



Munich Personal RePEc Archive

## **Overview and recent developments in the chilean health system.**

Calvo, Esteban

Contraloría General de la República, Colombia, Escuela Superior de  
Administración Pública, Colombia, Fundación Ortega y Gasset,  
Colombia

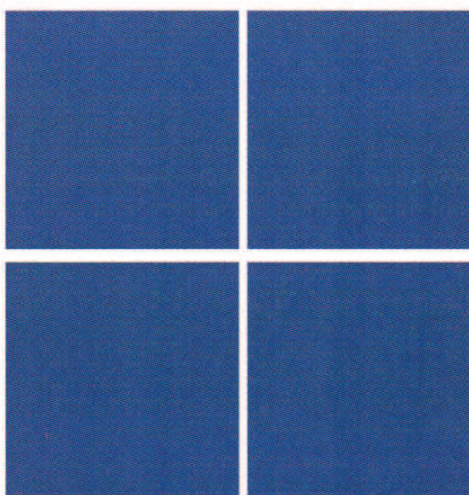
2013

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/48968/>

MPRA Paper No. 48968, posted 14 Aug 2013 11:17 UTC



# V CÁTEDRA INTERNACIONAL



## ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Bogotá, D.C. 29 de Octubre a 2 de Noviembre de 2012



**CONTRALORÍA**  
GENERAL DE LA REPÚBLICA  
C O L O M B I A



ESCUELA SUPERIOR  
DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA





## **EQUIPO CONSULTOR**

JAIRO DIAZ PINZON (Colombia)  
ESTEBAN CALVO (Chile)  
BERNARDO MAERTORELL GUERRA (Chile)  
DARIO RESTREPO BOTERO (Colombia)  
FELIX MARTÍNEZ MARTÍN (Colombia)  
ALEXANDRA SCHOONEWOLFF ROMERO (Colombia)  
LUIS FERNEY MORENO CASTILLO (Colombia)  
MIRVA ARANDA ESCALANTE (Perú)  
JUAN CRISTÓBAL CIUDAD LARRAÍN (Chile)  
HECTOR MORAGA Ch. (Chile)  
HERNANDO LOZADA ISAZA (Colombia)

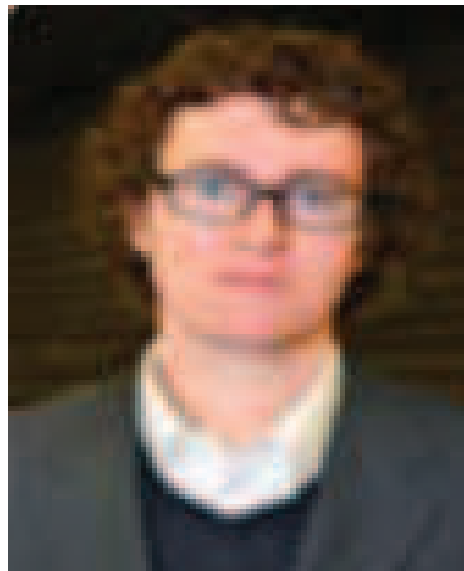


# C O N T E N I D O

Página

LA POLÍTICA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS -----	7
ANTECEDENTES Y DESARROLLOS RECIENTES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO -----	35
REGULACIONES Y CONTROLES DE LOS SISTEMAS DE SALUD. EL CASO CHILENO -----	59
EVALUACION SOCIOPOLITICA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA -----	73
LA ACTUAL CRISIS DE LAS FINANZAS DEL SECTOR SALUD -----	91
COLOMBIA: LA EXPLOTACIÓN MINERA, SUS EFECTOS AMBIENTALES Y SU NORMATIVIDAD -----	109
LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE MINERÍA COLOMBIANA -----	129
EL CASO PERUANO. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS, MINERÍA Y LAS COMUNIDADES INDÍGENAS -----	149
LA MINERÍA, LA INSTITUCIONALIDAD, Y LA INVERSIÓN EXTRANJERA. EL CASO CHILENO FRENTE A OTROS CASOS --	163
FISCALIZACIÓN DE LA INDUSTRIA MINERA -----	181
ACERCAMIENTO A LOS MÉTODOS Y DIFICULTADES DE LA EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS -----	199

**Dr. Esteban Calvo  
(Chile)**



El Dr. Esteban Calvo es Sociólogo de la universidad católica de Chile, Magister y Doctor en Sociología de Boston College. Magister en Salud Pública de la Universidad de Harvard. Es profesor asociado y director de la maestría en políticas públicas de la universidad Diego Portales en Santiago de Chile.

## ANTECEDENTES Y DESARROLLOS RECIENTES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

La presentación tendrá 5 partes, la primera será muy corta, con preguntas que voy a intentar responder.

La primera pregunta es ¿cuáles son los principales periodos e hitos históricos de las políticas de salud en Chile?, voy hacer un breve repaso desde que inician hasta hace diez años atrás. Luego les contaré acerca del contexto epidemiológico y demográfico en Chile y lo voy a comparar con el de Colombia. Como vamos a estar hablando de Chile, veremos cómo se comparan los dos países en esperanza de vida, en envejecimiento de la población, en gastos de salud, en todos los indicadores que son relevantes para ver si las cosas que suceden en Chile tienen alguna aplicación o no en Colombia. En tercer lugar les contaré que es lo que sucede actualmente en Chile en políticas de salud.

Ustedes probablemente tienen alguna familiaridad con el sistema Chileno. Ha habido cambios recientes, alguna de las cosas que les voy a contar probablemente ya las saben y otras espero que sean nuevas. Y la cuarta pregunta es ¿cómo racionar la salud de manera justa, legítima y sustentable?, ésta pregunta no la voy a responder por que si pudiera hacerlo sería el director de la UIS es muy difícil de contestar. La dejaré planteada y les voy a contar cómo la hemos resuelto en Chile, ustedes verán si algo de esto sirve para Colombia y mucho del tema probablemente debe ser mejorado si es que llega a ser aplicable al caso de Colombia.

La historia del sistema de salud empieza en los años 80 (1880) el primer momento es el apagón que da en 1890 en Chile de ahí en adelante hay una serie de logros sostenidos en salud pública que tienen un foco principalmente en reducir las enfermedades transmisibles, eso es lo que se hace a comienzo de 1900. Un segundo momento en Chile es el primer código de salud pública que se implementa en 1917, luego se implementa un seguro de obrero en salud en 1924 y se implementa las leyes en medicina preventiva, esfuerzo que termina en Francia.

Ese primer periodo en Chile reduce bastante las enfermedades de tipo transmisible y da paso a una segunda etapa que está relacionado con la creación de un sistema nacional de salud. El comienzo de esta historia es interesante, parte con un gran terremoto en Chile en 1939 y las autoridades en salud se dan cuenta de que debemos integrar los servicios que entregamos para resolver un evento como un terremoto. Fue una oportunidad para empezar a pensar en nuestros sistemas en salud, se busca como integrar las instituciones, las políticas y los servicios, Los terremotos marcan bastante la salud pública; tenemos uno considerable cada 25 años. Se piensa que debemos tener un

sistema de salud, se manda el proyecto al Congreso pero el proyecto se queda 10 años allí.

En 1940 se dio una discusión acerca de cómo hacemos el sistema nacional de salud, hay desarrollo en algunas instituciones y en el 50 y 60 tenemos un sistema que pretendía ser unificado, igualitario y universal. Este modelo está inspirado en el modelo británico, ahora no tiene todas estas características, mantuvo diferencias por ingresos a pesar del espíritu habían sistemas paralelos y todos tenían los mismos beneficios.

Luego viene una tercera etapa y un tercer gran momento de las políticas de salud en Chile, que tiene que ver con la reforma privatizadora de los 70 y los 80. Toda América tuvo este proceso de privatización en distintas épocas, en Chile comenzó con la dictadura en 1973, cuando tuvimos un golpe de estado muy violento. El dictador en ese momento ordenó a los ministros estudiar en la Universidad de Chicago en Estados Unidos, lo que dio como resultado el grupo conocido como los "Chicago boys", un grupo de Chilenos que se fue a estudiar a Estados Unidos y vuelve a Chile con todas las políticas neoliberales. Eso es lo que se hace fundamentalmente durante los 70 y los 80.

