

VECTOR
centro de estudios económicos y sociales

ARCHIVO FASISIC

INFORME DE SALUD

SEPTIEMBRE 1981

El Informe de Salud es elaborado por el Grupo de Salud

VECTOR

CENTRO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

(Documento de Circulación Interna y Distribución Gratuita)

Cubre el período del 1° de Abril al 31 de Julio-81

Se autoriza su reproducción a condición de que se mencione la fuente.

I N D I C E

PRESENTACION

1era PARTE: DEBATE IDEOLOGICO:

- Salud: Principios y valores..... 1
- El discurso de El Mercurio sobre la reestructuración del sistema de salud..... 6

2da. PARTE: INFORMATIVO:

- Mes de Abril 13
- Mes de Mayo 13
- Mes de Junio 16
- Mes de Julio 17

3era. PARTE: TEMAS DE ANALISIS:

- El nuevo rol de las Municipalidades y la Salud..... 19
- Reestructuración de la Universidad y Salud..... 21
- Destrucción de los Colegios Profesionales y Salud..... 24

PRESENTACION

Durante el mes de Junio del presente año se constituyó en Vector el Grupo de Salud el que definió, desde sus orígenes, un carácter interdisciplinario y pluralista. Se integraron a él personas con diferente formación profesional, sostenedores de un enfoque crítico al actual modelo de salud desde diferentes posturas ideológicas y políticas.

Los propósitos que animan el trabajo intelectual del grupo son: conservar y difundir un pensamiento en salud que integre la solidaridad, la democracia y la participación como valores orientadores del sistema, tanto en su funcionamiento como en la toma de decisiones, y concibe la salud como un derecho al cual tiene acceso la totalidad de la población, en condiciones igualitarias.

La profundidad del estudio de las transformaciones que hoy afectan al sistema y principalmente los efectos que tales transformaciones están llamadas a provocar en el nivel de salud de la población, justifican la existencia de una instancia que sea capaz de integrar la producción intelectual crítica al debate ideológico, asumiendo como un propósito prioritario una labor difusora.

Este informe responde a los propósitos de difundir los primeros trabajos resultantes de la reflexión de este grupo.

SALUD: PRINCIPIOS Y VALORES

La creación legal de las Instituciones de Salud Previsional o ISAPRE constituye uno de los hitos finales de la estructuración de la política de salud del Gobierno Militar. Si bien no hay duda que habrá nuevas leyes y normas, nos parece que serán de significado adjetivo y que estarán inspiradas por ajustes menores y no por implementación de modificaciones de fondo.

Es por ello que pensamos que es el momento de mirar los cambios como un todo para penetrar en los aspectos fundamentales que han sido cambiados. Debemos liberarnos de pequeñas visiones contingentes y del análisis de elementos aislados, para encontrar los aspectos comunes que inspiran el nuevo sistema de salud para Chile.

Los elementos explícitos que se utilizan para determinar una política de salud y de atención médica son el diagnóstico de la realidad y el conocimiento de los recursos disponibles. Se trata, por una parte, de lograr una apreciación equilibrada de las características de los problemas de salud que afectan a la sociedad, al mismo tiempo que conocer la disponibilidad de recursos humanos, materiales y económicos.

Sin embargo, estos dos elementos no son suficientes. Para consolidar una idea de política de salud es necesario un tercer elemento que oriente la forma en que realidad y recursos se relacionarán para dar solución a los problemas. Este tercer elemento es el conjunto de valores y principios, generales algunos y específicos otros, que orientan y sustentan las soluciones explicitadas en la política de salud. Su papel es de guiar la elección de opciones en función de su mejor contribución al desarrollo y a la realización social e individual.

Durante el período que va desde los años veinte hasta 1973, el desarrollo y el progreso de la salud pública y la atención médica se basó en un conjunto de valores y principios sobre los que había consenso en los diversos sectores. Emanaban, sin duda, del consenso más general sobre el tipo de sociedad a que se aspiraba. Si bien hubo períodos en que se interrumpió esta continuidad, por su brevedad, no llegaron a afectarlos. Cuando se

da esta continuidad y este consenso, estos principios y valores no se explicitan. No son factor de conflicto y las diferencias se dan sólo en la forma de materializarlos. Son supuestos implícitos que llegan a parecerse nos eternos e inamovibles.

