



Diffusion de l'information sur l'Amérique latine

DIAL • 38, rue du Doyenné - 69005 Lyon - France - Tél. 04 72 77 00 26 - Fax 04 72 40 96 70

CHILI



D 2202 • C18
1-15 février 1998

MOTS-CLEFS
Santé
Néolibéralisme
Politique sociale
Privatisation

LA SANTÉ MUNICIPALISÉE

Le système de santé chilien a longtemps été érigé en modèle de référence en Amérique latine. Mais depuis les années 90, il est traversé par de nombreux conflits. Un jour, c'est la question des "subventions" (il s'agit en fait de réductions d'impôts) accordées aux entreprises afin de permettre à leurs salariés d'avoir accès à un plan de santé privé dans le cadre des Institutions prévisionnelles de santé (ISAPRE) qui fonctionnent par capitalisation individuelle administrée par des sociétés privées qui en tirent d'importants profits. Un autre jour, c'est la grève de la Confédération nationale des travailleurs de la santé (CONFENATS). C'est ensuite le tour des médecins et des agents assurant les premiers soins

de base ; plus tard, c'est la réforme du Fonds national de santé (FONASA), système de prévoyance publique. Aujourd'hui le conflit porte sur le financement des dispensaires qui avaient été municipalisés et dont les maires réclament qu'ils retournent sous la tutelle du ministère de la santé. Le problème de fond en matière de santé est à la fois économique et politique. Alors que le Chili connaît depuis plusieurs années un fort taux de croissance, le budget public consacré à la santé est faible. Quant à l'usager, il n'est pas inclus dans les débats.

L'article ci-dessous est paru dans Mensaje, novembre 1997 (Santiago).

Pour comprendre le problème de la municipalisation de la santé, il faut remonter au début des années quatre-vingt. En accord avec les politiques de subsidiarité du gouvernement militaire, il fallait décentraliser et transférer au secteur privé une série de décisions, tant dans le secteur de la production que dans la conduite des politiques sociales. Il y eut aussi des réformes pour rendre plus efficace le secteur public, en particulier la réorganisation du ministère de la Santé. Jusqu'alors, il y avait un petit ministère de la santé et un Service national de santé tout-puissant qui contrôlait les soins préventifs et curatifs dans le pays à travers des zones de santé. En 1979, grâce au décret loi 2763, le ministère est réorganisé, avec des fonctions nor-

matives de planification et de contrôle, et comprend 26 services de santé décentralisés, sous le nom de Système national des services de santé (SNSS). En outre, un organisme est créé, chargé d'administrer et de distribuer les ressources financières aux services de santé, de gérer la modalité du libre choix (FONASA), la Centrale d'approvisionnements et l'Institut de santé publique.

Par ailleurs, et en accord avec la loi de régionalisation du pays, sont créés les Secrétariats régionaux ministériels (SEREMI) dans chacune des douze régions du pays.

En 1981, dans le cadre de la réforme de la sécurité sociale, il est décidé que les travailleurs peuvent verser leurs cotisations pour la santé, qui passe de

4 à 7 % du salaire¹, à des institutions privées qui allouent les prestations et les avantages de santé, et qui sont à la base des Institutions prévisionnelles de santé ou ISAPRE.

Dans le but de développer la décentralisation, grâce au décret n° 1-3063 de 1980 du ministère de l'intérieur, commence le transfert des postes de soins primaires et des dispensaires urbains et ruraux, du système de santé aux municipalités ; celles-ci devront se charger de tous les soins ambulatoires de base, laissant les services de santé s'occuper

1. La cotisation est obligatoire pour tout salarié. Le plafond correspond plus ou moins au revenu minimum. Ces cotisations sont ensuite versées, soit aux ISAPRE, soit au FONASA (NdT).

des hôpitaux et des centres spécialisés.

Après une première série de transferts en 1981-1982, le processus s'arrête jusqu'en 1987, quand, sur ordre du ministère de l'intérieur de l'époque, le ministère de la santé fut sommé d'achever le transfert aussi vite que possible. La procédure de municipalisation s'est ainsi achevée en 1988, en pleine période pré-référendaire et électorale, avec plus de 90 % des établissements sous administration communale.

