

# **La política de salud y el sistema público de salud post AUGE/GES y otras reformas.**

Avance de investigación en curso

GT 19 Sistemas de salud y seguridad social.

Carolina Tetelboin  
Universidad Autónoma Metropolitana, México

Fabián Moraga  
Universidad de Valparaíso.

## **Resumen:**

El trabajo, parte de una investigación mayor, busca caracterizar el sistema público de salud después de la aplicación del AUGE/GES en 3 regiones del país de Chile, a nivel de servicios de salud y de atención primaria. Se maneja la hipótesis que el AUGE/GES es una reforma, no obstante el discurso oficial, que profundiza el sentido privatizador del sistema. En tal sentido es importante dar cuenta de la situación del sistema público. En esta parte se entregan los resultados de una revisión de los debates sobre el sistema de salud en dos medios de prensa, El Mercurio y La Tercera. Es una investigación cualitativa, que en este caso entrega el análisis del discurso de las posiciones en torno a los ejes en debate, no obstante la restricción de estos medios a la participación de un abanico más amplio de actores; su importancia radica en la necesidad de recuperar el punto de vista de los actores hegemónicos durante el actual gobierno de derecha, el contenido de los temas, debates y argumentos que justifican la defensa de un sistema privado ISAPRE insostenible en condiciones democráticas.

**Palabras clave:** reforma AUGE/GES, sistema de salud, privatización

## **Introducción.**

Llama la atención la contradicción entre los procesos reales como el acceso a los servicios de salud de la población y la distribución del financiamiento, respecto de las representaciones que se derivan de los debates de la prensa en torno al sistema de salud chileno. La presente ponencia se propone mostrar las características de debate que representa los intereses políticos hegemónicos, desde el inicio del gobierno de Piñera hasta la mitad de 2012. El objetivo es conocer quiénes discuten, qué discuten, y cómo fundamentan la defensa de sus intereses a través de estos medios. Los ejes fundamentales que se recuperan en esta ponencia son: El debate sobre la “Ley Larga” y la “Ley Corta”; las posiciones y discursos respecto sobre las utilidades de las ISAPRE; El sistema público de salud y de la atención hospitalaria en Chile; Lista de espera y el nuevo bono AUGE en el sistema de salud chileno.

La hipótesis es que estamos frente a un sistema profundamente desigual que sólo ha sido posible en condiciones de un debate democrático limitado. Lo que interesa es reconstruir el imaginario del grupo en el poder y en salud por este medio, en la medida que son importantes productores de opinión pública.

El material presentado a continuación debió ser recortado para su presentación en las modalidades del congreso.

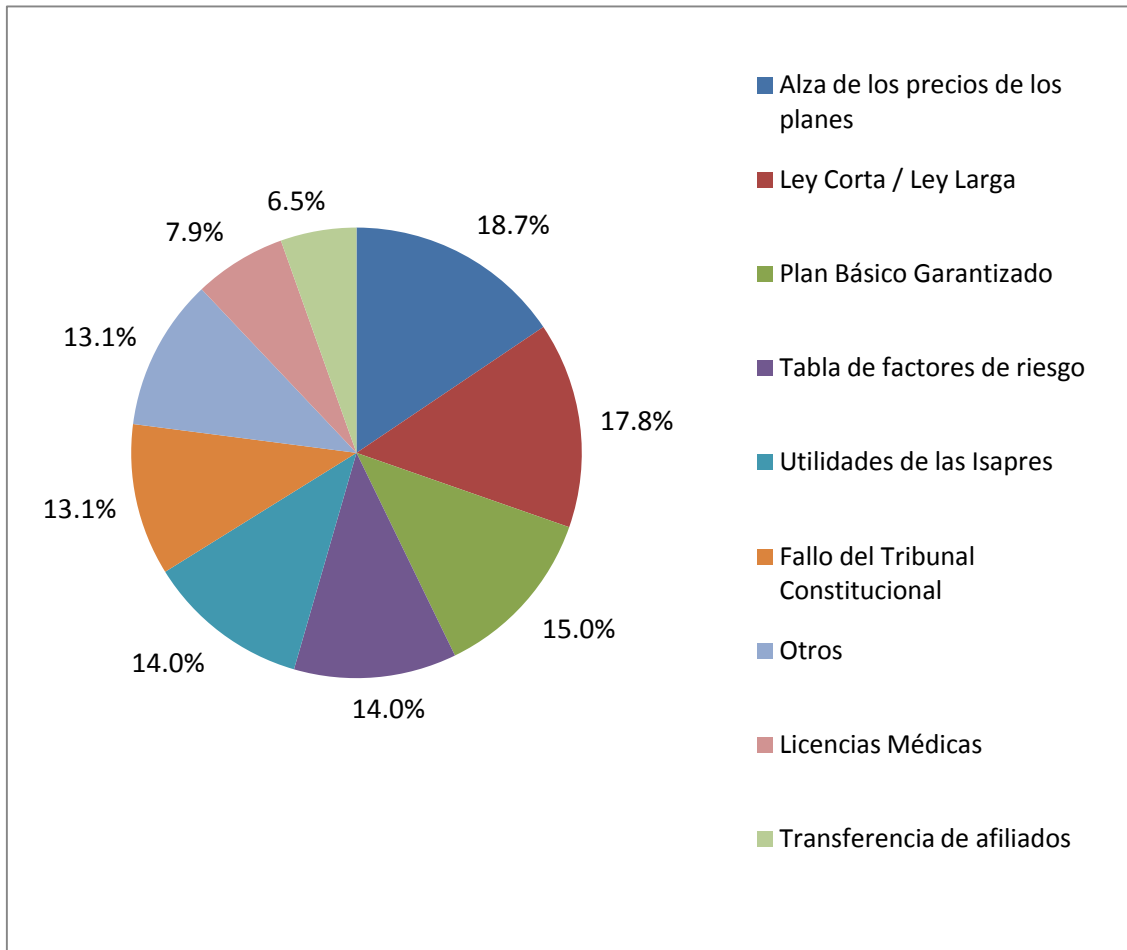
## La información de la prensa en torno a los debates en torno al sistema de salud.

