

Fecha: 28-07-2025
 Medio: La Tercera
 Supl.: La Tercera - Pulso
 Tipo: Noticia general
 Título: La propuesta de las clínicas para resolver el 72% de las listas de espera en la salud pública en menos de dos años

Pág.: 4
 Cm2: 764,9

Tiraje: 78.224
 Lectoría: 253.149
 Favorabilidad: ☐ No Definida

La propuesta de las clínicas para resolver el 72% de las listas de espera en la salud pública en menos de dos años

El presidente del gremio que reúne a los prestadores privados de salud, Javier Fuenzalida, asegura que tienen la capacidad para contribuir en esa magnitud, lo que implicaría atender 1.910.610 consultas y 312.628 cirugías. Al respecto, profundiza sobre el estudio que hicieron y responde a las aprensiones de Fonasa.

MARIANA MARUSIC

La disminución de las listas de espera en la salud pública es una de las tres prioridades que, a juicio de la ciudadanía, debería tener el próximo gobierno, según dio a conocer en marzo una encuesta de Descifra (alianza estratégica entre Copesa y Artool). Esto es similar a lo que han arrojado otros sondeos de manera persistente.

A diciembre de 2024, cerca de 2,6 millones de personas se encontraban en listas de espera para consultas o cirugías (GES y no GES), registrándose más de 3 millones de casos. Además, en el último trienio han fallecido 35 mil personas promedio al año mientras estaban en lista de espera para una consulta de especialidad o una intervención quirúrgica.

En este contexto Clínicas de Chile A.G., gremio que agrupa a los prestadores privados de salud del país, dio a conocer un estudio que da cuenta de la capacidad del sector para contribuir a resolver este problema.

El informe plantea que las clínicas podrían resolver el 72% de las listas de espera totales en un año y nueve meses, considerando el uso del 100% de la capacidad de estos prestadores privados, y aplicando criterios de movilidad de pacientes y recursos médicos. Esto implicaría resolver 1.910.610 consultas y 312.628 cirugías.

El presidente del gremio, Javier Fuenzalida, profundiza en lo que hay detrás de este documento, que esperan entregar pronto, formalmente, a las autoridades. "¿Qué nos motivó a abordar este estudio? Primero, que este es un problema creciente y real mayor. Hay un deber ético en resolverlo. Obviamente el Estado tiene la primera obligación de estar ahí. Pero nosotros, como parte de la salud de Chile, también tenemos un rol preponderante en esto", comenta.

En ese sentido, recuerda que "en la pandemia tuvimos un rol superactivo y evidente cuando aportamos el 40% de las



Javier Fuenzalida, presidente de Clínicas de Chile.

camas. Eso mostró que somos parte funcional y complementaria e indispensable del sistema de salud. Este es un problema creciente y hay una cifra demasiado grande: 100 mil personas en los últimos tres años han fallecido esperando una intervención o una acción de salud, una atención de especialidad".

En segundo lugar, menciona que "otra motivación es que hoy día la complemen-

tariedad público-privada en salud está dada como una realidad. O sea, nadie la discute. Tanto así, que incluso el propio Presidente Gabriel Boric, en la cuenta pública del 1 de junio, habló de ello".

Como tercer punto, plantea que las clínicas tienen la voluntad de pasar a la acción. "Por un lado, tenemos la capacidad, y por eso hicimos este levantamiento, para formalizarlo. Lo que nosotros mostramos es

que tenemos una capacidad, que hay que construir, evidentemente, hay que dar las condiciones para que se pueda usar. Pero es una capacidad importante, que permite abordar la problemática de salud en un periodo correcto, incorporando el concepto de movilidad".

Fuenzalida puntualiza que "esa voluntad no complota contra lo público", sino que son complementarios. Lo que ocurre es que, "con todo lo que se ha hecho, no se llega. Y este problema sigue aumentando. Entonces, planteamos: sigamos haciendo lo público, pero también abordémoslo con esta acción adicional", sostiene.

El líder de las clínicas explica que el sector que representa estuvo muy exigido durante la pandemia e inmediatamente después de ella, porque llegaron las personas a atenderse de forma masiva, pero además, porque estaban pasando por un escenario de estrechez financiera, en medio de la incertidumbre que existía también con respecto al financiamiento futuro por la crisis de las isapres. Pero todo eso se ha ido despejando.

"Hoy día está dada la oportunidad para abordar esto mucho más activamente, y por eso es que hemos querido proponer, porque esto es una propuesta de acción, de complementariedad de la acción pública", afirma.

Si se puede resolver en menos de dos años el 72% de las listas de espera, entonces, ¿por qué no se ha hecho?

—Hay una suma de factores. Primero, aclarar que se está haciendo un esfuerzo por resolverlo, objetivamente sí se han hecho cosas y se han implementado acciones, o si no el número sería infinitamente mayor.

Desde la parte nuestra, hasta hace poco estábamos también agobiados por muchas razones, teníamos problemas estructurales, tuvimos una avalancha de pacientes

SIGUE

SIGUE

que llegaron después de la pandemia, la pandemia misma retrasó muchos procesos, y adicionalmente a eso, tuvimos una deuda muy grande en el sistema, y hemos pasado por un período complicado. No es que ahora los temas se hayan superado todos, estamos en camino, pero hay un horizonte y hay ciertas certezas en ese horizonte que nos permiten mirar con mayor holgura algunas cosas.

