

REFORMAS EN SALUD Y CLIMA SOCIAL: LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO VENTANA DE OPORTUNIDAD PARA LAS REFORMAS DEL SISTEMA

HEALTH REFORMS AND SOCIAL CLIMATE: THE UNIVERSALIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE AS A WINDOW OF OPPORTUNITY FOR SYSTEM REFORMS

Una reforma, según una de las acepciones que le otorga la RAE a este término, es “aquello que se propone, proyecta o ejecuta como innovación o mejora en algo”. Cuando hablamos de reforma en el sector salud, la reforma adquiere algunas especificidades que vale la pena mencionar. Desde la Organización Panamericana de la Salud y a partir de las reformas que se generaron en la década de los '90, se produjo un consenso en la región de las Américas, definiéndolas como “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan¹.

Una reforma en salud implica cambios sostenidos, decididos y fundamentales. En un contexto democrático y de deseable participación comunitaria, para que este proceso de reforma se pueda llevar a cabo, se requiere de la existencia de algunas bases mínimas como son, entre otras, un clima social proclive a los cambios propuestos, consensos políticos y un financiamiento suficiente y sustentable.

Las últimas reformas de salud llevadas a cabo en Chile –valoradas en algunos aspectos y muy criticadas en otros– han generado cambios estructurales, no todos positivos, sino que también algunos generadores de mayor segregación, inequidades en el sector e incluso ineficiencias. Las reformas impuestas e implementadas durante la dictadura cívico militar han dejado huellas en la acción, financiamiento, funcionamiento, atención y cultura sanitaria. La creación del Fondo Nacional de Salud, producto de la fusión del Servicio Nacional de Salud y Sermena (1979), la descentralización y municipalización de la mayor parte de la atención primaria de salud (1981 a 1987), la transformación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), creando los servicios de salud territoriales –en aquella época 26, ahora 29–, y la creación de instituciones privadas (Isapre) para administrar el seguro social en salud¹, cambiaron prácticamente por completo la forma de funcionamiento y financiamiento del sector. La creación de las Isapre como entes financiadores del sistema privado, consolidó y legitimó la segregación/fragmentación de los sistemas privados y públicos de salud.

La reforma más reciente del sector fue realizada en el contexto político post Dictadura, en el gobierno del presidente Ricardo Lagos Escobar. Esta reforma, presentada al parlamento el año 2002, permitió, a partir del 1 de enero de 2005, la creación de un plan de garantías explícitas en salud (Régimen de Garantías Explícitas en Salud, GES) para inicialmente 25 condiciones de salud que actualmente han aumentado a 85. Además de aquello, dividió la Subsecretaría de Salud en las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, separando las funciones de salud colectiva de aquellas relacionadas con la gestión asistencial. En este contexto, se traspasaron

funciones regulatorias desde las Direcciones de Servicios de Salud a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) y se entregaron mayores espacios de libertad para la gestión de los hospitales públicos, así como mayor regulación a los fondos o seguros (FONASA e Isapres)^{2,3} y prestadores públicos y privados, mediante la creación de la Superintendencia de Salud. Además, se planteó como objetivo la protección de los pacientes, lo que se incorporó posteriormente como ley de derechos y deberes de los pacientes (Ley 20584, 2012).

Como puede desprenderse de lo descrito con anterioridad, las reformas en salud no solo incluyen cambios a los contenidos, sino que también a los valores, actores y modelos de acceso, financiamiento o atención del sistema. Sus consecuencias van más allá del sector que se busca impactar y, por supuesto, redundan en cambios de prácticas y relaciones con las personas que necesitan o buscan acceso, cobertura y atención de salud.

Más allá del futuro de las Isapre que ha ocupado la discusión pública sobre reformas al sector en el último tiempo, hablar de reformas en la actualidad debe considerar los dos últimos acontecimientos que han frenado la posibilidad de avanzar en cambios más estructurales en el sector: por una parte, el rechazo a la propuesta de Nueva Constitución y, por otra, el rechazo a la idea de legislar la reforma tributaria en marzo de 2023. En efecto, el pasado 4 de septiembre de 2022 se rechazó por el 61,86% (de 7.882.238 votos válidamente emitidos), la propuesta constitucional generada por la Convención elegida democráticamente, en la cual se consagraba a la salud como un derecho y se planteaba la existencia de un “Sistema Nacional de Salud de carácter universal, público e integrado, regido por los principios de equidad, solidaridad, interculturalidad, pertinencia territorial, desconcentración, eficacia, calidad, oportunidad, enfoque de género, progresividad y no discriminación” (Artículo 44.5)⁴ Se señalaba, explícitamente, en el punto 7 del mismo artículo, que el Sistema Nacional de Salud podría estar integrado por prestadores públicos y privados y sería la ley la que determinaría los requisitos y procedimientos para esto. En el punto 9 del citado artículo, por su parte, se establecía que el Sistema Nacional de Salud fuese financiado a través de rentas generales, a lo que adicionalmente se podrían agregar cotizaciones obligatorias a empleadores y trabajadores, solo si cumplían con el fin de aportar solidariamente al financiamiento del sistema. Por supuesto, que, de haberse aprobado la propuesta de nueva Constitución,

se hubiese requerido iniciar reformas más o menos urgentes y profundas al sistema de salud para permitir que su financiamiento, funcionamiento y estructuras, estuviesen actuando bajo los nuevos lineamientos constitucionales.