Une procédure arbitraire

Une des raisons de la décentralisation communale est de rapprocher les services et la population, ce qui demande une participation sociale qui évidemment n'existe pas dans la période analysée. De plus, les municipalités n'étaient ni préparées ni intéressées pour prendre en charge un problème complexe comme celui de la santé.

Enfin, les techniciens de la santé n'étaient pas d'accord sur un système qui séparait administrativement les soins de santé, en mettant les hôpitaux et les centres spécialisés sous une administration, les dispensaires et les postes de santé de base sous une autre ; la municipalisation fut donc un procédé arbitraire qui ne tenait pas compte du soutien des usagers et des communes, et encore moins du personnel de santé. Au fond, il s'agissait d'un procédé politique qui, plus qu'une municipalisation, consistait à donner davantage de pouvoir aux maires nommés dans une période pré-électorale, et auquel on donna le nom d'"alcaldización"².

Détérioration du secteur public

Quand le gouvernement démocratique vint au pouvoir en 1990, il s'est trouvé en présence d'un système de santé qui, sur le papier, n'apparaissait peut-être pas aussi catastrophique que dans la réalité à cause d'un manque d'investissement dans le secteur hospitalier,

d'une fuite du personnel le plus qualifié du secteur public vers le privé, et surtout de l'inefficacité de chaque partenaire : un ministère de la santé avec beaucoup de personnel, centralisateur, bureaucratique, aux politiques non adaptées à la réalité du pays. Les SEREMI existants dans chaque région n'avaient pas une fonction claire ; les services de santé restaient centralisés quant à leur dépendance budgétaire et à la gestion du personnel, avec très peu d'autonomie pour définir une politique.

De plus, les soins de base étaient complètement indépendants du reste du système de santé, avec une administration municipale pour la gestion du budget et des ressources humaines, et très peu ou aucune communication avec les services de santé. D'une part, ces derniers n'avaient pas de ressources pour exercer leurs fonctions de supervision, de contrôle et d'évaluation des normes, et les communes ne souhaitaient pas être contrôlées, ce qui a créé une coupure infranchissable entre les hôpitaux et les dispensaires, et a barré la route à un système de santé unifié.

D'autre part, les réformes appliquées au début des années quatre-vingt tendaient à renfoncer le secteur privé, et donc à affaiblir le secteur public en réduisant ses ressources et en empêchant la modernisation de sa gestion ; elles avaient donné naissance au système ISAPRE qui, selon la Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 90, ne couvrait que 15,6 % de la population, et en laissait 70 % dans le système public.

Politique de santé du gouvernement démocratique

Devant cette situation, le nouveau gouvernement décida de maintenir toutes les structures héritées du régime militaire, sans vraiment changer le modèle, tout en privilégiant les soins de base et, plus tard, le sauvetage du secteur public de santé ; Mais ce renforcement du secteur public n'empêcha pas la poursuite des subventions au système ISAPRE, dont les revenus et la couverture sociale pour les usagers augmentèrent sans cesse, jusqu'à

la stabilisation en 1996, couvrant alors 26,5 % de la population aux revenus les plus élevés.

En ce qui concerne les soins gérés par les communes, ils furent organisés par la loi pour les soins de base municipaux, loi 19 378 ou statut des soins de base, approuvée seulement le 13 avril 1995. Cette loi tend à renforcer la décentralisation au niveau de la commune, avec un cadre homogène national pour le personnel de santé municipalisée, dans le but de résoudre les problèmes de gestion des ressources humaines au cours d'une carrière de fonctionnaire. Elle prévoit aussi un nouveau financement et la coordination des soins de base avec le reste du réseau des services publics.

Pour le financement, on établit la modalité *per capita* qui alloue un apport mensuel de l'État à chaque commune, selon le nombre d'habitants inscrits dans chaque municipalité, la situation épidémiologique, le niveau socio-économique, l'indice de ruralité, et la difficulté pour accéder aux soins et les dispenser. Cela modifiait le système précédent de facturation pour soins dispensés ou FAPEM, lequel payait pour chaque soin donné selon une valeur prédéterminée, avec un "plafond" pour chaque commune. Comme d'habitude, le financement devint de plus en plus insatisfaisant, les communes atteignirent rapidement le plafond, souvent sans avoir fait les soins correspondants aux prestations perçues.

