

Confederación Fenpruss

Por una Reforma Integral del Sistema de Salud Público:
Universal, Solidario, Gratuito, Integrado y Participativo

Antecedentes

En Chile, en materia de salud poseemos un sistema mixto y desigual. Por una parte, el sector privado al cual puede acceder la población con menor riesgo de enfermarse y de mayores ingresos y un sector público que esta marcado por hacerse cargo de la gran mayoría de la población, asumiendo la cobertura de salud de los beneficiarios con mayor riesgo de enfermarse y con menores ingresos.

Esta situación se ha venido configurando desde la dictadura cívico-militar, en donde se impulsan transformaciones en consonancia con el impuesto rol subsidiario del Estado, los cambios implicaron una separación de las funciones de financiamiento y provisión, adicionalmente se fragmenta la red asistencial.



Antecedentes

La red pública comienza a funcionar como un cuasi mercado, a través de la introducción de aranceles en las atenciones de salud (pago por prestación), definidos desde el Fonasa, políticas de externalización de servicios, aplicación de políticas que tienden al auto financiamiento de los hospitales, así como asumir modelos de gestión instalados con lógicas propias del sector privado.

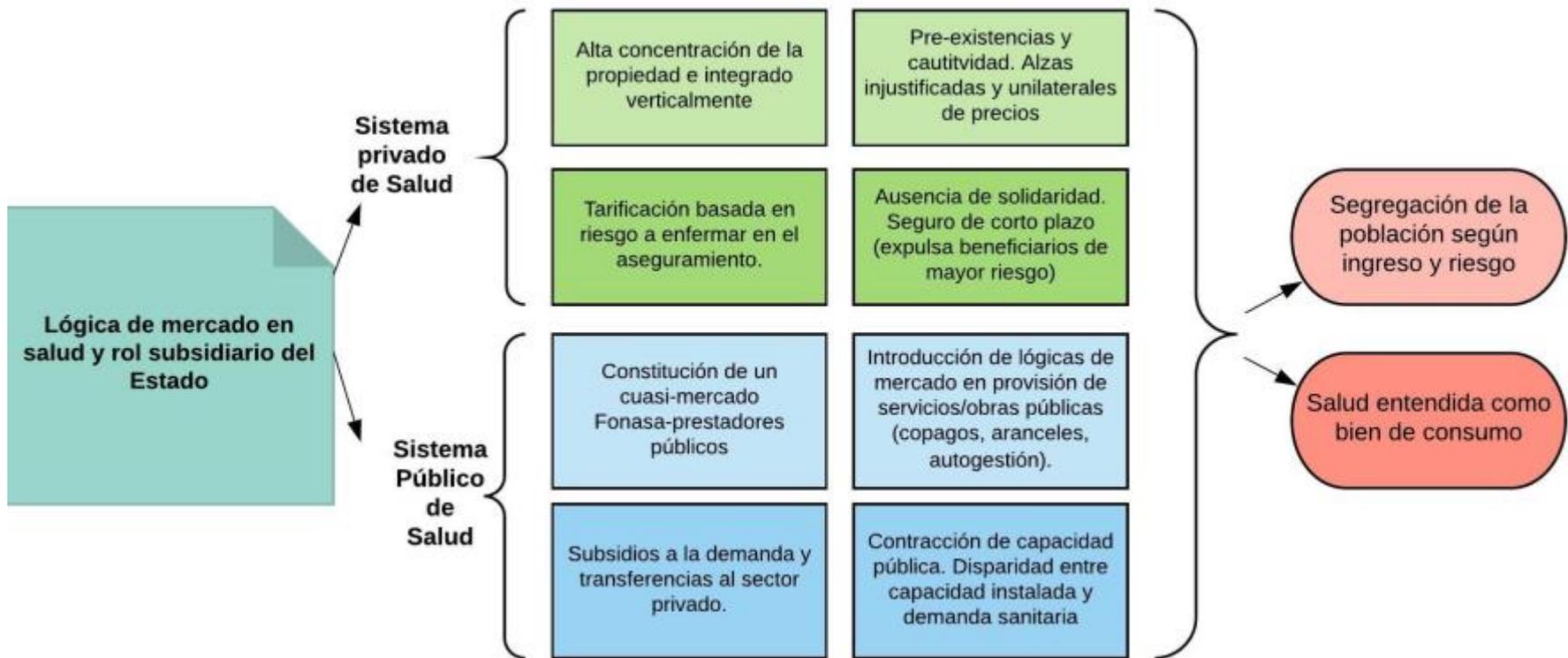
A lo anterior, hay que sumarle una política constante de generación de mecanismos de traspaso de recursos y pacientes a prestadores privados, principalmente a partir de la lógica de los subsidios a la demanda

Cerca de 12 mil millones de dólares han sido traspasados desde el sector público al privado entre 2005 y 2018

En materia de inversión, el sector privado presenta una expansión de 33,1% al mismo tiempo que la red pública se contrae y solo presenta un 12%.

