

Chile: ¿Por qué no es lo mismo un Servicio Nacional de Salud que el Seguro Único?



Camilo Bass y Mario Parada¹
Grupo regional de Salud Internacional de CLACSO

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el acceso a salud. Durante el Siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos (1), como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad/beneficencia. Su objetivo primordial era dar protección solidaria ante la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar en base a la creación de un sistema de protección social fundado sobre el ahorro de sus asociados/as.

Luego, en el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obliga-

torio, por la cual empleadores/as y obreros/as debían imponer mensualmente a un fondo solidario de enfermedad e invalidez. Esta ley significó la introducción del Estado en la prestación de atención a los/as trabajadores/as y marca el inicio de una seguridad social en salud (con la autoexclusión de los empleados públicos y particulares).

Posteriormente, en 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento y promoción de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación, que mantiene la marginación de empleados y clase acomodada (2).

1. Elaborado por Dr. Camilo Bass del Campo y Dr. Mario Parada Lezcano. Investigadores miembros de la Red de Sistemas y Políticas de Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES Chile) y del Núcleo Chile del GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales)

Como consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura cívico-militar, se realizaron reformas neoliberales provocando cambios radicales. Se privatizó la seguridad social en salud por medio de aseguradoras privadas de salud con fines de lucro, denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y también la seguridad social de pensiones a través de las Asociaciones de Fondos de Pensiones (AFP). Todos estos cambios promovieron un incentivo negativo hacia los sistemas públicos y jibarizaron el Estado (3).

En la actualidad el sistema de salud se encuentra en una grave crisis. Compuesto por varios sistemas fragmentados y segmentados: el sistema público (con un Fondo Nacional de Salud y un Sistema para las fuerzas armadas) y el sistema privado (ISAPRE), lo que produce segmentación de la población en el acceso a salud, consagrando una salud para pobres y enfermos y otra para ricos y sanos (además del Seguro Laboral y la Teletón) (ver tabla). Con un sector público crónicamente desfinanciado, perdiendo capacidades y un aseguramiento privado con discriminación por nivel económico, estado de salud, sexo y edad y otras arbitrariedades, sin solidaridad ni eficiencia. Situación asociada a un elevado gasto directo de las fami-



lias (conocido como gasto de bolsillo), que corresponde a lo menos a un 32% del gasto total en salud (de acuerdo a la Organización Mundial de Salud el gasto de bolsillo no debiera ser superior al 10 a 15% del gasto total en salud).(4)

Además, como resultado del último proceso de reforma de salud (año 2005), en que no se producen cambios en la es-

Tabla. Sistemas de Salud en Chile. Fuente: Parada y Moraga (2019)

Sistema	Administración / Tipo	Fuentes de Financiamiento	Prestadores	Características Generales
SNSS – FONASA	Estatal Bismarkiano	Individuos: -Cotizaciones obligatorias -Copagos -Otros gastos de bolsillo Estado: Subsidio a “indigentes” y Bienes Públicos de toda la población (campañas sanitarias, etc.)	Estado (Modalidad de Atención Institucional – MAI) Privados con fines de lucro (Modalidad de Libre Elección MLE y compra de servicios)	Solidario Cobertura 77% Población Sin discriminación Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL
ISAPRE	Privada con fines de lucro. Abiertas y cerradas Liberal	Individuos: -Cotizaciones obligatorias -Prepagos -Copagos -Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro	No solidario Cobertura 17% Población Discrimina por ingresos, estado de salud, sexo y edad. Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL

<p>Fuerzas Armadas</p>	<p>Estatal Bismarkiano</p>	<p>Individuos: -Cotizaciones obligatorias (5,5%) -Copagos -Otros gastos de bolsillo Estado como empleador: -1,5% de la cotización obligatoria -1% para fondo de medicina preventiva</p>	<p>Estado (red propia)</p>	<p>Solidario Cobertura 3% Sin fiscalización del MIN-SAL, solo del Ministerio de Defensa</p>
<p>Seguro de Accidentes Laborales y Enfermedades</p>	<p>Privada Sin fines de lucro: Mutuales Bismarkiano</p>	<p>Empleadores Individuos -Otros gastos de bolsillo</p>	<p>Privados Sin fines de lucro (red propia)</p>	<p>Solidario dentro de cada mutual. No existen mecanismos de redistribución inter-mutual, ni con el ISL.</p>
<p>Profesionales</p>				<p>Cobertura 70% trabajadores asalariados. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESOS) del Ministerio del Trabajo y previsión social</p>
	<p>Estatal: Instituto de Seguridad Laboral ISL Bismarkiano</p>	<p>Empleadores Individuos: Otros gastos de bolsillo</p>	<p>Privados con fines de lucro y Públicos</p>	<p>Solidario ISL tiene algunos programas a los desprotegidos esto lo realiza en conjunto con MINSAL. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESOS) del Ministerio del Trabajo y previsión social</p>
	<p>Estatal: Administración delegada a grandes empresas estatales (ej. CODELCO) Bismarkiano</p>	<p>Empleadores Individuos: Otros gastos de bolsillo</p>	<p>Privados con fines de lucro y Públicos</p>	<p>Solidario dentro de cada administración delegada. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESOS) del Ministerio del Trabajo y previsión social</p>
<p>Teletón</p>	<p>Privada sin fines de lucro Liberal</p>	<p>Individuos: a través de caridad (colecta nacional televisada)</p>	<p>Privados sin fines de lucro (red propia)</p>	<p>Solidario Da cobertura al 100% de niños/as con discapacidades físicas. Sin discriminación. Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL</p>

estructura del sistema, se implementa el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), con un listado actual de 85 enfermedades con acceso a intervenciones sanitarias específicas y con edades determinadas. Sus efectos positivos han sido limitados y sus problemas importantes: exceso de burocracia, generación de discriminación (No GES) y desvío significativo de recursos públicos hacia el sistema prestador privado con fines de lucro.

Dentro de las propuestas para enfrentar estos graves problemas, se encuentran varias alternativas que abarcan desde continuar con las ISAPRE, contar con un único seguro o avanzar hacia un Sistema Universal de Salud (Servicio Nacional de Salud). Las diferencias entre estas opciones son muy significativas, y aunque podría parecerse el seguro único con un Servicio Nacional de Salud, se debe tener mucho cuidado en confundirlos.

Básicamente, el seguro único se limita a una reforma económica por medio de la creación de un fondo mancomunado de recursos provenientes de las cotizaciones de las personas, que puede incorporar impuestos generales. El aseguramiento universal por tanto, distribuye los riesgos, solidariza el financiamiento y puede reducir la discriminación por riesgos de salud. Sin embargo, el sistema de prestación de servicios puede ser público o privado, con o sin fines de lucro (5).

Son importantes las desventajas que genera contar con un seguro único, ya que se continúa con la lógica de los seguros, manteniendo la mercantilización de la salud y el lucro a partir de recursos públicos. Además, puede debilitar el sistema público de salud, debido a que la compra directa de prestaciones por parte del fondo podría no hacerse con criterios sanitarios, dentro de otras externalidades negativas.

Bastante distante se encuentra recuperar el Servicio Nacional de Salud o promover un Sistema Universal de Salud, caracterizado por un financiamiento por impuestos generales. El sistema es universal, constituyéndose un solo financiamiento nacional que distribuye los riesgos, sin discriminaciones por edad, sexo o enfermedades. Que se acompaña de un sistema público robusto (prestadores privados debieran ser solo complementarios y sin fines de lucro).

