

Discurso del Presidente de la República en Lanzamiento de la Comisión para los  
Determinantes Sociales para la Salud de la OMS  
SANTIAGO, 18 de marzo de 2005

Amigos y amigas:

Creo que Raúl Prebisch estaría muy contento de participar en esta reunión, aquel economista que dio nombre a esta sala y que fue tal vez de los primeros en entender que las determinantes económicas por sí solas no daban cuenta de una realidad mucho más compleja y difícil y si no incorporábamos las variables sociales, normalmente las variables económicas quedaban a mitad de camino. O, como él dijo, normalmente los economistas nos vamos a quedar a mitad de camino en las explicaciones.

Por eso creo que es tan importante establecer esta comisión de la Organización Mundial de la Salud. Nadie puede discutir que las condiciones de vida tienen una influencia determinante sobre el estado de salud de las personas.

Esto significa que cada época y cada sociedad tienen un particular estado de salud, como consecuencia de condiciones sociales absolutamente distintas en el tiempo y en el espacio.

Por esta razón la pobreza, inseguridad alimentaria, exclusión, discriminación, calidad de vivienda, escasa calificación laboral, son todos factores que, en último término, van a incidir, como ustedes bien lo saben, en la salud de las personas.

Como dijo el Banco Mundial en el informe dedicado a la inversión en salud en 1993, hay una relación directa en cuánto gastamos en salud y el mejoramiento de los indicadores hasta los 5 mil dólares por habitante, pero cuando se llega a los 5 mil dólares por habitante y empieza a subir, no es mucho más eficaz lo que se gasta en salud lo que mejora las condiciones de salud, sino cuáles son las condiciones sociales. Eso sí presenta un tremendo desafío para países como Chile, que están exactamente en los 5 mil dólares por habitante y en donde el desafío es dónde usted pone los recursos ¿en más infraestructura hospitalaria, en más infraestructura en consultorios, en más tecnología? o en algo más elusivo, como son las condiciones sociales, que puede ser más efectivo si lo hacemos bien.

Identificar los determinantes más relevantes en el mejoramiento de la salud de las personas es la clave para seguir avanzando y es la clave también para poder fomentar un mayor nivel de equidad sanitaria en muchos de nuestros países. Ese, creo yo, es el gran trabajo de esta comisión.

En Chile fue la decidida acción del Estado la que permitió alcanzar los indicadores de salud que hoy tenemos, indicadores de salud que en la relación costo-beneficio, son altamente positivos.

Al revisar la historia de la salud pública en Chile, uno aprecia la interacción entre factores sociales y cómo influían en la salud, y cómo estos factores sociales se consideraron en los determinantes de salud.

Recuerdo una campaña, allá por el año 50 ó 60, en donde se explicaba que era muy

importante tiempos hervir el agua para evitar infecciones y el cólera. El Ministerio de Salud instruyó a todos los médicos a iniciar una campaña, cual predicadores religiosos recientemente convertidos, para poder hacer hervir el agua. Un amigo mío llegó a la población, hizo la prédica con mucha fuerza y cuando terminó, alguien levantó la mano y dijo: "Tenemos un problema, señor". Sí, ¿cuál es su problema? "Es que aquí no tenemos agua todavía". La interacción es muy directa.

Algunas formas para avanzar fueron cuando en 1925 se crea la Caja del Seguro Obrero, que incluía atención médica a los trabajadores de la ciudad y el campo, o el año 38, la Ley de Medicina Preventiva, que contribuye a la toma de conciencia acerca de la desprotección sanitaria de una parte muy grande de la población chilena. Estos fueron los primeros dos pilares.

Sin embargo, como tantas veces en la historia, las ideas están primero, pero luego son otros hechos los que producen situaciones.

En 1939 hubo un terremoto de muy vastas proporciones en Chile, muy, muy grande para la época, y el gobierno advirtió que no tenía los instrumentos sanitarios para enfrentar una emergencia de esa envergadura. Por eso se optó por tomar a todos los sistemas sanitarios que había en el país, colocarlos bajo una sola mano y abordar la emergencia y se crearon hospitales de emergencia, centros de salud de emergencia, etc.

Simultáneamente, se había insinuado la posibilidad de tener un Servicio Nacional de Salud. El terremoto fue el 39, la idea de tener un Servicio Nacional de Salud fue el año 40, pero la institucionalidad surgió antes de la ley. La ley de Servicio Nacional de Salud es de 1951. Discutimos 10 años, pero en esa discusión de 10 años fue la práctica cotidiana de cómo se enfrentó el terremoto, lo que permitió, en definitiva, sacar la ley.

