

La Privatización de la Salud en Chile

Matías Goyenechea

Cientista político, director de la Fundación Creando Salud
Correo electrónico: mgoyenechea@gmail.com

Danae Sinclair

Médica en especialización de psiquiatría, directora de la Fundación Creando Salud.
Correo electrónico: dsinclair@gmail.com

RESUMEN

El artículo analiza las características del sistema de salud chileno. Se plantea que el sistema privado basado en el concepto de libertad de elección en la práctica asegura ese derecho a grupos específicos de la población, y se estudian los rasgos específicos de lo que los autores catalogan como la privatización de la salud. Finalmente, y partir del reconocimiento de la salud como un derecho universal, se plantean algunos caminos a seguir para materializar ese derecho.

La matriz ideológica sobre la cual se ha construido nuestro sistema de Salud pertenece a la derecha. No se equivoca el candidato presidencial de la UDI, Pablo Longueira cuando afirma: "El período más exitoso de la derecha ha sido el de los últimos 25 años. No hay generación de derecha que pueda exhibir un triunfo más notable que está en la batalla de las ideas. Chile ha llegado al lugar de privilegio en que está porque se implementó nuestro ideario político y económico" (19/04/2013).

No se equivoca, pero se queda corto. Longueira olvida los otros 20 años en que su sector también triunfó en la batalla de las ideas: los de la dictadura, cuando los que podían haber rebatido

sus argumentos fueron perseguidos. Esas primeras dos décadas, en las que nadie pudo oponerse y las siguientes dos, en las que la Concertación no quiso oponerse, son claves para entender cómo se configuró y se mantuvo un sistema que tiene como pilar fundamental la discriminación por sexo y edad y que castiga a las mujeres, a los ancianos y a todos aquellos que no tienen buena salud, mientras se generan enormes fortunas.

Creemos que hoy, de cara a las próximas elecciones presidenciales, es necesario tener el debate que se impidió por la fuerza y se evitó por la confluencia de intereses económicos y que algunos creen haber ganado por la calidad de sus argumentos.

Partamos por señalar que el actual sistema de salud tiene dos ejes centrales. El primero es la idea de que las personas tienen completa libertad para elegir dónde y con quién atenderse. Esta “libertad de elección”, sin embargo, sólo se cumple para aquellos que pueden pagarla, en su mayoría profesionales jóvenes y adultos sanos de sectores medios y altos; para el resto de los chilenos la libertad de elección se traduce en una negación del derecho a la salud.

Un segundo eje capital del sistema es el paradigma de que el Estado es siempre un aparato ineficiente. De esta convicción surge el principio del “Estado subsidiario” y también la política de destinar enormes cantidades de recursos públicos a las aparentemente más eficientes “soluciones privadas”. Esta política, por supuesto no genera soluciones más eficientes desde el punto de vista de las personas que necesitan atención, sino desde los intereses de las empresas que lucran con los derechos sociales.

Expansión de la salud privada

Sobre la base de estas dos ideas –libertad de elección y Estado subsidiario– la salud privada ha tenido un boom extraordinario. Por una parte se montó un sistema privado de aseguramiento de la salud, de donde surgen las llamadas Isapres. En paralelo se incentivó la expansión de una extensa red de prestadores privados, (clínicas, laboratorios, etc.) cuyo crecimiento ha sido, muchas veces, a expensas de dineros públicos que se traspasan mediante convenios GES (plan de Garantías Explícitas en Salud, ex AUGE) y otros mecanismos.

Un elemento clave para la expansión de las Isapres fue el

hecho de que entre 1986 y 2002, estas instituciones recibieron un subsidio equivalente al 2% de los ingresos de los afiliados que tenían rentas inferiores al valor de las primas. Esto implicó que, además de lo recaudado por la cotización obligatoria y las voluntarias, las Isapres percibieron un 9% adicional por cuenta del Estado. Entre 1990 y 2004 las Isapres recibieron por este ítem U\$ 534 millones.

Un elemento clave para la expansión de las Isapres fue el hecho de que entre 1986 y 2002, estas instituciones recibieron un subsidio equivalente al 2% de los ingresos de los afiliados que tenían rentas inferiores al valor de las primas. Este subsidio era pagado por los empleadores, a los cuales luego se les descontaban estos pagos de sus impuestos. Esto implicó que, además de lo recaudado por la cotización obligatoria y las voluntarias, las Isapres percibieron un 9% adicional por cuenta del Estado. Entre 1990 y 2004 las Isapres recibieron por este ítem U\$534 millones.