A continuación se entrega un primer avance de la revisión de la prensa realizada en el periódico El Mercurio y La Segunda donde se seleccionaron 316 notas de prensa según el criterio de corresponder al debate sobre la política de salud y el sistema de salud. El 82.6% de las notas seleccionadas correspondieron al primer medio, y el 17.4% al segundo. La revisión abarcó de mediados de 2010, hasta mediados de 2012, periodo del gobierno de derecha de Piñera. La temporalidad se definió para actualizar la información sobre los actores que debaten con sentido de influencia institucional y por lo tanto con peso social a ese nivel, y los temas de preocupación. Así, de las 316 notas seleccionadas, 20.9% son de 2010, 55.7% de 2011 y 20.9% de 2012. Llama la atención que de las 316 notas encontradas sobre el sistema de salud, el 67.7% fueron sobre ISAPRES, Y EL 32.3% sobre el sistema público.

### Cuadro 1: Actores que debaten en los medios seleccionados (Categorías superiores al 6% del total)

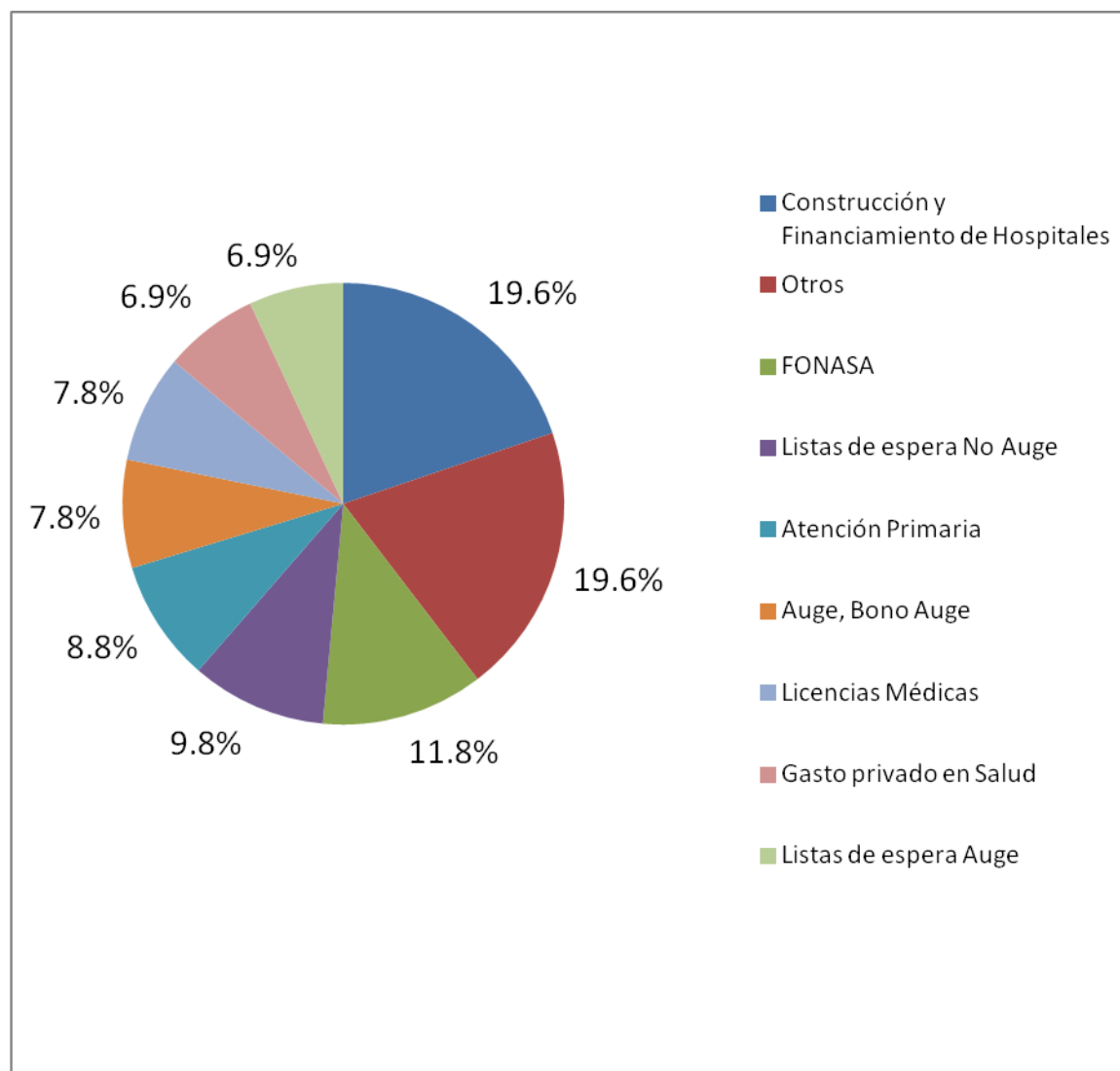
Jaime Mañalich. Ministro de Salud	23,8
Otros	15,2
Hernán Doren. Presidente de la Asociación de Isapres de Chile	13,4
Rafael Caviedes. Director Ejecutivo de la Asociación de Isapres	9,1
Mikel Uriarte. Director de FONASA	9,1
Luis Romero. Superintendente de Salud	7,9
Diputados y Senadores	7,9
Luis Castillo. Subsecretario de Redes Asistenciales	6,1
Académicos	5,5
Directivos y Gerente de Isapres	4,9
Usuarios	3,7
Manuel Inostroza. Ex Superintendente de Salud	3,0
Pablo Rodríguez. Ex Presidente del Colegio Médico	3,0
Enrique Paris. Presidente del Colegio Médico	2,4
Miembros de la Comisión de Salud	2,4
Directivos Compañías de Seguros	1,8
Sebastián Piñera	1,2
Victoria Beamont. Consultora Altura Managment	1,2
Héctor Sánchez. Ex Superintendente de Salud	1,2
Fallo del Tribunal Constitucional	1,2
Eduardo Aninat. Ex Presidente de la Asociación de Isapres	0,6
Lector	0,6
Pablo Longueira. Ministro de Economía	0,6
Evelyn Matthei	0,6

