

SÍNTESIS ENCUENTROS 2018 MESA SOCIAL POR EL DERECHO A LA SALUD

INTRODUCCIÓN

Dentro del proceso de construcción de la Mesa Social por el Derecho a la Salud desarrollado durante 2018, hemos alcanzado definiciones programáticas de fondo, lo cual está sustentado en nuestra capacidad de convocar a distintos sectores de la sociedad civil que han sido históricamente excluidos de la construcción de la salud en Chile y que convergen en la necesidad imperante de concebir a la salud como derecho en múltiples dimensiones.

En relación a ello, definimos valores y principios fundamentales en los que basamos nuestro quehacer para promoverlos en cada una de nuestras intervenciones a futuro. Estos son entender a la salud como derecho humano, social, multidimensional y constitucional, como también crear profundamente en principios y valores como la democracia, transparencia, solidaridad, participación, unidad, autonomía, feminismo, la generación de conocimiento popular y la construcción de movimiento social en salud, siendo deliberante sobre su actuar e independiente del poder político de turno.

MISIÓN

Nuestra misión es ser una plataforma articuladora de las organizaciones de la sociedad civil que buscan defender y consagrar la salud como un derecho humano, universal, igualitario, multidimensional y constitucional, a través del desarrollo de movimiento social y la construcción de un proyecto con propuestas propias.

VISIÓN

Nuestra visión es transformarnos en un referente político-social, nacional e internacional, en el proceso de consagrar la salud como un derecho humano multidimensional.

DERECHO A LA SALUD

Históricamente, en Chile no ha existido una sociedad de derechos ya que estos han sido sostenidamente vulnerados y cuestionados en cada una de sus formas, siendo la salud uno de estos derechos que debe ser garantizado constitucionalmente por el Estado y cuyo ejercicio está íntimamente relacionado con el cumplimiento de los demás derechos humanos, que reconoce los aportes de los pueblos originarios y sistemas de salud complementarios dentro del territorio. Además de aquello, estamos a favor de la equidad con soberanía de las personas a decidir sobre sus cuerpos de manera autónoma, considerando que el Estado ha vulnerado este derecho transversalmente a través de la validación permanente de lógicas patriarcales, por lo que respondemos ante ello fomentando la existencia de un sistema con participación activa y democrática de toda la sociedad civil en todos los niveles del sistema de salud.

La Constitución Política de Chile debe incluir el derecho a la salud -como fenómeno complejo y no tan sólo el acceso a servicios de salud- en el estatuto de derechos fundamentales e incorporar mecanismos para mantener y restituir el derecho a la salud, priorizándolo cuando entre en conflicto con el derecho a la propiedad privada y a desarrollar cualquier actividad económica. Garantizar la salud debe ser un objetivo para el Estado por sobre la propiedad privada y el lucro en salud.

Creemos en un modelo de salud colectiva y equitativa, centrado en las determinantes sociales que comprenden todos los factores que influyen sobre el estado de salud que tienen las personas; aspectos como el trabajo, el ingreso familiar, la educación, vivienda, transporte o el ambiente libre de contaminación inciden en el proceso salud-enfermedad y están íntimamente ligados a la clase

social de las personas. Todo esto buscando comprender la salud no sólo como ausencia de enfermedad, sino que un estado completo de bienestar o buen vivir.

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

El gasto de salud en Chile como porcentaje del PIB está por debajo de las recomendaciones internacionales, está distribuido de tal forma de favorecer a las personas con menos necesidades y fuertemente balanceado hacia el sector privado que tiene bajo cobertura a un menor porcentaje de la población y que históricamente ha sido superior al gasto del sector público hasta que en 2016 logró superarlo escasamente. Por otro lado, de los recursos públicos, un 37% se ejecuta en prestadores públicos con aranceles referenciales que desfinancian a los hospitales y un 34% en prestadores privados con sobrecostos.

El financiamiento del sistema de salud es individual a través de cotizaciones, con aporte de los empleadores solo destinado a accidentes y enfermedades del trabajo, además de contar con un aporte subsidiario del Estado que se realiza a través de la aprobación de la ley de presupuestos que se vota año tras año en el Congreso Nacional. Las dos principales variables que inciden en el gasto público y el presupuesto en salud anualmente son las imposiciones previsionales y el gasto fiscal, las cuales han percibido un aumento sostenido en los últimos cuatro años en términos de recaudación, montos que son ocupados para prestaciones individuales del sector público y también para prestaciones universales de salud pública. En cambio, el sector privado en su financiamiento se rige por el mercado aumentando sostenidamente el retiro de utilidades por parte de las aseguradoras.