Desde 1951 hasta hoy, prácticamente hemos tenido el mismo sistema, un sistema a través del cual el Servicio Nacional de Salud implementó un conjunto de medidas, con una altísima efectividad en la relación costo-efectividad, lo que creo que fue la clave original de nuestro sistema.

Se hizo un programa materno infantil que tuvo un gran impacto en muy pocos años: en 1970, diez años después, el 81% de los partos tenían atención profesional. A comienzos del 60, la mortalidad infantil era de 120 por cada 1.000 nacidos vivos. Diez años después había bajó a 60 por 1.000, en diez años, de 120 a 60.

Hubo un salto muy significativo y lo que nos muestra la historia del Servicio Nacional de Salud es cómo una visión sanitaria y la voluntad política para mejorar la protección social de la población, fueron determinantes para que disminuyera la mortalidad infantil y aumentara la esperanza de vida en Chile, que es uno de los elementos más permanentes.

Después, excúsenme, viene un interregno, en donde durante el régimen militar los niveles de inversión prácticamente pararon. Pero a pesar que los niveles de inversión prácticamente se detuvieron, la política bien pensada continuó dando sus frutos. Y no obstante que la inversión en salud no aumenta, los indicadores continúan mejorando y continúan mejorando tanto en salud materno-infantil, como la mortalidad en general.

Al restablecerse la democracia en 1990, ahí sí apareció con mucha fuerza el drama de que no había inversión en infraestructura. Nuestra red de consultorios y hospitales estaba muy disminuida; para qué decir el equipamiento.

El promedio de la inversión en la década del noventa fue seis veces la inversión en la década del 80. Acá hay un ministro que participó activamente ahí; me acuerdo bien, porque en ese tiempo yo era ministro de Educación, acá estaba el ministro de Salud, y no necesito decir que normalmente los ministros de Educación y Salud son altamente competitivos cuando van a pedir audiencia al ministro de Hacienda. En consecuencia, yo miraba cómo crecía el presupuesto de Salud y era mi elemento fundamental para discutir lo del presupuesto del ministerio de Educación.

Sin embargo, creo que a pesar del tremendo esfuerzo que alcanzamos, hacia el año 2000, cuando nos tocó asumir la Presidencia, el modelo había alcanzado un límite en su capacidad de enfrentar las nuevas necesidades de la población. En 50 años era otro país, teníamos otras enfermedades, no era la tuberculosis, no era el tifus, no eran las enfermedades infecciosas. Era la obesidad o la diabetes y los problemas de cardiología los que teníamos de por medio.

En el '50, una gran parte de los pacientes morían en las camas de hospitales; ahora se muere en las UTI's, en las Unidades de Tratamiento Intensivo, en las Unidades de Cuidado Intensivo.

En los '50, gran parte de las operaciones requerían hospitalización, ahora muchas de ellas son ambulatorias y seguíamos teniendo una gran cantidad de camas y muy poca capacidad ambulatoria de respuesta. Para qué seguir, si son temas que ustedes conocen mejor. En otras palabras, teníamos un perfil de enfermedades absolutamente distinto de aquel para el cual estábamos preparados.

Es que lo que ocurre que después de 50 años, nos presenta un desafío equivalente al de 50 años atrás. El tema era cómo hacer una reforma que reafirmara los valores sobre los cuales se construye la estructura institucional de la salud pública chilena, pero que permitiera hacer frente a nuevos desafíos epidemiológicos, con una población más informada, más culta, con mayor nivel educacional, con mayor conciencia de sus derechos.

Teníamos que abordar de una parte, primero, la enorme inequidad en salud. Quisiera compartir con ustedes tres o cuatro cifras, porque en general estamos muy orgullosos de nuestras cifras de salud, aunque no les voy a explicar a ustedes, una audiencia como ésta, que los promedios esconden tremendas disparidades.

Si tomamos una comuna, Las Condes, donde está este hermoso edificio, y tomamos una otra comuna, rural, pobre, del sur de Chile, veamos: probabilidad de nacer en un hogar pobre aquí: 0.2%. No alcanza al 1%; probabilidad de nacer en un hogar pobre allá, en Loncoche, provincia pobre, 33%.

