

## EL PROCESO O LOS PROCESOS DE REFORMA DE SALUD EN EL MUNDO Y EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS<sup>1</sup>

### THE PROCESS OR PROCESSES OF HEALTH REFORM IN THE WORLD AND IN THE REGION OF THE AMERICAS

Mi primera consideración se refiere al título que se le ha puesto a estos procesos, los que efectivamente merecen llamarse “reformas” por cuanto representan cambios estructurales profundos. Pero ante la pregunta de si el título de reforma de los procesos no contribuye a veces a generar mayores polémicas, podemos decir que el proceso en sí y el conjunto de cambios que conducen a la reforma hablan por sí mismos más que los títulos que ponemos a estos procesos desde una perspectiva teórica.

Lo primero que me interesaría señalar muy brevemente es acerca de lo que llamamos “*las fuerzas condicionales del cambio de salud*” y la forma en que se han desarrollado en Chile. Esto explica nuestra situación actual, los avances y retrocesos que hemos tenido, y los desafíos que tenemos por delante en materia de rectoría del Ministerio de Salud en el proceso de reforma de salud en nuestro país.

Obviamente, el primer factor que es necesario resaltar está vinculado a la recuperación de la democracia en nuestro país y el impacto que esto tiene en el entorno del proceso para abordar una temática de esta naturaleza. Este hecho es fundamental, considerando el grado de participación necesaria de las personas y de sus representantes en los cambios dirigidos a satisfacer las demandas más importantes que la gente, hoy día, expresa en la mayoría de las encuestas de opinión, particularmente las de aquéllos con mayores carencias.

Lo segundo es constatar –un hecho que puede parecer contradictorio pero que forma parte de nuestra experiencia cotidiana– que la insatisfacción de la población no va en paralelo sino que, a veces, va en sentido opuesto a los resultados favorables alcanzados según los indicadores de salud. Los muy buenos resultados en materia de indicadores que se pueden apreciar en Chile, no

FERNANDO MUÑOZ PORRAS

Escuela de Salud Pública,  
Universidad de Chile  
Ex Subsecretario de Salud

1 Publicado originalmente como ‘Artículo original’ en la *Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social*, en Vol. 2 núm. 4 de diciembre de 1998. Reproducido con la autorización expresa del Prof. Reg. Titular Dr. Néstor Vázquez, Director del Departamento de Salud Pública y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

siempre tienen relación real con la satisfacción de las personas con los sistemas de salud. Hoy existe gran insatisfacción con los sistemas de salud, tanto en el ámbito público como en el privado, por razones distintas. Esto se da para pensar del descenso de la mortalidad infantil, del aumento de la expectativa de vida, de la mejoría de la cobertura de los programas de inmunizaciones, del control de la mala nutrición, etc., y de muchos otros resultados, que con razón nos llenan de orgullo, pero que no nos sirven como un elemento para contrarrestar la insatisfacción de las personas.

El tercero, se refiere a los cambios demográficos y epidemiológicos que han ocurrido en un breve período de tiempo, y que ya se han señalado reiteradamente, pero que no se han traducido necesariamente en cambios de los sistemas de salud ni de los modelos de atención ni de las tecnologías incorporadas a cada uno de nuestros sistemas. Transformación que efectivamente refleje que nos estamos haciendo cargo de los cambios de las necesidades de salud de la población, tanto de aquellas que podemos reconocer desde nuestra perspectiva técnica tradicional, como desde la perspectiva que las propias personas reconocen cuando plantean sus demandas, que fundamentalmente tienen que ver con la calidad de los servicios.

En cuarto lugar, una fuerza condicionalmente de los cambios en el caso chileno, se refiere a los requerimientos de invertir en salud después de un período muy largo de déficit de inversión pública que se vivió, particularmente, durante la década de los ochenta. Esta necesidad de rehabilitar las redes asistenciales públicas, no solo tenía una importancia obvia en cuanto a la necesidad de contar con una infraestructura que estuviera a la par del desarrollo tecnológico actual, sino que también se convirtió, por los montos de la inversión involucrados, sin precedentes en la historia chilena, en una motivación muy importante para definir con mayor claridad el sentido de estos recursos; por tanto, no solo términos de construcción de infraestructura y desarrollo de equipamiento, sino en términos de los resultados esperables de la inversión que se

hace en Chile con recursos nacionales o con los préstamos de los organismos multilaterales o de la cooperación bilateral.

