

Oswaldo Artaza.

Decano Facultad de Salud y Ciencias Sociales **Universidad de las Américas** Varios programas de gobierno anticipan el fin de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) y proponen la configuración en nuestro país de un sistema de salud no segmentado y sin la actual discriminación según capacidad de pago, donde el financiamiento, por cotizaciones e impuestos generales, se mancomuna en un fondo o seguro único de carácter público.

Por otra parte, en la Convención Constitucional se prevé como muy probable que se establezca un nuevo marco para un sistema de salud universal, equitativo y solidario, basado en los principios y valores de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) y estructurado en redes integradas, con fuerte énfasis en salud en todas las políticas y en la acción efectiva sobre las determinantes sociales de la salud. En esos escenarios es muy improbable sigan existiendo las Isapres, lo que plantea evidentes preguntas sobre la prestación privada de servicios en Chile.

Ante ello cabe recordar que en la actualidad la mayoría de los prestadores privados ya reciben parte importante de su financiamiento (y en muchos es mayoritario) desde el Fondo nacional de Salud (FONASA) para la atención de beneficiarios del sector público. Por otro lado, la pandemia ha demostrado el gran beneficio social de integrar todos los recursos disponibles, sean públicos o privados, en el ámbito de las camas intensivas. Es sabido que nuestro país enfrentará desafíos inéditos por listas de espera quirúrgicas y para atención de especialistas jamás vistas en su magnitud.

A su vez, los problemas de salud mental, de rehabilitación post-Covid, de estabilización de padecimientos crónicos y el enfrentamiento a cánceres diagnosticados tardíamente requerirán de un esfuerzo que obligará a los próximos gobiernos a utilizar todos los recursos disponibles a objeto de responder a las necesidades urgentes de las personas, las familias y las comunidades. Es evidente que habrá un fuerte énfasis por fortalecer la red hospitalaria pública en términos de financiamiento, personal y tecnologías sanitarias. Ese necesario esfuerzo no necesariamente redundará en más egresos, cirugías y consultas de especialidad en el corto plazo si no hay cambios en la gestión, gobernanza e incentivos en que el sector público se desenvuelve.

Hay que recordar que desde principios de los años noventa se ha triplicado el presupuesto al sector hospitalario, con cambios muy marginales en su actividad, lo que señala que las inversiones, que sin duda habrá que hacer en el sector hospitalario público, no tendrán un correlato inmediato en su desempeño; éstos se apreciarán a mediano y largo plazo, en la medida de que se efectúen cambios estructurales en las reglas del sistema en su conjunto y exista voluntad política para impulsar y sostener transformaciones en el sistema público, junto a la disposición a apoyar y sostener capacidades gerenciales que posibiliten dichas transformaciones. Lo anterior, refuerza la necesidad de utilizar todos los recursos disponibles, especialmente en los próximos años. La pregunta obvia es cómo hacerlo de la manera más racional posible.

En un escenario sin Isapres, lo primero y primordial es establecer un modelo de atención común, donde la APS sea universal, en que cada persona y familia que vive en nuestro país, tenga un equipo de atención ambulatoria, con los recursos humanos, tecnológicos y financieros suficientes para resolver la mayoría de las necesidades en y con las comunidades con mirada territorial, a objeto evitar hospitalizaciones y derivar de manera pertinente a atención especializada. Lo segundo es establecer reglas del juego comunes y transparentes en el ámbito de las transferencias financieras.

Todos los prestadores, sean públicos o privados, deberán recibir transferencias por resolución integral de problemas, a objeto de compartir riesgo, evitar descreme y responsabilizar al prestador por soluciones integrales que no expongan al usuario a quiebres en su atención.

Estos aspectos, de suyo relevantes, exigen de una institucionalidad en Chile como la del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Inglaterra, que de manera autónoma a los intereses en juego, aporte a la planeación sanitaria, defina criterios de priorización y oportunidad por todos conocidos, evalúe tecnologías sanitarias y señale cuál de ellas se incluyen en protocolos y guías, a objeto de que las acciones en salud, paquetes integrales y aranceles estén basados en objetivos sanitarios, la equidad y la evidencia científica.