Luego viene descentralización de la atención primaria. Una de las cosas que hacen los "Chicagos boys" es concentrar todas las energías del sistema de salud en lo que en Chile llamamos municipios, no se ustedes aquí como le llamen una esa unidad geográfica administrativa más pequeña, en la que hay una alcalde más cerca de la comunidad. Se trata de resolver el tema a nivel de los municipios, se les da muchas fuerzas y se deja que en ellos se resuelva todos los problemas de atención primaria. Al mismo tiempo los "Chicagos boys" con su filosofía neoliberal promueven un mercado de aseguradoras privadas que en Chile llamamos ISAPRE, que ofrecen seguros privados de salud y un mercado de prestadores de salud privados. Se desarrollan fuertemente clínicas, ya no hospitales públicos en estos años cuando se crea este mercado privado. El estado tiene que tener que supervigilar a estas aseguradoras privadas y se crea una súper intendencia ISAPRE que solamente se preocupa de los aseguradores privados y nada más. Además se crea un fondo nacional de salud, pero se entrega menos recursos que antes, se nombra FONASA a este fondo nacional de salud, que representa una contracción del espacio público de la entrega de salud. Estas aseguradoras privadas, las ISAPRE, van de 10 a 20 dependiendo de la época en que estemos hablando, 3 a 4 de ellas concentran el 90% del mercado. La idea del mercado y de la competencia funciona con bastantes límites, algunas de las ISAPRE llegan a ser multinacionales; hay algunas en Chile y en Colombia al mismo tiempo. En cuanto a la cobertura que alcanza a la población, no es muy alta, en su época de máxima cobertura llega al 25% y hoy día al 16%, en ningún momento más de 1 de cada 4 Chilenos está cubierto por una aseguradora privada, así el sistema de



salud Chileno desde la perspectiva del aseguramiento es fundamentalmente público a pesar de estas reformas. En cuanto al financiamiento, ellas se financian con contribuciones como porcentaje del sueldo, hay un tope, si se gana más de 3 mil dólares uno no tiene que contribuir hasta el 7%, hasta ahí se llega. Si uno no tiene ciertos números de ingreso, entra directamente a FONASA.

Hay muchos planes diferentes porque las ISAPRE ofrecen sus planes de salud de acuerdo a los ingresos, con ISAPRE tengo mil planes para elegir y uno elige el que tiene más cerca, así funciona. Es muy difícil compararlas, no está la información bien estandarizada. Hay todo un tema con los vendedores que te entregan los seguros, hay unos fondos que se promocionan mejor de los que en realidad son, una vez que uno entra empiezan a subir las primas. Tienen bastantes deficiencias con respecto a lo que era inicialmente el proyecto y recientemente las ISAPRE se han empezado a juntar con las redes de prestadores privados y han generado un consorcio como en Estados Unidos donde se ofrecen seguros y prestaciones, entonces hay prestadores preferenciales y los mismos dueños son dueños de las aseguradoras y también de la clínica que ofrece los servicios.

Una cuarta etapa del sistema de salud pública Chileno es el comienzo de sistemas de garantías explícitas en salud y lo voy a mencionar muy brevemente por que esto ya empieza a ser la actualidad. Durante los primeros años de la vuelta de la democracia en los 90, los cambios siguieron el mismo rumbo, fue una transición. Chile estaba inestable, había mucho temor y problemas de estabilidad política, por lo tanto toda la privatización se mantuvo en el fondo, lo que se llama la ideología neoliberal. No hay un cuestionamiento, a pesar de tener presidentes de izquierda, incluso algunos socialistas, Chile sigue el mismo rumbo en cuanto a su ideología de reformas políticas. Fue hasta el año 2005 con el gobierno de Ricardo Lagos cuando estaba más consolidada la democracia, que hay un primer cambio importante en la salud, la reforma Auge-Ges que es básicamente una priorización de patologías con garantía explícita. Se elige una cantidad de enfermedades para las cuales te aseguro ciertas cosas.

En resumen tenemos una historia de privatización, la creación de las ISAPRE que están aquí, las delegaciones que crean este fondo nacional de salud, la creación de la súper intendencia que regula, la separación de funciones, así como el tema de desconcentración. El Ministerio de Salud tiene dos subsecretarías que se dividen y genera una cierta autoridad regional, las Secretarías Regionales Ministeriales que tienen a su cargo los hospitales con servicios de salud, además se devuelve el tema de la salud a las municipalidades que tienen consultorio de atención primaria y tenemos la figura del intendente, una autoridad regional en Chile que responde directamente al Ministerio del Interior y no al de Salud. Ese es el resumen de los cambios históricos, esto es lo que ha pasado en Chile durante los últimos 100 años.

Ahora les voy a contar el contexto epidemiológico-demográfico y cómo se compara con la realidad de Colombia. En algunas cosas nos parecemos, muchos gráficos Chilenos son semejantes a los colombianos. El mundo fluctúa y nosotros vamos de la mano, en otros estamos distintos pero lo importante es reconocer las diferencias porque ellas implican que debemos hacer las cosas de forma distinta.

### Resumen general de Chile

En términos de economía Chile es estable pero inequitativa. El PI per cápita es de 15 mil dólares aproximadamente; el GINI es de 59, bastante alto; el índice de desarrollo humano es de 805 que es muy alto y va en vía de desarrollo, en el ranking está en la posición 43 de 186. El gasto en salud es bueno, actualmente alcanza aproximadamente el 8% en PIB y en dólares per cápita son alrededor de 950 dólares. La esperanza de vida es de 79 años, es muy alta, hemos avanzado en extender la vida de las personas en Chile; la fertilidad ha bajado muchísimo, en los 70 teníamos 3,4 en la tasa de fertilidad, en 2010 era 1,9; ya estamos bajos en la tasa de remplazo, somos un país que envejece y si seguimos a este ritmo, vamos a desaparecer; la mortalidad neonatal es del 5,5%, una de las mejores en Latinoamérica; las enfermedades no transmisibles también tienen una historia interesante, aquí en cambios pasamos del 53% de causa de muerte en 1970 hasta el 75% de 2010.

Con respecto al cambio en perfil demográfico pueden ver aquí en esta figura la misma historia de antes, las enfermedades no transmisibles son del 70%, depende del año en que se cuentan. Las causas externas son del 19% y las enfermedades comunicables como causa de muerte son solamente del 10% y aquí se puede ver cómo evolucionan estas causas de muerte a lo largo del tiempo. Tenemos 1970 en gris y tenemos 2004 en rojo, ustedes pueden ver el sistema circulatorio que es la barra de la izquierda, en el 70, la barra del gris, el 15% fallecía por enfermedades relacionadas al sistema circulatorio mientras que en 2004 es casi el 30%. Ahí se ve esta transición demográfica muy fuerte. Si nos vamos a la barra de la derecha, la que dice "infecciones parasitarias" vemos que el cambio es inverso: en el año 70 había una buena promoción de las personas que morían por enfermedades infecciosas y parasitarias, hoy día es muy bajo.

Hay un buen ejemplo para ilustrar cómo estos cambios han ocurrido y qué se ha hecho para alcanzarlos: el cólera, la fiebre tifoidea y la hepatitis. Hay una disminución histórica en Chile de las enfermedades entéricas. En el año 1991 tuvimos una fuerte amenaza de cólera que estaba originada en Perú y esta amenaza fue una oportunidad para disminuir este tipo de enfermedades, para mejorar nuestras condiciones sanitarias.

Lo que Chile hizo fue tratar el agua, se monitorea el cloro, se supervisan las plantaciones que muchas veces se regaban con aguas sucias, se empezó a tratar mejor los alimentos -los mariscos-, se hizo higiene personal y todo esto originó resultados bastantes fuertes. Pueden ver en la siguiente diapositiva la campaña del cólera que se hizo en el año que está aquí señalado. Hay dos tipos de enfermedades, la hepatitis y fiebre tifoidea, la figura de esta última baja muchísimo.