**Gráfico 1: Principales temas encontrados en el eje “ISAPREs”  
(Categorías con porcentajes superiores al 6%)**



Calculado sobre 214 casos

**Gráfico 2: Principales temas encontrados en el eje “Sistema Público”  
(Categorías con porcentajes superiores al 6%)**



Calculado sobre 102 casos

### El debate sobre la “Ley Larga” y la “Ley Corta”

Un hecho que ha tenido importantes repercusiones en la organización del sistema de salud chileno ha sido la sentencia del Tribunal Constitucional que a mediados del año 2010 objetó el artículo 38 de la Ley de ISAPREs relativo a la aplicación de la tabla de factores de riesgo como mecanismo determinante de los precios que las instituciones privadas aplicaban a sus afiliados. De allí que el ejecutivo se viera ante la necesidad de legislar al respecto con la finalidad de solucionar los requerimientos planteados en el fallo. La discusión acerca de los dispositivos que reemplazarían la clásica tabla de riesgo según sexo y edad ha derivado en planteamientos que tienden a la reestructuración no sólo del sistema privado, sino también de las relaciones establecidas con el sector público. Dicha discusión se ha venido estructurando desde lineamientos que dan cuenta de las posiciones de poder ocupadas por los actores sociales que conforman el sistema de salud, y que han influido en los cursos de acción que seguirá teniendo la política pública.

En una primera instancia, el proyecto que fue discutido en el parlamento ha sido denominado "Ley Corta de ISAPREs" y contemplaba la creación del llamado "IPC" de la salud, instrumento técnico-económico encargado de "regular" las alzas de los precios en los planes de las ISAPREs, a través de la evaluación de los costos de la salud en el país. Sería una referencia tanto para las aseguradoras privadas como para los cotizantes, que tendrían la opción de comparar las diferencias entre el valor porcentual del alza de su respectivo plan con el indicado por el IPC. Así, éste instrumento es visualizado por el gobierno como una forma de ordenar las finanzas del sistema privado. "El IPC será informado por el Instituto Nacional de Estadísticas. De acuerdo a eso las aseguradoras van a ajustar el precio de sus planes de salud, también el valor del Plan Garantizado de Salud, y podrán calcular el monto de dinero a reservar para el uso de licencias médicas" (Jaime Mañalich. Ministro de Salud. El Mercurio, 14 de diciembre de 2011). En tal sentido, el supuesto que subyace a esta concepción del IPC es la valoración de la "eficiencia" en el manejo de los recursos económicos a través de la contabilización y cuantificación de los gastos y de los ingresos que tienen las ISAPREs.

De aquí la gran repercusión mediática que han tenido en este periodo las utilidades de estas instituciones, cuestión que aparece en el discurso de una parte importante de la élite política como un elemento cuestionable del sistema privado de salud, ligándolo a la usura y al aprovechamiento: "Tal como la mayoría del país está en contra del lucro en la educación, porque no es lógico ni ético que se esté obteniendo ganancias con un derecho fundamental de los chilenos, también creemos que no podemos permitir que se siga lucrando con la salud, ni menos obteniendo ganancias de más de \$ 45 mil millones, como obtuvieron las ISAPREs durante el primer semestre de este año" (Gabriel Ascencio. Diputado DC. La Segunda, 8 de septiembre de 2011).

En tanto, el poder ejecutivo ha respaldado la legalidad de las utilidades de las ISAPREs como una forma de impulsar la tramitación del proyecto de Ley discutido en el congreso nacional: "Estas ganancias no son ilegales; están sujetas al marco legal vigente, y es por eso que estamos muy apurados en que el Parlamento sancione favorablemente la ley que reforma el sistema de financiamiento al sistema de salud privado" (Jaime Mañalich. Ministro de Salud. La Segunda, 20 de diciembre de 2011). En expresiones como éstas se tiende a particularizar la discusión legislativa sólo en las escandalosas ganancias, minimizando temáticas de urgente solución tal como la mayor inversión en la salud pública, que es en donde se atiende la mayor parte de la población nacional.

Por otro lado, se alude a la tecnificación del saber experto dentro de la salud como una forma de revalidar la actuación de los privados, sin asumir la responsabilidad política que le compete a las autoridades respectivas en cuanto a establecer los lineamientos que rigen las problemáticas ciudadanas "Estamos dentro de lo razonable. A nosotros nos hubiese gustado obviamente dar una mejor noticia, yo creo que para el gobierno cualquier alza de precio es una mala noticia, pero en este mercado tan especial hay que ponerse razonables y ver qué es lo técnico y lo técnico ahora es ese monto (2,15%) y que sin ser obligatorio ha sido tomado y valorizado por las ISAPREs" (Luis Romero. Superintendente de Salud. La Segunda, 31 de marzo de 2012). Esta postura no es exclusiva de las temáticas de salud, y parece más bien ser la tendencia general en la que se han venido desarrollando las políticas públicas desde la década de los 90s. Ello implica la atribución de un alto grado de poder a las decisiones fundadas sobre saberes técnicos, excluyendo la capacidad de agencia de la sociedad civil y de la propia élite gobernante.