Es por ello que, si tratamos de no distraernos en el detalle contingente, podremos identificar y caracterizar los elementos permanentes de la política de salud del período 1920 a 1973. Estos principios fueron la solidaridad, la participación y la integralidad preventivo-curativa.

Hoy estos principios han sido revertidos. La solidaridad se ha convertido en individualismo; la participación en autoritarismo y la integralidad en unilateralidad.

La solidaridad:

La solidaridad en salud se puede definir como el grado mínimo aceptable hasta el que el interés particular se puede subordinar al interés de la sociedad por mejorar y elevar el nivel de salud. Los miembros del conglomerado aceptan que sus intereses en salud sean satisfechos en la mejor forma posible, siempre que esto no signifique sobrepasar el interés colectivo.

El medio, simbólico, desde el enfoque de principios, a través del cual se operacionaliza esta solidaridad es el dinero. Por su intermedio, los participantes contribuyen a financiar los servicios para que se les dé el mejor uso en interés general de la sociedad. Por lo tanto, los servicios que se espera recibir serán proporcionales a las necesidades de salud y no al monto de su contribución. Se podría sintetizar esta relación diciendo que cada miembro del grupo social aporta de acuerdo a su capacidad económica y que recibe de acuerdo a sus necesidades de salud. El criterio de aporte es la riqueza. El criterio de compensación es la necesidad.

El enfoque solidario se enmarca en la concepción humanista de la atención médica. Es la preocupación por el ser humano por ser tal y, consecuentemente, nunca en función de su valor económico. Cualquier argumentación en contrario, por muy lógica que aparezca, nunca podrá justificarse frente al hecho de que en este campo se trabaja con la vida y la muerte.

Inmersos en la realidad inmediata, entretenidos con las nuevas disposiciones o con las nuevas siglas, nos distraemos de los cambios de base que se están produciendo.

Sabemos que el principio rector es la economía de mercado, pero ello lleva de la mano el individualismo. La salud, y la atención médica se convierten en una mercancía que se adquiere según la capacidad de compra y que se regula por la oferta y la demanda. El usuario recibirá la cantidad y calidad de servicios en la medida que lo pueda pagar.

Independiente de la opinión que se pueda tener sobre la economía de mercado, en el caso de la salud y de la atención médica, el individualismo y la mercantilización no son aceptables. La atención médica debe funcionar intransablemente de acuerdo a las necesidades de la población y la economía de mercado le pide que lo haga de acuerdo a la rentabilidad de las acciones. Como las necesidades no tienen escala de prioridades acordes con la rentabilidad, la distorsión es inevitable. Basta, como ejemplo, pensar en la rentabilidad mercantil de la prevención para convencerse de esta realidad.

La participación:

El sistema de salud, como todo sistema social, se compone de un conjunto de elementos inter-relacionados que aportan en diversos aspectos el propósito común de elevar el nivel de salud de las comunidad. Estos elementos, muy diversos y complejos, pueden ordenarse en muchas formas de acuerdo al interés analítico que se tenga. Para nuestro objetivo de analizar

la participación es útil hablar de cuatro grupos. Los dos grupos más obvios son los usuarios y los proveedores de servicio. Los primeros son el conjunto de personas, enfermas o sanas, que de una u otra forma reciben servicios de salud preventivos o curativos. Los segundos, que llamaremos proveedores primarios, son los profesionales, auxiliares y administrativos que integran directamente los servicios de salud.

Estos dos grupos de elementos no pueden, sin embargo, funcionar si no se agregan los proveedores secundarios y los aparatos e instituciones financieras. Los proveedores secundarios son aquellos que producen medicamentos, elementos terapéuticos, instrumentos y otros insumos. También por las instituciones que forman personal incluyendo universidades, institutos y academias.

El cuarto grupo de elementos se identifica por el manejo de los recursos financieros. Son las instituciones y organizaciones que administran el financiamiento en función del gasto.