El requerimiento de modernizar la gestión pública es la quinta fuerza cercana a la anterior. Obviamente hoy día hay una necesidad muy importante de modernizar la gestión. En palabras del Presidente de la República de Chile la modernización de la gestión pública consiste en “*la necesidad de poner el Estado al servicio de la gente*”, y esto es para nosotros la definición más clara de lo que llamamos modernización del Estado, y por supuesto, en salud que es aun más relevante.

En sexto lugar, en Chile se da la coexistencia de un mercado de seguros de salud privado y público con la coexistencia de un mercado de provisión de servicios también privado y público. El hecho de que las lógicas con las cuales se regulan los seguros privados y públicos sean distintas, es decir, que coexista un sistema público de seguros con una base solidaria o de reparto de los riesgos, y de los aportes de las personas con seguros privados con lógicas más individuales de relación entre la magnitud de los aportes y los beneficios que se reciben, o con una relación también más clara entre los riesgos de las personas y aquello a que pueden aspirar en los contratos de seguros privados, está obligando a introducir una mayor regulación con más transparencia y equidad en el mercado de los seguros, particularmente en el privado. Si se pudiera resumir la insatisfacción de la gente en Chile con respecto al servicio, diríamos que el sector público tiene que ver más con el rechazo o con las condiciones de espera o de hotelería de la atención, y el sector privado tiene que ver más con la exclusión por riesgos de segmentos muy importantes de la población.

En séptimo lugar, en Chile como en el resto del mundo, opera como fuerza conductora de los procesos de reforma, la necesidad de separar las funciones normativas a cargo del Ministerio de Salud y de sus organismos descentralizados de funciones fiscalizadoras o de control, de las funciones financieras y de asignación de recursos y de funciones de provisión de servicios. Esta es también una

fuerza muy importante en los cambios que se dan en salud.

Finalmente, la necesidad más importante tiene que ver, a nuestro juicio, con la fuerza conductora fundamental del proceso que es el cambio cultural que implica la reorientación de los servicios a la satisfacción de los usuarios o, lo que llamamos la *garantía de los derechos de salud de las personas en Chile*.

#### Prácticas sociales y funciones esenciales de salud pública (OPS)

##### Prácticas

- Construcción de entornos saludables.
- Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y salud.
- Generación de inteligencia en salud.
- Atención a las necesidades y demandas en salud.
- Garantía de calidad de bienes y servicios de salud.
- Intervención sobre riesgos y daños colectivos de salud.

##### Funciones esenciales

- Incentivo a la promoción.
- Promoción del respeto a la vida y la participación.
- Democratización del acceso y uso de la información en salud.
- Garantizar acceso universal a servicios integrales.
- Regulación de la producción y comercialización de bienes y servicios vinculados a salud.
- Garantizar equidad, eficacia e idoneidad de intervenciones en salud.
- Proteger a la población frente a epidemias, catástrofes.
- Garantizar seguridad de insumos.

¿Cuál es el escenario en que nos movemos en términos de reforma de salud? ¿A qué aspiramos en términos de mejoría de cada uno de los sectores del sistema de salud de Chile?

En primer lugar, el sistema de salud chileno tiene una configuración mixta. Se espera que, dentro de esta configuración, el Estado sea el garante del acceso de la población a un sistema de atención o de provisión de servicio, y al mismo tiempo que regule el conjunto

de sistemas. Este es, desde nuestra perspectiva, un rol insustituible del Estado, y por ende, desde el punto de vista de la rectoría, esa función es central.

Aspiramos hoy a mantener nuestros mercados de seguros de salud con participación pública y privada, pero como mencionaba antes, también aspiramos a la introducción creciente de mayor equidad, solidaridad y transparencia en el sistema.

Asimismo, la experiencia actual nos indica que la provisión de los servicios debe seguir siendo pública y privada, pero mayoritariamente pública, por cuanto hoy en Chile, esta provisión pública mayoritaria, particularmente de los servicios hospitalarios y de la atención primaria organizada, es la que asegura la posibilidad de introducir equidad global en el sistema en su conjunto. Probablemente las transformaciones futuras del mercado de los seguros en Chile, y principalmente las que tengan que ver con el fortalecimiento del seguro público del país, apunten a una situación que no podemos prever hoy, pero que permitirá, en la medida de que exista esa condición de equidad de los seguros de salud, la liberalización de la provisión pública y privada en condiciones de competitividad más abiertas.

La reforma del sector de salud en Chile considera un elemento fundamental: la mejoría del acceso y calidad de la atención al sector público. Sobre este particular se mantiene una proporción mayoritaria del gasto en salud del país, y señalamos la importancia de que el Ministerio de Salud tenga el control de los gastos y del financiamiento global de los sistemas de seguros y de provisión.