Ante esto, los argumentos esgrimidos por los representantes de las ISAPREs tienden a desconocer la magnitud de sus ganancias, amparándolas en los supuestos progresos a los que han contribuido los privados en la salud: "El promedio de rentabilidad de las ISAPREs, por mucho que se ha hecho todo un festín mediático de esta situación, es del 3% y eso es muy inferior a cualquier sistema económico con el que se quiera comparar... existe una especie de satanización bastante injusta para el alcance que ha servido para la salud el sistema ISAPREs para este país" (Hernán Doren. Presidente de la Asociación de ISAPREs. La Segunda, 14 de septiembre de 2011).

"Si (las ganancias) son excesivas o no, depende de quién lo juzgue. Para que ustedes sepan, la utilidad por beneficiario al mes es de \$1.826 (...), estamos logrando legítimo lucro, legítimas ganancias y si es mucho o poco, será análisis de cada cual" (Hernán Doren. Presidente de la Asociación de ISAPREs. *EL Mercurio*, 20 de diciembre de 2011).

Al interior del debate producido en el Congreso nacional se han expresado la multiplicidad de posturas al respecto, obstaculizándose la aprobación del proyecto original enviado por el Gobierno, que se ha visto en la obligación de incluir las indicaciones referidas a la creación de un plan estandarizado de salud para todos los cotizantes de las ISAPREs. Ello ha ampliado la discusión hacia variados temas, especialmente referidos al financiamiento de tal plan, al costo que ello tendría para los afiliados, a las mayores o menores diferencias entre cada uno de ellos, así como los posibles tránsitos de afiliados entre el sistema público y el sistema privado.

"El gran temor que existe es que se solidaricen los aportes de los cotizantes y no se pongan los aportes del Estado. Esto nos llevaría al peor de los escenarios, porque desaparecería la cobertura extra, la posibilidad de una mejor protección para las personas que pueden pagarla y sin recursos para cubrirlos. El camino al infierno está plagado de buenas intenciones" (Hernán Doren. Presidente de la Asociación de ISAPREs. *El Mercurio*, 27 de diciembre de 2010).

Para el gremio de médicos chilenos: "La solidaridad es un valor que nosotros debemos rescatar en la sociedad actual. Y no que cada uno en salud se arregle de acuerdo a los medios que tiene: el que tiene plata resuelve sus problemas de salud, y el que no la tiene, que se muera. Ese es un valor esencial" (Pablo Rodríguez. Ex Presidente del Colegio Médico. *El mercurio*, 28 de diciembre de 2010).

En referencia a los precios que tendrá el plan garantizado de salud, se ha vuelto a la discusión en torno a los costos que ello implicaría para los cotizantes: "Necesitamos que el precio que se establezca para el plan sea libre y competitivo. Que cada ISAPRE lo pueda definir para así generar competencia por los afiliados" (Rafael Caviedes. Director Ejecutivo de la Asociación de ISAPREs. *El Mercurio*, 17 de septiembre de 2011). Tal perspectiva es compartida por uno de los miembros de la Comisión de Salud que ha conformado el Gobierno, para quien: "El tener un plan garantizado incrementa la competencia entre ISAPREs, y eso lleva a pensar que el precio que vamos a tener por este plan garantizado va a estar alineado con los costos, gracias a la mayor competencia" (José Tomás Morel. Miembro de la Comisión para el financiamiento del Sistema de Salud. *El Mercurio*, 7 de octubre de 2011). En este contexto, el eje de la discusión se ha volcado a determinar la especificidad que asume el riesgo en salud para cada persona, remitiéndose reiteradamente al establecimiento de los valores de los planes en base a la discriminación por sexo/edad: "Se está aplanando la tabla. Para algunos va a traer beneficios y para otros va a significar mayores costos. Eso es inevitable. Si se quiere que las mujeres o la tercera edad paguen menos, alguien tiene que pagar más" (Hernán Doren. Presidente de la Asociación de ISAPREs. *El Mercurio*, 13 de noviembre de 2010). A ello debe agregarse nuevamente la asociación de los costos en salud exclusivamente a nivel individual: "Cada uno paga el precio del seguro. Si a ti te ocurre un problema de salud, mi cotización ayudará a pagarla, pero no pueden obligarme a tener que cubrir tu prima para que puedas estar asegurado" (Rafael Caviedes. Director Ejecutivo de la Asociación de ISAPREs. *El Mercurio*, 17 de septiembre de 2011).

En este punto, el gobierno se ha manifestado a favor de la estandarización del precio del plan garantizado: "Lo que está en juego es una mirada de más largo plazo, porque si bien es cierto que una persona joven sin cargas familiares podría, después de legitimada esta ley, terminar pagando más de lo que paga hoy por su plan de salud, también es cierto que es una inversión para su propio futuro, porque cuando esa persona envejezca va a pagar menos, en una suerte de cuenta de ahorro para la salud" (Jaime Mañalich. Ministro de Salud. *El Mercurio*, 15 de marzo de 2011).

Un último aspecto en torno a la ley larga ha sido el rol que comenzarán a jugar los seguros complementarios de salud. "Obviamente pueden ingresar otros actores, pero de entrar, tienen que hacerlo en condiciones en que todos peleemos con las mismas armas. No puede haber hoy actores que van a seguir incorporados dentro de las normativas de la Superintendencia de Salud y otros actores que

estén ajenos a esa normativa y que tengan libertad absoluta para vender coberturas sin las restricciones que nosotros (las ISAPREs) tenemos" (Hernán Doren. Presidente de la Asociación de ISAPREs. El Mercurio, 8 de septiembre de 2011).