En la hepatitis la historia es mas extraña, no se ve tan claro aquí pero baja, les voy a mostrar en otra figura cómo cambia antes de la campaña y después de la campaña. Esta es la figura, antes de la campaña esta era la prevalencia promedio, después de la campaña esta línea roja baja bastante, hay fluctuaciones promedio, un cambio bastante importante antes y después de la campaña. Las tasas de incidencia bajan muchísimo, el acceso alcantarillado y facilidades sanitarias lo muestro aquí en comparación con Colombia.

Este es un dato que nos ayudó a avanzar y en el que hay diferencias importantes con las condiciones colombianas. En Chile el porcentaje de la población que tiene acceso a alcantarillado y facilidades sanitarias sólo es del 25%, mientras que en Colombia es del 75%, es decir, uno de cada cuatro colombianos todavía tiene problemas ya que queda expuesto a los desechos orgánicos.

La situación sanitaria que tenemos aquí es una clara diferencia entre las dos realidades: Colombia tiene problemas que resolver distintos desde las políticas públicas que Chile trata de abordar el día de hoy. Si observamos las elecciones de Chile, esta elección debe ser buscada en el pasado y no en el presente, Chile no esta haciendo estas cosas hoy.

La siguiente diapositiva tiene que ver con otro ejemplo de cómo se ha producido esta transición epidemiológica, con la mortalidad materna y todo el esfuerzo de planificación familiar. En los años 70 empieza todo el tema de los partos con personal formado, experto, y se puede ver una disminución muy pronunciada de la mortalidad materna en el periodo que va entre 1948 y el 2006 aproximadamente

En la siguiente diapositiva voy a mostrar exactamente la misma curva para Chile pero voy hacer una comparación que es interesante. En 2006 tenemos países latinoamericanos y Colombia está resaltada, tiene para la época la prevalencia que Chile tenía en años anteriores.

Cuba, Costa Rica y Argentina siempre ocupan la delantera en estos gráficos. Lo que pueden ver en el año 2006 en el caso de Colombia es parecido a Chile a fines de los 70's en materia de mortalidad materna, hay nuevamente diferencias en aspectos epidemiológicos que son importantes de considerar entre

ambos países. Si vemos la mortalidad infantil en toda América Latina en un año en específico, en 2008 tenemos a Chile destacado con 7,2% y a Colombia con cerca de 17%.

Si comparamos con otro grupo de países, con la OSD, Chile aparece en otra posición. Chile puede tener liderazgo en América Latina pero no es la panacea, hay que pensar el mundo entero y si comparamos con la OSD, en este gráfico, Chile está al final de la instrucción. Hay unos países con la mortalidad infantil más alta de los países de la OSD, cuando nos comparamos con ella -y les mostraré varios de este tipo de gráficos- Chile solamente está arriba de México o Turquía. A nivel Latinoamericano Chile tiene buenos indicadores pero a nivel mundial definitivamente le falta mucho por progresar.

La siguiente figura muestra la mortalidad infantil y si se fijan en las dos curvas, la mortalidad neonatal hasta 28 días, la mortalidad post natal los 28 días y los 12 meses van todas iguales. Sale claramente una curva hacia abajo y esto se explica por distintas razones, en primer lugar disminuyen las muertes por sarampión, disminuyen las muertes por diarrea, las de neumonía bajan drásticamente, no desaparecen del todo las muertes por malformaciones congénitas del sistema nervioso y enfermedades congénitas cardiovasculares, siguen habiendo este tipo de muerte.

Si observamos el siguiente resumen de qué ha sucedido con la mortalidad infantil en Chile podemos ver que la causa de muerte cambió, ahora las causas congénitas son mayores a las infecciosas o nutricionales. Esto es el resultado programático de la política de inmunizaciones a enfermedades prevenibles, con atención y cuidados especializados, con promoción de la lactancia y educación, con manejo de enfermedades respiratorias, con cirugías para malformaciones congénitas del corazón.

Ahora ésta es la comparación entre Chile y Colombia. Varias figuras muestran que seguimos desarrollos similares, es notable y muy poco usual que dos países se parezcan tanto en su desarrollo. Aquí vemos la tasa de la mortalidad antes de los 5 años por cada mil nacidos vivos. Esta figura muestran los datos desde 1960 a la izquierda hasta el 2010 a la derecha, Colombia esta en la línea roja y lo que vemos es que hay una reducción muy fuerte de la tasa de mortalidad antes de los 5 años para los dos países, Colombia sigue estando un poco mas arriba pero la trayectoria es la misma.

La siguiente muestra la actividad neonatal dentro de los 28 días, una trayectoria muy parecida, las diferencias se ven más grandes por la escala del gráfico pero es la misma diferencia que antes. Colombia tiene el doble de muertes que en Chile pero el doble de muertes en estos casos son muy pocas, son cerca de 15 muertes por cada mil niños que nacen. Es claro que Colombia va en la dirección correcta y Chile también, aunque no se avanza tan rápido.



En cuanto a la diabetes entre el 2003 y el 2010 se muestran las cosas que hacemos mal y que no funcionan. Hay un momento muy fuerte, se pasa de 6,3% en el 2003, a 9,4% en el 2010. Éste es el tipo de enfermedades que nos está empezando afectar, las enfermedades no transmisibles y crónicas han aumentado, pasamos de 700 mil personas a 1.2 millones con diabetes. En hipertensión hay una leve mejora del 37,3% al 26,9% pero la población Chilena tiene hipertensión. Se han hecho campañas contra el consumo excesivo de sal.

Podemos ver por sexo y por nivel educacional quiénes consume más sal: los hombres y los niveles socioeconómicos más bajos. En el índice de masa muscular es donde empiezan a aparecer los problemas de países que uno no quisiera alcanzar nunca, el nivel de sobre peso es equivalente al de Estados Unidos y los cambios entre el 2003 y el 2010 sugieren que la situación empeora. Hay inequidades marcadas, pueden ver la distribución de la obesidad por niveles educacionales, la línea azul son las personas de nivel socioeconómico alto, la línea roja de nivel medio y la verde de bajo.

En la columna que dice "índice de masa corporal normal", las personas que tienen un índice normal son personas de nivel socio económico alto. Lo opuesto pasa si uno mira la obesidad, la distribución es muy desigual, las personas del nivel socioeconómico bajo tienen el 35% de obesidad mientras que sólo el 18% del nivel socio económico alto presenta ese problema. También está la inactividad física que esta estrechamente relacionada, tenemos una situación parecida aunque hay una leve disminución del 89.4% al 88.6%, en inactividad física seguimos tan flojos como siempre.

En tabaquismo tenemos un alza tremenda, especialmente en mujeres adolescentes. Chile fue el primer país en firmar el convenio de Estados Unidos pero no logró implementar todas los acuerdos. Las medidas educacionales fueron más fuertes, por ejemplo poner etiqueta en las cajas de los cigarrillos. Estas campañas benefician más a las personas con mayor educación porque las digieren mejor. Los impuestos no se subieron tanto en Chile en cuanto a la regulación de ambiente libre 100%, no funcionó bien y tuvimos malas experiencias porque lo primero que se decidió hacer fue dejar que las personas fumaran en ambientes separados. Así, no hubo cambios en cuanto al tabaco pasivo, se ha demostrado que los sistemas de extractores no funcionan muy bien, todas las recomendaciones 100% libre de humo no se implementaron por presiones de distintos actores. Se piensan implementar en todos los espacios públicos y ha habido rechazo porque dicen que los espacios se han acondicionado, y están quejándose por que les cambian la ley a los 5 años y tienen razón, fue una ley mal implementada, no la hicimos con toda la fuerza desde el inicio.

Aquí las diferencias socioeconómicas en el tabaquismo y el consumo del alcohol son interesantes por que se invierten en el sentido de que las personas del nivel socioeconómico más alto son las que muestran mayor prevalencia de tabaquismo y es interesante por que eso muestra que en hay un tema de acceso a bienes costosos, hay sensibilidad hacia los impuestos que todavía son bajos. Muchas personas empezaron a dejar de fumar por que no pueden acceder a los cigarrillos, si se suben mas los impuestos, las personas de más ingresos también dejarían de fumar. El consumo de alcohol es una realidad parecida, también tenemos los datos por sexo, tener dinero ayuda mas al consumo.

