



FOTOGRAFIA: CLAUDIO CORTÉS V.

Juan Carlos Said y Marcela Ramos:

“Recortar en salud no es ahorrar, sino hipotecar el presente sanitario”

Daniel Rozas

Chile quiso construir un sistema de salud de vanguardia administrado por el mercado. Esa promesa, impulsada en dictadura por economistas convencidos de que la competencia podía resolver la salud de las personas, terminó décadas después en crisis financieras, recursos judiciales y hospitales públicos desbordados. En «La mejor salud del mundo» (Planeta), el médico Juan Carlos Said (JCS) y la periodista Marcela Ramos (MR), reconstruyen la historia política e ideológica detrás de un modelo que ha sobrevivido a todos los gobiernos democráticos y que todavía divide al país.

Said empezó a obsesionarse con el tema mientras estudiaba políticas públicas en Inglaterra. Ahí descubrió que el sistema chileno aparecía en clases y bibliografía como un caso extremo de desregulación sanitaria y una advertencia sobre los efectos del mercado en el área. Con el tiempo entendió que la crisis de las isapres estaba implícita desde el origen del modelo: “En los libros se decía que en 1981

El médico y la periodista acaban de lanzar «La mejor salud del mundo», libro que registra la creación del sistema privado de salud en el país. “Los recortes que se anuncian van a reducir gastos en atención primaria, y se sabe que la atención primaria es el gasto más eficiente en salud”, señalan.

se crearon las isapres, pero nadie explicaba quién escribió la ley ni cómo se hizo”, recuerda.

“Habíamos leído mucho sobre las AFP o la educación, pero poco sobre salud”, señala Ramos. Fue entonces cuando ambos comenzaron a observar cómo un modelo diseñado por economistas y tecnócratas, entre planillas Excel y promesas

de eficiencia, terminó definiendo la experiencia cotidiana de millones de chilenos.

El libro reconstruye la pugna que se produjo dentro de la propia dictadura durante la creación del sistema. Mientras algunos militares rechazaban la idea de entregar la salud al sector privado, los Chicago Boys empujaban reformas guiadas por una lógica de mercado radical. “Dentro de la Junta (de Gobierno) no había acuerdo”, dice Marcela Ramos. “Había militares que no estaban de acuerdo con esta reforma, pero esa pelea la ganó la tecnocracia civil”, agrega.

Para Said —magíster en Salud Pública del Imperial College de Londres— una de las figuras decisivas en este proceso fue Miguel Kast, hermano del actual Presidente. “Logró instalar una red de ingenieros y personas muy cercanas a él en puestos clave”, afirma. Según el médico, el sector salud ofrecía mayores dificultades para aplicar reformas por la existencia de gremios organizados y la resistencia del Colegio Médico. Aun así, el decreto que creó las isapres se redactó en apenas 88 días. “La ley la escribieron tres personas en el edificio de Bandera 52, sin participa-

ción del mundo de la salud”.

“Las isapres tuvieron una visión de corto plazo”

—En el libro ustedes mencionan el concepto “actuarial”. ¿Qué significa y por qué terminó siendo tan importante?

—MR: La lógica actuarial funciona como la lógica del seguro. Se trata de calcular cuánto costo va a significar asegurar a una persona según su edad o nivel de riesgo. Entonces, lo que termina guiando el diseño no es un principio sanitario, sino cuándo alguien se vuelve más costoso para el negocio.

—JCS: Lo que pasa con la lógica actuarial es que se aplica a la salud la misma lógica de los seguros de auto. Nosotros entendemos que a una persona que choca más le cobren un seguro más caro, porque nadie está obligado a tener un auto. Pero en salud, todos sí o sí nos vamos a enfermar.

Said sostiene que el problema es que el sistema termina considerando riesgosos a quienes más necesitan atención médica. “Puedes hacer todas las cosas bien y aun así tener un tumor cerebral o quedar con secuelas graves por un accidente”, apunta.



Para el autor, las isapres terminaron concentrándose en los pacientes más jóvenes, sanos y de mayores ingresos, mientras el sector público quedó con menos recursos y con la población más vulnerable. “En Chile se creó un sistema privado y al mismo tiempo se precarizó lo público”, añade.