La répartition du *per capita* entre les communes est fixée chaque année par les ministères de la santé, des finances et de l'intérieur, selon le décret, après consultation du gouvernement régional, avec possibilité d'appel. L'apport de l'État est réajusté selon la loi de finances annuelle, et cette année le conflit se déchaîne en pleine discussion de cette loi.

Le conflit actuel

Comme il fallait s'y attendre, étant donné le type de maladies qui affecte aujourd'hui la population, maladies difficiles à soigner et de coût élevé, et malgré les réajustements annuels, le financement des dispensaires devient de plus en plus insuffisant. De plus, le

2. En 1992 eurent lieu les premières élections municipales depuis le coup d'État militaire de septembre 1973. Pendant le régime militaire, les maires et conseillers municipaux étaient désignés par le pouvoir (NdT).

manque d'équité ne s'est pas seulement manifesté entre le secteur public de santé et le secteur privé, mais aussi entre communes riches et pauvres. Ces dernières, qui croulent déjà sous des problèmes budgétaires de toutes sortes (éducation, ramassage des ordures, entretien des rues, places et jardins, logements provisoires, augmentation des dépenses administratives), font pression sur le gouvernement central pour qu'il augmente le *per capita* de santé, menaçant de restituer les dispensaires à l'expiration des contrats respectifs avec le ministère de la santé. L'argument des maires ne manque pas d'intérêt : l'*animus societatis* n'existe pas, puisque cela ne les intéresse pas de continuer à s'occuper d'un problème sans avoir ni les ressources ni les moyens administratifs pour cela, et où ils ne voient pas non plus d'engagement de la part du gouvernement pour une solution de fond du secteur de la santé. Par ailleurs, quelques autorités des services de santé ont reconnu que la municipalisation a contribué à désorganiser le secteur par la double dépendance administrative et financière de ceux qui travaillent au premier niveau en rapport avec le secteur hospitalier.

De côté du gouvernement, le conflit avec les municipalités produit des effets contradictoires : d'une part, cela affecte l'image de ses réalisations pendant une année électorale et, d'autre part, cela favorise l'accroissement des dépenses sociales dans le budget de 1998 que le gouvernement, président de la République en tête, a défendu avec détermination.

Finalement, on est parvenu à un accord qui apporte plus de fonds du gouvernement central aux administrations municipales pour l'éducation et la santé, ce qui s'ajoute à l'augmentation des recettes communales pour les patentes et à la fin des exemptions au paiement de l'impôt foncier, avec une redistribution plus équitable du fonds commun municipal. Ainsi, le montant mensuel *per capita* mensuel passerait de 648 pesos à plus de 900, en échange de quoi les communes s'engageraient à continuer d'administrer la santé. Cependant, certains maires ne sont pas d'accord avec le résultat de la

négociation et estiment que l'apport minimum devrait être de 1 100 à 1 300 pesos par personne et par mois, ce qui permettrait de régler les salaires, de payer les équipements et les médicaments.

Problème politique et économique

Le problème de fond, comme toujours, est politique et économique. Tant que l'État chilien ne considérera pas la santé comme une priorité et lui refusera le financement adéquat, les conflits ponctuels vont se poursuivre dans ce secteur, comme cela a été le cas jusqu'à présent. Les pays d'Amérique latine qui ont en matière de maladies une structure semblable à celle du Chili, comme l'Argentine, l'Uruguay, le Costa Rica et Panama, dépensent pratiquement deux fois plus pour la santé que le Chili, ce qui leur permet de couvrir les problèmes des maladies chroniques, les accidents, les problèmes de santé mentale et odontologiques de la population. Tous dépensent entre 9 et 10 % du PIB pour la santé, et dans aucun d'eux, sauf peut-être en Argentine, l'opinion publique sur les soins de santé n'est aussi mauvaise qu'au Chili, ni les conflits aussi fréquents.

En même temps que l'accroissement des dépenses, il faut réorganiser le système public de santé avec un nouveau cadre légal qui établisse un ministère de petite taille, normatif, avec des fonctions claires de supervision et de contrôle, et des services de santé vraiment autonomes dans la gestion des finances et des ressources humaines.

Quant aux dispensaires et postes de santé de base, ils doivent devenir la porte d'entrée d'un système de santé unifié qui permette aux usagers de pouvoir accéder facilement et rapidement aux soins plus spécialisés, et au personnel de santé qui travaille au premier niveau (dispensaires et postes de santé de base) d'avoir accès aux hôpitaux et au système de santé plus spécialisé.