Promedio de escolaridad de la madre, aquí, 15 años; allá, 6,5 años. Probabilidad que el padre esté cesante, aquí, 4,6; allá, 11,6. Mortalidad durante el primer año de vida –estamos muy orgullosos de la cifra de mortalidad, por cierto-, pero la mortalidad durante el primer año de vida aquí, 5 por 1.000, cinco por mil; allá, 22 por

1.000. Cinco versus 22.

El riesgo de la mujer de morir de cáncer de vesícula allá es 5 veces mayor que aquí, mientras que en el caso del cáncer cérvico uterino es cuatro veces mayor.

En el caso de los hombres, el riesgo de morir por cáncer al estómago allá es 3.7 veces más alto.

Resumiendo, en términos de esperanza de vida, si usted nace aquí, va a vivir 14 años más que si nace allá.

Esa es nuestra realidad y me pareció oportuno compartirla con ustedes, para que esta imagen que se llevan de lo bien que estamos, como cifra colectiva nos plantea un tremendo desafío.

El problema es que si allá la mujer tiene cuatro veces más probabilidades de morir de cáncer cérvico uterino, es porque las posibilidades de que aquí se lo detecten son muy altas, mientras que allá son muy bajas. El problema es lograr que allá se lo detecten con la misma rapidez que aquí y eso es discriminar positivamente, dar mucho más recursos allá que aquí.

No quise colocar en estas cifras cuántos de los que nacen aquí tienen un sistema de salud privado, con seguro privado, y cuántos de los que nacen allá no tienen, no digo seguro privado, prácticamente nada.

Hoy, después de cinco años, hemos terminado de definir los cimientos de un nuevo sistema de salud y estamos aplicando una reforma que ha sido aprobada por la gran mayoría, en donde lo que señalamos es que la persona es el tema central y la salud es un derecho inherente a las personas.

Cuando se comenzó esta discusión, las presiones corporativas fueron las más difíciles de enfrentar. Llevo 5 años de Presidente y la cosa más compleja y difícil en la reforma de la salud fueron los grupos corporativos. Se molestaron porque en una ocasión yo dije "sí, tenemos un grupo corporativo que es absolutamente socialista en la mañana, le exige al Estado todo tipo de elementos para poder desempeñar sus tareas como corresponde, y son absolutamente capitalistas y neoliberales en las tardes para tratar a los pacientes privados. Y así no".

Creo que ahora estamos en una etapa distinta, en donde planteamos primero todo lo que tiene que ver con prevención, determinantes sociales, algo de lo que conversamos ayer, luego señalamos la necesidad de colocar la atención primaria en primer lugar, que más que palabras tiene que traducirse en hechos concretos, hemos tenido un aumento enorme del presupuesto de salud, y dentro del presupuesto de salud, salud primaria ha pasado de 12% del total de gasto al 25% este año, y el año próximo llegaremos al 30%.

Eso implica mayor resolutividad en los consultorios, dotarlos de mayores elementos para ahí hacer los rayos, los análisis de laboratorio, tener ahí a los especialistas, que es tal vez el tema más difícil, porque el especialista quiere estar en un gran hospital, con sus colegas, con sus iguales, para estar progresando, por lo que eso plantea un tremendo desafío. Y resolutividad en un consultorio es la diferencia entre ser atendido de inmediato o viajar 200 ó 300 kilómetros para que lo manden al hospital.

No digo que voy a llegar al nivel de países más desarrollados, con un nivel de resolutivez mucho mayor, donde la salud primaria es casi el 50% del gasto en salud pública, pero hacia allá tenemos que ir.

Para cuando se llega directamente al hospital, porque todo lo demás no funcionó, hemos tenido un debate muy grande, porque en definitiva hemos querido garantizar dos cosas: acceso universal a la atención para todos, y al garantizar acceso universal estamos contemplando dos elementos; oportunidad de la atención y financiamiento.

La oportunidad quiere decir que debemos estar en condiciones de garantizar, para determinada enfermedad, que el paciente será atendido en un mes, dos meses, máximo tres meses, desde que se le detectó la patología hasta que lo operaron, si se requiere operación.

Y también debemos tener condiciones de garantizar que si no hay capacidad de pago o de co-pago, dado los sistemas que hay, el costo de la diferencia lo pone el Estado.

Como no era posible hacer todo esto de una vez, optamos por ir paso a paso, con un total, como aquí se ha dicho, de 56 patologías que dan cuenta del 80% de todas las intervenciones hospitalarias en Chile. Y de esas 56, comenzamos con modestas tres por la vía experimental, lo aumentamos a 5, a 12, 17, y este año serán 25, y el año próximo debemos pasar a 40 patologías.