En cuanto a la esperanza de vida al nacer, Chile en el año 2008 estaba bastante arriba en comparación con Latinoamérica pero en comparación con la OSD la esperanza de vida no es tan alta como pareciera, creo que no estamos en los últimos aunque tenemos mucho camino por andar. Colombia esta en la mitad aproximadamente. La esperanza de vida al nacer en Colombia y en Chile ha tenido trayectorias distintas, esta es una nueva diferencia importante, este es un terreno perdido en Colombia y partimos iguales.

Cuando digo estas cosas me dan ganas de hacer estas charlas, hay cosas que se pueden arreglar , si miramos en el año de 1960 Colombia y Chile estaban en los mismos niveles de esperanza de vida, 55 o 57 años aproximadamente y desde ese momento los desarrollos son distintos. Chile sube más acelerado Colombia debe remontar. Algo que sucede es que no es alcanzable ese nivel y esos seis años de diferencia que vemos aquí, al final son seis años, una brecha que cuesta mucho tiempo cerrar. Hay una tarea muy importante por hacer que es un desafío difícil sin duda.

Al comparar cosas más generales que no tienen que ver con el sistema de salud en sí mismo, tenemos la población total, es importante considerar estos temas también. Colombia es un país muchísimo más grande lo que hace las cosas más complejas, es menos operativo y crece a velocidad más rápida. La pendiente de la línea roja va mucho más hacia arriba Colombia, mientras que hay un envejecimiento más acelerado para Chile, la línea azul empieza a darse una vuelta hacia arriba bastante pronunciada para Chile, envejecemos y vamos muy acelerados.

Colombia envejece pero a un ritmo más lento y esto es bueno porque se tiene la ventaja de estar un paso atrás y se puede ver qué sucede en otros países cuando envejecen. Una de las cosas que sucede y que sabemos, es que explota el gasto en salud, si el gasto es alto en Colombia al día de hoy, hay que fijarse en lo que sucederá. El nuevo consenso de Estados Unidos es que el déficit fiscal ya no viene del gasto en pensiones, el tema del envejecimiento es la gran demanda de recursos fiscales y no viene por la entrega de pensiones sino por

el gasto en salud. Durante los últimos cuatro años es donde ha estado la gran presión fiscal. Al gran consenso de Washington en Estados Unidos se le olvida decir que el tema en gasto en salud de la población que está envejeciendo es muy alto.

Si vemos el índice de envejecimiento, la cantidad de personas de 65 años aumenta más que la de personas entre 15 y 64. Esto nos lleva a preguntarnos cuántos jubilados tenemos, cuántos son potenciales trabajadores que no tendrían por qué trabajar. La cifra que vemos al final en Chile es de 14 personas mayores por cada cien personas que están en edad activa, en Colombia el número es más bajo, es 10. Esta es una oportunidad para el desarrollo, hay una fuerza laboral más activa, hay un mínimo de independencia laboral, esto hace que las cosas sean más baratas, hacer andar en el país es muy barato y esto hay que aprovecharlo. Los cambios demográficos tienen una ventana de oportunidad, todo el mundo se hace viejo y hay menos personas jóvenes en etapa activa, menos recursos y más gastos lo que dificulta todos los cambios que uno quisiera hacer.

Este gráfico me encanta porque es muy ilustrativo al mostrar cómo ha cambiado la distribución en tasas de mortalidad, es decir, quién se muere y a qué edad. Si tomamos el gráfico de la izquierda, el año 1909, y vemos quiénes se murieron y qué edades tenían, lo que vemos es que la mayoría se muere entre 0 y 4 años, además vemos que este color gris significa que casi todos murieron por enfermedades infecciosas y muy pocos por enfermedades no transmisibles. Si tomamos el año 1999 y hacemos el mismo ejercicio, cambia la historia totalmente, esta barra de abajo desaparece y aparece acá arriba, la gente en Chile se muere vieja, los niños mueren muy poco, es una conquista social muy importante, también un desafío en el fondo por lo que les contaba del costo que tiene.

En aspectos más generales, Chile está bastante alto en América Latina en cuanto a PIB si lo contamos per cápita. Colombia está en la mitad, si comparamos con la OSD nuevamente Chile no es ninguna maravilla. Si vemos la evolución del pi per cápita en dólares ajustados al año 2005, vemos que Chile y Colombia divergen. Chile está cerca de los 16 mil dólares per cápita y Colombia está cerca de los 8 mil dólares per cápita. Si observamos el gasto total del gobierno, esto no es per cápita, esto es gasto total, Colombia gasta más. No hay que sorprenderse mucho, es un país muy grande y sería muy raro que gastaran menos.

La población rural es otra diferencia importante a considerar, porque la ruralidad en Chile es muy baja, llegó prácticamente al 10% en esta evolución, mientras que Colombia uno de cuatro colombianos viven en una zona rural, es una diferencia muy grande, eso explica las diferencias que hemos visto y también hace que todas las estrategias que promovamos tengan que ser distintas.

Si comparamos homicidios internacionales vemos grandes discrepancias en Chile al inicio del periodo y luego una mejora bastante sustancial de Colombia, hay un progreso claro en la evolución de Colombia. Si vemos el desempleo, aquí nos movemos juntos, vamos con el vaivén de la economía internacional. Algunas crisis le pegan más fuerte a Chile, como la que vemos primero aquí, luego la crisis le pega más fuerte a Colombia. Nuestros países, a pesar de su distancia, tienen muchas cosas parecidas.

¿Qué está sucediendo hoy? A continuación el contexto. Chile ha pasado de enfermedades infecciosas a enfermedades de tipo no transmisible. La evolución de Colombia es bastante parecida pero en varias cosas está algunos años atrás con respecto a Chile. ¿Qué está pasando hoy en Chile? El gasto per cápita en salud en dólares nominales es bastante alto comparado con el nivel latinoamericano, si lo comparamos al nivel de la OSD es bastante bajo, es increíble cómo las posiciones de los países son bastante estables independientemente de lo que miremos. Hay algo interesante, las gráficas nos muestran que Colombia gasta menos per cápita ya que tiene una tremenda presión fiscal.

Puede haber distintos factores, como una medición errónea de la asignación del gasto, las tutelas no están incluidas aquí, están incluidas como otro tipo de gasto que no es salud, pero hay otro factor que puede ser gasto per cápita. Chile tiene más porque tiene que gastar más, pero si lo miramos realmente, con los recursos que tenemos la historia puede cambiar. Este es el gasto como proporción del PIB, la misma historia de antes, Chile aparece gastando más per cápita como proporción del PIB. La distancia entre Chile y Colombia se achica bastante, ya no están tan distantes como en proporción del PIB, Chile no era tan generoso como parecía, tiene mucho más y gasta poco, Colombia empieza a subir y se empieza acercar a Chile. El gasto público de Chile comparado con el OSD nuevamente es muy bajo, Chile en términos per cápita comparado con América Latina gasta bastante pero no gasta mucho si lo comparamos con los países de la OCDE.

Y aquí esta la gran diferencia entre Colombia y Chile, esto muestra la descomposición del gasto como porcentaje del PIB entre público y privado, Colombia está claramente más arriba, el gasto publico de Colombia como proporción del PIB es altísimo comparado con el Chileno. El gasto privado es mas bajo pero el gasto público es muy alto, es decir, el Estado tiene una gran presión para financiar el sistema de salud y esto lo muestra la descomposición del gasto en salud, la línea arriba quiere decir mas Estado, la línea más abajo quiere decir que son los individuos. Colombia aparece arriba, esto nos muestra el gasto como porcentaje del gasto total del gobierno, es como un indicador de cuán comprometido esta el gobierno en el área de la salud. El gobierno tiene cierta cantidad de fondos y los puede gastar en minería, en programas



sociales, en educación, y se compromete con algunas cosas y otras no, esto nos indica cuán comprometido está con la salud, y en Colombia está más comprometido que en Chile, voluntariamente o involuntariamente no lo puedo decir a partir de esta figura pero claramente está esforzándose más, está entregando más de lo que tiene en el ámbito de salud que en Chile.