El objetivo de este plan era favorecer el ingreso de cotizantes de clase media a la industria. Algo se logró durante un tiempo, pues en 1997 las Isapres exhibieron una cartera de beneficiarios que llegaba a los 3,8 millones, es decir, un 26% de la población. Pero lo hizo a un costo excesivo pues se trataba de un subsidio destinado a las Isapres y no a los beneficiarios; es decir, el dinero público terminó alimentando las utilidades de empresas que no tenían ninguna obligación de cubrir a la población de menores ingresos. En los hechos, a través de copagos altos y escasa cobertura, el sistema terminó expulsando a los cotizantes de menores ingresos. Para 2011 la cartera de beneficiarios había bajado a un 16% de la población, demostrando que, para efectos de ofrecer salud a los sectores medios y bajos, era muy ineficiente traspasar recursos públicos a estas empresas.

Durante su existencia este subsidio se volvió a tal punto central en la contabilidad de las Isapres que, cuando a fines de los '90 se decidió terminarlo, las compañías con carteras de usuarios más pequeñas, golpeadas también por la crisis asiática, fueron absorbidas por las Isapres más grandes, produciendo la actual concentración económica en el sector. Hoy las Isapres claman por el regreso de subsidios de esta naturaleza.

La red privada de prestadores (clínicas, laboratorios, etc.), ha contado con tres mecanismos mediante los cuales el Fisco les entrega cuantiosas sumas por la compra de servicios y subsidios a la demanda. Esto ha implicado el traspaso de U\$6.809 millones

entre 2005 y 2012, lo cual explica el vertiginoso crecimiento de la red privada que aumentó su capacidad en 20% en el periodo el 2005-2011

La red privada de prestadores (clínicas, laboratorios, etc.), en tanto, ha contado con tres mecanismos mediante los cuales el Fisco les entrega cuantiosas sumas por la compra de servicios y subsidios a la demanda. Estos mecanismos son: la modalidad libre elección de Fonasa; la compra de servicios -que desde la implementación del GES se ha incrementado exponencialmente-; y desde el 2011, el bono AUGE. Esto ha implicado el traspaso de U\$ 6.809 millones entre 2005 y 2012, lo cual explica el vertiginoso crecimiento de la red privada que aumentó su capacidad en 20% en el periodo el 2005-2011.

Estos fondos públicos alentaron a los grandes grupos económicos a organizar su negocio a través de holdings de salud. Así, durante el gobierno de Ricardo Lagos iniciaron lo que se llama “la integración vertical”, modelo a través del cual los prestadores (clínicas) y los aseguradores (Isapres) pertenecen al mismo dueño.

Veamos el ejemplo de “Empresas Banmédica”, holding controlado por el grupo Fernandez-León y empresas del Grupo Penta (Carlos Alberto Délano y Carlos Eugenio Lavín). Este holding es dueño de dos Isapres, Banmédica S.A. y Vida Tres, las cuales controlan un 26% del mercado, con casi 400 mil cotizantes y 360 mil cargas.

Empresas Banmédica además es dueña de una gran cantidad de clínicas y prestadores de salud, donde destacan la Clínica Santa María, Clínica Dávila, Vidaintegra, Clínica Alameda, Clínica Vespucio, Clínica Biobio, Clínica Ciudad del Mar y HELP (también tienen porcentajes importantes en más clínicas nacionales e internacionales). Las utilidades durante el 2011 de este holding alcanzaron más de \$43.000 millones.

En este modelo de negocios los “costos” de las Isapres son las ganancias de las clínicas, y estas a su vez están aumentadas por los traspasos de fondos públicos. Finalmente el dinero permanece en el holding.

La ausencia de regulación del fenómeno durante los gobiernos de la Concertación -y la concentración económica que se ha generado- encuentra una posible explicación en los intereses transversales a toda la élite política en el negocio de la salud. Por poner sólo algunos ejemplos, entre 1994 y 2002 Integramédica contó en su directorio con el primer superintendente de Isapres del país (1990-

1994), Héctor Sánchez, como socio fundador, el cual actualmente es director ejecutivo del Instituto Salud y Futuro, de la Universidad Andrés Bello. Álvaro Erazo (PS), ex ministro de Salud (2008) y director de Fonasa (2000-2006) y Cesar Oyarzo (DC), también ex director de Fonasa (1994) y actual gerente de Integramedica (prestadora perteneciente al grupo) son ambos miembros del directorio del holding Cruz Blanca Salud. Por otro lado, La Asociación de Isapres, tiene contratos con la consultora Imaginación, ligada al ex ministro Enrique Correa (PS). Además, la Asociación de Isapres nombró al ministro de Hacienda del gobierno de Eduardo Frei, Eduardo Aninat (DC), como su presidente en diciembre de 2006, cargo que mantuvo hasta junio de 2010. Luego fue reemplazado por Hernán Doren, más cercano al oficialismo, quien fue director de la Isapre Consalud y presidió varias entidades vinculadas a la Cámara de la Construcción.

