

Seguimiento de las transformaciones de los sistemas de salud de Chile, después de la reforma del AUGE-GES. Un Análisis del Discurso de los Actores Claves del Sistema Público de Salud en a Región del Bío-Bío en Torno a la Integración Público-privada.

Avances de Investigación.

EQUIPO DOCENTE

- Carla Donoso Orellana , Rut 14.317.057-8, carladonoso@udec.cl
- Cecilia Bustos Ibarra, Rut 12.382.288-9, chilena, cecbustos@udec.cl
- Patricia Huerta San Martín, Rut 13.689.002-6, chilena, pati.huerta@gmail.com
- Jorge Pacheco Jara Rut 15.854.784-8, jorge.pacheco260@gmail.com
- Claudia Castillo Rozas , chilena, ccastill@udec.cl

EQUIPO AYUDANTES

- Catalina Gaete Vásquez, Rut 17.320.474-4, chilena, catalinagaete@udec.cl
- Tamara Martínez Gaete, Rut 17.351.645-2., chilena, tamaramartinez@udec.cl
- Nayadet Muñoz Suarez, Rut 17.613.286-8, chilena, nayadetmunoz@udec.cl
- Victor Pacheco Garrido, Rut 17.541.365-0, chileno, vpacheco@udec.cl
- Paula Pereira Espinoza, Rut 17.862.004-5, chilena paupereira@udec.cl
- Danitza Salinas Gaete, Rut 17.541.797-4, chilena, dsalinas@udec.cl
- Hugo Silva Espinoza, Rut 16.761.696-8 , chileno, hugo.silva.es@gmail.com

En agosto de 2004 es promulgada en Chile una nueva reforma de la Salud, conocida como Plan AUGE o GES la cual garantiza el derecho de la población (asegurada en el sistema público o en el privado) a un conjunto determinado de prestaciones de salud, siempre y cuando respondan a alguna de las hoy en día 69 patologías definidas como prioritarias. Detrás de esta política se busca racionalizar, focalizar y priorizar gastos en salud más que asegurar cobertura comprehensiva y universal.

Esta investigación en curso busca analizar el impacto del plan AUGE-GES en la reorganización estructural del sistema de salud en Chile, en su implementación, en relación a la articulación pública-privada, las características de sus políticas, el financiamiento, la producción de servicios y los resultados de la atención en salud, en términos de satisfacción de necesidades de salud y bienestar social.

En esta presentación se analizan y comparan los discursos de dos conjuntos de actores claves a nivel de la región de Bío-Bío: aquellos que participan en la implementación de las políticas públicas en torno al AUGE-GES a nivel gubernamental y aquellos que representan y defienden los intereses gremiales de los trabajadores/as de la salud en torno a la integración público-privada promovida por el GES. Si bien los primeros se posicionan en defensa de la salud pública en tanto funcionarios estatales, su capacidad de crítica respecto al AUGE-GES es reducida y parece ajustarse a la política “de lo posible”, valorando las nuevas perspectivas de articulación con el sistema privado de salud. Por otro lado, en el caso de los dirigentes gremiales se constata un discurso de defensa de la salud pública, que denuncia el hecho de que el AUGE-GES ha dado lugar a una “privatización encubierta” de la salud. No sólo se trata de visiones opuestas entre sí sino que cada una de ellas da cuenta de vacíos que hacen que el análisis respecto al fenómeno de la privatización de la salud en el contexto AUGE resulte parcial.

1. Descripción General del Plan AUGE-GES

En agosto de 2004 es promulgada en Chile una nueva Reforma de la Salud, conocida como Plan AUGE o GES¹ (Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud, Ley N° 19.966), la cual define, mediante un mecanismo dirigido por el Estado chileno, una planificación especial en procedimientos propios de la salud, entregando a los chilenos afiliados en FONASA e ISAPRES, el derecho a ser atendidos en condiciones que garanticen acceso expedito a una red de salud, calidad de atención y tratamiento, plazos prudentes de atención (lo que en la ley se define como “oportunidad”) y protección financiera en un conjunto determinado de prestaciones de salud, siempre y cuando se relacionen con el padecimiento de alguna de las patologías definidas en la ley.

