

El Estado chileno sigue financiando clínicas privadas

ISABEL DIAZ MEDINA :: 17/05/2014

Con los gobiernos de la Concertación esta política se profundizó, introduciéndose más criterios de mercado en la salud pública y protegiendo al sector privado

Matías Goyenechea, cientista político, director de la Fundación Creando Salud, asegura que “desde la década de 1980 se implementa el desmantelamiento progresivo del sistema público de salud”.

¿Cuáles son los principales problemas del sistema público de salud?

“Como Fundación tenemos un diagnóstico bastante crítico respecto a la situación de la salud. Hay un déficit en el derecho a la salud, que en términos constitucionales es entendido como acceso al sistema. Eso abre espacio para la existencia del sistema de Isapres [Instituciones de Salud Previsional], y genera una política de subsidio a la demanda con recursos fiscales para que las personas se atiendan en el sector privado.

El sistema público de salud tiene problemas estructurales. Desde los años 80 se asume su funcionamiento como mercado, basado en una política de autogestión, que rompe con la lógica de una autoridad sanitaria y opera con una de carácter presupuestario y de fragmentación de la red pública. Otro punto crítico es Fonasa, y su comportamiento con los prestadores públicos (hospitales u otros centros de salud), en cuanto pasan a ser vendedores de actividad clínica. Eso ha generado una especie de mercado interno de compra y venta de prestaciones, en que se generan precios y mecanismos de pago que están causando daño a toda la red. Por ejemplo, los hospitales públicos por un día-cama tienen un valor asignado por arancel, cuyos precios ni siquiera están ajustados a los costos reales de los hospitales.

Un día-cama UCI tiene un costo promedio de 300 mil pesos, pero el Estado paga 130 mil al hospital por hacer esa tarea. Tenemos un déficit gigantesco en relación a que los aranceles no alcanzan a cubrir los costos de los hospitales, lo cual implica deuda hospitalaria (que en 2013 superó los 103.948 millones de pesos), falta de inversión crónica y selección de prestaciones (atenciones) por parte de los prestadores públicos. Por eso los hospitales están ofreciendo atenciones Auge, que son mejor pagadas que las patologías no incluidas en el plan.

También hay un déficit de infraestructura. En diez años se destruyó el 12% de la capacidad hospitalaria del país. De 1999 a 2009 se perdieron 3.446 camas en el sector público, mientras el sector privado está casi duplicando su capacidad con una política agresiva de construcción e inversión, que en el fondo evidencia el problema de los traspasos de fondos públicos al sistema privado.

Otro punto de los ejes programáticos se refiere a la forma en que financiamos la salud. El mayor financista de la salud es el bolsillo de las personas. El denominado ‘gasto de bolsillo’, asciende a 38% del total del financiamiento de la salud. Es inequitativo, porque está

concentrado en el gasto de medicamentos, que no tiene cobertura, y es regresivo pues toda persona paga lo mismo, al margen de su ingreso.

En materia de seguridad social, la cotización obligatoria del 7% en salud representa el 26% del total del gasto sanitario. Sin embargo de ese 26%, un 20% se deriva a las Isapres y pierde su lógica de seguridad social, porque termina siendo interpretado como propiedad individual y no como un impuesto, como debería funcionar. Estos recursos se utilizan para generar las utilidades de las Isapres y de la red de prestadores (las clínicas). El 57% del financiamiento va al sector privado, que atiende alrededor de tres millones de personas, y un 44% al público, con trece millones de pacientes. Setecientos mil pesos se destinan para cada uno de los afiliados a Isapres y 260 mil a los de Fonasa. Las Isapres producen una segregación por riesgo de enfermar al garantizar la salud de los más sanos y expulsar a los más pobres y enfermos a Fonasa. El problema del financiamiento muestra que el sistema de salud se comporta como un bien de consumo y no como un derecho”.

