de todos los chilenos, en forma independiente de su edad, condición médica y niveles de ingreso.

Nuestra propuesta intenta generar una nueva épica de la salud para Chile, para que esta sea un instrumento de cohesión social, de cooperación interinstitucional y de incremento de la confianza ciudadana en su sistema, para que lo sintamos como propio. Asimismo, buscamos darle al Ministerio de Salud una mayor injerencia intersectorial en todos los determinantes de la salud en la gestión del Estado, lo cual podría impactar sustantivamente en la mejoría del bienestar de la ciudadanía.

LISTADO COMPLETO DE REFORMA PROPUESTAS

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

1. Incorporación en la Constitución del derecho a la salud, expresado como un sistema obligatorio con un Plan Universal público y único, y sistemas privados complementarios voluntarios, para todos los residentes en el territorio.
2. Un sistema financiado por impuestos generales, gratuito para toda la población, con nulo gasto de bolsillo.
3. Término del régimen de cotizaciones: fin del rol asegurador de FONASA e ISAPRES, las cuales podrán desarrollar seguros complementarios.
4. Fortalecimiento de la red pública y una red privada de establecimientos sin fines de lucro (en reemplazo al actual subsidio de libre elección de FONASA), con financiamiento público y responsabilidad asistencial, para quienes no accedan oportunamente a la red asistencial de los CESFAM/Hospitales, y que hoy son usuarios de la medicina de libre elección (MLE) con subsidio público y copagos.

5. Un fondo nacional único para las licencias médicas tanto de salud laboral como común, al que aporten empleadores de acuerdo a la tasa efectiva de siniestralidad del respectivo sector económico y de la empresa,
6. Eliminación de las actuales Comisiones de Medicina Preventiva por ser muy ineficientes y fragmentadas, e implementar un área del Instituto Nacional de Salud con los sistemas tecnológicos de inteligencia artificial desarrollados por SUSESO, a fin de eliminar las malas prácticas en el otorgamiento de licencias y los atrasos en la aprobación y pago de los beneficios a quienes les corresponda.

UNA NUEVA RED DE SALUD

7. La formación de un servicio público técnico, el Instituto Nacional de Salud (INS), con elevados grados de autonomía del gobierno de turno, a cargo de: implementar políticas de largo plazo, rectoría técnica de la red, integración de los sistemas tecnológicos compartidos de apoyo, supervisión y conducción general de la red, e integración de los sistemas de información de salud, facilitando la toma de decisiones basadas en datos.
8. Conformación de Unidades territoriales Hospital - APS como Servicios Públicos Locales (Anexo 4). Una asociación virtuosa entre equipos clínicos, con autonomía de gestión, basada en la confianza y en procesos definidos de común acuerdo. Presididas por un Directorio, con participación de autoridades políticas y sociales de cada territorio, que reportan sus resultados al INS.
9. Nuevas modalidades de financiamiento a la red de salud ajustadas por nivel de riesgo sanitario de cada zona o Servicio Local.
10. La APS será la principal puerta de acceso y el epicentro de la atención a los usuarios(as), incluyendo la referencia y contrarreferencia con especialistas de hospitales y otros centros de salud especializados.
11. Desmunicipalización progresiva de la APS.
12. La APS contará con médicos especializados en salud familiar y comunitaria, con el apoyo técnico y tecnológico de su red asistencial, y de elementos que aporten a la participación social y la intersectorialidad. También se desplegará en centros comunitarios, camiones sanitarios, escuelas y recintos deportivos, e implicará también un refuerzo en la dotación de psiquiatras y psicólogos en los COSAM para abordar los abundantes problemas de patologías mentales.
13. El equipo de atención primaria, ya sea de la red pública o privada sin fines de lucro, deberá rendir cuentas por el nivel de salud de la población a su cargo y será reconocido por los resultados que alcance, considerando la vulnerabilidad de sus afiliados.
14. Reingeniería de procesos e integración tecnológica en áreas críticas como atención ambulatoria, farmacia, abastecimientos, ficha clínica, esterilización, pabellones, asegurando instalaciones productivas para un trabajo de 12 horas electivas y 24 horas en urgencias.
15. Término de los actuales Servicios de Salud, eliminando su burocracia asociada. Las Seremías continuarán siendo la autoridad sanitaria regional.
16. Extenso programa de alfabetización funcional sobre vida saludable dirigido por la Subsecretaría de Salud.

PROFESIONALIZACION Y CARRERA DIRECTIVA

17. Un sistema ADP ad hoc para salud, con concursabilidad de la totalidad de cargos directivos de la red, bajo supervisión del INS.

18. Una carrera funcionaria única y estimulante, con acceso a perfeccionamiento continuo, reconocimiento en remuneraciones y movilidad laboral. Los técnicos y profesionales del sistema podrán especializarse en las direcciones deseadas, con participación en espacios de análisis y toma de decisiones.