¿Cuál es hoy la clave del negocio?

El aseguramiento privado tiene como fuente del negocio el principio de la selección de riesgo, mecanismo mediante el cual selecciona a sus afiliados. Estas empresas tienen el objetivo de maximizar el margen de utilidad en el negocio, lo que genera el incentivo a utilizar uno de los aspectos positivos de los seguros, la capacidad de poder predecir el comportamiento del riesgo a enfermar de la población (en este caso de su cartera de afiliados), con el fin de lograr identificar los grupos más propensos a enfermar (o, en la jerga de la industria, la “siniestralidad” del afiliado). Identificados esos grupos, se les cobra más por sus planes de salud y así cada individuo compensa a la Isapre por asegurar su riesgo a enfermar.

Esta es la llamada selección de riesgo, realizada mediante las “tablas de factores de riesgo” la cual busca captar a todo individuo que le genere un beneficio económico (rico y sano), y tratará por todos los medios de expulsar a los que generen mayores costos (pobre y enfermo). Es así como se consolida la segregación del sistema, muy similar a la que se produce en el sistema educacional, donde se enarbola otra libertad, la de enseñanza, para crear un sistema donde hay escuelas para pobres y escuelas para ricos.

El 90% de los cotizantes de Isapre tiene rentas por sobre los \$400 mil, monto que es más alto que el ingreso promedio del país. En cambio, en Fonasa, el grueso de sus cotizantes (51%) tiene ingreso menores a los \$ 250 mil

Llevando la segregación a cifras vemos que el 90% de los cotizantes de Isapre tiene rentas por sobre los \$400 mil, monto que es más alto que el ingreso promedio del país. En cambio, en Fonasa, el grueso de sus cotizantes (51%) tiene ingreso menores a los \$250 mil.

La segregación también aparece al analizar la distribución de los beneficiarios según tramo etario. Esto es importante dado que uno de los predictores del riesgo a enfermar es la edad, en el tramo que comprende a personas mayores de 84 años, menos del 5% es beneficiario de Isapres; en contraste, el 95% está en Fonasa.

Un ejemplo de la absoluta resistencia por parte de ambas coaliciones a realizar cambios sustantivos al sistema de Isapres, es que tuvo que ser el Tribunal Constitucional (TC) quien declarara como inconstitucional la discriminación por sexo y edad consagrada en las tablas de factores de riesgo. A 34 meses de ese fallo aún nadie se ha hecho cargo de la sentencia, persistiendo la discriminación. No ha habido voluntad política de cambiar las tablas de factores de riesgo porque la discriminación por sexo y edad es uno de los pilares que sustenta a la industria.

La actual Ley de Isapres que se tramita en el Congreso, si bien se hace cargo de los planteamientos del TC, no tiene como objetivo terminar con la discriminación, sino otorgar certeza jurídica y viabilidad al negocio de las Isapres, conteniendo las numerosas demandas por las alzas injustificadas de los planes de salud por parte de los afiliados. Este proyecto de ley crea el IPC de la Salud, mecanismo que cerrará la puerta a futuras demandas, dado que legitima "técnicamente" las alzas de precios en las primas. Sin embargo, en un contexto de integración vertical, es un instrumento inútil para la contención de precios y solo termina validando las alzas.

El proyecto de ley no solo falla en eso. Además contempla que en adelante los usuarios cancelen una cuestionable "prima plana" igual para todos. Tal prima dará acceso a un Plan Garantizado de Salud (PGS). Por ejemplo, una secretaria que recibe un sueldo de \$350.000 y tiene dos hijos (sus cargas), deberá cancelar una prima de \$51.000 lo que equivale a un 15% de sus ingresos. En cambio, un gerente con ingresos de \$5.000.000 y con dos hijos, deberá pagar la

misma prima de \$51.000, lo que representa solo el 1% de sus ingresos.