Los intereses de estos grupos del sistema de salud son diversos. Los usuarios buscan mejorar y mantener su salud. Los proveedores primarios aspiran a ingresos adecuados y a realizarse profesional y laboralmente. Los proveedores secundarios y los aparatos financieros buscarán, en una sociedad mercantil, maximizar las utilidades y el lucro.

Es decir, si bien el propósito es común y compartido, los intereses que mueven a cada grupo de elementos es diverso y, en ciertos aspectos contradictorios. Sin duda que recibir la atención médica integral más adecuada a las reales necesidades no concuerda con la atención médica más rentable.

Es por ello que cada grupo aspira a controlar el sistema de salud a fin de lograr satisfacer sus intereses. De allí surge la lucha por ese

control, de acuerdo a las formas propias de la situación histórica que se vive.

En Chile, desde los albores de la organización de la atención médica en los años 20 de este siglo y hasta comienzos de la década recién pasada, el control del sistema lo mantenían predominantemente el grupo de los proveedores primarios, muy especialmente los médicos, y en grado menor pero creciente los usuarios. Esto se expresaba en la participación en las instancias de decisión, como el Consejo Nacional de Salud, el Ministerio, las Direcciones Nacional, Regionales y Locales, etc. También a través del control de la actuación de sus miembros por el Colegio Profesional respectivo. En el caso particular del Colegio Médico, por la administración de fondos de servicio del Sermena.

Los usuarios también tenían algún control, aunque muy reducido, sobre el sistema. El más importante era el que lograban a través de la representación de sus elegidos en los niveles ejecutivos y legislativos. Sólo en el último decenio del período que analizamos, los usuarios comienzan a tener una participación directa en los niveles locales de salud.

Hoy, y casi sin darnos cuenta, el control se va desplazando a los proveedores secundarios y a los aparatos financieros. Por mecanismos diferentes cada uno de estos elementos pueden hoy día dar orientación y, en definitiva, controlar el sistema. Los proveedores secundarios, principalmente la industria farmacéutica, se han convertido cada vez más en el medio de orientación de los adelantos y progresos terapéuticos. Ello es debido a su mayor libertad de acción y a la desconexión de los centros académicos de los profesionales dispersos en la medicina privada. También ha adquirido más relevancia la participación de la industria de instrumentales en la orientación de las necesidades de salud.

Las organizaciones financieras privadas adquieren cada vez más importancia en el control del sistema. El desplazamiento de la administración de

los fondos al seguro privado permite a éste influir decisivamente en la calidad, cantidad y prioridad de los servicios.

Quien controla el sistema lo hará de acuerdo a sus intereses. Es por ello que en una situación como la nuestra, los legítimos intereses de salud sólo pueden ser cautelados por los usuarios y los proveedores primarios. Los primeros porque es su único interés lograr mejor nivel de salud. Los segundos, por su parte, tienen su interés en la realización de sus aspiraciones técnicas y profesionales. Ambos grupos deben participar en darle dirección al sistema de salud. La historia de la salud pública chilena ha demostrado que estos grupos son factor legítimo de progreso e innovación porque no están amarrados al lucro como símbolo de su eficiencia y capacidad.

La solidaridad en el manejo de los recursos y la participación de usuarios, profesionales, técnicos y funcionarios constituyen la base de una correcta atención médica.

EL DISCURSO DE "EL MERCURIO" SOBRE LA REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE SALUD

Durante el trimestre Abril-Junio de 1981 se produjeron hechos que provocaron un avance sustantivo en la inserción del sistema de salud a la estrategia de desarrollo en aplicación, propósito central de la actual política de salud.

Estos hechos concentraron la atención de "El Mercurio" el cual durante el período antes señalado dedicó 15 editoriales a formar una opinión favorable a las reformas que se estaban poniendo en marcha. ¿Qué argumentos fueron esgrimidos para informar sobre los cambios que se estaban produciendo en un área de servicio público tan trascendental? ¿Qué conceptos dieron contenido a su discurso formador de opinión?

Las notas siguientes se proponen dar respuesta a estas preguntas. Se analizarán los editoriales de El Mercurio en función de su contribución a formar una opinión favorable a las reformas que afectan al sistema de salud.

