

LA NUEVA LEY DE SALUD (*).

A través de estos reportajes, la Revista Trabajo Social quiere establecer una nueva línea de intercambio entre Asistentes Sociales que enfrentan distintas experiencias, y entre ellos, y los que se dedican más a labores de docencia e investigación.

Esperamos en este reportaje haber reflejado fielmente la riqueza del diálogo suscitado en torno a la nueva política de salud.

Ante los cambios trascendentales que se han operado en todo el sistema de salud, los Asistentes Sociales requieren profundizar en el conocimiento de las disposiciones legales, sus formas de aplicación, sus problemas, y sus posibilidades.

Teniendo presente este objetivo, la Revista de Trabajo Social se planteó la conveniencia de realizar un reportaje que incluyera en una primera parte una breve reseña de las nuevas disposiciones, para luego transcribir el análisis realizado por un conjunto de Asistentes Sociales. Para esta segunda etapa se programó la realización de un encuentro o foro, el cual tuvo lugar en la Escuela de Trabajo Social de esta Universidad el día lunes 22 de abril de 1986. Este foro fue dirigido por la Directora Sra. Alicia Forttes y contó con la participación activa de un grupo de Asistentes Sociales, provenientes de diferentes servicios y organizaciones que por su naturaleza permiten visualizar las modificaciones desde puntos de vista diferentes. La experiencia realizada fue de una riqueza extraordinaria, permitiendo profundizar en una política social tan importante para nuestra profesión como es el área de la salud, con el conocimiento técnico y la experiencia de los participantes.

A continuación se describen las nuevas disposiciones, para luego transcribir el análisis realizado.

BREVE RESEÑA DE LAS NUEVAS DISPOSICIONES.

Los principales cambios que se operan a partir de esta ley, pueden sintetizarse de la forma siguiente:

La ley establece un sistema de salud que unifica todos los antiguos sistemas derivados de los diversos regímenes de previsión. Se exceptúa el sistema de salud de las Fuerzas Armadas. La nueva ley incluye trabajadores dependientes del sector público y privado, independientes, voluntarios y pensionados. Como beneficiarios se considera a

las cargas familiares, a los carentes de recursos o indigentes, conjuntamente con aquellos señalados como afiliados.

En relación a las prestaciones médicas se establecieron dos tipos de sistemas. El de la atención institucionalizada o funcionalizada, y un sistema de libre elección.

El sistema institucionalizado o funcionalizado corresponde a lo que tradicionalmente se ha cubierto con los sistemas públicos de salud. Esta atención institucionalizada se concederá con los actuales recursos profesionales, técnicos y administrativos existentes. La nueva ley estipula sí que los beneficiarios tienen la posibilidad de elegir los establecimientos, y dentro de éstos a los profesionales que los atiendan, exceptuándose los casos de control de embarazo y control de menores hasta seis años. Estas prestaciones incluyen exámenes de medicina preventiva, atención de medicina curativa y atención odontológica. Sólo la primera modalidad no requiere de pago del beneficiario y no hace distinción entre los diferentes afiliados. Tanto en medicina curativa como en atención odontológica la cancelación de las prestaciones es diferente de acuerdo a las categorías utilizadas para distinguir afiliados y beneficiarios.

El segundo sistema lo constituye la modalidad de libre elección. En este sistema una parte de la atención que se recibe se paga directamente, y otra es subvencionada por el Fondo Nacional de Salud

(*) Este reportaje preparado por la Revista de Trabajo Social, contó con la colaboración de un grupo de Asistentes Sociales, quienes participaron activamente en un foro de análisis de la ley. Nuestros agradecimientos para Mariela Arrau, Mariela Barrios, Carmen Gallardo, Bernardita Guerrero, Cecilia Guichard, Carmen Herrera, Orieta Marambio, Carmen Morales, Eugenia Orellana, María Ruby Rotondo y Wilma Saavedra. El reportaje refleja la opinión mayoritaria de los Asistentes Sociales y no necesariamente su posición individual.

o por la institución de salud previsional con las cuales los trabajadores hayan suscrito un contrato. En este contrato las partes acuerdan la forma de otorgamiento, modalidad, y condiciones de las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud. En casos de ausencia o insuficiencia de la infraestructura privada para determinadas prestaciones, las personas pueden atenderse por el sistema de medicina curativa de la ley 16.781, debiendo la institución pagar al Fondo de Salud la parte bonificada que contempla dicho sistema.