Creemos con convicción en un mecanismo de recaudación a través de impuestos generales y en el cual las transferencias del Estado a la seguridad social en salud sean suficientes para resolver las necesidades de las personas.

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Hasta la década del 70, Chile avanzaba hacia un modelo de seguridad social en salud de carácter universal. Posteriormente, la dictadura cívico-militar hizo un giro hacia la privatización de la seguridad social, a través de un modelo fragmentado con múltiples niveles de cobertura por medio de aseguradores privados para el nivel socioeconómico más alto y un fondo público para el resto de la población, generando una segmentación por ingresos, la cual persiste hasta el día de hoy.

En la actualidad, los recursos de la seguridad social se distribuyen inequitativamente, por un lado FONASA administra el 41% de los fondos totales destinados a 13 millones de personas y las ISAPRES administran un 14 % que considera a 3 millones de personas. Adicionalmente, existen entidades de seguridad social, Dipreca y Capredena, enfocadas en un segmento particular de la población constituido por las Fuerzas Armadas y de Orden que se financian de forma diferenciada, dando cuenta de la escasa equidad en términos de financiamiento en nuestro sistema de salud.

Esta forma de financiamiento se da en el contexto de un sistema de salud fragmentado, con múltiples coberturas en base a aseguradores privados y una gran entidad pública, que está segmentada por ingresos y riesgo, es decir, quienes poseen más ingresos económicos y menor riesgo de enfermar están en el sistema privado mientras que el grueso de la población, de escasos recursos y que posee mayor riesgo de enfermar, se encuentra en el sistema público, lo cual evidencia la profunda inequidad en este modelo de administración que está lejos de ser un verdadero sistema de seguridad social. Mientras el sistema privado crece aceleradamente dada la inversión de capitales nacionales e internacionales, alentados por el alto nivel de utilidades propias de la atención de cotizantes de Isapres y de la compra de servicios por parte del sistema público, este último se desfinancia por el bajo nivel de inversión del Estado para cerrar la brecha en el déficit de camas hospitalarias y sobre todo, por no contar con un sistema de atención primaria

robusto, sin mayor infraestructura, mejor diseño ni planificación de la población a atender. Es decir, el actual sistema está centrado en el paciente enfermo dado que su atención es más lucrativa, en desmedro de las atenciones de promoción y prevención que mantienen el estado de salud de la población.

Por todo aquello, creemos en un sistema que debe ser de carácter público, universal, solidario y equitativo, el cual es la única forma de garantizar el derecho a la salud en todas las prestaciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Paralelo al modelo de financiamiento vía impuestos ya mencionado en el acápite anterior, la seguridad social debe constituirse en un fondo único y solidario que distribuye sus recursos de acuerdo a las necesidades de las personas e independiente de su nivel socioeconómico. Esta lógica considera la integración tanto de Dipreca, Capredena y las mutuales, estas últimas dado que es conocido cómo el sector público debe enfrentar un importante contingente de gastos que deberían ser asumidos por estas entidades.

Somos concientes que un cambio de esta envergadura requiere una fórmula de transición, planificada e ineludible por el poder político de turno, entre el modelo discriminatorio e inequitativo actual al modelo solidario y universal al cual deseamos llegar.

TRANSFERENCIA DE RECURSOS

En cuanto a mecanismos de pago, la Modalidad de Libre Elección (MLE o bono Fonasa) y la compra de servicios, son los principales mecanismos mediante los cuales se realizan cuantiosos traspasos de recursos del sector público al sector privado, con el objetivo de compensar diversas brechas, pero también para abultar las utilidades de las empresas sanitarias. En la medida que el Estado trabaja dirigidamente para subsanar sus déficits, estos traspasos deben ser fiscalizados fuertemente, para velar por el buen uso de dichos recursos y evitar la existencia de “sacos rotos” que desfinancian la red pública y la seguridad social. Para ello, es fundamental fortalecer la educación popular, tanto del funcionamiento del sistema actual, sus modificaciones a futuro y de temas relevantes para la comunidad. Todo esto apunta a democratizar el financiamiento y a incorporar a sectores sociales que han sido excluidos históricamente, como lo son trabajadores y usuarios.