### **Posiciones y discursos respecto sobre las utilidades de las ISAPRE**

Varios ejes organizan las posturas de las ISAPRE para justificar sus utilidades. El primero alude al costo de los recursos humanos y materiales y que vincula las ganancias con el aumento de los precios que tienen los bienes necesarios para brindar la atención. Esto haría necesario un aumento en los valores que los cotizantes pagan por los planes de salud ofrecidos por las aseguradoras: "Al igual que cualquier industria, uno de los principales motivos de ajuste de tarifas en una ISAPRE es la variación de los costos asociados al otorgamiento de los servicios contratados: el incremento del costo promedio del servicio y el crecimiento de la demanda de éste" (Declaración de la ISAPRE Consalud. El Mercurio, 9 de septiembre de 2011). Tal planteamiento se apoya en el supuesto de que el desarrollo de la tecnología médica a nivel mundial es un factor que gatilla el aumento de los precios de los planes de las ISAPREs y por tanto de las ganancias que éstas reportan anualmente. Esta postura es compartida por la editorial del medio de prensa analizado: "Los costos de la salud suben en todas partes del mundo más que los precios generales y las explicaciones de este fenómeno abarcan muchos elementos diferentes, desde variables demográficas hasta los acelerados progresos tecnológicos. Si el IPC general consiste en una canasta cuyos precios se comparan mes a mes durante varios años, en la salud es la composición de la canasta la que cambia rápidamente por los avances tecnológicos" (Editorial de El Mercurio, 30 de enero de 2012).

Otro factor es el aumento en el número de cotizantes del sector privado, tendencia que explicaría las altas utilidades de las ISAPREs: "Es un factor importante y principal del aumento de las utilidades el incremento del número de cotizantes. Desde septiembre de 2010 a septiembre de este año, tenemos un alza del número de cotizantes de 5,3%, e indudablemente eso significa una mayor recaudación" (Hernán Doren. Presidente de la Asociación de ISAPREs. La Segunda, 19 de diciembre de 2011).

Por otra parte, los representantes de las ISAPRE minimizan la importancia que tienen las utilidades que reciben. "El promedio de rentabilidad de las ISAPREs, por mucho que se ha hecho todo un festín mediático de esta situación, es del 3% y eso es muy inferior a cualquier sistema económico con el que se quiera comparar... existe una especie de satanización bastante injusta para el alcance que ha servido para la salud el sistema ISAPRE para este país" (Hernán Doren. Presidente de la Asociación de ISAPREs. La Segunda, 14 de septiembre de 2011).

Un cuarto eje que sustenta las justificaciones de los representantes de las ISAPREs alude al alto grado de volatilidad que tiene el mercado financiero de la salud, lo que necesariamente repercutiría sobre el aumento de las ganancias de estas instituciones: "Se hizo un escándalo donde no había por qué hacerlo. Las ISAPREs ganan de cada \$100 que venden -en los últimos 25 años- un promedio de entre 3,5 y 3,8%; es decir, un margen bajísimo para el riesgo que enfrentan. Y eso no se dijo" (Carlos Kubick. Gerente General de Banmédica. El Mercurio, 17 de octubre de 2011).

Con respecto al tema de fondo, relativo a la legitimidad de desarrollar el lucro en actividades que intervienen en la salud de las personas, se ha tendido a subjetivizar el impacto de las ganancias obtenidas por el sector privado, es decir, a ponerlas dentro de opiniones personales de los sujetos y no como un cuestionamiento a un modelo de salud que tiende hacia la obtención de riquezas personales y a la apropiación individual de los excedentes: "Si (las ganancias) son excesivas o no, depende de quién lo juzge. Para que ustedes sepan, la utilidad por beneficiario al mes es de \$1.826 (...), estamos logrando legítimo lucro, legítimas ganancias y si es mucho o poco, será análisis de cada cual" (Hernán Doren. Presidente de la Asociación de ISAPREs. EL Mercurio, 20 de diciembre de 2011).

El fallo del Tribunal Constitucional, organismo que ha cuestionado la utilización de la discriminación por sexo y edad como mecanismo para revalorizar los planes de salud ofrecidos por las ISAPREs. "La estrategia de no reajustar los precios base de los planes de salud era de mucho valor para nuestros cotizantes. Sin embargo, ésta debió modificarse porque cambiaron las reglas del juego" –en referencia al fallo del TC- (Claudio Santander. Presidente de ISAPRE Másvida. El Mercurio, 1 de abril de 2011).

"La actuación del TC, ratificada por nuestras cortes de justicia, tendrá un impacto para nuestra ISAPRE, que la hará disminuir en un 2,5% del total de los ingresos anuales presupuestados; ingresos que nos vemos en la obligación de recuperar en este proceso de adecuación, mediante un ajuste del precio base por igual porcentaje" (Declaración de la ISAPRE Colmena Golden Cross. El Mercurio, 8 de septiembre de 2011).

El poder ejecutivo ha justificado el alza de planes apoyado en la tecnificación y el conocimiento financiero experto: "Estamos dentro de lo razonable. A nosotros nos hubiese gustado obviamente dar una mejor noticia, yo creo que para el gobierno cualquier alza de precio es una mala noticia, pero en este mercado tan especial hay que ponerse razonables y ver qué es lo técnico y lo técnico ahora es ese monto (2,15%) y que sin ser obligatorio ha sido tomado y valorizado por las ISAPREs" (Luis Romero. Superintendente de Salud. La Segunda, 31 de marzo de 2012).

A raíz de la articulación entre el sector público-privado, específicamente en referencia a la compra de servicios del público al privado a través de las prestaciones garantizadas a partir de la implementación del plan auge, y la externalización de las atenciones mediante el bono auge, compuesto de fondos estatales ha significado un aumento sostenido en las utilidades de las aseguradoras: "El 77,1% -del crecimiento en los ingresos de las ISAPREs- lo aporta el aumento de recaudación por el plan AUGE, originada por la entrada en vigencia de los 69 problemas en julio de 2010. La prima que se paga por este concepto creció un 155%" (Superintendencia de Salud. El Mercurio, 8 de septiembre de 2011).