Lo evidentemente regresivo del sistema que se propone no es su único problema. Esa prima se pagará con el 7% obligatorio, pero si con ese dinero no alcanza, como le pasará a la secretaria del ejemplo, deberá cancelarlo de su bolsillo. El gerente, en cambio, con lo que sobre a su 7% podrá contratar seguros complementarios.

En el proyecto se afirma además que la cobertura financiera será “similar a la modalidad libre elección de Fonasa,” de lo que se deduce que cada prestación tendrá copagos de entre 50% a 70% del precio total.

La reforma que se trabaja grafican un nuevo triunfo de las ideas de derecha, donde quien tiene más dinero tiene mejores opciones de estar sano. Durante los últimos 25 años, los sucesivos gobiernos han favorecido la expansión del sistema de salud privado. Las principales reformas impulsadas para corregir sus inequitativos resultados (como el plan de Garantías Explícitas en Salud y GES del gobierno de Ricardo Lagos), no apuntaron a modificar el corazón del sistema. Por ello los cambios que requerían no se produjeron y, peor aún, los traspasos de dineros públicos hacia la salud privada aumentaron haciendo que ésta acelerara su ritmo de crecimiento. De hecho, tras las reformas del gobierno de Lagos, las clínicas crecieron en un 20% en capacidad (entre 2005 y 2011).

Paralelamente, el sistema público fue progresivamente asfixiado por un aumento insuficiente de la inversión. En 1987 el gasto público de salud era equivalente al 2% del PIB y este año llegará al 3,5%. Sin embargo, un país del tamaño del nuestro debería tener un gasto de al menos un 6% del PIB, según recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Un principio central que ordena la política de salud en Chile y que sirve para justificar el trato que recibe la Salud Pública es el paradigma de la focalización. Este principio implica que las políticas públicas son diseñadas para grupos específicos de la población que se encuentran en alguna “situación de carencia” y, por tanto, requieren de la asistencia del Estado. Este enfoque terminó por liquidar la concepción de la universalidad en los derechos, dado que todo derecho es tal en tanto es igual para todos.

El sistema llegó al extremo de focalizar los recursos en algunas enfermedades. El GES, por ejemplo, cubre sólo algunas

patologías y sólo en ciertos tramos de edad, generando un problema de exclusión tanto en la cobertura como también de grupos que no tienen los “requisitos técnicos” para ser beneficiarios.

El principio de la focalización ha ido de la mano de una serie de prácticas administrativas que han perjudicado el manejo económico del sector público, haciéndolo cada vez más incapaz de cumplir con la demandas de salud de la población que exigen mayor acceso. Es necesario remarcar que esa incapacidad se usa luego como argumento para sostener que la Salud Pública es ineficiente y para justificar millonarios traspasos de recursos a los privados. Ese argumento contrasta, sin embargo, con los hechos.

Así lo constató la OCDE en un informe de 2008 en el que analizó cuán “efectivo” era el gasto público en Salud. Concluyó que: “(...) La proporción de trabajadores de la Salud (médicos y enfermeras) y camas de hospital para la población son muy inferiores a la media de la OCDE. Sin embargo, los resultados (esto es, esperanza de vida, mortalidad infantil, tasas de inmunización) son comparables al promedio de los países OCDE. El sistema de atención de Salud chileno se las arregla para conseguir resultados relativamente buenos usando comparativamente menos recursos”.

Fonasa paga un día cama en Unidad de Tratamiento Intensivo a un “precio” de \$126 mil, sin embargo, el costo promedio es de \$300 mil, lo que deteriora la economía de la red pública.

Un área que ha sido particularmente dañada son los hospitales públicos. Durante la dictadura la inversión en ellos fue prácticamente cero. Con la Concertación hubo mayor inversión, pero fue insuficiente: entre 1999 y el 2009 la capacidad hospitalaria del sistema público (medida en camas) se redujo en 12%. Por otra parte, la deuda hospitalaria no ha parado de crecer a pesar de que cada año se cancelen grandes sumas. En abril del 2013 ésta superó los \$ 103.948 millones.

Un factor que influye en esa deuda y en el funcionamiento de la red de Salud son los aranceles que paga Fonasa a los hospitales públicos. Estos montos se actualizan según el IPC, pero no reflejan los costos reales que tienen los hospitales. Según un estudio de la Universidad Católica estos aranceles son insuficientes para cubrir los costos de las prestaciones.