19. Promoción de contratos de dedicación exclusiva, limitando los fraccionamientos de jornada, y asegurando el uso integral de las instalaciones hospitalarias y equipamientos críticos.

SALUD LABORAL

20. Eliminar diferencias entre salud laboral y salud general, generando un sistema integral, sin carencias ni topes, juntando las actuales cotizaciones de trabajadores y empleadores en un solo fondo nacional de salud de carácter público.

21. Calificación de licencias médicas en una contraloría de salud, eliminando esta función de los Compín.

22. Cambiar la base de la tasa de cotización de los empleadores de una perspectiva de penalidades por siniestralidad, a una de premios por calidad de prevención.

23. Las mutualidades podrán prestar atenciones médicas sin distinción de origen de la enfermedad o accidente, financiadas por pagos del sistema público, potenciando la rehabilitación por accidentes y enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) OMS. 2000. Informe Sobre La Salud En El Mundo 2000. En <https://www.who.int/whr/2000/es/>
- (2) Ministerio de Salud. 2017. Encuesta Nacional de Salud 2016 2017. En https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
- (3) Comisión Nacional de Productividad. 2020. Uso eficiente de quirófanos electivos u gestión de listas de espera quirúrgica no GES. En <https://www.comisiondeproductividad.cl/wp-content/uploads/2020/04/Uso-Eficiente-de-Quirofanos-Electivos.pdf>
- (4) OMS. 2009. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. En https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1
- (5) Jaime Mañalich, El Mercurio, agosto 1, 2021

Para elaborar este ensayo, también hemos tomado en consideración, entre otros, los siguientes estudios:

- “Hacia una nueva red asistencial: descentralización, relaciones de confianza e impacto sanitario”. Antonio Infante, Renato Orellana. 2020.
- “Propuesta para la Provisión Pública de Servicios de Salud”. Imaginacion, Vergara y col. 2020.
- “Propuestas para una reforma integral del Fondo Nacional de Salud”. CEP. Comisión para una Reforma integral de FONASA. 2020

- “Reflexiones sobre la viabilidad de una nueva Reforma de Salud para Chile”. Comisión Gobierno Congreso. Consorcio de Universidades en políticas de Salud. 2020
- “Salud Pos Pandemia: Propuesta para avanzar hacia un sistema de salud más resolutivo, equitativo y solidario”. IdeaPaís. 2020.
- “Análisis de Reformas del Gobierno a la Salud”. Eduardo Bitrán, Manuel Inostroza, Fabián Duarte y Camila Arroyo (Espacio Público). 2020
- “Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno”. UDD. 2019
- “Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud”. CEP y Escuela de Salud Pública, U. de Chile. 2017
- “Construcción Política del Sistema de Salud Chileno: La Importancia de la Estrategia y la Transición”. M. Inostroza, H. Soto (UNAB). 2017
- “Propuestas para el Sistema de Salud chileno. Tratamiento para un enfermo crítico”. Espacio Público. 2014

ANEXOS

Anexo 1: Estadísticas de atención en sector público y privado

El sistema de salud chileno está fragmentado como consecuencia del paradigma de libertad de elección de sistema de salud, lo que separa la población atendida por Isapres y FONASA, vía aporte de cotizaciones. La fragmentación se refuerza con la precariedad de recursos de la Atención Primaria de Salud y la casi nula participación de las Isapres en labores de prevención.

La carencia de prevención se traduce en que, de los casi 14 millones de mayores de 15 años, 11 millones viven con al menos una enfermedad crónica y 2,4 millones tienen cinco o más enfermedades crónicas, como hipertensión, obesidad y diabetes, lo que genera una mayor carga de consultas de especialidades y atenciones de urgencia.

Esta fragmentación es coronada con el sistema de contratación por horas de los médicos en el sector público, y el financiamiento FONASA de las atenciones de libre elección, lo que se traduce en 2,2 millones de personas en listas de espera de especialidades y 300 mil cirugías en el sector público. Un 86% del total de los procesos de apoyo clínico y terapéutico, 58% de consultas médicas de especialidades, 45% de las intervenciones quirúrgicas, 38% de los exámenes diagnósticos y 32% de los partos y cesáreas, se realizan en el sector privado haciendo uso de recursos públicos y con costo de bolsillo para los pacientes.

Anexo 2. Recaudación vía Isapres y FONASA

En Chile existe un seguro de salud común con tasa de aporte obligatorio para todos los trabajadores, del 7% de sus remuneraciones imponibles. Las Isapres perciben un 44,5% de dichas cotizaciones para la atención de los sectores de mayores ingresos, que constituyen solo un 18% de la población, en promedio con menos patologías, y que les aportan adicionalmente un 2,9% de las remuneraciones imponibles para financiar sus planes de salud.