## **El sistema público de salud y de la atención hospitalaria en Chile**

Durante los últimos años en el debate acerca de las potencialidades y limitaciones que tiene el funcionamiento del sistema de salud se ha podido observar múltiples cuestionamientos en términos de su eficiencia, calidad y aspectos organizativos que repercuten en una negativa opinión pública del aparato estatal a raíz del impacto que generan las declaraciones de actores sociales que tienen acceso a masificar el discurso en los medios de prensa.

El primer eje en el cual converge la discusión en torno al sistema público en los medios de prensa se refiere a la preocupación por incentivar una articulación mayor entre el sector privado y público en salud. Dicha postura se sustenta en que los problemas de eficiencia que presenta el aparato público se mitigan a medida que se ceden espacios de participación a actores privados, lo cual contribuiría a la descongestión de las funciones desarrolladas en el sector público; "Las conocidas dificultades en los hospitales y las dramáticas situaciones de demora y falta de atención de pacientes graves difícilmente podrán superarse si se mantiene el nivel de presión asistencial sobre ellos. La perspectiva de que una proporción creciente de la población pueda pasar a la salud privada ofrece un valioso alivio y facilita la posibilidad de ir haciendo los cambios necesarios en los servicios públicos" (Editorial de El Mercurio, 23 de octubre de 2010).

Dicha concepción se observa con mayor énfasis cuando se hace referencia a las posibles modificaciones en la estructura que compone la distribución de los afiliados en cada uno de los subsistemas. Se ha planteado que la ley larga de ISAPREs, y la modificación a la discriminación por sexo y edad repercutiría en una mayor sobrecarga a las funciones de hospitales y consultorios públicos; "No es realista suponer que esta reforma al subsistema privado vaya a traducirse en el mejoramiento que requiere aquél –el sistema público-, que hoy atiende al 75 por ciento de la población. Al contrario,



se arriesga que con tales medidas se empuje a un número importante de ciudadanos a abandonar las ISAPREs para ir a recargar aún más el subsistema público. (Editorial de El Mercurio, 2 de mayo de 2011).

En este mismo ámbito, se manifiesta con mayor contundencia la concepción del riesgo como aspecto estructural de la atención médica. Se valora como una desventaja del sector estatal la alta concentración de individuos que presentan mayores probabilidades de necesidad en salud; "Casi todos los médicos que existen en Chile están aquí. Y la gente se puede atender en clínicas y hospitales privados... Fonasa tiene que recibir a todo el mundo, y por eso no debe extrañar que aquí estén afiliados los de mayor riesgo, como adultos mayores o mujeres en edad fértil" (Mikel Uriarte. Director Nacional de FONASA. El Mercurio, 15 de octubre de 2011).

El segundo eje que resume los cuestionamientos al sistema público de salud dice relación con la gran precariedad de los recursos materiales requeridos para una atención médica oportuna y expedita. En tal sentido cobra especial relevancia las listas de espera generadas a partir de las patologías cubiertas por el Plan Auge, ya que estas legalmente han sido establecidas bajo un reglamento que impone plazos para su cumplimiento.

En el discurso de las autoridades correspondientes se manifiestan expectativas de eliminación de tales listas mediante el aumento de los recursos financieros necesarios para ello; "La idea es que el 2012 estemos trabajando casi a plena capacidad, con pabellones en la mañana y en la tarde. Con eso, vamos a mejorar las listas de espera Auge y no Auge. Para ello, tenemos que inyectar cerca de US\$ 60 millones por año en recursos humanos de forma progresiva en la medida que vayan entrando en operación los hospitales" (Luis Castillo. Subsecretario de redes Asistenciales. El Mercurio, 16 de mayo de 2011). Sin embargo es cuestionable tal postura puesto que se basa en una diferencia fundamental en la forma en la que se jerarquizan las prioridades de la atención y de los recursos que se destinan a ello, que tiende a disminuir el presupuesto de los ítems que no se incluyen en el auge.

Por otra parte, un aspecto fundamental de las críticas que se originan en torno a la precariedad de recursos en el ámbito público tiene directa relación con la organización financiera de cada uno de los hospitales que componen la red de atención terciaria. En tal sentido, se ha propuesto una reestructuración a los mecanismos mediante los que se entregan los fondos, apuntando a una mayor burocratización y especificación técnica de los gastos que conlleva la atención médica; "En Chile, los hospitales públicos no cuentan con sistemas de contabilidad de costos, y la asignación de recursos es mucho más básica: la cantidad asignada en los presupuestos se funda en las cifras históricas. Los intentos de pagar en forma diferenciada por prestaciones no han dado tan buenos resultados como en otros campos, porque los hospitales no conocen los costos pertinentes para calcular cuánto deberían cobrar por cada caso" (Editorial de El Mercurio, 1 de septiembre de 2011).

Así mismo el interés por aumentar los recursos se asocia en constantes oportunidades con inversiones en infraestructura que contribuya nuevamente a articular la relación entre el ámbito público y privado como un sustento a las limitaciones que presenta la salud estatal. En este contexto se ha anunciado la construcción de nuevas edificaciones; "Cuando estas nuevas obras estén en operación, demandarán gastos permanentes, asociados a la incorporación de nuevos profesionales a los servicios asistenciales. En el sector privado de salud también se observan importantes inversiones en infraestructura, y a pesar de que el mercado de la salud en Chile es relativamente segmentado, se manifiesta la conveniencia de ir articulando cada vez mejor ambos subsistemas.