Junto a lo anterior, se requerirá de fortalecer gobernanza e integralidad de las redes territoriales, lo que quedó solo enunciado en la reforma del 2002-2005 y



Oswaldo Artaza, Decano Facultad de Salud y Ciencias Sociales Universidad de las Américas

Varios programas de gobierno anticipan el fin de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) y proponen la configuración en nuestro país de un sistema de salud no segmentado y sin la actual discriminación según capacidad de pago, donde el financiamiento, por cotizaciones e impuestos generales, se mancomuna en un fondo o seguro único de carácter público. Por otra parte, en la Convención Constitucional se prevé como muy probable que se establezca un nuevo marco para un sistema de salud universal, equitativo y solidario, basado en los principios y valores de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) y estructurado en redes integradas, con fuerte énfasis en salud en todas las políticas y en la acción efectiva sobre las determinantes sociales de la salud. En esos escenarios es muy improbable sigan existiendo las Isapres, lo que plantea evidentes preguntas sobre la prestación privada de servicios en Chile.

Ante ello cabe recordar que en la actualidad la mayoría de los prestadores privados ya reciben parte importante de su financiamiento (y en muchos es mayoritario) desde el Fondo nacional de Salud (FONASA) para la atención de beneficiarios del sector público. Por otro lado, la pandemia ha demostrado el gran beneficio social de integrar todos los recursos disponibles, sean públicos o privados, en el ámbito de las camas intensivas.

Es sabido que nuestro país enfrentará desafíos inéditos por listas de espera quirúrgicas y para atención de especialistas jamás vistas en su magnitud. A su vez, los problemas de salud mental, de rehabilitación post-Covid, de estabilización de padecimientos crónicos y el enfrentamiento a cánceres diagnosticados tardíamente requerirán de un esfuerzo que obligará a los próximos gobiernos a utilizar todos los recursos disponibles a objeto de responder a las necesidades urgentes de las personas, las familias y las comunidades.

Es evidente que habrá un fuerte énfasis por fortalecer la red hospitalaria pública en términos de financiamiento, personal y tecnologías sanitarias. Ese necesario esfuerzo no necesariamente redundará en más egresos, cirugías y consultas de especialidad en el corto plazo si no hay cambios en la gestión, gobernanza e incentivos en que el sector público se desenvuelve. Hay que recordar que desde principios de los años noventa se ha triplicado el presupuesto al sector hospitalario, con cambios muy marginales en su actividad, lo que señala que las inversiones, que sin duda habrá que hacer en el sector hospitalario público, no tendrán un correlato inmediato en su desempeño; éstos se apreciarán a mediano y largo

escasamente implementado, de manera que APS y privados en convenio trabajen cooperativamente asegurando la continuidad de la atención y los cuidados.

Un financiador público de todo el sistema, independiente de que se opte por una lógica de la seguridad social en salud (Bismarck) o de la de un Servicio Nacional de Salud (Beveridge), requerirá desde la autoridad sanitaria gran capacidad regulatoria para evaluar y fiscalizar que las reglas comunes se cumplan, colocando al centro el interés de las personas usuarias.

Hay que señalar que un financiador único, con aranceles y reglas comunes, tendrá como gran consecuencia adicional contribuir a minimizar el interés e incentivo que hoy tiene el profesional del sector público por trabajar menos en el sector público y privilegiar que las atenciones se efectúen en el sector privado, dada la abismal diferencia de beneficios económicos que el profesional obtiene actualmente en el sector privado. Hay que resaltar que, en un escenario de financiador público único, la transparencia y el escrutinio público deben ser aspectos centrales. Criterios, tiempos y evolución de las listas de espera, contratos, aranceles, desempeño y calidad deberán ser áreas totalmente transparentes ante la ciudadanía y deberán establecerse mecanismos claros y regulares de auditoría y cuenta pública.

Finalmente, el integrar colaborativamente a los prestadores públicos y privados con y sin fines de lucro bajo la conducción de la rectoría de la autoridad sanitaria, en un contexto de reglas y objetivos compartidos, puede contribuir a evitar lo sucedido en Brasil, donde se estableció un Sistema Único de Salud (SUS) al que todos contribuyen, pero donde rápidamente se reprodujo la segmentación del sistema, al crecer aceleradamente una modalidad privada de seguros complementarios, que hoy limita seriamente al sistema público al capturar su talento humano.

En suma, el fin de las Isapres, no debe ser visto como una amenaza para el sector prestador privado, si es que como país tenemos la sabiduría, más allá de nuestras diferencias ideológicas, de colocar toda la oferta disponible en salud a trabajar alineadamente con el bien común.