El rechazo a la idea de legislar la reforma tributaria por parte de la Cámara de Diputados el pasado 8 de marzo del año en curso, cerró la puerta para la discusión del financiamiento, entre otras, de políticas como el aumento de la Pensión Garantizada Universal, exención tributaria a los cuidados familiares de niños menores de dos años y personas con dependencia severa, así como, dentro del propio sector salud, el financiamiento de acciones orientadas a reducir las listas de espera en el sistema público de salud.

En el escenario “restringido” desde el que ha podido actuar el actual gobierno del Presidente Gabriel Boric en materia de salud (y en otras áreas podría afirmarse también), la implementación del copago cero que permite la existencia de un sistema de salud público gratuito para todos los usuarios y usuarias de Fonasa, es valorable, aunque sin dudas, está lejos de terminar con la segregación y gran fractura del sistema.

La universalización de la atención primaria de salud (APS), ejecutándose en plan piloto desde el 5 de abril de este año 2023, en las comunas de Alhué, Canela, La Cruz, Coltauco, Linares, Perquenco y Renca6, parece ser una buena noticia y en la dirección correcta –aunque sin lugar a duda, insuficiente– hacia los cambios que requiere el sistema de salud chileno. Según el programa de gobierno, la universalización de la atención primaria de salud implica el acceso a la APS como puerta de entrada al sistema de salud para todas y todos los chilenos, independiente de su condición económica y seguro de salud. Las declaraciones en torno a su implementación piloto ponen el acento en otro aspecto de esta universalización, como es que “todas las personas que viven, trabajen o estudien en dichas comunas puedan acceder a las prestaciones que realizan los establecimientos de atención primaria”⁶.

Esta reforma requiere por supuesto fortalecer y aumentar el financiamiento de la atención primaria de salud para permitir el acceso universal a las prestaciones y la resolutivez de estas, pero, además, y no hay que olvidarlo, para permitir el acceso a ser parte de una estrategia/modelo de atención que –se ha probado– genera una mayor equidad en los resultados de salud poblacionales⁵. Una particularidad de esta reforma es que permite el acceso a personas no cotizantes de Fonasa a la APS, un modelo y una lógica

de atención anclada en el sistema público de salud, y al cual dichas personas han tenido nulo o escaso acceso. Desde esta perspectiva, la universalización de la estrategia de atención comunitaria y familiar con base territorial, y no solo de la APS como puerta de entrada al sistema de salud (que también implica cambios en las prácticas actuales de relación con el sistema de salud para los cotizantes del sistema privado), podría permitir iniciar el quiebre de esa lógica individual, individualizada, curativa y sin vínculo territorial de entender la salud/enfermedad que ha primado en las últimas décadas en Chile.

Así, esta reforma se puede valorar como una ventana de oportunidad para universalizar un aspecto que debiese ser de los más característicos de la APS pública chilena: su estrategia de atención de salud familiar, comunitaria y territorial, una atención centrada en la persona, en un contexto de trato digno y respetuoso. Más aún, se nos presenta como país, una ventana de oportunidad para que el sistema de salud y los servicios de salud se conviertan en un espacio de integración e identidad social. El desafío es que el sistema de atención primaria pueda y quiera ser usado por toda nuestra población, no importando su condición o el seguro de salud al que están adscritas las personas. Que, en definitiva, dejemos de tener – al menos en este nivel- un sistema de salud segregador y discriminador, uno para pobres, enfermos y viejos, y otro para el 18% más rico de la población, menos enfermos y más jóvenes. A esto debería apuntar la reforma como norte, y ello se podría iniciar en este nivel de atención.

Esta reforma como otros procesos de reforma sanitaria, requiere de un clima social con disposición a los cambios propuestos, consensos políticos y un financiamiento suficiente y sustentable. La universalización de la atención primaria de salud parece contar con ese consenso político, aunque un clima social proclive y un financiamiento y gestión adecuados son fundamentales también para llevarla a cabo. Su implementación requiere incorporar una mirada integral del sector y de la interacción de este con otros sectores, incluyendo, por supuesto, a la comunidad.

Esperemos que las reformas, tan necesarias para el mejor funcionamiento y respuesta del sector salud a las necesidades de la población; se generen desde un enfoque basado en derechos, considerando a la salud y una atención digna y de calidad, y no solo el acceso o la elección de un sistema de salud, como derechos consagrados constitucionalmente e implementados en toda práctica sanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Infante A., de la Mata I. y López-Acuna D. (2000). Reforma de los sistemas de salud en América. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(1/2): 13-20. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3000.pdf> (consultado 10/04/23).
2. Titelman, D. (2000) Reformas al sistema de salud en Chile. Desafíos pendientes. Cepal: Santiago de Chile. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5081/S00090810_es.pdf. (consultado 12/04/23).
3. Arteaga, O. (2004). El difícil camino desde el diseño a la implementación de las reformas de salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 8(1), p. 39–43. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2004.20187>. (consultado 17/04/23).
4. Convención Constitucional. Propuesta Constitución Política de la República de Chile (2022). <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/07/Texto-Definitivo-CPR-2022-Tapas.pdf>. (consultado 11/04/23)
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. PMID: 16202000; PMCID: PMC2690145. (consultado 03/05/23)
6. Minsal (noticias) “Comienza inscripción de usuarios no Fonasa en atención primaria de las 7 comunas pioneras de la universalización de la APS”, <https://www.minsal.cl/comienza-inscripcion-de-usuarios-no-fonasa-en-atencion-primaria-de-las-7-comunas-pioneras-de-la-universalizacion-de-la-aps/> (consultado 15/04/23).