Aujourd'hui, même si quelques communes ont augmenté les salaires du personnel médical et paramédical dans les dispensaires, il y a de sérieuses difficultés pour attribuer les postes

vacants, car ceux qui y travaillent n'ont aucune motivation professionnelle et restent à l'écart des avancées technologiques de la médecine. Il s'ensuit la rotation rapide du personnel dans les dispensaires, et le manque de médecins est devenu l'un des principaux problèmes de la santé municipalisée.

Il faut plus que des rafistolages

À l'heure actuelle, la discussion tourne autour de deux positions : ceux qui préconisent un retour des dispensaires sous la tutelle du ministère de la santé, reconstituant ainsi le réseau de soins perdu ; et ceux qui font remarquer que cette mesure provoquerait une baisse de la qualité des soins et un coût plus élevé. Par conséquent, selon ces derniers, il faudrait transférer les établissements municipaux à des organisations non gouvernementales, à des entreprises de santé solidaires, et à des institutions privées à but lucratif, avec le système de subventions *per capita*. L'ouverture du secteur de base à différents prestataires de santé entraînerait une compétition des communes entre elles et avec le secteur privé pour attirer les bénéficiaires du système institutionnel et du secteur privé comme "clients" des dispensaires.

Nous nous trouvons encore une fois dans une discussion où l'acteur principal n'est pas présent : l'usager qui, jour après jour, doit se lever à l'aube pour avoir une place, et quand il se présente au dispensaire, souvent le médecin n'est pas là ou, s'il s'occupe du patient, il manque le médicament. S'il faut recourir aux soins d'un spécialiste, alors commence un nouveau calvaire pour obtenir un rendez-vous et, dans certains cas, les spécialistes n'existent tout simplement pas dans le secteur public, les ophtalmologues par exemple. Pour des soins dentaires, les usagers doivent passer la nuit à faire la queue pour obtenir un rendez-vous, les soins n'étant délivrés, dans diverses communes de Santiago, qu'une fois par mois. Les temps d'attente pour être soigné par des spécialistes vont de plusieurs mois à plusieurs années.

Un pays en croissance économique comme le Chili de ces dernières

années, dont le gouvernement a bénéficié de revenus substantiels lui permettant une épargne publique importante, ne peut pas permettre que 60 à 70 % de sa population n'ait pas accès à des soins de santé décentes. C'est pour cela qu'une décision politique de l'État est nécessaire, qui permette de

dépenser davantage pour la santé, en même temps qu'il prendra en mains, une fois pour toutes, la réforme globale dont le système a besoin. Ainsi devrait-on en finir avec la politique qui a consisté à coller une rustine sur la FONASA, une autre sur les ISAPRE, une de plus sur les soins

municipalisés, une autre dans les hôpitaux, bientôt une autre sur le virus du moment, et ainsi de suite, selon le conflit qui éclate.

Traduction DIAL.

En cas de reproduction, mentionner la source DIAL.

Vivez chaque jour à l'heure latino-américaine



*DIAL est l'unique distributeur en France
de l'Agenda latino-américain 1998*

Agenda latino-américain 1998

*Le
succès remporté par
l'agenda latino-américain
dans de nombreux pays
témoigne de la place importante
qu'il occupe dans le monde
de la solidarité, ainsi que
du soutien indéfectible
de tous ceux et celles
qui l'ont adopté*

*174 pages, format 21x17,5, couverture couleur
Passez dès maintenant votre commande*

à DIAL

Un exemplaire : 80 F + frais de port

Frais de port : 1 exemplaire : 16 F

2 ou 3 exemplaires : 21 F

4 ou 5 exemplaires : 28 F

DIAL • 38 rue du Doyné - 69005 LYON • Tél. 04 72 77 00 26 • Fax 04 72 40 96 70 • E-mail : dial@globenet.org

Abonnement annuel : France 410 F • Europe 455 F • Avion Amérique latine - Afrique 515 F • USA-Canada 505 F

**Point contact à Paris : CEDAL (Centre d'Etude du Développement en Amérique latine) - 43 ter, rue de la Glacière - 75013 Paris
Tél. 01 43 37 87 14 - Fax 01 43 37 87 18**