El GES busca otorgar cuatro garantías: acceso, oportunidad, calidad y financiamiento. Las garantías de acceso, financiamiento y oportunidad implican garantizar siempre una cobertura adecuada para aquellas enfermedades incluidas en el GES. A su vez, la garantía de calidad implicaría un control respecto de la capacidad de cada prestador para resolver adecuadamente las patologías acreditadas. Conforme con lo anterior, el GES estaría creando la cobertura mínima a la cual toda la población tiene acceso y al mismo tiempo estaría eliminando la incertidumbre respecto de la capacidad de los prestadores definidos para resolver los problemas de salud establecidos (Simon, 2007).

La iniciativa de establecer un plan que otorgara garantías explícitas en salud se fundamentó desde la necesidad de racionalizar el gasto en salud, particularmente a través de un mecanismo que permitiera definir de forma informada prioridades en el gasto en salud público en salud. Al mismo tiempo, se argumentó que éste constituiría un mecanismo de regulación de las entidades aseguradoras privadas (ISAPRES) al exigir garantías mínimas de cobertura en sus planes de salud. De acuerdo al ex ministro de Salud Jorge Jiménez “el concepto subyacente detrás de la reforma es lograr una mezcla apropiada de lo público y lo privado para la totalidad del país” (Jiménez, 1993: 730). Desde esta perspectiva el AUGE se constituyó en un intento de corregir las distorsiones generadas por primera reforma neoliberal del sistema sanitario chileno llevada a cabo a inicios de los 80 como parte de las medidas privatizadoras de la dictadura militar.

Cada patología incluida en el AUGE-GES define una serie de condiciones de edad, estado de salud y otros para poder acceder a las garantías de la reforma, detallando a su vez las prestaciones garantizadas y los medicamentos que deben utilizarse en el tratamiento médico. El cumplimiento de las garantías se inicia a partir de la sospecha de una enfermedad o una vez que el diagnóstico haya sido confirmado, en ambos casos bajo el seguimiento de un profesional de la salud perteneciente a la red del AUGE-GES.

La oportunidad en la atención debe atenerse a los plazos definidos por ley para cada enfermedad² y según la condición de gravedad de la persona afectada. La red de atención de prestadores para las enfermedades AUGE-GES está definida por ley, y los usuarios deben dirigirse a FONASA o a la ISAPRE en la que cotizan, entidades que dispondrán a qué establecimiento de salud deben acudir para su atención/tratamiento. Para proteger este derecho, la ley obliga a Fonasa e Isapres a entregar un plan de salud construido en base a estas garantías a todos sus usuarios.

Para todas las enfermedades AUGE-GES existe asistencia financiera. Los beneficiarios de FONASA de los grupos A y B gozan de gratuidad en las atenciones que reciban. Los usuarios de ISAPRES y de los grupos C y D de Fonasa deben cancelar un 10% y 20%, respectivamente del arancel definido para cada prestación, examen y/o medicamento, que esté garantizado en la patología respectiva. También compromete el financiamiento fiscal de este beneficio para personas sin ingresos o indigentes.

¹ Ley 19.966, rescatada el 28/03/2012 en:

<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/73259fba7f91efafe04001011f011215.pdf>

² Garantías de oportunidad en el AUGE, rescatado el 28/03/2012 en:

<http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/1/5637776.pdf>

En caso de que no se cumpla con las garantías acordadas o exista deficiencia en las prestaciones de salud, el afectado puede dirigirse ante la Superintendencia de Salud. Según la ley, los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de cualquier daño por acción u omisión por parte de los prestadores de servicio de la red AUGE-GES, y deben responder ante el poder judicial por su falta.

A partir de las fuentes bibliográficas revisadas se constata la existencia de una serie de críticas al diseño e implementación del plan AUGE, las que abarcan distintos niveles de análisis y de argumentación. Por ejemplo, a un nivel ético se cuestiona desde la filosofía política los principios de exclusión sobre los cuales está diseñado el plan. De acuerdo a Zuñiga (2011) los criterios de racionamiento en materia sanitaria establecidos por el Plan AUGE en Chile, se fundan en máximas de eficiencia que son contrarias a los principios de equidad que debieran sustentar las políticas sanitarias de las sociedades democráticas.