Respecto a las prestaciones económicas una innovación de la ley se refiere al goce de subsidio de los trabajadores independientes, estableciéndose los requisitos en el artículo 18 de la ley 18.469. Otro aspecto que cambia lo constituye la posibilidad de otorgarse licencias médicas parciales cuando ha habido una pérdida parcial de la capacidad laboral. (Anteriormente existía esta disposición para las enfermedades cubiertas por la ley de medicina preventiva). El pago de los subsidios quedó a cargo de los respectivos servicios de salud, cajas de compensación de asignación familiar, e instituciones de salud previsional, según corresponda.

El financiamiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, está constituido por las cotizaciones que deben realizar los trabajadores, por el pago que deben hacer por las prestaciones recibidas y por el aporte estatal. Para implementar este régimen se aumentó la cotización en salud al 7 % de los sueldos percibidos por los trabajadores, porcentaje que ha ido en aumento en los últimos años. Aquellos que reciban una renta superior a \$ 16.288 (valor a enero de 1986) deberán cancelar parte de las prestaciones.

ANÁLISIS DE LAS NUEVAS DISPOSICIONES LEGALES.

Antecedentes Generales.

La nueva ley de salud N° 18.469 del 23 de noviembre de 1985, que entró en vigencia el presente año, se ubica en el marco económico, político y jurídico de la sociedad chilena de hoy, teniendo su origen en una disposición constitucional referente al derecho a de la salud (*).

Este fundamento doctrinario constituye el artículo 1° de la ley de salud, que expresa: "El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recupera-

ción de la salud y a aquéllas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse". Los supuestos en los cuales se basa son los siguientes:

— El acceso a las acciones de salud será libre e igualitario.

— Estas mismas características tendrá la opción entre el sistema estatal o privado.

— El Estado asume un rol subsidiario en la acción directa de salud, y coordinador y contralor del sistema general. En este rol, a través de la ley pueden establecerse cotizaciones de carácter obligatorio.

Esta nueva ley es coincidente con la reforma previsional realizada en 1980 a través del D.L. 3.500, en que se establecía la libertad del imponente para cotizar sus aportes. De este forma se podía elegir quedarse en el Fondo Nacional de Salud o ingresar al sistema de administración privada de la salud a través de las ISAPRES. Esta disposición modificó sustancialmente la forma de financiamiento existente, ya que en el sistema anterior las cotizaciones individuales de carácter obligatorio, como también los aportes patronales concurrían a un fondo único que permitía asumir solidariamente la responsabilidad de aportar para el financiamiento del sistema general.

La reforma previsional trajo como consecuencia que aquellos sectores de la población de mayores ingresos dejaran de aportar para este fondo solidario, lo que sumado al aporte patronal suspendido y a los altos índices de cesantía provocó una disminución de los recursos disponibles. Es en este contexto donde se ubica la nueva ley de salud.

Objetivos explícitos e implícitos.

A través del análisis efectuado se manifestó un claro consenso respecto a que la nueva ley estaba orientada fundamentalmente a la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento, incrementando los aportes directos que debe efectuar un sector de la población, al tener que cancelar un porcentaje de las prestaciones médicas recibidas.

Conjuntamente el sistema es congruente con el principio doctrinario de asignar al Estado un rol subsidiario frente a la satisfacción de necesidades de la población. La nueva ley es un paso más en el camino de la privatización de la salud. Frente a países pobres como el nuestro, los Trabajadores Sociales se plantean los problemas que se derivan de una política de esta naturaleza. La libertad e igualdad de elección en salud, objetivo explícito de la ley, involucra disponer de capacidad económica para elegir el sistema ya sea estatal o privado. Si la persona no

(*) Expresado en el artículo 9° de la Constitución Política de Chile, 1980.

tiene medios económicos no puede tener libertad de elección por lo que obligatoriamente entra al sistema institucionalizado, constituyéndose ésta en la primera restricción a la libertad de elección y a la igualdad del sistema. Una segunda restricción son los condicionantes impuestos por los organismos privados de salud (ISAPRES) para los afiliados; condicionan el ingreso a una renta mínima de los trabajadores. De esta forma un sector de trabajadores se ve en la práctica obligado a permanecer cotizando al Fondo Nacional de Salud.