Salud y libertad

En el manejo ideológico del debate sobre la reestructuración del sistema de salud la apelación a la libertad es uno de los recursos más socorridos. En esencia, se trata de asociar el sistema de salud anterior a la falta de libertad y el sistema reestructurado a la plena libertad.

En el sistema de salud anterior el usuario no tendría libertad para elegir el servicio de salud que necesita, el prestatario no tendría libertad para participar en el sistema en calidad de productor independiente y el empresario no tendría la libertad para participar en el sistema como inversionista.

Es por ello que la reestructuración del sistema daría al usuario la posibilidad de elegir los servicios de salud que le conviene y abrir el sistema para que el prestatario se integre libremente a él como productor y el empresario como inversionista.

El S.N.S. "un peligro a la libertad del individuo"

Para fundamentar el proceso de desarticulación del S.N.S. llevado a cabo, el discurso alerta que "bajo las concepciones estatales las personas ven reducida su capacidad de elección y su derecho a decidir incluso las instancias más elementales de su vida individual"^{1/} para finalmente concluir que "la indebida intervención del Estado en la vida nacional representa un peligro (...) para la libertad del individuo"^{2/}.

La participación del Estado en un rol ejecutivo en la producción de servicios de salud, no sólo cumpliría su papel procurando al usuario la libertad de elección, sino también "maniobrando" la libre iniciativa de los proveedores y su capacidad para decidir "qué y cómo producir" en forma independiente: "El desarrollo de organizaciones privadas en salud en nuestro país ha estado seriamente restringido por la intervención permanente y directa del Estado".^{2/}

La reestructuración, "avance hacia la libertad".

"La reforma del sistema de salud constituye un avance significativo hacia una sociedad verdaderamente libre"^{2/}. Esta afirmación resume la imagen que el discurso mercurial pretende proyectar para "vender" la reestructuración.

A los usuarios del sistema la reestructuración les devolvería la libertad perdida en una doble dimensión. En primer lugar tendrían la libertad de permanecer en el sistema tradicional o trasladarse al sistema reestructurado. Pero, además, si desean "libremente" trasladarse al nuevo sistema tendrían la facultad de decidir qué organización (entre las que se creen) se hará cargo de su salud ya que "las nuevas disposiciones amplían el margen de libertad de cada uno y permiten dar un efectivo cumplimiento a la norma constitucional que garantiza a todos los chilenos el derecho a elegir el sistema de salud al que desean acogerse, sea éste estatal o privado"^{2/}.

Por su parte, los prestatarios recobrarían la libertad perdida. Pueden organizar las instituciones que deseen para lo cual sólo deben "enterar el mínimo de capital exigido y cumplir las exigencias que determine el Fondo Nacional de Salud"^{3/}, una vez constituidas las organizaciones "podrán organizarse autónomamente de diversas formas y convenir libremente con sus afiliados la modalidad en que otorgarán las prestaciones"^{4/}.

De la libertad a la eficiencia

El proceso de privatización, en el discurso mercurial, es presentado como un "proceso de liberación" y la participación del Estado como productor de los servicios sería un factor destrucccionista que "entraba la capacidad de desarrollo del sistema"^{5/}. La acción "liberadora" propiciada por el oficialismo otorgaría a los chilenos la posibilidad de "disfrutar de un mayor grado de libertad personal y, al igual que en otros sectores de la vida del país, las organizaciones de salud podrán adquirir un mejor dinamismo y un acelerado progreso"^{6/}. De esta forma, la libertad de elegir no sólo es representada como un fin en si mismo sino como un medio para alcanzar la eficiencia lo cual conforma otro insupuesto mediante el cual el discurso mercurial fundamenta el proceso reestructurador.

La eficiencia en salud

La discusión sobre eficiencia e ineficiencia en salud conforma otro gran discurso argumental para formar opinión favorable el proceso reestructurador en salud.

Cuando se apela a la eficiencia, la línea argumental es tan simple como cuando se apela a la libertad. Se trata de asociar la ineficiencia al sistema tradicional y la eficiencia al sistema reestructurado.

