

## **LA CONFUSIÓN ES MALA CONSEJERA**

La frustración al ver el nulo avance en reforma de la salud me hizo dejar el tema por un tiempo. Retomando recientemente el interés por curiosidad, veo que todavía no hay avance alguno. Y la razón es simple: cuando no se tiene claro qué se persigue y cómo hacerlo y a eso le suma los fuertes intereses creados de los gremios de la salud, la probabilidad de realizar una reforma inteligente es nula. Quizás la situación no es tan mala: lo mejor es que no se haga nada.

Hasta ahora el eje de la reforma de la salud es el llamado Auge. Este consiste aparentemente en un grupo de atenciones, especialmente importantes por su gravedad y frecuencia, que tendrían prioridad en la atención y en las tarifas. Además se supone que el Estado garantiza las atenciones bajo estándares de calidad. Para exigir esa garantía se debe recurrir, entre todas posibilidades, a la justicia. Hay que tener claro que no se necesita una ley para implementar el Auge como lo atestigua el hecho que ya se está aplicando paulatinamente. No se entiende qué significa, ni cuál es el efecto de la garantía y menos el procedimiento para hacerla exigible. Más importante, el Auge por sí solo no resuelve ninguno de los problemas del sector. Pero para entender esto hay que saber cuáles son los problemas.

Hay que tener presente que los índices de salud en Chile son extraordinariamente buenos. Un solo ejemplo: la expectativa de vida en Chile es de 75.6, en Estados Unidos 77.5 y en Alemania 78.2. Esto tiene más que ver con la higiene, con la educación (especialmente de las madres) y con la infraestructura sanitaria (agua potable y alcantarillado). Por esto, y desde el punto de vista estrictamente médico, existe un porcentaje no despreciable de los gastos en salud que no producen ningún beneficio objetivo.

Quedan entonces dos problemas reales. El primero es la calidad de la atención, referida al trato que se da en los centros de salud. Recuérdese que muchas veces se está ante situaciones límite o muy complicadas. Este factor puede ser incluso más importante que la atención médica misma. Esto no solo implica el trato recibido y la oportunidad de la atención, sino también el que se esté haciendo todo lo razonablemente posible para sanar al paciente, etc... El otro gran problema es el financiamiento y los seguros de salud.

Respecto al primer problema, no hay nada más efectivo para deteriorar la calidad de un servicio que eliminar la competencia. Si no lo cree haga memoria de lo que significaba en recursos y en tiempo conseguir un teléfono cuando CTC era un monopolio. Es evidente que no va a existir competencia si es que los establecimientos de salud (consultorios, hospitales, laboratorios, etc..) no son autónomos y su administración no tenga las mismas regulaciones que una empresa cualquiera. Se supone que La Ley de Autoridad Sanitaria atacaba justamente este problema. En cambio introduce una maraña tal entre subsecretarios, seremis y directores, que se requiere un plano para entender la

organización del ministerio. Respecto a la autonomía hospitalaria, esta queda tan aguada que pasa a ser irrelevante, es decir, no existe.

El segundo gran problema son los seguros y el financiamiento de la salud. Algunos de los gastos en salud son impredecibles y a las personas eso no les gusta: prefieren hacer un gasto parejo todos los meses a gastar muy poco cuando se está sano y mucho cuando se está enfermo. Esto es lo que se conoce como seguro. Las compañías de seguros combinan a muchas personas, por lo cual cuando unas están enfermas otras están sanas, de tal manera que paga a los enfermos una cifra similar a la que recibe de los sanos. Como le habrá pasado a más de alguien, el seguro no sirve cuando uno lo toma después de enfermarse. En este caso la compañía va a hacer una pérdida cierta que va a tratar de evitar. Lo mismo sucede cuando la compañía puede estimar con algo de precisión, y en base a algo que puede observar, una mayor tendencia a enfermarse en el futuro. La compañía va a tratar de quedarse con la gente lo más sana posible, así recibe mucho pagos mensuales y hace muy pocos desembolsos a los que se enferman. Naturalmente, los sanos son los que menos están dispuestos a comprar un seguro, por lo que se produce un círculo vicioso que termina por eliminar a la industria. Esto es precisamente lo que pasa con las Isapres en Chile. En su afán por disminuir los riesgos las Isapres tratan de acortar la duración de los planes y de cubrir preferentemente atenciones baratas y altamente predecibles.

Las personas prefieren tomar los seguros lo antes posible para cubrir una mayor cantidad de riesgos. De hecho, el óptimo es tomar los seguros incluso antes de nacer (y quizás antes aún). Como todos son esencialmente iguales en ese momento, lo que deben pagar por el seguro es igual e igual para siempre. Por tanto el mejor seguro es uno en que todas las personas pagan lo mismo independiente, entre otras cosas de la edad y el sexo. Una manera de lograr esto es creando un fondo común que cubre las prestaciones no cubiertas por las Isapres.

El otro gran problema en el financiamiento es justamente la falta de recursos de un porcentaje no menor de la población. Si se piensa subsidiar el gasto en salud, hay que subsidiar la compra del seguro universal anterior. No hemos dicho que prestaciones incluye el seguro. Aquí entre el Auge, que define un grupo de prestaciones mínimas. Calculado el costo de asegurar dichas prestaciones se puede determinar el subsidio que se quiere otorgar para cada nivel de ingreso.

Se advierte que las Reformas tienen elementos que se pueden ocupar. El problema es que un conjunto de cosas útiles no constituyen una solución: no es lo mismo tener una bicicleta que tener todas las piezas por separado.