Dado esta realidad, aquellos que permanecen aportando al Fondo Nacional de Salud corresponden a aquel sector de población de ingresos económicos más reducidos, y son éstos precisamente los que de algún modo están concurriendo a ayudar a la población carente de recursos, la cual constituye un vasto sector. Sin duda el Estado a través del gasto social en salud, es el que debe hacer el fuerte en el financiamiento de los servicios dirigidos a estos grupos, pero también son los imponentes los que están concurriendo al fondo de prestaciones, y como se ha visto corresponden a aquellos de menores ingresos. Y es esta misma población la que actualmente debe realizar aportes adicionales, de acuerdo a los tramos de ingresos fijados, para poder recibir las prestaciones de salud que se requiere.

Principales implicaciones de la nueva Ley para el Sector Activo y Privado de la población.

Las principales implicaciones de la nueva ley, se visualizaron de la forma siguiente:

— El rol del Estado en las acciones de salud disminuye, obedeciendo al principio de la subsidiariedad. Los recursos estatales para el gasto en salud muestran un descenso en los últimos años. Con esta nueva ley, se estima que la tendencia es la misma.

— Existe en la actualidad notoria falta de recursos en los hospitales y servicios del sector público. Esta falta de recursos está afectando gravemente a un vasto sector de la población, ya que no sólo debe esperar largos períodos para poder realizarse una operación o recibir una atención médica especializada, sino que además cuando se requiere de ciertos tratamientos de alto costo, las instituciones no están en condiciones de poder otorgarlo. Igual situación sucede con los medicamentos que las personas requieren, ya que es difícil el acceso a ellos.

Se estimó que esta situación es sólo superable por la vía de un aumento del gasto estatal en salud ya que a corto plazo, los trabajadores con sus rentas actuales, y para los cuales se ha fijado un aumento de su aporte, vía cotización y un pago directo de un porcentaje de las prestaciones médicas, no están en condiciones de solventar estos gastos, en situacio-

nes comunes, menos aún podrán solventar éstos cuando deban hacer frente a tratamientos prolongados, medicamentos de costo elevado, etc.

— Si bien todos los trabajadores activos deben realizar un aporte actual de un 7 0/0 de sus ingresos existe un tope de renta imponible, con lo cual se favorece a aquellos de rentas altas. Por otro lado la ley discrimina entre aquellos con ingresos entre \$ 16.288 y \$ 25.450, estimándose en opinión de los Asistentes Sociales participantes en el foro realizado que el gasto que deberán hacer estas personas con rentas bajas va a ser muy considerable respecto a su presupuesto total, lo que va a afectar muy sustancialmente a un sector de población de rentas medias bajas y bajas. En opinión de los participantes se discrimina entre sectores pobres.

— El sector pasivo de la población queda en las mismas condiciones del sector activo respecto al pago de las prestaciones médicas que requieran, ya que los porcentajes estipulados dependen de la situación económica. Especial preocupación lo constituye el hecho de que las personas jubiladas dada su edad, deberán efectuar significativos gastos para sus ingresos, correspondientes al ítem salud. Al sector de jubilados se le permite con la nueva modificación la posibilidad de libre elección, manteniéndose el aporte que realizaban (1 0/0).

— A nivel de comunidad se han detectado graves repercusiones de estas modificaciones. En algunas poblaciones se han planteado la necesidad de crear comités de salud, policlínicos financiados por ellos mismos, aprendizaje en el uso de yerbas medicinales, etc.

Si bien es importante destacar lo positivo de la organización a nivel de la comunidad en la solución autónoma de sus propios problemas, es necesario señalar el hecho de que estaríamos ante la presencia del surgimiento de la "medicina mágica" dado que se ha buscado alternativas de solución por medio de la cura de enfermedades a través del uso de yerbas medicinales. El problema que se presenta a la comunidad es complejo, requiere sin duda de procesos de organización de grupos, pero es necesario que éstos tengan la orientación adecuada y los recursos necesarios.

Las posibles soluciones que se planteen pueden revestir una alta peligrosidad para la salud de la población, ya que el resurgimiento de algunas prácticas (por ejemplo la atención de los partos a través de personas sin mayor preparación), corresponde a períodos superados por nuestro país. De aumentar estos hechos el país podría verse frente a un aumento de la morbilidad de la población.

— Una de las repercusiones que se proyecta en relación a los trabajadores activos que laboran en empresas u organizaciones con servicios de bienes-

tar que aportan a los gastos médicos de su personal, es un aumento de estos gastos, por parte de los servicios internos. En muchas organizaciones tradicionalmente se han formado Fondos de Bienestar, con aportes del personal y de las empresas para el caso de los empleados y usualmente sólo con aporte de las empresas para el caso de los operarios. En estos fondos en el período transcurrido desde la promulgación de la ley, ya se ha detectado un aumento considerable de algunos gastos, específicamente los de farmacia. Dado esta realidad es de prever que los trabajadores otorgarán una mayor importancia a éstos tipos de aportes, siendo previsible también un cambio de orientación en las reivindicaciones salariales, ya que un aumento de ingreso le puede significar a un trabajador un cambio de la categoría en que está ubicado, y por lo tanto tener que realizar un gasto mayor en salud.

