

## Distintos roles del Ministerio de Salud y del Sistema Nacional de Servicios de Salud

César Gattini  
OCHISAP  
Junio de 2022

En la actualidad, el Ministerio de Salud cumple una directa y función gerencial, central y vertical sobre del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), luego de la transformación de este último en un sistema ministerial de salud, que cubre a cuatro quintos de la población nacional. A pesar de lo esperado en la reforma sanitaria de 2005 que le dio origen, el rol gerencial ministerial (más allá de la simple rectoría) sobre el SNSS le aporta algunos beneficios a este último, pero ese rol ministerial implica una serie de contradicciones e imposiciones que no contribuyen necesariamente a que el SNSS pueda ser una más adecuada, efectiva y eficiente empresa autónoma del Estado. Con ello también se limita que el SNSS pueda aportar una respuesta más coherente a las muy variadas necesidades sanitarias de los diversos grupos y áreas de la población, que están en mejor conocimiento de los niveles regionales y locales.

Entre 1959 y 1975, el Ministerio de Salud Pública, en cuanto Secretaría de Estado, era el organismo normativo superior responsable de la planificación, dirección, coordinación y evaluación de la salud del país. En 1975, su función se estableció como fijar las doctrinas y políticas de salud y dictará las normas y planes generales para el sector, con una serie de atribuciones básicas:

- Dictar las normas técnicas y administrativas a que deberán ceñirse los servicios de salud para ejecutar actividades integradas de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud;
- Planificar las acciones de salud en concordancia con el plan de desarrollo económico y social del Gobierno;
- Coordinar y supervisar a las instituciones de la Administración Civil del Estado e instituciones particulares que ejecutan acciones de salud;
- Supervisar y controlar el cumplimiento de las normas impartidas, y la eficacia de los programas ejecutados por las instituciones y entidades integrantes del sector;
- Desarrollar, en general, las demás funciones y atribuciones que las leyes y reglamentos le encomiendan.

Entre 1952 y 1979, el Servicio Nacional de Salud (SNS) llegó a ser la principal institución asistencial de salud, con 120 mil funcionarios distribuidos en una red que alcanzó una importante cobertura geográfica y de población. Su planificación y gestión eran esencialmente centralizadas. Con bastante menor cobertura, existían otras entidades previsionales y asistenciales dependientes de universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales.

Desde 1942 y hasta 1979, los empleados públicos y privados eran cubiertos por el Servicio Médico Nacional (SERMENA), entidad que prestaba atención médica y dental a sus beneficiarios bajo la modalidad de un sistema de libre elección. En 1979, el sistema de salud en Chile fue reestructurado de modo radical especialmente en el ámbito de financiamiento, aseguramiento y atención. Ello ocurrió en forma global (afectando los sectores público y privado) y fue coherente con la reforma neoliberal que fue aplicada en forma global a la economía, la política y al Estado chileno en los años 80, y cuya estructura aún se mantiene muy similar. Se promovió la privatización del sistema previsional y asistencial, esperando que el Estado asumiera un rol esencialmente subsidiario (focalizado en los más pobres, de naturaleza residual) y de corrección de las “imperfecciones” del mercado. En este contexto político-económico, el sistema asistencial de salud global se descentralizó y se buscó promover su privatización.

Bajo el esperado desarrollo global el sistema de aseguramiento y atención públicos (FONASA y SNSS) cubrirían solo a las personas de menores recursos y pobres (estimadas en 20% en la época, según la Oficina de Planificación, 1980), y quienes fuesen incapaces de acceder al sistema de mercado previsional y asistencial privado, con fondos propios. El sistema previsional privado, principalmente basado en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) alcanza a una cobertura un poco menos de un quinto de la población, mientras que

el SNSS aún continúa siendo el principal proveedor asistencial del país a pesar de sus limitaciones de infraestructura y recurso. La red del SNSS sigue superando una cobertura de 80% de la población en muchas de sus actividades asistenciales, y sus centros de APS se ubican en todos los lugares poblados del país, destacando que su acción también alcanza a los grupos más pobres, vulnerables y de sectores rurales del país.

Con la llamada reforma sanitaria de 2005, la gestión global del SNSS fue asignada al Ministerio de Salud, creándose una Subsecretaría de Redes Asistenciales. Con ello, el SNSS pasó formalmente a depender de la gestión central y vertical del Ministerio de Salud, pero este tipo de gestión no ha logrado mejorar la estructura ni el desempeño del SNSS, que en consecuencia el SNSS ha continuado con gran fragmentación (más de 300 entidades regionales y locales), inequidad e ineficiencia asistencial.

Transcurridos ya 17 años desde el 2005, es necesario analizar los distintos roles cumplidos por el Ministerio de Salud y el Sistema Nacional de Servicios de Salud, y enfocarse en la búsqueda sobre cómo dotar al SNSS de una adecuada estructura y funciones, con una modalidad más autónoma y organizada en red efectiva de servicios regionales y locales. Cabe recordar que entre 1952 y 1973, existían esas diferencias de roles que es necesario tener en cuenta, proyectadas a la actualidad.