Un ejemplo: Fonasa paga un día cama en Unidad de Tratamiento Intensivo a un “precio” de \$126 mil. Sin embargo, el

costo promedio es de \$300 mil. Esto deteriora la red pública y genera incentivos para que los hospitales ofrezcan aquellas prestaciones mejor pagadas (GES) en detrimento del resto (no GES).

A la Clínica Las Condes Fonasa le paga por un día cama básico \$827 mil, mientras que a un hospital público solo le paga \$60 mil. Durante 2012 el gasto por esta vía fue de \$19.521 millones, cifra que perfectamente podría haber sido utilizada en ampliar la oferta de camas públicas cuyo déficit histórico era de 3.000 camas en 2010

Sin embargo, Fonasa actúa distinto cuando compra centralizadamente “días camas” en las clínicas privadas. A la Clínica Las Condes le paga por un día cama básico \$ 827 mil, mientras que a un hospital público solo le paga \$60 mil. Durante 2012 el gasto por esta vía fue de \$19.521 millones, cifra que perfectamente podría haber sido utilizada en ampliar la oferta de camas públicas cuyo déficit histórico era de 3.000 camas en 2010.

Para hacer frente a la falta de camas, el gobierno de Ricardo Lagos inició una política de concesiones hospitalarias a través de la cual se adjudicaron dos hospitales –uno en La Florida y otro en Maipú- a un consorcio español. La solución no puede calificarse de conveniente para el Fisco chileno. El Estado deberá pagar aproximadamente U\$600 millones por dos hospitales que cuestan menos de U\$300, es decir, hay más de U\$300 millones que quedan como ganancia para el concesionario. Esta utilidad se genera fundamentalmente por dos mecanismos: el subsidio fijo a la construcción y el subsidio fijo a la operación.

Otros países que han aplicado este sistema no han tenido buenos resultados en la calidad de la asistencia. Así ocurrió en Inglaterra, cuyo programa de concesiones hospitalarias ha sido examinado por especialistas durante 17 años. Allí se produjo una reducción del personal y un aumento la productividad clínica a costa de bajar el número de camas y el tiempo de estadía; la generación de altas más precoces causó un aumento en la tasa de re-hospitalización. (Ver antecedentes del caso inglés en: “Una revisión crítica de tres dimensiones de concesiones en salud: riesgo, calidad y efectos fiscales”). Es probable que un sistema como el chileno, centrado en el lucro de los proveedores, caiga en las mismas estrategias y a la larga provoque los mismos resultados.

En el gobierno de Michelle Bachelet se detuvo esta perniciosa

política, sin embargo, durante la administración de Sebastián Piñera se volvió a impulsar con una agenda que incluye 11 hospitales concesionados. Esto implicará que el Fisco deberá desembolsar más de \$US 2.200 millones que irán directamente a las utilidades de los privados en el periodo de la concesión, que según los actuales contratos es de 15 años.

Subsidio a la demanda

Un mecanismo que traspasa grandes cantidades de recursos públicos al sistema privado es la Modalidad de Libre Elección (MLE). Creada en 1985 y potenciada durante los gobierno de la Concertación, la MLE permite a los usuarios de Fonasa atenderse en la red de clínicas privadas. La MLE encuentra su justificación en que el sistema de hospitales públicos no tiene capacidad para absorber toda la demanda. Por otra parte, se considera positivo generar una competencia ente los prestadores privados y los hospitales públicos, que atienden usando la Modalidad Atención Institucional (MAI).

Tal como se vio en el caso de la compra de “días-cama”, Fonasa paga distinto al hospital público que a la clínica privada cuando sus usuarios los eligen.

Por ejemplo, en la “consulta médica de especialidades”, a los privados (MLE) se les paga \$11.730 de los cuales \$6.770 lo paga Fonasa y \$4.690 es copago del paciente. La misma consulta en un hospital público (MAI) se paga a \$4.950, monto que paga Fonasa al hospital y donde no existe copago a excepción de los afiliados de los tramos C y D, que tiene un copago de \$500 y \$990 pesos respectivamente.