Por eso no pude menos que celebrar los tres principios que nos indicó José Luis Machinea que deben tener las políticas públicas, porque efectivamente aquí aplicamos la universalidad, aplicamos la solidaridad desde el punto de vista del financiamiento, y estamos tratando de implementar la eficiencia.

Recién ayer se aprobó la ley para establecer solidaridad entre los privados, porque no necesito decir que un joven ejecutivo entre los 25 y los 45 años, que tiene sus imposiciones en su sistema a través del pago que hace, correspondientes a lo que son sus riesgos de salud, éstos no tienen nada que ver con lo que tiene que pagar el ejecutivo de más de 65 años, con otros riesgos de salud. Tiene que haber un principio de solidaridad básico en determinadas instancias, respecto de ciertas patologías.

Creo que el plantear una reforma en donde también hemos establecido exigencias respecto del sector privado, ha significado que el sector privado tiene que adaptarse a este nuevo desafío.

Pero eso, claro está, obliga a tener protocolos si queremos calcular los costos que vamos a tener. No necesito decir que los protocolos fueron materia de un largo debate en la sociedad chilena y entre los médicos, si era posible tenerlos o no, pero todos sabemos que sin protocolo difícilmente vamos a avanzar y eso hoy día es una realidad.

Eso implicó la necesidad de fortalecer la autoridad sanitaria y hoy estamos adaptando nuestra estructura para dar cuenta de una autoridad que será responsable de lo que pasa en el ámbito privado y que también va a ver lo que pasa en el ámbito público, al mismo tiempo de potenciar el rol de la atención primaria.

Junto a todo esto, son los indicadores sociales son los que están detrás y buena parte de la inequidad en salud no es sólo resultado de una inequidad en un sistema global, en donde sí tenemos una muy mala distribución de los ingresos.

Cuando se hace una gran campaña respecto del cáncer cérvico uterino y se le incluye en el programa del Auge, y tiene atención gratuita automáticamente, entonces va a dar un salto, de eso no me cabe duda. El programa materno infantil ¿qué fue sino darle preferencia a la madre, su alimentación, para la lactancia del niño? Y eso fue lo que permitió dar una atención a la madre, profesional, y luego el proceso de seguimiento a la lactancia del niño y asegurar la leche cuando no había lactancia materna.

Esto implica tener que tener opciones, porque el argumento que siempre se me dijo ¿y por qué 56 patologías y no todas? Y yo dije "porque tengo que fijarme prioridades, porque si no, la prioridad la fija la lista de espera". Si usted ofrece acceso a todo, de todos, entonces la prioridad última es la lista de espera. Usted espera 2 años, 3 años, 4 años, y la lista de espera, por desgracia, no es atributo exclusivo de los países que estamos en proceso de desarrollo, también hay listas de espera en países más avanzados. Eso, unido a la necesidad de respuesta a lo que son los nuevos desafíos, otras pandemias, como el Sida, en donde estamos definiendo políticas particulares.

Por eso, creo que el trabajo de esta comisión es tan importante y lo que me ha parecido más notable es que sea la Organización Mundial de la Salud la que dice "sí, busquemos un número ilustre de personas que puedan ayudarnos a analizar con mayor efectividad los determinantes sociales de la salud, entendiendo que a partir de eso podemos ser más eficaces en los problemas propiamente vinculados al tema de salud".

Es reconocer que si no somos capaces de tomar estas medidas, cualquier reforma de la salud per sé, que no se inscribe en un contexto más amplio de los determinantes de las políticas sociales para una sociedad más equitativa, eso no va a tener éxito.

Esa es la razón por la cual nos ha parecido tan importante apoyar esta iniciativa y querer aprender de cada uno de ustedes, los comisionados, y de cada uno de ustedes el trabajo permanente del secretariado de la Organización Mundial de la Salud.

Quisiera felicitar a la Organización Mundial de la Salud, al liderazgo del doctor Lee, por haber establecido esta comisión que estoy cierto va a generar nuevos desafíos, cómo entendemos un sistema de salud en el siglo XXI, donde tenemos tremendos avances tecnológicos para unos pocos, y donde percibimos que en un mundo global, crecientemente los bienes públicos van a haber también bienes públicos globales, y creo que la salud será uno de ellos. Y no va a ser posible tener disparidades al interior del país, como entre países en materia de salud y, por tanto, es un tema al cual vale la pena abordar de una manera más colectiva y global como lo harán los comisionados, a quienes les deseo la mejor de las suertes, y nuevamente les reitero, igual que ayer, bienvenidos a Chile.

Muchas gracias.