

ENCUENTRO DE REFLEXION Y DEBATE

RECREANDO IDEAS, CONECTAMOS SUEÑOS... Y ACTUAMOS

Ideas para una propuesta en salud

1. Algunos antecedentes generales

Desde una visión de salud pública, es decir una perspectiva de salud colectiva, a pesar del sostenido crecimiento económico y desarrollo social que Chile ha tenido en las últimas décadas, el país enfrenta desafíos relevantes, tanto en relación con problemas de salud de la población y sus factores determinantes, así como en la respuesta organizada de nuestra sociedad a dichos problemas.

Algunos aspectos vinculados a la situación de salud son bastante conocidos. Es el caso de los cambios demográficos expresados en un incremento notable de las expectativas de vida y el creciente peso relativo de los adultos mayores en el total de la población. En el caso de Chile, la expectativa de vida se ha incrementado desde 54,8 años en 1950 a los 79,1 años actuales, a lo que se asocia un importante aumento de la población de 60 y más años, que constituían 5,5% en 1990 y hoy representan 15,6%. Junto a esta transformación demográfica, hemos ido viendo el desarrollo de un perfil de causas de enfermedad y muerte caracterizado por un predominio sin contrapeso de enfermedades crónicas no transmisibles, las que hoy representan más de un 60% de las muertes que ocurren cada año.

Un aspecto menos conocido, sin embargo, son los factores que determinan el nivel de salud. Los determinantes sociales de la salud corresponden a las condiciones sociales en las que transcurre la vida diaria. Entre estos, los determinantes estructurales, vale decir aquellos que por sí solos pueden explicar desigualdades en salud, son el nivel educacional, ingreso y posición laboral. Las importantes desigualdades que existen en los niveles de ingreso de nuestra población, las inequidades en el ámbito educacional y las inadecuadas condiciones laborales, son los factores que más contribuyen al desarrollo de inequidades en salud.

En términos de la respuesta de la sociedad a los problemas de salud, es evidente que la disponibilidad de servicios sociales y de salud afecta positivamente la salud de la población. El sistema de salud, además de su rol de prestador de servicios, incluyendo el acceso y financiamiento de atenciones preventivas, curativas y de rehabilitación, puede prevenir las consecuencias sociales negativas de la enfermedad. Sin embargo, un desigual acceso a servicios de salud determinado por el nivel socioeconómico, hace que se pierda este potencial de beneficio, perpetuándose de este modo las desigualdades en salud.

2. Salud en todas las políticas

En 2006, bajo la presidencia de Finlandia, la Unión Europea adoptó el lema de "*Salud en todas las políticas*", reconociendo así que la salud es influenciada en gran medida por los estilos de vida y el ambiente, es decir como las personas viven, se alimentan, se movilizan y usan su tiempo libre.

Para poder orientar políticas públicas que efectivamente promuevan un país más saludable, es fundamental fortalecer el rol rector del estado y el ejercicio de la regulación. Algunas orientaciones específicas en esta perspectiva son:

- Avanzar en legislación más estricta para la industria alimentaria respecto de cantidad de nutrientes, especialmente sal, que pueden tener los productos alimentarios.
- Cambiar la dependencia de la Agencia Chilena de Inocuidad Alimentaria desde el Ministerio de Agricultura al de Salud. La función de asegurar la calidad e inocuidad de los alimentos debe hacerse desde la perspectiva de salud de las personas, función del Ministerio de Salud, y no desde la perspectiva del desarrollo de la industria, que es la función del Ministerio de Agricultura.
- En términos de diseño urbano, considerar un diseño ambiental que favorezca la actividad física que promueva conductas saludables, condiciones de seguridad que eviten el delito y favorezca la integración social, para ir terminando con la tendencia a la segregación social de base geográfica.

- A nivel internacional, la evidencia que se ha ido acumulando muestra que la construcción de más vías para automóviles favorece el uso de estos vehículos, mientras que las restricciones, a diferencia de lo que pudiera pensarse, favorecen la descongestión. En este sentido, se sugiere:
 - Privilegiar el uso de la bicicleta y caminata para viajes cortos para tratar de revertir la tendencia a aumentar los viajes en automóvil que se observa en Chile.
 - Avanzar en cambios de uso del suelo, removiendo los espacios de estacionamiento para transformarlos en áreas verdes, favoreciendo el desarrollo de rutas para ciclistas y peatones, así como vías para buses de transporte público.
 - Cambiar los incentivos aumentando el apoyo para transporte público, creando desincentivos tributarios para el uso comercial de automóviles e incrementando los costos y multas de estacionamiento.

Un ámbito específico en el cual es conveniente concentrar esfuerzos de política pública es el de envejecimiento de la población. Resulta evidente que el modelo biomédico es insuficiente para poder abordar la compleja problemática de salud de los adultos mayores, requiriéndose enfoques más amplios, intersectoriales, alineados en torno a políticas públicas que fortalecen un envejecimiento activo.

3. Salud y seguridad social

En el ámbito más específico del sector salud hay desafíos tanto a nivel de los seguros, como en el acceso a atención.