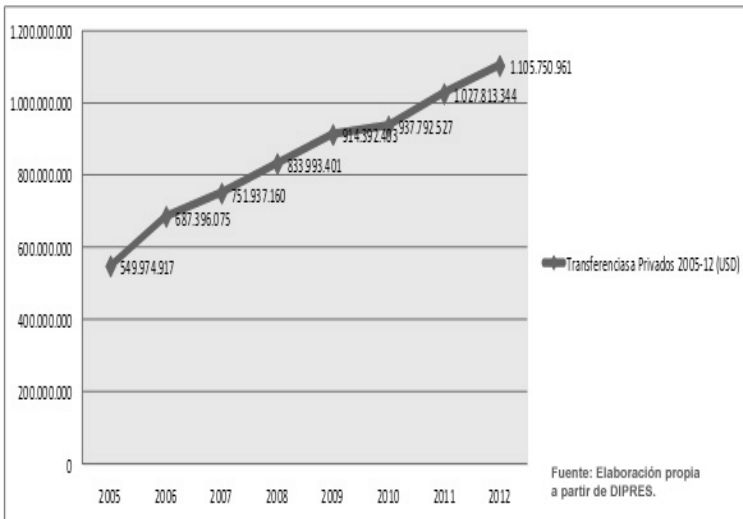
Esto muestra que el Estado termina discriminando a sus propios hospitales y favoreciendo al sector privado que recibe mejores precios por la misma actividad. Las clínicas, además, se benefician de copagos que son regresivos, dado que no se fijan en función del nivel de ingreso de los pacientes. Por ello, un afiliado a Fonasa que tenga un sueldo bajo tendrá que pagar lo mismo que un gerente.

Debido a lo anterior, la MLE, que se presenta como una forma de garantizar la libertad de elección de los usuarios de Fonasa,

termina generando un círculo vicioso en el que se le entregan menos recursos al sistema público y luego se lo hace competir con un sistema privado que recibe más ingresos. Como pasa en la educación municipal, víctima de la misma lógica, la salud pública se va deteriorando progresivamente y en ella quedan sólo aquellos usuarios que no pueden atenderse en otro lado.

Todos los mecanismos descritos hacen que una parte importante del gasto público en Salud -que como hemos dicho es insuficiente de acuerdo a los estándares de la ODCE- termine siendo usado en compras y subsidios a la demanda en clínicas y prestadores privados. En 2013 la cifra de traspasos al sector privado alcanzará a U\$1.187 millones (ver gráfico).

Traspaso de recursos fiscales a clínicas privadas (2005-2012), millones de dólares



El principal problema de estas transferencias de recursos es que el Fisco termina pagando sobrepagos respecto a los costos reales. Estos sobrepagos se transforman en las utilidades de los que lucran con el sistema.

Todos los mecanismos descritos hacen que una parte importante del gasto público en Salud termine siendo usado en compras y subsidios a la demanda en clínicas y prestadores privados. En 2013 la cifra de traspasos al sector privado alcanzará los U\$ 1.187 millones

El costo oportunidad de esos recursos -es decir, lo que podríamos hacer con ellos- es gigantesco. A modo de ejemplo con los US\$1.187 millones que el Estado entregará este año a las clínicas se podrían haber contratado unos 32 mil nuevos profesionales para la red pública, solucionando el problema de falta de recursos humanos. Este monto equivale también a financiar la construcción de cuatro hospitales de alta complejidad, o cerca de 400 nuevos consultorios de atención primaria.

El desmantelamiento de la Salud Pública en Chile, que se ha descrito en sus partes medulares, no ha sido enfrentado y seguirá agudizándose hasta generar una crisis del sistema sanitario en Chile. Tenemos un deber ético de fortalecer la red pública de salud y terminar con las políticas que han llevado a nuestro sistema de Salud a ser uno de los más segregados y desiguales del mundo.

Cada tanto los precandidatos presidenciales hablan de fortalecer la Salud Pública y terminar con los millonarios traspasos que el Fisco entrega a los privados. Estas intenciones, sin embargo, chocan con los hechos, pues lo que hicieron los gobiernos de la Concertación no dista mucho de lo que ha hecho la actual administración de la Alianza: debilitar la capacidad de la red pública, permitiendo que se financie con fondos públicos el lucro de los privados.

Hoy urge una verdadera refundación del sistema sanitario chileno. Hablamos de una reforma tan profunda a las bases del sistema como la que se requiere en educación. Entre los muchos cambios que deben llevarse a cabo, hay cuatro temas de fondo que nos parecen fundamentales. Cualquier reforma que se haga sin abordar estos puntos resultará cosmética o, peor aún, se traducirá en mayores ganancias para los privados, como ha pasado con los cambios introducidos hasta ahora.