En Chile se comprueban brechas de infraestructura en la red pública de salud, donde se ha pasado de 3,07 camas por beneficiario durante 2000 a 1,89 camas para el año 2015

Antecedentes



Qué propone el Gobierno

1. Mantención de la segmentación por riesgo e ingresos en el sistema de salud, las modificaciones en Isapres solo reduce discriminación junto con profundizar segmentación por ingresos. La población beneficiaria del Fonasa no es incorporada en el esquema de ajuste de riesgo. Persiste la salud dividida, en lo público aquellos con mayor riesgo e ingresos más bajos, y en lo privado, los de menor riesgo y mayores ingresos.

2. Un elemento prístino, en ambos proyectos es que el actual gobierno concibe el sistema de salud, como un mercado, al cual es necesario regular (Isapres) e intervenir (Fonasa), para aumentar la competitividad. En el supuesto de que la competitividad mejoraría calidad y acceso.

3. Se pretende que a través de la “elección” se descongestione la red pública de salud, apuntando a una mayor utilización de prestadores fuera de la red pública, sin considerar costos de las prestaciones y debilitamiento del sector público.

Qué propone el Gobierno

4. Se juzga como principio “supremo” del sistema de salud, la libertad de elección, por sobre la equidad, universalidad e integralidad. Entender la salud desde una óptica de la elección individual (racional), oculta los determinantes sociales y la desigualdad como factores que determinan los resultados y el acceso en salud.

5. Se reafirma la opción de resolver las necesidades de atención de los beneficiarios, estimulando el lucro de privados como señal de mercado. No hay un cuestionamiento respecto de que el margen de ganancia de los privados, son recursos que no se utilizan en el bienestar de la población y por ende un sistema con altos niveles de lucro resulta ineficiente en términos sanitarios (caso de Estados Unidos).

6. Se pretende horadar o restringir la obligación que tiene por ley el Fondo Nacional de Salud respecto de financiar y utilizar la red pública de salud.

Retrocedemos en Derecho a la Salud de Calidad

2. ¿Es una reforma integral?

- En estricto rigor los cambios beneficiaran a la población de mayores ingresos y más sana, dejando afuera al 80% de la población.
- Los cambios en el Fonasa, apuntan a ampliar la libre elección. Es decir aumentará el flujo de recursos desde arcas fiscales a privados y se profundizará la segmentación entre usuarios mas pobres y aquellos con capacidad de desembolso, dentro de los usuarios del seguro publico.
- Las medidas apuntan a aumentar la “elección” del paciente, para descongestionar red pública (medida sin evidencia).
- Se pretende disminuir los tiempos de espera en la atención, mediante compra al sector privado (sin evidencia o evidencia negativa).
- Las transformaciones tanto en Isapres como en Fonasa implican por un lado, entregar certidumbre jurídica y de continuidad del negocio para aseguradoras privadas, con los recursos de la seguridad social y en el caso de Fonasa permitirán garantizar un nicho de acumulación de capital a los holdings de salud.

Nuestros fundamentos

“La Salud como derecho: Por un sistema Universal,
Solidarios, Gratuito, Integrado y Participativo

Universalidad

Acceso para toda la población en función de sus necesidades de salud

Solidaridad

Flujo de recursos desde las personas con mayores ingresos y menor riesgo de enfermar hacia las personas con ingresos más bajos y mayor carga de enfermedades

Gratuidad

Posibilidad de acceso a la atención independiente de la capacidad de pago

Igualdad

Ante igual necesidad en salud, igual acceso a una atención de calidad

La Salud como Derecho

La Salud en lógica de Mercado



Salud como Derecho

Derecho a la salud reducido, libertad de elección (falsa promesa)



Derecho a cobertura universal, con garantía de protección financiera y calidad

Salud Pública estrangulada financieramente y pérdida de competencias



Salud Pública fortalecida mediante recursos e inversión (gasto público al 6% como mínimo del PIB)

Lucro y negocios rectores en la provisión y aseguramiento



Solidaridad como rector del sistema

Escasa Participación



Democratización y participación de las decisiones

La Salud que Soñamos es Posible