Por otro lado, en un nivel técnico- médico se plantean críticas en torno a las limitaciones que las guías clínicas del GES imponen al ejercicio de la práctica médica. Al respecto, Braghetto (2006) señala que “la exigencia de introducción de guías y protocolos para cada una de las patologías quirúrgicas que el ministerio de salud está impulsando, si bien tiene la gran ventaja de establecer normas de atención y ejecución del estudio y tratamiento de las enfermedades y por ende la contención de los costos, no deja espacio para la introducción de nuevas técnicas y el uso de instrumental de última generación, ni tampoco de flexibilidad frente a la variación que un determinado paciente podría plantear al cirujano”. (Braghetto, 2006: 243). Esta limitación tendría a su vez un componente económico ya que la llamada “paquetización” de las prestaciones que a su vez son licitadas implica el riesgo de “estimular soluciones más baratas sin la incorporación de los mejores materiales, que son más costosos, lo que en definitiva podría no dar lugar a la incorporación de nuevas técnicas que pudieran ser más caras”. (Braghetto, 2006: 244).

En tercer lugar identificamos críticas de orden técnico-económico que buscan evidenciar las limitaciones del plan AUGE en términos de oportunidad y acceso a la atención en salud. Desde esta perspectiva se reconocen avances del Plan AUGE en tanto dispositivo de racionalización y racionamiento de los costos en salud. De acuerdo a Laurell y Herrera (2010) las primeras evaluaciones del MINSAL demuestran que el AUGE ha reducido las listas y tiempos de espera y que se han incrementado las atenciones que anteriormente eran poco accesibles, particularmente para los asegurados subsidiados del FONASA. Sin embargo, a pesar de que las ISAPRES están obligadas a cubrir las patologías GES, sólo prestaron el 5% del total de estas atenciones en 2008. Esto confirmaría, de acuerdo a los autores, que todavía persisten la selección adversa u otros mecanismos para evadir las nuevas responsabilidades por parte de las entidades privadas.

Desde esta postura se reconoce como una limitación persistente que el pago directo o co-pago de prestaciones médicas en un obstáculo que limita el acceso a la atención. En la práctica sigue habiendo un gasto de bolsillo considerable del orden de 30% del gasto total en salud (Laurell y Herrera, 2010).

Por otro lado, a pesar del crecimiento en el gasto de salud, el arreglo institucional con separación de funciones y libre competencia no ha hecho más eficiente los sistemas de salud ni ha contenido los costos (Laurell y Herrera, 2010). De acuerdo a Unge et. al (2008) esto se explica en el hecho de que “las ISAPRES difícilmente contienen los costos y nunca intentaron hacer eso: ellas tienen pocos incentivos para ser compradoras eficientes de servicios de salud para sus clientes. En cambio trabajan duro para ser eficientes en la selección de sus clientes (se les permite rechazar clientes). Su foco está en pacientes de bajo riesgo y alto ingreso con la finalidad de hacer una ganancia. Ellas gastan 10 veces más en administración por miembro y dos veces más en cuidados de la salud por miembro que FONASA, a pesar de que los miembros de las ISAPRES tienen mejor salud y necesitan menos cuidado. Para entregar cuidado, las ISAPRES confían en un X sector privado, reembolsando en base a un

sistema pago-por-servicio, lo que induce a un aumento en la provisión de servicios innecesarios pero que generan ganancias” (Unge, et. Al. 2008; traducción propia).

Es interesante constatar que desde la perspectiva de las Isapres una de las tempranas críticas al GES es que éste no contemplaba aspectos que serían cruciales para el financiamiento del sistema como son la integración del sistema público y privado entendida como la posibilidad de facilitar la movilidad de los individuos asegurados por Fonasa a la atención privada. Al respecto Simon (2007) señala que “entendiendo que el GES demanda recursos adicionales a los utilizados por el sector público con anterioridad a la implantación de dichas garantías, es factible que Fonasa sea liberado de la obligación de utilizar casi exclusivamente los establecimientos públicos para la resolución de patologías GES, aprovechando dichos recursos adicionales –los costos fijos del sector público ya estaban pagados previo a la reforma– para licitar las atenciones GES a cualquier prestador, público o privado, en función de las condiciones ofertadas” (Simon, 2007: 13).

En este mismo ámbito se plantea la necesidad de concesiones hospitalarias lo que “permitiría aumentar la competencia del mercado de los prestadores, mejorando con esto la calidad y la eficiencia de todo el sistema. Asimismo, posibilitaría el aumento de la oferta de tecnología a nivel regional, ya que esta podría ser utilizada por los beneficiarios de los sectores público y privado simultáneamente, haciendo factibles inversiones que actualmente no lo son” (Simon, 2007: 14).