Dicho eso, nosotros hoy queremos hacer esta propuesta porque tenemos la capacidad bien montada para estos efectos, siendo creativos en la definición, y porque además, vemos que finalmente el Estado ha reconocido que no lo puede resolver. Entonces, hay un llamado desde ahí, nosotros queremos responder a eso.

Igualmente esto tiene un costo.

-En el estudio hemos dejado fuera de la discusión los términos "precios", "valores", o "costos". Los hemos dejado fuera porque el rol de los gremios no es discutir precios en ninguna medida. Nosotros establecemos políticas y acciones, y finalmente la discusión de precios y valores tiene que estar dada entre el prestador y el seguro de forma directa.

Pero evidentemente la pregunta obvia es decir: ¿esto a qué costo es? Bueno, en cifras que no han sido dadas por nosotros, que fueron discutidas en su minuto desde lo público, entiendo que se comentó en el propio Ministerio (de Salud), y ha sido dado como por una cifra correcta por técnicos en la discusión en el Congreso, que resolver las listas de espera costaría del orden de los US\$700 millones o US\$750 millones.

Suena una cifra muy grande, pero yo creo que es pequeña para la envergadura del problema. O sea, si eso cuesta resolverle un problema de salud a 2,6 millones de personas, 3 millones de casos, que es el 15% de la población, me parece que una política pública lo puede abordar.

Fonasa dijo que disponer del 100% de la capacidad de las clínicas tiene una serie de desafíos, por ejemplo, restricciones por la localización de las personas, disponibilidad de recursos clínicos y tecnológicos, y la capacidad operativa sanitaria en su conjunto.

-Esta no fue una respuesta afiebrada de decir "esto lo vamos a resolver en cinco minutos". Estamos hablando de un año y nueve meses, con el 100% de la capacidad y con la movilidad incorporada, que son factores que son relevantes a considerar en la ecuación.

Creo que lo que plantea Fonasa es lógico, y cuando nosotros hicimos esta propuesta, consideramos todo eso. Obviamente, hay una disposición distinta de parte nuestra, una voluntad de acción que pasa por esta flexibilidad de la cual nos ufamamos como sector privado. Considera hacer cambios, en la medida en que haya un interés y un volumen necesario, porque si llegan pocos pacientes, bien probablemente la acción es distinta. Voy a mantenerme como estoy, pero si el número es mayor, yo me

amoldo a eso.

Me parece que un año y nueve meses, que es el mejor de los mundos, es un número correcto y alcanzable. Seamos menos optimistas, no sé, puede ser un número distinto, pero lo que quiero decir es que la apuesta es que la acción privada, en complementariedad con la pública, debe ser la forma de resolver, porque si no se aplica así, esto no se resuelve.

¿Qué condiciones se deben dar para que esta propuesta funcione?

-La primera condición es que se considere el concepto de movilidad, porque la infraestructura no está dada en todos lados por igual. Chile es un país muy largo y diverso en esa complejidad geográfica y, por lo mismo, hay que considerar un concepto que para lo público es bien cotidiano. Y de nuevo, la lección de la pandemia es que funcionó bien.

Cuando hablamos de movilidad, se piensa equivocadamente que las clínicas privadas son solamente las del sector oriente, que son clínicas muy importantes, pero que no son ni por lejos la representación de la oferta que nosotros constituimos. Son una parte importante, pero no es la mayoritaria. Tampoco Santiago es la única escuela. Hay acciones que se pueden dar en regiones.

Y esto considera mover gente a centros geográficos, a regiones en concreto, o mover equipos a lugares donde no tenemos a los especialistas. Y también buscar formas distintas, que hoy día son una realidad, y hace poco tiempo eran bien lejanas. La telemedicina avanza a pasos agigantados y hoy hay muchos de los exámenes de especialidad que se pueden dar de esa manera.

Entonces, buscar formas flexibles, porque si hay algo que particularmente tiene el sector privado, que es distinto al sector público, es la flexibilidad. Pongamos esa flexibilidad en favor de la resolución de los problemas de salud, en complementariedad a lo público, entendiendo que acá la prioridad es atender a los pacientes. Eso es lo que nos mueve.

Una de las cosas en que hemos insistido, es que Fonasa debe fortalecerse. Y ese robustecimiento significa que tenga más atribuciones, que tenga un presupuesto con autonomía, y que junto a eso establezca un gobierno corporativo distinto. Debe tener una autonomía que le permita una visión de largo plazo que evada las coyunturas propias de los cambios de gobierno, por ejemplo, para tener una mirada de largo plazo.

He hablado mucho de descentralizar, de ir a regiones, de mover equipos, pero esta decisión de cómo se hace, tiene que ser centralizada, porque tiene que haber una escala completa que pueda mirar el punto general. No atomizarlo en 32 o 40 servicios de salud, que cada cual lo vea por su cuenta. Entonces, es contraintuitivo, porque queremos descentralizar, pero con la toma de decisiones centralizada para tener las escalas correctas. ●