Estatismo, sinónimo de ineficiencia

Para ilustrar la ineficiencia del Estado como productor de servicios médicos, en el plano administrativo se recurre a fenómenos como la "burocratización" o a la dimensión alcanzada por los servicios públicos, lo cual harían inmanejable su administración^{2/}. Sin embargo, el recurso más socorrido consiste en identificar la participación del Estado como factor de corrupción: "la colectivización (...) resultó frecuentemente dispendiosa y se

prestó para la comisión de abusos que en ciertas épocas alcanzaron ribete de escándalo^{7/}.

También la imagen de ineficiencia pública en salud se proyecta al plano económico. La estrategia consiste en asociar la gestión del Estado a fenómenos como "anarquía financiera", "mala asignación de los recursos", "costos sobre-dimensionados", etc.^{8/}

Finalmente, El Mercurio proyecta la imagen de ineficiencia del sector público al plano médico propiamente tal. Para ello se nutre del propio efecto que provoca el deterioro presupuestario generado por la política de gasto público: "tratos indignos", "esperas injustificadas", "atención inadecuada", etc.^{3/}. Especial rol en la ilustración del ineficientismo médico del sector público cumplen la utilización de hechos aislados como infecciones intrahospitalarias, deficiente atención en servicios de urgencia, etc., los cuales son objeto de un despliegue publicitario sobredimensionado.

Privatización, clave de la eficiencia

Para identificar la gestión del sector privado a la eficiencia administrativa en salud se recurre a la evaluación de experiencias como las Mutuales de Accidentes del Trabajo y el caso del Hospital Paula Jaraquemada. Se utilizan resultados parciales que son presentados a través de un lenguaje técnico que irradia imagen de seriedad^{3/}.

La eficiencia económica también es utilizada para dar contenido al discurso aprobatorio de "El Mercurio" al proceso reestructurador del sistema de salud. Aquí se pretende atribuir al proceso de privatización motivaciones causales de fenómenos tales como: "aumento de las remuneraciones de los profesionales de la salud"^{9/}, "apertura de nuevas fuentes de trabajo", "fuerte impulso a la inversión en el área"^{10/}, "rebaja del costo de la salud", etc.

Finalmente, el discurso otorga al proceso reestructurador del sistema el rol de devolver la eficiencia técnico-operativa ausente en la gestión del sector público y con ella "la atención pronta, digna y adecuada"^{12/}.

Sobre el acceso a la atención médica

Finalmente, el acceso a la atención médica se utiliza también para respaldar el proceso reestructurador. Sin embargo, en este caso el discurso se muestra menos agresivo y la argumentación se presenta con más simpleza que en los casos anteriores. Se asocia al sistema tradicional la desigualdad y al sistema reestructurado la igualdad de acceso.

La línea argumental aquí es más "compleja". La reestructuración ayudaría a una mayor igualdad de oportunidades. El proceso privatizador provocaría un "descongestionamiento" en los servicios públicos al "descolgarse" de ellos los estratos de mayores ingresos y permanecer sólo los legítimos beneficiarios.^{12/}

Citas

- 1/ El Mercurio - Editorial - 6 de Abril de 1981
- 2/ El Mercurio - Editorial - 22 de Mayo de 1981
- 3/ El Mercurio - Editorial - 2 de Mayo de 1981
- 4/ El Mercurio - Editorial - 4 de Junio de 1981
- 5/ El Mercurio - Editorial - 31 de Mayo de 1981: "El sector salud que se había mantenido al margen del proceso de reformas estructurales de nuestro país, se verá liberado del estatismo que lo entraba".
- 6/ El Mercurio - Editorial -
- 7/ El Mercurio - Editorial - 27 de Abril de 1981
- 8/ El Mercurio - Editorial - 6 de Mayo de 1981
- Editorial - 2 de Mayo de 1981
- Editorial - 10 de Mayo de 1981
- 9/ El Mercurio - Editorial - 20 de Mayo de 1981: "Con la libertad de creación y afiliación los médicos y el personal paramédico podrán alcanzar una retribución superior para sus servicios".