Sin embargo, como hemos constatado en esta investigación, en la práctica las reformas propuestas por las ISAPRES se han ido implementando, especialmente aquellas que apuntan a facilitar la movilidad de los usuarios del sistema público hacia el privado en busca de atención oportuna. En particular, la creación del bono AUGE que permite el financiamiento individual por parte de FONASA de las atenciones asociadas al GES en el sistema privado ha constituido mecanismo que promueve este desplazamiento.

2. Actores claves institucionales y sus visiones

2.1 Consideraciones metodológicas

La implementación del GES no sólo ha implicado cambios en la organización estructural del sistema público en su alta dirección, sino que también ha implicado la reestructuración de todo el sistema a lo largo del país, incluyendo el nivel regional/provincial. En este artículo, sin pretender otorgar una descripción pormenorizada de estos cambios, nos centraremos en analizar la perspectiva de lo que hemos denominado actores claves del sistema público de salud, en particular, su visión respecto a la articulación de los sistemas público y privado llevada a cabo como resultado de la implementación del GES. En el proceso de investigación hemos identificado al menos tres mecanismos de articulación relevantes: la compra de servicios desde el sistema público al privado a través del establecimiento de “convenios marco”; la emisión de bonos AUGE a través de Fonasa que permiten el financiamiento de una prestación individual de un usuario que se encuentra con una garantía en riesgo de incumplimiento o vencida y la compra directa de servicios desde un establecimiento.

Si bien esta investigación considera una recolección de información más amplia, en este artículo se considera el material generado a partir de la realización de 16 entrevistas semiestructuradas a actores claves de las siguientes instituciones: SEREMI de Salud Bío-bío (2 entrevistas a personal directivo y técnico), Fonasa (3 entrevistas a personal directivo y técnico), Servicio de Salud de Talcahuano (3 entrevistas a personal directivo y técnico), Hospital Higuera de Talcahuano, (3 entrevistas a personal directivo y técnico), FENATS (una entrevista a dirigente regional), Fenpruss (2 entrevistas a dirigentas de Talcahuano), Confusam (1 entrevista a dirigente Concepción) y Colegio Médico (una entrevista a representante de la directiva regional).

Respecto al análisis llevado a cabo, concordamos con Orlandi (1999) en que el análisis de discurso parte de la idea de que la materialidad específica de la ideología es el discurso y la materialidad específica del discurso es la lengua, por lo que esta forma de análisis trabaja la relación lengua-discurso-ideología. Esa relación se complementa con el hecho de que no hay discurso sin sujeto y no hay sujeto sin ideología. Así el discurso es el lugar en el que se puede observar esa relación entre lengua e ideología comprendiéndose cómo la lengua produce sentidos por y para los sujetos.

Respecto a las bases teóricas de este tipo de análisis, Orlandi señala que “interroga a la lingüística por la historicidad que deja de lado, cuestiona al materialismo preguntando por lo simbólico y se desmarca del psicoanálisis por el como, considerando la historicidad, trabaja la ideología como materialidad relacionada al inconsciente sin ser absorbida por él” (Orlandi, 1999: 20, traducción propia). Así, el análisis de discurso trabaja en la confluencia de esos campos de conocimiento irrumpiendo en sus fronteras y produciendo un nuevo recorte disciplinas que constituye un nuevo objeto de va a afectar esas formas de conocimiento en su conjunto: el discurso.

Respecto a la relación entre discurso e ideología, siguiendo a Van Dijk (1996) entendemos que las ideologías constituyen sistemas que organizan las cogniciones sociopolíticas de los grupos sociales y ordenan sus actitudes que consisten en opiniones generales organizadas esquemáticamente acerca de temas sociales relevantes. Las ideologías pueden reducirse o identificarse en una serie de proposiciones axiomáticas. Un aspecto del análisis propuesto por Van Dijk que resulta relevante para nuestra investigación es el hecho de que un individuo puede pertenecer a diversos grupos sociales y por lo tanto tener ideologías contrapuestas, lo que derivará en negociaciones estratégicas para sobrellevar sus distintas filiaciones.

2.2 Presentación de resultados

a) Perspectiva de Fonasa:

Fonasa es la institución que da cuenta de los mayores cambios en sus funciones en relación a la implementación del GES. En particular, su función como asegurador de las prestaciones de salud en el sistema público y en valorizar el costo de dichas prestaciones (fijando parámetros que rigen también el comportamiento en cuanto a protección financiera de las Isapres), le ha otorgado un rol central en proceso de implementación del Ges.