Finalmente, un tercer eje que aglutina los cuestionamientos al sector público incluye las críticas y nuevas perspectivas de la gestión de la administración hospitalaria. Así, llama especialmente la atención el interés persistente por regular las actividades constitutivas del quehacer médico; "La superintendencia tiene que fiscalizar que no se estén rechazando en exceso las licencias médicas, que se den las coberturas, que se estén dando las garantizadas en el plan AUGE y que no se esté incentivando a la gente, por ejemplo, a no usar su cobertura AUGE y usar su plan complementario, de manera tal de

aumentar en forma espuria las utilidades de una ISAPRE en particular" (Ministro de Salud. El Mercurio, 10 de septiembre de 2011).

Por otra parte, un nuevo factor que ha tomado parte del debate durante el último tiempo en salud son las concesiones de hospitales a actores privados, proyecto que ha sido criticado en términos financieros puesto que es esperable una rentabilidad menor que la administración estatal; "Asimismo – las concesiones hospitalarias- no son más baratas en términos financieros, pues los concesionarios acceden a crédito más caro que el Estado, el cual luego debe compensarlos. Además de su mayor costo de financiamiento, otra desventaja es que, en ocasiones, las adaptaciones para reducir costos que realiza el concesionario empeoran la calidad del proyecto para sus usuarios" (Editorial de EL Mercurio, 18 de julio de 2010). Sin embargo, se omiten de estos cuestionamientos aspectos esenciales, como las dificultades que al externalización de la administración genera en el trabajo en red.

En este mismo punto se ha propuesto un financiamiento que entregue recursos a las instituciones hospitalarias diferencialmente según la cantidad de prestaciones que ella ha realizado en un período de tiempo determinado; "Los hospitales que por primera vez de manera individual sean más eficientes que otros van a poder hacer más cosas, y aquellos que sean menos eficientes, van a tener que traspasar parte de sus recursos" (Mikel Uriarte. Director Nacional de FONASA. El Mercurio, 24 de noviembre de 2010).

Para finalizar, en esta misma arista a entrado en cuestión la importancia que tiene la dinámica centralización/descentralización de los servicios de salud, y del grado de autonomía necesario para que los hospitales optimicen su funcionamiento; "La única solución definitiva para el problema de la deuda y los atrasos es dotar a los servicios de salud de la autonomía necesaria para una gestión moderna. Los nuevos hospitales concesionados abren la posibilidad de ir probando sistemas técnicos de gestión profesional, pero sin un nuevo sistema de elaboración de presupuestos siempre cabrá la duda respecto del verdadero significado de una alta deuda hospitalaria" (Editorial de El Mercurio, 13 de enero de 2011).

### **Lista de espera y el nuevo bono AUGE en el sistema de salud chileno.**

Durante los últimos meses ha causado gran repercusión mediática el anuncio de las autoridades nacionales en relación al término de las listas de espera de las patologías agrupadas en el Plan Auge. Si bien la problemática se inserta dentro de los cuestionamientos más repetitivos con los cuales se relaciona a la ineficiencia del sistema público de salud en Chile, la particularidad que tiene la situación actual es que ella se desarrolla dentro de un contexto de consolidación y extensión del modelo a través de políticas tendentes hacia la mayor apertura de espacios al sector privado, restringiendo la participación estatal en la salud.

Un primer eje en el cual se han agrupado los argumentos presentes en la problemática señalada lo conforma la discusión en torno al término de las listas de espera de las patologías Auge. El discurso de las autoridades del ramo constantemente hace mención a su progresiva disminución mediante la optimización del endeudamiento y la puesta en marcha de reformas en la organización burocrática del sistema a nivel hospitalario; "...Hemos disminuido las listas de espera AUGE a un punto tal que estamos próximos al fin; estamos modernizando la institución para beneficio de nuestros asegurados; se ha rebajado la deuda hospitalaria, manteniéndola dentro de márgenes razonables..." (Mikel Uriarte. Director Nacional de FONASA. El Mercurio, 16 de septiembre de 2011).

No obstante, desde los representantes del personal médico encargado de la atención de las operaciones en los hospitales, se ha defendido la imposibilidad de que ello suceda, aludiendo argumentos técnicos que confirman el aumento cada vez mayor de la cantidad de pacientes que se encuentran en situación de requerir la atención necesaria; "No hay decreto posible que haga terminar las listas de espera porque lo que aquí ocurre es que cada día ingresan nuevos pacientes a las listas de esperas en el AUGE, aquí solamente se está en presencia del corte de una parte de las listas que estaban

acumuladas hasta marzo del 2010" (Juan Luis Castro. Ex Presidente del Colegio Médico. La Segunda, 23 de noviembre de 2011).

Una segunda arista que ha tenido la discusión en los medios apunta al tema de fondo; la relación entre el sector público y privado en salud. En este sentido se apela al aumento en la externalización de ciertos servicios hacia las clínicas y centros privados. Se acusan razones ideológicas que han obstaculizado tal estrategia, vislumbrada como el principal medio para descongestionar el aparato público; "La Ley del AUGE contemplaba la contratación de servicios en clínicas privadas para garantizar la atención oportuna, pero pese a sus disposiciones, no se ha aprovechado este recurso en la proporción necesaria para asegurar sus derechos a los enfermos: factores ideológicos, además de los económicos, impidieron que se recurriera a la fórmula establecida para responder a los pacientes (Editorial de El Mercurio, 15 de septiembre de 2010).