3.1 Seguros

Los arreglos seguros en salud, como FONASA o las ISAPRE deben analizarse desde la perspectiva de la seguridad social, que nació en el mundo debido a la incapacidad de los seguros privados para resolver problemas como los que surgen debido a la naturaleza de la salud (por ejemplo, en casos de enfermedades congénitas o enfermedades crónicas, el evento ya existe y, por lo mismo, no hay nada que asegurar). Lo que hace el arreglo de seguridad social es distribuir los riesgos individuales en el conjunto de la sociedad y, por lo mismo, se sustenta en la obligatoriedad de todos los integrantes de la sociedad a contribuir al financiamiento del sistema en función de sus capacidades. Al hacer esto, el arreglo de seguridad social despliega su característica más definitoria: desliga el riesgo individual de la capacidad de contribución individual.

Las ISAPRE no son seguros privados como erróneamente se les suele denominar. Las ISAPRE son, por cierto, entidades privadas, pero que administran un seguro que es social. Entidades privadas que administran fondos de la seguridad social existen en diversos países desarrollados que han optado por el modelo denominado Bismarckiano (alemán), como la propia Alemania, Suiza o Bélgica. En todos ellos, financiados mediante cotizaciones de los trabajadores, de los empleadores y del Estado, la cotización obligatoria de salud es reconocida como fuente pública de financiamiento. No corresponde, entonces, hablar de sistema privado al referirse al subsistema ISAPRE de nuestro sistema de salud.

La decisión que debemos tomar como sociedad es si las ISAPRE son o no parte del arreglo de seguridad social. Si son parte de la seguridad social, entonces pueden participar de la recaudación de la cotización obligatoria para salud (7%), pero simplemente no pueden discriminar por riesgo individual. Si la decisión es que no son parte de la seguridad social, entonces es aceptable que discriminen por riesgo individual, como cualquier otro seguro voluntario, pero entonces simplemente no pueden captar la cotización obligatoria para salud.

Una vez tomada esta decisión, las soluciones técnicas pueden ser diversas, con un fondo único de salud o con varios fondos y con mecanismos de reasignación por riesgo que son financiados por el conjunto de la sociedad y no por personas en función de sus riesgos individuales.

3.2 Sistema de atención

El ingreso de Chile a la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE), que agrupa a los países más desarrollados en el mundo, permite comparar a Chile con estándares más exigentes que los latinoamericanos. En este contexto, la situación relativa de Chile ya no aparece tan auspiciosa como en la comparación con los vecinos latinoamericanos. A modo de ejemplo, con 2,3 camas por mil habitantes, Chile se ubica en el penúltimo lugar del ranking de camas hospitalarias por población,

solo superando a México que presenta 1,7 camas por mil habitantes. El promedio de la OCDE corresponde a 4,9 por mil habitantes. Lo mismo ocurre con la proporción del gasto destinado a salud que se destina al sector público, que muestra a Chile, junto a Estados Unidos y México, entre los países con menor proporción del gasto destinado al sector público.

En este sentido, las políticas deben orientarse a fortalecer el sector público de salud, lo que no debe entenderse como mantener el *statu quo*. Por el contrario hay que avanzar decididamente en esfuerzos de modernización. Entre estos se pueden mencionar:

- Fortalecer la integralidad del sistema de salud, en base a redes que administren los distintos niveles de atención, incluyendo hospitales y nivel primario, ese último hoy de dependencia municipal. Las redes pueden integrar a prestadores que no tengan fines de lucro, como las ONG que hoy existen (Ej. Centro de Salud Familiar Cristo Vive en el área norte de Santiago; Hospital Parroquial de San Bernardo en el área sur de Santiago).
- Las redes podrían ser administradas por instituciones que compartan objetivos con el sistema de salud como las universidades tradicionales, lo que resolvería la disputa por campos clínicos y pondría racionalidad en la expansión desenfrenada de carreras de la salud en universidades privadas con fines lucrativos.
- Establecer sistemas de gobierno corporativo para los niveles de decisión de las redes y establecimientos, que se expresen en directorios que incorporen a representantes de las comunidades a las que los establecimientos de salud deben servir.
- Aprovechar la experiencia de los establecimientos asistenciales experimentales (Hospital Padre Hurtado, CRS Peñalolén y Maipú) para elaborar un régimen especial para la gestión de recursos humanos en salud que otorgue mayor flexibilidad para la gestión que los actuales marcos estatutarios.
- Fortalecer el nivel primario de atención mediante un claro mejoramiento de las condiciones de infraestructura, tecnológicas y remuneracionales del personal, para que este nivel efectivamente sea una posibilidad de desarrollo profesional. Invertir en el desarrollo del nivel primario de atención es solo favorable para el país, aunque probablemente difícil debido al mayor poder social y político concentrado en hospitales.

En relación con adultos mayores, se requiere mejorar la respuesta que se ofrece a este grupo de población. En efecto, el modelo de atención requiere cambios en la relación que se construye entre prestadores y usuarios, de modo de reconocer a los adultos mayores como personas empoderadas y sujetos de derecho. Por otra parte se requieren cambios orientados a mejorar el nivel de resolución del nivel primario de atención, así como servicios hospitalarios de larga estadía, distintos a los actuales hospitales de agudos.

Corriente Ideas y Acción Santiago Oriente, diciembre 2012