Esa es la comparación del gasto, ahora volvamos al tema de los terremotos. Tuvimos uno tremendo en el año 2010 y aún estamos en un proceso de reconstrucción. Aquí pueden ver los terremotos más altos del mundo, Chile está en la sexta posición del mundo, fue un terremoto muy fuerte en la escala 8,8, el más fuerte fue en Chile en años anteriores y así como les contaba, dio inicio a un sistema nacional de salud. No ha habido un desenlace óptimo con respecto al terremoto pero hay un esfuerzo de salud pública. La reconstrucción es sectorial de, hubo que reconstruir hospitales, viviendas, hay muchas personas que todavía no tienen casas. Este es un ejemplo demográfico, hay un pueblo que se llama Constitución, esta es antes del terremoto, cuando llega el tsunami, arrasa con todo. Esta es la misma ciudad después del terremoto.

Para lo desastroso que fue el terremoto las muertes fueron muy bajas, 700 personas aproximadamente en todo un país. Con esta situación, 2000 mil personas en sólo este lugar que no tienen ninguna casa, no tienen a donde ir, el gobierno tiene que empezar a pensar qué hacer, no tienen atención de salud. Piensen en el estrés post traumático. Hay una inyección muy grande de gasto de energía, de esfuerzo que no se refleja en los gastos sectoriales porque hay fondos discrecionales del presidente pero hay reconstrucción, hay más limpieza, pero lo que se intenta es reubicar a toda la comunidad en otro lugar, cosa que es un proyecto muy difícil, porque la gente tiene historia, tiene rutina.

Otro tema importante en Chile, es el envejecimiento que ya lo hemos explorado en aspectos demográficos, pero ahora quiero contárselos como política actual. Les decía que Chile está envejeciendo más rápido que en Colombia. Lo que ven ustedes en el gráfico de la izquierda es que va a ver un punto de inflexión en el que los niños van a llegar a ser menos que las personas mayores. En este gráfico ustedes tienen una línea punteada que va bajando, esa es la proporción de niños en la población, hoy día son el 40% de la población pero el año 2025 van a llegar a hacer el 20%.

En la línea continua ven la de personas mayores que va subiendo y se van a cruzar. En el año 2025, van a tener más personas mayores que niños, esa es la realidad que tenemos y estas proyecciones se pueden hacer. El año 2025 se dispara el número de personas mayores de 80 años, quito la evolución de personas de distintas edades, todas crecen, algunas más rápido y otras más lento, pero en este año los mayores de 80 y más se dispararán.

Esto se llama el envejecimiento o vejez e implica desafíos gigantescos para el sistema de salud y para la sociedad en general también, desafíos gigantescos por que la dependencia funcional, el riesgo de dependencia, se dispara a esa edad. Es muy difícil ser una persona auto-valiente a los 80 años, hoy día en Chile la dependencia es aproximadamente del 22% ,con un criterio más bien laxo podría pasar al 30% en un periodo de 10 años.

Imagínense todo eso, piensen en una sociedad como Francia por ejemplo, que tiene el plan Alzheimer, un plan de salud que tiene una inversión gigantesca en investigación, en entrega de drogas, en el hogar, apoyo a las personas, es una realidad con nuevos problemas. Chile lo que hace actualmente es anticiparse a este problema por que todavía no es tan grande; envejecemos rápido pero los adultos mayores son todavía un grupo minoritario, es decir, hoy tenemos más niños que personas mayores. Pero como sabemos que este cambio viene, nos anticipamos y generamos una política integral de envejecimiento positivo para Chile que propone una nueva forma de abordar este fenómeno demográfico.

Vemos una respuesta a nivel país y otra a nivel de los individuos, a nivel país lo que estamos haciendo es enfrentar los desafíos demográficos con éxito, tenemos por delante un problema y lo vamos a transformar en una oportunidad, no vamos a esperar a tener un problema, nos vamos anticipar y ver qué podemos hacer si sabemos que el riesgo aumenta, resolver qué podemos hacer para que la gente no entre en dependencia y se mantenga autosuficiente con la mayor autoridad posible.

A nivel individual lo que hacemos es pensar un futuro en el que las personas mayores pueden ser saludables por el mayor tiempo posible y estén integradas socialmente. Hay todo un tema de integración, es importante construir una sociedad para todos, no sólo para los niños ni solo para las personas mayores, una sociedad que integre todas las edades y que todos sean felices, toda la noción de bienestar subjetiva. Colombia es un país feliz, quizá se preocupa menos por el tema, en Chile consideramos variables más blandas, no solo variables como la dependencia funcional o cosas físicas, sino también bienestar sugerido y la idea es alcanzar una política concón acciones del Estado, que sea integral, que no sea solamente salud, no todo puede ser salud.

Las inversiones no siempre se hacen desde el sector salud, es importante esta mirada inter-sectorial que busca coordinar servicio y colaboración con otros actores de la sociedad civil, fundaciones en el fondo que hacen un trabajo bastante importante. Hoy día por ejemplo, la entrega de personas a mayores dependientes la mitad del Estado y la otra mitad de fundaciones, monjas, y ese rol no se puede desconocer. Cada uno de los nombres de estas políticas tiene un sentido, una política de envejecimiento es la que agota un proceso biográ-

fico de las personas que parte desde el nacimiento y un proceso social de cambio de la estructura demográfica del país, un cambio histórico y un proceso dinámico de fondo.

Es importante enfatizar que no son políticas solo para los adultos mayores sino van a beneficiar a todos y hay determinantes tempranos, uno a los 65 años llegó a lo mejor de la vida, hacer ejercicio y a comer bien ayuda pero hubo tantas oportunidades que ya se cerraron que debe entrar la política de envejecimiento positiva que busca crear un futuro deseable.

La idea de que hay un problema al cual se le debe buscar solución se debe revertir, no solamente se debe pensar en los problemas, hay que pensar en las oportunidades, entonces en el ámbito felicidad por ejemplo, si estudiamos los países desarrollados vemos la instrucción de la felicidad, que tiene forma de U, o sea los jóvenes son bastante felices y no tienen ninguna responsabilidad, compran todo nuevo, etc.

La vida empieza a llenarse de responsabilidad, se tienen hijos, que crecen y presentan problemas, hay cosas difíciles justo cuando son adolescentes y además uno está pagando la casa. Pueden presentarse crisis psicológicas al mirar en perspectiva la vida y darse cuenta de que hay cosas que se hicieron mal, pero después una persona se tranquiliza con esas cosas y dice "la vida es para disfrutar" y empieza a enfocarse en las cosas buenas. En los países desarrollados, los adultos mayores son tanto o más felices que los jóvenes, lo que es bastante interesante, Chile no es así todavía, en Chile va abajo la cosa y eso se puede revertir, lo sabemos porque hay muchos países que lo hicieron, entonces aquí hay una oportunidad de hacer las políticas de tal manera que contribuyan al bienestar subjetivo de las personas, una política para Chile y no para un grupo específico porque busca un impacto positivo para todas las personas.

Les estoy mostrando cómo se construye eso con ejemplos buenos de políticas relacionadas con el ámbito de la salud. Aquí el ministerio de salud es uno de los principales actores obviamente, para mejorar la salud, se preparan 80 acciones propuestas por las mismas personas mayores, las fundaciones, los académicos, en procesos participativos, tienen diferentes marcos temporales y asignaciones de presupuesto, se ponen metas medibles en el fondo para poder monitorear el progreso, entonces uno tiene números claros para alcanzar el próximo año, en dos años más y esto es bueno porque da transparencia y permite que el público exija cumplimiento y que quien no hizo las cosas bien tenga que responder.

Los objetivos generales buscan en primer lugar proteger la salud funcional, que las personas se mantengan autovalentes por la mayor cantidad de tiempo

posible, retrasar la enfermedad más funcional, para que las personas puedan caminar, subir escaleras, interactuar con su medio ambiente sin ayuda y eso significa mejorar las capacidades corporales de las personas pero también las posibilidades de la ciudad: si alguien tiene dificultades para caminar hay que preocuparse porque las veredas estén sin hoyos no solamente porque esa persona vaya al gimnasio, hay distintas formas de abordar el problema.