Otro elemento básico que no debemos olvidar es que el elemento que condiciona las reformas de salud no es otro que el producto sanitario que se pretende ofrecer a la población. Muchas veces en la reforma de salud, por la importancia de los cambios económicos involucrados en estos procesos, nos olvidamos de que estos cambios carecen de sentido si es que no se cambian también los productos sanitarios del proceso, y no se adaptan a las necesidades reales de salud de la población. Por eso, aspiramos a un modelo de atención cada vez más integrado, con una red

asistencial de complejidad creciente que esté en condiciones de abordar estas necesidades. Aspiramos a un cambio con énfasis hacia la promoción y protección que sea real, que no solo sea discursos, sino que sea capaz de basarse en el diseño de intervenciones promocionales realmente efectivas y de bajo costo en los distintos niveles de complejidad del sistema de salud; que sea lo más costeable y cuantificable dentro de los programas de seguros de salud, ya sean éstos financiados con aportes fiscales o con cotizaciones de las personas, y que aspire a una resolución ambulatoria progresiva de los problemas de salud. La experiencia chilena ha ido desarrollando modelos de atención ambulatoria con incorporación de mayor tecnología y disminuyendo las hospitalizaciones que se pueden evitar en los modelos tradicionales más caros y menos eficientes del ámbito hospitalario.

#### **Demanda derivadas de las reformas de salud**

- Generación de conocimiento y tecnologías para apoyar los cambios en salud.
- Articulación política entre los actores de los cambios.
- Fortalecimiento de la “cultura sanitaria” de los ciudadanos.
- Formación de líderes para las organizaciones y para la construcción de políticas de salud.
- Generación de espacios y metodologías de discusión que propendan al logro de consensos que viabilicen los cambios.

El liderazgo sanitario de los ministerios de salud tiene que evidenciarse muy fuertemente precisamente en estos aspectos sanitarios y programáticos. La modernización de los programas de salud es fundamental. La experiencia chilena ha sido exitosa al terminar con los programas verticales separados, ya sea por segmentos de edad, o segmentos de problemas de salud demasiado aislados, para llevar a estructuras más matriciales, en las que distintas fuerzas ordenadoras de las diversas prioridades de salud del país son las que condicionan las acciones e intervenciones más costos-efectivas en todos los niveles del sistema.

La priorización explícita de los problemas de salud nos parece muy relevante. Este es un rol insustituible de los ministerios de salud y una actividad clave para la definición de los programas, o planes garantizados de beneficios de salud, que el país esté en condiciones de ofrecer a la totalidad de la población, independientemente de cuál sea el sistema de seguros o la condición socio-económica del beneficiario. Creemos que es más lógico, que cada vez hablemos más de garantías de beneficios de salud que de planes básicos de salud, ya que éstos tienden a interpretarse como reducciones arbitrarias de los beneficios que se ofrecen a la población,

El estímulo de la participación ciudadana es también parte importante del rol rector de los ministerios. Las experiencias de participación que en Chile se han desarrollado se refieren fundamentalmente a la puesta en marcha de consejos y de asesorías de la gestión en los establecimientos públicos y de atención primaria. Tienen también importancia y desarrollo en materia de espacios para la discusión sobre cambios de estilos de vida o sobre promoción de salud, pero deben pasar, gradualmente, a ser espacios en los cuales las personas participen en decisiones sobre su propia salud y también en decisiones sobre cómo se invierten los recursos de salud y cómo se definen aquellos beneficios a los que tienen derecho. Cada vez menos se podrán seguir tomando importantes decisiones éticas sustituyendo a las personas en el rol que les corresponde.

El liderazgo del Ministerio de Salud debe también expresarse en la gestión del seguro público de salud. Hoy nuestro ministerio está involucrado en el fortalecimiento del seguro, en hacer cada día más claro el manejo de las cotizaciones de salud por parte del Fondo Nacional que es el seguro público chileno. En hacer más directo el manejo de los programas que se ofrecen a las personas y la definición de los co-pagos y bonificaciones de las prestaciones, y también en ir desarrollando más abiertamente el rol de comprador del seguro público de servicios, ya sean éstos públicos o privados, en condiciones que sea el propio ministerio el garante

de la calidad y la pertinencia de esas prestaciones de salud.

