

DEL SISTEMA, ISAPRE Y SUEÑOS REFLECTIONS ON THE SYSTEM, ISAPRE, AND DREAMS

Los sistemas de salud en el contexto latinoamericano, salvo honrosas excepciones, se caracterizan por su desintegración y fragmentación. El caso chileno, lamentablemente no se encuentra entre estas excepciones, y si bien históricamente inició, en la segunda década del siglo XX, un camino de fortalecimiento y desarrollo de su pilar público (con responsabilidad poblacional, organización en redes y amplia cobertura territorial de atención primaria), siempre quedó un espacio importante para la segregación del proceso de atención por clases sociales, basado en la existencia de un aparato prestador privado y un modelo de aseguramiento diferencial por ingresos.

Muy probablemente nuestra trayectoria histórica nos habría llevado, más temprano que tarde, por el camino de la integración, en el marco de las reglas generales de la seguridad social, de no mediar un período de 17 años de dictadura y la imposición de un Estado neoliberal –dolor, muerte y terror mediante– cuyo orden de las cosas logró penetrar profundamente en la institucionalidad del país y por supuesto también en la política sanitaria. La principal manifestación de esto último, es la creación de las ISAPRE, es decir, organizaciones privadas con fin de lucro que administran, en la práctica, las cotizaciones obligatorias de los más jóvenes y con mejores ingresos de entre nuestros(as) ciudadanos(as), y cuya existencia ha permitido la instauración paulatina del mercado como regla del juego institucional, desplazando progresivamente las premisas de la seguridad social.

Con el devenir de la nueva e incompleta democracia, a partir de 1989, se ha logrado aumentar significativamente los recursos para el sector público de salud y a partir de la última reforma sanitaria chilena, se agregó la operacionalización de derechos garantizados en aquellos problemas que se definieron prioritarios para el país, pero sin tocar en lo sustancial las lógicas del financiamiento y aseguramiento del sector ni menos poner en tela de juicio la existencia misma de las ISAPRE.

Al no tocar las bases del orden institucional, lo único esperable es la legitimación de la desigualdad y la producción sistemática de inequidad sanitaria. Esta situación ha venido manifestándose públicamente de diversas formas: grandes tiempos de espera para la población asegurada en el pilar público; malestar ciudadano por el importante gasto de bolsillo que realizan las familias; y grandes reportajes que nos hacen llevar la cuenta creciente de la deuda hospitalaria y que también han puesto en evidencia el sufrimiento de niños y niñas, que dependiendo de los servicios de atención de menores del Estado, han fallecido en condiciones denigrantes y sin los cuidados espe-

cializados necesarios, la manifestación más inaceptable y cruel de la exclusión y de las precarias condiciones en que transcurre su vida, y de la parcial, insuficiente y hasta contraproducente actuación del Estado.

Comisiones presidenciales –para todos los gustos– vienen proponiendo cambios en el financiamiento, aseguramiento y la racionalidad de sistema, sin que ninguna de ellas haya tenido un impacto en el proceso legislativo. Hace muy poco un grupo de académicos de nuestra Escuela de Salud Pública Salvador Allende Gossens, en una alianza con el Centro de Estudios Públicos (CEP) y en el marco de una nueva carrera presidencial, nos han propuesto cambios al aparato prestador público de salud, lo que incluye: una nueva forma de gobierno y de financiamiento de las redes; la separación de la administración pública de las redes sanitarias del ciclo político; y algunos cambios al modelo de atención. Personalmente, me parece que lo más significativo de esta propuesta es separar la gestión de las redes del poder de senadores, diputados y del gobierno de turno en general, no porque no se deba escuchar a los representantes (soberana y legítimamente elegidos), sino porque la clientelización del sector daña profundamente la salud poblacional y las relaciones con la ciudadanía organizada, interfiriendo con los procesos posibles de democratización, como en la instalación de competencias organizacionales de largo plazo. También parece valiosa la propuesta de un nuevo modelo de financiamiento de las redes públicas, que fortalece la integración de la red y reordena los incentivos al interior de la gestión sanitaria.

Lamentablemente ninguno de estos es, a mi juicio, el principal problema de las redes públicas de salud, pues su principal amenaza la hemos de encontrar no dentro, sino fuera de las mismas. La más agobiante sería la distribución desigual de los recursos humanos sanitarios especializados, que por razones financieras e institucionales –el mercado– se forman fundamentalmente en el sector público, para emigrar rápidamente al sector privado, lo cual determina la ausencia del recurso o las pobres opciones de selección de un componente clave en la capacidad de respuesta de las redes, a las necesidades de salud de sus comunidades. Por otra parte, parece que nos hemos acostumbrado al deseo de la mayor parte de la ciudadanía de atenderse en el sector privado, como el lugar seguro donde no hay que temer (salvo salir endeudado), el lugar donde está “lo mejor” del sistema, donde no hay que pedir por favor, o dicho de otra forma, donde no se atienden solo los ricos, normalizando así la subordinación del sector público al privado, con las consiguientes consecuencias en las experiencias imaginarias, reales y simbólicas para todos(as) los involucrados.

En política y políticas públicas importa tanto lo que se dice como lo que no se dice, y en el caso chileno es mucho lo que dejamos de enunciar públicamente, ya sea por hábito, interés o escepticismo respecto del devenir de los cambios. Así, mientras el sector público no cuente con la mayor parte de los recursos que el país destina a la salud de su población, utilizando para ello los principios de universalidad, integralidad y solidaridad (al menos), mientras sigamos buscando soluciones ad hoc por clase social, y por tanto este espacio público no deje de ser un lugar destinado a los pobres, donde trabajen solo los muy comprometidos, los caritativos y los que están empezando, entonces el sueño de un sistema de salud como espacio seguro y de esperanzas para todos y todas se encuentra muy lejos, demasiado lejos, de materializarse.