EL NEGOCIO DE LAS CLINICAS PRIVADAS

¿Bajo qué mecanismos se traspasan fondos públicos al sistema privado de salud?

“No es una práctica nueva, incluso cuando existía el Servicio Nacional de Salud había mecanismos de traspaso de recursos. Pero es a través de la modalidad de libre elección (MLE), que se ha ido generando una fuga importante de recursos al sector privado. Durante el gobierno de Piñera, a los creativos del Minsal se les ocurrió generar el Bono Auge, mecanismo para todos los usuarios beneficiarios de GES (Garantías Explícitas en Salud) que tienen una garantía de oportunidad vencida. No es una lógica de solución integral, porque el paciente solo recibe esa atención en el sector privado y luego vuelve al sector público. Hay un problema de tratamiento, pero también otros relacionados con los costos con los que se están comprando esas atenciones. En promedio, un Bono Auge equivale a dos o tres prestaciones en el sector público. El Bono Auge tenía el objetivo, al menos declarado, de reducir las listas de espera. Pero su impacto según un reciente estudio es de solo 2%. En el fondo fue regalarle plata a las clínicas y no resolver el financiamiento del sistema público.

Desde la puesta en marcha del Auge hasta 2013, se han traspasado 7.776 millones de dólares al sector privado. El costo oportunidad de esos recursos en el sector público es mucho mayor. El sector público tiene mucho menos recursos y tiene cuatro o cinco veces más actividad que el privado, porque no está pensando en la utilidad para sus accionistas, como en una lógica comercial. Anualmente se entregan mil millones de dólares en promedio al sector privado. Con ese dinero se podrían construir tres hospitales de alta complejidad, ocho de mediana complejidad, 200 consultorios, o contratar el 33% de todo el personal del sistema público. Con esos recursos se resolvería el déficit de profesionales y otros temas que se esgrimen para justificar la ida de pacientes y recursos al sector privado. Esto es un círculo vicioso, donde el sector público sufre un drenaje de recursos y no es capaz de invertir en su fortalecimiento.

También están las compras centralizadas que realiza Fonasa a los prestadores privados. Por ejemplo, la compra de diálisis, tercerizada completamente, y de camas. El Estado paga a la Clínica Las Condes 800 mil pesos por una cama básica, y por el mismo servicio el sector público recibe solo 20 mil pesos. Hay otras fugas de recursos que son más difíciles de

hacerles seguimiento, como las compras que realizan los hospitales al sector privado, que se estiman en 300 mil millones de pesos al año”.

¿Qué rol juega la Concertación en este proceso privatizador?

“Desde la década de 1980 se ha implementado el desmantelamiento progresivo del sistema público de salud. Con los gobiernos de la Concertación esta política se profundizó, introduciendo aún más el mercado en la salud pública. El tener un sistema mixto de salud responde a eso. Se han asumido los cánones neoliberales sin ningún cuestionamiento. A la política del Auge se le quita el componente solidario y universal. Hoy se llama GES, se eliminó la ‘u’ de ‘universal’, constituyéndose en una política de focalización de la atención de salud, con la lógica de Estado subsidiario”.

CONCESION HOSPITALARIA: PRIVATIZACION ENCUBIERTA

¿Bajo qué argumento se impulsa la política de concesión hospitalaria y cuáles son los impactos que genera en el sistema público de salud?

“La política de concesiones se viene impulsando hace tiempo en diversas áreas, y más recientemente en el sector salud. Con el gobierno de Ricardo Lagos se dio un giro incorporando la concesión a las cárceles y hospitales. Se presenta como una propuesta técnica neutral. Sin embargo, los fundamentos de la política de concesiones son neoliberales, validando la creencia de que el Estado es ineficiente, y que los privados lo hacen todo bien. Partiendo de esa creencia, se impulsa la política de concesión hospitalaria sosteniendo que permite al Estado mayor rapidez en las inversiones, no pagar de inmediato los costos de inversión y garantizar una salud de calidad. Efectivamente hay un problema de inversión, y eso se utiliza como argumento para sostener que hay que concesionar. La evidencia concreta, sin recurrir a experiencias internacionales, es que resulta más caro.