El segundo objetivo tiene que ver con mejorar la integración y la participación de las personas mayores abriendo espacios de interacción generacional, esto se hace con la siguiente lógica: si ustedes toman cualquier objetivo, como el auge de la felicidad de personas mayores, debe observarse en todas las etapas de las políticas porque uno podría pensar el impacto, el esperar si la acción funciona o no, si hicieron a las personas más felices o no, si subieron las pensiones. Todo eso se puede estudiar en el fondo, porque uno puede subir las pensiones de forma aleatoria como experimento para ver un efecto causal.

La felicidad hoy día se puede medir con ciertos roles, pero si uno está pensando solamente en el resultado y no en el proceso, las cosas muchas veces no funcionan bien, pensemos en el ámbito de salud por ejemplo, vimos que Chile tiene buenos ámbitos de salud a nivel latinoamericano, pero en el mismo nivel latinoamericano es uno de los países más insatisfechos con su sistema de salud y eso tiene que ver en gran medida con la forma en que la salud se entrega en la implementación, pues, sea o no un mal consultor, la gente te trata mal, hay atención en consultorio a las 6 de la mañana en la calle y una cantidad de problemas que al final hacen que la gente reciba una atención de salud pero no muestra que tu personal hace otro tipo de cosas, que la gente al final no está contenta y ahí se está perdiendo el objetivo en el fondo, hay un proceso que si no se hace bien, no permite cumplir el objetivo pero no es tan instrumental.

Hay algo en el proceso que se llama la actividad procedimental, es decir, tenemos que hacer las cosas de cierta manera para que generen beneficios en el proceso mismo, no en el resultado final. Hay que diagnosticar pensando por ejemplo si tenemos que priorizar quienes son las personas con peor salud o cuales son las enfermedades más prevalentes para formular las políticas y justificarlas, tomar cierta política porque en algún grupo la incidencia en la enfermedad aumentó después hay que implementar, hay que guiar las políticas y evaluar y estimar su impacto.

Un ejemplo concreto de cómo se aplica esta política al ámbito de salud es un sistema integral para personas mayores que básicamente busca promover la autovalencia y prevención de la dependencia, entonces hay que tomar más o menos lo que existe hoy, los objetivos que están desde el ámbito de salud y ver cómo estos objetivos pueden contribuir para crear un modelo de atención



integral encabezado por el ministerio, que es básicamente guiar a las personas por dos planes: opción de rehabilitación cuando tienen alguna discapacidad de la cual tiene que recuperarse o un plan de demencia que tiene que ver cuando hay algún tipo de riesgo cognitivo. Estos dos planes interactúan y pueden estar cruzados, la idea es devolver a las personas al punto inicial, estimuladas, autovalentes e independientes.

Estas políticas se pensaron en un contexto de envejecimiento demográfico que se pensaba como un proceso homogéneo, esto hay que analizarlo aquí en Colombia, creo que este es uno de los aciertos que tenemos en Chile, se piensan las cosas en promedio pero no hay que ser un genio para saber que en la vida no hay promedio, sino personas distintas personas.

Desde 1975 hasta el 2050 la pirámide de población chilena se va haciendo rectangular, es decir tenemos pocas personas mayores muchas personas jóvenes al inicio y al final tenemos tantas personas mayores como personas jóvenes, ahora, si miramos a Chile en un momento del tiempo como el año 2009 y separamos por edades por ingreso tenemos el quintín 1 que es de menos ingreso y el quintín 5 que es de menos ingresos y hay un momento en el tiempo en que el quintín de menos ingreso se parece bastante al de 1975 o sea las personas no están llegando a la vejez, están muriendo antes; el quintín que gasta más ingreso está mucho más avanzada la transición demográfica se parece más al 2025 entonces este tipo de consideraciones son fundamentales porque el promedio esconde muchas cosas, mucha variabilidad importante para la cual hay distintos tipos de políticas y temas paralelos como aumentar las expectativas de vida y reducir inequidades importantes que nuevamente quiero mostrar.

¿Por qué están importante el tema del envejecimiento? ustedes pueden tener razones filosóficas porque todos vamos a llegar a ser viejos y hay que anticiparse, pero sin duda la razón que motiva a los políticos para meterse en el tema es porque el gasto es enorme y se multiplicará, puede analizarse en grandes ámbitos como el trabajo manejado, por el Ministerio del Trabajo y de Protección Social que incluye las pensiones y el ámbito de la salud.

En Chile estamos gastando mucho en pensiones porque las privatizamos, pero esto no será siempre así, el gasto va a ir pasando para salud. Al principio uno privatiza y hay mucha gente que contribuye al sistemas de reparto, pero se deben pagar beneficios a personas de todas maneras entonces hay un gran pago que es un reconocimiento a contribuciones de gente que no entra al sistema privado, no tiene una cuenta individual donde empieza ahorrar para la vejez pero que se le deben pagar los beneficios. El gasto en salud aumentará a lo largo del tiempo y la mayor parte del mismo está en FONASA que es el fondo nacional de salud, la aseguradora pública. En la iniciativa hay más de

un ministerio involucrado y es importante tomarlo en cuenta porque es muy difícil hacer las políticas intersectoriales pero para que muchos de estos temas funcionen necesitamos más de un ministerio trabajando en ello, asunto que estará más claro en la política de salud.

Chile en un ejercicio estratégico de planificación se propone metas sanitarias para la década y aquí nuevamente creo que el aprendizaje más grande es el más simple. Es la segunda vez que hacemos este ejercicio formalmente obviamente siempre había metas sanitarias pero con el gobierno se hizo una comisión presidencial que fijó objetivos sanitarios para la década del 2000 al 2010, luego en el 2010, se evaluaron los objetivos y les fue mal.

La enseñanza es tan simple que hasta da vergüenza contarla: nos fue mal porque no había una estrategia para alcanzar los objetivos. Es obvio pero esas cosas pasan, una comisión presidencial, un documento oficial, para llegar a una meta, días después no llegamos y ¡que sorpresa! nadie pensó como íbamos a llegar, entonces hicimos el ejercicio por segunda vez pero esta vez acompañados de un plan, de una estrategia de cómo alcanzar esos objetivos, tiene la misma lógica del plan anterior con 4 objetivos sanitarios generales a los que se agregaron objetivos estratégicos con indicadores de impacto y metas.

Esto es un esfuerzo intersectorial que permite volver a pensar en la integralidad de las políticas, cuando está evaluando una meta que tiene que ver con cáncer no parece muy intersectorial, el cáncer es fundamental para el Ministerio de Salud, pero recuerden que en Chile tenemos mucho sobre peso y obesidad, si vemos, el sedentarismo es uno de los principales determinantes inmediatos de la obesidad y ese es un tema intersectorial: el ministerio de salud tiene mucho que hacer ahí, tanto como el ministerio de educación, de comunicaciones, etc. Es importante hacer esto, pensarlo y diseñarlo bien porque las cosas intersectoriales a veces nadie las hace, entonces hay que encontrar un mecanismo para que la gente las haga.

Las políticas intersectoriales son las más bonitas pero al final de los días cada ministro responde por su sector y el bien intersectorial queda para el final. Un mecanismo para hacer que los ministros hagan las cosas es hacer estos planes porque sacan declaraciones públicas ante toda la prensa y se sabe que un ministerio hace indicador de impacto, otro ministerio solo se encarga de evaluarlo, pero este no tiene poder para decirle al otro ministerio "están todos despedidos", pero si sale un informe donde dicen usted logró o no logró, hay otra herramienta: a ningún ministro le gusta que quede escrito en una página web pública cuáles son las metas y su grado de cumplimiento, esto aumenta la transparencia del poder, y la posibilidad de exigir que este tipo de cosas se implementen.