En cuanto a los principios que estructuran el GES, desde el discurso de Fonasa esto se percibe como un proceso de transformación progresiva, que permite llevar a cabo un proceso gradual de aseguramiento universal del derecho a la salud cuando no se cuentan con los recursos económicos para financiar simultáneamente las necesidades de salud de toda la población. Asimismo, desde esta posición se considera positiva la integración público-privada, que no descansa exclusivamente en los recursos públicos sino que considera el aporte individual que hacen y pueden hacer los afiliados al sistema.

“Yo creo que por qué limitarse las opciones que fue lo que nosotros tratamos las administraciones anteriores, entre una salud pública estatal completa y todo lo demás yo creo que no está uno para eso hoy en día, ni en términos de financiamiento porque falta mucha plata pero tampoco en términos de gestión, yo creo que es mejor ir progresivo como se ha venido haciendo, generando de esa manera consultorios, CESFAM, mejorar los hospitales, pero al mismo tiempo tienes la plata de FONASA que viene de una plata pública, es como tener una ISAPRE chiquitita adentro, por los tramos y a través de la libre elección” .

De esta manera, la concepción actual del quehacer de Fonasa se contrasta con “un antes” [las administraciones anteriores] que planteaban un proyecto de carácter estatizante [una salud pública estatal completa] algo que no se considera actual y apropiado [uno no está para eso hoy en día]. Respecto a la imposibilidad de implementar este proyecto de una salud pública estatal completa, se plantean dos obstáculos: la dificultad de financiar semejante proyecto y las dificultades de gestión. De este modo, se considera que lo privado en sí mismo es positivo ya que implica la inyección de nuevos recursos y la eficiencia en la gestión. A este respecto, el aporte que hacen los usuarios de los tramos C y D en Fonasa se consideran como “una isapre chiquitita” lo que sería algo positivo.

Otro aspecto en que lo privado aparece valorado positivamente, guarda relación con la implementación de un modelo de gestión inspirado en el sistema privado, o que le daría una mayor eficiencia al sistema:

“los que estamos a cargo tenemos que hacer uso de absolutamente todas las herramientas de gestión privada o sea no veo porque una tenga que autocensurarse en ninguno de estos sentidos”.

En relación al traspaso de recursos del sistema público al privado (a través de los convenios marco para la contratación de prestaciones de salud en el sistema privado y los llamados bonos AUGE que permiten la atención privada individual de un usuario adscrito al sistema público y cuya garantía de atención está en riesgo de ser incumplida) esto tiende a ser minimizado por Fonasa. En ese sentido, se sostiene que los recursos estatales siguen invirtiéndose sustancialmente en el sistema público. Se plantea que se trata de una relación de complementariedad lo que se opondría a otra visión de “competencia” entre ambos sectores.

“No digamos que acá la salud se privatiza, no es eso, es una complementariedad y nosotros le hemos dicho muchas veces cuando uno va a llevar la suma el presupuesto que se invierte en esto es absolutamente marginal en relación al financiamiento que se entrega a los servicios de salud”.

b) Secretaría Regional Ministerial de Salud

En el caso de la SEREMI de Salud, se constata que los mayores cambios se identifican en el ámbito de la estructura y distribución de funciones como resultado de la Reforma de la Salud, en términos más amplios. De esta manera, el énfasis en el discurso se encuentra en otras materias tales como la pérdida de atribuciones de la Seremi en su rol de coordinación de redes asistenciales. Con todo, también encontramos en este caso la idea de que la compra de servicios al sistema privado constituye una necesidad impuesta por la urgencia de dar respuesta a la demanda, lo que no sería comprendido por “los gremios” que elaboran un “reclamo” a partir de esta situación.

“se da la paradoja que los gremios hoy día reclaman que se trata de privatizar la salud cuando nosotros por ley tenemos que dar respuesta a la demanda y tenemos que comprar servicios”.

c) Hospital Higuera

En el caso estudiado del Hospital Higuera encontramos también una visión que tiende a enfatizar la complementariedad entre el sistema público y el privado. Se señala por ejemplo que existe una complementación frente a la falta de camas para la hospitalización.

“Nosotros no hemos estado complementado en lo que tienen que ver con camas por ejemplo, con camas críticas, que siempre- el gran bien o la gran falta, el gran bien que falta en lo público y en lo privado también es la cama, el recurso cama hoy día

es escaso y es el gran problema de la salud hoy día.... Y es por eso que generamos una complementación muy grande”.