—Después del boom de las isapres durante los 90, en los 2000 empezó una fuga masiva de pacientes hacia Fonasa. ¿Por qué?

—MR: El sistema iba a funcionar mientras existiera un afiliado perfecto. Hombre, joven, sano y con ingresos estables. Las isapres necesitaban millones de personas cotizando todos los meses, pero también necesitaban que no se enfermaran demasiado.

Según advierte la PhD en Educación de la Universidad de Bristol, las grietas aparecieron cuando ese cotizante ideal envejeció y comenzó a usar más el sistema. A eso se sumaron las crisis económicas, la judicialización y el deterioro simbólico del sistema. “Lo que en los 90 aparecía como imagen de progreso empezó a convertirse en una institución en la que ya no se podía confiar”.

—El caso de Waldo Albornoz, que creó una empresa para litigar por la falta de cobertura de los planes creó un precedente. ¿Cómo empezó a cambiar la percepción pública de las isapres?

—MR: Ahí aparece algo simbólico bien importante. Tú puedes ofrecer bonitas instalaciones o vender una idea de progreso, pero cuando el paciente le pide a la isapre en la que ha cotizado disciplinadamente durante años que cubra algo y eso no existe, algo se empieza a quebrar.

—JCS: Las isapres tuvieron una visión de corto plazo. Se pensaba a fin de año cómo aumentar utilidades, igual que cualquier otra industria. Pero la salud implica pensar en el envejecimiento y en el largo plazo.

—Desde Pinochet hasta Boric, ¿por qué ningún Gobierno ha logrado cambiar el modelo de salud chileno?

—MR: Yo creo que el Plan AUGE (conocido actualmente como GES, una garantía que asegura el acceso a tratamiento para 90 enfermedades específicas) introdujo un cambio importante. Costó muchísimo instalarlo. Durante el Gobierno de (Ricardo) Lagos pasaron tres ministros intentando implementarlo, porque implicaba cambiar la lógica del sistema.

En su lectura, el modelo original entendía el derecho a la salud como libertad de elección entre los sistemas público y privado. “Con el AUGE esa definición se pone en cuestión. El derecho a la salud ya no es solo poder elegir, sino acceder a una cobertura cuando estás enfermo, con tiempos, plazos y garantías”.

—¿El sistema cambió en algún momento?

—MR: Cambió parcialmente. Mucha gente todavía vive con el temor de no tener recursos suficientes si se enferma ella o alguno de sus hijos. Y la política no se ha hecho cargo completamente de eso. También seguimos teniendo deudas enormes en prevención, alimentación o consumo de tabaco. Ahí la política muchas veces choca

con intereses económicos y discusiones de corto plazo.

—JCS: La crisis no se veía en los 90 porque las isapres concentraban a pacientes jóvenes y de altos ingresos.

El problema, según Said, aparece cuando esos afiliados envejecen, se jubilan o se enferman: “Ahí nos damos cuenta de que esta libertad de elección era bastante ficticia”. Complementa que también hubo obstáculos políticos para reformar el modelo: “Los primeros gobiernos democráticos se encontraron con un sistema público en ruinas y además con leyes de amarre heredadas de la dictadura”. A sus ojos, eso dificultó intervenir un sistema que además estaba concentrado en grupos de mayores ingresos.

“Hoy el AUGE tiene un prestigio enorme”

—Desde el retorno a la democracia, ¿qué Gobierno ha manejado mejor la salud pública?

—JCS: Creo que en salud pública no hay muchas dudas de que el Gobierno que más avanzó fue el de Ricardo Lagos. A veces es vilipendiado, pero reformas como el AUGE demostraron efectos concretos en reducir mortalidad, enfermedades y desigualdad en el acceso a la salud. Además permitió construir una base para seguir mejorando el sistema.

Y precisa: “Hasta hoy el AUGE tiene un prestigio enorme. De hecho, cuando uno conversa con personas que participaron en su creación como el doctor (Hernán) Sandoval o el doctor (Osvaldo) Artaza, la gente les agradece. Las personas perciben que fue una reforma pensada en mejorar la salud y no simplemente en crear un mercado. Y creo que justamente esa es la lógica que necesitamos recuperar”.