La salud como un derecho universal

Hoy la Constitución garantiza la salud desde la perspectiva de la “libertad de elección”, afirmación que, como hemos visto en las columnas anteriores, solo resulta cierta si usted tiene suficiente dinero para elegir. En realidad, con esta forma de entender el derecho a la salud, lo que la Constitución ampara es el derecho a hacer negocios con la sanidad y no el derecho de la población a una vida sana.

Es central, entonces, para reformar de verdad el Sistema de Salud chileno, cambiar el paradigma con el que opera el Estado. Pasar a uno en donde se asegure de forma integral el derecho a la salud mediante cobertura universal. No como en la actualidad, donde la cobertura está segregada de acuerdo a la capacidad de pago o al riesgo de enfermar.

Cambiar el paradigma implica que la Constitución debe avalar integralmente la salud de la población. No basta con que el Estado garantice el acceso a prestadores públicos o privados. El Estado debe comprometerse con el pleno bienestar de salud de la población. Pensamos que esto se ve materializado de mejor forma en la llamada “cobertura universal de la salud”. Esto implica que el Estado debe reconocer como un derecho el acceso, la calidad y la protección financiera al conjunto de los habitantes, respecto de sus necesidades sanitarias.

La implementación de herramientas legales que hagan exigible el derecho a la salud por parte de la ciudadanía es un camino promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ver: Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005). En Chile debemos avanzar en este sentido, incluyendo en la Constitución la cobertura universal y generando los mecanismos legales para hacer exigible el derecho a la salud.

Fortalecer la salud pública

La Salud Pública requiere de un sustancial aumento de recursos en todos sus niveles. Sin embargo, dado que la principal misión de un sistema sanitario debe ser mantener sana a la población -y no abocarse solo a curar enfermedades-, la atención primaria debe recibir un apoyo substancial. Consideramos urgente revisar las brechas de financiamiento, el déficit de profesionales y falta de medicamentos. Estimamos que en el corto plazo es necesaria una duplicación del monto que se gasta hoy. Actualmente se entregan \$3.500 mensuales por cada persona inscrita en un consultorio de atención primaria. Es necesario llegar por lo menos a \$ 7.000.

Otro de los grandes problemas de la Salud Primaria es la deficiente administración que llevan a cabo los municipios. La calidad de la salud que se entrega en una comuna es hoy extremadamente dependiente de la voluntad del edil y de las corporaciones municipales de derecho privado. No creemos, sin embargo, que la solución sea el regreso al Estado centralizado. Pensamos que la vía de solución es promover la participación de la comunidad en la toma de decisiones de salud, lo que implica generar mecanismos de participación en la dirección de los centros de salud.

El sistema privado, al que se destina el 57% de los recursos que el país gasta en salud, beneficia a la población con mayores ingresos, más joven y sana. Mientras, el sistema de Salud Pública, desfinanciado, debe cubrir las necesidades de más de 13 millones de habitantes, de menores ingresos, de mayor edad y por ende, con mayores factores de riesgo de enfermar.

A nivel hospitalario hoy nos encontramos frente a un sistema desfinanciado, con hospitales endeudados **debido a la política de precios y aranceles que no cubren los costos reales de las distintas acciones que realizan** (ver “Cómo se ha desmantelado la salud pública”). Íntimamente relacionado con este endeudamiento está la pronunciada reducción de camas que ha sufrido el sistema público en los últimos 25 años.

Para superar estos problemas es necesario abandonar la política arancelaria (esto es, la forma en la cual Fonasa financia a los hospitales mediante precios por la actividad que realizan), y pasar a un esquema de asignación de montos per cápita, es decir, dinero

vinculado a la cantidad de población que atienden los hospitales y de acuerdo a la complejidad de los casos que reciben.

Es necesario también revisar la actual política de concesiones que parece centrada en generar lucro para los privados y no en satisfacer las necesidades de la población. Hoy, a través de distintos mecanismos, el Fisco traspasa más de US\$1.000 millones al año a los privados. Ese dinero es central para financiar las reformas de las que estamos hablando.

Otro aspecto fundamental que debe incluir cualquier reforma estructural al Sistema de Salud chileno es una nueva relación con los trabajadores. El recurso humano es el motor del sistema y en Chile, desde hace 30 años, ha habido una sistemática precarización laboral en el sistema público, lo que ha provocado la actual carencia de profesionales, sobre todo médicos, tanto especialistas como generales, enfermera/os y matronas, debido a su migración al sistema privado.