Otra cosa que dio mucha fuerza a esta política nacional de salud fue que la primera dama del gobierno actual realizó una campaña, un programa de salud que llamado elegir vivir sano. El compromiso de la primera dama hace que todo el mundo participe, hasta las empresas le entregan plata para que esta cuestión funcione, entonces es mucho más fácil subir al barco cuando hay una persona importante detrás de esto, Este impulso público no da tanta fuerza desde la perspectiva misma de salud pública porque básicamente el mensaje de ella es elige vivir sano, que puedo hacerlo como una broma porque la siguiente etapa podría ser elige no morirte, hay cosas que podemos elegir para vivir sanos pero no todo es nuestra elección, hay determinantes sociales y ahí es donde no me gusta tanto esta propuesta, si se fijan el objetivo esta inicialmente en temas de alimentación saludable actividad física y comunicación, son muy buenos objetivos, hay campañas muy entretenidas como mueve tu cuero o come sano, lo que funciona como un discurso formal, pero en la práctica no se sabe si esto sucede o no.

Otra cosa que se debe reformar y no se ha hecho en los últimos dos años es la OGG que empezó en 2005 en Chile con la sigla AUG que significa Acceso Universal, lo que significa que beneficia a toda la población con FONASA. Las personas que están aseguradas en el sistema público y privado se benefician de este acceso universal a la salud y se les llama GES posteriormente por que da garantías de salud explícitas por escrito que son exigibles, lo cual es un cambio radical en Chile, pues si uno lee la constitución el acceso a la salud es muy blando a diferencia de la constitución colombiana donde el derecho a la salud es mucho más claro. En Chile el derecho a la salud maneja un lenguaje laxo que permite que el Estado no se vea obligado a garantizar los derechos claramente y que los ciudadanos tampoco se acerquen a pedir con mecanismos como las tutelas. Durante muchos años fue más difícil hacer reclamaciones, ahora son más explícitas las garantías escritas y exigibles acerca de qué se debe hacer por la salud.

Son cuatro las garantías, a nivel más general, la garantía de acceso, prestaciones garantizadas a todos los beneficiarios, hay una cantidad de prestaciones para una cantidad de enfermedades que tenemos que entregar; hay una garantía de oportunidad, no la podemos entregar cuando queramos "si, usted va a recibir su tratamiento, pero vuelva en cinco años más", hay un plazo para la entrega de las prestaciones de salud que tiene que estar garantizado y se debe cumplir.

También hay garantías de calidad eso significa que la tiene que entregar un prestador que esté registrado y acreditado, esto tuvo una implementación gradual porque obviamente al comienzo nadie está acreditado pero ya hay gente que lo está haciendo; hay garantías de financiamiento, la idea es que sea un acceso universal por lo tanto el pago por prestación esta indexado a un aran-

cel que va del 0 al 20% el de poco ingreso no paga nada, si uno tiene más ingresos puede llegar a pagar el 20% de copago entonces están estas cuatro garantías y el espíritu de las consideraciones que hay detrás es el siguiente: buscar más equidad entre el sistema público y el sistema privado, este último en Chile es un sistema de ricos y el sistema público el de los pobres.

Consideración por la equidad: hay muchas diferencias regionales, en ciertos lugares uno tenía acceso a la salud, en otros lugares definitivamente no. El tema de equidad por ingresos también responde a la nueva realidad del envejecimiento poblacional, de enfermedades crónicas, responde también al tema de la insatisfacción al usuario por ejemplo, "si a mí me dieran buena salud mejoraría pero la verdad, me tuvieron esperando días y días y yo iba y me hacían volver no cuenta lo mismo que si yo fui y me dieron el mismo tratamiento que cuando yo llegue por primera vez", se trata de reducir la atención a los hospitales y resolver los problemas que estaban sucediendo con los municipios que no pudieron contener toda la atención, de modo que mucha gente llegaba directamente a la sala de emergencia de los hospitales. Se intenta mantener el gasto en una proporción razonable, cuando la población envejece, como dijimos anteriormente, el gasto aumenta y se hace necesario contener el gasto en salud, para ello se organiza un modelo de medicina familiar que trabaja en equipos.

Cuando se hizo la reforma, los médicos tomaron una iniciativa rápidamente, pensaban que era mejor volver a un sistema público descentralizado, posiblemente por una nostalgia romántica de lo que tuvieron en algún momento. Mantener un sistema privado significa básicamente cuidar el bolsillo, pero para los médicos que vienen de consultas privadas consideran que significa mantener la inequidad y además dicen hagamos lo posible a entidades explícitas, lo que básicamente significa no comprometerte con nada. Después, cuando todas las poblaciones están a favor de la reforma, los médicos debe apoyarla también, pero, cómo funciona esto, cuáles son los actores principales.

En los flujos financieros, tenemos tres fuentes de financiamiento, por resultado, por personas y por empresas, cada uno de ellos entrega recursos el Estado como aportes fiscales, las personas el 7% de su renta y las empresas el 6,9 % de su renta. Estos recursos van a distintos seguros y prestadores, pensemos por ejemplo, el Estado entrega aportes fiscales a las fuerzas armadas y al fondo nacional de salud, las fuerzas armadas envían sus afiliados a prestadores propios, FONASA despacha sus beneficiarios por medio de la red de prestadores públicos o a clínicas privadas, las personas aportan a FONASA o a ISAPRE, aunque la mayoría lo hace con el primero.

De ahí que la gente que se fue a ISAPRE generalmente es atendida en clínicas y centros médicos privados pero también podría ir a centros del sector público.

Las empresas aportan a las mutuales de seguridad y llevan a las personas a centros privados así funciona el sistema de actores y flujos. En nuestro sistema hay gente de altos y bajos ingresos, los de altos ingresos contribuyen a las ISAPRE, eso refleja más la realidad y los de bajos ingresos contribuyen a FONASA, ahora la gente que contribuye a ISAPRE tiende a pagar un poco más del 7% porque paga por cobertura, por beneficios, por prestadores preferenciales y además paga por seguros complementarios. Las ISAPRE y FONASA pagan por eventos a los prestadores de salud. Hoy en día en el sistema público de FONASA cobija al 73% del país, en las ISAPRE solamente quedan el 16%.

Como mencioné anteriormente, otro de los desafíos de hoy es el tema de la acreditación, para garantizar la calidad, el prestador tiene que estar acreditado. Este proceso está iniciando, eso significa organizar un poco la medicina, la reforma incluye guías clínicas y canastas de prestaciones, busca la estandarización de la medicina y está esperando un poco a ver como resultará el proceso. Los médicos son defensores de la variabilidad del criterio clínico y que la medicina también es un arte que debe tomar en cuenta múltiples factores para tomar una decisión y no funciona que les den una regla.

Este es un estudio corto más bien cualitativo pero explora estas 4 hipótesis: 1) se presentará un bajo nivel de aceptación frente a la estandarización médica, justamente por esto decimos que los médicos en general tienen una forma de pensar opuesta a protocolos muy estandarizados 2) se presentarán diferencias en el grado de aceptación según la experiencia de las personas, a mayor experiencia se espera menor aceptación, es decir, alguien que lleva muchos años ejerciendo, alguien que no mueve la regla o como se hace esto, alguien más joven que está partiendo le ayuda el protocolo 3) podría haber diferencias por el tipo de instrumentos, las guías clínicas que son más generales y no tan estrictas y no relacionadas con la lógica económica sino con la lógica en la medicina basada en la ciencia, tienden a tener mejor aceptación que las canastas de prestaciones que limitan lo que puedo entregar, entonces podría ser que los médicos estuvieran opuestos a las canastas de prestaciones, esa es la hipótesis. 4) Podría haber diferencias entre las especialidades médicas de distinta naturaleza, puede que la aceptación en las especialidades sea mayor para los médicos generales que para las especialidades quirúrgicas.

Algunas de estas hipótesis se cumplen y otras no, lo primero que vemos al bajo nivel es que las opiniones tienden a contradecir el tamaño de la esfera, muestran cómo se distribuyen y dividen las opiniones, hay demasiada variabilidad con las respuestas parte de esa variabilidad que tienen que ver con las experiencias, si encontramos que es súper claro a personas jóvenes con menos experiencia o si son los mayores en general con menos experiencia hace que unos tengan aptitud más favorable a la estandarización de la medicina. El



instrumento también marca diferencias, las guías clínicas son mejores que las canastas de prestaciones si buscamos regular a los médicos. En cuanto a las especialidades médicas, no es tan claro las diferencias que hay entre ellos.

