

# Por una salud que funcione: sin consignas ni favoritismos, sólo lógica

POR ALFONSO SALINAS MARTÍNEZ, PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE EMPRESAS REGIÓN DE VALPARAÍSO - ASIVA

**C**hile ha logrado avances importantes en salud. Tenemos una de las esperanzas de vida más altas de América Latina, una cobertura de vacunación infantil superior al 95% y un presupuesto público que ha crecido con fuerza, pasando de \$2,8 billones en 2010 a más de \$14 billones en 2024. Sin embargo, pese a este esfuerzo, persisten problemas estructurales: listas de espera que se eternizan, déficit de especialistas, hospitales sobre-cargados y una atención primaria que no da abasto.

A veces, estos problemas se hacen visibles en escándalos como el de las licencias médicas. Ha habido funcionarios que viajan al extranjero estando con licencia, médicos que reciben sueldos públicos mientras operan en el sector privado y reemplazos pagados para cubrir ausencias extendidas. Según el exministro Jaime Mañalich, bastaría reducir en un 10% el gasto en licencias para eliminar las listas de espera. Más allá del número, lo que este episodio revela es algo más profundo: no estamos frente a un problema sólo de gasto, sino de diseño.

¿Por qué, con tantos recursos y profesionales, el sistema no termina de funcionar bien? Parte de la respuesta está en cómo está estructurado.

Un sistema de salud bien organizado funciona como una escalera. En el primer peldaño se encuentra la prevención: campañas, entornos saludables y promoción de buenos hábitos que permiten evitar muchas enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes. Luego viene la atención primaria, con consultorios, Cesfam y postas que deberían resolver la mayoría de los problemas cotidianos. Si eso no basta, se recurre a la atención secundaria, con especialistas, exámenes y tratamientos más complejos. Y, en el último nivel, está la atención terciaria: hospitales, cirugías, cui-



dados intensivos.

Cuando esta escalera está bien diseñada, el sistema fluye de manera ordenada y eficiente. Pero si la prevención es débil, la atención primaria se satura y los hospitales carecen de camas intermedias o de recuperación postoperatoria, todo se vuelve ineficiente y costoso.

Satisfacer las necesidades de salud de una población tiene un costo que es, en buena medida, calculable. Nadie sabe con certeza quién se va a enfermar ni cuándo. Pero sí podemos estimar, con bastante precisión, cuántas personas se enferman en promedio, de qué patologías y en qué lugares. Esta es la lógica de cualquier seguro: se calcula un costo promedio esperado por persona, y sobre esa base se organiza el sistema, se distribuyen los recursos y se diseña su financiamiento.

Una vez que sabemos cuánto cuesta hacer bien las cosas, aparece el siguiente desafío. Muchas personas no tienen ingresos suficientes para financiar por sí mismas un acceso continuo y oportuno a la atención, desde la prevención hasta la hospitalización. Más del 70% de los chilenos está afiliado a Fonasa. Por eso, en un sistema racional, el Estado debe cubrir, en cada caso, la diferencia entre lo que cuesta atender bien a una persona y lo que esa persona realmente puede pagar.

Y como lo importante es que la población sea efectivamente atendida con calidad y eficiencia, da lo mismo si el prestador es público o privado. El costo de esa atención, bien diseñada y ejecutada, es esencialmente un dato técnico. Es cierto que el sector privado incorpora un margen de utilidad, pero también es cierto que el sector público arrastra ine-

ncias estructurales que pueden compensar esa diferencia. De hecho, como no existe una contabilidad clara en el sistema público, muchas veces ni siquiera sabemos si realmente es más barato. Si los hospitales públicos se gestionaran con los mismos estándares que los privados, probablemente veríamos que los precios no son tan distintos.

Este enfoque también permite clarificar el rol de cada actor. Las clínicas privadas que recibieran una parte relevante de sus ingresos desde el Estado deberían operar bajo estándares comunes, aceptar auditorías, someterse a reglas de trazabilidad y permitir cierto grado de supervisión pública. En la práctica, dejarían de ser plenamente "privadas".

Mucho de esto, de hecho,

ya ocurre. En los últimos años, los prestadores privados han contribuido activamente a re-

solver listas de espera, a enfrentar la pandemia y a atender casos cubiertos por la Ley de Urgencia, todo ello bajo el cumplimiento de exigencias normativas como la acreditación, el GES, las autorizaciones sanitarias y las auditorías asociadas.

Simétricamente, los hospitales públicos deberían poder cobrar a quienes tienen capacidad de pago total o parcial. Si alguien puede costear parte de su atención, no hay razón para que el Estado lo subsidie completamente. Así como el Estado debe cubrir lo que las personas no pueden pagar, también debe recuperar lo que sí pueden aportar. Con ello, tanto los prestadores públicos como los privados tenderían a funcionar bajo una misma lógica: costos explícitos, estándares definidos, financiamiento mixto y foco en resultados.

No se trata de igualarlos por decreto. Tampoco se trata de privatizar ni estatizar. Se trata de diseñar un sistema coherente, con reglas comunes, estimaciones realistas y principios de eficiencia y equidad.

CO

Chile no necesita más ideología en este debate, sino una conversación honesta sobre cómo hacer que el sistema funcione de verdad. Necesitamos una política sanitaria que fortalezca la prevención, asegure una atención primaria eficaz, forme los especialistas que hacen falta, aproveche las tecnologías disponibles, como la ficha clínica digital y la inteligencia artificial, y que construya un financiamiento explícito, justo y sostenible.

Escándalos como el de las licencias médicas no son fallas puntuales. Son síntomas de un sistema que no ha sido bien diseñado. Y frente a eso, más que indignación, lo que necesitamos es una solución que funcione.