Desde la perspectiva de los actores de esta institución, la compra de servicios al sistema privado es algo que se justifica desde una cierta racionalidad económica, ya que, por ejemplo, no resulta conveniente comprar insumos para procedimientos de exámenes que no van a ser cabalmente utilizados:

“nosotros compramos hartos, compramos camas críticas, compramos laboratorio muchas veces, y el laboratorio se compra a veces por una razón de economía, por ejemplo, yo para hacer algunos exámenes en el hospital que yo- seguramente se hacen 1, 2 o 3 exámenes al mes debo comprar un *kit* de reactivos que te cuesta carísimo y resulta que para hacer 3 exámenes, resulta que los *kit* vienen con 80, 100, 150 determinaciones por lo tanto un *kit* se te va a vencer de aquí a cuando hagas todos los exámenes que puedas, entonces ahí no te conviene hacer el exámenes de conviene comprarlo, compramos 1 o 2 exámenes al mes. Cómpraselo a la católica o cómpraselo a quien lo pueda hacer y punto, no te metas en eso. Solucionas el problema, andas más rápido, y no distraes recursos en un pasivo que no vas a ocupar nunca”.

Al mismo tiempo, la figura del hospital autogestionado ha permitido generar “centros de negocios” en los cuales el hospital puede captar más recursos arrendando sus instalaciones para la realización de cirugías y otros procedimientos complejos. Esto se considera que constituye un complemento al presupuesto y por lo tanto es algo que se hace “por el bien” del hospital ya que estos recursos pueden ser utilizados en los beneficiarios “legales” del sistema.

“por ejemplo algunos centros de negocios del hospital que uno puede ir haciendo, si en un hospital como este tu puedes hacer cosas después de las 5 de la tarde, por ejemplo con médicos que quieran operar, después de las 5 de la tarde o quieran hacer exámenes después de las 5 de la tarde, si tú tienes una tremenda infraestructura y un tremendo equipamiento porque no utilizarlo por el bien del hospital- porque al final, en la media que hospital funcione y funcione bien y tiene más recursos podemos atender mejor a la gente que son beneficiarios legales del hospital. Entonces yo no tengo ningún problema con hacer prestación de servicios aquí en el hospital, a quien quiera, medico trabajar después de las 5 de la tarde a privados, perfecto y lo hacemos, yo no tengo ningún problema siempre y cuando el hospital cobre lo que tienen que cobrar. Esas son cosas en las cuales creo que hemos avanzado mucho”.

Al mismo tiempo la sospecha que este tipo de medidas pueda despertar en ciertos actores es descartada, por considerarse que aquellos que critican este tipo de medidas están equivocados en su apreciación o tienen una apreciación poco pragmática [tienen pajaritos en la cabeza] de la realidad:

“... y siempre hay gente que ve cosas raras en eso, hay gente que tiene pajaritos en la cabeza, cree que eso no es posible, yo no tengo ningún problema con eso”.

d) Servicio de Salud Talcahuano

En el caso del Servicio de Salud de Talcahuano también encontramos que los discursos tienden a centrarse en otros aspectos de la implementación del AUGE, especialmente en lo que se refiere a la mejora de los procesos administrativos y a la coordinación de la red asistencial. Con todo, también encontramos en este caso el planteamiento de que la compra de servicios al sistema privado constituye una necesidad para dar cumplimiento a las garantías del GES. Aunque se plantea como una situación deseable que esos recursos se invirtieran en el sistema público, eso es algo que no resulta viable, “no es tan fácil”, por lo que a partir de una suerte de cálculo económico se llega a la conclusión de que es más conveniente comprar dichos servicios.

“ha debido existir una relación público-privado debido a que nosotros no hemos tenido la capacidad para dar cumplimiento a las garantías y por lo tanto se ha tenido que recurrir a la compra de servicios. Entonces claro ahí también a uno le duele y dice que es plata pública que la pagamos, podríamos esa misma plata invertirla y utilizarla y dar nosotros mismos la respuesta pero no es tan fácil, todo eso requiere mayores estudios, porque en realidad si es un razonador x y tenemos uno pero necesitamos más y necesitamos recursos humanos y esto y esto entonces al final sumando y restando puede ser mejor comprarlo”.

e) La perspectiva de los Gremios de la salud

En general, desde el punto de vista de los gremios, se considera que la compra de servicios al sistema privado es un impedimento para reorganizar y fortalecer el desarrollo del sistema de salud pública; considerando que su infraestructura es insuficiente en relación a las demandas de salud de la población la inversión debiera estar orientada a su desarrollo. Lo anterior se visualiza como una estrategia política con la finalidad de desvalorizar la atención otorgada por Sistema público, y posicionar como indispensable los servicios que otorga el sistema privado de salud.