Repercusiones del cambio respecto a lo que la ley anterior consideraba como Medicina Preventiva.

La anterior ley de medicina preventiva consideraba la realización de un examen de salud que comprendía un examen clínico, radiológico del tórax y un citodiagnóstico para las mujeres. En la nueva ley se contempla un examen clínico, quedando a criterio del facultativo los exámenes a indicar, pero éstos deben ser autorizados por el Presidente de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez. Estos exámenes continúan teniendo gratuidad para toda la población.

Cuando los trabajadores estaban acogidos a la ley de medicina preventiva en el régimen anterior, gozaban de un fuero especial por un período de 6 meses, una vez terminada la licencia. La nueva ley no contempla fuero especial para trabajadores aquejados de enfermedades tales como cáncer, diabetes, cardiopatías, glaucoma, hipertensión e insuficiencia renal crónica.

En relación a los medicamentos, en el sistema anterior se contemplaba el uso de ellos, en forma gratuita sin mayores restricciones. En cambio en el actual sistema, se contempla la posibilidad de uso de medicamentos sólo del formulario nacional. La misma situación sucede cuando el paciente requiere de una atención especial; está restringida a los servicios disponibles por el Régimen de Salud. La ley anterior facultaba la realización de convenios para casos especiales.

Una vez decretado el reposo preventivo la antigua ley establecía gratuidad para todas las atenciones médicas. La situación actual considera la atención médica igual que cualquiera acción de medicina curativa, es decir el pago quedará sujeto de acuerdo a los tramos fijados por ingreso económico

del trabajador. Las ayudas económicas especiales contempladas en la ley anterior desaparecen al igual que la posibilidad de tener un reemplazante en el trabajo.

Conjuntamente, las nuevas disposiciones plantean serios problemas a aquellas personas que por su enfermedad deben hacer uso de licencias prolongadas, ya que quedan expuestas a perder sus empleos. De hecho en la administración pública cuando un funcionario tiene licencias prolongadas por períodos superiores a 6 meses en los dos últimos años, su incapacidad debe ser clasificada en recuperable y no recuperable. Si se está en el segundo caso la persona tendrá que acogerse a jubilación, pero si está en el primer caso, la situación es muy problemática por cuanto el funcionario puede perder su trabajo. Se deja por lo tanto un período que es "tierra de nadie", que corresponde al período de tramitación de la jubilación, para aquellos que han perdido el derecho a licencia médica.

Por otro lado con las nuevas disposiciones de medicina preventiva es de prever un aumento considerable de enfermedades tales como las de transmisión sexual, involucrándose de este modo no sólo la salud en términos individuales, sino que afectando supuestamente a la comunidad total. En el sistema anterior se debía hacer una verdadera "persecución" de ciertos enfermos a fin de obligarlos a realizar los tratamientos necesarios. Esto sucedía con los pacientes de enfermedades venéreas y tuberculosis específicamente. Al respecto la interrogante surgida fue: ¿Se han previsto todas las repercusiones en la salud de la población por el cambio de la ley de medicina preventiva?

A niveles de rentas o ingreso más altos esta situación es diferente, ya que las ISAPRES dentro de sus actividades de promoción han contemplado el ofrecimiento de exámenes completísimos de medicina preventiva en forma gratuita. En este aspecto se ven favorecidos sus afiliados, pero cuando se trata del tratamiento, se rigen por las disposiciones generales.

Categorías utilizadas que diferencian los distintos tipos de afiliados al Sistema.

Dos críticas son las fundamentales a la categorización de los beneficiarios. La primera dice relación con el hecho que se está diferenciando entre sectores que podrían catalogarse más bien como sectores pobres, en el sentido que sus ingresos no les permiten solventar gastos de salud. La segunda se refiere al hecho de que no se ha considerado un ingreso per cápita familiar, ya que la situación es muy diferente para un trabajador sólo o con cargas familiares. El problema sí es de gran complejidad, y

pareciera ser que se dio preferencia a un criterio más automático y rígido, que probablemente ocasionará trastornos, descontentos y problemas.

Repercusiones para el Trabajo Social.