Parte del fortalecimiento del sistema pasa también por asegurar estabilidad laboral, carrera funcionaria, condiciones adecuadas para el desempeño de la profesión y opción de capacitación y formación permanente, en todos los niveles, desde la atención primaria hasta los hospitales de alta complejidad.

Financiamiento solidario

La lógica de financiamiento de la salud en Chile ha generado gran desigualdad y segregación, dado que la distribución del gasto sanitario privilegia al sector privado. A eso se agrega el hecho de que la mayor fuente de financiamiento en salud (37% del total) proviene directamente del bolsillo de las familias. Esto es sumamente negativo pues se trata de un gasto regresivo que, en casos de enfermedades catastróficas, pueden llevar a las familias a la pobreza.

El sistema privado, al que se destina el 57% de los recursos que el país gasta en salud, beneficia a la población con mayores ingresos, más joven y sana. Mientras, el sistema de Salud Pública, desfinanciado, debe cubrir las necesidades de más de 13 millones de habitantes, de menores ingresos, de mayor edad y por ende, con mayores factores de riesgo de enfermar.

Lograr un cambio que termine con los graves problemas del Sistema de Salud implica realizar una reforma profunda a la manera cómo éste se financia. Una forma es avanzar a un esquema basado en impuestos generales (modelo inglés). Esto implica reconstruir el sistema en torno a una lógica solidaria, dado que los que tienen más recursos deberán aportar más.

La evidencia recomienda que países como el nuestro adopten el modelo de impuestos generales para financiar la salud, dado que facilita la posibilidad de alcanzar la cobertura universal y asegura equidad (Sobre este tema vea “Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal”). Una reforma a fondo del Sistema de Salud, por lo tanto, está ligada con una reforma tributaria. No se puede pensar en una sin la otra.

La evidencia recomienda que países como el nuestro adopten el modelo de impuestos generales para financiar la salud. Una reforma a fondo del Sistema de Salud, por lo tanto, está ligada con una reforma tributaria. No se puede pensar en una sin la otra.

Pero si los recursos provienen de impuestos que recauda el Fisco, estos no pueden terminar en el actual sistema de aseguramiento privado con fines de lucro. Como lo hicimos notar en nuestra primera columna, ese sistema produce segregación y gran desigualdad. ¿Qué hacer con las Isapres entonces? Por lo pronto, no deben seguir administrando el 7% legal que se saca de los ingresos de los chilenos y que funciona como un impuesto para la seguridad social. Estos recursos deben ser destinados para asegurar la salud de todos.

No nos oponemos, a priori, a la existencia de prestadores de salud privados. Y se puede pensar en el aseguramiento privado para el ámbito de seguros complementarios. Sin embargo, consideramos que la salud no puede ser un terreno de enriquecimiento, dado que esto niega la calidad de la salud como derecho humano. En este sentido, de existir prestadores y clínicas éstos tendrán que ser sin fines de lucro.

Democratización y participación

Actualmente nuestro Sistema de Salud es sumamente jerarquizado y con nula participación de la comunidad. La participación se ha entendido solamente desde una perspectiva consultiva. Las recomendaciones de los últimos 30 años de organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud, define que la participación social es uno de los puntos básicos de los procesos de modernización y reforma de la gestión pública.

Las Isapres no deben seguir administrando el 7% legal que se saca de los ingresos de los chilenos y que funciona como un impuesto para la seguridad social. Estos recursos deben ser destinados para asegurar la salud de todos.

Involucrar a los propios trabajadores del sector salud en la generación de las políticas públicas en el área, así como también generar modelos de gestión participativa de las instituciones, es un paso necesario para alcanzar un sistema sanitario de calidad. También es necesario alcanzar mayor involucramiento de la comunidad principalmente a nivel de la atención primaria.

Las reformas enunciadas aquí no son fáciles de implementar. Requieren revertir una forma de ver la política pública que ha regido por varias décadas, sostenida por colectividades políticas que, más allá de lo que piensen sobre el rol del Estado, han dejado que la Salud Pública sea desmantelada.

Es poco probable que sean esas colectividades con sus candidatos, las que de motu proprio rectifiquen lo hecho por años. Siguiendo el ejemplo de los estudiantes -y como ellos han logrado producir una discusión inédita en la educación-, los cambios en salud requieren de un movimiento social empoderado que impulse transformaciones, que desnaturalice el actual estatus quo del sistema, cuestionando sus pilares estructurales. De lo contrario, continuaremos con soluciones parche que sólo empeoran la situación.