Frente a esta situación, destaca que el Programa de Salud gubernamental del período 2018-2022 planteó la transformación de la actual gerencia del SNSS (la Subsecretaría de Redes Asistenciales) en una entidad independiente (aunque se mantendría un enfoque neoliberal de cuasi mercado y fragmentado en la estructura propuesta del SNSS). Dicho programa planteaba transformar al SNSS en una entidad independiente, aunque bajo un enfoque neoliberal de cuasi mercado. Allí se proponía transformar la Subsecretaría de Redes Asistenciales en una entidad independiente, con un Directorio Nacional de Atención de Salud Pública elegido por Alta Dirección Pública. Su función principal sería monitorear el funcionamiento de la red de prestadores estatales y designar, evaluar y remover a los gobiernos superiores de los Servicios de Salud y hospitales, cuando corresponda. Lo rescatable de esa “reforma” era la expectativa de poder recuperar un sistema asistencial público de salud autónomo, con características de red nacional más articulada, integrada, equitativa y eficiente de modo global.

El actual SNSS tiene una discordancia al estar enmarcado en un modelo normativo central proveniente del Ministerio de Salud para ser aplicado a nivel nacional, y su aplicación a una muy heterogénea realidad de desempeño en un conjunto de más de 300 sistemas públicos específicos de salud (regionales, subregionales y locales) con autonomía y patrimonio propio.

Es importante que el SNSS pudiera seguir bajo la rectoría, control y evaluación del Ministerio de Salud (entidad afecta a marcadas variaciones entre gobiernos de distinto signo) pero que pueda recuperar la condición de sistema asistencial público de salud como empresa autónoma del Estado (como era el SNS). Así tendría más condiciones para reorganizarse como una red nacional más articulada, integrada, equitativa y eficiente, obviamente distinta al mercado desarticulado propuesto en el Programa de Salud gubernamental.

La reforma sanitaria de 2005 transformó al SNSS en una entidad ministerial de fuerte gestión central y vertical (a pesar de que el SNSS está muy descentralizado). Ello mantiene una serie de confusiones y contradicciones que no ayudan a lograr un SNSS adecuado, efectivo y eficiente.

El Ministerio dedica bastante proporción de su personal a establecer normas técnicas y administrativas, así como producción de programas de salud que contienen excesivos y detallados requerimientos para que se cumplan en todas las localidades y centros asistenciales. Por ejemplo, el nuevo Programa del Adolescente desarrollado hace pocos años no implicó ningún aporte adicional y se transformó en un requerimiento a cumplir utilizando los mismos recursos y desempeño que ya estaban comprometidos y utilizados los programas que ya existían.

Cabe destacar que el sector asistencial privado no se rige por los programas ministeriales de salud, que solo aplican en el SNSS. Por lo tanto, el desarrollo de normas técnicas y administrativas, así como los exigentes y detallados programas de salud, debiesen ser una función interna del SNSS.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) cumple una función de entidad previsional, pero además tiene una fuerte y detallada injerencia en todos los gastos asistenciales internos del SNSS, que además influye fuertemente en el propio desempeño asistencial.

El Ministerio de Salud ejerce una fuerte influencia (no siempre adecuada ni según las bases de administración del Estado) en los directivos regionales y locales de salud, aunque sean elegidos por el sistema de Alta Dirección Pública. El Ministerio puede decidir sobre una terna de candidatos a directivos que se les entrega, los puede remover en cualquier momento, y puede poner directivos por razones extras a la carrera funcionaria y sus competencias.

Dado que el Ministerio de Salud es una entidad gubernamental, su personal depende de las decisiones y asignadas por las autoridades de los gobiernos de turno. Tiende a haber cambios de personal y objetivos de trabajo ministerial que no solo incluyen a los altos directivos, sino que a la mayoría profesionales ministeriales, los que pueden ser asignados por razones personales y de confianzas políticas, independiente de que tengan o no las debidas competencias para los cargos que se les asignan.

En caso de que el SNSS recupere la autonomía que le corresponde, aunque efectivamente le corresponda seguir bajo la rectoría del Ministerio de Salud, tendrá más condiciones estructurales y normativas para asegurar condiciones perdidas desde 1979 como la carrera funcionaria, la asignación directiva según competencias y carrera funcionaria, el cumplimiento de normas y programas según necesidades aportes locales (y no por decisiones de técnicos centrales), la integración de localidades y niveles en efectivas, coordinadas y muy dinámicas redes que interactúan. La descentralización per se lleva a la fragmentación e inequidad asistencial (que se mantiene), mientras que la centralización en un nivel ministerial tiende a llevar a una planificación central que lleva a la rigidez e inequidad por otras razones.

Por ello y en la medida que estos factores de distinto rol puedan ser objetivamente evaluados, se podrá realizar un efectivo monitoreo y evaluación de los aspectos que llevan a confusión y contradicción de roles. Bajo ese enfoque, no sería muy complicado fortalecer al SNSS incluyendo entre otros aspectos, recuperar la autonomía que le corresponde en cuanto empresa del Estado. Este planteamiento no es solo teórico, pues la experiencia indica que eso ya existió entre 1952 y 1979, y actualmente se encuentra el ejemplo de las Ramas de Fuerzas Armadas, cuya detallada gestión y desempeño no depende de la asignación discrecional que sea decidida por directivos a distinto nivel por parte del Ministerio de Defensa (los que a su vez son puestos allí por los gobiernos de turno).