Deben existir una entidad estatal y diferente a la institucionalidad del Fondo Único y Solidario que, de acuerdo a las características de la población bajo cobertura de cada unidad territorial, distribuya los recursos a los prestadores con criterios de equidad, suficiencia y participación vinculante.

ATENCIONES EN LOS PRESTADORES

Actualmente la red de prestadores en nuestro país funciona bajo una lógica empresarial, con una red hospitalaria que debe autofinanciarse y una atención primaria sujeta al cumplimiento de metas sanitarias para la obtención de los recursos que requiere. El funcionamiento del sistema de salud en general está escasamente basado en una gestión y entrega de recursos con enfoque epidemiológico, pertinente y contextualizado a cada territorio. Esto ha llevado a que el modelo de atención de salud no sea capaz de responder a las necesidades de salud de las personas, basándose en lo curativo y prescindiendo del protagonismo de la promoción de salud y prevención de enfermedades. Entendemos que los cambios demográficos y epidemiológicos de la población deben ser el eje de las políticas públicas de salud en Chile. Por ello es necesario replantear de manera colectiva la forma en que se concibe e interviene en salud a nivel de Estado, trabajadores y comunidades, bajo principios de interculturalidad y humanización, asumiendo la verdadera complejidad del fenómeno de la salud humana mediante un sistema de gestión igualmente complejo para la promoción y atención de la salud multidimensional.

El sistema de prestadores debe ser reemplazado por uno cuyos principios básicos sean el trabajo en red y la continuidad de la atención, basado en entidades territoriales similares a los servicios de salud actuales, pero con mayores elementos participativos, vinculantes y democratizadores. Los prestadores deben ser públicos y financiados directamente y exclusivamente por el sistema de seguridad social y sin la existencia de copagos.

Por otra parte, se deben dejar al margen actividades con fines de lucro, que generan costos innecesarios e injustificados para el sistema como sociedades médicas, concesiones hospitalarias, transferencias del sector público al privado para subsanar el déficit de infraestructura y servicios, entre otros. Lo anterior lleva a que los prestadores privados puedan operar fuera del sistema, de manera autogestionada y regulada, y que no se conciba la construcción hospitalaria vía concesiones hospitalarias -o alianza público privada- puesto que esto solo va en beneficio de empresas privadas, precarizando las condiciones laborales y la calidad de atención de los usuarios.

Debe existir un órgano contralor, similar a la superintendencia de salud actual, que tenga tres roles por separado, un primero asegurar la calidad de los prestadores públicos, un segundo la regulación de los prestadores privados que operen fuera del sistema y un tercer rol que es velar por la participación real de los trabajadores y usuarios, a través de sus respectivas formas de organización, en la elaboración de políticas públicas, mejora continua e innovación del sistema de salud.

ESTRATEGIAS DE ACCIÓN 2019

Según nuestras fuerzas y los tiempos de las organizaciones que hoy componen la Mesa Social, debemos planificar hitos de movilización que nos permitan ir instalando en la opinión pública nuestras reivindicaciones, el cual se desarrollará el 7 de abril próximo en el marco del día mundial de la salud.

Además, debemos profundizar aún más nuestro horizonte programático, elaborando un insumo que recoja la historia de los movimientos sociales en salud chilenos y su presente, proyectando como hito de difusión y cierre de este proceso, la realización de un "Congreso por el Derecho a la Salud" para el presente año.

Esperamos también mantener los esfuerzos para ampliar aún más nuestra convocatoria a otras organizaciones sociales, a trabajadores/as de la salud del sector privado, a estudiantes de la salud y a todos los actores anteriormente mencionados en cada región del territorio nacional.

Principales políticas públicas que impulsamos y exigimos:

1. Fortalecer la Atención Primaria de Salud
2. Combatir las Concesiones Hospitalarias
3. Responzabilizar al Estado de las Enfermedades Raras
4. Hacer cargo a la sociedad de la Salud Mental y cerrar las brechas
5. Eliminar las Zona de Sacrificio