—El Presidente José Antonio Kast prometió terminar con las listas de espera con el plan «Cero listas, cero excusas, cero abandono». ¿Es posible cumplir una promesa así?

—MR: No hay sistema en el mundo que haya terminado con las listas de espera. Lo que uno puede hacer es administrarlas lo mejor posible”.

Por ello, argumenta que la discusión de fondo es si las políticas actuales buscan administrar mejor el sistema o si los recortes prometidos por el Gobierno terminarán afectando la salud de las personas. Ramos indica que en el debate actual reaparece una lógica que viene desde el origen del modelo; “esa idea del experto económico por sobre la lógica sanitaria aparece desde que se diseñaron estas reformas en dictadura”.

—¿Y qué lectura hacen ustedes de las medidas sanitarias que está tomando esta administración?

—JCS: Yo creo que son medidas que no están pensadas con una lógica sanitaria. Los recortes que se anuncian van a reducir gastos en atención primaria, y se sabe que la atención primaria es el gasto más eficiente en salud, porque permite tratar enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión o el asma antes de que terminen en



El sistema iba a funcionar mientras existiera un afiliado perfecto. Hombre, joven, sano y con ingresos estables”.



No hay sistema en el mundo que haya terminado con las listas de espera. Lo que uno puede hacer es administrarlas lo mejor posible”.

hospitalizaciones, cuidados intensivos o cirugías mucho más caras. Entonces, recortar ahí no es ahorrar, sino hipotecar el presente sanitario y aumentar el gasto futuro, la mortalidad y la enfermedad.

—Pero hay gasto público social que es ineficiente.

—JCS: Hay gastos en salud que pueden ser ineficientes y que uno puede revisar, pero hay otros que, si se cortan, generan más secuelas, más enfermedad y más mortalidad. Entonces, algunos de los recortes que se han propuesto podrían traer esas consecuencias. Son medidas tomadas desde una planilla Excel, muy Chicago Boys, mirando solo una línea económica sin ver que detrás de eso hay personas y vidas.

—¿Ven una continuidad entre las ideas económicas de Miguel Kast en los años 80 y las políticas que hoy propone su hermano?

—MR: La idea detrás de esos dogmas es que si uno reduce el Estado, fortalece al sector privado; y si se aplican criterios de eficiencia, las cosas deberían funcionar bien por sí solas. Ahí aparece la figura del tecnócrata que cree saber qué hay que hacer y deja fuera otras miradas, como las de quienes trabajan y saben de salud.

—Es como si se repitieran ciertas lógicas del pasado.

—JCS: Este libro busca conectar el pasado con el presente, porque está mucho más emparentado de lo que creemos. Hoy vemos nuevamente una lógica muy tecnocrática. Se mira una planilla y se dice “recorten”, sin escuchar a quienes trabajan en salud. El problema es que en salud muchas veces dejar de gastar hoy significa gastar más mañana. Reducir vacunas o atención primaria no es un ahorro inocuo porque eso después se traduce en más hospitalizaciones y más enfermedades graves.

Said cree que, pese a la crisis, el sistema de salud chileno conserva fortalezas, sobre todo en la atención primaria. Como ejemplo menciona la rapidez con que Chile logró desplegar campañas de vacunación durante la pandemia, incluso en zonas rurales. “Eso no ocurre en todos los países”, manifiesta. A su juicio, el desafío ahora pasa por construir un sistema más integrado: “No se trata de una guerra entre el Estado y los privados. Se trata de mejorar la complementariedad”.

Para Marcela Ramos, una de las grandes deudas del sistema sigue siendo la desigualdad. “Dependiendo de la comuna donde naciste, tus probabilidades de enfermarte o morir antes son objetivamente distintas”. Y menciona que problemas como la obesidad, el tabaquismo o el sedentarismo no pueden abordarse únicamente desde hospitales y consultorios, porque también están ligados al entorno social y urbano. Muchas veces, plantea, se responsabiliza a las personas por no llevar una vida sana sin considerar que hay barrios donde simplemente no existen parques, espacios públicos ni condiciones materiales para hacerlo. “Es casi un insulto decirle sedentaria a una persona que no tiene esas posibilidades. Las ciclovías, las áreas verdes o el acceso al deporte también son políticas de salud”.