

Cuad. Méd. Soc. XLI, 1-2, 2000/ 3-4

La gratuidad de la atención médica dejó de existir cuando el desarrollo de la ciencia y la técnica de la salud obligó a superar la caridad en la prestación de servicios. Hoy día, de una u otra forma, hay que pagar por los servicios de salud. El cómo finalmente se cancela, es un tema central de las políticas de salud. ¿Debe el usuario, cuando requiere asistencia profesional, cancelar directamente de su bolsillo? O, ¿debe recolectarse por algún sistema institucional, sistemática y periódicamente, una cantidad de dinero de un grupo de personas para crear un fondo que responda a la eventualidad de salud? O esa institución, ¿debe ser una entidad de seguro público o privado?

Cualquiera sea la forma que se maneja el dinero para salud, éste pasa por tres momentos: (1) el momento del aporte; (2) el momento de la acumulación y, (3) el momento de pago al prestador. Después de definir estos tres momentos, los modos como se ha organizado su sistema de pago a los proveedores (Bodenheimer, T. y Grumbach, K., 1998) son básicamente cuatro: (1) pago directo del bolsillo; (2) seguro de salud privado; (3) seguro de salud público y, (3) el aporte directo de los fondos generales del gobierno.

El sistema de financiamiento es el instrumento central en la gestión del sistema de salud, no sólo porque organiza y coordina los recursos humanos y materiales, sino que también, y sobre todo, porque después de pasar por un proceso de toma de decisiones es la expresión de la real política de salud. Es, en definitiva, la expresión de los principios y valores que la sustentan. Por ello, cuando se carece de una política de financiamiento, se carece de política de salud.

Los países desarrollados, con excepción de Estados Unidos, muestran una evolución histórica que transita desde el pago-directo-del-bolsillo, pasa a los seguros públicos y privados y han terminado por el pagador único directo del gobierno. Esta evolución ha estado determinada históricamente por la maduración de la conciencia del derecho a la salud que se ha observado en los últimos decenios; la búsqueda de la equidad en la prestación de servicios y del nivel de salud; el reconocimiento de la importancia de la salud para el desarrollo económico y social de los países y por constituir la salud uno de los pilares, junto a educación, de la calidad de vida y la dignidad del hombre (Rodríguez-García, R., 1994). El modernismo y la humanización de los sistemas de salud en los países desarrollados europeos y Canadá se ha manifestado en esta tendencia y no, como algunos sustentan, en la privatización del seguro. Estados Unidos ha sido una excepción porque se quedó en el seguro privado individualista, a pesar de la extendida campaña levantada por un pagador único estatal, como lo han bautizado, que compromete a todos los estados. Ha sido por la oposición de los grandes intereses del seguro privado y de la industria farmacéutica lo que ha frenado los intentos que se han realizado desde el presidente Truman al presidente Clinton.

Lo que se ha planteado en Estados Unidos es la adopción del modelo canadiense de financiamiento, que se conoce como pagador único y que consiste en el "...financiamiento de los gastos en atención médica para toda la población a través de una fuente única, presumiblemente el gobierno, con fondos recolectados a través de los im-

puestos de los ciudadanos y los negocios.” (Hackney, D. and Rogan, D., 2001) (Mccanne, D.R., 2000). Este sistema se tiende a confundir con medicina socializada. Se diferencian porque esta última no sólo el pagador es administrado por el gobierno, sino que también todos los recursos humanos y materiales.

Es posible que su implantación se la considere utópica para el caso de Chile. También nosotros lo consideramos imposible de aplicar en la actual realidad. Si lo planteamos es para que, en el medio de un proceso de reforma, tengamos en cuenta que las soluciones estrechas en que no movemos han sido ampliadas y superadas en todos los países desarrollados. La enorme literatura que existe al respecto demuestra que la única forma de lograr la equidad en la prestación de servicios, sólo es por el pagador único. Nuestro más profundo convencimiento reside en el pagador único como la única fórmula de pago a los proveedores primarios<sup>1</sup> que, como país, hace realidad la equidad y la solidaridad en las prestaciones de salud; permite contener el crecimiento acelerado de costos en beneficio de una mejor atención médica y no del lucro; entrega un servicio de mejor calidad e integridad; simplifica y hace más eficiente la administración de los recursos humanos y materiales; hace realidad la libre elección en los servicios públicos y que, finalmente, hace posible la real participación de los usuarios.

DR. MARIANO REQUENA BICHET  
Editor

<sup>1</sup> Sistema de cuidado de la salud. Se entiende como *proveedor primario* de un sistema de salud de cuidado de la salud a los 15 millones chilenos de sus componentes que dan servicio o entregan insumos directamente para la gestión de actividades sectoriales. Los *proveedores secundarios* son el conjunto de elementos del sistema de salud que proveen elementos humanos o materiales a los *proveedores primarios* y por tanto no directamente a los usuarios.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aday, L.A. and Andersen, R.M., 1981. *Equity of access to Medical Care: A conceptual and empirical review*. Med. Care, 19(12): 4-27.
2. Bodenheimer, Thomas & Grumbach, Kevin, 1998. *Understanding Health Policy. A Clinical Approach*. Appleton and Lange, Stanford, Connecticut.
3. Brauer, Terry B., 1999. *Single-Payer best means to improved U.S. Health Care*. Capital District Business Review, Albany, NY.
4. Burner S.T.; Waldo D.R.; Mac Kusick D.R., 1992. *National health expenditure projection through 2030*. Health Care Fin Rev, 14(1):1.
5. Cavanaugh, Gerald, 2000. *Why Doesn't America Have Universal Comprehensive Health Care?* Ashland Sentient Times, Connecticut Coalition for Universal Health Care, Connecticut.
6. Chomsky, Noam, 1999. *Profit Over Peoples. Neoliberalism and Global Order*. Seven Stories Press, New York.
7. CORPUSAPRES, 2001. *Declaración de la Corporación de Afiliados y Usuarios de Isapres*. Santiago, Chile.
8. Fulton, J., 1993. *Canada's Health System Boarding on the Possible*. Foulkner & Gray, Washington, DC.
9. Gordon, D.S.; Bindman, A.B.; Troyen, A.B.; 1994. *A Better-Quality Alternative. A Single Payer National Health System*. JAMA, Vol 272, September 14, 1994.
10. Hackney, David and Rogan, Debra, 2001. *A Single Payer Health System for the United States*. www.amsa.org
11. Illanes, María Angélica, 1993. *Historia social de la salud pública. 1880 / 1973*. Periodistas Asociados, Santiago, Chile.
12. Mccanne, Don R., 2000. *Would single payer health insurance provide better and more affordable care for everyone?* Vermont Health Care for All. <vthco@sover.net
13. Qazi, Benjuve, 1999. *Sommerville Campaign for 'Just Health Care'*. SCN Index, Mass.
14. Rodríguez-García, Rosalía, 1994. *Health, Economics, and Development: Working Together for Health*. Selected Proceedings from the Seventh International Congress, WFPHA, Bali, Indonesia.
15. Schiff, G.; Bindman, A.B. and Brennan T.A., 1994. *A Better-Quality Alternative. Single-Payer National Health System Report*. JAMA, Vol. 272.
16. Somers, AR, 1971. *Health Care in Transition: Direction for the Future*. Hospital Research and Educational Trust.