Por su naturaleza esta ley es de gran complejidad, su aplicación involucrará tanto un cambio para las diferentes estructuras de los servicios como para las personas que deben hacer uso de las prestaciones médicas u otras derivadas de la ley.

Al respecto, se ha detectado que dado la falta de explicitación de ciertas normas, muchos servicios operaran con criterios diferentes, que incluso entran en contradicción. Uno de los puntos en discusión lo constituye las funciones que deben realizar las instituciones involucradas. Es así como existen disposiciones diferentes respecto a la institución encargada de la calificación de los beneficiarios. Al parecer predomina el criterio de que son la Municipalidades, y específicamente sus departamentos sociales los que tienen a cargo esta función, trasladándose de este modo un rol que tradicionalmente había estado a cargo, aunque de otra forma, de los Asistentes Sociales de los servicios estatales de salud. A los Asistentes Sociales de las Municipalidades la nueva tarea, les ocasiona también numerosos problemas, no sólo por el aumento sustancial de trabajo que esto va a significar, sino también por el hecho de que éstos profesionales para todos los otros beneficios sociales llamados "la red social" operaban en base a otro criterio, que no consideraba el ingreso del solicitante sino otras condiciones que supuestamente reflejan las condiciones de pobreza de la población (ficha C.A.S.).

Por otro lado para los Asistentes Sociales de los servicios de salud, las nuevas modificaciones les han producido numerosos cambios en su trabajo, ocasionando incluso dilemas de tipo ético desde un punto de vista profesional. Al Asistente Social de estos servicios se le ve hoy en un rol que lo implica en la generación de recursos para el sistema, y no como el profesional que estaba al servicio de aquel que necesitaba la ayuda del Estado para hacer frente a la recuperación de su salud. Los casos sociales hoy, les están siendo referidos a los Asistentes Sociales, y en estos casos ellos deben intervenir (*). En otras actividades se percibe al Asistente Social como un miembro más de un equipo de salud que se enfrenta a diferentes grupos etáreos a través de educación de

grupo o visitas domiciliarias. Estas dos actividades pueden ser realizadas por cualquier profesional del equipo. Si bien estas actividades no se realizan en todos los servicios, ya que predominan diferentes criterios, se estima que este es el sistema que predominará al corto plazo, por cuanto se están realizando experiencias pilotos al respecto. Específicamente en un área de Santiago a la educación de grupos propiamente tal se le han excluido los contenidos más propio del Trabajo Social, tales como derechos previsionales para la embarazada, paternidad responsable, familia y otros.

Frente a las implicancias que la nueva ley de salud trae aparejadas, y a sus influencias en lo que respecta a nuestro rol profesional, en esta área, es importante considerar que nuestra formación está sustentada en principios éticos, basados en los derechos humanos; dentro de los cuales la salud es considerada un derecho fundamental. En el último tiempo se observa a través del quehacer profesional, las importantes dificultades existentes para otorgar una atención adecuada de salud situación que se enfatiza con la promulgación y aplicación de la nueva ley.

Como Trabajadores Sociales tenemos una percepción directa de la realidad. A partir de esta percepción deberemos realizar reflexiones en conjunto, plantearnos posibles alternativas de solución a los problemas del área, analizar nuestro desempeño profesional y las soluciones que han debido implementarse para abordar los problemas específicos.

Conjuntamente es nuestro deber dar a conocer a las instituciones correspondientes el diagnóstico que podemos realizar de esta realidad social. En este sentido el Colegio de Asistentes Sociales ha desempeñado un rol de vital importancia, a través de sus entrevistas con las autoridades de salud y declaraciones públicas realizadas con ocasión de la promulgación de la nueva ley. Los resultados y consecuencias de esta nueva política no pueden detectarse en el presente en toda su magnitud, dado el escaso tiempo de vigencia de las nuevas disposiciones. Es por esto que no sólo hoy debe hacerse este análisis, sino que es necesario realizarlo en forma periódica. Cualquier política social necesita de evaluaciones, y con mayor razón una política tan trascendental, cual es la de salud.

Finalmente terminamos este reportaje con muchas interrogantes, entre las cuales destacamos: ¿Qué alternativas viables podrían construirse a partir del actual estado de situación que permitieran mejorar o paliar los problemas derivados de las actuales normativas?

(*) El que los casos sociales sean referidos significa que el primer contacto profesional no se realiza a través del Asistente Social como tradicionalmente se hacía, sino a través de otros profesionales que solicitan la intervención del Asistente Social. Los casos son previamente seleccionados.