Una excepción a esta visión la constituye el Colegio Médico, que plantea que la compra de servicios al sector privado constituye una estrategia que ayuda a dar solución y cumplir con los plazos establecidos dentro del AUGE – GES, considerando la insuficiencia y deficiencia de la infraestructura del sistema público, no significando la futura privatización de la salud. Así se plantea que la compra de servicios constituye una estrategia para poder cumplir y “resolver el problema” de la falta de oportunidad en la atención, se trata de una situación coyuntural [transitoria] en la que hay que actuar rápidamente:

“se ha dicho que esto podría llegar a significar una privatización de la salud, nosotros no lo vemos así, nosotros vemos que aquí lo importante es resolverle el problema a la gente y esa es una manera en que efectivamente se está resolviendo el problema, yo en lo personal no creo que esto vaya hacia la privatización de la salud, es una situación coyuntural en que hay que resolver el problema y la manera de resolverlo hoy día es esa” (Representante Colegio Médico).

Desde la perspectiva de este actor, se trata de observar esta realidad con “buenas intenciones” para visualizar sus beneficios, se trata de una relación de intercambio, en la cual hay un beneficio mutuo que ha llevado a un “buen funcionamiento”. Sin embargo, desde su perspectiva, los problemas de integración radican al interior de la propia red pública.

“ yo creo que hay una mucho mayor integración público-privada, cosa que si uno lo mira bienintencionadamente es bueno que así sea, yo creo que fundamentalmente esos son los cambios, las cosas más importantes digamos, claro en la relaciones entra más

las instituciones de salud, ahora como le decía yo creo que ha habido mayor relación, hay mayor intercambio, la red público-privada ha funcionado mejor, lo que si se echa de menos es que funcione mucho mejor la red pública, aquí no hay integración entre consultorios y hospitales grandes, no hay mayor integración entre distintos servicios de salud”

Sin embargo, desde la perspectiva de la mayoría los otros gremios, el GES se entiende como un fortalecimiento del sistema público en desmedro del sistema público, como lo señala un dirigente de la FENATS:

“Evidentemente lo único que se ha hecho es profundizar y fortalecer el sistema privado sobre el público a pesar de reconocer las inversiones que distintos gobiernos han hecho, porque eso es evidente, hay mucho más dinero que se ha puesto en el sistema público, hay construcciones, pero sin embargo hay otras puertas abiertas que se abrieron en temas tan delicados”

Asimismo, se plantea que el GES ha implicado el desvío de recursos que deberían haber sido utilizados para fortalecer el sistema público, hacia el sistema privado. Así, se transformó el sistema de salud en un “sistema mixto”.

“en el fondo, financiamiento que debió de haber sido público y que debió acrecentar y aumentar en tecnología, en personal, en asistencia, netamente lo público se nos transformó en mixto y en esta transformación en mixto se están generando y se están yendo muchos capitales del Estado hacia los privados, en compra de servicios en atención a usuarios públicos en las instancias privadas y una de las formas ha sido el AUGE, en la cual sin los servicios públicos no hay forma de resolverle su problema se compran servicios al privado y eso creo que ha sido un gran error, pero estamos en una sociedad neoliberal en la cual es muy difícil rearticular y reorganizar y fortalecer la salud pública” (FENPRUSS)

A juicio de una dirigente de la CONFUSAM se trata de un manejo político, una manipulación orientada a desvalorizar en términos simbólicos a la salud pública en beneficio de las prestaciones privadas:

“Pienso que es un manejo político, esto es bien personal, pienso que es un manejo político, y que el gobierno de Chile lo hace para que la masa de Chile sienta que la salud pública no vale nada y que sienta erróneamente que las prestaciones privadas son las mejores, tengo la sensación de que el hecho de que no existan a nivel de la salud pública ciertos recursos para hacer ciertos procedimientos, igual es un manejo, para que nos veamos obligados a mandarlos a la parte privada, para que nuestros pacientes vayan a la parte privada, para que ellos gasten el dinero allá y no acá” .