La creencia que subyace a este tipo de enunciados pasa por facilitar la compra a privados, dejando de lado el necesario aumento de recursos que el aparato estatal necesita para cubrir los requerimientos de que es objeto. De igual modo se desconocen las desventajas que tiene ello en el aumento de los precios y en la especulación que causa en el mercado privado. En esta misma línea, el ministro de la cartera niega tales factores y pone el énfasis en la eficiencia que se logra a través del bono AUGE en clínicas privadas; "El Bono AUGE no es un afán privatizador de la salud, y daremos cuenta puntual al Congreso del uso de los recursos, como se nos exigió. No va a significar una espiral de aumento de precios ni terminar con los especialistas en los hospitales. Al contrario, es una invitación para usar eficientemente pabellones, camas y consultorios, como el terremoto demostró que era posible, y como también lo había hecho el plan de 90 días del año 2009..." (Jaime Mañalich. Ministro de Salud. El Mercurio, 7 de diciembre de 2010).

Por otro lado, a nivel del discurso se tiende a justificar la externalización del bono AUGE en referencia a valores altruistas que deben ser garantizados por el Estado y no como el producto de una transacción comercial. En este sentido, se apela a la justicia social y a la igualdad en salud; "El Bono AUGE es un imperativo moral con los enfermos que confían en el sistema público. Es un deber de equidad con los 8,5 millones de beneficiarios que son atendidos gratuitamente, pero que a cambio deben hasta ahora resignarse a esperar. Desde ahora podrán exigir y, en muchos casos, elegir con quién se atenderán" (Jaime Mañalich. Ministro de Salud. El Mercurio, 7 de diciembre de 2010).

Desde el mundo de los think tank se ha defendido esta estrategia que desde la lógica mercantil facilita la comparación de la rentabilidad que conlleva la competencia entre el sector público y privado; "Por otro lado, se podrán comparar la calidad de los servicios, así como los costos de proveedores públicos y privados. No sería razonable mantener un proveedor público en caso de que se observe que es de menor costo financiar esas mismas atenciones en el sector privado" (Rodrigo Troncoso. Coordinador del programa social del Instituto Libertad y Desarrollo. El Mercurio, 1 de diciembre de 2010).

En contraste, desde los médicos dirigentes de los hospitales se argumenta que la contratación de servicios al sector privado lleva graves inconvenientes; "No es tan verdad que se pueden resolver los problemas comprándole al sector privado, porque el privado está dispuesto a recibirnos a nosotros cuando se trata de una operación de cataratas o de un parto de una mujer sana, que es lo más rentable, pero cuando tú hablas de una fractura de cadera de una señora de ochenta, que además es hipertensa, ese caso no lo reciben. Un cáncer gástrico, ¿quién lo hace?" (Begoña Yarza. Directora del Hospital Exequiel González Cortés. El Mercurio, 27 de noviembre de 2011).

Finalmente, en el tercer eje de la discusión se incluye el debate producido en torno a la dinámica entre gestión/ recursos como una forma de solución a las listas de espera. Aquí el énfasis de los medios de prensa se ha puesto en la importancia que tiene la reformulación de la gestión hospitalaria; "Aunque a menudo se plantea que el problema de inadecuada implementación –del plan AUGE- es sólo de recursos y que éstos no han fluido en la magnitud necesaria, diversas señales sugieren serios problemas adicionales de gestión. Por ejemplo, no habría un adecuado control de los

rendimientos de los médicos, que impide verificar si éstos han cumplido su jornada y desarrollado las actividades que se espera realicen en el período contratado (Editorial de El Mercurio, 9 de febrero de 2011).

En esta misma línea, la opinión del cuerpo médico ha optado por solicitar mayor autonomía en el manejo de los recursos financieros destinados a la atención terciaria, como una manera de garantizar una mayor eficiencia en la organización hospitalaria y en la disminución de las personas en listas de espera; “La manera más eficiente para terminar con las listas de espera de las patologías GES y otras no GES en los hospitales es otorgar autonomía en el uso de los recursos a los servicios de especialidad, cuyos especialistas saben mejor que nadie cómo gestionar la solución quirúrgica en forma eficiente desde un punto de vista económico, médico y con control de calidad” (Dr. Rodrigo Donoso R. Médico Oftalmólogo Hospital del Salvador. Carta a El Mercurio, 24 de mayo de 2011).

Sin embargo, la postura de las autoridades al respecto ha sido la reformulación en la entrega de recursos tendiente a la puesta en marcha de un mecanismo estandarizado para el financiamiento de las intervenciones quirúrgicas, que tenga un nivel base de los precios de las operaciones para que así ambos subsectores puedan competir en términos semejantes para ello; “Lo que queremos es pasar a un mecanismo garantizado de financiamiento que tenga que ver con soluciones de salud, lo que hoy son los PAD (pago asociado a diagnóstico) como sucede con los partos y cesáreas. Que un prestador público o privado reciba un monto específico independientemente de si una persona tuvo una o más prestaciones. La idea es compartir riesgo entre un asegurador y los prestadores” (Jaime Mañalich. Ministro de Salud. La Segunda, 23 de mayo de 2011).

En cuanto a los recursos monetarios se ha anunciado una millonaria suma de dinero destinado a disminuir las listas de espera de las enfermedades AUGE; “El Presidente me puso una gigantesca tarea, pero vamos bien encaminados. Tenemos \$18 mil millones para incentivar las operaciones, mediante fondos concursables, durante los fines de semana” (Jaime Mañalich. Ministro de Salud. El Mercurio, 22 de mayo de 2011).

En el examen de los tres ejes mencionados, es posible concluir que el centro de la discusión y de los esfuerzos por descongestionar el sistema público se aboca principalmente a la salud curativa, descuidando los aspectos preventivos de la medicina y los factores socio-ambientales que gatillan la aparición de la enfermedad. En tal sentido, la opción de las autoridades ha sido la de privilegiar una lógica mercantilizada que apunta hacia la consolidación de la privatización de servicios y bienes esenciales para la salud como una excusa para descongestionar las listas de espera, sin reconocer los efectos perversos que ello provoca al privilegiar las intervenciones únicamente dentro del AUGE como una forma de aumentar los recursos financieros para hospitales y clínicas.