Dicho aporte del 9,9% de las remuneraciones no genera beneficios para el 78,5% de la población atendida por FONASA, cuyo presupuesto se financia sólo en un 28% con el aporte del 7% obligatorio y en un 68% con aporte fiscal. FONASA acoge a la población de menores ingresos, con mayores complejidades de salud, y al 90% de los adultos mayores de 60 años.

Anexo 3. Aporte a impuestos e imposiciones por segmentos de ingreso

Las personas de menores ingresos en Chile pagan proporcionalmente más impuestos e imposiciones que los sectores medios y altos, al considerar el IVA, el impuesto global complementario y las contribuciones a pensiones y salud.

Proponemos eliminar el aporte a salud (7% de la renta bruta) de las personas, financiando las prestaciones de salud con aportes tributarios, provenientes de las personas con mayores ingresos. Esto significa una importante inyección a la equidad real de ingresos en el país y al concepto de gratuidad universal en salud.

¿Por qué financiar vía impuestos y no por el actual sistema híbrido?

1. El sistema actual es regresivo ya que contempla un tope imponible (81,7 UF mensuales en 2021) lo que se traduce en que los trabajadores de menores ingresos cotizan el 7% de salud y los de mayores ingresos proporcionalmente menos.

Ello se traduce en que la carga tributaria total (IVA, Impuesto a la Renta, más los aportes y comisiones a Fondo de Pensiones y a Salud, por tramo de renta) sea mayor para las personas de menores ingresos, las que aportan proporcionalmente un mayor % sobre su renta bruta mensual.

2. En Chile el 35% de las personas que generan ingresos del trabajo, en promedio, no cotizan para los fondos de pensiones o salud (1 de cada 3 trabajadores, la mayor parte de ellos por cuenta propia) lo que resulta en un menor aporte a FONASA entre quienes están obligados, e inequidades entre aquellos que reciben atención y aportan regularmente y aquellos que reciben atención y aportan ocasionalmente, perteneciendo al mismo tramo de ingresos.

3. Los empleadores tienen la opción de declarar y no pagar las cotizaciones, lo que se traduce en retenciones a los trabajadores y no pago a FONASA. El costo administrativo de fiscalizar a quienes no enteran las cotizaciones, sean trabajadores o empleadores, es significativo.

Nuestra propuesta:

Elimina progresivamente el 7% obligado a todos los trabajadores, lo que totaliza en régimen un 2,2% del PIB. La progresión propuesta es por tramo de ingresos. En una primera etapa, se elimina el 7% a los trabajadores que perciben desde el sueldo mínimo al tope exento al impuesto a la renta, lo que se traducirá en un aumento de

remuneración líquida, contribuyendo a mejorar la distribución de ingresos y un mayor costo fiscal máximo de MM\$ 1.983.000 (1,0% del PIB)

En los tramos superiores de ingreso proponemos sustituir la fuente de ingresos fiscales (cotizaciones de salud) por un aumento en la tasa de impuesto a la renta de las personas, lo que corrige la distorsión que genera el tope imponible de las cotizaciones de salud y es más equitativo al aplicarse una tasa progresiva de impuestos. Tiene la ventaja de que el costo de recaudación y cobranza es menor vía SII TGR al que actualmente tiene FONASA. La DT y el SII tienen en marcha desde 2021 el libro de remuneraciones electrónico, lo que facilita la recaudación en línea con cálculo automático.

Así, las Isapres dejan progresivamente de percibir el 7% obligatorio y pueden seguir asegurando prestaciones vía venta de coberturas adicionales al Plan Universal de Salud, en aquel segmento de la población de mayores ingresos, lo que evitará la sobredemanda en los servicios públicos de salud.

Anexo 4. Propuesta de Servicios Locales de Salud Hospital-Consultorios

Proponemos mejorar la equidad de acceso a servicios de salud de calidad, fortaleciendo las redes Hospital - Consultorios en todo el territorio nacional, con gobernanza desconcentrada y mayores recursos y facultades. Serán Servicios Locales que sustituyan a los Servicios regionales de salud, partiendo por territorios piloto con menores complejidades y escalando progresivamente a territorios de mayor densidad poblacional.

Un análisis detallado de la infraestructura actual, así como aquellas en construcción o licitación, nos permite diseñar un total aproximado de 58 Servicios Locales, atendiendo en promedio a 300 mil usuarios c/u, aunque en algunos casos llegando a 800 mil en la Región Metropolitana, los que también incluyen algunos hospitales de mediana y alta complejidad. El Director de cada Servicio Local coordinará la red local incluyendo hospitales, consultorios, centros de urgencia, especialistas, y procedimientos ambulatorios, teniendo la potestad de reasignar personal al interior del Servicio. En Servicios de menor tamaño, el Director del mismo puede ser a la vez el Director del Hospital.