3. Discusión Preliminar de Resultados

El análisis preliminar de resultados da cuenta de la existencia de discursos contrapuestos respecto a la articulación del sistema público y privado de la salud como resultado de la implementación del GES. Por una parte, encontramos en general en los actores de las instituciones del Estado una actitud favorable hacia esta articulación la que se califica como “complementariedad”, “integración” o

“intercambio”. Esta postura en general aparece justificada a partir de argumentos políticos, técnicos y económicos. Así, se justifica por ejemplo que esta articulación obedece a una suerte política de lo posible, en la cual resulta impensable una reforma profunda al sistema público de salud dada la envergadura de recursos y capacidad técnica que ello implicaría. Asimismo, se considera que dado que los recursos técnicos se encuentran más fácilmente disponibles en el sistema privado es más conveniente recurrir a este ámbito para dar respuesta a la demanda de salud en el sistema público. También se argumenta que ello implicaría una cierta racionalidad económica, al resultar más conveniente (barato) comprar los servicios externamente que realizar inversiones en el propio sistema. Esta concepción se justifica en una visión de lo privado como “eficiente” y con “buena gestión”. Así, se plantea que el ideal del sistema público sería replicar los modelos de gestión y eficiencia propios del ámbito privado. Esto se asocia a resultados rápidos y satisfactorios en salud, que dejarían conformes a los/as usuarios/as. En este sub-campo discursivo, se considera que la idea de una salud pública estatal es algo “del pasado”, un modelo de antes que no daría respuesta a la situación actual del país.

Dentro de esta posición hay actores que plantean que esta forma de articulación constituye una situación momentánea o transitoria, una forma de dar respuesta a la “contingencia” que impone la presión de cumplir con las garantías de atención oportuna del GES. Sin embargo, desde esta perspectiva no se plantean cambios estructurales que apunten a subsanar esta situación en el futuro.

Por otro lado, encontramos en el caso de los/as dirigentes gremiales un discurso en favor de la salud pública que se plantea críticamente en relación a la articulación público-privada y que considera al GES como un intento sistemático de desmontaje del sistema público de salud. De esta manera, la compra de servicios al sistema privado constituiría una estrategia para traspasar recursos a este último en desmedro del fortalecimiento de los servicios públicos. Así, este proceso se asocia a la “destrucción” y “desarticulación” del sistema público en beneficio del lucro y el enriquecimiento de los privados. Una excepción al respecto la constituye la voz del Colegio Médico, que parece no compartir cabalmente la ideología de la salud pública estatal y que se posiciona de manera menos cómoda en el ámbito de la salud pública, planteando también una valoración positiva del sistema privado de salud.

Consideramos que estos primeros hallazgos deben ser profundizados y organizados más esquemáticamente a fin de dar cuenta de toda la complejidad de estos discursos y de las condiciones de producción que los sustentan. Asimismo, nos queda pendiente la tarea de vincular estos resultados a las otras dimensiones exploradas en esta investigación como son los cambios organizacionales y estructurales en el sistema público de salud y en las condiciones de producción del trabajo médico, así como el impacto del GES en los resultados de atención en salud desde la perspectiva de los actores involucrados.

Referencias citadas:

Braguetto, I. (2006) “Posibles Impactos de la Reforma de Salud en la Práctica Quirúrgica”. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 58 - Nº 4, Agosto 2006; págs. 243-244

Jimenez, J. (1993). “Re-Establishing Health Care In Chile”. Author(s): Jorge Jiménez Reviewed work(s): Source: BMJ: British Medical Journal, Vol. 307, No. 6906 (Sep. 18, 1993), pp. 729-730.

Laurell, A. y J. Herrera (2010) “Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios”. Salud Colectiva, Buenos Aires, 6(2):137-148, Mayo - Agosto.

Orlandi, E. (1999) Análise de Discurso. Princípios e Procedimentos. Pontes: Sao Paulo.

Simon, G. (2007) “Avances de la reforma de salud desde la perspectiva de las Isapres”. Documentos de Trabajo En Foco. Fundación Expansiva.

Unger J-P, De Paepe P, Cantuarias GS, Herrera OA (2008) “Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique”. PLoS Med 5(4): e79. doi:10.1371/journal.pmed.0050079

Van Dijk, T. (1996) “Análisis del Discurso Ideológico”. Versión No. 6; Octubre/1996. Págs. 15-43

Zuñiga, A. (2011) “Justicia y racionamiento sanitario en el Plan AUGE: dilemas bioéticos asociados a la distribución de recursos escasos”. Acta Bioethica 2011; 17 (1): 73-84.