Los hospitales de La Florida y Maipú, que se construyeron bajo este mecanismo, tenían un costo estimado de 292 millones dólares. Para pagar esta inversión al sector privado, el Estado generó dos subsidios importantes. Uno fijo, a la construcción y un subsidio fijo a la operación, que se paga anualmente. La proyección del total que deberá pagar el Estado durante el periodo de concesión, que son quince años, es de casi 600 millones de dólares, lo que representa el doble de los costos estimados. Ambos hospitales tuvieron retrasos de un año, con lo que se cae el argumento de la rapidez; al margen de problemas de funcionamiento desde el inicio relacionados con aire acondicionado, agua potable, personal, entre otros, con lo que podemos concluir que la política de concesiones también tiene problemas concretos de ejecución.

Actualmente los hospitales en proceso de adjudicación son el Sótero del Río, del Salvador y el Félix Bulnes. Para estos recintos hay innovaciones en materia de política de concesiones que suma un tercer subsidio, que es variable y que depende del índice de ocupación de camas, así como la actividad clínica, por lo que es difícil por ahora calcular cuánto se va a transferir por esa vía”.

El gobierno de Michelle Bachelet plantea un cambio o la continuidad del sistema de salud?

(...) El programa deja fuera los mecanismos de pago hospitalario, no dice nada acerca de los subsidios y compras al sector privado. Puntos ausentes que son centrales a la hora de fortalecer al sector público. Se requiere resolver el problema de cómo el Estado financia su red pública y cómo desvía recursos a los privados, dos puntos de los cuales el programa no se hace cargo”.

¿Que implicancias tiene la ley de Isapres que propone el programa de Bachelet?

“El programa plantea una ley de Isapres, la cual tiene un problema de entrada: estamos hablando de una reforma que beneficia a la población más sana y rica del país. Incluso uno puede dudar respecto de quiénes serán los beneficiados.

El Estado se hace cargo del fallo del Tribunal Constitucional que declaró inconstitucional la discriminación por sexo y edad, que estaba consagrada en la tabla de factores de riesgo que aplican las Isapres para arancelar sus planes. Cuando uno aborda una discusión de reforma hay dos aproximaciones posibles: una es tratar de avanzar hacia un modelo de financiamiento más solidario, con un fondo único de salud, que distribuya las cotizaciones según riesgo a enfermar. Otra opción es hacer solamente una reforma para resolver los problemas de judicialización y de ciertos abusos del sistema. Esta última lo que hace es legitimar el negocio que tienen las Isapres. La ministra de Salud, Helia Molina, dijo en una entrevista “lucremos pero sin las discriminaciones que hoy existen”.

Me parece bien que no existan esas discriminaciones, pero la salud no debe ser una fuente de lucro, sobre todo si asumimos que la salud es un derecho. Hay un problema conceptual en esa declaración que da cuenta para dónde se enfocarán los objetivos de la reforma a las Isapres. ¿Quiénes son las personas que participarán de ese proceso? Se ha planteado la idea de una comisión de expertos en la cual participarían académicos, algunos ex ministros, y los representantes de las Isapres.

¿Dónde están los usuarios? ¿Dónde están los trabajadores de la salud? Son actores que no tienen ninguna posibilidad de opinar. Hay un problema grave que es la forma en que se está llevando adelante el proceso de discusión, excluyendo actores claves. Las personas afiliadas no tienen ningún tipo de representación en esa comisión, pero sí los dueños de las Isapres. La ministra Molina debiera incluir al mundo social de la salud para tener una reforma que tome en cuenta sus opiniones, no solamente las de la tecnocracia y de los dueños de las Isapres.

Punto Final

<https://www.lahaine.org/mundo.php/el-estado-chileno-sigue-financiando-clin>