Otro tema de política actual son las licencias médicas, hubo una explosión entre los años 2006 y 2009 en la entrega de las mismas y no es que haya un tema infeccioso, no hay una epidemia de nada. Las licencias regulares aumentaron y se empiezan a descubrir muchos casos de corrupción donde el doctor dice "amigo váyase a descansar para la casa, tómese esta receta y dígame a su empleador que está enfermo", a las mujeres embarazadas también les pasaba que querían estar más tiempo con sus hijos, en el fondo había que prolongar la lactancia, después del periodo post natal vienen más licencias médicas. Esto se enfrentó de dos formas: digitalizando electrónicamente las licencias médicas y haciendo una reforma al régimen post natal, que se extendió y hoy día es bastante más largo de lo que era anteriormente.

Por otra parte encontramos la ley de derechos y deberes de los pacientes, que ahora hace explícito lo que un paciente tiene que hacer y responder, tiene derecho por ejemplo a tener información oportuna, a pedir un trato digno y tiene el deber de entregar toda la información respecto a su enfermedad, esto es lo que se acaba de aprobar en Chile y está empezando a implementarse. Tenemos algo que es muy interesante y tiene que ver con la judicialización de la salud, hay una figura en Chile que es el Tribunal Constitucional que nunca en su vida había dicho nada acerca de salud, pero en 2005 empiezan a aparecer decisiones del tribunal, fallos relacionados con temas de salud, hay gente que se preocupa de velar porque las cosas se estén haciendo de acuerdo a la constitución. En primer lugar hicimos explícito el derecho a la salud, primer cambio importante ahora yo sé qué me corresponde, en segundo lugar las ISAPRES van subiéndole mucho las primas de las personas de acuerdo a su riesgo clínico o de empezar a envejecer, todos los años te mandan una carta y te informan que tu plan subió y siempre se termina pagando más y más, entonces discriminan por edad, por sexo, pero se garantiza el derecho a la salud y entonces hay terreno para empezar a decir "esto es mío, lo quiero exigir".

El Tribunal Constitucional cambia su figura, siempre fue un tribunal donde uno llegaba a ser Ministro porque te elegían tus padres los jueces y la ideología de los jueces en Chile está orientada a que ley y políticas son dos mundos distintos, entonces no solo nos metemos en el mundo público, nos ceñimos estrictamente a la Ley, pero se hace una reforma a la entidad y son nombrados ministros designados por el Presidente y por el Senado, eso significa que esos ministros tienen que tener un rol político en el fondo y deben empezar a pronunciarse en los asuntos públicos, lo que muestra que tienen más incentivos.

Antes si se pronunciaban respecto al mundo público perdían el cargo, hoy día hay otra forma de hacer carrera en Tribunal. Uno de los primeros fallos públicos que hizo fue prohibir la píldora del día después y eso tuvo un efecto nefasto en la opinión pública en Chile, hubo tanto rechazo hacia el Tribunal Constitucional que buscan revertir ese rechazo de la ciudadanía dándole medidas favorables y fallando siempre en contra de las ISAPRE va una persona y le dice: "Tribunal Constitucional, la ISAPRE me subió la prima de mi seguro, me parece que eso es inconstitucional", y por desajustes en las propuestas el Tribunal falla en contra de las ISAPRE.

Concluiré con el tema de racionalizar la salud, aquí están viendo que en Chile lo hicimos de forma implícita y los países tienen que hacer el racionamiento de la salud de alguna manera y lo hacen de manera implícita o explícita lo hacen porque las necesidades son infinitas y los recursos no, entonces tienen que elegir si razonan de forma implícita o explícita. Cuando lo hacen de forma implícita ponen lista de espera, dejando a la gente esperando diciéndole que deben pagar por los servicios en lo que en Chile llaman "pitufo" (favores o corrupción). El racionamiento explícito ocupa una canasta de beneficios y de prestaciones garantizada como hace Colombia que tiene garantías explícitas pero son problemas de inequidad por los beneficios, los copagos, las tutelas que no funcionan perfectamente al igual que en Chile.

Entonces los problemas que podría tener Colombia son los mismos que ha tenido Chile, uno podría ser que las listas de espera crezcan para para aquellas enfermedades que no son preferenciales, si garantizo una enfermedad, la que no garantice puede tener gente para siempre. Un segundo problema es que Colombia podría tener un sistema de priorización como el de Chile en el que haya rechazo a los protocolos.

En tercer lugar podría haber un tema de expulsión del gasto público, priorizar como lo hizo Chile funcionó muy bien, vemos contenido el gasto público pero podría no funcionar para otros países porque los políticos podrían querer meter más y más garantías, entonces partimos con cincuenta, después con setenta y ochenta como era el plan, pero de repente podría llegar un Presidente que le esté yendo mal en la popularidad y diga "160 prestaciones garantizadas" y eso puede ser no sustentable financieramente, entonces se requiere de algún mecanismo de control financiero que es difícil de implementar.

Chile tiene instituciones fuertes y tradición de austeridad fiscal y esto funcionaba bien, pero no tendría por qué funcionar igualmente en otros lugares, Colombia tiene dificultades adicionales, tiene otros beneficios ya garantizados, otra forma de priorizar, por lo tanto sería muy difícil políticamente cambiar las reglas del juego y pedirles a las GES que aseguren a los beneficiarios a prestaciones no prioritarias.

Está el modelo que vale la pena estudiar, de cómo priorizó Chile, primero se analizó la carga de las enfermedades, las que tenían mucha carga pasaron a la segunda etapa, las enfermedades con alto costo y efectividad se filtraban en el fondo, se buscaban las más eficientes y menos costosas, después se calculaba la capacidad del sistema para tratarlas porque podemos decir que el sistema está sobrecargado y si hay capacidad solo de hacer la mitad, es difícil adquirir más compromisos.

Después está el tema de la carga financiera, se previeron aquellas enfermedades que eran más caras para las personas y, que impactan más en sus días y desarrolló un proceso de prioridades sociales valoradas preguntándole a las personas, se priorizaron los problemas más frecuentes, los más caros, lo que más dañan la calidad de vida y según la percepción de las personas, después se garantizan las intervenciones efectivas, las de promoción, las de prevención, las de curación y las de rehabilitación, finalmente se unió a la factibilidad del plan y se observa la capacidad de la oferta del país y los recursos disponibles.

Todo eso hace que pasen ciertas enfermedades y no otras, dicho de otra forma, primero se ponen metas, lo que queremos lograr, al mismo tiempo se estudia la magnitud de la importancia de las enfermedades y la prevalencia de la incidencia y la carga de la enfermedad junto a las referencias sociales (las cosas que las personas valoran más), entonces hay distintas efectividades, altas, medias y bajas, y variados recursos, para algunos suficientes y para otros insuficientes; las que tenían bajas siguen siendo como las que tenían altas y con suficientes recursos se garantizan, las de insuficientes recursos pasan a otra etapa.

Luego viene la carga fiscal por casos, por año y luego se ve el consenso social acerca de si es alta, media o baja, y ahí se garantiza el derecho de forma explícita, esto funcionó bastante bien en Chile pero no se puede decir que funcionará en Colombia porque las realidades son distintas y hay un sistema distinto, además es más difícil echar un sistema atrás que echar uno nuevo andar, entregar beneficios políticamente es fácil, cambiar los beneficios y quitarlos es difícil.

Entonces hablamos de cuatro cosas, los periodos históricos, como el contexto epidemiológico y demográfico de Chile se compara con el de Colombia, qué está sucediendo actualmente en la política de salud actual en Chile y cómo se puede priorizar la salud de una manera justa, legítima y sustentable, como dijimos, hay una manera que ha funcionado en Chile, si se hace en Colombia alguna de estas cosas podría estar en problemas, lo que vamos hacer en la tarde con Bernardo es revisar aspectos de cómo regular y controlar el sistema de salud.



Este libro se terminó de imprimir  
en el mes de Diciembre de 2012  
en los Talleres Gráficos  
de Litográficas Pabón