El desarrollo de mecanismos de pagos ligados a los resultados es otro elemento en el cual la rectoría de los ministerios debe hacerse presente. El Ministerio de Salud debe velar por eliminar los subsidios cruzados existentes en el sistema de seguros de salud, particularmente aquellos que van del sector público al privado.

La definición de los planes garantizados de beneficios de salud tiene también una expresión económica por cuanto es la unidad de medida fundamental de lo que es el futuro de la aseguración.

Los desafíos presentes y futuros del sistema tienen que ver con cada una de estas áreas; tienen que ver con consolidar el proceso de priorización de las acciones de salud en forma intencionada y cada vez más de acuerdo a las realidades locales, y no solo de cara a las realidades nacionales de esta materia; tienen que ver con incorporar una mayor racionalidad a las intervenciones sanitarias. El desarrollo de la evaluación de tecnología sanitaria es una necesidad fundamental, en la cual los ministerios de salud tienen un rol muy particular para conseguir darle un carácter más razonable a la inversión que se hace en salud.

En el tema de la regulación de seguros, estamos dado pasos fundamentales en términos de fortalecimiento del seguro público y la forma en que esto condiciona una mayor transparencia del mercado de seguros privados.

#### Demandas a la Salud Pública

- Derivadas de las reformas de salud
- Contribución a la "transparencia" de los procesos de reforma y a su conducción consecuente con principios universalmente aceptados.
- Ampliación del diálogo entre salud pública y economía.
- Identificación de vacíos conceptuales en las propuestas de reforma de salud.
- Generación y análisis crítico de evidencia para la toma de decisiones.

La modernización de los proveedores públicos es un requisito esencial. No es posible pensar en un mercado de provisión que efectivamente funcione de acuerdo a las necesidades de la gente, si es que los proveedores públicos de servicios no cambian en ese sentido. Ellos deben convertir las necesidades de las personas en su eje principal y no centrarse en las necesidades de la provisión de servicios, ya que solo indicaría que hay mayor preocupación en los factores de producción del proceso que en las personas.

Un elemento adicional y que se refiere a la gestión de los bienes públicos de salud, es que tener que definir que se considera en materia de salud bien público y bien asegurable. Aunque se trata de una discusión teórica en alguna medida, tendrá necesariamente una expresión práctica, porque entre los extremos de un bien público como es una vacuna y el de un bien asegurable como cualquier atención curativa de salud, hay una gran gama de prestaciones que podemos considerar bienes públicos ya que son provistos por los servicios del Estado, y es bueno que así lo sean, porque es la forma más eficiente de que se entreguen prestaciones universales que a lo mejor no tienen tantas externalidades positivas para decirlo en el lenguaje de los economistas, pero que sí tienen carácter de bienes de apropiación colectiva de la sociedad.

Creo que hay otros actores de los procesos de reforma a considerar para enfatizar aún más la necesidad de la rectoría de los ministerios de salud. Uno está relacionado con la presencia de los enfoques económicos y sanitarios que necesitan concatenación que requieren equilibrio, el cual tienen que darlo los ministerios de salud. El otro está referido a los actores gremiales. Las organizaciones gremiales del sector necesitan referentes sanitarios en discusión para su oposición o adhesión a los cambios de salud. El tercero está vinculado a las personas que toman las decisiones en ese ámbito y al escenario político en el cual los ministerios de salud se mueven y desempeñan. Estas personas, indudablemente son actores insustituibles y rectores en materia de opinión pública general, y tienen que serlo aún más en la opinión de aquellos que

representan la opinión pública en el terreno de las decisiones políticas.

Ya hemos señalado la presencia de agencias internacionales. Los bancos, que antes no incursionaban en las actividades sanitarias, están cada vez más interesados en el tema de salud, y este interés nos obliga a fortalecer el rol rector de los ministerios. Existe una gran demanda para asesoría de OPS. La experiencia que Chile ha tenido en materia de los grupos asesores de reforma, teniendo a la OPS como anfitrión de la mesa en la que se sientan todas las agencias para discutir experiencias en ese sentido, es muy positiva, y recomendamos que se repita en otros países.

Finalmente, el estímulo de la participación de las personas, de los consumidores informados de servicios de salud que incrementará en el futuro, también tiene que partir de los ministerios. El ámbito de salud está lleno y plagado de fantasmas y de desconfianza, de estigmatizaciones y de maniqueísmos, solo un Ministerio de Salud y la autoridad sanitaria pueden, en ese ambiente, proveer de la tranquilidad necesaria para que estas desconfianzas no terminen anulando las ideas centrales de reforma en un proceso de consumo nacional y políticas de Estado en materia de salud.