Las ventajas de un Servicio Nacional de Salud son muy relevantes: representa el financiamiento más equitativo posible y más justo en sus resultados sanitarios

Las ventajas de un Servicio Nacional de Salud son muy relevantes: al representar el financiamiento más equitativo posible (en el contexto de un sistema impositivo de tipo progresivo) y, por ende, más justo en sus resultados sanitarios. El financiamiento está más protegido frente a los ciclos económicos y efectos en el mercado del trabajo. Orientado por los principios de universalidad, integralidad y equidad, asegura el logro de mejorar la salud para todxs, con comprensión de un concepto inte-



gral de salud-enfermedad-atención-cuidados, dando más factibilidad al fin de la mercantilización de la salud y fin del lucro apartir de recursos públicos.

Existen interesantes experiencias a nivel internacional que han mostrado que se puede transitar con éxito desde esquemas de seguridad social (financiados con contribuciones vinculadas al trabajo) a sistema financiados por impuesto generales, como en el caso de España, sistema Nacional de Salud que se generó en el mundo 30 años después de la experiencia chilena y aún se mantiene, consiguiendo estar dentro de los mejores sistemas de salud a nivel mundial (5).

Otra mejoría de un Servicio Nacional de Salud, es que la planificación se debiera efectuar de manera más simple y sin influencias del mercado. Un ejemplo sería la posibilidad de disminuir las grandes brechas de recursos humanos, sobre todo de profesionales médicos. De acuerdo al Departamento de Estudios, Planificación y Control de Gestión de Recursos Humanos

del Ministerio de Salud, faltarían 4.900 médicos/as especialistas. En el caso de la atención primaria, el déficit promedio de 4.500 jornadas médicas de 44 hrs.ii, lo que sería factible de implementar con la cantidad actual de profesionales que hay en el país, siguiendo las orientaciones de modelos con atención primaria fuerte, donde un mínimo de 40% de los/as médicos/as del país se desempeñan en el primer nivel de atención.

En este contexto, donde durante 45 años la sociedad chilena ha caminado por las veredas del neoliberalismo con profunda desigualdad y exclusión, se hace necesario trabajar en las alianzas de los movimientos políticos y sociales, para que lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo Servicio Nacional de Salud de carácter público, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. Y de una vez por todas, contemos con la primera Constitución del pueblo para el pueblo chileno, dejemos de ser un país donde la salud es un bien transable en el mercado, para convertirse en un derecho social para todos. ◆

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Llanes, MA. (2003). La revolución solidaria. Las Sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1887. 22 de julio de 2019, de POLIS, Revista Latinoamericana Sitio web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500514> > ISSN 0717-6554
2. Parada-Lezcano, M. y Moraga, F. (2019) Crisis del Aseguramiento en salud en Chile: enfermedad crónica socialmente transmisible. Revista Electrónica Tempus, actas de saúdecoletiva, Brasília, 13(2). Jun/2019 ISSN 1982-8829
3. Tetelboin, C. (2009). Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en américa latina. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. 30 de julio de 2019, de Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Sitio web: <http://cdsa.aacademica.org/000-062/1495.pdf>
4. Ministerio de Salud. (2013). Sistematización de las meto-

dologías de medición del gasto de bolsillo en salud y propuesta metodológica para Chile. ISBN (versión digital): 978-956-348-032-0. Registro de Propiedad Intelectual N° 231426. Julio 2013.

5. Cid, C.; Aguilera, X.; Arteaga, O., Barría, S.; Barría, P.; Castillo, C., Debrott, D.; Dutilh, M.; García, P.; Jordán, T.; Larrañaga, O.; Matthews, F.; Parada, M.; Paraje, G.; Solar, O. y Uthoff, A. (2014) Informe final. Comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado. 2014. 2ª Edición. 2016. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf

i Fuente: Emol.com - <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2019/08/23/958913/Ministerio-de-Salud-estima-que-brecha-de-medicos-especialistas-es-de-4900-facultativos.html>

ii Fuente: Política Nacional para el Recurso Médico de la Atención Primaria de Chile. Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria.