CENTRO DE ESTUDIOS PUBLICOS

LA SALUD EN CHILE

EVOLUCION Y PERSPECTIVAS

ERNESTO MIRANDA R.
EDITOR

VERONICA LOYOLA A. • BRIAN ABEL-SMITH
MARCOS VERGARA I. • RAFAEL CAVIEDES D.
JUAN GIACONI G. • CESAR OYARZO M.

El Centro de Estudios Públicos, CEP, es una fundación de derecho privado, sin fines de lucro y de naturaleza académica, que se ocupa del análisis de los principios e instituciones que sirven de base a un orden social libre.

LA SALUD
EN CHILE

LA SALUD EN CHILE

EVOLUCION Y PERSPECTIVAS

LA SALUD EN CHILE:
EVOLUCION Y PERSPECTIVAS

Monseñor Sótero Sanz 175,
Santiago de Chile

Inscripción N° 91.227
ISBN 956-7015-15-5
Publicado en Santiago de Chile, octubre de 1994.

1.000 ejemplares

Diseño y producción
David Parra Arias

Portada
Reproducción de "Atravesando el atrever",
Diego Maquieira (cera sobre papel)

Impreso en
Andros Productora Gráfica

CENTRO DE ESTUDIOS PUBLICOS

LA SALUD EN CHILE

EVOLUCION Y PERSPECTIVAS

ERNESTO MIRANDA R.
EDITOR

VERONICA LOYOLA A. • BRIAN ABEL-SMITH
MARCOS VERGARA I. • RAFAEL CAVIEDES D.
JUAN GIACONI G.• CESAR OYARZO M.

INDICE

Presentación

El sistema de salud chileno se ha caracterizado a través de su historia por elevadas coberturas poblacionales y adecuados indicadores de status de salud.[1] La historia muestra hitos de gran importancia desde la Colonia con la creación de grandes hospitales, cuyos sucesores persisten hasta el presente, y desde comienzos del siglo XIX, con campañas de vacunación antivariólica que fueron precursoras en la región de Latinoamérica.

A partir de los años 20 comenzaron a perfilarse instituciones de gran solidez, que garantizaron beneficios previsionales de pensiones y salud a grupos cada vez más amplios de los trabajadores y sus familiares beneficiarios. Los hitos principales en esos años son la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley 4.054 de 1924) con la creación de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, y del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, en igual año; promulgación de la Ley de Medicina Preventiva en 1938 (Ley 6.174); la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA)

[1] Véase E. Miranda y M. Vergara, "Evolución y estructura del sector salud en Chile", en "Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y el Uruguay. Estudios de Casos y Modelo histórico-evolutivo de organización y comportamiento sectorial", editado por Jorge Katz, Ph.D., *Cuaderno Técnico* N° 36 de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., EE.UU., julio de 1993; V. Loyola y M. Vergara, en el capítulo I de este libro.

en 1942 (DFL 32/1552); y la constitución del Consejo General del Colegio Médico de Chile en 1949.

La creación del Sistema Nacional de Salud en 1952 (Ley 10.383), el desarrollo de las Mutuales de Accidentes del Trabajo a partir de la segunda mitad de los años 50 y su posterior formalización en 1968 mediante la Ley de Accidentes del Trabajo (Ley 16.744), y la Ley de Medicina Curativa (Ley 16.781 de 1968) que sobre la base del antiguo SERMENA consagró la libertad de elección de proveedor para los empleados, fueron hitos de singular importancia en la conformación de una red de fomento, protección y recuperación de la salud, reconocida por todos como de gran eficacia y calidad.

El sistema distaba de ser perfecto; sin embargo, adolecía de insuficiencias y presentaba incompatibilidades con el conjunto de reformas globales y sectoriales llevadas adelante por el gobierno militar, especialmente con aquéllas en el campo previsional.[2] Así, la década de los 80 presenció un conjunto de reformas en el sector salud que comprendieron la reforma y descentralización del sistema público (a partir de 1980, mediante el DL 2.763), la municipalización de la atención primaria (en dos "oleadas": la primera entre 1981 y 1983; la segunda, en 1988) y la creación de opciones para afiliarse a un sistema privado de financiamiento y administración de los beneficios previsionales de salud. Estas últimas se conocen como Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE, que comenzaron a operar a partir de mayo de 1981 (DFL Nº 3). En 1985 se promulgó la Ley 18.469 (llamada "Nueva Ley de Salud"), con vigencia a contar del 1 de enero de 1986, que consolidó las legislaciones precedentes en el campo de la salud, y, finalmente, el 9 de marzo de 1990 se promulgó la Ley 18.933, sustitutiva de la ley de ISAPRE preexistente.

Al momento del cambio de gobierno, el 11 de marzo de 1990, importantes componentes de las reformas del gobierno militar se encontraban todavía en proceso de implementación y en otros ya se identificaban áreas-problema que sería necesario enfrentar. El Gobierno del Presidente Aylwin abordó, desde sus inicios, la realización de un diagnóstico que permitiera evaluar el estado físico, funcional, operacional y de gestión del sistema público de salud. Este sirvió de base para formular un proyecto de reformas sectoriales, encaminadas a adecuar su capacidad productiva a los perfiles epidemiológicos emergentes y proyectados de la población atendida; mejo-

[2] Véase J. Scarpaci y E. Miranda, "Social Security in Chile". En *International Handbook on Old-Age Insurance*, editado por F. Pampel y M.Tracy. (Westport, CT.: Greenwood Press, EE.UU, 1991).

rar su eficiencia interna y la global del sistema de salud, y lograr una mayor equidad para los distintos estratos de la población.

Las sucesivas reformas del sector salud experimentadas en Chile no han sido un fenómeno único: prácticamente la totalidad de los países del mundo se han visto en la necesidad de abordarlas. Estas experiencias guardan valiosas lecciones que es preciso observar con atención.

El sistema de salud chileno se encuentra tanto en estado de transición epidemológico, como en uno, que podríamos denominar de transición sistémica: las estructuras de salud actuales se encuentran a mitad de camino entre las soluciones productivas y de financiamiento predominantemente estatales[3] y aquéllas de corte privado. La forma en que este sistema de salud sea configurado será crucial para lograr los aumentos de status de salud y la equidad buscados, con viabilidad económica en el mediano y largo plazo. De aquí la importancia de la coyuntura actual para reflexionar sobre los cambios efectuados en el pasado mediato, sus proyecciones y el espectro de alternativas que hoy se barajan.

Este libro reúne a un grupo de actores y expertos en el sistema de salud chileno con el fin de brindar una interpretación de su desarrollo histórico y reflejar las alternativas de desarrollo futuro más plausibles. Se incluyen tres capítulos: uno, *Perspectiva histórica y reformas del gobierno militar* dedicado a interpretar los desarrollos del sistema, con especial aplicación a partir del siglo XIX hasta las reformas del gobierno militar, contenido en los dos primeros artículos. Dos, *Sistemas de salud comparados*, busca dar una visión de las principales dimensiones de los problemas de la conformación, eficiencia y equidad de los sistemas de salud, recurriendo a casos seleccionados de países y experiencias en aspectos puntuales. Esto se presenta en los tres artículos siguientes. Tres, las *Proyecciones y propuestas* en torno a las cuales gira el debate hoy día comprenden los tres artículos finales.

Idealmente, se persigue dar luz al debate incipiente de la reforma del sistema chileno. Este trabajo está dirigido principalmente al especialista, quien gracias a sus estudios y experiencia puede reconocer de inmediato los mensajes y lecciones que se derivan de la lectura. También se dirige a los líderes, a los políticos y a los hombres de negocios, quienes con su actuar cotidiano van modelando el mundo en que vivimos. Todas las personas y entidades que intervienen en el financiamiento, administración y regulación, y en la provisión de prestaciones de salud podrán encontrar orientaciones para su posicionamiento en este debate. Las nutridas referencias bibliográfi-

[3] La predominancia la entendemos aquí en términos de la población cubierta por el sector estatal *vis a vis* el sector privado.

cas facilitarán a quienes desean ir más allá encontrar un camino convenientemente delineado.

La motivación última ha sido contribuir a que las soluciones en salud al alcance de todos nuestros compatriotas sean viables en lo económico y socialmente equitativas.

APORTES DE LOS AUTORES

La *Perspectiva histórica y reformas del gobierno militar* es abordada en los dos primeros artículos, que abarcan prácticamente desde la Colonia hasta fines del gobierno militar. Así, el primero comprende desde la época de la Colonia hasta el año 1970, mientras el segundo parte desde los indicadores y condiciones de salud existentes en los años 50 para concentrarse en las reformas iniciadas en los años 80.

El artículo *Evolución histórica del sistema de salud* es desarrollado por los médicos y magisters en Administración de Salud Verónica Loyola A. y Marcos Vergara I. Distinguen desde la Colonia hasta 1970 tres períodos: de 1500 hasta 1924; de 1925 hasta 1952, y desde 1952 hasta 1970. El hilo conductor de su trabajo es que los cambios y la evolución histórica del sistema de salud han obedecido principalmente a factores de corte "superestructural"[4] antes que a presiones del mercado de salud. Así, distintos agentes sociales y grupos de presión jugaron roles determinantes en la configuración del sistema a través de sus sucesivas transformaciones.

Son particularmente notables los roles jugados en distintos períodos por el movimiento obrero y de los médicos, y en los años veinte por los militares. A partir de la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, los médicos adquirieron creciente respetabilidad en lo científico y peso en lo político —entre otras cosas—, gracias a la participación de muchos de ellos como diputados y senadores. Más importante aún, la *intelligentzia* médica fue capaz de transmitir a los grupos de liderazgo intelectual y político del país las ideas de un Estado-benefactor, que luego jugarían un importante rol en la formulación y el nacimiento de la previsión social en Chile. En el caso de los obreros, son notables las Sociedades de Socorros Mutuos surgidas en el siglo pasado, que llegan a agrupar a 100.000 asociados en los

[4] "Superestructural" se entiende como las esferas de la ideología, la cultura y la política.

albores del 1900.[5] La organización sindical de los obreros se desarrolla y fortalece con el crecimiento y auge del salitre, y adquiere fuerza reivindicativa cuando esta actividad se deprime después de la primera guerra mundial.

Estas fuerzas, en evolución por largo tiempo, confluyeron en los años 20 con la fuerza militar para generar el nacimiento de la previsión social en Chile, como correctamente apuntan Loyola y Vergara. Las fuertes convulsiones sociales que conmovieron la nación por aquellos años llevaron a los militares a imponer al Congreso las soluciones que en lo ideológico había fraguado la *intelligentzia* médica y en lo político-social reclamaba el movimiento obrero organizado. Así nace la previsión social mediante la Ley 4.054 del Seguro Obrero Obligatorio, para cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte, en lo referente a salud y pensiones. También establece la obligación del empleador de cubrir los riesgos de seguridad y accidentes laborales de sus trabajadores.

Los años siguientes presenciaron aumentos de cobertura tanto poblacional como de prestaciones de salud. Paulatinamente se sumaron a los obreros los llamados "empleados", trabajadores de "cuello y corbata" (*white-collar workers*). Su desprotección fue corregida progresivamente mediante la creación de múltiples Cajas de Previsión, y a partir de 1942 con la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados se dieron los primeros pasos para la implementación de un sistema generalizado y orgánico. Estas acciones resultaron nuevamente de presiones superestructurales, derivadas de la irrupción política de los grupos de clase media y su acceso a las fuentes de poder con los gobiernos radicales. Desde entonces, y hasta 1973, serán ambas fuerzas —los obreros y la clase media— las que dominarán el escenario político.

La influencia médica directa dio paso luego, en los años posteriores a los veinte, a una creciente organización gremial cuyos hitos principales fueron la creación de la Asociación Médica de Chile en 1931, y luego la del Consejo General del Colegio Médico en 1949. Los planteamientos de la Asociación en cuanto a la necesidad de crear un Servicio Clínico de Salud "...único, nuevo, autónomo, técnico y financiado debidamente..." fueron recogidos por el Consejo General, y se encuentran en la base de la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 mediante la Ley 10.383. Apenas el año anterior, con igual base y finalidades consistentes, se había promulgado la Ley 10.223 de Estatuto Médico Funcionario. De este modo se configuró

[5] Esta cifra debe ser comparada con una población total del país estimada en 2,5 millones. Si se aplicara la relación histórica de 2,8 familiares por trabajador, entonces se tendría 380.000 personas de un total de 2,5 millones, esto es algo más de un 15%.

un sistema de gran cobertura y eficacia para la atención de los obreros, los indigentes y la totalidad de la población en materias de salud pública, convenientemente articulado con los superiores ideales sanitarios y los intereses gremiales de la profesión médica.

A partir de los años 40, y especialmente en los '50 y '60, junto con el fortalecimiento político de los grupos de clase media se fue perfeccionando la red de protección de salud para los "empleados". Son destacables el desarrollo de los Servicios Médicos de las Cajas de Previsión, con diversas modalidades de atención que incorporaron crecientemente la *libertad de elección* de proveedor de salud. Esta modalidad no regía para los obreros, y estaba fuera de la concepción que inspiró el Servicio Nacional de Salud. La *libertad de elección* tuvo en este período su máxima expresión el año 1968 con la Ley 16.781 que consolida la opcionalidad de proveedor del SERMENA. En el mismo año se promulga la Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales que da un adecuado marco legal-normativo a los desarrollos autónomos —desde los años 50— de las Mutuales de Accidentes del Trabajo.

El segundo artículo *Descentralización y privatización del sistema de salud chileno*[6] cubre en lo principal las razones más o menos explícitas para llevar adelante las reformas efectuadas durante el gobierno militar en el sector salud, analiza su materialización y evalúa preliminarmente sus resultados.

La revisión de los principales indicadores de salud en Chile a partir de 1950 y el conjunto de instituciones y mecanismos desarrollados a través del tiempo llevan al autor a concluir que el sistema mostraba gran eficacia. Sin embargo, la reflexión final de Loyola y Vergara en su análisis de la evolución histórica, al señalar que "... Llama la atención que no se buscara mejorar la eficiencia del sector...", es un llamado de atención a lo que fuera la fundamentación principal de las reformas que emprendiera el gobierno militar. También, y a pesar de los reiterados intentos a través de los años para mejorar la equidad de las soluciones, la realidad distaba de ser equitativa.

Se podría sostener que el sistema existente, junto con los logros manifiestos en cuanto a mejoras en el *status de salud*, exhibía fuertes ineficiencias: en lo productivo, puesto que la minimización de costos no figuraba en las funciones-objetivo de los administradores; y en lo global, puesto que el

[6] Véase E. Miranda, "Descentralización y privatización del sistema de salud chileno", *Estudios Públicos*, 39 (invierno 1990), Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile.

sistema adolecía de fuertes deficiencias en su orientación hacia la capacidad de respuesta a las demandas de las personas.

Las reformas en salud emprendidas en los años 80 formaron parte del conjunto de reformas encaminadas a modernizar el aparato estatal chileno y crear condiciones de mayor competitividad internacional. Abarcaron desde la reorganización del aparato público de salud —que consistió de la *descentralización* de los Servicios de Salud y de la *municipalización* de los consultorios de atención primaria— hasta la creación de un marco legal para el surgimiento y desarrollo de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

Tal vez el aspecto más llamativo y original de estas reformas fue la creación de las ISAPRE: entidades jurídicas privadas, las que fueron facultadas para captar las cotizaciones de salud de los trabajadores y pensionados, compitiendo de este modo con el aparato estatal. Podían administrar dicho financiamiento y proveer las prestaciones de salud por sí o mediante personas y/o entidades contratadas, con convenios de atención o simplemente proveedores independientes. En la raíz de este cambio se encontraba la concepción de que la cotización previsional de salud, tal como la cotización de pensiones, dejaba de tener el carácter de un impuesto para ser una parte del patrimonio del trabajador, respecto del cual podía disponer dentro de un rango delimitado por ley. Esto correspondía a un cambio radical desde un sistema previsional "de reparto" (*pay-as-you-go*) a uno de naturaleza individual,[7] en que los beneficios percibidos guardarían relación directa con las contribuciones o aportes (cotizaciones en la jerga chilena) efectuados. Se crearían de este modo incentivos para aportar más, para gastar menos, y para elegir aquellas entidades que fueran capaces de ofrecer el mejor servicio según los parámetros de preferencia de las personas.

El autor reconoce que no fue posible efectuar una evaluación completa de estas reformas, en parte por su proximidad y porque se trata de procesos aún en evolución. No obstante, algunos fenómenos y tendencias eran discernibles a la fecha. La descentralización del sistema estatal creó estructuras con capacidad legal para actuar en forma independiente y adaptable, pero ellas fueron sólo parcialmente aprovechadas. Faltó un esfuerzo consciente y deliberado por promover aumentos sustantivos de la capacidad administrativa en todos los niveles organizacionales. El sistema de asignación de recursos financieros FAP y FAPEM, por su parte, operó sólo en forma parcial, y erróneamente basado en las acciones de salud antes que en

[7] En el caso del sistema de pensiones, además se trataba de un sistema de "capitalización individual". Véase Scarpacci y Miranda, *op. cit.* 1991.

los resultados. En cuanto a las ISAPRE, ellas evidenciaron un importante crecimiento, cubriendo ya en 1988 alrededor de un 12% de la población del país, captando más de la mitad de las cotizaciones de salud y participando en alrededor del 40% del gasto global en salud.[8] Su permanencia en el tiempo —sostiene el autor— dependerá de su adaptabilidad a las condiciones de mercado y principalmente de los ajustes que se efectúen a su producto, llamados Planes de Salud; de su capacidad para cubrir sectores más amplios de la población y de mantener a sus afiliados durante todo el ciclo de vida, en especial en la vejez; y de mantener y dar solución equitativa a los enfermos crónicos y aquéllos con riesgos diferenciales.

En términos globales, los recursos totales destinados para salud en Chile no parecían haber disminuido con posterioridad a las reformas, al menos en su comparación con el período inmediatamente precedente. En rigor, considerando los gastos de las ISAPRE, habrían aumentado. No obstante, se advertía claramente un patrón de disparidad creciente en el financiamiento disponible y el tipo de atención al que accedían las personas de mayores y menores ingresos relativos. Termina concluyendo que tanto este efecto redistributivo regresivo como la determinación del gasto óptimo en salud para la sociedad chilena son tareas críticas por resolver hoy y en el futuro próximo.

Recapitulando esta sección dedicada a la evolución histórica, cuando incluimos el período comprendido entre los años 70 y 80 sigue siendo válida la tesis de que los cambios estructurales del sistema respondieron a factores superestructurales antes que a presiones del mercado. Las reformas del gobierno militar fueron una forma de respuesta a tendencias presentes al interior de la sociedad chilena y una acción proactiva frente a cambios sólo tenuemente perceptibles entonces en las condiciones mundiales. No podría sostenerse que ellos guardaron relación alguna con presiones de mercado, sino que correspondieron a una concepción de sociedad que incluso —al momento de implementarse— no era compartida por la mayoría de la población. Los agentes sociales tradicionales —los trabajadores, los médicos, la Iglesia— no participaron e incluso se opusieron a la municipalización de los consultorios de atención primaria y a la creación de las ISAPRE. En el caso de estas últimas, y a diferencia de lo observado en otros países de Latinoamérica, como Argentina, Brasil y Uruguay, no existía en Chile ninguna forma de pre-pago de salud anterior a su creación.

[8] A la fecha actual, las ISAPRE cubren cerca del 25% de la población del país y captan más del 60% del total de las cotizaciones compulsivas para salud.

Por su parte, el aparato estatal de salud era claramente dominante en el financiamiento y en la atención hospitalaria. Lo que sí estaba bien desarrollado era la práctica médica privada, tanto en entidades no estatales como en los mismos establecimientos públicos. Probablemente, fueron estos convenientes arreglos los que mantuvieron bajo control el desarrollo de un mercado formal de salud, e incluso pudieron haber favorecido el logro de las aspiraciones de los profesionales de entonces.[9]

Otro fenómeno destacable de la evolución histórica son los esfuerzos realizados en determinados momentos encaminados a dar organicidad y sistematización a las múltiples entidades que se van creando a través del tiempo. La tendencia reiterada a crear *sistemas* es una característica distintiva de las soluciones presentes en Chile. En esta dirección, la promulgación de la Nueva Ley de Salud (Ley 18.469) a fines de 1985, buscó dar organicidad legal al recientemente reorganizado aparato estatal, al área municipal de salud y las ISAPRE. Sin embargo, éstas y el sistema público de salud reformados a comienzos de los 80 no tienen organicidad funcional alguna.[10] Por las anteriores y otras razones que se encuentran en el texto, se podría predecir que se efectuará una nueva reforma del sistema de salud chileno en los próximos años.

El segundo capítulo, *Sistemas de salud comparados,* comprende tres artículos: *Sistemas de salud en el mundo: Marco conceptual*, *Sistemas de salud en el mundo: Casos seleccionados* y *Tendencias mundiales en el financiamiento de la salud.*

---

[9] Ello sería posible en la medida en que las rentas percibidas por los profesionales —la suma de la práctica en establecimientos públicos como funcionario de ese sector, más la práctica privada en establecimientos públicos y privados— haya sido consistente con sus expectativas de retribución.

[10] Mientras el sistema de ISAPRE es de naturaleza individual, y contiene adecuados mecanismos para cotizar e inducir conductas optimizadoras de parte de los afiliados, el segundo —el aparato estatal— continúa siendo de reparto, y existen incentivos perversos a minimizar la cotización y maximizar el gasto. Dentro de ciertos rangos, el aparato estatal contiene controles "macro" para el gasto representado por los límites presupuestarios que de diversas formas son impuestos. En el sistema de ISAPRE aún no se ha abordado el problema, y, en consecuencia, el gasto total ha ido aumentando persistentemente. El paso del sistema público al de ISAPRE constituye una fuerte discontinuidad, de ser "rico entre los pobres" y por lo tanto subsidiar en forma cruzada a estos últimos, a ser un individuo más que percibe beneficios directamente proporcionales a sus aportes. El sistema público no efectúa selección de riesgos y no discrimina contra los grupos con riesgo diferencial, de los cuales el conjunto más notable es el de los ancianos.

El *Marco conceptual* busca identificar el conjunto de factores o variables críticas a considerar en la caracterización de los sistemas de salud. Ello, con la finalidad de capturar la dinámica de funcionamiento de los sistemas en el proceso de maximización del bienestar de las personas en las dimensiones que comprende el fenómeno de salud, sujeto a las restricciones de recursos presentes. Ello permitirá apuntar el análisis de los sistemas comparados hacia las variables condicionantes de su operación, los determinantes de sus resultados en términos de status de salud de las personas, la cobertura poblacional y de prestaciones de salud, la eficiencia productiva y global y la equidad de las soluciones.

El desarrollo del marco conceptual se basa en la literatura conocida sobre las características que tienen los *mercados de salud*. Ello permite establecer 21 áreas de interés sobre las cuales es necesario investigar.

En los determinantes del status de salud y enfoque global. A partir del objetivo declarado por todas las sociedades de mantener y aumentar el status de salud de la totalidad de su población, se destacan los siguientes problemas: 1°, el grado de desarrollo de mecanismos de seguros de salud universales; 2°, el acceso universal a condicionantes críticas de la salud y a los bienes públicos de salud; 3°, subsidios para los grupos de mayor necesidad y riesgo con el fin de garantizar a toda la población los grados de equidad convenidos socialmente, y 4°, las formas de manejo del desarrollo científico y tecnológico en salud y los diversos mecanismos que existan para regular la introducción e incorporación de las nuevas tecnologías.

En la producción de los servicios de salud. En los mercados de salud no se cumplen de manera natural varias de las condiciones necesarias para que exista competencia. Serán relevantes entonces: 5°, la existencia de medidas y mecanismos que contribuyan a contrarrestar la capacidad de los proveedores para determinar la demanda; 6°, la presencia de mecanismos destinados a normar técnicamente los servicios de salud provistos, el establecimiento de "canastas" o "paquetes" de servicios y formas de pago a los proveedores por resultados objetivamente establecidos; 7°, la presencia de formas de producción a nivel microeconómico que persigan minimizar los costos; 8°, la presencia de diseños apuntados a lograr integralidad de la atención, al mínimo costo, y 9°, la dirección de los incentivos en lo referente al control de costos, sin menoscabos y con resguardos de los niveles de calidad establecidos.

En el mercado de servicios de salud. Las transacciones en los mercados —sean éstos formales o informales— permiten que las partes que interactúan aumenten sus grados de satisfacción. Sin embargo, hay condiciones esencia-

les para que dicho potencial se materialice: acceso a la información y equivalencia de poderes para negociar. Además, en el caso de la salud se presenta una serie de anomalías respecto de los mercados perfectos, que es necesario enfrentar. Entonces: 10°, presencia de arreglos colusivos entre los productores, y las medidas y mecanismos que se han establecido para contrarrestarlos; 11°, presencia de diferenciación de servicios de salud (diferenciación de producto) y discriminación de precios, que son indicativos de apropiación de excedente del consumidor por parte del productor, y pérdida social por menor producción; 12°, presencia de restricciones y control de la información accesible al paciente-consumidor, y presencia de formas y mecanismos para informarlo adecuadamente sobre las alternativas, y 13°, presencia de mecanismos de transferencia de los subsidios que brinden alternatividad y favorezcan la capacidad de negociación para los perceptores de subsidio.

En la demanda por servicios de salud. El desconocimiento sobre el tema y las connotaciones distintivas de las necesidades de salud nos llevan a renunciar en forma inconsciente a nuestra capacidad analítica y de raciocinio, debilitando de paso nuestro poder de decisión. Se identifican los factores que permitirían compensar estas tendencias: 14°, presencia de educación en salud, de mecanismos de co-pago que induzcan conciencia de costos y de sistemas de atención de complejidad progresiva, y 15°, presencia de mecanismos para inducir sensibilidad frente a los precios y el gasto por parte de las personas, de modo que desempeñen su rol como consumidores de salud conscientes e informados.

En la financiación. Comprende: 16°, las formas del financiamiento de los servicios de salud, las formas de transferir los subsidios y la presencia de mecanismos de control financiero; 17°, existencia de medidas encaminadas a controlar la evasión; a inducir regularidad en las contribuciones para salud y promover su aumento; y sistemas que incentiven a contribuir antes que a evadir; 18°, existencia de incentivos a economizar por parte de los perceptores de subsidio; 19°, formas de participación en el costo (*cost-sharing*) y copagos de las prestaciones de salud; 20°, formas de pago a los proveedores de servicios de salud, y 21°, existencia de instancias y mecanismos a nivel macrosocial, en los cuales se determine el máximo gasto en salud compatible con las preferencias sociales, y la disponibilidad global de recursos en cada sociedad.

En el artículo, *Sistemas de salud en el mundo: Casos seleccionados*, la selección de los países persiguió que ellos fueran representativos de los tipos de solución que concitan el mayor consenso entre los especialistas en cuanto

a su naturaleza paradigmática, y otros que incluyeran varianza en las categorías relevantes. Así, la selección incluyó Inglaterra, Italia, Alemania, Holanda, Canadá, Francia y Estados Unidos.

Inglaterra, Canadá y Estados Unidos son los paradigmas en sus respectivas categorías, representando modelos que van desde una mayor a una menor injerencia estatal en el sector salud. El resto de los países seleccionados lo fueron atendiendo a las características que se señalan a continuación (véase Cuadro 1 en el capítulo II): nivel y evolución de la participación del gasto en salud (GS) en el Producto Interno Bruto (PIB); porcentaje de financiamiento público de la salud (considerando las cotizaciones compulsivas para salud como parte de éste); métodos para proveer los servicios de salud por parte del Estado; grado de universalización de la cobertura; acción sobre el desarrollo de recursos humanos, de capital y la tecnología; formas de pago a los proveedores; acciones de control del gasto: se consideraron aquéllas sobre la oferta, la demanda y sobre ambas. Las lecciones que se derivan del análisis de estos casos seleccionados se presentan al final, combinándolas con aquéllas del siguiente artículo.

El Profesor Brian Abel-Smith[11] nos brinda sus consejos para la experiencia chilena en el artículo final de esta capítulo, dedicado a las *Tendencias mundiales en el financiamiento de la salud.* Abel-Smith nos señala en sus primeras palabras que numerosos países en desarrollo están insatisfechos hoy día con sus sistemas de salud. Ello se debería a las limitaciones de recursos, en especial en un período de "ajuste estructural", y también a que la atención que las personas reciben en los sistemas actuales presenta diversas deficiencias. El problema que se plantea es cómo extender la cobertura de los seguros de salud y al mismo tiempo garantizar equidad, calidad, contención de costos y buen trato en el servicio.

Sus principios orientadores en lo que sigue del análisis son los de los países de Europa occidental: 1°, todas las personas tienen derecho a la protección de salud. La inhabilidad para pagar no puede ser una limitante, ni siquiera en los seguros privados; 2°, todas las personas tienen igual derecho a iguales servicios de salud; 3°, el financiamiento de los seguros tiene como fuentes tanto las contribuciones compulsivas para salud como los impuestos generales. Dados los principios 1° y 2°, los sistemas involucran subsidios cruzados desde los ricos hacia los pobres; 4°, los proveedores de salud

[11] Brian Abel-Smith es profesor del Departamento de Ciencias Socilaes y Administración, London School of Economics and Political Science; es, además, una de las autoridades mundiales en el tema de sistemas de salud.

reciben los mismos pagos por los mismos servicios; 5°, sólo son aceptables los co-pagos si es que son moderados; 6°, no son aceptables las exenciones de impuestos para los seguros privados; 7°, el mercado debe ser regulado, debido a las conocidas imperfecciones de los mercados de salud.

El principio de derecho universal al mismo sistema de salud para todos los ciudadanos se ha ido diseminando desde los países desarrollados hacia aquéllos en proceso de desarrollo. De acuerdo a Abel-Smith, esto se debe a que se reconoce que aunque en ciertas sociedades la desigualdad de ingreso es inevitable, las desigualdades en los derechos a la salud tanto como a la educación son inaceptables. Por lo tanto es una forma por la cual los países buscan lograr estabilidad social manteniendo sus modos capitalistas de producción.

Según el autor, el significado actual del término *seguro de salud* bajo un esquema de seguridad social comprende dos aspectos: es una forma de captar el total o parte del financiamiento y es también una forma de garantizar la provisión de los servicios. Como fuente de financiamiento, las contribuciones compulsivas de los seguros salud tienen grandes ventajas y contienen incentivos adecuados. Pero, debido a la aspiración de universalidad de cobertura, también es necesario emplear la tributación general, coordinando estrechamente ambas fuentes.

Por su parte, los seguros de salud pueden garantizar la provisión de los servicios, brindando calidad, contención de costos y buen trato, sin necesidad de provisión directa por parte del asegurador. La opcionalidad de proveedores es una ventaja para el usuario y la competencia entre los proveedores mejora la calidad y el trato.

Una aspecto crítico tanto en el financiamiento como en la garantía de la provisión de los servicios es la forma de pago a los proveedores. Abel-Smith se refiere sólo a los tipos de pago al médico, lo que considera más crucial. Concentra su atención en las siguientes variedades: el método directo de contratación y pago de salario; el pago de las tarifas fijadas por los propios médicos bajo régimen de práctica privada; tarifas negociadas y pactadas entre los aseguradores y los proveedores, y el pago por capitación. A pesar de que todo sistema tiene desventajas, las formas de pago por capitación surgen claramente como las más apropiadas en el análisis de Abel-Smith, quien concluye indicándonos que la competencia entre los proveedores, unida a la opcionalidad por parte del consumidor, tiene un amplio campo para avanzar en el logro de eficiencia y satisfacción del consumidor. Por otro lado, las formas de controlar la oferta y asegurar una distribución equitativa de los recursos, la forma de pagar a los proveedores y las tendencias y consecuencias asociadas, son determinantes para la contención de costos y el

logro de equidad. Por último, sugiere que, por razones de equidad, convendría un sistema central de financiamiento, pero con competencia entre los proveedores públicos y privados.

De este segundo capítulo se desprenden las siguientes lecciones para el caso de Chile:

1° Todos los países analizados, con excepción de los Estados Unidos, brindan cobertura universal a todos sus habitantes. Sin embargo, ello no parece estar relacionado con el nivel de gasto como proporción del PIB, ya que todos ellos gastan sustancialmente menos que los Estados Unidos. Este último, sin garantizar universalidad de cobertura,[12] tiene sin embargo esquemas de subsidios para los pobres y ancianos pobres que sí parecen estar bastante asociados con el gasto global.
Es importante considerar también la naturaleza de la cobertura universal ofrecida a las personas sobre la base de sistemas compulsivos. La lección universal apunta hacia la igualdad de los derechos de salud. Pero —en términos prácticos— como es imposible garantizar la totalidad de bienes y servicios de salud tecnológicamente existentes a todas las personas, será necesario, entonces, acordar el subconjunto de dicha totalidad que la sociedad se comprometa a brindar a todos sus miembros.

2° Relacionado con lo anterior, las *fuentes de financiamiento* de la salud resultarían de una combinación de contribuciones compulsivas para salud y de impuestos generales. Las primeras son convenientes pues si los beneficios guardan una moderada asociación con las contribuciones, entonces generan incentivos para contribuir. Asimismo, estas cuentas son identificables con claridad, lo que facilita que se rinda debida cuenta de su empleo. Al mismo tiempo, debido a que grupos importantes de la población no están en condiciones de cubrir sus gastos en salud por lo reducido de sus ingresos, es necesario entonces incluir modalidades de subsidios si es que se persigue lograr equidad.

3° La presencia de sistemas de atención primaria adecuados parece ser una condición *sine qua non* para lograr elevado status de salud dentro de niveles de gasto razonables. El concepto del *General Practitioner*

[12] Según estimaciones de fuentes diversas, en Estados Unidos, alrededor de 40 millones de personas no tienen seguro o su cobertura es en extremo insuficiente.

inglés es una modalidad de efectividad comprobada, que está siendo implementada en otros países del mundo.

Lo más importante en este sentido es el concepto de una *entidad de atención de primera instancia,* con gran énfasis en el fomento y prevención; con capacidad de resolución para lo elemental y vías de derivación a niveles de complejidad superiores, que actúe como *agente informado del paciente* para el análisis de las opciones y las decisiones que deba tomar; que sea un *vigilante en lo técnico-médico* y sea *responsable* de la salud del paciente, con atribuciones para intervenir ante las acciones de salud a las que haya sido derivado.

Dos aspectos relacionados de la mayor significación se refieren, primero, a la necesidad de que el sistema de salud cuente con *integralidad.* Esto quiere decir que existan los canales de comunicación y derivación que permitan a la persona acceder a toda la gama de atenciones —de toda complejidad—, jugando la entidad señalada el rol de orientadora, vigilante, asesora por cuenta de la persona. Y segundo, ésta debe disponer de *alternatividad de entidad* con el fin de que se generen incentivos en esta última para proveer servicios de máxima calidad.

4° *Competitividad y obligación de "dar cuenta".*[13] Aquí conviene destacar que tiene que darse *igualdad de condiciones para los proveedores públicos y privados.* No es concebible abrir espacios para estos últimos, pero someterlos a condiciones más restrictivas que aquéllas de los proveedores públicos generaría ineficiencias y mayores costos.[14] Una vez garantizado lo anterior, deben establecerse *instancias y mecanismos de competencia entre proveedores públicos y privados.* Ello permitiría a las personas una efectiva alternatividad que actuara como mecanismo de control sobre los proveedores.

Las *formas de pago a los proveedores* han sido identificadas como cruciales para el logro de eficiencia. Están asociadas con la competitividad ("que el dinero siga al paciente") y también con los hábitos de consumo de salud por parte de las personas.

El principio de *dar cuenta y responder por los recursos* recibidos, tanto

[13] La idea de "dar cuenta" corresponde al concepto de *accountability*: responder por la manera como los recursos recibidos a cargo han sido manejados por la entidad administradora.

[14] Es preciso distinguir ente los períodos de transición hacia una mayor injerencia privada, y los "estados de régimen". Durante la transición, el ajuste de los agentes públicos puede requerir de condiciones transitorias más favorables. Pero ello, dentro de un marco de relaciones lo más explícitas posibles y con programas de implementación muy rigurosos.

por parte de los administradores de los seguros de salud como de las entidades financiadoras, es de extrema importancia pues induce responsabilidad en todos los agentes; obliga también a desarrollar y mantener sistemas de registro, seguimiento y control que favorecen la detección precoz de las anomalías y la realización de intervenciones correctivas oportunas.

5° A medida que se desarrollan las alternativas privadas de provisión de servicios, y mientras mayor es su grado de evolución, mayores son las imperfecciones del mercado asociadas a su dinámica. Se hace preciso, entonces, *fortalecer la capacidad de negociación* de las entidades de financiamiento y seguros, y de las propias personas. Estas últimas, para empezar, deben descansar cada vez más en entidades "intermedias" técnicamente informadas. Y éstas, a su vez, deben conformar entidades cuyo poder de mercado sea equivalente, al menos, al de las organizaciones y formaciones de los proveedores. Las estructuras de mercado que parecen haber operado más adecuadamente son las de monopolio bilateral, puesto que la regulación por sí sola, ante un producto de multiplicidad de variantes y necesidad de adaptación instantánea, no ha demostrado ser el mecanismo más eficiente.

6° Es conveniente crear *instituciones y mecanismos para promover el desarrollo científico y tecnológico en salud* —al menos para favorecer el seguimiento de los avances y efectuar la incorporación, en el caso de los países menos desarrollados— al tiempo de establecer *mecanismos de evaluación de costo-efectividad y entidades con capacidad de regulación del proceso de incorporación.*

7° La experiencia internacional muestra que los aumentos de costos y del gasto en salud son una constante presente en todos los casos. La experiencia también muestra que los países que han tomado conciencia sobre el problema y han implementado medidas, si bien no han logrado eliminar el problema, en unos pocos casos han conseguido estabilizarlo, y en el resto, por lo menos, moderarlo, de modo que parece necesario *poner atención a la evolución de los costos y los gastos en salud.* Lo anterior significa el diseño e implementación de sistemas de registro, seguimiento e identificación de las tendencias para poder actuar en forma proactiva. Las intervenciones requerirán de la concertación de esfuerzos entre las personas y las entidades financieras y de seguros, tanto públicas como privadas.

El tercer capítulo y final, *Proyecciones y propuestas*, comprende un primer artículo con la visión del doctor Juan Giaconi G. de cómo se proyectaba el sistema de salud durante el gobierno de las Fuerzas Armadas y de Orden.[15] El segundo artículo es abordado por Rafael Caviedes D.[16] Está dedicado a bosquejar una propuesta de *Subsidio a la demanda en salud*, la que representa una forma de proyección más radical de las reformas implementadas por el gobierno militar. Es al mismo tiempo una conexión más directa con el tipo de formaciones que, de algún modo, veremos en el futuro. Por último, César Oyarzo M.[17] aborda en su artículo lo que señala son "...los aspectos principales que debería considerar un programa de cambio del sector salud en los próximos años".

Las *Proyecciones de las reformas del sector salud durante el gobierno de las Fuerzas Armadas, 1973-1990*, descansa inicialmente en una revisión histórica descriptiva de los principales cambios efectuados en dicho período. Como tal, ello sirve de base para plantearnos cuáles fueron a juicio del doctor Giaconi los "ajustes" al modelo que se consideraba necesario llevar adelante, pero que no fue posible materializar. Plantea Giaconi que los principios matrices que orientaron estas iniciativas de ajuste fueron: lograr una mejor definición del rol del Estado; aumentar la libertad de elección de las personas, y mejorar la utilización de los recursos públicos mediante incentivos adecuados.

Estos proyectos de reforma abarcaban tres áreas. La primera consistía en un cambio de modalidad de propiedad y de gestión de los hospitales públicos y en general de la provisión pública de prestaciones de salud. La segunda consistía en la eliminación de la Modalidad de Libre Elección (ex-SERMENA) del sistema público de salud, para concentrar en este último la atención de los sectores de menores ingresos, mientras en la tercera se consultaba introducir paulatinamente una modalidad de subsidio a la demanda.

Las *reformas de la gestión en los hospitales y en la atención primaria* consistirían en su transformación, mediante una ley genérica, desde entida-

[15] El doctor Juan Giaconi G. fue Ministro de Salud del gobierno de Chile desde 1986 hasta la transmisión del mando presidencial a don Patricio Aylwin A.

[16] Rafael Caviedes D. fue Director del Fondo Nacional de Salud (FONASA) del Ministerio de Salud entre los años 1985 y 1990.

[17] César Oyarzo M. es economista de la salud, profesor universitario, miembro de las comisiones técnicas de salud de la actual coalición de gobierno, ex Superintendente de Isapres y actual Director del Fondo Nacional de Salud.

des públicas a empresas estatales con carácter de sociedad anónima. Los hospitales serían sociedades anónimas independientes de sus Consultorios de Atención Primaria, los cuales serían también transformados en sociedad anónima, Sociedad Consultorios S.A. Estos últimos pasarían —en una etapa final— a recaudar de parte de FONASA la totalidad de los recursos públicos para salud de la población cubierta. Prestarían la totalidad de las acciones de fomento y protección en forma directa; deberían inicialmente comprar la atención secundaria y terciaria con su Hospital S.A. de referencia, pero con el tiempo, y según indicara la experiencia, podrían comprar dichos servicios a su conveniencia en otros hospitales del Estado S.A. o con el sector privado. Los hospitales podrían ser finalmente privatizados, lo que, se pensaba, dependería crucialmente de su capacidad tecnológica.[18]

En cuanto a la Modalidad de Libre Elección, ex SERMENA, que venía operando desde 1968 (como SERMENA) y que había sido asimilada a las reformas implementadas a partir de 1980, se discutió su eliminación en 1986. Ello con ocasión de la dictación de la Ley 18.469. Pero, en definitiva, se mantuvo, aparentemente con la intención de su gradual desaparición, la que se produciría por emigración de sus usuarios hacia las ISAPRE.

El tercer ajuste, de la *entrega del subsidio o aporte estatal vía transferencias a las propias personas* (subsidio a la demanda), nunca consultó la idea de distribuir la totalidad del presupuesto fiscal de salud. Una parte de él sería transferido paulatinamente y sólo después que se hubiera materializado la afiliación masiva en los Consultorios S.A. *pari pasu* con este proceso, tanto los hospitales como consultorios serían dotados de mayor autonomía para el manejo de personal, el manejo presupuestario en general y de las inversiones, a fin de facilitar su adaptabilidad.

Estas reformas constituían un conjunto articulado mediante el cual se concentraba el sistema público en la atención de los grupos de menores ingresos. La totalidad de las personas gozaría de mayores opciones y alternativas: las de mayores ingresos se traspasarían a las ISAPRE, mientras el resto tendría la opción de afiliarse a distintos Consultorios S.A. que recaudarían directamente sus cotizaciones de salud. En este esquema, la denominada Modalidad de Libre Elección ex SERMENA no tenía cabida.

Con el tiempo, a medida que se introdujera el subsidio a la demanda, los Consultorios S.A. percibirían además el subsidio por cada persona afiliada. La distribución del subsidio a la demanda iría asociado a la formación de

[18] Cabe recordar que la transformación de empresas públicas en sociedades anónimas propiedad del Estado fue la estrategia empleada durante el gobierno militar para producir cambios en la gestión de las empresas, primero, para luego privatizarlas.

Hospitales S.A., un número importante de los cuales sería privatizado. La competencia en la provisión de salud, crecientemente entre entidades privadas, haría cada vez menos necesaria la infraestructura pública, la que pasaría a ser entonces principalmente de naturaleza financiera en sus ramas "operativas", concentrándose el Ministerio de Salud en las funciones normativas, de orientación y de fiscalización.

Este modelo era consistente con las orientaciones que inspiraron desde un comienzo las reformas en salud durante el gobierno militar. Si bien no se estipulaba plazo para su implementación total, la intención pareciera haber sido de obrar en concordancia con los resultados que se lograran en cada una de las etapas. Sin embargo, y como señala Giaconi:

> *Por razones de oportunidad y compromiso político de los diferentes sectores de Gobierno y también por las dificultades técnico-administrativas de su implementación, la mayoría de estas reformas quedaron pendientes a la fecha de término constitucional del gobierno pasado. Quizás se consideró que eran transformaciones demasiado profundas para el momento que se vivía...*

Caviedes nos propone a continuación *Subsidios a la demanda en salud. Una alternativa viable*. En su opinión, la crisis que padece el sector salud responde más a factores estructurales que financieros, por lo que correspondería realizar un cambio total en la organización. Su propuesta está centrada en transformar los actuales subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, consistentes en un pago *per cápita* a los afiliados que califiquen, para que ellos puedan elegir soberanamente la institución pública o privada que prefieran.

El trabajo presenta algunos fundamentos teóricos referidos a los conceptos de salud y medicina, justicia y equidad y aspectos constitucionales. Discute dos propuestas anteriores de subsidio a la demanda mediante un pago *per cápita*: uno, *Unidades de Atención Primaria*, que corresponde a la propuesta preparada en 1987 por un equipo interdisciplinario Ministerio de Salud-Ministerio de Hacienda. Se trata de la misma propuesta discutida por el doctor Giaconi, en lo pertinente; dos, *Centros de Atención Ambulatoria de Alta Resolutividad*, propuesta preparada por los médicos cirujanos Alfredo Rioseco y Carlos Ubilla, publicada en 1990.

La propuesta de Caviedes está específicamente apuntada a proporcionar un subsidio a las personas que opten por trasladarse desde el sistema público de salud hacia las ISAPRE. Esto se lograría destinando parte de los recursos del sector público de salud a subsidiar a los grupos de ingresos

medio y bajos "... para que éstos puedan ejercer el derecho de opción consagrado en la Constitución Política del Estado y elegir la institución privada que más se adecue a sus preferencias". Las instituciones privadas que más se prestarían para materializar esta opción serían —a juicio del autor— las ISAPRE. El monto máximo del subsidio a ser transferido sería el gasto corriente por persona mensual del SNSS (Sistema Nacional de Servicios de Salud). En valores de 1992, alcanzaría a US$ 6,18 mensuales. Caviedes fija así el subsidio por persona mensual en US$ 6,00.

El subsidio sería transferido a las personas que se trasladaran a las ISAPRE en proporción directa al número de beneficiarios por grupo familiar e inversa a los ingresos del trabajador. Esto es, existirían "techos" a la suma de la propia cotización del trabajador más el subsidio, siendo el techo variable según el número y tipo de carga. Así, en la propuesta de Caviedes: el trabajador sólo tendría un techo de US$ 24; la cónyuge elevaría dicho techo a US$ 40; los hijos permitírían elevar el techo en US$ 8 cada uno hasta la 5ª carga; de la 6ª en adelante el techo se elevaría en US$ 6 cada uno. Estos valores están calculados de acuerdo al costo de un plan de salud típico de bajo costo en las ISAPRE. El costo total de esta propuesta bordearía —segun los cálculos de Caviedes— alrededor de US$ 50 millones anuales adicionales para un total de 1 millón de cotizantes, lo que representa una solución de subsidio a la demanda muchísimo menos onerosa que las otras discutidas.

En su presentación sobre *La mezcla pública privada: Una reforma pendiente,* César Oyarzo inicia su análisis identificando los principales factores que impulsarían los cambios del sector salud en la mayoría de los países del mundo. Estos son: los cambios en el perfil epidemiológico; cambios de orden político-económico, entre los que destaca la "crisis del Estado" y revalorización del mercado; creciente importancia del rol de los consumidores; desilusión respecto de la capacidad reguladora del Estado, que lleva a buscar formas autorreguladas, y las "crisis de orden macroeconómico" que han reducido la capacidad del Estado para financiar el gasto en salud.

Luego de revisar someramente las reformas implementadas en la década de los '80, concluye que "... si bien tuvieron elementos positivos, dejaron pendientes aspectos cruciales que afectan el nivel de eficiencia y equidad del actual sistema". En lo atingente a *eficiencia*, Oyarzo destaca problemas en cuanto a los mecanismos de asignación de recursos, al proceso de descentralización, la municipalización y al sector privado de las ISAPRE. En cuanto a los problemas con la *equidad*, ella habría sido afectada negativamente en las ISAPRE y la municipalización de los consultorios de atención primaria.

La siguiente tarea de Oyarzo consiste en la descripción de las acciones desarrolladas por el nuevo Gobierno en el período 1990-92. Así, una primera medida implementada fue el incremento real del gasto público en salud (alrededor de un 33% de aumento), que se destinó a resolver las carencias más extremas (remuneraciones, farmacia y otros gastos operacionales) y al inicio de un programa de recuperación de la capacidad instalada. Paralelamente, se desarrollaron estudios técnicos y diseño de herramientas que servirán de base para el cambio del sistema. En el ámbito del *financiamiento*, se diseñó un nuevo modelo de transferencia de recursos que contempla pagos por resultados, tanto en la atención secundaria-terciaria, como en la atención primaria: *Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)* y pago *per cápita* según la población cubierta, respectivamente. También se abordó el diseño de *sistemas de recuperación de costos*. La operacionalización de los anteriores requirió realizar un *estudio de costos de las principales prestaciones de salud* con el fin de corregir los aranceles y contribuir a determinar el valor de los PAD.

En el ámbito del *mejoramiento de la gestión*, se diseñó un mecanismo de *Negociación Presupuestaria* destinado a coordinar y compatibilizar los niveles central y de los Servicios de Salud, formalizados mediante *Compromisos de Gestión*. Estos representan una suerte de contrato en que se establecen las facultades, las obligaciones y los resultados esperados de la gestión.

Finalmente, en los *lineamientos generales de la reforma pendiente*, Oyarzo declara que el problema debe ser enfrentado de manera integral. La existencia de un *mix* público-privado debe entenderse como un sistema de interrelación y complementación, en que se aprovechen las ventajas comparativas respectivas, en un ambiente de competitividad, encaminado a servir a los consumidores, quienes son, finalmente, los destinatarios de toda buena organización económica. Un primer aspecto por abordar es el *nivel de financiamiento requerido*. El instrumento adecuado para aproximarse a esta solución sería la definición de una *canasta de salud básica* establecida sobre la base de lo técnico y la opinión pública. El compromiso del Estado radicaría en complementar los recursos de las familias para solventar dicha canasta; asimismo, el seguro obligatorio de salud actual (léase, la tasa de cotización de salud[19]) pasaría a ser sustituido por la obligación de contratar la canasta determinada. Segundo, la *modificación de los mecanismos de pago de las prestaciones*, que deben comprender también al sector privado si es que se

[19] Debo señalar que se trata de la lectura que el editor hace del texto "...seguro obligatorio basado en un porcentaje fijo de la renta".

desea controlar los costos. Tercero, *enfatizar la prevención de salud* —en el sector público y privado— para reducir la incidencia de las morbilidades y como estrategia de control de costos. Cuarto, generar condiciones y espacios para la interrelación competitiva entre los sectores público y privado. Quinto, perfeccionar el sistema de ISAPRE en sus dimensiones de transparencia, enfermedades catastróficas y la atención integral de los afiliados durante todo su ciclo de vida. Sexto, reformas en la organización del sector público: separar las funciones de compra y venta de servicios y aumento del grado de competencia entre los establecimientos; asociado a lo anterior, profundizar la descentralización, lo que a su vez debería contemplar como regla general la *conversión de los actuales Servicios de Salud en empresas autónomas del Estado*, así como también los grandes hospitales de mayor complejidad; la adscripción de los consultorios de atención primaria a las municipalidades podría ser voluntaria, permitiendo que por la vía del pago *per cápita*, en el marco de una política clara y adecuados incentivos, puedan ser también contemplados como prestadores de servicios las instituciones privadas que puedan proporcionarlos de manera idónea.

REFLEXIONES FINALES[20]

Existe consenso generalizado de que el sistema de salud chileno ha sido históricamente uno de los más avanzados de América. A partir de los años 50, cuando ya estaba conformada una amplia red de atención para los obreros, la autoridad pública se dedicó en las décadas siguientes a extenderla a los empleados, y comprender la seguridad laboral. En estos dos sentidos, también fueron notables los esfuerzos realizados por las Cajas de Previsión y por los empleadores para brindar una adecuada seguridad laboral mediante las Mutuales de Accidentes del Trabajo. En el pasado lejano, mediato e inmediato, sin embargo, ha sido claro el predominio público en la iniciativa y en la operacionalización de éstas.

Lo que impulsa al gobierno militar a emprender las reformas de los años 80 es su afán modernizador de la economía, que tiene su expresión en el sector salud en la búsqueda de mejoras sustanciales en la eficiencia y aumentos de la opcionalidad de las personas. La reforma del sistema tiene también claras dimensiones de *equidad*, cuando se iguala la condición de todos los trabajado-

[20] El editor no pretende aquí agotar la multiplicidad de contribuciones que los autores han efectuado con sus aportes, sólo destacar algunas ideas generales que su revisión le sugiere.

res afiliados al sistema público, incorporando incluso instrumentos fuertemente redistributivos en favor de los más pobres[21] y mecanismos para que los trabajadores por cuenta propia pudieran cotizar para salud.

Sin embargo, las reformas privilegiaron la opcionalidad de las personas y el afán por desarrollar los mercados por sobre la equidad. La creación de las ISAPRE pusieron en acción fuerzas que a la postre aumentarían las disparidades entre sus propios afiliados y entre éstos y aquellos que permanecían en el sistema estatal. Estos últimos permanecieron —de más está decirlo— por su inhabilidad para pagar las cotizaciones cobradas por los Planes de Salud ofrecidos por las ISAPRE. Adicionalmente, el traspaso de los afiliados de mayores ingresos desde el sistema estatal al de ISAPRE generó un déficit del primero que ha obligado con el tiempo a aumentar su financiamiento basado en impuestos generales. A la fecha no existen estudios que establezcan los efectos redistributivos finales de estos movimientos.[22]

En otro orden de cosas, la aproximación al problema del financiamiento y provisión de salud por parte de las ISAPRE es radicalmente distinto de aquella característica del sistema público. Las ISAPRE fueron concebidas prácticamente como entidades de seguros, y siguen la lógica de éstas. Por lo tanto, seleccionan riesgos y cobran según tamaño del grupo familiar, y la dinámica de la competencia en que se desenvuelven —que constituye uno de los factores cruciales de su funcionamiento, incorporada por diseño legal y objetivos— las lleva a discriminar por riesgos, entre los que se cuentan las enfermedades crónicas, pre-existentes, riesgos diferenciales en general y la vejez. Resulta entonces que el aparato público actúa como un sistema de último recurso, en el cual permanecen los inhábiles para pagar, aquellos cuyos riesgos diferenciales les impiden acceder a las ISAPRE, y los viejos. No pareciera ser ésta una solución equitativa, principalemente porque ella resulta de actuaciones obligatorias que la ley impone sobre las personas.

---

[21] Este es el caso de los co-pagos diferenciados según nivel de ingreso, que permiten a los pobres y a los indigentes acceder a la atención de salud en forma gratuita.

[22] No está claro si la composición de las fuentes de financiamiento estatales es más redistributiva progresiva de lo que lo eran los subsidios cruzados que se daban al interior del sistema de salud único previamente existente; por lo que no se podría asegurar si el sistema actual es más progresivo o regresivo que el anterior. Sí se puede sostener que este fenómeno deteriora la situación de los más pobres en el caso de que el Gobierno no compense al sistema público adecuadamente, lo que ocurrió por algunoa años en la década de los '80. Contribuyeron parcialmente a su complementación los aumentos de las cotizaciones de salud compulsivas de un 4 a un 7%, el aumento de la cotización de los pensionados desde un 1,5 al 7%, y la extensión de la renta imponible de los funcionarios públicos al total de la renta percibida.

El aparato público de salud, no obstante la reforma, ha continuado siendo predominante en Chile en cuanto al número de personas cubiertas y a los recursos humanos y físicos involucrados.[23] De modo que el afán por mejorar su eficiencia, calidad y trato —siguiendo a Abel-Smith— ha sido y seguirá siendo una preocupación constante.

Giaconi nos indica que el gobierno militar pensaba proyectar sus reformas en salud dando mayor agilidad y autonomía a los hospitales —con el tiempo, incluso privatizarlos— y desarrollar formas de transferencia de los subsidios a las personas que les permitieran elegir entre unidades de atención primaria. Estas, con el tiempo, podrían pasar a administrar la totalidad del financiamiento e incluso convertirse en formas de ISAPRE. Caviedes nos propone fórmulas más extremas para distribuir la totalidad de los gastos operacionales actuales del sistema público entre los afiliados, para que ellos puedan directamente comprar Planes de Salud en las ISAPRE. Esta fórmula aprovecharía la ventaja de introducir un subsidio de demanda para alrededor de 3 millones de personas, descansando en un sistema administrativo ya probado.

Oyarzo, sin pronunciarse sobre la modalidad ISAPRE, nos indica que dentro de la concepción del Gobierno de la Concertación se consulta el desarrollo de fórmulas que permitan a las personas elegir entre distintas entidades de atención primaria, que con el tiempo podrían ser administradas por privados. También nos indica que se generarían condiciones para una mayor autonomía de los Servicios de Salud, incluso los grandes hospitales, mediante su conversión en empresas autónomas del Estado. Como principio, al interior del sector público de salud se separarían crecientemente las funciones de financiador-comprador de aquéllas de proveedor, con el fin de generar competencia y opcionalidad que aumenten la eficiencia y el grado de satisfacción de las personas. En la interpretación del editor, esto último significa que se crearían entidades al interior del aparato público que administrarían el financiamiento de la salud, estableciendo convenios de atención con los diversos proveedores públicos, pero que también podrían ser privados. La racionalidad interna del argumento llevaría a exigir que las personas pudieran optar entre varias de estas entidades, si es que a ellas les imponemos la obligación de que sean eficientes y sensitivas (*responsive*) a las necesidades de las personas. También podrían, en definitiva, ser administradas por entes no estatales (organizaciones no gubernamentales, aso-

[23] Lo anterior no es válido para los recursos financieros, en los que el sistema privado hoy día comanda bastante más del 50%.

ciaciones de profesionales médicos y otros, asociaciones de trabajadores, incluso entidades privadas).

En un escenario como el imaginado a partir de las ideas de Oyarzo, las propuestas de Giaconi y Caviedes no parecen tan distantes. Por de pronto, la necesidad de mejorar la gestión de los hospitales es casi un objetivo universal, y su mayor autonomía puede hacer conveniente, incluso, que sean administrados y de propiedad privada. Al fin y al cabo ... si se parece, se mueve, y se espera que se comporte como... es mejor que lo sea de una vez por todas. Y es mejor que si los privados van a actuar, que lo hagan con su propio dinero. El argumento podría extenderse a las entidades administradoras del financiamiento, que como ya vimos en la versión embrionaria de Oyarzo, podrían ser también privadas. Así, las modalidades que Caviedes analiza serían en principio consistentes.

Un punto relacionado de la mayor importancia se refiere a los efectos de la existencia de múltiples entidades financiadoras-administradoras sobre el mercado de servicios de salud, especialmente de los médicos. La pérdida del poder monopsónico por parte del Estado lleva a que el mercado pase a ser manejado por los proveedores, lo que está en la raíz de los aumentos de costos: así lo demuestra una y otra vez la experiencia mundial. Sin embargo, la solución no está en volver a las instituciones del pasado, sino que en generar mecanismos de concertación que garanticen a las financiadoras-administradoras un poder de mercado equivalente. Los ejemplos alemán, francés y holandés, para sistemas privados, y el de Canadá —aunque con modificaciones importantes— para los de índole estatal-provincial, deben ser observados con la mayor atención. Y —a juicio del editor— el ámbito de regulación por parte del Estado comprende definitivamente esta área, en el sentido de ser él quien fije las reglas del juego, las instancias y mecanismos de compatibilización, y que pueda ser el sancionador de última instancia cuando los agentes no logren resolver sus intereses en contraposición.

Pareciera existir una enorme confluencia en cuanto a los tipos de mecanismos que podrían implementarse, no así en cuanto a la concepción de equidad que adoptaremos. En esto, Abel-Smith nos enseña que los derechos y garantías de salud deben ser los mismos para todos. Y la experiencia mundial apunta en igual dirección. Oyarzo indica muy bien que ello debería operacionalizarse en términos de una "canasta" de bienes y servicios de salud determinada con criterio técnico y la opinión pública, haciendo pivotear la obligación legal de contribuir para salud en torno a ella y presumo que lo mismo ocurriría con las exenciones tributarias respectivas. El subsidio para los pobres se financiaría en este contexto por la vía tributaria. Pero no queda claro, y es una discusión clave para el futuro inmediato, cuáles *serán los de-*

rechos de salud que serán garantizados por la sociedad a la totalidad de sus miembros, y, por extensión, lo que no estará cubierto en ello y las personas deberán financiar con sus propios medios bajo iguales condiciones que todos los bienes.

Otro aspecto crítico tiene que ver con la forma en que serán enfrentados el desarrollo científico-tecnológico, y la extensión y ritmo de su introducción; asociado a ello, el desarrollo de los recursos humanos, en especial de médicos y enfermeras. Su importancia y sus efectos serán crecientes en los años venideros, y el escenario de aumentos de costos asociados es alarmante.

Por último, será necesario enfrentar el fenómeno de la salud en la totalidad de sus dimensiones. Hemos concentrado nuestra atención en los sistemas de salud propiamente tales, pero la salud está condicionada y determinada principalmente por el medio ambiente, las condiciones de vida, la educación y la conducta de las propias personas. Aunque es cierto que la ciencia y la tecnología van siendo cada vez más importantes cuanto más vieja sea la población, y más "industrializados" los perfiles epidemiológicos, la clave de una mejor salud seguirá estando —dentro del actual paradigma científico— en aquellos factores. Los sistemas de salud deberán ser, entonces, también adaptados en esta dirección.

La salud es un componente esencial del bienestar; es un factor crítico de la capacidad productiva de las naciones; es un igualizador crucial y factor potencializador de las habilidades incorporadas en todo ser humano.

CAPÍTULO UNO

Perspectiva histórica y reformas del gobierno militar

VERÓNICA LOYOLA A. Y MARCOS VERGARA I.

Evolución histórica del sistema de salud

Introducción

A modo de hipótesis, es posible plantear que los cambios observados en el sector salud chileno, desde el siglo pasado hasta fines de los '60, son el resultado de procesos cuyos principales hitos corresponden a la resolución —muchas veces institucionalizada— de los mismos, estimulados principalmente por modificaciones en el entorno socio-político del país. Estos cambios, más que responder a fuerzas en el mercado del sector salud, habrían sido respuesta a movimientos y presiones supraestructurales.[1]

El trabajo pretende reforzar este planteamiento, a través de la revisión de abundante material bibliográfico referido al rol de los diferentes actores sociales involucrados en el desarrollo histórico del sector —principalmente los médicos—, y, además, establecer una base multidimensional para la comprensión de la situación actual del sector salud chileno.

La información presentada proporciona antecedentes que avalan la hipótesis propuesta —la respuesta de cambio del sector salud explicada fundamentalmente a través del desarrollo socio-político del país— y, además,

Verónica Loyola A. Médico Cirujano, Magíster en Administración de Salud (MAS).
Marcos Vergara I. Médico Cirujano, Magíster en Administración de Salud (MAS).

[1] Ernesto Miranda, "Estudios de desarrollo de la investigación sobre modelos evolutivos del sector salud y su relación con los sistemas locales: el caso de Chile", *Documento de Trabajo* OPS 1991.

entrega antecedentes sobre el grado de participación de diferentes actores en las reestructuraciones del sector para el período observado.

En el desarrollo del estudio distinguiremos los siguientes períodos de análisis: Primer Período, desde el año 1500 al año 1924, Segundo Período desde el año 1925 al año 1952, y Tercer Período desde el año 1953 al año 1970. Para cada período revisaremos los temas i) evolución de la seguridad social, ii) principales hitos del período, iii) evolución de la situación de salud, y iv) rol de los médicos, describiendo las líneas específicas de desarrollo para entregar una visión comprensiva de la evolución del sector.

I. DESARROLLO

1. Primer período (1500 - 1924)

1.1 Evolución de la seguridad social

a) Las Sociedades Obreras de Socorros Mutuos

Los primeros indicios de movimientos de base se remontan a la época de la Colonia, siendo el artesanado el primer grupo de obreros en organizarse como gremio.

Los cambios políticos en la primera fase de la Independencia, con la derrota de los revolucionarios, produjeron la desintegración del gremio de artesanos. La época republicana posterior no significó mejoras para el artesanado, sino, por el contrario, incrementó sus dificultades económicas al abrir el mercado a los productos extranjeros.

La situación particular de deterioro económico de los artesanos los incentivó a expresar su descontento cuando hubo mayores posibilidades de expresión en el país, en la década de 1840.[2]

Hacia 1850, existía en el país un movimiento ya organizado formado por Sociedades de Socorros Mutuos (SSM), entidades que conformaban sistemas solidarios de ahorro privado destinados a otorgar principalmente prestaciones de salud y previsión a sus afiliados.

[2] María A. Illanes, "La Revolución Solidaria: Historia de las Sociedades Obreras de Socorros Mutuos en Chile, 1840 –1920" (Colectivo de Atención Primaria, 1990), pp. 17 - 19.

Al decir de Illanes,[3] a comienzos de siglo las SSM contaban con unos 100.000 asociados a lo largo de todo el país y prácticamente todas las organizaciones obreras y artesanas de ese tiempo eran SSM. Ello significó que el movimiento político de los trabajadores naciera y se planteara inicialmente desde estas Sociedades, que con el tiempo fueron creciendo, multiplicándose y agrupándose.

Siguiendo al mismo autor, los planteamientos reivindicativos de la Federación Obrera de Alimentación, creada en 1938, eran un clara señal de las aspiraciones de los obreros, los que sostenían: "...garantizar y perfeccionar los servicios médicos y de beneficencia y la inmediata y solícita atención a los indigentes; la abolición del peso que paga cada trabajador en las oficinas salitreras o mineras para la asistencia médica, que por ahora es nula, y con dicho peso levantar hospitales obreros en cada pueblo que lo necesite...".

Asimismo, en agosto de 1919, nace la Gran Federación Obrera de Chile, que pretende insertar a obreros y artesanos en la lucha reivindicativa nacional, a través de un organismo que conservaba la orientación de las SSM y que representaba a los obreros desde Iquique a Valdivia.

Sin embargo, de acuerdo al planteamiento de Illanes, la sustitución de las SSM por organismos sindicales, de manera contraria a lo esperado, significó una pérdida de la participación popular con aumento considerable de los conflictos internos, los que permitieron la participación de nuevos actores: la Iglesia, los aristócratas y el Estado.

b) El Movimiento Sindical Obrero

Al decir de Miranda,[4] el Movimiento Sindical Obrero desarrollado en los años 20 en torno a la minería del salitre jugó un papel muy importante en los cambios observados en Chile en materia de seguridad social. El escenario económico y político de la época explica bien las características de la previsión social que nace en 1924, donde los obreros acceden a beneficios antes que el resto de los trabajadores.

Siguiendo los planteamientos de E. Miranda:

> *La minería del salitre y del cobre actuaban internamente como "enclaves", puesto que carecían de vínculos productivos con el resto de la economía. Su máximo impacto interno operaba a través de los impuestos que el Estado les imponía a la producción y exportación que eran propiedad de extranjeros.*

[3] María A. Illanes, *op. cit.*
[4] Miranda, *op. cit.*

La fuerte dependencia del financiamiento estatal ya mencionada hacía que las contracciones internacionales se transmitieran hacia la economía interna afectando a amplios sectores poblacionales, con lo que se suscitaban conflictos internos de especial intensidad.
Los "enclaves" mineros de exportación habían generado las condiciones de concentración física, así como salariales y de trabajo, para que se creara un movimiento sindical extremadamente poderoso que irradiaba hacia el resto del país. Las fluctuaciones de la minería generaban gran demanda por fuerza de trabajo en los períodos de auge y masivos despidos en los de recesión. Las ideas y movimientos acunados en la pampa se transmitían con estas migraciones de trabajadores.
Así, el paulatino desplazamiento del salitre natural como consecuencia de la invención de su símil sintético durante la 1ª Guerra Mundial, sumado a la recesión de 1922, estuvieron al borde de producir una revolución de corte socialista en Chile. Sólo la astucia de políticos con inclinaciones populistas lograron reorientar estas presiones.

1.2 Principales hitos del período

Desde comienzos del siglo XIX se crearon diferentes instituciones tendientes a estructurar la orgánica del sector salud en Chile. Destacaron en este período: i) la Junta de Vacunas, en 1808, ii) la Junta Directiva de Hospitales, en 1832, iii) la Junta General de Salubridad, en 1887, iv) el Consejo Superior de Higiene Pública, en 1892, v) el Consejo Superior de Beneficencia, en 1917, vi) el Código Sanitario, y vii) la Dirección General de Sanidad, en 1918 (véanse anexos 1 y 2).

No obstante los hechos citados, el acontecimiento más relevante del período que se analiza estuvo representado por la promulgación de la Ley de Seguro Obrero Obligatorio, en 1924.

Como fue expresado, en la promulgación de la Ley 4.054 que crea el Seguro Obrero Obligatorio y compromete la participación del Estado en la seguridad social, hay consenso en asignar un papel determinante a la situación socio-económica del país.

La inestabilidad social y política del país, junto con un viaje coyuntural a Europa del diputado de la época, doctor Exequiel González Cortés,[5] explican

[5] Existen antecedentes de que el doctor González Cortés, a petición de los agricultores de Buin y Champa, consiguió que el gobierno lo enviara a Europa al Congreso de Tuberculosis, efectuado en 1905.

el nacimiento de la previsión social en Chile. A su regreso, en 1921, el diputado elaboró y presentó al Parlamento un proyecto que contenía los principios de la seguridad social. Este había sido construido sobre el modelo del seguro social alemán de Bismarck y debió esperar un cambio político radical para su promulgación.[6] Este se produjo en 1924, bajo el gobierno militar del general Altamirano, cuando el Poder Ejecutivo decidió acelerar la aprobación de varias leyes que generaban un "cuello de botella" en el Parlamento; una de ellas, la Ley 4.054.

No obstante la importancia que reviste la ley en comento, primera en América Latina, no estuvo exenta de detractores y tanto trabajadores como patrones plantearon sus inquietudes al respecto: los primeros manifestaron descontento por los desembolsos que debían realizar, y los segundos porque se pretendía entregar la gestión a los sindicatos; ambos grupos, además, percibían una intervención amenazadora del Estado.

El modelo desarrollado por la Ley 4.054 concebía la Caja de Seguro Obrero como una entidad semifiscal con financiamiento tripartito —Estado, empleador y obrero—, que prestaba al asegurado los beneficios de atención médico-dental: consulta, medicamentos y hospitalización, subsidio de enfermedad de hasta 6 meses, pensiones de invalidez, pensiones de vejez y cuota mortuoria.

La cobertura poblacional inicial de los beneficiarios de la ley fue uno de sus principales defectos, puesto que aseguraba sólo a los obreros dejando a los empleados y profesionales a voluntad de su ahorro privado. No se vislumbraba que la industrialización provocaría una onda inflacionaria de tal magnitud que eliminaría el ahorro privado, quedando la clase media fuera del alcance de dicha protección, la que posteriormente obtuvo a través de leyes propias de previsión según sus empleadores.[7]

En materia de salud, en la Caja del Seguro Obrero al comienzo las prestaciones ambulatorias se efectuaron bajo el sistema de libre elección; posteriormente hubo médicos de lista, para finalizar con atención en policlínicas propias de la Caja.[8] La hospitalización, en cambio, se realizaba a través de convenios con los establecimientos de la Beneficencia.[9] En cuanto

---

[6] Hernán Romero, "La Medicina Social en Chile" *Revista Médica de Chile* 100: 877, 72.

[7] Benjamín Viel, *La Medicina Socializada* (Ed. de la U. de Chile 1964), pp. 199 - 200.

[8] No existen antecedentes que expliquen las razones de esta tendencia a "cerrar" el otorgamiento de prestaciones; sin embargo es semejante a la evolución natural del sistema Isapre en su esfuerzo por incrementar su población beneficiaria y contener costos.

[9] Departamento de Salud Pública y Medicina Social, "Seguridad Social del Obrero", Facultad de Medicina Sede Norte, Universidad de Chile, 1975.

a la cobertura, las primeras acciones beneficiaban sólo al obrero, la esposa embarazada y puérpera, y los hijos menores de 2 años.

1.3 Evolución de la situación de salud en el período

La asistencia médica se inició hacia 1552 con la fundación del primer hospital de Santiago. Durante la época colonial existía alta prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas, entre ellas viruela, tifus exantemático, sarampión, afecciones entéricas, tuberculosis, enfermedades venéreas y, en algunos puntos del país, peste bubónica, malaria y fiebre amarilla. El nivel socioeconómico, las condiciones ambientales, la ruralidad y la falta de acceso a los escasos establecimientos asistenciales condicionaban la situación descrita.[10]

Los acontecimientos más relevantes para la situación de salud del país en el siglo XIX fueron: i) la variolización y creación de la Junta Central de Vacunaciones, en 1805 y 1808, respectivamente, de gran relevancia por el perfil epidemiológico descrito; ii) la creación de organizaciones como la Junta Directiva de Hospitales y Casas de Expósitos en 1832, posteriormente transformada en Junta de Beneficencia, tendiente a racionalizar el funcionamiento de los hospitales, pero carente de regulación técnica; iii) la incorporación de nuevas técnicas y procedimientos a la atención médica, con introducción a la cirugía de la asepsia y la anestesia, y iv) la creación, en 1842, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, lo que contribuyó al diagnóstico de la situación de salud y a las medidas de control epidemiológico.

La necesidad de evaluar los resultados sanitarios alcanzados impulsaron el desarrollo, en 1917 y 1922, de dos Congresos Nacionales de Beneficencia, los que concluyeron en la necesidad de promover la dirección técnica de los hospitales y la integralidad en la atención, incorporando acciones hacia la comunidad.

Hacia fines del período que se analiza, el país presentaba tasas de mortalidad general de 34 por mil habitantes y de mortalidad infantil de 306 por mil,[11] lo que ponía de manifiesto la necesidad de intensificar los esfuerzos para superar la situación precaria de salud que se vivía.

---

[10] Eduardo Rosselot, "Reseña Histórica de las Instituciones de Salud en Chile", Colegio Médico de Chile A. G., julio 1992.

[11] María A. Illanes, *op cit.*, p. 23.

1.4 Rol de los médicos en el período

Es posible postular que la participación de los médicos en el desarrollo del sector salud y la seguridad social fue determinante a lo largo de la historia y que dicha participación fue originada y estimulada, además, por un proceso de influencia mutua —círculo virtuoso— entre el desarrollo académico e intelectual —Facultad de Medicina— y la adquisición de posiciones individuales de creciente importancia en la actividad sociopolítica del país, específicamente en los poderes Ejecutivo y Legislativo.

A saber, durante la Colonia la profesión médica carecía de calidad científica y técnica que le diera respetabilidad en la sociedad chilena.[12] Recién a partir de la fundación de la Facultad de Medicina impulsada por los propios médicos desde sus posiciones iniciales en los poderes Legislativo y Ejecutivo, a mediados del siglo XIX, se inicia la formación de profesionales en el país y, derivado de ello la participación de los médicos crece significativamente en los ámbitos social, político y científico del acontecer nacional.

En la práctica, un número importante de profesores de la Facultad de Medicina empieza a ocupar cargos políticos de relevancia. Efectivamente, durante la época portaliana (1833-1891) hubo 18 médicos diputados, 4 senadores y 3 ministros de Estado; en la época Parlamentaria (1891-1924), 3 fueron diputados, 1 senador y 4 ministros en diferentes carteras.[13] Estas autoridades impulsaron, desde sus cargos, el desarrollo específico del sector.

Es interesante destacar el rol que asigna Illanes[14] al movimiento médico de comienzos del presente siglo. En esa época la influencia estatal en materia de seguridad social era escasa, a pesar de la preocupación creciente que asumía el Estado por las materias económico-sociales. En este sentido, se incorporaban a la discusión representantes de los empresarios, de los partidos políticos, de la Iglesia, de sectores medios y profesionales, de los militares y la *intelligentzia* médica.[15]

Al respecto, Illanes plantea que la *intelligentzia* médica apoyó dos proyectos: i) el Estado Benefactor —organismo público—, y ii) el Patronato Nacional de la Infancia —organismo privado—. Ambos incorporaban la

---

[12] Ricardo Cruz–Coke, "El Museo Nacional de Medicina. (II) La Epoca Republicana (1831-1891)", *Revista Médica* de *Chile*, 117, pp. 1.189-1.196, 1989.

[13] Ricardo Cruz–Coke, "Los Profesores de la Escuela de Medicina y la Historia Política Nacional (1833–1983)", *Revista Médica de Chile*, 111, pp. 380 – 387.

[14] Illanes, *op. cit.*

[15] María A. Illanes usa la denominación "*intelligentzia* médica" para referirse a los grupos de influencia de la profesión, término que los autores han preferido conservar.

idea de asistencia social y consideraban la alternativa de incorporación del pueblo al Estado, para alejarlo de la subversión.

En definitiva, Illanes postula que los agentes claves del fenómeno de transformación del Estado fueron la *intelligentzia* médica y los militares y que ambos se encontraban en abierta ruptura con el estamento político. Al decir de Illanes, "...los doctores jugaron aquí el papel histórico de levantar el crítico problema de la salud pública al status de una verdadera doctrina de seguridad nacional...".

Según el mismo autor, el problema de la salud pública, en tanto doctrina de seguridad y en tanto política de bienestar social, se constituía en el concepto a partir del cual se formaba la vía del llamado "estado de asistencia", representado por el Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo, dirigido por la *intelligentzia* médica y amparado por los golpes de fuerza de los gobiernos militares de los años 1924 y 1925.

Illanes, en una postura que asigna una participación preponderante a los médicos, plantea que la idea era crear un Estado satélite asistencial, liderado por la clase médica, pero controlado y legitimado desde el gobierno central. El desafío era que el Estado asumiera un papel interventor en aspectos legislativos y de bienestar físico-colectivo, ya que no se pretendía modificar el orden político-económico confuso y contradictorio existente desde 1920 a 1938. En esta línea de pensamiento, la Caja de Seguro Obrero constituía un satélite del satélite asistencial en torno al cual la clase médica instalaba su poder y su proyecto sanitario.

Posteriormente, las agrupaciones de carácter gremial condujeron a los médicos hacia un ámbito más restringido de acción, disminuyendo su influencia en el desarrollo socio-político del país a cambio de un fortalecimiento en cuestiones reivindicativas de carácter más estrictamente gremial.

2. Segundo período (1925 - 1952)

2.1 Evolución de la seguridad social

a) La situación del Seguro Obrero Obligatorio

Desde su promulgación el SOO no sufrió cambios de importancia sino hasta 1936, fecha en que se evaluó el sistema y se decidió incorporar el examen de salud a obreros sanos e implementar el seguro maternal e infantil. Las acciones de salud involucradas en este último ampliaban la cobertura, además de incorporar los beneficios de reposo maternal y subsidio de lactancia

al obrero.[16] Desde 1938, en virtud de la Ley de Medicina Preventiva, se comenzó a prestar atención a la detección precoz de las enfermedades de mayor incidencia y perniciosidad.

En su desarrollo el SOO presentó problemas de desfinanciamiento progresivo y bajo impacto en la mejoría de los problemas de salud.[17] Como consecuencia de esto, emergió la discusión acerca de la disfuncionalidad e ineficiencia del sistema de salud, lo que impulsó a los médicos a postular reformas que culminaron con la creación del Servicio Nacional de Salud y el Servicio de Seguro Social, en 1952.

b) El sistema previsional de los empleados

Paralelamente, a partir de 1924, los trabajadores que no pertenecían al grupo de obreros comenzaron paulatinamente a obtener beneficios de seguridad social, a través de la dictación de diferentes leyes que crearon organizaciones para diferentes empleadores: i) la Caja de Previsión de Trabajadores y Empleados de los Ferrocarriles del Estado (1924), ii) la Caja de Previsión de los Empleados Particulares (1925), iii) la Caja de Empleados Públicos y Periodistas (1930), iv) la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional (1937), v) la Caja Bancaria de Pensiones (1946), y vi) la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (1947), entre las más importantes, las que llegaron a totalizar más de 40 instituciones, algunas con menos de 50 afiliados.[18]

Otros grupos de trabajadores, independientes o por cuenta propia, lograron también leyes específicas que los protegieron: abogados (Ley 7.124), peluqueros y similares (Ley 9.613).

Según lo expresado por B. Viel:[19]

> *La proliferación de cajas específicas creó un sistema con diferencias importantes entre los beneficios otorgados a cada grupo laboral. Las leyes originarias sufrieron modificaciones, especialmente después del triunfo del Frente Popular en el año 1938, que propició la creación de nuevas leyes que otorgaban más beneficios, modificaciones que causaron sentimientos de cambio del régimen previsional de los obreros.*
> *Una de las grandes virtudes del sistema previsional chileno consistió*

---

[16] Departamento de Salud Pública y Medicina Social, "Seguridad Social del Obrero", Facultad de Medicina Sede Norte, Universidad de Chile, 1975, p. 1.

[17] Illanes, *op. cit.*

[18] Viel, *op. cit.*, p. 200.

[19] Viel, *ibídem.*

en la amplia variedad de prestaciones entregadas que garantizaban ayuda frente a estados de necesidad; no obstante, el régimen de beneficios era diferenciado y anárquico, en especial lo referente a pensiones. Al respecto, el Estado resuelve legislar sobre aspectos particulares, que aseguraron uniformidades parciales en las áreas de asignación familiar y medicina preventiva.

En esta dimensión se crea, en 1942, el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), aunando esfuerzos de las distintas Cajas, pero en especial como una forma de universalizar el acceso de todos los empleados a los beneficios de la Medicina Preventiva. Estos beneficios legales para los grupos medios se asociaban a su creciente importancia como fuerza política, cuya mejor expresión fueron los gobiernos radicales entre los años 1938 y 1952.

c) *La creación del Servicio Nacional de Salud*

Los cambios posteriores del sector culminarían con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, organismo que creó una red de establecimientos a nivel nacional y que consolidó el acceso de los obreros a los beneficios de la salud. Al mismo tiempo, implica la preocupación y responsabilidad del Estado en materias de salud pública, al encargarse de las acciones de fomento y protección de toda la población.

2.2 Principales hitos del período

Los hechos más destacados de este período fueron: i) la creación de la Junta Central de Beneficencia, en 1925, ii) la distribución gratuita de leche a los menores de 2 años, desde 1937, iii) la promulgación de la Ley 6.174 de Medicina Preventiva, en 1938, iv) la formación de la Dirección General de Protección de la Infancia y Adolescencia (PROTINFA), en 1942, y v) en el mismo año, la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), encargado de otorgar las prestaciones de medicina preventiva que habían sido extendidas por ley al grupo de empleados (véanse anexos 1 y 2).

No obstante la importancia de los hitos citados, hay consenso en establecer que el que revistió mayor trascendencia en el sector fue la creación del Servicio Nacional de Salud.

La Ley 10.383, de 8 del agosto de 1952, creó el Servicio Nacional de

Salud (SNS) y el Servicio de Seguro Social (SSS), organizaciones independientes que separaron dos áreas de la Seguridad Social de los obreros. De esta manera, el SNS reagrupó a las diversas entidades de salud preexistentes, incluyendo al Servicio Médico de la Caja del Seguro Obrero, ofreciendo atención médica a los obreros y acciones de fomento y protección de salud a toda la población.[20] El SSS se encargó, a su vez, de las pensiones y otros beneficios pecuniarios.

En lo referente al SNS, desde hacía tiempo se venían sucediendo discusiones en torno a la necesidad de crear un sistema de salud integrador, que comprendiera a las diferentes organizaciones que tenían a cargo funciones de salud pública destinadas a grupos determinados de la población. En ese sentido se realizaron acciones de coordinación de los servicios de salud, a través de la formación de un Consejo Superior de Salud que tenía representación de todos los organismos, el que tuvo escaso éxito.[21]

Concretamente, la gestación de la Ley 10.383 se inició en 1941, cuando el Ministro de Salud del gobierno de don Pedro Aguirre Cerda, el doctor Salvador Allende, presentó al Parlamento un proyecto de ley que reformaba la seguridad social, extendiendo los beneficios sociales y económicos de los obreros a toda la familia del trabajador y estableciendo, además, la coordinación nacional de los Consejos de Beneficencia, Sanidad y Seguro Obrero en una sola organización, fortaleciendo la infraestructura médica y sanitaria.

Esta iniciativa legal contó genéricamente con el apoyo médico, pero tuvo una difícil gestión parlamentaria. Recién bajo el gobierno de González Videla, el Parlamento comenzó su tramitación. La institución responsable de la coordinación asistencial requerida sería el Servicio Nacional de Salud.

El sistema de salud creado integró a los diferentes organismos que cumplían funciones de salud pública: i) la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, ii) el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, iii) el Servicio Nacional de Salubridad, iv) la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, v) la Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial, de la Dirección General del Trabajo, vi) los Servicios Médicos y Sanitarios de las Municipalidades, y vii) el Instituto Bacteriológico de Chile.[22]

---

[20] Esto es interesante para la discusión acerca de los subsidios al sistema Isapre y el rol del Estado en lo relativo a estas acciones de fomento y protección, que fueron concebidas como universales desde un principio.

[21] Jorge Mardones, "Origen del Servicio Nacional de Salud", *Revista Médica de Chile*, 105, pp. 654, 77.

[22] Mardones, *op cit.*, pp. 655–656.

Destaca dentro del modelo el ámbito participativo conferido al crearse el Honorable Consejo Nacional de Salud, organismo que contaba con la presencia de autoridades del sector, representantes del Colegio Médico y de la Facultad de Medicina, diputados, senadores, delegados patronales y del sector de obreros y el Superintendente de Seguridad Social. Como función de éste se estipulaba la coadministración del SNS.

La estructura orgánica del SNS se reglamentó recién en abril de 1953, después del estudio de varios proyectos. El organigrama definido contemplaba un Director General —asesorado por los Departamentos Jurídico, de Finanzas y Presupuestos— y dos Subdirectores, uno Normativo y otro General. Del Subdirector Normativo dependían los Departamentos Técnicos de Higiene Ambiental, Epidemiología, Fomento de la Salud, Atención Médica, Servicios Técnicos Generales y Laboratorios y una Oficina de Asuntos Internacionales. Del Subdirector General dependían las 18 Zonas de Salud creadas, la Sección Registro del Personal y el Departamento de Arquitectura.

Las Zonas de Salud mencionadas eran descentralizadas en el manejo presupuestario y coordinaban la acción de los Centros de Salud que las integraban. Los Centros de Salud, a su vez, eran las entidades ejecutoras de las acciones integrales de salud de la población.

Las políticas de salud delineadas por el SNS establecieron las siguientes líneas de desarrollo: i) integración formal de las acciones de fomento, protección y recuperación, ii) centralización en la planificación, normativa y supervisión, iii) ejecución progresivamente descentralizada, iv) coordinación intersectorial, y, v) participación comunitaria.[23]

El financiamiento fue la sumatoria del patrimonio e ingresos de los organismos que lo formaron, más un aporte mensual de 4,5% del total de los salarios de los trabajadores percibidos como cotizaciones por el Seguro Social y un equivalente al 5,5% de los salarios de aporte estatal. Se legisló, además, sobre la obligación de enajenar los bienes raíces de las Juntas de Beneficencia, destinando el dinero a la compra de acciones de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, para renovar y construir una infraestructura que permitiera ampliar la cobertura existente.[24]

Desde el comienzo se sucedieron variados problemas financieros en el pago de los subsidios de los asegurados y retraso en los aportes fiscales, lo que produjo numerosas huelgas por no pago de sueldos, evidenciando las graves fallas de financiamiento real que experimentó el SNS.[25]

---

[23] Rosselot, *op cit.*, p. 16.

[24] Mardones, *op cit.*, p. 657.

[25] Hernán Urzúa, "Estructuración inicial del Servicio Nacional de Salud", *Revista Médica de Chile*, 105, pp. 659, 77.

En cuanto a las prestaciones de salud que ofrecía a sus beneficiarios, éstas eran: i) examen de medicina preventiva anual al obrero, ii) atención médica completa del beneficiario, esposa e hijos menores de 15 años, iii) atención dental completa para el beneficiario y su grupo familiar, iv) subsidio de enfermedad, v) subsidio de enfermedad acogida a reposo preventivo, vi) subsidio maternal, vii) subsidio de lactancia, y viii) licencia de la madre por enfermedad grave del hijo menor de un año.[26]

Otra modificación importante introducida al sector en este período fue la creación del SERMENA, en 1942, que dio cobertura uniforme de atención preventiva a los empleados públicos y privados, ámbito de acción que recién en 1968 se amplió a la atención curativa con la promulgación de la Ley 16.781.

2.3 Evolución de la situación de salud en el período

La red asistencial del momento estaba conformada por establecimientos dependientes de la Beneficencia y del Departamento Médico de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, los primeros orientados a los indigentes y a la modalidad cerrada de atención de los beneficiarios del seguro. Los segundos, a la atención ambulatoria y preventiva del mismo grupo de asegurados. Sin duda, uno de los grandes problemas que existía era la falta de cobertura para los empleados.

Los resultados en los niveles de salud a comienzos del período no eran alentadores. La vida media de la población no experimentó cambios de importancia.[27] Los indicadores de salud para 1926 reflejaban tasas de mortalidad general de 31 por mil y tasas de mortalidad infantil de 300 por mil habitantes. Hacia fines del período, en 1950, las tasas de mortalidad general e infantil, a pesar de su descenso, presentaban valores de 14,8 y 136,2 por mil. Las cuatro primeras causas de muerte grafican las condiciones de vida del momento: tuberculosis, diarreas, accidentes vasculares encefálicos y desnutrición.

---

[26] Departamento de Salud Pública y Medicina Social, "Seguridad Social del Obrero", Facultad de Medicina Sede Norte, Universidad de Chile, 75.

[27] Viel, *op cit.*, p. 164.

2.4 Rol de los médicos en el período

Desde comienzos de siglo, y particularmente durante este período, el rol de los médicos siguió siendo trascendente. Al ocupar los médicos más destacados los principales cargos directivos de las instituciones de salud pública creadas y al asumir públicamente una preocupación por los problemas sociales comenzaron a participar estrechamente en la definición de las políticas de salud. Además de las actuaciones individuales de los médicos, se inició un proceso de organización del gremio que, como se verá, focalizó los intereses médicos en los asuntos gremiales.

En 1931 se formó la Asociación Médica de Chile, organismo que incentivó la agremiación y creó federaciones de médicos de sanidad, de hospitales y del seguro obrero, con el propósito de trabajar en los problemas de salud. El proceso culminó con la constitución del Consejo General del Colegio Médico, en 1949.

De acuerdo a lo planteado por Romero,[28] el Colegio Médico creado, "... es uno de los organismos de su género más particulares en el mundo, por cuanto deben pertenecer a él, por imperio de la ley, todos los médicos del país. Confiere así a su directiva un poder muy considerable que le permite negociar y aun imponer su voluntad al gobierno, promover, modificar e impedir la dictación de legislaciones y decretos que juzga inconvenientes, disciplinar el gremio, vigilar sus relaciones con la clientela y con el público, cuidar la ética, promover actividades benéficas e iniciativas de progreso y tomar medidas de distinto tipo. Declara tener por objeto el mejoramiento, la protección económica y social y la vigilancia de la profesión".

La organización del gremio médico ya se hizo sentir con fuerza con motivo de la creación del SNS. El Consejo General del Colegio Médico de Chile hizo suyos los planteamientos de la Asociación Médica de Chile en cuanto a la necesidad de: i) reformar las leyes de previsión social, en especial las del Seguro Obrero, y ii) crear un Servicio Clínico de Salud con cinco características definidas: único, nuevo, autónomo, técnico y financiado debidamente.[29]

A estas proposiciones se sumaba el Estatuto Médico Funcionario, destinado a regular las condiciones del ejercicio de la profesión médica en el SNS. Esta proposición se convertiría en la Ley 10.223, en diciembre de 1951, pocos meses antes de la promulgación de la Ley 10.383 que creó el SNS, que también asimiló gran parte de los planteamientos del Colegio Médico.

---

[28] Romero, *op. cit.*

[29] E. Miranda, *op cit.* p. 21.

3. Tercer período (1953 - 1970)

3.1 Evolución de la seguridad social

a) El Servicio de Seguro Social

Como hemos visto, en 1952 se produjo la reestructuración de la Ley 4.054 del Seguro Obrero Obligatorio, con la creación del Servicio de Seguro Social (SSS), institución que modificó a la anterior y que se hizo responsable de la administración solamente de las prestaciones previsionales. Las prestaciones de salud que otorgaba el SOO se incorporaron a los beneficios del SNS, creado a través de la misma ley que modificó el Seguro Obrero Obligatorio.

En el esquema adjunto (Cuadro 1) se establece una comparación entre el Seguro Obrero Obligatorio y el Servicio de Seguro Social, donde se aprecian las reformas de la nueva ley (SSS), en cuanto a las nuevas coberturas y tipos de beneficios previsionales que este sistema otorgó a sus afiliados.

b) El Servicio Nacional de Salud

La creación del SNS salvó el grave problema existente a la fecha, causado por la multiplicidad de organismos de salud que duplicaban acciones e imprimían ineficiencia al sector. En este sentido, el gran mérito del SNS fue la integración de las diferentes acciones de salud de protección, fomento y recuperación. De todos modos, persiste en mantener como población objetivo a los indigentes y obreros.

c) La medicina curativa para los empleados

A juicio de algunos autores, el problema emergente de la década de los 60 fue la incorporación al sistema del segmento poblacional de empleados, estimado a esa fecha en 2 millones de personas.[30] Como ya hemos visto, en 1968 mediante la ley 16.781 se crearon los beneficios de entregar atención de tipo curativa a los empleados, bajo un sistema de libre elección con pago por acto médico, que formalizó y uniformó la ampliación del ámbito de acción establecido en la Ley de Medicina Preventiva de 1938. No debe

[30] Ramón Valdivieso, "La Ley de Medicina Curativa para Empleados y el Formulario Nacional de Medicamentos", *Revista Médica de Chile*, 105, pp. 663, 77.

perderse de vista en la discusión que los empleados habían accedido en la práctica a prestaciones de salud curativas por la vía de los Departamentos de Bienestar y Servicios Médicos de las propias Cajas de Previsión.

CUADRO 1

Evolución de la seguridad social

Paralelo Leyes 4.054 - 10.383

TEMA	LEY 4.054 SOO	LEY 10.383 SSS
Cobertura de Serv.	atención médico-farmac. atención previsional	atención sólo previsional
Sistema Financiero	inversionista prestador de beneficios capitalización	reparto
Pensión de Vejez	no era integral. Se financiaba con imposiciones personales del asegurado y se entregaba de acuerdo a una relación estricta con su antigüedad como imponente	Fija pensiones mínimas. Fija reajuste anual automático
Pensión Invalidez	La otorgaba sólo con incapacidad absoluta y permanente según los años de imposiciones del asegurado	Universal a todos los asegurados con incapacidad absoluta o parcial producida antes de los 65 años y con al menos 50 semanas de afiliación. Monto mínimo Reajustable
Pensión de Viudez	No se otorga	Establecida y vitalicia
Pensión de Orfandad	No se otorga	Establecida
Subsidio Enfermedad	100% del salario la 1° semana, 50% 2° semana, 25% para las demás	100% del salario hasta 18 meses de enfermedad
Cuota Mortuoria	300 pesos y devolución de las imposiciones del asegurado	Fija cuota de un sueldo vital del departamento respectivo
Venta de Casas	No contempla beneficios	Establece beneficios
Límite de Renta	Fijaba límite de renta a los trabajadores a los que obligaba a asegurarse	Abolió límite del salario y obliga a asegurarse a todos los obreros

3.2 Principales hitos del período

Los acontecimientos más destacados del período fueron: i) la creación de las Mutualidades de Seguridad, en 1958, ii) la promulgación en 1968 de la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que reestructura a la anterior, y iii) la dictación, en el mismo año, de la Ley 16.781 de Medicina Curativa para Empleados y de la Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que consolida definitivamente a las Mutuales de Seguridad, al permitir la captura, organización y administración de los fondos destinados a accidentes del trabajo por estas entidades.*

Refiréndose a las Mutualidades de Seguridad, seguimos a Miranda:[31]

> *Estas —las mutualidades— aseguraban a los trabajadores de los riesgos laborales, descansando en opciones que permitía la Ley del Seguro Obrero. Como ésta imponía sobre el empleador la obligación de solventar los gastos médicos en caso de siniestro, en dicho año cristalizaron esfuerzos por transferir dichos riesgos a otras entidades, o se hicieron particularmente onerosas las primas cobradas por las Compañías de Seguros a los afectados.*
> *El desarrollo experimentado por las mutuales y sus evidentes beneficios llevó al Gobierno democratacristiano del Presidente Eduardo Frei M. a consolidar el sistema mediante la Ley de Accidentes del Trabajo, en 1968.*

De lo expresado por el mismo autor en materia de salud previsional para empleados es posible deducir que los servicios médicos de las múltiples Cajas de Previsión de empleados, uniformados en materia de medicina preventiva, habían encontrado cursos naturales para la expansión de beneficios orientados hacia la medicina curativa, en modalidades de libre elección sobre la base de pagos por prestación, razón por la cual no se hacían presentes presiones por modificaciones sustanciales en esta materia, sino hasta la década de los '60, cuando se legisló al respecto (Ley 16.781).[32]

El mecanismo de financiamiento diseñado específicamente para los empleados comprendido en la ley, consistía en co-pago del empleado del

---

* Véanse Anexo al final de este artículo y Cuadro 1 de E. Miranda, "Descentralización y privatización...", en este mismo libro.

[31] Miranda, *op. cit.*

[32] Como se verá, algunos autores, a diferencia de Miranda, no reconocen claramente el fenómeno natural de expansión de beneficios para empleados hacia la medicina curativa y plantean esto como una necesidad urgente de la década.

50% de un arancel prefijado, de las atenciones ambulatorias y de las hospitalizaciones. El 50% del pago restante lo bonificaba el Fondo de Asistencia Médica (FAM). A su vez, este FAM era financiado con 1% de las remuneraciones imponibles de cargo del empleado, 1% de cargo de los pensionados y 2% de cargo de los organismos de previsión que conformaban el sistema.

3.3 Evolución de la situación de salud en el período

Al analizar los resultados del modelo SNS, después de tres décadas de funcionamiento —al que debe agregarse el SERMENA formalmente ampliado hacia las acciones curativas— hay consenso en sus logros en el desarrollo de la salud de la población, particularmente en las áreas materno-infantil y de las enfermedades infecciosas transmisibles.

Las tasas de mortalidad disminuyeron significativamente entre 1952 y 1977: la mortalidad general se redujo de 15 a 7,2 x 1.000 habitantes, la materna de 31 a 13 por 10.000 nacidos vivos y la infantil de 117 a 55 por 1.000 nacidos vivos. La esperanza de vida aumentó, para el mismo período, de 54,8 a 64,4 años.[33]

La reducción de la mortalidad se inició en el siglo pasado, no obstante el mayor descenso se observó en el período 1950–1975, con disminuciones de 21% para la mortalidad general e infantil entre 1950 y 1962 y de 40% y 45% respectivamente para ambas tasas de mortalidad, entre 1962 y 1975.[34]

Notables fueron los avances en el control de las enfermedades transmisibles, con disminución de la tasa de mortalidad por estas patologías de 170 a 50 por 1.000 habitantes, entre 1951 y 1957, reducción de 70,6%.[35]

En el área de los programas de inmunización, los resultados fueron aún más satisfactorios: dichas acciones fueron las primeras en lograr coberturas nacionales, con erradicación de la viruela en 1954 y de la poliomielitis en 1976, control del sarampión y también de la tuberculosis, al disminuir su tasa de mortalidad específica de 140 a 25 por 10.000 habitantes, desde 1952 a 1975.[36]

Las medidas de control ejercidas sobre las enfermedades infecto-contagiosas produjeron un cambio en el patrón de mortalidad del país, con au-

---

[33] Ernesto Medina, "Evolución de la Salud Pública en los últimos años", *Revista Médica de Chile*, 105, pp. 739, 77.

[34] Medina, *op cit.*, pp. 740–741.

[35] José Manuel Borgoño, "Control de Las Enfermedades Transmisibles en Chile, 1952–1977, *Revista Médica de Chile*, 106, pp. 696, 77.

[36] Borgoño, *op cit.*, p. 697.

mento importante de las tasas de muerte por arterosclerosis coronaria (148%), diabetes (120%), cirrosis hepática (73%) y accidentes del tránsito (50%), para el período de estudio.[37]

Referente a la atención de salud, se obtuvieron avances significativos por cuanto el SNS y SERMENA representaron un sistema de amplia cobertura poblacional, que brindaba atención ambulatoria organizada al 60% de la población y hospitalización al 70%. Para lo anterior se había desarrollado una red asistencial extensa de establecimientos en todos los niveles de complejidad, lo que permitió alcanzar cifras de atención profesional del parto de 87% en el año 1975.

La dotación de camas evolucionó positivamente durante esta época en términos absolutos, aumentando de 24.182 camas, en 1952, a 33.772 en 1975. Sin embargo, la disponibilidad por 1.000 habitantes disminuyó de 4,2 a 3,2 para los mismos años, lo que fue compensado con aumento de la productividad al disminuir el promedio de días de estada, de 18,1 a 11,8 entre los años 1950-1970.[38]

Sin perder objetividad acerca de los grandes cambios que mejoraron el nivel de salud, y por lo tanto de vida de la población, es interesante dar a conocer los problemas que desde el comienzo se visualizaban. Siguiendo al doctor H. Urzúa, primer director del SNS, listamos sus planteamientos, que pudieran explicar las limitantes que enfrentó el sector para obtener mayores logros: i) falta de una planta única de personal, que permitiera fijar rentas, derechos y deberes a personas que provenían de diferentes instituciones con condiciones diferentes, ii) falta de personal técnico y mala distribución de éste, especialmente escaso número de médicos, enfermeras y matronas, iii) falta de personal preparado en Administración de Salud, a todo nivel, iv) pésima atención médica a la población rural, y v) grandes dificultades de financiamiento real del servicio.[39]

3.2 Rol de los médicos en el período

Este período también tuvo como característica la postura fuerte del Colegio Médico ante los problemas del sector y la propuesta de nuevas leyes. De la misma manera, los médicos, en forma individual, siguieron

[37] Medina, *op cit.*, p. 741.

[38] Galvarino Pérez, "Evolución de los Recursos Humanos y Físicos de Salud 1952–1977", *Revista Médica de Chile*, 105, pp. 732, 77.

[39] Urzúa, *op cit.*, p. 661.

jugando un papel en la política nacional, al asumir cargos en los poderes Legislativo y Ejecutivo, aun cuando el impacto de sus acciones individuales no tuvo la trascendencia observada en los períodos anteriores.

Al decir de Miranda, refiriéndose al rol de los médicos frente a las reformas del sector:[40]

> *Es indispensable indagar adicionalmente, pero los indicios son que así como el gremio velaba por el progreso y correcto ejercicio de la profesión, garantizando a través de sus vínculos con las universidades una provisión en calidad y cantidad de los recursos humanos necesarios para el sistema público, el SNS aseguraba a los miembros de la profesión condiciones convenientes: i) posiciones laborales aseguradas, ii) formación y experiencia, iii) remuneraciones reguladas por un estatuto propio, iv) equipamiento "de punta" para la época, lo que garantizaba la excelencia de los procesos y una permanente capacitación, y v) por último, la pertenencia al SNS no era incompatible con el ejercicio privado de la profesión, permitido en los mismos establecimientos SNS. Es interesante destacar la posición del Colegio Médico ante la Ley de Medicina Curativa. Aquél había establecido una "guía de referencia" para la atención a personas de recursos económicos medios a través de un sistema de libre elección. Este había operado principalmente con los Servicios de Bienestar y Servicios Médicos de Instituciones y Cajas de Previsión.* Frente a esta Ley, ... *"el Colegio objetó el proyecto gubernamental de Medicina Curativa para empleados por considerarlo lesivo para los médicos y beneficiarios del SNS .*

A juicio del citado autor, es comprensible el planteamiento de que la propuesta gubernamental lesionaría los intereses de los médicos, por cuanto establecía un gran poder monopsónico en el mercado de Libre Elección.[41]

II. CONCLUSIONES

Se puede inferir que el desarrollo del sector salud ha obedecido y seguido las tendencias del desarrollo político del país. Los cambios observa-

[40] Miranda, *op. cit.*

[41] Esta discusión gremial es semejante a lo que hoy se plantea frente a las Isapres, que sobre la base de los aranceles FONASA actuarían como "cártel" en materia de convenios arancelarios con los prestadores.

dos de acceso, cobertura y tipo de prestaciones de salud otorgadas han sido producto de la capacidad de presión de algunos sectores, particularmente del grupo de obreros, de los médicos y, en menor medida, del grupo de empleados, así como de la respuesta de los poderes Ejecutivo y Legislativo a estas manifestaciones en las diferentes etapas.

Los actores involucrados en las reformas del sector participaron con diferente intensidad durante los tres períodos analizados. Es así como durante el primer período, se distinguen dos líneas de acción paralelas: la primera, representada por cambios estructurales de origen cupular sucesivos tendientes a organizar el sector, donde los protagonistas principales fueron las autoridades de gobierno. La segunda, atribuida en mayor medida a la participación del grupo de obreros, manifestada a través de movimientos de base provocados y favorecidos por la situación socioeconómica imperante, que culminaron con la formulación de la ley del SOO. No obstante la trascendencia del movimiento de base, de acuerdo a Illanes, éste se vio reforzado por la denominada "*intelligentzia* médica" y el Poder Ejecutivo del gobierno militar de la época, los que habrían actuado como facilitadores en el mismo proceso.

En el segundo período se observa con menor fuerza la participación de movimientos de base; no obstante los diferentes grupos de empleados e independientes manifestaban su descontento al no tener acceso al sistema de salud creado (SOO), situación que los motivó a formar entidades propias de salud a través de sus empleadores, y al gobierno, posteriormente, a crear el SERMENA.

Favorecido por el avance de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se observa la existencia de un círculo virtuoso entre el desarrollo académico e intectual de los médicos y las posiciones individuales que adquirieron en la actividad política del país. De igual manera, los adelantos de la Facultad de Medicina, particularmente de la Escuela de Salud Pública, permitieron la preocupación técnica permanente por mejoras del sector y la formación de los profesionales médicos que ocuparían los cargos relevantes del nuevo sistema de salud.

De esta manera, durante la época, los médicos adquirieron roles preponderantes como autoridades científicas del ámbito político, los que le confirieron importancia al desarrollo técnico del sector, en un período que finaliza con la creación del SNS.

El tercer período de estudio está representado por decisiones que gravitaron en los actores políticos y médicos, éstos últimos en un rol más acotado, que, además de velar por el desarrollo del sector, incorporó definitiva y más claramente los intereses propios de la profesión, lo que se logró con mayor

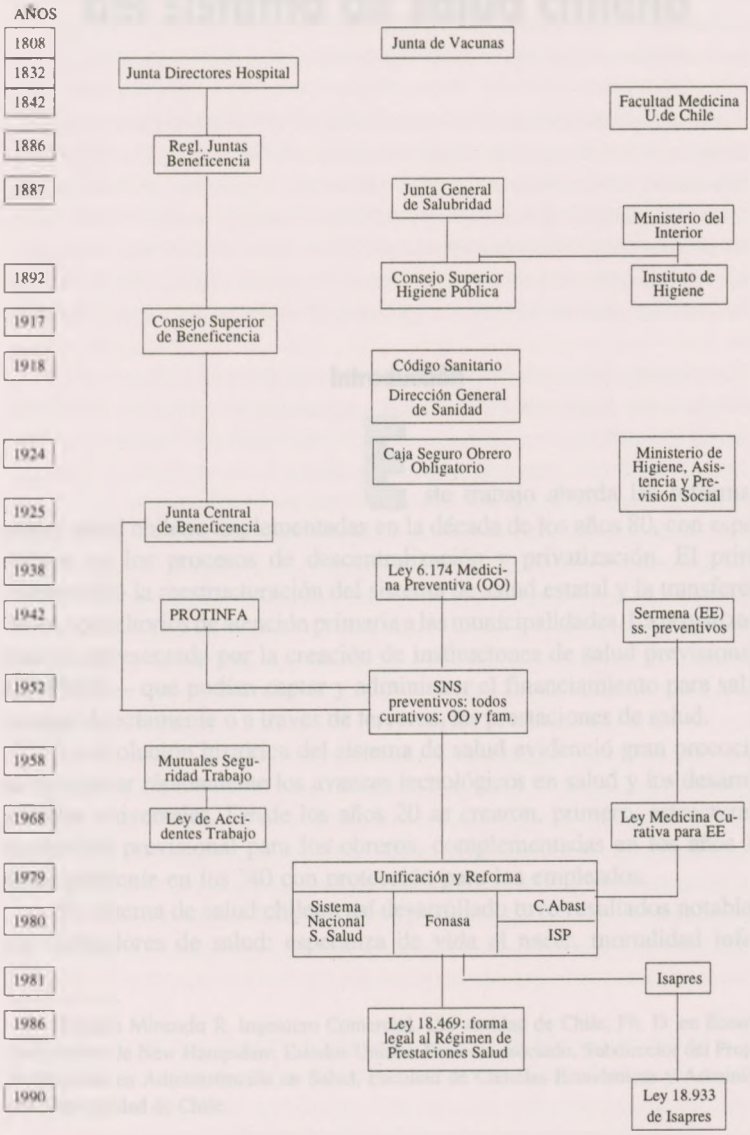
fuerza al consolidarse el Colegio Médico como organismo nacional que agrupaba a todos los profesionales médicos del país. El aumento de la agremiación provocó cambios en los intereses del sector médico, disminuyendo su participación en el desarrollo sociopolítico del país, a cambio de incrementar y fortalecer su preocupación por cuestiones reivindicativas de carácter gremial.

La participación de autoridades políticas estuvo representada principalmente por la preocupación de entregar servicios al segmento de empleados para los cuales se formuló específicamente la Ley de Medicina Curativa.

Desde la perspectiva técnica del sector se puede postular que los cambios acaecidos tuvieron como consecuencia los siguientes resultados: i) mayor acceso, ii) mayor cobertura poblacional, iii) ampliación de la gama de prestaciones otorgadas, iv) mejor focalización sobre grupos de riesgo, y v) mayor eficacia de las acciones. Llama la atención que no se buscara mejorar la eficiencia del sector y que los esfuerzos se relacionaban de manera más directa con la equidad redistributiva y el impacto de los programas de salud ejecutados.

ANEXO

Evolución Cronológica del Sector



Fuente: Ernesto Miranda, "Estudio de desarrollo de la investigación sobre modelos evolutivos del sector salud y su relación con los sistemas locales: El caso de Chile", *Documento de Trabajo* OPS, 1991.

ERNESTO MIRANDA R.

Descentralización y privatización del sistema de salud chileno*

Introducción

Este trabajo aborda las reformas al sector salud chileno implementadas en la década de los años 80, con especial énfasis en los procesos de descentralización y privatización. El primero comprendió la reestructuración del sistema de salud estatal y la transferencia de los consultorios de atención primaria a las municipalidades. La privatización estuvo representada por la creación de instituciones de salud previsional —ISAPRES— que podían captar y administrar el financiamiento para salud y otorgar directamente o a través de terceros, las prestaciones de salud.

La evolución histórica del sistema de salud evidenció gran precocidad, al incorporar rápidamente los avances tecnológicos en salud y los desarrollos sociales universales. Desde los años 20 se crearon, primero, estructuras de protección previsional para los obreros, complementadas en los años 30 y principalmente en los '40 con protección para los empleados.

El sistema de salud chileno así desarrollado tuvo resultados notables en los indicadores de salud: esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil,

---

Ernesto Miranda R. Ingeniero Comercial, Universidad de Chile, Ph. D. en Economía, Universidad de New Hampshire, Estados Unidos. Profesor asociado, Subdirector del Programa de Magíster en Administración en Salud, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile.

* Publicado anteriormente en *Estudios Públicos*, 39, (invierno 1990), Centro de Estudios Públicos.

mortalidad general, causas de muerte, etc. Los indicadores de capacidad de recursos humanos, materiales y financieros mostraron también una evolución favorable hasta los años 60 y en parte hasta mediados de los '70. Pese a todo, revelaban deficiencias de consideración.

Los obreros y empleados accedían a sistemas distintos en cuanto a la captación y administración del financiamiento, así como también al otorgamiento de las prestaciones de salud, con fuertes diferencias en las cotizaciones requeridas y las bonificaciones percibidas. Alrededor de un 20 por ciento de la población no cotizaba para salud y estaba sólo cubierto para las urgencias. Las entidades administrativas y proveedoras de los beneficios eran centralizadas, jerarquizadas y burocratizadas, con una administración ineficiente y lenta para reaccionar. Las opciones de las personas para elegir entre profesionales y establecimientos eran reducidas. El sistema de salud era predominantemente estatal.

El gobierno militar se impuso la tarea de reformar el sistema de salud, atendiendo a los siguientes fundamentos: lograr equidad en los beneficios: equidad en los aportes para salud; focalización de los subsidios estatales en los sectores de menores ingresos; ampliar la libertad de elección; aplicar el principio de subsidiariedad del Estado; aumentar la eficacia y establecer sistemas que fueran sensibles (*responsive*) a las necesidades de la población.

El sistema de salud reformado, manteniendo la obligación de cotizar para salud, estableció la opción de cotizar para el sistema estatal o para el sistema privado de ISAPRES.

La descentralización del sistema estatal resultó del fraccionamiento del antiguo sistema nacional de salud y la fusión con entidades del Servicio Médico Nacional (SERMENA). Se crearon 27 Servicios de Salud autónomos con patrimonio propio a cargo de las funciones operativas y dependencia del Ministerio de Salud. Este conservó las funciones normativas y de supervisión y control, creándose el Fondo Nacional de Salud (FONASA), para que realizara las funciones financieras y de distribución presupuestaria. Con el objeto de introducir eficiencia y adaptabilidad, se creó un mecanismo de facturación por atenciones prestadas (FAP, y FAPEM para los consultorios municipalizados). Este asociaba financiamiento con volumen de actividad, aunque se medía en términos de los servicios prestados y no por resultados o producto.

La municipalización de los consultorios de atención primaria, el otro pilar de la descentralización, perseguía mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de la población directamente atendida y lograr que las propias municipalidades efectuaran aportes adicionales para salud.

Las ISAPRES, por su parte, fueron autorizadas para efectuar la captación y administración de la cotización de salud, y para otorgar directamente o vía

terceros las prestaciones de salud. La permanente opción respecto del sistema estatal, así como la competencia entre estas entidades, tendería a generar soluciones eficientes y adaptadas a las preferencias de las personas.

No fue posible hacer una evaluación completa de los resultados de estas reformas; en parte, por su proximidad, y también porque se trata de una tarea por realizar.

Algunos fenómenos y tendencias son, no obstante, discernibles desde ya. Así, la descentralización del sistema estatal creó estructuras con capacidad para actuar en forma independiente y adaptable, las que fueron sólo parcialmente aprovechadas. Se hizo sentir la conveniencia de un esfuerzo deliberado para aumentar la capacidad administrativa. Por su parte, el sistema de asignación de fondos FAP y FAPEM operó sólo en forma parcial, aunque orientado adecuadamente. Su deficiencia mayor sigue siendo el operar a base de insumos y no a producto.

En general, se podría sostener que estas reformas están bien orientadas, por lo que su experiencia sería aprovechable y, desde luego, perfeccionable.

En cuanto a las ISAPRES, éstas mostraron un significativo desarrollo, que se puede bosquejar en su participación de alrededor del 12 por ciento en la población afiliada a 1988, más de la mitad de las cotizaciones de salud y cerca de un 40 por ciento de participación en el gasto en salud (excluidas diferencias por aranceles, parte de insumos y fármacos). Su permanencia en el tiempo dependerá de la adaptabilidad de las ISAPRES a sus condiciones de mercado presentes, y, principalmente, de los ajustes que se efectúen a su producto; de su capacidad de cubrir sectores más amplios de la población y de mantener a sus afiliados en el tiempo, así como a los enfermos crónicos y a aquéllos con riesgos diferenciales superiores.

Finalmente, los recursos globales destinados para salud en Chile parecen no haber disminuido con posterioridad a las reformas. En rigor, si se consideran los gastos de las ISAPRES, habrían aumentado, pero se advierte un patrón de disparidad creciente en el financiamiento disponible y el tipo de atención al que tienen acceso las personas de mayores y menores ingresos relativos. Tanto este efecto redistributivo regresivo como la determinación del gasto óptimo en salud para la sociedad chilena son tareas críticas por resolver hoy y en el futuro próximo.

I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

En nuestro país, el comienzo de las actividades sanitarias y asistenciales se remonta a las épocas de la Conquista y de la Colonia. Durante esos períodos, la Corona española crea en Chile los Cabildos, instituciones que concentran las

funciones legislativas, judiciales y ejecutivas con atribuciones amplias que les permitían intervenir en todo el ámbito nacional. Son, entonces, implementadas por el Cabildo las primeras medidas sanitarias relacionadas con la salubridad urbana, el control de alimentos y bebidas, el aprovisionamiento de agua potable, medidas profilácticas y curativas en épocas de epidemia.

En 1552 don Pedro de Valdivia funda en Santiago el primer hospital chileno (entregado posteriormente a la Congregación de los Hermanos de San Juan de Dios, que le dieron su nombre), dotado de 50 camas y destinado a la atención de los menesterosos. Tanto este hospital como los creados posteriormente en otras ciudades importantes de la Colonia eran supervisados directamente por los Cabildos y por los obispos, cuyas intervenciones eran esporádicas.

Durante todo el período colonial, las medidas sanitarias adoptadas no lograron impactar en el estado de salud de la población: la viruela y el tifus exantemático diezmaban el país. Por más de 200 años no hubo acciones sanitarias trascendentales, y persistía el diagnóstico de salud mencionado, hasta 1805, cuando se inicia la variolización a nivel nacional. En 1808 se crea la Junta Central de Vacunas con el propósito de difundir a través de todo el país el proceso de inmunización.

En tiempos del régimen republicano y durante el gobierno del Presidente José Joaquín Prieto, cuando el país se organizaba sobre bases jurídicas sólidas, se crea, en 1832, la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos de Santiago, integrada por todos los directores de hospitales y por cinco ciudadanos designados.

Diez años más tarde, en 1842, se funda en la Universidad de Chile la Facultad de Medicina, a la que la ley encargó, dentro de sus funciones principales, desarrollar la medicina, estudiar las enfermedades endémicas existentes en Chile y mejorar la higiene pública y doméstica.

Paralelamente se habían asignado nuevas Juntas de Beneficencia con reglamentos particulares. El desorden y la anarquía en el manejo de estos establecimientos motivaron al gobierno a legislar en 1886 un Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia (institución que derivó directamente de la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos) y que tenía como finalidad dar unidad administrativa a todos los establecimientos de la beneficencia.

En 1887 se crea la Junta General de Salubridad, destinada a asesorar al gobierno en materias de salud pública. En 1892 este organismo fue reemplazado por el Consejo Superior de Higiene Pública, y se forma, además, el Instituto de Higiene. Ambas instituciones dependían del Ministerio del Interior y persistían sólo con funciones asesoras.

Por su parte, las Juntas de Beneficencia, si bien habían sido uniformadas administrativamente, presentaban problemas de manejo por la falta de conocimientos técnicos de sus directivos, quienes se reciclaban del círculo político y económico relevante de la época. En 1917 nace el Consejo Superior de Beneficencia con el objeto de dar unidad técnica a todos los hospitales del país.

En 1918 se aprueba, después de varios años, el primer Código Sanitario, obra de los doctores Alejandro del Río, Corbalán Melgarejo y Maira, quienes revisaron y ordenaron las disposiciones sanitarias existentes en la época.

Este Código creó la Dirección General de Sanidad, autoridad unipersonal que contaba con facultades ejecutivas. Además, se formaron organismos sanitarios en cada zona de salubridad en las que había sido dividido el país, cada una a cargo de un inspector sanitario.

Tanto las funciones como la organización de la Dirección de Sanidad fueron complementadas en los códigos sanitarios de 1925 y 1932.

En el año 1924 nace la previsión social en Chile. Con el dictamen de la Ley 4.054 se creó la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, institución que cubría los riesgos de invalidez, vejez y muerte; otorgaba, además, beneficios asistenciales a todos los obreros, artesanos, campesinos, servidumbre doméstica, sus esposas e hijos hasta la edad de dos años. Ese mismo año se funda el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, el que luego se transformó en el Ministerio de Salubridad, que dio unidad a todos los servicios asistenciales y sanitarios del país.

En 1925 se efectúa una nueva modificación para el funcionamiento de las Juntas de Beneficencia: se formó la Junta Central de Beneficencia, entidad autónoma con recursos técnicos y financieros suficientes para operar adecuadamente y quedar al margen de cambios políticos.

La Caja de Seguro Obrero, por su parte, experimentó un crecimiento rápido desde 1932 a 1935, y se prestaron servicios médicos curativos a través de todo el país. En 1938 se dictó la Ley 6.174 de Medicina Preventiva, que implicaba la realización de exámenes sistemáticos de salud a los trabajadores. A partir de esa fecha se puso énfasis en las acciones preventivas, reorganizando el sistema con la formación de zonas de cierta autonomía a través del país para resolver sus propios problemas.

En 1942 nacen dos instituciones de importancia. Una es la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA), que agrupó instituciones fiscales y semifiscales y cuyo propósito era tener una directiva única. Se refundieron: el Departamento Central de la Madre y el Niño, Centros Preventivos y Departamentos de Sanidad Escolar. El objetivo no se cumplió, ya que además de PROTINFA, la Caja de Seguro Obrero Obligatorio y la Beneficencia Pública continuaban prestando servicios curativos y preventivos

al mismo grupo. Por el DFL 32/1552 se crea la segunda institución: el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), constituido por la unión de diferentes departamentos de Salud del conjunto de Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Particulares. En un comienzo prestó servicios esencialmente preventivos a los imponentes que padecían de tuberculosis, enfermedades venéreas, cáncer y patologías cardiovasculares; además, se preocupaba de la higiene materno-infantil.

En 1952, mediante la Ley 10.383, se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo único encargado de la protección de la salud de toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta la edad de 15 años. El SNS fue resultado de la unión de la Beneficencia, Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, PROTINFA, Servicio Médico de las municipalidades, Sección Accidentes del Trabajo del Ministerio del Trabajo e Instituto Bacteriológico. Además de las acciones citadas, el SNS era el responsable de la atención del indigente y su familia, que alcanzaba al 70 por ciento de la población.

En 1958 se fundaron las Mutuales de Seguridad, instituciones destinadas a proteger a los trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo. Diez años después, en 1968, la Ley 16.744 consolidó las Mutuales de Seguridad , a las que permitió captar fondos, organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo. En esta misma fecha se dictó la Ley de Medicina Curativa —16.781—, que ofrecía un Sistema de Libre Elección a empleados públicos, privados, activos o jubilados junto a sus familias. El Sistema de Libre Elección consistía en un mecanismo de bonificación estatal de las prestaciones que permitía elegir libremente el médico o la institución en que cada individuo deseaba ser atendido.

De acuerdo a lo dictado por el DL 2.575 del año 1979 se permitió el acceso al Sistema de Libre Elección a los beneficiarios legales del SNS.

El DL 2.763 de 1979 dio inicio al proceso de descentralización administrativa, fusionando el SNS y el SERMENA, lo que dio origen al actual Sistema Nacional de Servicios de Salud, Fondo Nacional de Salud, Central de Abastecimiento e Instituto de Salud Pública, organismos estatales, funcionalmente descentralizados, con personería jurídica y patrimonio propio. Continuando con el proceso de descentralización, el año 1980, por DFL 1-3063, DL 3.477 y DL 3.529, se comenzó el proceso de municipalización: se traspasaron a la administración municipal los Consultorios de Atención Primaria.

Ese mismo año se promulgó el DL 3.500 que reformó el sistema previsional de pensiones y salud. Estableció, asimismo, una cotización obligatoria para salud ascendente a un 4 por ciento de las remuneraciones. Posteriormente, en 1983, se aumentó esta cotización a un 6%, y a un 7% en 1986.

En el año 1981, por DFL N° 3, se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), entidades privadas que permiten a cada individuo elegir libremente su afiliación al sistema público o privado. Estas instituciones eran fiscalizadas por el Fondo Nacional de Salud, el que controlaba el cumplimiento de las obligaciones establecidas por la ley.

En 1985 se dictó la Ley 18.469 que comenzó a regir el 1 de enero de 1986 y que reorganizó el sector público en modalidades de atención institucional y de libre elección. Esta modificación normativa eliminó las diferencias entre obreros y empleados, es decir, entre régimen de salud y calidad previsional. Estableció un aporte financiero de acuerdo a la capacidad económica de pago con acceso libre e igualitario a las acciones de salud y a la elección del sistema de atención. También traspasó el otorgamiento de préstamos médicos desde las antiguas Cajas de Previsión al Fondo Nacional de Salud.

Estas leyes persiguieron materializar lo establecido en el artículo 19 de la Constitución Política del Estado de 1980:

> *El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.*

Los últimos cambios producidos en Chile se relacionan con las cotizaciones previsionales:

— Ley 18.566, de 1986, permite un 2 por ciento de cotización adicional que se puede descontar de impuestos. Ley 18.675, de 1987, aumenta las bases imponibles para el cálculo de cotización previsional para el sector público.
— Ley 18.754, de 1988, que fija cotización del 7 por ciento para pensionados del régimen antiguo.
— Ley 18.933, de 1990, que modifica la legislación de ISAPRES y crea la Superintendencia de ISAPRES.

Este breve recuento histórico permite formarse una impresión de la evolución institucional y organizacional del sector salud chileno.

CUADRO 1

Resumen de fechas e hitos más importantes de la salud chilena

Año	Objeto / Funciones	Institución	Cpo. Legal
1552		Fundación 1er. hospital chileno	
1805	Se inicia vacunación a nivel nacional		
1808	Difundir a nivel nacional el proceso de inmunización	Junta Central de Vacunas	
1832		Junta Directores de Hospital y Casas de Expósitos	
1842	-Desarrollo de la Medicina -Estudiar las enfermedades endémicas existentes -Mejorar la higiene pública y doméstica	Creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile	
1886	Dar unidad administrativa a establecimientos	Junta de Beneficencia	Regl. Orgánico
1887	Asesorar al gobierno en materias de Salud Pública	Junta General de Salubridad	
1891	Responsable de la higiene pública y estado sanitario de la comuna	Municipalidades	Ley de org. y atribución municipal
1892	Asesorar al gobierno en materias de salud pública	Consejo de Higiene Pública	
1917	Dar unidad técnica a todos los hospitales del país	Consejo Superior de Beneficencia	
1918	Autoridad unipersonal con facultades ejecutivas	Dirección General de Sanidad Creación de organismos sanitarios en cada zona de salubridad	Primer Código Sanitario
1924	Cubrir riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte	Caja de Seguro Obrero Creación Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social	Ley 4.054 SOO

CUADRO 1
Continuación

Año	Objeto / Funciones	Institución	Cpo. Legal
1925	Entidad autónoma con recursos técnicos y financieros	Junta Central de Beneficencia	
1938	Realizar exámenes sistemáticos de salud de los trabajadores		Ley 6.174 Medicina Preventiva
1942	Fusión: Dpto. Central de la Madre y el Niño, Centros Preventivos y Dpto. de Sanidad Escolar	Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia PROTINFA	
	Fusión de los dptos. de salud del conjunto de Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Privados	Servicio Médico Nacional de Empleados SERMENA	DFL 32/1552
	Destinado a prestar acciones de prevención		
1952	Fusión de: Beneficencia, Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, PROTINFA, Servicio Médico de las Municipales. Sección de Accidentes del Trabajo del Ministerio del Trabajo e Instituto Bacteriológico Organismo único encargado de la Protección de la Salud para toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta 15 años	Sistema Nacional de Salud	Ley 10.383
1958	Protección de trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo	Creación de las Mutuales de Seguridad	
1968	Derecho a captar fondos, organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo	Consolidación de Mutuales de Seguridad	Ley 16.744 de acc. y enf. prof.
1979	Se fusionan SNS y SERMENA	Reorganización del Ministerio de Salud	DL 2763

CUADRO 1

Continuación

Año	Objeto / Funciones	Institución	Cpo. Legal
	Proceso de descentralización administrativa	Creación de: Servicios de Salud, Fondo Nacional de Salud, Central de Abastecimiento e Instituto de Salud Pública	
	Permite el acceso a beneficios a sistema de libre elección		DL 2575
1980	Proceso de Municipalización	Consultorios de Atención Primaria	DFL 1-3060 DL 3477 DL 3529
	Reforma Sistema previsional de pensiones y salud.		DL 3.500
	Cotización obligatoria de salud 4% de las remuneraciones		DL 3.501
1981	Entidades Privadas con sistemas de libre elección que otorga prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados.	Creación Instituciones de Salud Previsional ISAPRES	DFL 3
1985	Crea el Fondo Unico de Prestaciones Familiares y Subsidios. Reorganiza el Sector Público en modalidades de Atención Institucional y Libre Elección. Elimina diferencia entre régimen de salud y calidad previsional. Establece aporte financiero según capacidad económica. Acceso libre e igualitario a acciones de salud.		Ley 18.418 Ley 18.469
1986	Permite un 2% de cotización adicional que se puede descontar de impuesto		Ley 18.566
1987	Aumenta las bases imponibles para el cálculo de cotización previsional para el sector público		Ley 18.675
1988	Fija cotización del 7% para pensionados del régimen antiguo		Ley18.754
1990	Modifica la legislación de Isapres y crea Superintendencia de Isapres	ISAPRES	Ley 18.933

La sección siguiente abordará los fundamentos y características de las reformas introducidas a partir de 1978, proceso aún en desarrollo. Sus tendencias principales serán analizadas en la última sección.

II. REFORMAS AL SISTEMA PREVISIONAL DE PENSIONES Y DE SALUD

1. Organización del sistema de salud chileno a mediado de los años 70

La perspectiva histórica revisada precedentemente muestra un sistema de salud avanzado, con amplia cobertura para la población y en permanente dinámica.

La mezcla público-privado se inclinaba, sin duda, hacia lo público. Tanto en los aspectos de pensiones, pero principalmente en salud, el Estado tenía un papel predominante: tanto en acciones de protección como en aquellas preventivas y curativas, la cobertura pública era prácticamente universal, aunque desde el punto de vista legal quedaban excluidos los trabajadores por cuenta propia que no efectuaban cotizaciones para salud. Asimismo, las Fuerzas Armadas tenían un régimen previsional propio, con instalaciones y personal contratado para proveer los servicios de salud.

Los accidentes del trabajo, así como los subsidios por incapacidad laboral respectivos y pensiones por invalidez y muerte originadas por dicha causal, tenían un régimen propio: Ley de Accidentes del Trabajo y el Sistema de Mutuales de Seguridad.

El Cuadro 2 resume las principales características del sistema de salud chileno a mediados de los años setenta. El fomento y la protección, la medicina preventiva y la recuperación y rehabilitación para los empleados y obreros[1] y sus cargas familiares, tanto activos como pensionados, estaban comprendidos por el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el Sistema Nacional de Salud (SNS), respectivamente.

En el caso del primero era autónomo, semiestatal; en tanto el segundo era estatal. Ambos se financiaban del aporte patronal y de los propios trabajadores, pero el sistema estatal SNS recibía adicionalmente aportes fiscales directos financiados con cargo a impuestos generales.

---

[1] La diferenciación entre empleados y obreros corresponde aproximadamente a aquella de *white collar* y *blue collar*, corriente en países importantes del mundo a partir de la década de los '30.

CUADRO 2 (A)

Características Principales de los Subsistemas de Atención Médica Chilenos a Mediados de los Años Setenta

	Sistema Nacional de Salud	Sermena	Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo
Beneficios de Salud.	-Fomento y protección a toda la población. -Acciones de recuperación y rehabilitación para beneficiarios. -Subsidios por incapacidad laboral derivados de enfermedades comunes y embarazo y puerperio.	-Medicina preventiva, acciones de recuperación y rehabilitación para beneficiarios.	Acciones de Fomento, Protección, Recuperación, Rehabilitación en el área de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo.
Población Beneficiaria.	-Obreros y trabajadores dependientes activos y pasivos y sus cargas familiares; indigentes y cesantes y sus grupos	Empleados afiliados a las distintas cajas de previsión, tanto estatales como privadas, activos o pasivos y cargas familiares.	Trabajadores activos, cuyas empresas se encuentran aseguradas de Enfermedades Profesionales y Accidentes del Trabajo en una Mutual.

CUADRO 2 (A)

Continuación

	Sistema Nacional de Salud	Sermena	Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo
Marco Jurídico.	Ley Nº 10.383 de 1952.	Ley Nº 6.174 de Medicina Preventiva de 1938. Ley 16.781 de Medicina Curativa de 1968.	Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales 16.744 de 1968.
Monto y Origen del Financiamiento.	Aporte fiscal, de impuestos generales; aportes previsionales empleadores y trabajadores; pago directo de los beneficiarios.	Aportes previsionales del empleador y trabajador; pago directo de los beneficiarios.	Aportes previsionales de empleadores con mínimo de un 0,8% de la renta imponible y adicionales según riesgo.
Administración del Financiamiento.	Estatal	Autónomo, semiestatal.	Privado, las Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo.
Otorgamiento de las Prestaciones.	Estatal a través de establecimientos públicos del Sistema.	Hasta 1968 predominantemente en instalaciones y con personal propio; sistema de libertad de acción mediante *vouchers*, con profesionales e instituciones privadas de Salud.	Privado, principalmente a través de infraestructura propia desarrollada por las Mutuales.

CUADRO 2 (B)

Principales aspectos de la operación de los subsistemas de atención médica del sistema de salud chileno

Subsistemas Aspectos operacionales	Sistema Nacional de Servicios de Salud	Sistema de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud	Instituciones de Salud Previsional ISAPRES	Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo
Marco jurídico.	Ley de prestaciones de salud 18.469.	Ley de prestaciones de salud 18.469.	Ley de prestaciones de salud 18.469 y DFL Nº 3.	Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales 16.744.
Población cubierta.	Trabajadores activos dependientes, independientes y pasivos que cotizan en FONASA con sus grupos familiares, indigentes, cesantes y sus grupos familiares.	Trabajadores activos dependientes, independientes y pasivos que cotizan en FONASA y que optan por el sistema de libre elección de FONASA.	Trabajadores activos dependientes, independientes y pasivos que cotizan en ISAPRES y sus grupos familiares.	Trabajadores activos cuyas empresas se encuentran aseguradas en enfermedades profesionales y accidentes del trabajo en una Mutual.
Monto y origen del financiamiento.	Aporte fiscal, cotización previsional obligatoria para salud de los trabajadores (7% renta imponible), copago de los usuarios por las prestaciones.	Cotización previsional obligatoria para salud de los trabajadores (7% renta imponible), copago de los usuarios por las prestaciones y eventualmente aporte fiscal ante déficit del subsistema de libre elección.	Cotización previsional obligatoria para salud de los trabajadores (7% renta imponible) y copago de los usuarios por las prestaciones.	Cotización establecida por Ley Nº 16.744 pagada por empleadores con un mínimo de un 0,8% de la renta imponible y adicionales según riesgo.

CUADRO 2 (B)

Continuación

Subsistemas Aspectos operacionales	Sistema Nacional de Servicios de Salud	Sistema de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud	Instituciones de Salud Previsional ISAPRES	Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo
Administración de financiamiento. jo.	Estatal a través del FONASA y SNSS.	Estatal, a través del FONASA.	Privado, las ISAPRES.	Privado, las Mutuales de Seguridad y Accidentes del Traba-
Beneficios que otorga cada Subsistema.	-Acciones de fomento y protección de la salud para toda la población del país. -Acciones de recuperación (atención médica) y rehabilitación sólo para beneficiarios. -Subsidios con licencias médicas por enfermedad común.	-Acciones de recuperación (atención médica) y rehabilitación. -Subsidios por licencias médicas por enfermedad común.	-Acciones de recuperación (atención médica) y rehabilitación. -Subsidios por licencias médicas por enfermedad común.	-Acciones de fomento, protección, recuperación, rehabilitación en el área de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo de los trabajadores pertenecientes a empresas afiliadas a una Mutual.
Otorgamiento de las prestaciones médicas.	Estatal a través del SNSS.	Mixto: a) Privado a través de profesionales a instituciones privadas de salud inscritas. b) Estatal en infraestructura del SNSS.	Privado a través de profesionales e instituciones privadas de salud.	Privado, principalmente a través de infraestructura propia desarrollada por las Mutuales.

Ambos sistemas, que cubrían prácticamente a la totalidad de los trabajadores activos y pensionados y sus familias, permanecieron como compartimientos estancos hasta 1979, en que los obreros fueron autorizados para hacer uso del sistema de bonos-*vouchers* del SERMENA, accediendo a la libertad de elección.

No obstante, cabe destacar que hasta dicha fecha, inmediatamente anterior a las reformas del sector salud chileno, existía una asimetría en el tratamiento, sólo dictada por extemporáneas diferenciaciones legales en cuanto al *status* laboral: los obreros, independientemente de su condición socioeconómica, tenían atención gratuita por parte del SNS, pero carecían de libertad en cuanto a los proveedores de salud. En cambio, los empleados disponían de libertad de elección, pero carecían de gratuidad, debiendo cancelar de su propio peculio alrededor del 50 por ciento del valor de las prestaciones.

Asociado a la libertad de elección, talvez la diferenciación más importante entre ambos sistemas residía en la forma en que las prestaciones de salud eran otorgadas. Los obreros accedían a ellas vía instituciones estatales dotadas de personal médico y administrativo contratado. En cambio, los empleados, ya desde los años 60, obtenían sus prestaciones tanto vía instalaciones SERMENA como a través de profesionales e instituciones privadas (PIPS) con convenios de atención. Estos PIPS acordaban aranceles con el SERMENA, obligándose a atender a todos los beneficiarios que así lo requirieran a dichos valores.

A través del tiempo, entonces, se fue configurando una creciente práctica médica privada, con un desarrollo paralelo de los laboratorios clínicos y de rayos, clínicas y hospitales privados. Pero no fue sino hasta mediados de los años 60 —como era esperable—, con el desarrollo de la libertad de elección en el SERMENA, que esta tendencia se observó con fuerza.

Los riesgos de enfermedad de los obreros habían sido ya abordados en los años 20 (1924, Seguro Obrero Obligatorio), complementado en 1938 con la Ley de Medicina Preventiva. En 1952 el Servicio Nacional de Salud asumió las labores referidas a accidentes del trabajo, precisándose estas actividades a contar de 1958 con la creación de las Mutuales de Seguridad. Estas entidades fueron autorizadas para captar fondos y administrar un mecanismo de atención integral para los accidentes del trabajo. En 1968 estas Mutuales fueron consolidadas mediante la dictación de la Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que se ha mantenido hasta el presente.

La afiliación a las Mutuales de Seguridad —entidades privadas, sin fines de lucro— es voluntaria y financiada por el empleador. En todo caso, la totalidad de los trabajadores están cubiertos de estos riesgos a través del

sistema estatal, existiendo una cotización patronal para su financiamiento. En el caso de la cobertura por el Estado, el sistema es administrado por éste y las prestaciones otorgadas en las instalaciones SNS. Para el caso de las Mutuales, son ellas mismas las administradoras, pues cuentan con una vasta red territorial de instalaciones *ad hoc*.

Aquellas empresas que cotizan para el Estado tienen la opción de obtener de éste la delegación de la administración de los beneficios, con excepción de la parte correspondiente a las pensiones por invalidez o muerte ocasionadas por accidentes del trabajo.

2. Rasgos característicos de la salud en Chile a mediados de los años 70

No es fácil perfilar un sistema complejo y con tan variadas dimensiones como lo es el de salud. Se recurre aquí a aquellos indicadores que permiten formarse una impresión aproximada del fenómeno, refiriendo al lector interesado a publicaciones especializadas de mayor comprensión.[2]

Los indicadores más globales y generalmente aceptados para el nivel de salud de una población son la esperanza de vida al nacer (EVN), la mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos (MINF) y la tasa de mortalidad general por mil habitantes (MOG).

El Cuadro 3 muestra la evolución de la EVN a partir del año 1960: en esa fecha alcanzaba a 58,1 años, aumentando en casi 10 años para 1975 (67,2 años), con un nuevo aumento a 71 años en 1980. Luego, en los años 80 la EVN aumentó en algo menos de 1 año, a 71,8 años, valor comparable al alcanzado en países desarrollados.

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, ésta alcanzaba a 136,2 en 1950, reduciéndose un 40 por ciento de dicho valor (55,4) en los 25 años siguientes. Este índice experimentó una nueva fuerte reducción —pero a ritmo aún más acelerado— en los 15 años siguientes, alcanzando a 19,5 en 1985 y 18,9 en 1988.

La tasa de mortalidad general, por su parte, se redujo de 14,8 por ciento en 1950, a 7,2 por ciento en 1975 (51 por ciento de reducción en 25 años) y en 6,1 por ciento en 1985 y 5,8 por ciento en 1988.

Estos tres indicadores evidencian progresos considerables en las tres décadas siguientes a 1950; el caso más notable es el observado en la MINF.

[2] Véase OPS (1988).

CUADRO 3

Indicadores de Salud Chile

(1950 - 1960 - 1965 - 1970 - 1975 - 1980 - 1985 - 1988)

Años	Tasa Natalidad	Tasa Mortalidad Infantil (./1.000 N.V.)	Tasa Mortalidad General (./1.000 Habs.)	Esperanza de Vida al Nacer (años)	Inmunizaciones (1) Total	Inmunizaciones (1) Por cada 1.000 Habs.
1950	34,2	136,2	14,8	N/D	N/D	N/D
1960	37,1	120,3	12,3	58,1	2.016.901	262
1965	35,9	95,4	10,7	60,6	4.163.730	485
1970	27,5	79,3	8,8	63,6	4.530.775	478
1975	24,8	55,4	7,2	67,2	5.073.050	490
1980	22,8	31,8	6,6	71,0	4.000.351	359
1985	21,6	19,5	6,1	71,5	3.898.202	322
1988	23,3	18,9	5,8	71,8	4.137.785	325

(1) Incluye vacuna antivariólica hasta 1981, antitífica, antidiftérica, mixta, antipoliomelítica oral, antisarampión, antiinfluenza y BCG.

Fuente: Indicadores Biodemográficos Depto. Coordinación e Informática. Ministerio de Salud. Indicadores Sociales (1960-1980) Banco Central.

CUADRO 4

Principales Causas de Muerte en Chile

(1950-1988) Años seleccionados

Causas	1950 Nº Def.	1950 %	1950 % Acum.	1950 Ranking	1960 Nº Def.	1960 %	1960 % Acum.	1960 Ranking	1965 Nº Def.	1965 %	1965 % Acum.	1965 Ranking	1970 Nº Def.	1970 %	1970 % Acum.	1970 Ranking
Aparato Circulatorio	12.315 (2)	11,9	11,9	3	7.195	12,4	12,4	4	9.692	10,6	10,6	4	18.202	21,9	21,9	1
Tumores Malignos	5.021	4,9	16,8	5	5,772	9,9	22,3	6	8.679	9,5	20,1	5	9.862	11,8	33,7	3
Traumatismos y envenenami.	4.910	4,7	21,5	6	6,018	10,4	32,7	5	7,648	8,3	28,4	6	8.106	9,7	43,4	5
Enfer. Aparato Respiratorio	23.574	22,9	44,4	2	7.924	13,7	46,4	2	16.744	18,3	46,7	1	15.242	18,3	61,7	2
Enfer. Aparato Digestivo	3.639	3,5	47,9	7	7.685	13,2	59,6	3	10.146	11,1	57,8	3	5.441	6,5	68,2	6
Enfer. Infecciosas y Parasitarias	24.947 (1)	24,2	72,1	1	5.442	9,4	69,0	7	6.625	7,2	65.0	7	9.624	11,6	79,8	4
Afecciones Período Perinatal	11,378	11,0	83,1	4	8.294	14,2	83,2	1	13,285	14,5	79,5	2	4.386	5,3	85,2	7
Complic. Embarazo, Parto y Puerperio	762	0,7	83,8	8	N/D	-	-	-	860	0,9	80,4	8	439	0,5	85,6	8
Otras Causas	16.838	16,2	100,0	-	9.751	16,8	100,0	-	17.812	19,6	100,0	-	11.864	14,3	100,0	-
Total	103.384	100,0	100,0	-	58.084	100,0	100,0	-	91.491	100,0	-	-	83.166	100,0	-	-

CUADRO 4

Continuación

1975				1980				1985				1988			
N° Def.	%	% Acum.	Ran-king	N° Def.	%	% Acum.	Ran-king	N° Def.	%	% Acum.	Ran-king	N° Def.	%	% Acum.	Ran-king
15.673	21,1	21,1	1	19.630	26,6	26,6	1	20.422	27,8	27,8	1	20.791	27,9	27,9	1
10.442	14,1	35,2	2	11,321	15,4	42,0	2	12.655	17,2	45,0	2	13.425	18,0	45,9	2
7.539	10,2	45,4	4	8.739	11,9	53,9	3	9.010	12,2	57,2	3	9.036	12,1	58,0	3
8.948	12,1	57,5	3	7.030	9,5	63,4	4	8.077	11,0	68,2	4	8.948	12,0	70,0	4
5.108	6,9	64,4	6	6.002	8,1	71,5	5	5.859	8,0	76,2	5	4.805	6,5	76,5	5
6.322	8,5	72,9	5	3.544	4,8	76,3	6	2.523	3,4	79,6	6	2.586	3,5	80,0	6
4.450	6,0	78,9	7	3.179	4,3	80,6	7	1.721	2,3	81,9	7	1.859	2,5	82,5	7
336	0,4	79,3	8	185	0,2	80,8	8	132	0,2	82,1	8	123	0,2	82,7	8
15.364	20,7	100,0	-	14.080	19,2	100,0	-	13.135	17,9	100,0	-	12.862	17,3	100,0	-
74.182	100,0	100,0	-	73.710	100,0	100,0	-	73.534	100,0	100,0	-	74.435	100,0	100,0	-

N/D : No disponible.

(1) : Incluye influenza y Diarrea.

(2) : Incluye Accidente Vasculares Encéfalicos.

Nota: Las causas de muerte se encuentran agrupadas de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades según las revisiones siguientes:

Año 1965 VII Revisión

Años 1970-75 VIII Revisión

Años 1980-88 IX Revisión

Por los ajustes anteriores las cifras no son absolutamente comparables.

Fuente: Anuarios de defunciones y causas de muerte. Ministerio de Salud. Indicadores biodemográficos. Resumen 1988 Depto. Coordinación e Informática, Ministerio de Salud.

El Cuadro 4 muestra las principales causas de muerte en Chile a partir del año 1950. Las cuatro primeras eran en dicho año las enfermedades infecciosas y parasitarias (24,2 por ciento); del aparato respiratorio (22,9 por ciento); del aparato circulatorio (11,9 por ciento) y afecciones período perinatal (11,0 por ciento). En total, explicaban un 70 por ciento de las muertes. Para 1975 se había alcanzado ya el perfil actual, en que las causas eran: aparato circulatorio (21,1 por ciento); tumores malignos (14,1 por ciento); traumatismos y envenenamientos (10,2 por ciento) y aparato respiratorio (12,1 por ciento). Los 13 años siguientes mostrarían un aumento de 12,5 por ciento en la explicación de las muertes por estas cuatro causas, el que es, a su vez, resultado del fuerte aumento de las dos primeras causas: aparato circulatorio y tumores malignos.

Estos indicadores gruesos muestran perfiles similares a los de países desarrollados, además de corresponder también a un creciente envejecimiento de la población. Se señala al respecto que estas características anunciarían requerimientos asistenciales crecientes para los niveles secundarios y terciarios de atención, a la vez que la conveniencia de dedicar esfuerzos hacia las acciones de fomento y protección.

En cuanto a la población cubierta, a mediados de los años 70 alrededor de un 20 por ciento correspondió a empleados (sistema SERMENA), un 50 por ciento eran obreros y, por lo tanto, cubiertos por el SNS; alrededor de un 7 por ciento de los trabajadores eran independientes que cotizaban para previsión, y se repartían entre los sistemas señalados; entre un 18 por ciento y un 20 por ciento eran trabajadores por cuenta propia que no cotizaban, y que tenían acceso al SNS en las urgencias en forma gratuita, pero que debían pagar el valor de sus atenciones de salud en otras circunstancias. La población restante estaba cubierta por el sistema de las Fuerzas Armadas.

Se presentan a continuación algunos indicadores de los recursos destinados para salud: personal de salud (sólo para sistema estatal); número de camas, público y privado; establecimientos de asistencia médica (sólo estatal) y el gasto público en salud en relación al PGB.

El Cuadro 5 muestra que en 1950 había en Chile, empleados (jornada total y parcial) por el Estado, 2.205 médicos, 4.487 enfermeras y practicantes y 674 otros profesionales de salud.[3] En 1975, los médicos eran 4.414, las enfermeras 1.731, y los otros profesionales de la salud, 4.900. En 1988 los médicos habían aumentado a 5.348, las enfermeras a 2.186 y los otros profesionales a 5.273. Cabe destacar que en igual período la población del país prácticamente se triplicó; pero no es fácil obtener conclusiones respec-

[3] Incluye matronas, dentistas, kinesiólogos, nutricionistas y otros profesionales.

CUADRO 5

Serie Temporal del Personal de Salud

SNS/SNSS Chile (1950-1988) Años Seleccionados

Años	Médicos	Enfermeras	Matronas	Dentistas	Otros Profesionales de Salud*
1950	2.205	4.487 (1)	312	168	194 (2)
1960	3.724	8.935 (1)	633	489	284 (2)
1965	4.071	1.095	761	788	670 (3)
1970	4.401	1.666	1.101	1.140	1.895
1975	4.414	1.731	1.377	1.345	2.178
1980	4.128	2.509	1.839	1.752	2.622 (4)
1985	5.549	2.800	2.021	1.774	2.682
1988	5.348	2.186	1.636	1.366	2.271

* Químicos, farmacéuticos, kinesiólogos, tecnólogos médicos, nutricionistas y asistentes sociales.

(1) Incluye enfermeras y practicantes. (2) Incluye sólo farmacéuticos. (3) Incluye nutricionistas, técnicos laborantes y otros profesionales específicos. (4) Además, incluye terapeutas ocupacionales.

Fuente: Anuario de atenciones y recursos, Ministerio de Salud.

to de la evolución del personal de salud per cápita debido a que desconocemos el número total de médicos en el país.

El Cuadro 6 muestra la evolución del número de camas. En el año 1950 el sector público disponía de 28.202 camas, las que habían aumentado a 34.276 hacia 1975. En ese año las camas privadas ascendían a 3.684, por lo que el total era alrededor de 38.000. Así, el número total de camas por 1.000 habitantes alcanzaba a 3,8. A partir de mediados de los '70 se observan dos tendencias: primero, en tanto el número de camas del sector público disminuye en alrededor de 1.500, las camas privadas casi se triplican, alcanzando alrededor de 10.000 en 1988; segundo, el número de camas por cada 1.000 habitantes se habría reducido a 3,3 en 1988, lo que, dado que se habrían mantenido las tasas de ocupación, sería compensado en una reducción en el número de días-cama promedio.

En todo caso, como tendencia general, se observaría una disminución en el número de camas por 1.000 habitantes, la que ocurriría principalmente desde mediados de los '70 en adelante.

En cuanto a los establecimientos de asistencia médica públicos, el Cuadro 7 muestra que en 1950 existían 224 hospitales. Para mediados de los '70 éstos habían aumentado a 232, a los que se sumaban 142 consultorios rurales

y urbanos, más 719 postas de atención. En los años siguientes se observa una disminución del número de hospitales hasta 202, acompañada de un fuerte aumento de los consultorios (hasta 369) y de postas (a 1.034).

CUADRO 6

Números de Camas e Indice Ocupacional de Establecimientos de Salud (1950-1989) Años Seleccionados

Años	Sector Público (SNS/SNSS)		Sector Privado		Total Sector Salud	Nº Camas Totales por Cada 1.000 habs.
	Nº	% Ocup.	Nº	% Ocup.		
1950	28.202	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
1960	30.425	N/D	N/D	N/D	N/D	4,0
1965	33.234	N/D	2.722	N/D	35.956	4,2
1970	33.611	78,5	2.321	73,3	35.932	3,8
1974	34.276	78,5	3.684	N/D	37.960	3,8
1975	N/D	N/D	N/D	N/D	33.772	3,3
1980	33.879	76,1	4.088	67,7	37.967	3,4
1985	33.435	75,2	8.789	64,5	42.224	3,5
1987	32.594	73,8	9.233	66,6	41.827	3,3
1989	32.850	75,9	10.199	66,6	43.049	N/D

N/D: No disponible.

Fuente: Anuario de atención y recursos, Ministerio de Salud.

CUADRO 7

Establecimientos de Asistencia Médica (SNS/SNSS (1950,1960,1965,1974,1980,1988)

Año	Nº Hospitales	Nº Consultorios Rurales y Urbanos	Nº Postas
1950	224	N/D	N/D
1960	242	N/D	N/D
1965	300	—	—
1974	232	142	719
1986	202	310	997
1988	202	369	1.034

N/D: No disponible.

Fuentes: Anuario Atenciones y Recursos. Ministerio de Salud. Catastro Recursos Físicos, Ministerio de Salud.

Los indicadores de recursos que hemos revisado hasta ahora son bastante coincidentes con la relación del gasto público en salud (GPS) al Producto Geográfico Bruto (PGB). No se dispone de estos valores para la década de los 50, y aquellos que poseemos a partir de 1960 presentan discrepancias significativas en algunos años según la fuente que se tome: ellos corresponden a distintas metodologías de cálculo (véase Cuadro 8). A comienzos de los años 60, el GPS ascendería a alrededor de un 3,04 por ciento del PGB. Luego de haber alcanzado a alrededor de 3,4 por ciento en 1970 y 4,0 por ciento en 1972 (pero sólo 2,9 por ciento al año siguiente, según la misma fuente), a mediados de los '70 había alcanzado alrededor de 3,0 por ciento. De acuerdo a las cifras del Ministerio de Salud, se habría producido una recuperación para 1981/82, alcanzando alrededor de 3,25 por ciento para luego descender sostenidamente hasta llegar a 2,40 por ciento en 1988. Este descenso en la década de los '80 fue acompañado del desarrollo persistente de un sistema privado de salud previsional, denominado ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional) creado en 1981, al cual podían dirigirse las cotizaciones obligatorias de salud, alternativamente al sistema estatal. Estas cotizaciones, que de otro modo habrían fluido hacia el sistema público, si se suman a los componentes del gasto público en salud muestran, sin embargo, una tendencia inversa a la destacada precedentemente: luego del máximo de 1981-82 (alrededor de 3,3 por ciento) se pasó por un mínimo de 3,06 por ciento en 1985, para aumentar nuevamente hasta 3,34 por ciento en 1988.

Debemos ser, no obstante, cautos respecto de lo último, puesto que en tanto el sistema estatal se caracteriza por la solidaridad, accediendo todos sus afiliados a similares beneficios, el sistema privado de ISAPRES es esencialmente individual y, por lo tanto, con diferencias de beneficios entre sus afiliados y, por cierto, entre éstos y aquéllos del sistema estatal. Entonces, si bien los recursos legalmente destinados a salud se han mantenido estables, con posterioridad a las reformas de los años 80 se produjo una creciente desigualdad en el acceso y niveles de beneficios.

Resumiendo este recuento, el Sistema de Salud chileno existente a mediados de los años setenta resultó de un largo proceso de desarrollo, caracterizándose por sus rasgos de universalidad y amplia cobertura desde los años 40. Sus embriones se gestaron ya en los años 20, y el sistema de salud chileno mostró desde mucho antes una gran precocidad y pudo exhibir resultados destacables, que fueron orgullo de la nación y despertaron admiración por parte de los países de América.

Los recursos destinados a salud habrían mostrado una gran estabilidad, al menos en relación a la disponibilidad global de bienes en la sociedad. Si esto pudiera considerarse insuficiente, desde comienzos de los años 60 hubo

CUADRO 8

Gasto en Salud como Porcentaje PGB

	Yáñez		Ministerio de Salud		Banco Central		ODEPLAN
Año	GPS/PGB	Indice	GPS/PGB	Indice	GPS/PGB	Indice	GPS/PGB
1960					3,3	132,0	2,78
1961					3,4	136,0	2,85
1962					3,2	128,0	3,21
1963					3,1	124,0	2,73
1964					3,1	124,0	2,59
1965					3,3	132,0	3,34
1966					3,2	128,0	2,96
1967					3,3	132,0	2,97
1968					3,4	136,0	3,03
1969					3,3	132,0	3,38
1970	3,43	135,6			3,3	132,0	
1971					3,9	156,0	
1972					4,0	160,0	
1973	2,09	82,6			2,9	116,0	
1974	2,53	100,0	3,21	100,0	2,5	100,0	
1975	2.40	94,9	3,38	105,3	3,0	120,0	
1976	2,52	99,6	2,94	91,6	3,0	120,0	
1977	2,78	109,9	2,91	90,7	3,2	128,0	
1978	2.98	117,8	2,90	90,3	3,2	128,0	
1979	2,94	116,2	2,70	84,1	3,0	120,0	
1980	2,60	102,8	2,60	81,0	3,0	120,0	
1981	3,14	124,1	2,93	91,3			
1982	3,64	143.9	3,56	110,9			
1983	3,08	121,7	2,94	91,6			
1984	2,84	112,3	2,88	89,7			
1985	2.66	105,1	2,65	82,6			
1986			2,53	78,9			
1987			2,33	72,6			
1988			2,40	74,7			

Fuentes: J. Yáñez, "El Costo Público en los Sectores Sociales 1970-1980. Determinación y análisis"; I. Aguiló, J. Yáñez, "Cálculo y Análisis del Gasto Público en los Sectores Sociales, Chile 1980-1985". Indicadores Financieros Sector Público 1974-1988. Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales Banco Central.

ODEPLAN (1971), "Antecedentes sobre el Desarrollo Chileno 1960-1970". pp. 315 y 391.

un esfuerzo estatal deliberado por mejorar las condiciones ambientales, sanitarias, de vivienda y educación para los sectores más pobres, lo que contribuyó poderosamente a los notables resultados en salud que se apreciaban a mediados de los '70.

Como todo sistema, no obstante, el de salud chileno presentaba deficiencias: fuertes diferencias de beneficios entre obreros y empleados, que obedecían sólo a *status* legales-laborales distintos, pero no a factores socioeconómicos; alrededor de un 20 por ciento de la población no aportaba cotizaciones para el financiamiento de la salud, y tampoco era beneficiario del sistema, correspondiendo a sectores más desvalidos de la población; los sistemas mayoritarios de atención, SNS y SERMENA, eran entidades centralizadas, muy jerarquizadas, inflexibles a las demandas de la población y con lentitud para adaptarse a las situaciones cambiantes, con una administración burocratizada e ineficiente. Desde la perspectiva de las personas como entes racionales y preferencias personales variadas, el sistema de salud ofrecía sólo reducidas opciones de elección tanto entre establecimientos como profesionales tratantes; por último, el sistema se caracterizaba por una predominancia estatal casi absoluta tanto en el manejo del financiamiento como en la administración de los beneficios, y en menor grado, aunque mayoritario, en el otorgamiento de las prestaciones vía instalaciones propias y personal contratado. No existen razones a priori que justifiquen el predominio estatal o privado, por lo que un esquema balanceado parecería más adecuado como patrón de referencia.

3. Las reformas de los años 80

Las reformas de los años 80 al sistema de salud chileno se iniciaron legalmente en 1979 y entraron en vigencia a partir de 1980.

Pareciera claro a estas alturas de nuestra revisión que no existían razones imperiosas inmediatas que obligaran a la modificación del sistema de salud: los resultados eran superiores y los recursos comprometidos en salud bastante moderados. Pero existían deficiencias susceptibles de optimización, perspectivas sombrías en el área de eficiencia administrativa y capacidad de respuesta y un déficit crónico y creciente en el ámbito previsional de pensiones, que obligaba al Estado a desviar en esa dirección cada vez mayores recursos.[4] Probablemente haya sido esto último el detonante para emprender las reformas del sistema de salud conjuntamente y como parte del sistema de pensiones.

La presentación de los fundamentos de las reformas es una composición de numerosas fuentes oficiales, de las cuales las más importantes están señaladas en Raczynski (1983) y Piñera (1979), este último Ministro del Trabajo y Previsión Social en ese entonces.

[4] Véase Scarpaci y Miranda (1990).

3.1 Equidad en los beneficios

Se trataba de igualar el acceso a los beneficiarios para los distintos sectores de la población:

— Igualación de los beneficios para los empleados y obreros, eliminando la distinción legal para estos efectos.
— Otorgar acceso a los beneficios de salud a aquellos grupos de la población que carecían de ellos, o eran reducidos: el caso de los trabajadores por cuenta propia, ya sea que cotizaran o no para efectos previsionales.
— Todos los beneficiarios del sistema estatal accederían al beneficio de los préstamos médicos en igualdad de condiciones.

3.2 Equidad en los pagos

Perseguiría hacer equivalentes, en términos de sacrificio de bienestar soportados por los distintos grupos de trabajadores, las cotizaciones aportadas como forma de prepago (o prima de un seguro de salud, en jerga de seguros) más los pagos directos efectuados al momento de solicitar la atención de salud.

Hasta el momento de la reforma efectuada por la Ley 18.469 de noviembre de 1985, los aportes para salud de empleados y obreros eran diferentes: alrededor de 16,5 por ciento para los primeros y de 10,3 por ciento para los segundos, ambos como porcentaje de la renta tributable. Los trabajadores por cuenta propia no cotizaban para salud, aunque lo hicieran para efectos de pensiones, pero tenían acceso gratuito a las acciones de fomento y protección y las urgencias.

La reforma del sistema de salud introdujo, en concordancia con las reformas previsionales establecidas por el DL 3.500 de 1981, que las cotizaciones previsionales, tanto para pensiones como para salud, pasaban a ser patrimonio del trabajador, quien estaba obligado a cotizar y su empleador a actuar como agente recolector, reteniendo y enterando el pago en las entidades correspondientes. Los aportes patronales previos a las reformas fueron convenientemente traspasados al trabajador. Este tendría la opción de afiliarse al sistema estatal (ahora Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS) o a entidades privadas sustitutivas de aquél, las ISAPRES. Inicialmente, la cotización para salud se fijó en 4 por ciento de la renta imponible (a partir de mayo 1981). Muy pronto la experiencia mostró la insuficiencia de dicha contribución, la que fue alzada en 1983 a un 6 por ciento, y nuevamente en 1986, a un 7 por ciento. En el caso de las entidades privadas —ISAPRES—

podía cotizarse adicionalmente en forma voluntaria, y era ventajoso hacerlo, puesto que asociado a ello se obtenían beneficios superiores.

En cuanto al pago directo (copago), en las ISAPRES éste pasó a ser inversamente proporcional a las cotizaciones per cápita aportadas, en forma similar a los beneficios obtenidos de un seguro de salud. En el sistema estatal se estableció una modalidad redistributiva de beneficios: cuanto más pobre el trabajador, mayor la bonificación obtenida, alcanzando al 100 por ciento en el caso de los indigentes y los trabajadores de ingresos relativos inferiores.

Al año 1986, la distribución de estos beneficios era la siguiente:

Grupo de Ingreso	Categoría de Ingreso	Porcentaje de Bonificación en Sistema Estatal	Porcentaje de Población Cubierta
A	indigente	100%	74,3%
B	bajo	100%	
C	medio	75%	12,9%
D	alto	50%	12,7%

Fuente: Giaconi (1985), p. 31.

Como entre los Grupos A y B, gratuidad total, y C quedaban grupos significativos de empleados que previamente debían cancelar el 50 por ciento en copago vía SERMENA, el número de personas beneficiadas era mayor que la de obreros que pasaban de gratuidad a pagar.

Así, el factor de discriminación en la bonificación era la condición económica; el criterio aplicado era homogéneo para todos los trabajadores; la bonificación era redistributiva, favoreciendo más a los de menores ingresos, y los trabajadores que ganaban eran más que los que perdían bajo la nueva situación.

3.3 Focalizar los subsidios

El gobierno militar tenía entre sus concepciones sociales más amplias la de mantener los subsidios para los grupos de inferiores recursos, pero sustituyendo los subsidios "cruzados" por subsidios "directos". El primer tipo es característico de los arcaicos sistemas de reparto, donde no existen incentivos para cotizar y sí es muy conveniente emplear los sistemas hasta el

límite de agotamiento. De este modo, es sólo una coincidencia que quienes están en condiciones de financiar el subsidio lo hagan, y que sean efectivamente receptores quienes lo merecen.

En cambio, los subsidios "directos" permiten identificar claramente los grupos y personas-objetivo del subsidio, el motivo, monto, oportunidad y circunstancias, a la vez que los entes que van a ser tributados para tal efecto.

Concentrando la gratuidad total en los indigentes y grupos de ingreso bajo se conseguía focalizar en los más pobres el subsidio. Y aunque persistían rangos amplios en que seguían existiendo subsidios cruzados, la reforma avanzaba en la dirección apropiada. Por cierto, se mantenía un fuerte sesgo en cuanto a que la base para el cálculo era el ingreso del jefe del hogar, sin considerar el número de familiares que debía mantener.

De todos modos, algunas prestaciones se mantuvieron gratuitas para todos los afiliados, por considerarse que sus externalidades positivas así lo justificaban: examen de salud de medicina preventiva; protección y control de la mujer embarazada (durante el embarazo y puerperio): control del niño (hasta los 6 años de edad) y Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

Esta focalización de subsidios también comprendió algunos grupos afectados por riesgos diferenciales, como es el caso de los enfermos de insuficiencia renal crónica afectos a diálisis, respetando beneficios existentes antes de la reforma. Pero también abrió una puerta para eventuales nuevos riesgos, especialmente aquellos de enfermedades infecciosas con fuertes externalidades negativas: hepatitis, meningitis, sida, etc.

3.4 Ampliar la libertad de elección

Para el ideario del gobierno militar era importante y, según se ha comprobado posteriormente, también para mayoritarios sectores de la población, que las personas pudieran dar respuesta a sus preferencias y contaran con alternativas de opción. De ese modo, siempre sometidas a sus limitaciones presupuestarias, las personas buscarían aquellas soluciones que les proporcionaran el máximo bienestar.

El aumento en las opciones de atención comprendió tanto los sistemas a los que podría acceder, como dentro de cada uno de ellos a diversos proveedores del servicio. La competencia que se generaría entre proveedores resultaría en mejoras en la calidad de los servicios y haría sus precios más convenientes. La existencia de sustitutos para cada servicio haría al paciente

menos dependiente, lo cual reduciría la capacidad del proveedor para discriminar precios y extraerle sus excedentes de consumidor.

Los pasos dados en esta dirección fueron:

— En el año 1979 se permitió a los obreros utilizar el sistema de *vouchers* del SERMENA, hasta entonces privativo de los empleados.
— En el año 1981 se permitió la formación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), entidades de salud privadas en las que los trabajadores podrían optar por afiliarse en sustitución del sistema estatal. La existencia de numerosas ISAPRES permitiría la opción entre ellas, que se verían obligadas a competir por un mejor servicio. Estas podrían financiar y/u otorgar directamente las prestaciones.
— La Ley 18.469 permitió al trabajador afiliado al sistema estatal atenderse en cualquier establecimiento del sistema en atención secundaria y terciaria.[5] Ello, con la finalidad de que la persona dirigiera sus demandas hacia los establecimientos de mejor atención, sirviendo de mecanismo de control para su funcionamiento. Dichos establecimientos tendrían incentivos para aumentar la atención desde el momento que, al menos, parte importante de sus recursos estatales les serían distribuidos según las atenciones efectivamente prestadas.

3.5 Aplicar la subsidiariedad del Estado

El gobierno militar había establecido el principio de que el Estado sólo participaría en la actividad directa de producción de bienes o servicios en subsidio ante la ausencia de capacidad, interés o iniciativa privada. Pero la norma sería que los entes privados tendrían primera prioridad para emprender y desarrollar toda la actividad económica y, como excepción, lo haría el Estado.

En el caso de la salud chilena, el Estado era predominante en la administración del financiamiento y mayoritario en el otorgamiento de las prestaciones de salud. La aplicación de principios de subsidiariedad comprendería acciones en ambas esferas.

Para la administración del financiamiento se creaba la opción de las ISAPRES, las que competirían por las cotizaciones de salud de los trabajadores y establecerían beneficios acordes a sus montos.

[5] En atención primaria, consideraciones prácticas aconsejaron mantener la adscripción a zonas geográficas de residencia.

Para el otorgamiento de las prestaciones se sumaría al sistema estatal institucional (que pasaría a llamarse Modalidad de Atención Institucional) y al Sistema de *vouchers* SERMENA —FONASA entre 1980 y 1985, Modalidad de Libre Elección a partir de 1986— las instalaciones de atención directa que crearan las ISAPRES y, de todos modos, la oferta inducida por éstas. Ellas no podrían emplear las instalaciones estatales, de modo que su desarrollo y expansión obligarían a incrementar la provisión privada de servicios de salud.

Una tercera reforma que se proponía en esta misma dirección consistía en la creación de un Seguro Nacional de Salud, el que sustituiría el subsidio a la oferta (gratuidad o cobro parcial del valor de las prestaciones en el sistema estatal) por un subsidio a la demanda, en que el Estado cubriría con sus fondos la diferencia necesaria para obtener, al menos, un mínimo de beneficios en entidades similares a las ISAPRES. Así, los establecimientos estatales de provisión de Servicios de Salud podrían ser privatizados a través del tiempo. No existió consenso al interior del gobierno militar para proceder a esta reforma, y si bien formaba parte de la propuesta del candidato oficialista a la Presidencia en la elección de 1989, éste obtuvo menos del 30 por ciento de la votación. Los otros dos candidatos proponían mantener el sistema estatal.

3.6 Aumentar la eficiencia

Este objetivo atraviesa todas las reformas emprendidas. Comprende la reorganización del sistema estatal de salud, el traspaso de la responsabilidad y los recursos para la atención primaria a las municipalidades, creación de las ISAPRES y la reorientación de los recursos de salud hacia la atención primaria.

En 1979 el Decreto Ley N° 2.763, con vigencia a partir de enero 1980, crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), compuesto por 27 Servicios de Salud, la Central de Abastecimientos, el Instituto de Salud Pública (ISP) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA). De este modo se dio inicio al proceso de descentralización, separando en el sector las funciones normativa, la financiera y la operativa.

La función normativa y de control permanecería radicada en el Ministerio de Salud, de cuyo Subsecretario (equivalente a viceministro) dependerían los Servicios de Salud. La función operativa quedaba radicada en los Servicios de Salud, Central de Abastecimientos e ISP, todos organismos estatales, funcionalmente descentralizados, con personería jurídica y patrimonio propio.

Estos deben atenerse a las normas, políticas e instrucciones impartidas por el ministerio, con amplia autonomía dentro de dicha circunscripción, respondiendo ante el ministro y dando cuenta de su gestión.

La función financiera fue asignada, por último, a FONASA. Además de la función de registro y fiscalización en conjunto con el ministerio del cual depende, lo más crítico es que efectúa por cuenta de éste la distribución de los fondos para los servicios. En este sentido, se implantó un mecanismo de distribución de fondos a base de las atenciones efectivamente prestadas (Financiamiento por Atenciones Prestadas, FAP), en oposición a los sistemas tradicionales de capitación (*capitation*) y población asignados. Se pretendía ligar así el financiamiento al nivel de actividad de los establecimientos y servicios. Los recursos fluirían a las entidades donde efectivamente se prestaran las atenciones. Por razones de cautela y práctica, no llegó a aplicarse en su integridad, distribuyéndose una fracción no superior al 25 por ciento del financiamiento total por esta vía. Esto será analizado con mayor detalle en la sección sobre Descentralización.

Se crearon estructuras descentralizadas con mayor autonomía y facultades para reaccionar. Al mismo tiempo, el financiamiento respondería a la actividad real, lo que evitaría los fuertes desbalances asociados a asignaciones basadas en comportamientos históricos.

La municipalización de la Atención Primaria, como se conoció el traspaso de los Consultorios de Atención Primaria a los municipios, se inició en 1981 pero en forma muy embrionaria, ya que no más de un 20 por ciento de los establecimientos fue traspasado en la oportunidad. De esta forma, se lograría una descentralización de la atención primaria, agregando los recursos financieros aportados por las propias municipalidades a aquellos provenientes del Ministerio de Salud. Estos últimos serían distribuidos también mediante el Financiamiento de Atenciones Prestadas en Municipalidades, FAPEM, igual lógica que el FAP. Este proceso es también abordado con mayor detalle más adelante.

La creación de las ISAPRES en 1981, mediante Decreto Fuerza de Ley N° 3, permitiría a las personas optar a un sistema privado de financiamiento, administración y otorgamiento de las prestaciones de salud, alternativamente al sistema estatal. Estas empresas privadas responderían a incentivos pecuniarios, pero la competencia entre ellas induciría eficiencia administrativa y servicios oportunos y de calidad. Ellas permitirían integrar a los trabajadores por cuenta propia hasta entonces no cotizantes, y mediante cotizaciones adicionales obtener beneficios superiores a aquellos establecidos por ley.

Otra característica notable de las ISAPRES en términos de eficiencia radica en la directa relación entre cotizaciones y beneficios: esto induce a cotizar lo legal al menos y, por otra parte, restringir el uso de los beneficios a

lo necesario, en prevención de eventuales aumentos futuros de primas. El fraccionamiento del universo de afiliados en unidades de menor tamaño, lo que facilita la administración, también podría significar mejoras en la eficiencia.[6]

Se pensó inicialmente que esta opción —que abordamos con mayor detalle más adelante— no abarcaría a más de un 5 a 7 por ciento de la población: recuérdese que la cotización legal en 1981 se estableció en 4 por ciento. Así, se estableció la alternativa, pero el gobierno militar no empleó inicialmente en su desarrollo estímulos especiales, ni remotamente semejantes al empeño puesto en la forma previsional de personas. Posteriormente, los aumentos de tasas de cotización hasta el 7 por ciento han expandido el potencial hasta alrededor de un 20 por ciento de la población y, en términos reales, a un 13 por ciento de ella en 1989.

Por último, el gobierno militar efectuó desde mediados de los años 70 una fuerte reorientación de los recursos públicos de salud hacia la atención primaria. Ello mejoró la cobertura poblacional, alcanzando a las comunidades rurales; mejoró la atención profesional del parto, así como la atención de la mujer embarazada y de los niños hasta los seis años. Estas medidas respondían a la lógica de que el rendimiento de los recursos aplicados a la atención primaria es muy superior a aquella en los niveles superiores, especialmente en los países de menor grado de desarrollo.

Aunque se lograron mejoras destacables en los indicadores de salud universalmente aceptados —aunque no exclusiva ni principalmente por estas acciones— ya alrededor de 1985 se observaron deficiencias extremas en los niveles secundarios y terciarios que llevaron a revertir esta política. También presionó en esta dirección la recesión económica experimentada por la economía chilena a partir de 1982, que implicó un aumento de la presión asistencial sobre el sistema público. Así, en agosto de 1986, con el nombramiento de un nuevo Ministro de Salud, se restituyó el balance en la asignación presupuestaria en los distintos niveles de atención.

3.7 Capacidad de respuesta a las necesidades de la población

Los sistemas centralizados, burocratizados y jerarquizados, si bien ofrecen la promesa de aprovechar mejor las economías de escala, tienden a ser

[6] Existe evidencia de economías de escala por administración y computacionales. Por otra parte, en ausencia de instalaciones propias de atención, a mayor volumen de afiliados se producen des-economías de control de abusos y sobreconsumo.

poco dinámicos y lentos para reaccionar ante situaciones cambiantes. También tienden a ser insensibles a las demandas de las personas e inflexibles en su planificación. Por último, la distancia existente entre el nivel de decisión y el nivel asistencial tiende a traducirse en desconocimiento de las necesidades reales de las poblaciones atendidas.

La descentralización del sistema estatal, dividiendo lo que en 27 Servicios y capacidades de decisión estaba previamente centralizado en una sola Dirección Nacional; la municipalización de los Consultorios de Atención Primaria, que en las necesidades más cotidianas y apremiantes permitiría reaccionar *in situ,* además de la capacidad de la comunidad para manifestar sus requerimientos ante las autoridades municipales; las ISAPRES, con sus diversas alternativas de beneficios a ser contratados individualmente, y la posibilidad de elegir entre una gama amplísima de alternativas, y si todavía, insatisfecho, retomar el sistema estatal en cualquier momento, completaban las crecientes opciones de obtener las prestaciones de salud a través del sistema estatal por vía de la modalidad de libre elección.

Mediante la descentralización, municipalización, aplicación de la libre elección en el sistema estatal y la creación de las ISAPRES se establecían mecanismos para que las personas dispusieran de variadas opciones que les permitieran satisfacer sus necesidades de salud según sus preferencias. Los diversos mecanismos se caracterizaban, además, por estructuras, ya sea de mayor flexibilidad y dinamismo que entes (caso de los servicios de salud descentralizados) y consultorios municipalizados, o de gran capacidad de respuesta a las necesidades, como es la atención privada.

4. La descentralización de los servicios de salud

Como se señalara, esta reforma se efectuó mediante la dictación del Decreto Ley N° 2.763 de 1979. A dicha fecha existían 54 áreas de salud del Servicio Nacional de Salud, que fueron transformadas en 26 servicios operativos que resultaron de una fragmentación del ex SNS y el ex SERMENA, con autonomía administrativa, planta de personal propia, y manejo presupuestario y patrimonial relativamente independiente.[7] El servicio 27 es el Servicio de Salud Metropolitana del Ambiente.

El Ministerio de Salud retiene las funciones normativas y de planificación para el Sistema de Salud, fijando políticas de salud, planes y progra-

[7] Seguimos en esta parte a J. Giaconi (1982) y J. Giaconi (1985). El año 1986 y hasta marzo de 1990, el doctor Giaconi fue Ministro de Salud del gobierno militar.

mas para el sector estatal, así como el control y supervisión. Esta última función, a nivel de seguimiento y fiscalización también la efectúa sobre las ISAPRES, a través de FONASA (Fondo Nacional de Salud). La creación de una Superintendencia de ISAPRES, a partir de mediados de 1990, restó esta función a FONASA, pero mantiene la independencia respecto del Ministerio de Salud.[8]

El ministerio opera a un nivel central en Santiago y en un nivel regional 13 Secretarios Regionales Ministeriales que representan al ministerio en cada región, y supervisan y controlan el funcionamiento de los servicios.

El segundo ente en importancia del sistema es el Fondo Nacional de Salud, el que cumple las siguientes funciones básicas:[9]

— Administrar la modalidad de libre elección de la Ley 18.469. Consiste en la de *vouchers* a los afiliados al sistema estatal que opten por atenderse con los profesionales e instituciones privadas de salud con convenio de atención. Esta es una continuación del sistema del SERMENA en operación desde mediados de los años 60 para los empleados y luego extendido a los obreros en 1979.

— Recaudar y distribuir los recursos a los Servicios de Salud y consultorios municipalizados. Obtiene los recursos de parte del ministerio, distribuyendo una parte del presupuesto (alrededor del 80 por ciento) en forma directa, y el resto a través del mecanismo de "facturación de atenciones prestadas" (FAP para los servicios y FAPEM para consultorios).
  Este mecanismo fue ideado con el objeto de vincular los recursos financieros a los volúmenes de actividad de los Servicios y unidades, estableciendo estímulos para el cumplimiento de sus metas. Este sería uno de los pilares para el funcionamiento descentralizado del sistema de salud estatal, introduciendo los Servicios a una gestión más dinámica que tuviera que competir por sus recursos financieros, pero que tendría la capacidad y autonomía para resolver.

— Clasificar e identificar a los afiliados al sistema estatal. Como se señalara, la reforma de 1986 (Ley 18.469) estableció un sistema redistributivo progresivo de bonificación según el nivel de ingreso del grupo familiar del afiliado. El otorgamiento de un mecanismo de identificación para

[8] Ley 18.933, del 9 de marzo de 1990.
[9] FONASA (1989)

los afiliados, así como su clasificación en los "grupos de ingreso" a nivel nacional fue asignado a FONASA (alrededor de 8 millones de afiliados).

— Financiar la modalidad de libre elección. Los *vouchers* vendidos por FONASA se comproban a un promedio de 63% de su valor total, siendo los profesionales e instituciones reembolsados por el total.

— Otorgar préstamos a los afiliados al sistema estatal. Los afiliados tienen derecho a préstamos médicos sin intereses (pero sí con corrección monetaria) por la parte no bonificada, con un límite por prestación. Estos préstamos, de fácil tramitación, permiten reducir la carga financiera inmediata de los afiliados sujetos a cobro: aquellos con bonificación de 100 por ciento (alrededor del 75 por ciento) no lo requieren.

— Fiscalizar las ISAPRES. FONASA, por cuenta del Ministerio de Salud, ejerce esta función desde 1981. Debe vigilar y exigir el cumplimiento de los mínimos establecidos por ley, hacer un seguimiento permanente del sistema ISAPRES informando de las anomalías, previendo crisis y actuando con oportunidad, conforme a sus atribuciones. También debe estar en conocimiento de los servicios ofrecidos por las ISAPRES, obligar el otorgamiento de los servicios mínimos establecidos por la ley y prestar asistencia a los afiliados en sus demandas y ante incumplimiento de contratos.

El Sistema de Facturación por Atenciones Prestadas

Señalamos previamente que perseguía ligar financiamiento con volumen efectivo de actividad e introducir incentivos para la operación, conforme las políticas y programas.

Su operación es la siguiente:

— Todas las prestaciones de salud son codificadas en un arancel, el cual contiene el valor de dichas prestaciones.

— Mensualmente, cada unidad operativa del respectivo Servicio resume estas prestaciones, las que se agregan a nivel de servicio y se remiten, al nivel central del Ministerio de Salud. Este las recibe y las presenta en FONASA para su cobro, según su valor resultante de la sumatoria de los valores individuales.

— El valor cancelado por FONASA será una fracción del valor facturado, debido a que la totalidad de las remuneraciones del personal (alrededor del 60 por ciento del presupuesto) es cancelada directamente, así como también una parte de los insumos intermedios empleados. Así, entre un 20 por ciento a 25 por ciento es distribuido por este mecanismo.

A través del tiempo —ya que el sistema FAP se implementó desde comienzos del SNSS— se idearon diversas fórmulas para establecer incentivos al correcto empleo de los recursos. Ello, debido a que si bien este sistema era un avance respecto del sistema de capitación o población asignada, tenía una deficiencia que con el tiempo probaría ser clave: financiaba según el empleo de recursos, pero no según resultado.

Esta deficiencia se fue haciendo más manifiesta a medida que las unidades descubrieron cómo podía maximizarse el financiamiento, hecho que fue reforzado por dos factores: uno, el componente de trabajo en las distintas prestaciones no era homogéneo; dos, los aranceles ("precios") no se adecuaron perfectamente en el tiempo a los cambios en los costos. Entonces, el margen obtenible por sobre los costos efectivos de las prestaciones para cada unidad era distinto, introduciendo al sistema estímulos perversos. Convenía concentrar la acción en las prestaciones que proporcionaban mayor margen, y en la medida que se pagaba por empleo de recursos hipertrofiar estas acciones.

De aquí que se intentaran diversos esquemas de control y estímulos destinados a aminorar esta deficiencia: "techos" a la facturación total, por un lado, y, por otro, premios asociados al cumplimiento de las metas de salud. Estos premios podían ser empleados por los directores de servicios para compra de insumos, equipos, mejoras de las instalaciones, para horas extraordinarias y personal a honorarios. Estos esfuerzos han sido sólo parcialmente fructíferos, y en el presente se estudia el establecimiento de sistemas asociados a resultados: determinación de "canastas" de prestaciones necesarias para procesos de recuperación de patologías; y a un nivel de mayor sofisticación *Diagnosis Related Groups*, DRG

A la fecha no se ha efectuado una evaluación global del proceso de descentralización a partir de 1980 y perfeccionado en 1986. Podría decirse que en lo referente a cambios organizativos, éstos se plasmaron desde un comienzo, y ello en buena medida gracias a que —en palabras del doctor Giaconi— se fragmentó el antiguo SNSS, fusionándolo con SERMENA. De modo que, básicamente, se continuaron efectuando las mismas acciones de salud que antes de la reforma.

Mayor ha sido el impacto a nivel central, y principalmente en FONASA, al que además de habérsele asignado múltiples funciones inicialmente, se le

agregaron nuevas con motivo de la reforma de 1986: identificación y clasificación de beneficiarios y otorgamiento de préstamos médicos. También esta entidad desarrolló en el tiempo, y especialmente en 1984, una creciente capacidad de fiscalización de las ISAPRES, dentro de las restringidas atribuciones otorgadas por la ley.

No existen evidencias, pero sí numerosos indicios, de que la gestión administrativa de los Servicios de Salud muestra niveles de gran disparidad: algunos de ellos han alcanzado elevados estándares, en tanto que otros, deficientes. En este sentido el proceso de descentralización no estuvo acompañado de un esfuerzo deliberado, constante ni global por mejorar la capacidad administrativa de los Servicios. Esto ha resultado de esfuerzos de personas que en uso de su mayor autonomía han desarrollado la capacidad.

El mayor esfuerzo a nivel central fue el efectuado por el sistema de asignación y distribución del financiamiento: el sistema de FAP y FAPEM. En este sentido, como destacaremos en la sección respectiva, se han explorado mecanismos de creciente perfección técnica que han ido corrigiendo las deficiencias que la práctica ha generado. Lamentablemente éstas sólo han producido resultados parciales, no corrigiendo las dos fuentes principales de error: la determinación de aranceles (precios) defectuosos y, muy principalmente, asignar recursos conforme a su empleo (pagar según insumos empleados), antes que según los resultados o producto obtenidos.

5. La municipalización de los Consultorios de Atención Primaria (CAP)

Los objetivos que se persiguieron con la transferencia a las municipalidades de los CAP a partir de 1981 fueron:[10]

1) Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas al nivel comunal.
2) Mejorar el control y fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las Direcciones de Servicios del antiguo SNS.
3) Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población.
4) Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar sus infraestructura.
5) Hacer posible una mayor participación comunitaria en la base social.

[10] Véase J. Giaconi (1985), p. 23.

6) Permitir una mayor integración multisectorial, en especial con los sectores más importantes para salud como son educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental, etc.

La transferencia se materializó en tres períodos (véase Cuadro 9): en 1981 el total ascendió a 462, un 17, 4 por ciento del total de consultorios. El énfasis en esta primera "ola" fue en los consultorios rurales, que fueron un 43 por ciento del total. Una segunda oleada se produjo el año 1982, en que se traspasaron 90 consultorios, un 3,4 por ciento del total. En 1983-84 se traspasaron otros tres consultorios. Posteriormente, en 1987, se reanudaron los traspasos, transfiriéndose 880 consultorios (un 33 por ciento del total) con el mayor énfasis en las postas rurales. En 1988 nuevamente se efectuaron transferencias que alcanzaron a 419 consultorios, elevando el total municipalizado a un 70 por ciento. De este modo, el 92 por ciento de los Consultorios Urbanos, el 100 por ciento de los Consultorios Rurales, Postas Rurales y Clínicas Dentales, y el 40 por ciento de las Estaciones Médico-Rurales se encontraban transferidos a diciembre de 1988.

La razón por la cual el proceso iniciado en 1981-82 se detuvo hasta 1987 parece encontrarse en la aguda crisis económica de los años 1982-86 en Chile.[11] Al mismo tiempo, "techos" establecidos por el Ministerio de Salud al FAPEM hicieron poco atractivo para las municipalidades hacerse cargo de los consultorios.

También en este caso la evaluación del proceso es parcial. Es importante destacar dos esfuerzos en esta dirección, encaminados, uno, a establecer el nivel administrativo alcanzado en los CAP, y el otro, a nivel más global, las tendencias observadas.

En el primer caso,[12] a base de un número seleccionado de consultorios que reunían diferencias en cuanto al nivel de ingresos de las municipalidades, fecha de traspaso y Servicio de Salud supervisante, en la Región Metropolitana, se llegó a las siguientes conclusiones:

— El nivel administrativo global definido en términos de proceso alcanzaba en el mayor consultorio a 2/3 del nivel considerado adecuado; el mínimo era de 46 por ciento de lo adecuado.

— Las deficiencias mayores se encontraban en la función de administración de recursos humanos, organización y control. Se estimaron es-

[11] J. Panzer (1989), p. 13.
[12] Véase V. Loyola y E. Miranda, (1990).

CUADRO 9

Tiempo de Traspaso Municipal de Establecimientos de Atención Primaria

	Consultorio Urbano		Consultorio Rural		Posta Rural		Estación Médico Rural		Consultorio Dental	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1981	26	13	46	43	229	23	161	13	-	-
1982	11	6	9	8	61	6	4	-	5	7
1983	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-
1984	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-
1985	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1986	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1987	4	70	38	35	692	70	146	11	-	-
1988	136	92	14	13	11	1	189	15	69	93
Total	178	92	108	100	994	100	500	39	74	100

Fuente: Panzer (1989).

tas deficiencias como críticas, atendida la naturaleza de servicios personales de manejo de recursos.

— A nivel sólo de indicios, existiría una asociación positiva entre el nivel de ingresos municipales y nivel administrativo del consultorio; el Servicio de Salud supervisante impactaría al nivel administrativo de la Unidad Técnica (enfermería, maternal, nutrición, dental y servicio social), el tiempo de traspaso no tendría efecto sobre el nivel administrativo, esto es, no habría proceso de aprendizaje.

Por otra parte, la principal tendencia en el segundo estudio[13] muestra que efectivamente las municipalidades han efectuado aportes adicionales a sus CAP, que era uno de los objetivos perseguidos. Como era de esperarse, las municipalidades más ricas han efectuado aportes más significativos, traduciéndose en una creciente disparidad en los recursos de salud disponibles para la población, en favor de aquellos de mayor ingreso relativo. Más importante aún, como señala Panzer:

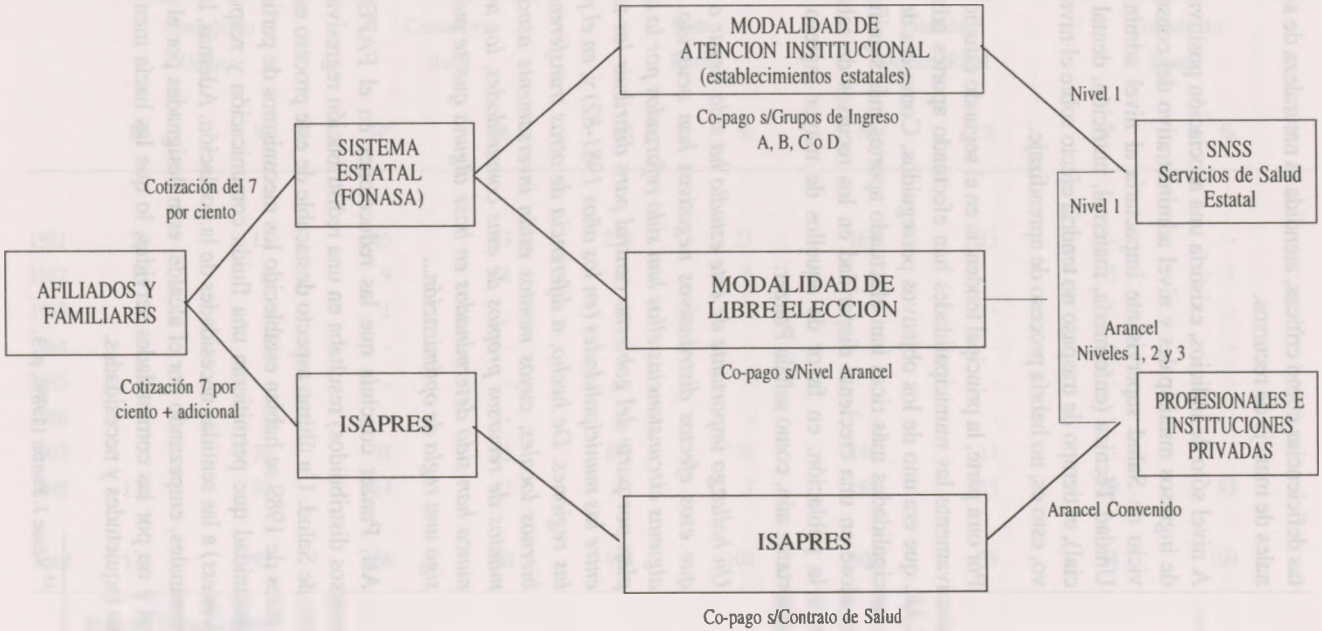
Un hallazgo importante de este estudio ha sido llegar a la conclusión que esos efectos distributivos negativos han ocurrido. Aún más, en algunas circunstancias ellos han sido reforzados por la carencia de un plan por parte del gobierno central para distribuir los techos FAPEM entre las municipalidades (en los años 1981-82) y, en el presente, entre las regiones. De hecho, a diferencia de otras transferencias a los gobiernos locales, cuyos montos están inversamente asociados con los montos de recursos propios de esas comunidades, los techos FAPEM nunca han sido determinados en base alguna que se pudiera sostener siga una regla de optimización...

Así, Panzer concluía que las reducciones en el FAPEM (monto de recursos distribuidos) resultaba en una redistribución regresiva de los Servicios de Salud. Un último aspecto destacable de este proceso es que tampoco a fines de 1989 se habían establecido los mecanismos de participación de la comunidad que permitieran una fluida comunicación y respuesta *(responsiveness)* a las sentidas necesidades de la población. Además, las autoridades comunales, empezando por el alcalde, eran designadas por el gobierno central y no por las comunidades servidas, lo que las hacía menos sensibles a sus inquietudes y necesidades.

[13] Véase J. Panzer (1989), p. 3.

CUADRO 10

Esquema de la Estructura del Sistema de Salud Chileno



Entonces, tal vez lo más ponderado que puede señalarse del proceso de municipalización es que se trata de un paso en la dirección correcta, por las razones pertinentes, con variadas deficiencias que deben ser corregidas para su real utilidad.

6. Las Instituciones de Salud Previsional ISAPRES

Las ISAPRES fueron creadas en 1981 como parte de las reformas al sistema previsional efectuadas por el gobierno militar. Ya hemos señalado a nivel de fundamentación que con ellas se perseguía aumentar la libertad de opción en salud para las personas, la eficiencia del sistema de salud y su sensibilidad a las necesidades de las personas.

Estas entidades, personas jurídicas con giro de negocios no necesariamente exclusivo, debían contar con un capital mínimo muy bajo (alrededor de US$ 30.000), autorización y supervisión de parte de FONASA. Operan como una alternativa de afiliación al sistema (véase Cuadro 10), pudiendo las personas desplazarse libremente entre ISAPRES y entre éstas y el sistema estatal en todo momento (véase E. Miranda, 1988).

La cotización obligatoria para la salud puede ser complementada con una adicional, ambas retenidas por el empleador en el caso de los trabajadores dependientes. Se pacta libremente con cada ISAPRE un "contrato de salud"[14] que especifica las cotizaciones totales a pagar, las prestaciones de salud comprendidas, los aranceles de referencia y las bonificaciones. El sistema opera en base mensual, existiendo una garantía (similar a una reserva de compañía de seguro) equivalente a un mes de cotizaciones. En el caso de insolvencia o quiebra, la garantía, primero, y luego el capital de la ISAPRE son aplicados a cancelar sus obligaciones pendientes con los afiliados.

Los servicios producidos comprenden las prestaciones médicas pactadas y los subsidios por incapacidad laboral. Estos cubren el pago del salario del afiliado (según el monto correspondiente a lo cotizado) por el período que dure la licencia médica expedida por profesional médico.

Abordaremos a continuación en forma breve los rasgos característicos del desarrollo de las ISAPRES y los problemas no resueltos al presente. Seguimos en esto al autor en un artículo publicado en 1989.[15]

Los rasgos más sobresalientes de su evolución han sido su fuerte y sostenido crecimiento; una gran competitividad y decreciente concentración

[14] Véase E. Miranda, (1990, a).
[15] Véase E. Miranda, (1989).

en el mercado; gran estabilidad de las ISAPRES operando en el mercado; escasa inversión directa en infraestructura, pero fuerte inducción de inversión en los proveedores de servicios; a través del tiempo, se han reducido los márgenes de explotación y también los gastos de administración y ventas. Ha habido una reducción en el margen sobre ventas, así como de las rentabilidades, acercándose a los niveles de competencia (esto es, rentabilidad de equilibrio de largo plazo para el perfil de riesgo de la actividad).

No es posible entrar al detalle de cada una de estas características, pero podemos resumir: [16]

> *Una apreciación general del sistema ISAPRES muestra que, a pesar de las críticas a su existencia y las deficiencias de su operación, ha evolucionado en forma dinámica, evidenciando crecientemente competitividad y gran estabilidad, induciendo importantes aumentos en la infraestructura privada de salud, reduciendo sus márgenes y logrando mayor eficiencia operativo-administrativa.*
> *Así, la solución a las necesidades de salud que el 12 por ciento de la población total del país afiliado al sistema a diciembre de 1988 logra es preferida a las formas alternativas representadas por el sistema estatal, y la evolución del mercado indica que progresivamente se alcanzan mayores beneficios por unidad de dinero cotizado. Sin ser óptimas, las soluciones alcanzadas son claramente superiores.*

En la actualidad se pueden establecer los riesgos que enfrenta el sistema de ISAPRES y los problemas no resueltos, consecuencia de la manera en que fue estructurado[17] y las formas que ha asumido su desarrollo.

En cuanto a los problemas de la coyuntura, ya desde fines de 1987 se observa una disminución de la tasa de crecimiento del sistema, tendencia que se agudiza posteriormente. Así, el mercado pasa a madurar, y no podrá confiar en la expansión sino que en una adecuada administración de la cartera de afiliados como sostén de la actividad. La disminución de los márgenes enfatiza la necesidad de mejorar la capacidad administrativa, y atacar los aumentos de costos de explotación derivados tanto de sobreconsumo como de los subsidios por incapacidad laboral. Posiblemente esto lleve a las ISAPRES a adoptar progresivamente sistemas administrados de salud y desarrollo de instalaciones propias.

[16] Véase E. Miranda, (1989) p. 26.
[17] E. Miranda, (1989), p. 30.

Un tercer aspecto crítico han sido las deficiencias en la determinación de costos, y, en general, el manejo técnico de los riesgos de salud. Los errores incurridos en este ámbito por algunas ISAPRES han impactado negativamente al conjunto de ellas, y provocado situaciones de traspasos de empresas y fusiones.

Los problemas de corte estructural manifiestos tienen que ver con algunas características del producto de las ISAPRES, con la información a los afiliados y con el grado de cobertura a la población.

En cuanto a las características del producto, son aspectos deficientes el plazo de los contratos de salud, y la evaluación de riesgo y control de la selección adversa, especialmente en su aplicación a los enfermos crónicos y aquellos de riesgo diferencial superior. En la práctica, los plazos de los contratos han sido de doce meses, renovables, lo que ha perjudicado a las personas en virtud del envejecimiento natural, y cuando contraen enfermedades crónicas o riesgos superiores las ISAPRES los han sacado del sistema o aumentado fuertemente las cotizaciones exigidas. Por otra parte, en vez de establecer mecanismos científicos de evaluación de riesgo, las ISAPRES optaron por emplear "declaraciones de salud" llenadas por los propios afiliados. En muchos casos, éstas se han prestado para la comisión de arbitrariedades, no cobertura de prestaciones o bonificaciones inferiores a las pactadas. Las escasas atribuciones del organismo fiscalizador para resolver en estos casos ha obligado a recurrir a los tribunales de justicia, haciendo el procedimiento caro, lento y de incierto resultado.

La naturaleza compleja del fenómeno de salud —que requiere de conocimientos técnicos para su comprensión—, la incertidumbre de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, sumados a la reticencia de informar acerca de precios, calidades técnicas y eficacia comprobada, hacen que la posición del paciente sea extremadamente débil. Los costos de la información para cada individuo son elevados, por lo que esta es el área en que se impone la acción estatal para desarrollar y dar acceso a la información necesaria para que este mercado funcione adecuadamente.

Por último, y tal vez sea el problema más crucial, la baja cobertura poblacional de este sistema, que, se estima, sólo alcanzaría potencialmente a un 20 por ciento del total. Ello, en el marco de que se generan significativas diferencias en la calidad de la atención de salud a favor de los afiliados a las ISAPRES, en virtud de una opción legal y exenciones tributarias.

Podemos concluir señalando:[18]

[18] Véase E. Miranda (1989), p. 34.

Existen problemas en la operación de las ISAPRES, tendencias en su evolución y características estructurales del sistema que necesariamente deberán ser abordados...
Varias ISAPRES deberán resolver sus problemas operacionales; otras deberán reenfocar y/o afinar sus áreas y procedimientos técnicos; la mayoría deberá redefinir su producto.
El envejecimiento de los afiliados actuales, el envejecimiento de la población, los enfermos crónicos y las personas de mayor riesgo relativo; la cobertura médica de los planes de salud y la duración de los contratos; los mecanismos de selección y cuantificación de riesgos, todos son aspectos que habrán de abordarse para abrir vías aceptables de acceso a sectores de la población actualmente excluidos.
Diferencias cualitativas sustanciales en los servicios de salud obtenidos vía sistemas amparados por la ley, basados en financiamiento obtenido en virtud de una obligación legal, exenciones tributarias regresivas (dentro de los máximos imponibles) y una baja cobertura de la población total configuran —por último— un escenario de alta vulnerabilidad.

III. TENDENCIAS GLOBALES DE LA EVOLUCIÓN RECIENTE DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Concentraremos el análisis en la evolución, a partir de 1981 —año que puede señalarse como el del comienzo de las reformas discutidas—, de cuatro indicadores globales: distribución de las cotizaciones legales para salud entre el sistema estatal y las ISAPRES; la distribución del gasto salud entre el sistema estatal y las ISAPRES; la evolución y el gasto público en salud, y el gasto público en salud per cápita.

Señalamos anteriormente que la reforma del sistema de salud permitió a las personas afiliarse al sistema estatal —como históricamente lo hacían— o al sistema privado de ISAPRES. Esto nos dará una idea de la cuantía de recursos disponibles para cada sistema.

El Cuadro 11 muestra que el año 1981 sólo el 1 por ciento de las cotizaciones fluían hacia las ISAPRES. Esta participación aumentó sostenidamente en el período, para superar a aquéllas del sistema estatal ya casi desde 1987, y desde luego en 1988. En un lapso de menos de siete años, el sistema ISAPRE ya captaba más del 50 por ciento de las cotizaciones obligatorias de salud y, al final de 1988 los afiliados (y familiares) a ISAPRES alcanzaban a un 11, 6 por ciento de la población total.

CUADRO 11

Cotizaciones de Salud Obligatorias al Sistema Estatal e Isapres

($ millones c/año)

	Sistema Estatal		Isapres*		Total	
Año	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1981	9.253	99,0	96	1,0	9.349	100
1982	9.841	88,5	1.276	11,5	11.117	100
1983	13.702	81,2	3.176	18,8	16.878	100
1984	18.008	75,2	5.932	24,8	23.940	100
1985	21.806	67,6	10.451	32,4	32.257	100
1986	29.401	59,8	19.749	40,2	49.150	100
1987	36.462	52,7	32.705	47,3	69.167	100
1988	46.782	48,0	50.672	52,0	97.454	100

* Cotización legal y adicional.

Fuentes: Ministerio de Salud. "Indicadores Financieros Sector Salud Público, 1974-1988". FONASA, Boletines de ISAPRES.

El Cuadro 12 muestra estimaciones del gasto en salud efectuado a través de las ISAPRES y del sistema estatal, y en este último su distribución entre la modalidad institucional (establecimientos SNSS) y modalidad de libre elección, MLE (FONASA en su calidad de administrador del mecanismo de *vouchers*). Se hicieron esfuerzos por homogenizar los conceptos, lográndolo sólo en forma parcial: el gasto SNSS incluye la totalidad de los insumos y parte importante de los fármacos que son otorgados gratuitamente a la mayoría de sus beneficiarios; en tanto, la MLE no incluye los pagos extras a las instituciones (por diferencias no cubiertas por el arancel convenido), así como tampoco parte importante de los insumos y ningún fármaco. En el caso de las ISAPRES, se estimó el copago promedio de los contratos de salud y, por otra parte, tampoco incluye ni diferencias no cubiertas por el arancel convenido ni parte de los insumos. Existen unos pocos contratos de salud que cubren parcialmente el gasto en fármacos, produciéndose también una diferencia por este concepto.

Las tendencias que observamos es que las ISAPRES en este corto período pasan a administrar alrededor de 38 por ciento del gasto en salud considerado, valor que adquiere significado en la perspectiva del porcentaje de población cubierto. Así, en cifras gruesas y promedio, se puede sostener que los beneficiarios del sistema ISAPRES gastan alrededor de 4,6 veces lo

CUADRO 12
Estimación del Gasto en Salud SNSS,
Modalidad Libre Elección (MLE) Estatal e Isapres
($ millones c/año)

	SNSS		MLE		ISAPRES		Total	
Año	Monto[1]	%	Monto[2]	%	Monto[3]	%	Monto[4]	%
1981	24.828	73,6	8.807	26,1	96	0,3	33.731	100
1982	28.021	72,0	9.609	24,7	1.276	3,3	38.906	100
1983	30.977	68,2	11.238	24,8	3.176	7,0	45.391	100
1984	35.503	62,8	12.124	21,4	8.931	15,8	56.558	100
1985	44.696	60,8	15.056	20,5	13.760	18,7	73.512	100
1986	53.914	55,0	17.494	17,9	26.625	27,2	98.033	100
1987	67.416	52,7	15.621	12,2	44.935	35,1	127.972	100
1988	88.569	50,2	21.307	12,1	66.620	37,8	176.496	100

[1] Gasto Público en Salud excluidos: gasto extrasectorial, inversión real y financiera, transferencias corrientes, déficit CCAF, curativa.

[2] Considera copago afiliados y bonificación FONASA, sin contemplar pagos extras ni insumos cobrados y medicamentos. Se estiman los gastos operacionales MLE.

[3] Costos de Explotación y Gastos Administrativos Ventas, aumentados en 25%; para incorporar copago de afiliados. No considera pagos extras, ni insumos y medicamentos no cubiertos.

[4] No incluye gastos en accidentes del trabajo.

Fuente: Ministerio de Salud, Indicadores Financieros Sector Salud Público, 1974-1988. Fonasa, Boletines de ISAPRES.

que aquéllos del sistema estatal. Parte de este mayor gasto es consecuencia del mayor número de prestaciones promedio, así como del mayor valor promedio. De algún modo esto refleja —o debiera reflejar— una mejor salud. También los subsidios por incapacidad laboral son para este grupo superiores, debido a sus mayores rentas. Los ajustes que se hagan no alcanzan a revertir la tendencia observada, que demuestra que en comparación a la situación inicial los afiliados a ISAPRES han mejorado su posición relativa *vis a vis* el resto de la población.

Otra tendencia observada en este mismo orden de cosas es la fuerte reducción del gasto asociado a la MLE: éste pasa de un 26 por ciento a un 12 por ciento total. Esto tal vez no sea sorprendente, puesto que se esperaría que quienes preferían la libertad de elección en el sistema estatal lo hicieran también y aprovecharan en el sistema privado. Igual tendencia se observa con el gasto en el SNSS, que se reduce de un 73 por ciento a un 50,2 por ciento del total.

Si usamos las estimaciones de Oyarzo (1989) y Sánchez (1990) en

CUADRO 13
Gasto Público en Salud
Indice y Proporción PGB

Año	Gasto Público en Salud ($ Mill. 1986*)	Indice GPS	GPS/ PGB	GPS + Cotiz. ISAPRES/PGB
1981	98.051	100,00	2,93	2,93
1982	104.770	106,85	3,56	3,66
1983	86.048	87,76	2,94	3,14
1984	85.384	87,08	2,88	3,19
1985	81.724	83,35	2,65	3,06
1986	82.225	83,86	2,53	3,14
1987	80.870	82,48	2,33	3,12
1988	94.491	96,37	2,40	3,34

* Se usó el IPC como deflactor, ante deficiencias de otros índices.

Fuentes: Ministerio de Salud, "Indicadores Financieros Sector Salud Público, 1974-1988". FONASA, Boletines de ISAPRES.

cuanto a la población que empleaba estas modalidades en 1988, encontramos que el gasto así definido de los afiliados a ISAPRES era de 4,2 veces el de aquellos que empleaban el SNSS y de 5,5 veces el de quienes recurrían a la libre elección en el sistema estatal, valores que confirman la creciente desigualdad, especialmente en contra de estos últimos.

El Cuadro 13 muestra la evolución del gasto público en salud en valores de 1986, a partir del año 1981. En ese año, alcanzaba un 2,9 por ciento del PGB, aumentando fuertemente para 1982, en que alcanzó a un 3,6 por ciento del PGB. Estas tasas son comparables e incluso superiores a las tasas históricas, que fluctuaron en torno al 3 por ciento. A partir de ese año, se observa una fuerte reducción hasta el año 1987, que es consecuencia de dos fenómenos: uno, la recesión económica experimentada desde los años 1982 hasta 1987. Cabe destacar que el año 1984-1985 el PGB había descendido alrededor de 20 por ciento, por lo que la caída del GPS en términos reales fue inferior a la disminución global de recursos, y se prolongó por un período más largo.[19] En términos reales el año 1988 se produce una fuerte recuperación, la que alcanzó alrededor del 96 por ciento del nivel de 1981.

[19] Cabría argumentar que debido al elevado desempleo del período —que alcanzó al 35 por ciento en 1984—, el Gobierno podría haber implementado políticas anticíclicas que compensaran la mayor afluencia al sistema estatal de salud.

Como en igual período, y luego de la fuerte recesión, el PGB recuperó y superó los niveles precrisis, el GPS y PGB disminuyeron persistentemente hasta 1987 (alcanzaron a un 2,33 por ciento) para recuperarse sólo levemente en 1988. Entonces observaríamos una caída sostenida del gasto público en salud en relación al PGB, aunque no así en términos reales.

Aún más, si se suman al GPS las cotizaciones para salud de los afiliados a ISAPRES, observamos que su efecto en 1982 es insignificante. Pero prácticamente durante todo el período los recursos para salud se habían mantenido por sobre las tasas históricas: en 1985, el peor año, la tasa era de 3,06 por ciento, en tanto que en 1988 superaba el 3,3 por ciento.

Entonces, la información disponible indicaría que en términos globales el GPS había recuperado, para fines de la década, sus niveles previos, y como proporción del PGB había experimentado una reducción importante que era más que compensada por los recursos que fluyen hacia las ISAPRES. Nuevamente el problema principal estaría en la desigualdad creciente entre ISAPRES y el sistema estatal.

Lo anterior, en el entendido que el envejecimiento sostenido de la población chilena y el mayor costo de la tecnología médica, que servirían para justificar mayores gastos en salud, es un problema por resolverse a través de los mecanismos sociales de decisión. En dicha instancia la población chilena habría de resolver si está dispuesta a prescindir de otros bienes (ya que tendría que pagar más impuesto) a cambio de más y mejor salud.

Nuestro último indicador global es presentado en el Cuadro 14: el gasto público en salud per cápita. Dado que los beneficiarios de las ISAPRES salen del sistema estatal, pareciera lícito descontarlos al momento de calcular este índice. Bajo esta condición, observamos que luego de disminuir alrededor de un 20 por ciento hasta el año 1985, éste se habría recuperado para el año 1988. Probablemente no se haya alcanzado la recuperación total, ya que de todos modos el sistema estatal mantiene las acciones de fomento y protección para toda la población.[20] Pero el GPS per cápita en 1988 estaría, al menos, muy cerca de recuperar los niveles prerreforma del sistema de salud y precrisis económica de los años 82-86. De nuevo nos encontraríamos frente a un problema de índole distributiva más que de recursos globales, bajo igual salvedad que lo señalado en el párrafo anterior.

Podemos resumir las tendencias globales observadas a partir de 1981 como sigue:

---

[20] Si estimamos que éstas emplean el 15% del GPS —cifra exagerada— y la distribuimos en el total de la población, encontramos que el índice alcanzaría a 100, 0 en 1988.

1) La implantación del sistema ISAPRES ha permitido que crecientes volúmenes de recursos para la salud se vuelquen hacia el sistema privado. En 1988 las cotizaciones de salud aportadas al sistema privado superaban a aquellas del sistema estatal.

2) Una porción creciente del gasto en salud es administrada por el sistema ISAPRES: en 1988 bordeaba un 38 por ciento del total. En promedio, ello significaba que el gasto en salud de un afiliado a ISAPRES era 4,6 veces el de un afiliado al sistema estatal.

3) En el período, como contrapartida de lo anterior, se produjo una fuerte reducción de la participación en el gasto por parte del sistema estatal. Esta reducción fue mucho mayor en el caso de la modalidad de libre elección estatal.

4) Los usuarios regulares de esta última habrían sido los más perjudicados relativamente respecto del sistema ISAPRES: el gasto per cápita en ISAPRES sería 5,5 veces en su caso, *versus* 4,2 veces para aquellos del SNSS.

5) El gasto público en salud experimentó una fuerte caída desde el año 83 en adelante, evidenciándose síntomas de recuperación para 1988. Como proporción del PGB, habría descendido a un mínimo de 2,33 por ciento en 1987, recuperándose levemente para 1988.

6) Si se contemplan las cotizaciones a ISAPRES, resulta que los recursos disponibles para salud, luego de un mínimo de 3,06 por ciento del PGB en 1985, alcanzaban a un 3,34 por ciento en 1988. Ello indicaría nuevamente que estamos en presencia de un problema distributivo antes que de uno de volúmenes totales disponibles.

7) La tendencia anterior sería confirmada al observar la evolución del gasto en salud per cápita. Luego de experimentar una caída fuerte hasta 1985, a 1988 habría recuperado sus niveles de 1981.

Todo parecería indicar que si se la compara con los parámetros históricos, la situación global es menos comprometida de lo que hemos pensado. Es cierto que durante la crisis económica de los años 82-86 el sector experimentó reducciones casi tan fuertes como las de la sociedad en su conjunto, al tiempo que la presión asistencial sobre el sistema aumentó, producto de la cesantía y mayor pobreza.

CUADRO 14

Gasto Público en Salud Per Cápita, Descontados Beneficiarios Isapres

($ anuales constantes)

Año	GPS p.c. ($ 1986)*	Indice GPS p.c.
1981	10.071	100,00
1982	10.691	106,16
1983	8.698	86,37
1984	8.586	85,25
1985	8.222	81,64
1986	8.439	83,80
1987	8.659	85,98
1988	10.303	102,30

* Considera población total relevante INE, menos beneficiarios ISAPRES.

Fuentes: Ministerio de Salud, "Indicadores Financieros Sector Salud Público, 1974-1988". FONASA, Boletines de ISAPRES.

En todo caso, se habrían producido efectos redistributivos regresivos de magnitud, lo que sería, al menos, objeto de atención en su estado actual y de seguimiento en su evolución futura.

Los mayores recursos para salud que el envejecimiento de la población y el desarrollo tecnológico parecerían aconsejar deberán resolverse en los años futuros a través de los mecanismos de decisión de la sociedad.

Para ello el sector salud deberá demostrar que los aumentos de bienestar derivados de gastos en salud son superiores a aquellos alcanzables en los usos alternativos, representados por el resto de las necesidades individuales y sociales de la población.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha analizado el proceso de descentralización y privatización llevado adelante en Chile a partir de 1980-81. Abordaremos estas conclusiones refiriéndonos a los dos pilares de la descentralización —descentralización del sistema nacional de salud estatal y proceso de traspaso de los consultorios de atención primaria a las municipalidades— y a la creación del sistema de ISAPRES, que corresponde a la privatización. Hacemos, por último, breve referencia a las tendencias globales observadas.

Descentralización del Sistema Nacional de Servicios de Salud

— La creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) correspondió a un fraccionamiento del antiguo sistema nacional de salud y su agregación con el SERMENA.

— Se crearon estructuras administrativas con atribuciones para la toma de decisiones locales y habilidad para adaptarse a los cambios. No existe evidencia del aprovechamiento real de estas capacidades, aunque sí indicios de que la experiencia fue dispar, con un número muy reducido de experiencias exitosas.

— Se crearon sistemas de asignación presupuestaria —facturación por atenciones prestadas, FAP y FAPEM para el caso de los consultorios municipalizados— que ligaban la asignación presupuestaria al volumen de actividad. Asimismo, se exploraron y aplicaron sistemas de estímulo a base del cumplimiento de metas.

El sistema fue aplicado sólo parcialmente y asignó el financiamiento conforme al empleo de insumos y no por resultados.

La orientación parece adecuada, pero requería centrar el mecanismo en los resultados y aplicarlo en forma global al total del financiamiento.

Las diferencias en gestión administrativa resultaron de iniciativas individuales más que de un esfuerzo global y coordinado para invertir en capacidad administrativa. En general, correspondería efectuar una evaluación del proceso, con especial énfasis en el desarrollo de la capacidad administrativa.

La municipalización

— Los aportes municipales directos para salud, que era un objetivo perseguido, se materializaron con relación directa al nivel de ingreso de las municipalidades. Esto resultó, a nivel de comunas, en una disponibilidad de recursos para salud más dispar que la original.

— El Ministerio de Salud no actuó vía FAPEM para atenuar estas disparidades, y existen indicios de que en algunos casos las acentuó.

— El nivel administrativo de los consultorios municipalizados —en términos de proceso— es deficiente.

— Las funciones administrativas más insuficientes son: administración de recursos humanos, organización y control.

— Existen indicios de que el nivel administrativo estaría directamente asociado con el nivel de ingreso municipal; el efecto de la supervisión y control por parte del Servicio de Salud correspondiente sería positivo y de mayor intensidad en las áreas técnicas; aparentemente, el tiempo de traspaso no mejoraría el nivel administrativo, indicando que no ha habido proceso de aprendizaje.

Las Isapres

— Las ISAPRES muestran un desarrollo sostenido, gran estabilidad, pero se estaría alcanzando un *plateau*.

— El mercado ha mostrado creciente competitividad, lo que ha conducido a una reducción de márgenes. La administración de costos y mejora de la eficiencia administrativa serían las preocupaciones futuras.

— Se han generado fuertes presiones de costos, tanto por aumentos del consumo, como por el aumento de aranceles. El desarrollo de infraestructura de atención directa sería uno de los cursos de acción del futuro.

— Deficiencias en la determinación de costos y manejo de cartera han generado problemas. Será necesario abordarlos a nivel individual, pero también para beneficio del conjunto y protección del sistema.

— Será necesario mejorar la información disponible para el beneficiario. Debido a que el costo privado de esta información es elevado y los beneficios en bienestar que se derivarían son significativos, es un área en que convendría que el Estado interviniera.

— Los contratos de salud presentan serias deficiencias en cuanto a plazos y rechazos de ancianos, enfermos crónicos y riesgos diferenciales superiores. Estas deficiencias deberían corregirse para asegurar la permanencia del sistema en el tiempo y extender su cobertura a sectores más amplios de la población.

Tendencias globales

— Las reformas han permitido que crecientes recursos para salud se vuelquen hacia el sistema privado.

— Una porción creciente del gasto en salud es administrada por el sistema ISAPRES. A 1988 alcanzaba alrededor del 40 por ciento del total.

— Se ha desarrollado una creciente disparidad en el gasto en salud per cápita a favor de los afiliados de las Isapres; dentro del sistema estatal, a favor de los usuarios regulares de los establecimientos SNSS.

— El gasto público en salud (GPS) experimentó una fuerte caída como consecuencia de la crisis económica de mediados de los años 80. Su volumen, en términos reales, se habría casi recuperado para 1988.

— Como proporción del GPS, éste experimentó una persistente disminución respecto de los promedios históricos de 3 por ciento. A fines de 1988 alcanzaría alrededor de 2,4 por ciento.
Sumando al GPS propiamente tal, las cotizaciones de salud de los afiliados a ISAPRES —para indagar sobre la disponibilidad global de recursos— el patrón que emerge es de un aumento, que llevaría la suma a un 3,34 por ciento en 1988.

— La evolución del GPS per cápita confirma la tendencia señalada: luego de experimentar una fuerte reducción en 1985, se habría recuperado ya para 1988.

— Los efectos redistributivos regresivos observados serían, al menos, objeto de atención en su situación actual y de seguimiento en su evolución futura.

Referencias bibliográficas

Aguiló J., Yáñez J. (1986): "Cálculo y Análisis del Gasto Público en los Sectores Sociales de Chile 1980-1985". *Serie de Investigación Documento de Trabajo* 85. Santiago, Chile: Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile.

Banco Central (1960-1980): Cuentas Nacionales. Santiago-Chile: Banco Central.

_____ (1960-1988): Indicadores Sociales. Santiago, Chile: Banco Central.

Constitución Política de la República de Chile (1980): Capítulo III. Santiago, Chile: Editorial Publiley Limitada.

Fonasa (1988): "Memoria Anual 1987" FONASA, Santiago, Chile.

Giaconi, J. (1982): "Funcionamiento del Sistema de Servicios de Salud", en *Desarrollo Social y Salud en Chile,* 3a. parte, ed. H. Lavados. CPU, Santiago, Chile.

_____ (1985): "Organización o Estructura del Sector Salud en Chile 1974-1989. Análisis Preliminar". *Documento de Trabajo* 8/85 CPU, Santiago, Chile.

Jiménez, J. (1989): "El Subsistema de Mutuales de Seguridad". *Revista Administración en Salud* 5 P.I.A.S., Universidad de Chile.

Juricic (1971): "La Salud en Chile". *Revista Médica de Chile.* 90: pp. 457-467.

Laval, García Valenzuela (1956): "Síntesis del Desarrollo Histórico de la Salubridad en Chile". *Revista SNS.* Vol. 1 N° 1, octubre 1956, pp. 23-29.

Loyola V. y Miranda, E. (1990): "Análisis del Nivel Administrativo de Consultorios de Atención Primaria Municipalizados", en *Revista Administración en Salud* 10, Santiago, Chile: P.I.A.S., Universidad de Chile.

Medina (1982): "Factores que condicionan la eficiencia del Sistema de Salud: Relación entre las Tendencias de los Problemas Sanitarios en Chile, la Atención Médica y la Estructura del Sistema". *Desarrollo Social y Salud en Chile.* 3a. parte. Santiago, Chile: CPU.

Ministerio de Salud (1950-1988): "Anuarios de defunciones y causas de muerte". Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

_____ (1950-1988): "Anuarios de Atenciones y Recursos". Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

_____ (1988): "Catastro de Recursos Físicos. Ministerio de Salud". Santiago, Chile.

_____ (1989): "Indicadores Financieros Sector Salud Pública 1974-1988". Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Miranda, E. (1988): "Ciclo de Charlas sobre la Administración de Salud en Chile, Parte I y Parte II". *Revista Administración en Salud* 3 y 4. P.I.A.S., Universidad de Chile.

_____ (1989): "Desarrollo y Perspectivas del Sistema ISAPRES" *Revista Administración en Salud* 6. P.I.A.S., Universidad de Chile.

_____ (1990): "Las ISAPRES y los contratos de Salud", *Revista Administración en Salud* 8. P.I.A.S., Universidad de Chile.

_____ (1990b) y Scarpaci, Joseph L. (Virginia Polythecnic Institute and State University) en *International Handbook of Social Security,* F. Pampel y M. Tracy eds. Wesport, Ct.: Greenwood Press.

Odeplan (1971): "Antecedentes sobre el desarrollo en Chile 1960-1970". ODEPLAN, pp. 315 y 391.

Ops (1988): "Los Servicios de Salud en las Américas. Análisis de Indicadores Básicos". Cuaderno Técnico, 14, OPS.

Panzer J. (1989): "The Municipalization of Health Services in Chile". Artículo presentado en el Encuentro Anual de Economistas, Santiago, Chile, 1989.

Piñera, José (1980): "Mensaje al Poder Legislativo para las Reformas Previsionales". Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1980. Santiago, Chile.

Oyarzo, C. (1989): "Evolución de la Situación Financiera del Sector Salud en la Década del 80". ILADES, Santiago, Chile.

Raczynski, D. (1983): "Reformas al Sector Salud: Diálogos y Debates". Colección *Estudios CIEPLAN* 10, Estudio 70. Santiago, Chile: CIEPLAN.

Sánchez, H. (1990): "Salud en Chile. Diagnóstico sobre la operación y financiamiento del Sector". *Revista Administración en Salud* 9. Santiago, Chile: P.I.A.S., Universidad de Chile.

Yáñez, J.: "El Gasto Público en los Sectores Sociales 1970-1980. Determinación y Análisis". Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad de Chile.

CAPÍTULO DOS

Sistemas de salud comparados

ERNESTO MIRANDA R.

Sistemas de salud en el mundo

Parte I: Un marco conceptual para el análisis

Este capítulo II presenta una primera revisión inicial de las características más relevantes para el análisis de los "modelos" de sistemas de salud que suelen considerarse los más representativos o típicos. Ello con la finalidad de extraer en primera instancia, de sus rasgos y su evolución reciente, las lecciones que resulten cruciales para el diseño y la implementación del sistema de salud chileno, objetivo en el que se encuentran empeñados actualmente las autoridades y los diversos grupos de interés. Las distintas concepciones sobre el sistema de salud chileno que hoy se barajan constituyen el tema del capítulo III de este libro.

En esta Parte I, se desarrolla un *marco conceptual* adecuado que busca identificar los factores o variables críticas, condicionantes del funcionamiento apropiado de un modelo de sistema de salud. Ellos habrían de guiar la revisión de los *casos seleccionados* de determinados países, que se abordan en la Parte II, centrando el análisis en las variables condicionantes de la operación, de los resultados en cuanto al *status* de salud de sus poblaciones, de la cobertura poblacional y de prestaciones de salud, de la eficiencia productiva y global y de la equidad. Como se sabe, status de salud, cobertu-

Ernesto Miranda R. Ingeniero Comercial, Universidad de Chile, Ph. D. en Economía, Universidad de New Hampshire, Estados Unidos. Profesor asociado, Subdirector del Programa de Magíster en Administración en Salud, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile.

ra, eficiencia y equidad son los ejes en torno a los cuales orbita el análisis de los sistemas de salud.[1]

La revisión de los casos seleccionados nos permitirá establecer sus *rasgos estilizados*, en lo que atañe a las variables consideradas, obteniendo de ese modo las lecciones que nos sugiere la evolución reciente de tales sistemas.

Ello habrá de conducirnos a un *perfil del modelo ideal y de un sistema de salud*, caracterizado por las formas "óptimas" obtenidas. Debido a que los sistemas no se sitúan en un vacío institucional, dicho perfil, hasta cierto punto pretencioso, ha de considerarse únicamente como una imagen-objetivo para orientar el desarrollo futuro, el que habrá de quedar, de todos modos, fuertemente condicionado tanto por la historia, la cultura, la tradición y las disposiciones institucionales existentes como por la fuerza relativa de los grupos de presión y los agentes económicos que intervienen en el proceso de producción de salud.

I. INTRODUCCIÓN

El estado natural de salud puede entenderse como la mera ausencia de enfermedad o, en términos mucho más ambiciosos, y como lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS): "...el estado de completo bienestar físico, mental y social".

Es habitual referirse al fenómeno de salud-enfermedad, y a los procesos conducentes a la prevención, mantención y recuperación, y mejoramiento del *status de salud*,[2] como un problema de una extrema complejidad y carácter "multifactorial", que resulta de un complejo entramado de factores, algunos de los cuales están fuera de todo manejo. Entre los controlables, sólo algunos de ellos están al alcance de las ciencias de la salud. De aquí que todo ello deba abordarse desde una perspectiva multidisciplinaria, en la que el peso de lo propiamente médico tendrá variabilidad según las condiciones iniciales y los objetivos que se persigan. Aquí restringiremos el análisis a lo estrictamente médico, con algunas referencias menores al resto de los factores.

El proceso de producción y distribución de la salud supone, entonces, factores paramétricos (no controlables), factores fuera del ámbito de lo sanitario, y un conjunto de *acciones* o *prestaciones de salud* en las que se materializan la *protección*, el *fomento*, y la *recuperación* de la salud.

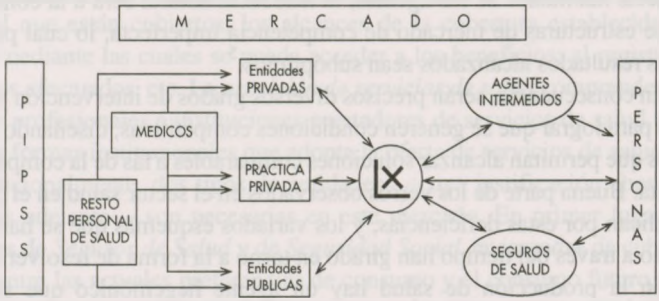
---

[1] Véase OPS (1987), Mensaje del Director; Feldstein (1983), Capítulo 1.

[2] Empleamos el término "status de salud" en su acepción actual anglosajona, referida al nivel o estado de salud de una población.

DIAGRAMA 1

Mercado de la salud



PIPSS: Profesionales e instituciones proveedoras de servicios de salud.

En la sociedad contemporánea, las *personas* obtendrán la gran mayoría de las prestaciones de salud que satisfacen sus necesidades mediante el intercambio. Sin embargo, y a diferencia de los otros bienes en que la especialización en la producción y el intercambio pueden ser totales, en el caso de la salud dicha posibilidad está limitada por el hecho de que el objeto sobre el que se actúa es el propio individuo, quien, mediante sus conductas y hábitos contribuye a mantener y fomentar su salud o la deteriora.[3] Es decir que, en el tema de la salud, existen áreas fundamentales de la producción destinadas al autoconsumo, en algunas de las cuales, con toda probabilidad, será más eficiente persistir antes que intentar traspasarlas a la esfera del intercambio.[4] La educación y la información contribuirán a potenciar dichas producciones, mejorando las acciones del propio individuo para mantener y fomentar su status de salud.

En cuanto a las prestaciones de salud producidas para el intercambio, ellas darán pie a un *mercado de prestaciones* (ver Diagrama 1), al cual concurren las personas en busca de satisfacción a sus necesidades, enfrentándose a los *profesionales e instituciones proveedoras de servicios de salud (PIPSS)*, encargados de la producción. Dicho mercado podrá estar estructurado formalmente, caso en el cual las *demandas y ofertas* serán explícitas, o constituir un mercado informal.

[3] Los casos más obvios son los hábitos de alimentación, de higiene y autocuidado, de conducción de vehículos (en general, de manejo de todo tipo de artefactos), de actividad física, etc.

[4] Algunas de estas acciones son imposibles de transferir: ¿quién sino la propia persona puede controlar su alimentación, estar atenta a los pródromos, reaccionar con prontitud y no exponerse a riesgos innecesarios?

En salud, es frecuente que operen mercados informales. Pero aun cuando éstos sean formales, debido a la naturaleza de los bienes transados y las conductas habituales de los agentes, la tendencia natural será a la configuración de estructuras de mercado de competencia imperfecta, lo cual provoca que los resultados alcanzados sean subóptimos.[5]

En consecuencia, serán precisos diversos grados de intervención y regulación para lograr que se generen condiciones competitivas, diseñando mecanismos que permitan alcanzar soluciones comparables a las de la competencia perfecta. Buena parte de los yerros observados en el sector salud en el pasado se explican por estas deficiencias, y los variados esquemas que se han desarrollado a través del tiempo han girado en torno a la forma de resolverlos.

En la producción de salud hay un agente hegemónico que son los médicos, quienes concentran el saber y la tecnología cruciales, tanto en la producción de las prestaciones intercambiadas como en aquéllas para el autoconsumo. Las formas organizacionales del trabajo dentro del sector están diseñadas y adaptadas para maximizar la eficacia de los equipos de salud, girando en forma predominante en torno a los médicos. La "cultura organizacional" de las instituciones de salud está cimentada en la jerarquía de la profesión médica, la cual, en sus sucesivas etapas de formación y progresivo entrenamiento, se atiene, a su vez, a un estricto orden jerárquico. La profesión médica está diseñada para actuar bajo las condiciones más exigentes y absorbentes, como si fuera en algún sentido una entidad militar, pues, en casos límites, ha de lidiar a su vez con situaciones de vida y muerte. Sin embargo, los mismos factores que posibilitan que la profesión médica logre su cometido con singular eficacia le dan poder sobre las personas y son un elemento relevante en las distorsiones de mercado que se observan. A ellas nos referiremos más adelante.

En términos generales, la producción y distribución de servicios de salud comprenden elementos de financiamiento, administración del sistema de beneficios y la provisión propiamente tal. El *financiamiento* guarda relación con las fuentes y mecanismos de asignación de recursos que utilice el

[5] El argumento es el siguiente: siempre que exista intercambio, se enfrentarán productores y consumidores, quienes intentarán maximizar sus funciones-objetivos. El juego del mercado llevará a determinar un precio y una cantidad en que cada uno logra maximizar su objetivo sujeto a las restricciones existentes y las estructuras de mercado presentes. Toda vez que estas funciones-objetivos no sean claras, que no logren expresarse en el mercado, que las estructuras de mercado no sean competitivas, que existan externalidades no incorporadas en los costos y beneficios de los bienes transados, no se logrará máxima productividad ni eficiencia global. Véase Gill (1976), caps. 1 y 7.

sector salud. La *administración del sistema de beneficios* se refiere a los mecanismos administrativos y operacionales mediante los cuales se mantiene en forma actualizada el listado de quienes pertenecen al sistema; los riesgos de salud que están cubiertos, los alcances de la cobertura establecida; las formas mediante las cuales se puede acceder a los beneficios; el registro de los gastos efectuados, etc. La *provisión de servicios de salud* comprende a los diversos profesionales e instituciones prestadores de servicios de salud, y las variadas formas institucionales que adopta la oferta de servicios de salud.

Adicionalmente, dos tipos de entidades —cuya justificación abordaremos más adelante— son necesarias en este mercado. En primer lugar, las entidades de *Seguros de Salud* y de *Seguridad Social*, encargadas de cubrir la brecha entre las actuales preferencias de consumo y el consumo futuro, y de diversificar los riesgos de salud. De muy variadas formas tales entidades se hacen cargo de las tareas de financiamiento y administración del sistema de beneficios a las que nos referíamos anteriormente, pudiendo en algunos casos llegar a incluir sus propios sistemas de provisión de servicios de salud. En segundo lugar los *Agentes Intermedios*, que son entidades destinadas a cubrir las brechas de información y asesorar a los usuarios en los aspectos técnico-médicos, con el fin de que puedan optimizar efectivamente su bienestar, sujetos a las restricciones de recursos a que se enfrentan.

Para completar este cuadro introductorio es necesario referirnos al conjunto de objetivos en el cual se desenvuelven la producción y distribución de servicios de salud. Hoy en día, la totalidad de los países busca *aumentar el status de salud* de sus poblaciones. El objetivo declarado de "Salud para Todos en el Año 2000" es, tal vez, la más universal de dichas expresiones, pero en modo alguno la única. Muchos países, entre los cuales se encuentra Chile, elevan al rango constitucional los derechos de la persona a la protección de la salud, lo que, de paso, involucra diversos grados de *equidad* en lo que concierne a tales derechos. Como un derivado de estos objetivos, se desarrollan diversos sistemas de protección de la población y de subsidios a los grupos de mayor riesgo y necesidad. El Estado juega, en estos esquemas, un papel fundamental, desde su participación directa en el proceso de producción y distribución, que fue la tónica en el pasado, a formas más avanzadas, que suponen fijar las reglas del juego, normar y supervigilar el funcionamiento del sistema, tres funciones características de los desarrollos futuros.

Tanto las distorsiones del mercado como el necesario involucramiento del Estado, dentro de un marco de escasez de recursos, llevan a plantearse como indispensable el logro de la *eficiencia productiva* y la *eficiencia global*: ambas son necesarias para la maximización del bienestar. El logro de la eficiencia productiva se hace más necesario en los sistemas verticalmente

integrados de Seguridad Social, los que generalmente incluyen formas de producción directa de servicios de salud, en los cuales el sector público es predominante. Pero también es necesaria a lo largo y ancho de las modalidades privadas de producción, debido a las distorsiones del mercado.

El logro de la eficiencia global, por su parte, presuponiendo la eficiencia productiva, requiere de existencia de *alternativas de opción para las personas*, de modo que las preferencias personales puedan materializarse a los máximos niveles de satisfacción compatibles con los recursos disponibles. Tales objetivos vienen siendo propugnados desde hace una década por los organismos internacionales, y muy especialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

Por último, el *desarrollo científico y tecnológico en salud* es un factor determinante. Al fin y al cabo, constituye la forma primordial de desplazar el umbral de la vida y mejorar su calidad. Sin embargo, éste no está exento de ciertos riesgos de consideración, aparte de los meramente tecnológicos: las nuevas tecnologías son crecientemente onerosas y su efectividad es, en muchos casos, aleatoria y reducida. Entre otras razones, ello se debe a que su introducción es generalmente prematura, en atención a que ofrecerían alguna probabilidad mayor de salvar vidas, por sobre las que ofrecen las tecnologías establecidas. El afán de hacerlas accesibles de inmediato atenta a su vez contra las tasas de ocupación, reduciendo su eficiencia productiva. De aquí que la incorporación de nuevas tecnologías sea hoy objeto de una atención creciente, abarcando el *desarrollo y capacitación de los recursos humanos* en el sector salud.

II. ELEMENTOS DE UN MARCO CONCEPTUAL

2.1. Determinantes del status de salud y enfoque global

Puesto que es un tema conocido, tan sólo nos referiremos brevemente a él. Como señaláramos previamente, habremos de distinguir entre factores paramétricos y las variables objeto de diversos grados de control, algunas de las cuales escapan del ámbito puramente sanitario. Así:

Son parámetros: el *medio ambiente*, la *genética* y el *carácter*. Naturalmente, sólo la genética es, en el presente, de naturaleza inamovible, mientras que el medio ambiente es modificable dentro de ciertos rangos, aunque los costos pueden ser considerables. En cuanto al carácter, mediante la educación, pueden lograrse avances importantes en los

rasgos más simples, pero las desviaciones más marcadas sólo serán modificables a un costo muy elevado.

Son *variables controlables no-sanitarias*: el saneamiento básico, la *vivienda*, la *educación general* y la *alimentación*. Un factor global que determina de manera crucial los niveles alcanzados por una sociedad determinada en estas variables es el *grado de desarrollo económico* y la *distribución del ingreso*, en tanto determinan los niveles de vida alcanzados por sus integrantes. Hay consenso hoy en que todas ellas son determinantes principales del *status* de salud, y se estima su incidencia en torno al 50 o 70% del fenómeno.[6]
Cabe destacar que el hecho de considerar a estas variables como no-sanitarias no equivale a negar su incidencia real en el status de salud —lo que debería ser obvio, desde el momento en que se las considera variables intervinientes—, sino a enfatizar que ellas influyen en ámbitos institucionales y de recursos más amplios que los de la salud. Ello queda determinado por su efecto global sobre el nivel y la calidad de vida y, más ampliamente aún, por su incidencia en el bienestar de las personas.

Son *variables controlables sanitarias*: el *control del medio ambiente*; todas las *acciones de fomento y protección*; las *acciones de recuperación;* las *normas de producción de prestaciones*, *insumos*, *fármacos* y *equipos* e *instalaciones*; y las acciones tendientes al *desarrollo de los recursos humanos* y el *desarrollo tecnológico*.
No requieren de mayor explicación las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, como tampoco las destinadas a proteger el medio ambiente.
Las normas sobre producción de bienes (finales e intermedios) buscan garantizar estándares mínimos de calidad, compatibles con el grado de desarrollo de la ciencia y la tecnología, y con los niveles de riesgo que la sociedad esté dispuesta a aceptar. Así, cada sociedad en particular definirá los rangos de variabilidad para la calidad de las prestaciones, los umbrales para los sistemas de diagnóstico y tratamiento, y los requisitos mínimos de autorización para la existencia de determinados equipos e instalaciones.

[6] Uno de los estudios más conocidos al respecto es el de T. Castañeda (1984), que estableció los determinantes de la variación de la tasa de mortalidad infantil en Chile. Este tipo de variables incide en mayor forma que las acciones estrictamente médicas. A conclusiones similares llega el "Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud" del Banco Mundial.

Por último, las acciones encaminadas a desarrollar los recursos humanos intentarán compatibilizarlos con los niveles tecnológicos definidos y la capacidad de gestión necesaria para operar los sistemas de salud a niveles de eficiencia razonables. Tanto las variables precedentes, en su dimensión técnico-médica, como el desarrollo tecnológico, buscan aumentar la esperanza de vida y su calidad, por lo que son una herramienta fundamental para aumentar el *status* de salud en el tiempo.

Uno de los principales objetivos de todas las sociedades existentes es la mantención y aumento del *status* de salud de sus poblaciones. Nuestra búsqueda de las variables y características fundamentales de los sistemas de salud habrá de partir por el análisis de los problemas verificables en la producción de salud, a la luz de las variables determinantes del *status* de salud, en un ambiente de escasez de recursos.

La diversificación social del riesgo de enfermedad

Es un hecho que todos los individuos están expuestos a enfermarse, y que los costos de recuperación pueden ser considerables. Esto es, que las pérdidas patrimoniales asociadas a un episodio mórbido complejo, o a algunas enfermedades crónicas, pueden comprometer parte importante, si no la totalidad, del patrimonio acumulado por una persona. Desde la perspectiva de la Teoría de Seguros, sería aconsejable transferir estos riesgos mediante la compra de un seguro. Sin embargo, la experiencia demuestra que tan sólo los grupos de ingresos superiores recurren a esta práctica en forma voluntaria, mientras que los grupos medios y bajos quedan desprotegidos. La razón estriba, probablemente, en que los ricos velan por la protección de su patrimonio, mientras que el resto de la población, con escaso o nulo patrimonio, prefiere quedar sencillamente a merced de las circunstancias y la caridad del resto, en el caso de que el siniestro se materialice. De modo que, consciente o inconscientemente, transfiere su riesgo a los restantes miembros de la sociedad, quienes actuarán motivados por las circunstancias (en el caso de la caridad) o mediante sistemas que descansen en el financiamiento estatal. En ambos casos, se configura un costo para la sociedad. La solución está en establecer algún mecanismo de seguro de salud compulsivo que permita abordar socialmente los riesgos involucrados.[7]

[7] El seguro es un mecanismo social concebido para eliminar o reducir el costo para la sociedad de determinados tipos de riesgo. Mowbray, Blanchard y Williams (1979), p. 1.

Establecer formalmente un mecanismo de seguros implica definir: *quiénes* tendrán acceso al seguro; *qué riesgos* serán cubiertos; los *alcances de la cobertura* (prestaciones de salud contempladas, aranceles, períodos de cobertura, porcentajes de copago y otras formas de *cost-sharing*; exclusiones y carencias si las hubiera) y las *fuentes de financiamiento del seguro.*

En la práctica, los países recurren a diversos mecanismos para cubrir los riesgos de salud, todos los cuales pueden asimilarse, con más o menos defectos, a un sistema de seguros propiamente tal. La modalidad más frecuente corresponde a los *sistemas de seguridad social*, que contienen sólo algunas de las características adscribibles a los seguros.[8] No obstante lo cual, en la medida que estos mecanismos logren una cobertura poblacional amplia, conseguirán, al menos, que sus beneficios sean *universales.*

En relación con esto último, surge el problema de los grupos poblacionales que, por diversos motivos, no califican para la seguridad social, quedando así desprotegidos, atentando de ese modo contra la universalidad del esquema. Los más destacables de entre estos grupos son los trabajadores en la "economía informal", los inmigrantes ilegales y los indigentes, para los cuales son necesarios otros esquemas de protección.

1° *Se debe indagar el grado de desarrollo que han alcanzado los mecanismos de seguros compulsivos en las distintas sociedades existentes, y la universalidad de su alcance.*

Bienes públicos y externalidades negativas en salud [9]

Hay numerosos ejemplos de bienes que inciden en el *status* de salud de las personas, los cuales, aun cuando exhiben componentes privados importantes, caen, sin embargo, en el ámbito de los bienes públicos. El problema de ellos es que, a menos que su producción sea financiada socialmente,

[8] Véase la discusión en Mowbray *et al.* (1979), cap. 36 y especialmente en p. 563.

[9] Los bienes públicos son aquellos cuyos beneficios no son fácilmente, directa y estrictamente asignables a quien los consume, por lo cual es dificultoso efectuar el cobro. El consumidor puede, incluso, alegar que no era de su interés realizar el consumo: *v gr.*, calles pavimentadas, que reducen la polución ambiental por polvo en suspensión; la iluminación de las calles, que reduce los asaltos y traumas consiguientes.

Las externalidades negativas consisten en la disatisfacción o los perjuicios que las decisiones y/o actividad económica de unos produce a otros, en forma no intencional: v gr., no inmunizarse, que aumenta el riesgo de contagio para el resto; no cumplir la normativa del tránsito de vehículos, que aumenta el riesgo de accidentes para las otras personas.

amplios sectores de la población no estarían dispuestos a pagarlos, aun cuando sean necesarios y, en algunos casos, un determinante crucial del *status* de salud. En tales categorías caen:

— el *saneamiento básico*, que podría resolverse en forma individual, pero cuya solución compulsiva tiene evidentes economías y evita las externalidades negativas, que finalmente se producirían de todos modos;
— la *educación general*, que podría no ser apreciada, en la medida que no entrena directamente para desempeñarse en el campo laboral, aun cuando determina de manera crucial la inserción del individuo en la sociedad y es un factor a la vez determinante del *status* de salud.
— la *normativa* y la *fiscalización sanitarias*, que establecen y supervigilan el marco de acción de los agentes proveedores y consumidores.
— el *control del medio ambiente*, del cual se benefician todos los miembros de la sociedad, al nivel privado y colectivo, cuyos beneficios individuales son difíciles de determinar y más aún de asignar y cobrar.

El caso típico de las externalidades negativas en salud es el de las enfermedades infecto-contagiosas y la polución ambiental: desde el punto de vista privado, la persona bien podría optar por correr riesgos, pero su conducta supone riesgos para los restantes miembros de la sociedad, por lo que es necesario definir normas compulsivas para el bien común. Así, las *acciones de inmunización*, la *identificación, seguimiento y tratamiento de las enfermedades crónicas trasmisibles* son los ejemplos más representativos.

2° *Se debe pesquisar la presencia de sistemas y mecanismos que den acceso a la totalidad de la población a los bienes públicos de salud y a las acciones de protección frente a las externalidades negativas en salud.*

Acciones redistributivas y subsidios

En la medida que las funciones de utilidad de las personas sean interdependientes, y el bienestar del resto de la sociedad sea valorado en forma positiva, la *maximización del bienestar social* habrá de involucrar el otorgamiento de subsidios a los grupos poblacionales más necesitados y de mayor riesgo. Naturalmente, el *grado de equidad* buscado dependerá de las preferencias sociales, y habrá de variar a través del tiempo: para algunos, equidad será sinónimo de perfecta igualdad, mientras que para otros significará garantizar mínimos focalizados hacia los grupos-objetivo.

En esta categoría se encuentran los subsidios otorgados para *vivienda, educación general y sanitaria, protección contra la desnutrición y la atención de salud en todos los niveles de complejidad*, para los grupos poblacionales apuntados. En los tres primeros, hay una superposición con los globalmente orientados a conseguir un mayor grado de equidad en los niveles de vida, uno de cuyos componentes importantes es el *status* de salud.

3° *Se debe indagar sobre la presencia de subsidios destinados a generar equidad en los factores globales determinantes de equidad y que inciden en salud. Serán importantes el acceso efectivo de los grupos-objetivo y los niveles de calidad y cobertura garantizados.*

Desarrollo de los recursos humanos y la tecnología

La maximización de la satisfacción de las necesidades de la población se alcanza mediante el uso eficiente de los recursos disponibles, el aumento en la disponibilidad de los recursos y las mejoras en la distribución de los bienes con el fin de lograr los grados de equidad definidos por la sociedad. Esta proposición es válida *per se* para todos los bienes, y significa que los aumentos en el grado de bienestar podrían lograrse haciendo extensivos a toda la población los tipos de bienes hoy existentes mediante aumentos de su disponibilidad a través del tiempo. Así, el desarrollo tecnológico sería necesario únicamente en la medida que permitiera aumentar la productividad de los recursos productivos, pero su presencia no sería una condicionante para aumentar el bienestar.

En salud, no obstante, la proposición anterior es válida sólo parcialmente: para muchas necesidades de salud no se ha inventado aún el bien que permita satisfacerlas. Tanto en las esferas del fomento de la salud como de la recuperación, mantención y retardo del deterioro progresivo de la salud consecuencia de numerosas morbilidades, el "bien" (tratamiento o procedimiento) no está hoy disponible. En otras esferas de la vida, el hombre crea permanentemente nuevas formas de dar satisfacción a las mismas necesidades básicas, dando pie a progresos cualitativos, pero en salud existen morbilidades identificadas desde hace mucho tiempo para las cuales aún no hay solución, y nuevas morbilidades asociadas a las formas diversas que adoptan el progreso y la cultura. Basta con mencionar los cánceres y el SIDA como ejemplos, a lo cual cabría agregar que la extensión misma de la vida supone un umbral no superable en las condiciones tecnológicas actuales.

De lo anterior se desprende que para aumentar el *status* de salud se re-

quiere necesariamente —además de eficiencia, mayores recursos a través del tiempo y equidad— del *desarrollo científico y tecnológico. Tan sólo la ciencia y la tecnología, incorporadas a los recursos humanos, equipos, instalaciones y fármacos, ofrecen la promesa de que, algún día, las morbilidades podrán ser prevenidas, recuperadas, y el umbral de la vida desplazado finalmente.*

La promesa encierra, con todo, ciertos riesgos, los que suponen aquellos desarrollos cuya confiabilidad no está garantizada, cuyos resultados son inciertos, aleatorios y/o poco significativos, y de elevado costo, lo cual nos lleva a considerar los mecanismos de aprobación e introducción de la nueva tecnología.

En entornos de escasez extrema, como es el caso de los países pobres, el problema se reducirá al *trade-off* entre hacer extensiva la tecnología disponible a la totalidad de la población o intensificar la tecnología incorporando los nuevos avances, a sabiendas de que sólo tendrá acceso a ella un reducido núcleo de elegidos. Esto resulta crucial en el caso de entidades estatales o con financiamiento compulsivo, puesto que sus recursos serán, por lo general, escasos en extremo. Pero aún en el caso del sector privado, que se financia con sus propios recursos, la lógica económica aconseja un mínimo de coordinación, con el fin de evitar duplicaciones y bajas tasas de ocupación. Estas últimas reflejan deficiencias en la asignación de recursos, resultan en ineficacia e ineficiencia productivas, para terminar generando presiones que inducen el consumo no deseado[10] e innecesario.

Hemos destacado de este modo lo indispensable que resulta el fomentar el desarrollo científico y tecnológico; la necesidad de regular las orientaciones y la introducción de las nuevas tecnologías, y de establecer, a la vez, mecanismos adecuados de aprobación; al interior del sector público de salud, la necesidad de planificar adecuadamente la incorporación de nueva tecnología y de coordinar con el sector privado las inversiones efectuadas por aquél.

4° *Se deben establecer las formas en que se maneja el desarrollo científico y tecnológico en salud y los diversos mecanismos que existan para regular la introducción e incorporación de nuevas tecnologías, tanto al*

[10] Aquí vale mencionar que el proveedor de salud tiene capacidad para determinar el uso de los diferentes insumos de salud que serán empleados en la producción, frente a lo cual el paciente tiene poco que argumentar debido a lo que se conoce como brecha de información. Así, la oferta está en condiciones de crear su propia demanda, y los equipos e instalaciones redundantes terminan siendo innecesariamente empleados.

interior del sector público de salud como en su coordinación con el sector privado.

2.2. La producción de servicios de salud

En mercados competitivos, los productores se enfrentan a consumidores que, mediante la compra de bienes que les proporcionan utilidad (satisfacción de las necesidades), maximizan su bienestar empleando los recursos a su disposición. Los consumidores se guían por una intuición directa o por la información que recaban acerca de la utilidad de los distintos bienes, por lo cual están en condiciones de decidir —y así lo hacen— entre las opciones a que se enfrentan. Esta prerrogativa del consumidor obliga al productor a extremar su afán por ser eficaz y eficiente, por cuanto deberá producir lo que los consumidores desean al mínimo precio. Si no lo hace, la demanda se desplazará hacia otros productores, y aquél que sea ineficiente deberá abandonar la producción, liberando de ese modo recursos que, de algún modo, podrán revertirse a la producción de otros bienes.

En la producción de salud no se cumplen, en forma natural, varias de estas precondiciones.

La habilidad del productor para determinar la demanda

El proveedor de servicios sanitarios tiene la prerrogativa de definir por sí solo los procedimientos diagnósticos y las terapias que contribuirán a resolver las necesidades de salud de las personas. Ello es consecuencia, en buena medida, de la *asimetría de información* existente en torno al fenómeno de la salud, entre el proveedor —un profesional técnicamente preparado en materias de extrema complejidad, que para ser abordadas y resueltas requieren, además, de lata experiencia— y el paciente, quien experimenta anomalías, pero desconoce su naturaleza y las formas de resolverlas. También las normas de operación y normas éticas que rigen las profesiones de la salud constituyen una poderosa *barrera al flujo de información*, de naturaleza técnica o relativa a los costos, precios, rendimientos y resultados.[11] En virtud de todo ello, la capacidad de decisión del consumidor queda significativamente menoscaba.

[11] Véase por ejemplo a Feldstein (1983), caps. 8 y 12; Jacobs (1987), caps. 7, 8 y 13; y Anderson (1976).

Las mencionadas imperfecciones del mercado de la salud no son exclusivas del sector, y su mera presencia no es razón suficiente para concluir que sea imposible recurrir al mecanismo del libre mercado en salud.[12] Hay numerosas vías para hacer frente a tales características, entre las que pueden señalarse: una legislación *ad-hoc* para impedir las prácticas monopólicas; la obligación de proporcionar información relativa a precios y calidades; los mecanismos para generar información fidedigna sobre calidad y resultados, y difundirla; la educación en salud a los usuarios; el desarrollo de *agentes intermedios informados* que asesoren a las personas y actúen defendiendo sus intereses; por último, recurrir a la justicia cuando la práctica deficiente y/o las discriminaciones así lo aconsejen.[13]

5° Se debe pesquisar la presencia de medidas y mecanismos de información y apoyo técnico a los usuarios, que permitan contrarrestar la capacidad del proveedor para determinar la demanda.

La indeterminación del "producto" o servicio

Hoy está suficientemente documentada la extrema variabilidad de los diagnósticos y de las terapias en el área de la medicina: ello se manifiesta en la imprecisión para establecer la intensidad e incluso para determinar la presencia o no de la morbilidad,[14] en la falta de consenso entre los especialistas en cuanto al tratamiento a seguir[15] y en la aleatoriedad que afecta a los resultados de las terapias.[16] De aquí que el servicio capaz de satisfacer la necesidad observada sea, en la práctica, de gran variabilidad y fácilmente diferenciable.

Lo anterior tiene consecuencias en lo productivo, en lo que atañe a los costos, la calidad del servicio y el riesgo derivado de la incertidumbre en los resultados alcanzables. Ello plantea obstáculos formidables para establecer cuáles son las prestaciones de salud necesarias para resolver una determinada morbilidad, lo que dificulta su financiamiento y también la determinación

[12] Véase Miranda (1988). Este artículo, sin pretender ninguna originalidad, presenta en forma breve las diversas imperfecciones del mercado de la salud y las formas que se han ideado para manejarlas.

[13] Véase Feldstein (1983), cap. 14.

[14] Véase Cullis y Nest (1984) y Cochrane (1972).

[15] Véase Culyer (1976).

[16] Véase Ederer (1977).

de quiénes deben pagar los costos no presupuestados. De aquí que, históricamente, lo habitual haya sido el pago-por-servicio (*fee-for-service*), cuya conveniencia para el proveedor estriba en que su actividad será retribuida siempre, permitiéndole extremar el celo profesional y hacer todo lo posible para resolver la necesidad que el paciente plantea. La contrapartida de ello está, sin embargo, en que incentiva perversamente la tendencia a aumentar el gasto, pues no hay una preocupación por los costos y puesto que el proveedor cuenta con la llave maestra para mejorar sus ingresos por propia decisión.

6° *Se debe considerar la existencia de mecanismos destinados a normar, en términos técnicos, los servicios de salud, establecer "canastas" o "paquetes" de servicios y detectar las diversas formas de pago por resultados, todo lo cual será indicativo de que este tipo de problemas está siendo abordado.*

Formas ineficientes de organización de la producción

La organización productiva supone una dimensión macro y otra microeconómica. La *dimensión macroeconómica* se refiere a la existencia de los distintos niveles de complejidad tecnológica y su interacción para producir las acciones de salud requeridas por las personas al mínimo costo. Nos referiremos a ella en el punto siguiente.

La *dimensión microeconómica* comprende los aspectos que determinan la eficacia productiva y su incidencia en la producción al mínimo costo, por parte de las unidades productivas consideradas individualmente. A modo de ejemplo, la ausencia de competencia en el seno de estructuras de mercado no reguladas lleva a los médicos a adoptar modalidades de trabajo alejadas de las de mayor productividad, repercutiendo en los costos de las consultas. En iguales condiciones, el tamaño de los hospitales, sus formas de administración, la orientación de su crecimiento y la mezcla ("mix") de los servicios ofrecidos no son en ningún caso los más óptimos, y redundan, por tanto, en ineficiencia productiva.[17] Así, cabe suponer que el ejercicio liberal de la profesión médica en un sistema de "pago-por-servicio" puede resultar bastante menos eficiente que la llamada "Organización de Proveedores Preferidos",[18] las *Health Maintenance Organizations, HMOs* al estilo norteamericano, que los *General Practitioners* ingleses o las Mutuales Médicas uruguayas.

---

[17] Véase Feldstein (1983), caps. 9 y 10.

[18] "Preferred Provider Organizations" (PPO).

7° *Se deben pesquisar los esquemas productivos a nivel microeconómico que persigan minimizar los costos. Asimismo, deberá prestarse atención a los efectos que ello pueda tener en la calidad técnica de las acciones de salud producidas.*

El carácter integral o integralidad del proceso de producción

En este punto, abordamos el problema de la eficiencia macroeconómica, derivado de las interrelaciones entre los distintos niveles de complejidad tecnológica que supone la atención de salud. Es sabido que los sistemas eficientes deben contar con un nivel primario de atención, de vigilancia y acción permanentes, centrado preferentemente en la prevención y fomento de la salud, el cual debe actuar como un ente resolutivo de primera instancia, como un tamiz y un agente derivador hacia niveles de complejidad superior cuando las circunstancias lo ameriten. Idealmente, debe también apoyar a la persona para referirla a las distintas instancias de atención, y para que el cuidado sea el necesario, que sea oportuno y que se efectúe en forma articulada. Ello con el fin de que las acciones de salud recibidas sean las estrictamente necesarias para la actividad de salud involucrada garantizando que lo hecho sea lo razonable, evitando el accionar múltiple e innecesario, que podría aumentar los riesgos de iatrogenia y que, con seguridad eleva los costos. *La integralidad se entiende, entonces, como la presencia de un diseño encaminado a la resolución de la morbilidad por todas las instancias de complejidad que sean requeridas, al mínimo costo.*

Una forma clásica de abordar la integralidad ha sido mediante la *integración vertical de los sistemas productivos de salud.* Este es el caso de grandes unidades hospitalarias que concentran todos los niveles de complejidad. Ello tiene la ventaja de que las diversas acciones resultan inmediatamente accesibles, por un lado, y de que, al existir interconexión funcional y administrativa, se reduce la multiplicación de acciones. El mismo efecto se logra mediante adecuados sistemas de referencia y contra-referencia, estableciendo mecanismos de coordinación y registro únicos. El peligro de éstos reside, por otro lado, en que al reducir el costo-tiempo del paciente y asegurar al profesional tratante la disponibilidad inmediata de las acciones de salud, se generan estímulos para aumentar el gasto, lo que ha de ser contrarrestado de algún modo.

8° *Se ha de determinar la presencia de diseños encaminados a lograr integralidad de la atención al mínimo costo.*

Incentivos al sobreconsumo y aumento de los costos

Aunque ha sido ya resaltado en cada uno de los acápites precedentes, parece, de todos modos, conveniente hacer hincapié en que la habilidad de los proveedores para determinar la demanda, la variabilidad del servicio de salud, las formas ineficientes de organización de la producción, tanto en su dimensión micro como macroeconómica, involucra *incentivos perversos para el logro de la eficiencia productiva.*

Dicho sea de paso, aunque no es trivial, en la medida que el consumidor ve reducida —o pierde totalmente— su capacidad de decisión sobre los bienes que satisfacen su necesidad, queda inmediatamente afectada la eficiencia global de las soluciones. Ello debido a que la producción deja de estar destinada a satisfacer las necesidades percibidas por aquél. Tales soluciones podrían, de todos modos, resultar aceptables para la persona si una *tercera parte* cubriera el total, o parte sustancial, de la cuenta[19] y los resultados logrados fueran razonablemente eficaces. En este último caso, sin embargo, la satisfacción individual gracias al subsidio no puede encubrir el hecho de que los recursos empleados no han maximizado el bienestar social: un factor crítico cuando los recursos no provienen de contribuciones voluntarias, sino que resultan de contribuciones compulsivas, impuestas sobre los usuarios.

9° *Se debe destacar la dirección de los incentivos en lo referente al control de costos, y hacer hincapié en cómo se garantiza que dichos controles no se traduzcan en reducciones de la calidad sino en una efectiva economía de recursos.*

2.3. El mercado de servicios de salud

Entendemos por mercado las instancias y/o mecanismos mediante los cuales los usuarios interactúan con los proveedores de bienes y servicios, expresando los primeros sus necesidades y los segundos sus disponibilidades

[19] Es claro que los subsidios en especie sólo maximizan el bienestar del receptor si es que las funciones de utilidad de éste son coincidentes con las del donante. Pero, naturalmente para que existan donantes, la primera condición es que sus preferencias sean respetadas en la solución. El problema, en nuestro caso, es que quien reparte los "dones" no es quien los financia. Y tampoco está garantizado que se someta a las preferencias ni del donante ni del receptor.

para satisfacer aquéllas. Luego de comunicarse de diversas maneras, se produce un acuerdo que da paso a una transacción: ambos entregan algo que consideraban valioso y reciben algo a cambio, que es a lo menos tan valioso como lo que han entregado. De ahí que, luego de efectuada la transacción y como producto del intercambio, ambos agentes hayan aumentado su utilidad.[20]

Los *mercados* pueden ser *formales*, caso en el cual los identificamos con facilidad, puesto que la cultura y las leyes los reconocen como tales: las tiendas, los supermercados, las bolsas de trabajo, etc. Pero también existe una infinidad de *mercados informales*, en los cuales también se resuelven transacciones y se efctúan intercambios. Sólo que, por la naturaleza de los bienes transados y los medios de cambio empleados, nos es más difícil, si no imposible, establecer equivalencias perfectas como las que alcanzamos en los mercados formales. Cuando, por ejemplo, efectuamos el intercambio de dos bienes no fraccionables —v. gr., dos animales domésticos de distinta especie— asistimos a una transacción en la que ambos agentes estiman a la vez que han aumentado su utilidad. Seguramente no tanto como ocurre cuando sus opciones no quedan restringidas al trueque y por la no fraccionabilidad de los bienes intercambiados.

Los seres humanos no actuamos al azar, sino más bien sopesando "bienes" y "males", condiciones favorables y desfavorables, beneficios y costos en su más amplia acepción. Naturalmente, podemos renunciar a los beneficios personales en pro del resto, y normalmente, en mayor o menor medida, en círculos más o menos amplios, así lo hacemos. Nuestra utilidad está representada en tales casos por la satisfacción que nuestras acciones provocan en los demás. ¿Pero seremos indiferentes a los distintos grados de utilidad (beneficios) alcanzados por quienes ayudamos con nuestros sacrificios y esfuerzos (costos)? ¿O procuraremos hacer el máximo del bien alcanzable con nuestros esmeros? ¿Buscaremos que se beneficien primero de nuestro esfuerzo aquellos cuya necesidad sea más extrema y apremiante? Son algunos ejemplos demostrativos de que nuestro actuar busca que el "intercambio" maximice la utilidad de los agentes que intervienen.

---

[20] Empleamos el término utilidad en dos acepciones: para las personas —agentes consumidores— es el bienestar que deriva de la satisfacción de sus necesidades; mientras que para el productor será el conjunto de retribuciones que percibe, algunas de las cuales serán pecuniarias y otras de variada naturaleza: prestigio, gratificación, poder, reconocimiento, etc. Algunas retribuciones, sin ser inmediatamente pecuniarias, pueden encerrar expectativas de retribuciones pecuniarias futuras: por ejemplo, el entrenamiento y la experiencia que se logran; el prestigio profesional, que genera progresivamente mayores demandas y remuneraciones.

No es una condición de la naturaleza que los mercados sean siempre perfectos como para garantizar que los agentes interactúen con plena libertad, con una noción adecuada de cuáles son sus necesidades y las formas de satisfacerlas; con un grado de percepción razonable de la utilidad real que les proporcionará el bien o servicio; con la capacidad de escoger entre distintos proveedores y diferentes bienes ofrecidos, y de efectuar los cambios que estimen pertinentes; con poder efectivo de decidir qué es lo que les satisface mejor, y, por último, si los agentes deciden renunciar a su potestad, con la plena noción de los beneficios y costos involucrados en dicho gesto. Así, *el acceso a la información y la equivalencia de poderes para interactuar, transar y, en definitiva, intercambiar, son condiciones esenciales para que el intercambio haga máxima la utilidad potencialmente alcanzable por las partes involucradas.*[21]

Esta introducción sirve de trasfondo para algunas de las imperfecciones más gruesas del mercado de la salud, a las que debemos prestar atención.

La colusión entre los proveedores

Es una práctica secular entre los diversos proveedores de la salud el no competir, estableciendo acuerdos respecto a los precios a cobrar, al menos en lo que hace a su cota inferior.[22] El argumento "ético" es que la competencia se traduce, indefectiblemente, en deterioros de la calidad, los que, por añadidura, pueden poner en peligro la vida del paciente. Las Sociedades Profesionales acostumbran a establecer los aranceles a cobrar por los miembros, al tiempo que regulan las condiciones para el ejercicio de la profesión.[23]

La fijación de aranceles corresponde al ejercicio de poder dentro del mercado, derivado de acuerdos explícitos de no competir. Ellos son forzados mediante mecanismos de control de la formación profesional, el acceso a las

---

[21] La información, como todo bien, requiere de esfuerzo y aplicación; es escasa y, por lo tanto, tiene valor. En consecuencia, no tendría por qué ser gratuita. Pero no es lícito que se efectúen maniobras deliberadas para impedirla a toda costa.

La equivalencia de poderes sólo significa que, al momento de transar, el poder mayor no sea empleado para obligar a optar soluciones que de otro modo no hubiera aceptado. En otros términos, que ningún agente sea discriminado por factores extra-transacción.

[22] En cualquier mercado con productos relativamente homogéneos, los acuerdos de precio deben establecer rangos mínimos y máximos. De otro modo, quienes fijen un precio superior al mínimo acordado no tendrán demanda. Pero cuando el producto puede ser diferenciado, como es el caso en salud, pueden fijarse "pisos" solamente.

[23] Véanse Leffler (1978), Rayack (1964) y Havighurst (1978).

actuales y nuevas oportunidades de trabajo y la participación en los distintos esquemas de reparto del mercado. Por cierto, genera una situación de desigualdad de poderes, en que los proveedores logran imponer a los usuarios condiciones menos favorables para éstos. Así, los productores consiguen apropiarse de parte del excedente que el consumidor obtiene por participar en el intercambio, mediante estructuras de mercado de naturaleza monopólica, con sus consecuencias clásicas: el consumidor experimenta reducciones de su bienestar y se genera pérdida de eficiencia económica global,

10° *Se deben pesquisar la existencia de arreglos colusivos entre los productores y las medidas destinadas a contrarrestarlos.*

Diferenciación de productos y discriminación de precios

Una de las ventajas del mercado es que los proveedores son forzados a adaptar sus servicios a las necesidades de los usuarios. La variedad y diversidad son características apreciadas por el consumidor, quien paga por ello. Pero las personas no pagarán un precio diferente por productos cuyos atributos sean idénticos, a menos que ignoren dicha identidad. La diferenciación de productos, en el sentido que aquí se sugiere, se entiende como una maniobra del productor encaminada a "envasar" o presentar el mismo producto de formas diversas, con la finalidad de dar la impresión al consumidor que se trata de productos diferentes, cobrando entonces precios distintos al que el consumidor hubiera pagado en caso de estar informado. Ello permite separar los mercados, facilitándole al productor cobrar precios diferentes en cada uno de ellos, por lo que obtiene utilidades superiores.[24] En el caso límite, cuando el productor ejerce su capacidad para diferenciar el producto o servicio a cada consumidor, se da el llamado *monopolio perfectamente discriminante.*

En medicina, el argumento que suele esgrimirse para sustentar la diferenciación del producto es que cada paciente es diferente, debido a la "multifactorialidad" de elementos que definen su condición. Así, "no existen enfermedades sino enfermos", cuyo cuidado es, entonces, necesariamente distinto. Puesto que cada situación sería diferente, habrá variaciones en los procedimientos, a las cuales irán naturalmente asociadas diferencias en los pagos.

[24] La separación de mercados permite al productor beneficiarse de la diferente elasticidad de demanda de distintos grupos de consumidores, logrando entonces utilidades superiores.

Otra justificación de la discriminación de precios señala que el proveedor es sensible a la distinta condición socioeconómica de sus pacientes: cobra menos al pobre y más al rico. El proveedor sería, entonces, una suerte de agente redistributivo, además de prodigar de todos modos sus servicios a los más necesitados, sin importarle su capacidad de pago.

Es fácil entender que, en el primer caso, cuando efectivamente las diferencias de procedimientos se derivan de variaciones en genética, condición de salud, concomitancias y severidad, habrán de ofrecerse distintos servicios. Lo que no sucede cuando idéntico servicio es acompañado de otros servicios o amenidades cuya relación de complementaridad técnica con el servicio buscado es desconocida por las personas. La presencia de los servicios complementarios y amenidades contribuye a separar los mercados y discriminar en los precios.[25]

En el caso del segundo argumento es fácil distinguir entre las acciones caritativas de los profesionales y las prácticas encaminadas a maximizar sus ingresos. Numerosos estudios se han hecho cargo de las elevadas rentabilidades obtenidas por la profesión médica, demostrando la existencia de utilidades extranormales, indicativas de que, en todo caso, los efectos de dichas prácticas no han sido meramente redistributivos.[26]

Es un hecho indiscutible que la discriminación de precios es una práctica establecida, y nada fácil de distinguir, por la diversidad de situaciones que permiten justificarla. Pero sus rasgos clásicos, como son la separación de mercados y la diferenciación de productos, y sus consecuencias también clásicas, como son las utilidades extranormales, están hoy suficientemente documentados.[27] La diferenciación de servicios de salud y la discriminación de precios son prácticas que maximizan la utilidad del proveedor, reducen la utilidad del consumidor e involucran una pérdida de eficiencia económica.

11° *Se debe indagar sobre la presencia de diferenciación de servicios de salud y discriminación de precios, como indicativos de soluciones globalmente ineficientes.*

---

[25] Una persona que esté en conocimiento de lo esencial y de lo no esencial del servicio podría decidir soberanamente si está dispuesta a pagar la diferencia de precio o no: ubicación física, comodidades, estética, son algunos ejemplos de amenidades que las personas podrían estar dispuestas a comprar. También son los casos de procedimientos complementarios que reducirían el riesgo y/o aumentarían las expectativas de sobrevida.

[26] Véanse Lindsay (1976) y Sloan (1976).

[27] Véanse Kessell (1958) y Feldstein (1983), pp. 386-393.

Asimetría y control de la información

Como queda dicho, una de las precondiciones esenciales para realizar transacciones que den origen a intercambios que maximicen la utilidad de las personas es el disponer de acceso a la información. Esta condición no se cumple en forma natural en el mercado de servicios de salud, y los proveedores realizan acciones deliberadas para impedir el acceso a la información.

La producción de salud, en especial en sus acciones de recuperación, es un fenómeno de gran complejidad, y además creciente, en virtud del desarrollo tecnológico. Cada vez se requiere de conocimientos más avanzados, y la práctica médica propiamente tal evoluciona hacia formas cada vez más especializadas. Por lo tanto, el paciente-consumidor se enfrenta a un proveedor que es incomparablemente más experto que él, generándose una *asimetría de información*.

Ello no es extraño, sin embargo, puesto que en el mundo moderno sucede lo mismo con casi todos los productos que consumimos. La diferencia, en nuestro caso, radica en que no tratamos con un producto o servicio homogéneo: experimentamos un estado de necesidad, pero somos incapaces de establecer su naturaleza específica. ¿Es normal o anormal nuestra condición? En caso de ser anormal, ¿en qué consiste la anormalidad y dónde está radicada? Tampoco sabemos cuáles son los bienes (servicios o prestaciones de salud) que nos permitirán satisfacer la necesidad. Nuestra ignorancia técnica es adicionalmente complicada por la capacidad del proveedor de determinar su propia demanda.

El *control de la información* por parte de la profesión médica consiste en la serie de medidas y normas establecidas por sus diversas asociaciones y agrupaciones con el fin de impedir la difusión de los precios y la calidad de los servicios prestados y los resultados que generan las acciones de salud efectuadas, y para evitar la publicidad.[28] De este modo, se dificulta la competencia de precios entre los proveedores, se facilita la diferenciación de productos y se obstaculiza la comparación de resultados. La competencia se desplazaría a lo que vagamente se percibe como calidad, e idealmente, a lo que el propio gremio establezca como diferencias de calidad.[29]

En este último caso, enfrentamos acciones basadas en normas "éticas" encaminadas a evitar los deterioros de la calidad que de no ser por ello podrían ocurrir, y a preservar los elevados estándares de la profesión, factores

[28] Véanse, por ej. Benham, L. y Benham, A. (1975); Benham, 1. (1972) y Hay y Leahy (1982).

[29] Véanse, por ej. Cady (1976) y Held y Pauly (1983).

que, sin duda, han contribuido a los evidentes logros de la medicina. Pero dichos factores también han restringido significativamente la capacidad de decisión del consumidor. Quienes han investigado el tema al nivel internacional se inclinan a pensar que las ventajas que tales actividades han aportado para favorecer los logros de la medicina han sido, en rigor, inferiores a las desventajas de todo ello, al menguar la capacidad de decisión del consumidor.

Las formas más habituales de hacer frente a tales problemas han sido variantes de los *agentes intermedios informados*:[30] entidades o profesionales técnicamente capacitados, que asesoran a los usuarios y en pro de sus intereses. El Diagrama 2 nos presenta sus modalidades más conocidas.

Hemos de considerar cinco factores para evaluar la conveniencia de estos agentes: la *independencia* para determinar la necesidad real, lo cual significa que, al no cumplir un rol como tratante, desaparece el interés personal directo en generar sobreconsumo; la *reducción de los abusos*, los cuales consisten en el uso malicioso de los mecanismos para obtener los beneficios de salud, en favor del asegurado y/o de otros usuarios a él vinculados; la *reducción del sobreconsumo*, que surge como una forma de reducir los riesgos de la práctica profesional por parte de los proveedores, y de los mecanismos de seguros con reducidos o nulos co-pagos; la *atención a la calidad* de las prestaciones de salud, entendida en su naturaleza médica examenidades, y el efecto o preocupación por *reducir el gasto*.

DIAGRAMA 2

Agentes Intermedios	Independencia	Abuso ↓	Sobre-consumo ↓	Atención a la calidad	Gasto ↓
1. Otros médicos — *General Practitionner* — Médico de "cabecera" — Médico familiar	Sí	Sí	?	Sí	No
2. Instituciones Fuerte capacidad técnico-médica	Sí	Sí	?	Sí	No
3. Los financiadores	No	Sí	Sí	No	Sí

[30] También se recurre al sistema de segundas opiniones, que es un método al que apelan los agentes intermedios. Véase, por ejemplo, M. C. Carthy (1981).

Caso de "otros médicos"

Se trata de dar forma estricta y conseguir la especialización en la función de orientación y de "comprador por cuenta de..." que todos los médicos brindan espontáneamente a sus pacientes.[31] Sólo que, en este caso, es dicha función la que define el servicio requerido. En términos generales, gozarían de independencia; no estaría en su interés que el sistema fuera defraudado; está indeterminado el efecto en el sobreconsumo, puesto que, por un lado, podrían intentar sobreproteger al paciente para reducir el riesgo de salud, pero, por el otro, brindan asesoría en cuanto a la efectividad de las distintas alternativas y sus costos, lo que, en presencia de gastos adicionales por parte del paciente, contribuiría a hacerlo más cauteloso; habría una especial preocupación por la calidad, y no contribuiría a reducir el gasto, excepto en el caso en que el paciente deba solventar una parte importante del gasto en forma adicional.

Caso de "instituciones"

Presuponen capacidad técnico-médica que permita brindar asesoría permanente o en casos puntuales, pudiendo también incluir aspectos legales. El perfil con sus características, en los factores considerados, es idéntico al de los "otros médicos", pero tendrían la ventaja respecto de aquéllos en cuanto a que incluirían otros servicios, y un espectro de especialidades que los médicos generales y familiares no están en posición de cubrir.

Caso de los "financiadores"

Comprende tanto entidades de la Seguridad Social como Compañías de Seguros e Instituciones de pre-pago de salud. Es claro que el énfasis de todas ellas radicaría en la contención del gasto, ocupándose, por ello, de reducir a la vez los abusos y el sobreconsumo. Pero, al ser financiadores, ya no serían independientes, por lo que existiría la tendencia a enfatizar el control del gasto por sobre la calidad de la atención. La calidad sólo sería enfatizada bajo un esquema de cobertura vitalicia, y en la medida que las reducciones

[31] Feldstein, M. S. (1974) se refiere a este rol de los médicos como agentes del paciente-consumidor.

de la calidad se tradujeran en mayores costos futuros a ser cubiertos por el seguro.

Cabe señalar un *trade-off* que se verifica entre economía y calidad: el hecho de garantizar la máxima eficacia está asociado a una mayor calidad, que a su vez involucrará, por regla general, mayores gastos.[32] Esta disyuntiva sólo podrá ser resuelta por el propio consumidor, sobre la base de su riqueza y preferencias. Naturalmente, la disyuntiva desaparece en el instante en que las formas de seguros existentes garantizan el pago total a todo evento: levantada la restricción económica, sólo impera la maximización de la calidad.

12º *Se deben pesquisar la existencia de restricciones y control de la información accesible al paciente-consumidor y la presencia de formas y mecanismos para informarlo adecuadamente de sus opciones alternativas.*

Formas de transferencia de los subsidios

Como se señalara al comienzo, la búsqueda de sistemas universales y equitativos en salud es una característica común en prácticamente la totalidad de los países. Ella se deriva del afán de todas las sociedades por maximizar el *status* de salud de sus poblaciones y del hecho de que las funciones de utilidad de las personas son interdependientes. Así, los grupos poblacionales mayormente necesitados y sujetos a un mayor riesgo deben ser subsidiados mediante transferencias de recursos provenientes de los grupos pudientes. Podemos asimilar las formas como estas transferencias se efectúan a dos grandes grupos: subsidios a la oferta y subsidios a la demanda.

Tendremos *subsidios a la oferta* toda vez que el proveedor de la prestación de salud reciba el subsidio —para cubrir en forma parcial o total sus costos relevantes— en forma directa, de parte de la entidad administradora.

---

[32] Esto es sólo parcialmente cierto, pues presupone que el sistema productivo de salud se encuentra operando bajo condiciones de óptimo técnico: las tecnologías empleadas para cada nivel de gasto son aquéllas más eficaces para resolver las morbilidades tratadas. Como sabemos, debido a la imprecisión de los diagnósticos y aleatoriedad de los resultados en un significativo número de morbilidades, esta frontera de gasto-eficacia-calidad (equivalente a la "frontera de posibilidades de producción") no es posible de establecer como en otras áreas productivas. Aún más, debido a la naturaleza experimental de los procedimientos terapéuticos "de punta", concentrados en las morbilidades de mayor letalidad, severidad y perniciosidad, es precisamente en ellos donde la relación entre gastos y calidad es más tenue. Véase, por ej. Pauly (1979).

Un ejemplo de ello es el financiamiento de la Modalidad de Atención Institucional del Sistema Público de Salud chileno: toda la infraestructura pública de atención de pacientes.

Los *subsidios a la demanda* existirán toda vez que el perceptor del subsidio sea habilitado, por algún medio, para disponer de un poder de compra equivalente al total del valor de una prestación de salud (o conjunto de ellas, como sería el caso de un prepago o un seguro de salud). No obstante, ha solventado de su peculio tan sólo una fracción del costo que en términos técnicos corresponde a dicho valor.[33]

En ambos casos, la persona habrá de acceder a prestaciones que, de no existir el subsidio, no habría conseguido. Pero su capacidad de negociación y potestad para decidir serán muy distintas cuando disponga de alternativas entre los proveedores que cuando no tenga más remedio que aceptar lo único ofrecido. Podríamos conceptualizar todo ello como la diferencia entre un "consumidor" y un "beneficiario".

Lo crucial es, entonces, reforzar la alternatividad de los proveedores y manejar la llave de paso del financiamiento para aquellos que el subsidio opere vía oferta, o lo haga vía demanda, es menos relevante.[34]

Así, la alternatividad de proveedores —por regla general—, y los subsidios a la demanda —por su propia lógica— generan sensitividad al costo en los usuarios[35] y sensitividad al paciente por parte del proveedor, pues este último percibe que su financiamiento depende de la decisión de aquél.

---

[33] Es importante destacar que si bien los sistemas de "voucher" empleados por las aseguradoras y entidades de prepago de salud responden a igual definición, la condición de subsidio sólo se cumplirá cuando las primas o cotizaciones de estos seguros no sean cubiertas en su totalidad por el usuario. Véase Miranda (1991), especialmente p. 24.

[34] Los subsidios a la demanda no tienen lógica operacional ni son eficientes si es que no están asociados a alternatividad: en su defecto, siempre será más eficiente traspasar los recursos directamente al productor, que es la razón por la cual corrientemente se asocia subsidio a la demanda con alternatividad.

En otros términos, podríamos entregar un "voucher" al perceptor del subsidio, o facultarlo para que con su firma atestigüe haber sido atendido por el proveedor. El cobro se efectuaría en el primer caso, presentando el proveedor el "voucher". En el segundo caso, se validaría el gasto efectuado para su cobranza, mediante el documento de atención conforme. En ambas situaciones, el perceptor tendría poder de negociación, aunque el primero es subsidio a la demanda y el segundo, a la oferta.

[35] Véase Newhouse (1978) en torno al tema del efecto sobre la competencia de las formas de financiamiento en el caso de los seguros de salud. Las discusiones de Caviedes y Oyarzo, en los capítulos siguientes de este libro, ilustran también la importancia de estos aspectos.

Otro aspecto relacionado es el rol que las entidades de financiamiento, ya sean seguros de salud o la seguridad social, pueden cumplir como *contratantes* o *compradores* de servicios de salud. Pueden subrogar a los usuarios en su poder de decisión y capacidad de negociación, para lo cual pueden proveerlos de la asesoría técnica que cada uno en particular difícilmente puede procurarse en su vida cotidiana. De este modo, están también en condiciones de salvar con éxito las "brechas de información". Por supuesto, en este caso hay que dotar a las personas de alternatividad frente a las entidades de financiamiento, con el fin de que tengan, a la vez, poder de negociación frente a ellas.

13° *Se debe pesquisar la existencia de mecanismos de transferencia de los subsidios que brinden alternatividad y favorezcan la capacidad de negociación de los perceptores de tales subsidios.*

2.4. En la demanda por servicios de salud[36]

Las necesidades de salud tienen connotaciones distintas a las de otros bienes. Nuestro desconocimiento en el tema nos lleva a aceptar con ligereza la propuesta que sugiere la ineludibilidad del consumo, y a extrapolar las situaciones de urgencia con peligro de muerte a todos los episodios mórbidos. Al fin y al cabo, estamos unidos al cuerpo que nos alberga sin opción de sustitución, por lo cual las pérdidas, incluso las parciales, son invaluables.[37] Pero estas características nos llevan a renunciar, en forma inconsciente, a nuestra capacidad analítica y de raciocinio, debilitando en forma adicional nuestro poder de decisión y capacidad de acción soberana como consumidores.

[36] Una presentación simple de estos puntos se encuentra en Miranda (1988).

[37] Esta idea fue planteada con singular agudeza por Philip Musgrove, en una conferencia dictada en el Hotel Sheraton, Santiago, en 1991. A raíz de un accidente automovilístico, apreció personalmente que su actitud era diametralmente distinta respecto de la pérdida total de su auto, convenientemente asegurado, que con respecto de la eventual pérdida de su vida, también convenientemente asegurada. En el primer caso, tendría la opción de sustituir totalmente o reparar su auto, mientras que en el segundo no tenía más opción que remendar su cuerpo.

La tendencia a priorizar la salud por sobre todos los demás bienes[38]

"La vida no tiene precio, y la salud tampoco". Tendemos a extrapolar, influidos de mil maneras y sensibilizados por experiencias propias y transmitidas, las condiciones presentes en las urgencias con peligro de muerte a la totalidad de las morbilidades. La consecuencia de ello es que nos hacemos insensibles a los precios, análisis de opciones y, en general, a las decisiones sujetas a restricciones financieras. Esto se traduce en que todos los demás bienes pierden significado, a raíz de lo cual desaparece la alternatividad y, por tanto, la opcionalidad.

Lo planteado es una situación extrema de la realidad, en que evidenciamos la tendencia a asignar a los bienes de salud una utilidad superior a la real, con lo que incluso nuestras decisiones racionales quedan distorsionadas.[39]

14° *La educación en salud, los mecanismos de copago que promuevan clara conciencia de los costos, y los sistemas de atención de complejidad progresiva, con adecuada capacidad de resolución y derivación, son, entre otras, las soluciones en que es preciso indagar al abordar este problema.*

La ineludibilidad del consumo. Frente a la enfermedad sólo cabe la terapia:

Es otra expresión de iguales argumentos que los discutidos previamente. En este caso, se desconocen las capacidades defensivas del propio organismo, induciendo el sobreconsumo de las prestaciones de salud, al tiempo que aumentan los riesgos de iatrogenias.

El argumento apunta en la misma dirección que la sobre-priorización de la salud, magnificando la utilidad asignada a las terapias, lo que redunda en un consumo de prestaciones de salud mayor que el necesario. En todo caso, estas tendencias no son fáciles de detectar, y forman parte de las costumbres y hábitos más difíciles de tipificar.[40]

---

[38] Véase Detsky (1978), cap. 3.

[39] Este punto está formalmente desarrollado en Jacobs (1987), pp. 82-84.

[40] Estas prácticas son inducidas permanentemente a través de la recomendación de consultar al médico o dentista ante cualquier malestar o molestia. Es cierto que ello contribuye a la detección precoz de la enfermedad, pero, al mismo tiempo, induce a ser dependiente y sobrerreactivo.

El desconocimiento de las formas de satisfacer la necesidad

En el caso de la mayoría de los bienes, percibimos de manera acertada cuáles son las necesidades que ellos satisfacen. En salud no: desconocemos la naturaleza exacta de la necesidad (diagnóstico) y también las prestaciones de salud que contribuirían a resolverla (terapias).[41] Es una manifestación adicional del fenómeno de asimetría en la información, que nos hace dependientes del proveedor. Nos enfrentamos a la necesidad, pero, a menos que seamos convenientemente informados, ignoramos qué bienes producen utilidad (qué prestaciones y cuál es su efectividad).

En estas condiciones, en ningún caso exclusivas del fenómeno de la salud,[42] pero potenciadas en su caso por la sobre-priorización de la necesidad y la indispensabilidad de las prestaciones de salud, el rango de opción de los usuarios queda significativamente reducido, afectando de igual modo la capacidad de decisión.

Incentivos al sobreconsumo y exceso de gasto

La consecuencia directa de las características señaladas es la tendencia a consumir más prestaciones de salud que las que la persona hubiera consumido de otro modo. Lo cual genera, a su vez, presiones alcistas en los precios unitarios o aranceles. Mayor consumo y mayor precio significan, en definitiva, exceso de gasto.

El que las personas reduzcan su capacidad de decisión frente al problema de salud, con las consecuencias descritas, se ve agravado por la presencia de entidades financieras, vale decir, de *terceros pagadores*.

Cuando se trata de compañías de seguros, los pagos totales de la cuenta, o fuertes bonificaciones, disminuyen adicionalmente la restricción económica al momento del episodio mórbido, reforzando los efectos discutidos. Pero, al menos en este caso, el exceso de gasto acaba repercutiendo, de algún modo, en el presupuesto de los usuarios cuando, finalmente, las primas de seguros son aumentadas.

Cuando se trata de *entidades con financiamiento estatal*, y en los casos de *subsidios sin límites*, los efectos de la gratuidad total, o fuertes bonifica-

[41] Véase Jacobs (1987), pp. 82-84.

[42] Estamos en similar pie respecto del mecánico de autos, del asesor legal, del asesor tributario, y, prácticamente, todo servicio de naturaleza compleja.

ciones, nunca afectan financieramente al consumidor directo. La tendencia es, pues, al consumo ilimitado. Como éste es imposible, y el financiamiento, en definitiva, tiene límites; el sistema termina "cuadrando" en virtud de racionamientos de diverso tipo y deterioros de la calidad.

Entre las formas más socorridas de moderar el racionamiento y las pérdidas de calidad están los mecanismos de participación en el costo (*cost-sharing*) y de recuperación de costos (*cost recovery*). Estos y otros buscan imponer algún costo monetario "de su propio bolsillo" (*out-of-pocket-money*) a los usuarios, con el fin de sensibilizarlos frente a los precios y el gasto. Pero, al menos en el pasado —ya que hoy parecen insostenibles, ante las actuales presiones de gasto en salud— hay quienes argumentaron y creyeron poder demostrar que las limitantes económicas deterioraban el *status* de salud: los copagos por la atención ambulatoria ahorrarían el centavo y harían perder el millón. Y hubo también réplicas en contrario, de igual solvencia, poniendo en duda que la gratuidad favoreciera la salud de los adultos.[43]

15° *En este sentido, la presencia de mecanismos para inducir la sensibilidad de los usuarios frente a los precios y el gasto sugieren forzarlas a jugar un rol activo como consumidores de salud. También contribuyen a contrarrestar las presiones en favor de aumentar los costos.*

Cabe considerar, a la vez, la existencia de ciertas formas de focalización de los subsidios, y el hecho de que los co-pagos y otras formas de *cost-sharing* tomen debida cuenta de la capacidad económica de los perceptores, para que la carga impuesta a ellos sea homogénea en términos de bienestar.

2.5. En la financiación

Las formas mediante las cuales se genera el financiamiento de los servicios de salud, la forma como las personas disponen de tales recursos para efectuar los pagos de dichos servicios y su conciencia de ser "pagadores", y la forma como se efectúan los pagos a quienes proveen las prestaciones de salud, son todos factores determinantes para inducir la eficiencia productiva y global de los sistemas de salud. Reiteramos qué entendemos por eficiencia: la producción al mínimo costo de los bienes y servicios que satisfacen las necesidades de los usuarios maximizando su bienestar.

---

[43] Véanse a Roemer *et al.* (1975), a favor del impacto negativo de la limitante económica, y a Brooks *et al.* (1983), mostrando lo contrario.

La forma de generar el financiamiento

Hemos visto, en el punto 2.1, que por esa cualidad aleatoria de las morbilidades, y dada la preocupación de todas las sociedades existentes por elevar el *status* de salud de su población, se suelen destinar recursos sociales al financiamiento de la salud. Dichos recursos pueden obtenerse, a su vez, mediante *contribuciones legales compulsivas (impuestos específicos con uso específico)* de los propios usuarios, o mediante *impuestos generales*.

Las *contribuciones legales destinadas a la salud* conllevan la ventaja de que cada persona tiene absoluta claridad respecto de los montos comprometidos y, en caso de existir mecanismos de participación y/o mercados internos, ella puede exigir determinados servicios a las entidades administradoras. Su limitación reside en que las contribuciones de las personas con rentas inferiores son insuficientes para financiar los servicios de salud necesarios, por lo cual han de ser subsidiadas. Los subsidios son generalmente financiados mediante impuestos generales, razón por la cual son particularmente atingentes las consideraciones previas y las referencias asociadas.

En cuanto al financiamiento mediante *impuestos generales*, su ventaja reside en la menor rigidez y los límites financieros menos estrictos, estableciéndose subsidios cruzados implícitos para los más pobres. La desventaja radica en que los recursos requeridos deben competir con otros múltiples servicios estatales, lo cual genera inestabilidad para dichas fuentes;[44] además, los usuarios pierden toda noción de las contribuciones que efectúan, lo cual debilita, a la vez, su percepción de cuáles son los servicios que pueden exigir; el control financiero tiende a una mayor laxitud y, por ende, es menor la eficiencia en el empleo de tales recursos.

16° *Las formas de financiar los servicios de salud —las contribuciones legales para uso específico, la naturaleza de los subsidios e impuestos generales— y la existencia de mecanismos de control financiero habrán de incidir con carácter determinante en la eficiencia. Serán cruciales para inducir en los usuarios una actitud consciente, en cuanto a que sus necesidades sean efectivamente satisfechas, y para la optimización en el uso de los recursos financieros por parte de los administradores de beneficios y proveedores de servicios de salud.*

[44] Véase Musgrove (1985), en su análisis del impacto de la crisis de la deuda externa de los países latinoamericanos sobre el financiamiento del sector salud.

Incentivos para las contribuciones legales

Cuando no existe una clara noción de los beneficios derivados de las contribuciones para salud, y no afecta a la percepción de tales beneficios el hecho de haber o no contribuido, se generan incentivos perversos para no contribuir. Ello teniendo en cuenta que las personas pueden optar normalmente por modalidades contractuales que no implican vínculos permanentes con el empleador (caso de los trabajadores a honorarios), que los trabajadores por cuenta propia pueden acceder a los beneficios sin contribuir, y que los trabajadores dependientes aceptan, en ocasiones, que su renta imponible para fines previsionales sea maliciosamente subrepresentada.

Estas prácticas reducen la disponibilidad del financiamiento, no así la demanda por servicios: se generan déficit (lo que equivale a contraer la frontera de posibilidades de producción) y brechas de demanda que habitualmente se resuelven mediante formas diversas de racionamiento, rebajas en la calidad y "precios" ocultos.[45]

17° *Se debe pesquisar la existencia de medidas destinadas a controlar la evasión, que induzcan la regularidad en las contribuciones para salud y fomenten su expansión. Y, por supuesto, de sistemas que incentiven la práctica de contribuir antes que de evadir.*

Formas de transferir los subsidios

Hemos abordado ya este tema, con algún detalle, en el punto 2.3, pero cabe revisarlo aquí nuevamente, pues se trata de una *forma de transferir el financiamiento disponible hacia los sectores de menores ingresos*, con el objeto de garantizar su acceso a las prestaciones de salud.

Tal como dijimos en el punto 2.3, serán preferibles aquellas formas que induzcan una mayor sensibilidad a los precios, la conciencia de los costos y la responsabilidad por la propia salud. Así, será responsabilidad de la persona conseguir que se le proporcionen los servicios necesarios a los que tiene derecho y/o aquellos que estén pactados, con el nivel de calidad y en cantidad acordados, a los precios y en las oportunidades pactados.

La forma de transferir el financiamiento a los perceptores de un subsidio debe generar en ellos la convicción de que los subsidios son por un

[45] Son características las "colas" (queues) y listas de espera, que aumentan el precio al paciente en términos de tiempo y riesgo.

período finito, que su monto es limitado y que su buen empleo es beneficioso para todos y cada uno de ellos.

18° *Se debe indagar en la existencia de incentivos para economizar por parte de los perceptores de subsidio, de modo tal que los recursos transferidos por esta vía sean optimizados.*

Las formas de pago de las bonificaciones correspondientes a los seguros de salud

Las formas de pago de las bonificaciones, en el caso de quienes han contratado un seguro de salud, ya sea aprovechando opciones abiertas a las contribuciones legales (como es, por ejemplo, el caso de las Isapres en Chile) o simplemente seguros privados, son también relevantes en lo que hace a la eficiencia.

Las personas adoptan sus decisiones económicas principalmente sobre la base de sus desembolsos directos (*out-of-pocket- money*). Cuando éstos son pequeños, menor es su sensibilidad a los precios y los costos. Dadas las características de la producción, la demanda y el mercado de las prestaciones de salud, la ausencia de restricciones económicas redunda necesariamente en un mayor consumo y mayor gasto. No está demostrado que el exceso de consumo y gasto conlleve mejoras del status de salud, pero sí es claro que, al menos, aumenta el riesgo derivado de cirugías innecesarias y iatrogenias.

19° *Se deben pesquisar las formas de participación en el costo y copago de las prestaciones de salud, en tanto son factores condicionantes a la hora de inducir eficiencia productiva y global.*

Las formas de pago a los proveedores de servicios de salud

Las formas de pago empleadas usualmente son:

Pago por presupuesto: Se lo emplea en el caso de los hospitales, a los cuales se asigna un presupuesto por un período. Dicho presupuesto cubre el pago de la totalidad de las prestaciones de salud, en la *mix* pactada, las que corresponden a las demandas históricas o proyectadas de la población cubierta por el sistema. Facilita la fijación de límites o "techos" globales, permitiendo, por tanto, presupuestar los globales de

gasto de los sistemas y que se constituya en un mecanismo de contención del gasto. La contrapartida de tales ventajas reside en que los ajustes del sistema operan vía racionamientos de diverso tipo, en los cobros ocultos (aumentos del tiempo de espera, aportes en insumos especialmente caros, etc.), en la decreciente cobertura poblacional a través del período (a finales del período se producen las mayores carencias) y en deterioros de la calidad.

Pago por acción de salud: Es el sistema preferido por los proveedores, puesto que se les remuneran todas las acciones que estiman necesarias para resguardar la salud y reducir el riesgo de los usuarios.
En comparación con las formas de pago presupuestarias, conlleva la ventaja de que no genera racionamiento, deterioro de la calidad ni variabilidad de la cobertura, ajustando permanentemente las transferencias de financiamiento a los volúmenes de actividad. Su desventaja consiste en que, puesto que equivale a pagar el servicio según la totalidad de los insumos empleados no induce la economicidad. Por el contrario, dadas las imperfecciones del mercado de la salud ya discutidas, contiene incentivos perversos al aumento del consumo y del gasto.

Transferencias presupuestarias a los hospitales y pago por acción de salud a los proveedores directos: Esta combinación está destinada a aprovechar las ventajas del límite global de gasto, garantizando la calidad de la atención que se obtiene al pagar al proveedor no sometido a restricción económica. No obstante, es claro a estas alturas que, de no mediar formas de contención del gasto adicionales, es la mezcla más explosiva por cuanto limita a la entidad intermedia (el hospital), pero deja abierta la válvula del proveedor. Así, los incentivos perversos operan aquí aún con mayor intensidad.[46]

Pagos por producto: Consisten en el pago a los proveedores ya no por cada acción de salud, sino por el conjunto de éstas que sean necesarias para prevenir o recuperar una morbilidad. La unidad de referencia para

[46] Un modelo de este tipo es el canadiense, que se abordará con mayor detención en el análisis de "casos seleccionados". El control adicional está representado por el acuerdo entre el gremio médico de cada provincia y la autoridad financiera respectiva en cuanto al límite total de los pagos a los médicos. Este esquema de cartelización de los proveedores funciona mientras sus miembros respetan los acuerdos de cantidad y calidad. Los incentivos implícitos en los carteles a su quiebre terminan operando, finalmente, que es lo que ha estado sucediendo con el modelo canadiense.

proceder al pago es aquí el paquete de prestaciones necesarias para producir un alta de hospitalización o de tratamiento. Dentro de esta categoría, caen los llamados *Diagnosis Related Groups (DRGs)* norteamericanos y sus diversas modalidades empleadas en Francia, Portugal y otros países. Actualmente, se lleva a cabo en Chile una experiencia piloto, para su posterior implementación en el sistema público de salud, de un sistema de *Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)*, con similares características.

Las ventajas de esta modalidad de pago residen en que la cancelación está asociada al nivel de actividad y en que se induce eficiencia productiva al pagar un monto global según diagnóstico, siendo del interés del proveedor el producir la recuperación empleando un mínimo de acciones de salud. La desventaja radica en que el proveedor, al sentirse enmarcado financieramente, podría optar por reducir la calidad, aunque ello signifique contravenir los acuerdos contractuales pactados. Además, es necesario incorporar al proveedor directo de la prestación (personal de salud) en el esquema, tanto en el pago de sus honorarios como en su manejo de los insumos requeridos, puesto que, de otro modo, no se controla el gasto efectivo y el esquema conduce al déficit, tornándose inviable desde el punto de vista financiero.

Pago por status de salud: Corresponde, al igual que en el caso anterior, a una forma de pago por *resultado*, siendo la variable relevante en este caso la globalidad de los componentes que inciden en el *status* de salud. A la luz de la discusión propuesta en el punto 2.1, queda claro que el "resultado", debido a su carácter multifactorial, es difícilmente atribuible a cada uno de los factores explicativos en particular. Sólo existen estimaciones muy rudimentarias de la incidencia de los distintos factores, sobre las cuales no existe consenso. Y, por lo demás, es poco probable, que sean estables y tampoco homogéneas.

El modelo más conocido dentro de esta modalidad es el *General Practitioner (GP)* inglés, implementado también en Italia y en proceso de aplicación en España, entre otros lugares. En todo caso, tan sólo abarca las dimensiones estrictamente médicas del proceso de producción de salud, las cuales, según estimaciones gruesas, explicarían en promedio alrededor del 30% de los resultados alcanzados en salud. El pago propiamente tal procede, en este caso, *por capitación*, existiendo además responsabilidad del *GP* por la derivación a niveles de complejidad superiores al primario (que va a su cargo) y, en forma indirecta, por el gasto global.

20° *Se deben pesquisar las formas de pago a los proveedores en los casos seleccionados, buscando establecer su relación con la eficiencia y niveles de gasto alcanzados.*

Noción por parte de todos los agentes respecto de la limitación de los recursos disponibles

La dinámica de funcionamiento de los mercados de salud, sean formales o informales, conduce en forma autónoma a aumentar los costos y el gasto. Existen además factores externos que empujan en igual dirección, cuales son el desarrollo tecnológico, la evolución de los perfiles demográficos y epidemiológicos, las preferencias de los grupos de mayores ingresos y la revolución de las expectativas de la población en general.

Estas tendencias se confrontan con recursos limitados y con preferencias sociales adversas: las personas y las sociedades no aprecian estos aumentos como algo deseable. Pero la atomización de las entidades de financiamiento y de seguros —que contribuye a hacerlas más competitivas entre sí— resulta en pérdida de poder de negociación en los mercados de insumos y principalmente de servicios de salud. Los "demandantes" se enfrentan a oferentes de servicios y prestaciones que actúan bajo múltiples arreglos de colusión, mediante los cuales logran extraer porciones crecientes del excedente del consumidor. Debe recordarse que los mismos oferentes están en posición para manejar su demanda dentro de rangos amplios.

La aproximación más exitosa a la moderación de estas tendencias está en el fortalecimiento del poder de negociación de los demandantes —entidades de financiamiento y de seguros— y en la capacidad para poner "techos" al gasto global dentro de cada sistema. A nivel microeconómico, ésta es la lógica de los presupuestos para los hospitales. Sabemos que ello tiene desventajas fuertes en este último caso, pero a nivel de grandes sistemas, y conviniendo con precisión los alcances de las obligaciones de las partes, introduce conciencia de la limitación de los recursos y obliga a economizar.

21° *Existencia de instancias y mecanismos a nivel macrosocial en las cuales se determine el máximo gasto en salud compatible con las preferencias sociales y la disponibilidad global de recursos en cada sociedad.*

Persigue poner un "techo" al gasto en salud, insuperable en cada período, con el fin de que todos los agentes —personas, Estado, administradores y principalmente los proveedores— se formen expectativas consistentes y

efectúen negociaciones entre ellos para efectos de sus participaciones. Naturalmente, estas negociaciones tienen que respetar las necesidades de la población y los estándares técnicos y de calidad convenidos.

Referencias Bibliográficas

Anderson, O. W.: "All Health Care System Struggle against Rising Costs". *Hospitals,* vol. 50, N° 19, (1976) pp. 97-102.

Brook, R. H.; Ware, J. E.; Rogers, W. H. *et al.*: "Does free care improve adult's health". *New England Journal of Medicine*, 309. (1983) pp. 1.426-1.434.

Castañeda, T.: "Contexto socioeconómico y causas del descenso de la Mortalidad Infantil en Chile". *Estudios Públicos*, 16. (Primavera 1984). Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile.

Darr, K. y Rakich, J.: "Hospital Organization and Management". AUPHA Press, National Health Publishing, Ma., USA. (1989).

Benham, L.: "The Effects of Advertising on the price of Eyeglasses". *Journal of Law and Economics* 15. (Octubre 1972).

_____ y Benham, A.: "Regulating through the Professions: A Perspective on Information Control". *The Journal of Law and Economics*. (Octubre 1975).

Cochrane, A. L.: "Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services". (Rock Carling Fellowship Lecture). London: Oxford University Press for the Nutfield Provincial Hospital Trust. (1972)

Cullis, J. y West, P.: "Introducción a la Economía de la Salud". Desclée de Brouwer, España. (1984).

Culyer, A. J.: "Need and the National Health Service: Economics and Social Choice". Martin Robertson, London, U.K. (1976)

Detsky, A. S.: "The Economic Foundations of National Health Policy". Ballinger, Cambridge, Mass. (1978)

Ederer, P.: "The Randomised Clinical Trial". *Clinical Practice and Economics*, Phillips, C. y Wolfe, J., (eds.) Tunbridge Wells: Pitman Medical Publishing Co. (1977)

Feldstein, M. S.: "Econometric Studies in Health Economics". En *Frontiers in Quantitative Economics*. Intriligator, M. y Kendrick, D. (eds.). Amsterdam, North Holland Pub. Co. (1974)

Feldstein, P. J.: "Healthcare Economics". 2ª edición. John Wiley y Sons, N.Y., USA. (1983)

Havighurst, C. C.: "Professional restraints on innovation in healthcare financing". *Duke Law Journal*, (1978) (2), pp. 303-388.

Hay, J. y Leahy, M. J.: "Physician Induced Demand: An empirical analysis of the consumer information gap". *Journal of Health Economics,1*, (1982) pp. 231-244.

Jacobs, Ph.: "The Economics of Health and Medical Care". Aspen Pubs., Rockville, Maryland, USA. (1987)

Johnson L. R.: "Revisiting The Wobbly Three Legged Stool". En *Health Care Management Review*, Aspen Publishers, Inc. (1979)

Kessell, R.: "Price Discrimination in Medicine". *Journal of Law and Economics*, 1, pp. 20-53. (1958)

Leffler, K. B.: "Physician licensure: Competition and Monopoly in American medicine". *Journal of Law and Economics*, 21(1), (1978) pp.165-186.

Linsay, C. M.: "More real returns to medical education". *Journal of Human Resources*, 11, (1976) pp. 127-129.

Mc. Carthy, E. *et al.*: "Second Opinion Elective Surgery". Auburn House Pub. (1981).

Miranda, E.: "Economía y Salud: ¿Conflicto o Cooperación? *Revista Administración en Salud* N° 4. PIAS, FACEA, Universidad de Chile. (1988).

_____ .: "Salud para Todos: ¿...Subsidio a la oferta o subsidio a la demanda?". *Revista Administración en Salud* N° 14. PIAS, FACEA, Universidad de Chile. (1991)

_____ .: "Cobertura, Eficiencia y Equidad en el área de la Salud en América Latina: Problemas y Propuestas de Solución". *Estudios Públicos*, 46. (Otoño 1992). Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile.

Mowbray, A., Blanchard, R. y Williams, C.: "Insurance: Its Theory and Practice in the United States". 6th ed. Krieger Pub. Co., Huntington, N.Y. 1979.

Musgrove, PH.: "La crisis económica y su impacto en la atención de salud en América Latina y el Caribe". O.P.S. Diciembre 1985.

Newhouse, J.: "The Structure of Health Insurance and the Erosion of Competition in the Medical Marketplace". *Competition in the Health Care Sector: Past, Present and Future*. W. Greenberg (ed.). Federal Trade Commission. Germantown, Md.: Aspen Systems Corp. (1978)

O.M.S.: "Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud". Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. (1978)

O.P.S.: "Economía de la Salud: número especial". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Diciembre 1987. Vol. 103, N° 6. Wash., D.C., U.S.A. (1987).

O.P.S.: "Los Servicios de Salud en las Américas". *Cuadernos Técnicos* N° 14. Wash., D.C. (1988).

Pauly, M.: "What is unnecessary surgery ?". *Milbank Memorial Fund Quarterly*. Winter 1979.

Rayack, E.: "The supply of Physician's Services". *Industrial and Labor Relations Review*, 17, pp. 221-237. (1964).

_____ .: "Professional Power and American Medicine". World Pub. Co., Cleveland, Ohio. (1970).

Roemer, M. I.; Hopkins, C. E.; Lockwood, C. *et al.*: "Copayments for Ambulatory Care: Penny-wise and pound foolish". *Medical Care*, 13. pp. 457-466. (1975).

Sloan, F. A.: "Real Returns to Medical Education". *Journal of Human Resources*, 11, pp. 118-126. (1976).

ERNESTO MIRANDA R.

Sistemas de salud en el mundo

Parte II: Casos seleccionados y sus lecciones para Chile

El marco analítico desarrollado en la Parte I de este trabajo ha de servirnos para caracterizar a los países seleccionados con el fin de ejemplificar las modalidades existentes en sistemas de salud. A continuación, nuestra tarea ha de consistir en justificar la selección efectuada, atendiendo a los rasgos de mayor relevancia para el análisis. Seguidamente, haremos la caracterización de los países según las categorías desarrolladas en la Parte I, lo cual queda resumido en cuadros por país, de modo que la descripción propiamente tal sea breve. Por último, en la Presentación de este libro destacamos algunos rasgos que pueden servirnos para perfilar los tipos y rangos de las soluciones más razonables, en lo que calificamos como una serie de lecciones útiles para Chile.

I. LOS PAÍSES SELECCIONADOS

La selección de países consideró tan sólo aquellos que evidencian un elevado *status* de salud de sus respectivas poblaciones, que son, por lo demás, países desarrollados.

Ernesto Miranda R. Ingeniero Comercial, Universidad de Chile, Ph. D. en Economía, Universidad de New Hampshire, Estados Unidos. Profesor asociado, Subdirector del Programa de Magíster en Administración en Salud, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile.

Un primer criterio de selección contempló los sistemas de salud generalmente considerados como paradigmas o modelos: son los casos de Inglaterra, Estados Unidos y Canadá. A éstos se agregaron los de Alemania, Italia, Holanda y Francia, por las razones que a continuación señalamos. El Cuadro 1 resume los distintos criterios discriminantes para tales efectos.

Inglaterra ha sido considerado el paradigma de los sistemas de salud de cobertura universal, con financiamiento de origen compulsivo, provisión centrada en entidades de salud estatales (hospitales) y atención ambulatoria en manos de los *General Practitioners*, que son remunerados por capitación, según el número de personas adscritas voluntariamente a su cuidado. El país evidencia un *status* de salud ubicado entre los más elevados del mundo y es, sin embargo, uno de los países que gasta una menor proporción de su PIB en salud.

A *Estados Unidos*, en el otro extremo, se lo considera el país con un sistema de salud más próximo al libre mercado. Sin embargo, por su propia naturaleza, hay quienes se refieren a él como el "no-sistema", puesto que no existe una forma universal de operar sino una multiplicidad de alternativas. En cuanto a lo del libre mercado es también uno de los sistemas sometidos hoy a crecientes regulaciones. Y un país en que las diversas formas de hacer frente a las imperfecciones del mercado de la salud han sido analizadas y varias de ellas implementadas con relativo éxito. Es el caso de los *Diagnosis Related Groups* (*DRGs*), puestos en práctica a comienzos de los ochenta, una modalidad de pago prospectivo a los hospitales, asociada al conjunto de prestaciones de salud necesarios para resolver un determinado diagnóstico. Los esfuerzos por acrecentar la información destinada al consumidor y a las compañías de seguros y agentes intermedios son también las más notables en el mundo. La calidad de la atención se encuentra entre las más elevadas del orbe, y el desarrollo e innovación tecnológica conforman uno de sus aspectos más destacados. A pesar de lo cual es, con mucho, el país cuyo gasto en salud, en términos absolutos, y como proporción del PIB, es el más elevado, aunque su *status* de salud no es el mejor.[1] En lo referente a la universalidad de la cobertura, hay notables deficiencias en los grupos de ingresos medios-bajos, que son muy ricos para calificar y benefi-

[1] Ello es efectivo en valores promedio, pero debe considerarse que las características demográficas, la inmigración y otros factores hacen notables diferencias respecto de otros países desarrollados con los que aquí se lo compara.

CUADRO 1

Criterios para la selección de los países

FACTOR	PAIS	ING	ITA	ALE	HOL	CAN	FRA	EE.UU.
Evolución del % GS/PIB[1]	en los 70s	4,5	4,8	5,5	6,0	7,3	5,8	8,5
	en los 80s	5,8	7,6	8,2	8,3	8,5	8,7	11,5
% Financ. Público[2]		87%	79%	72%	73%	75%	75%	43%
Métodos P/Prov. de los servicios Por el Estado	Directo	Hosps. Públi-cos	Hosp. Púbs. y Especia-listas				Hosps. Públi-cos vía Ppto.	
	Indirecto (contrata-ción de servicios)	GPs, dentis-tas y oculis-tas	Hosps. Privs., GPs y Espec. Priv.	Todos los ser-vicios	Todos los ser-vicios	Todos los ser-vicios	Todos los ser-vicios	Todos los ser-vicios
Cobertura Universal		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Acción s/DES de RR.HH y capital	Instalacio-nes y Equipos	Sí	Sólo en sector público	No	Sí, por parte del Min. Salud	Sí	Sí	Impulso al Des; No ctrl.
	RR.HH	Sí	No: defin. por las Universid.	No	No	Sí	Sí	No

[1] Véase Schieber & Poullier (1989), pág. 170.

[2] El % del Gasto en Salud dentro del Producto Interno Bruto se refiere a la suma de los aportes estatales más las cotizaciones compulsivas para salud.

CUADRO 1

Continuación

FACTOR	PAIS	ING	ITA	ALE	HOL	CAN	FRA	EE.UU.
Formas de pago a los proveedores	Presupuesto	Hospitales	Hospitales Públicos.		Hosp: ppto Prospectivo negociado	Hospitales	Hospitales	_
	P/Acción		Hos. Priv: per-diem	Médicos Hosp: per diem*	Especialistas, dentistas y oculistas	Médicos	Hospitales Privados Per-diem Médicos y otros	Médicos y dentistas
	Producto-resultado	Capitac. a los GPs	Capitac. a los GPs		Capitac. a los GPs			Hospits: DRGs
Acciones de control del gasto	s/oferta s/00 y DD s/demanda	Sí Parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

ciarse del *Medicaid*,[2] pero cuyos ingresos exiguos no les permiten adquirir seguros privados *motu proprio*.[3]

Canadá representa, de algún modo, un sistema intermedio entre el sistema estatista inglés y el libremercadista de Estados Unidos. Descansa en el financiamiento proveniente de cotizaciones compulsivas para salud, y aportes federales y provinciales, derivados de impuestos generales. La provisión de salud es, sin embargo, absolutamente privada, en hospitales sin fines de lucro, en su gran mayoría pagados sobre la base de presupuestos anuales. Los médicos son remunerados sobre la base de pagos-por-acción-de-salud (*pass*), al igual que en los Estados Unidos; pero, a diferencia de ellos, sus aranceles son negociados en una relación de monopolio bilateral, muy al estilo de Alemania, Francia y Holanda. Ello permite que los montos de recursos globales disponibles para salud sean un elemento importante dentro de la negociación, lo que no sucede en los Estados Unidos. Su *status* de salud es ligeramente superior al de Estados Unidos, pero no exhibe igual grado de satisfacción en años recientes, y la calidad de la atención se ha deteriorado considerablemente al convertirse en un factor de ajuste ante los presupuestos rígidos. Canadá gastaba en los años setenta un 7,3% de su PIB, en salud, cifra que aumenta a un 8,5% en los ochenta, y con fuertes presiones de costos por parte de las agrupaciones de proveedores.

Italia es, en muchos sentidos, un sistema de salud muy similar al inglés: el financiamiento es mayoritariamente estatal, como también la atención cerrada (en hospitales); admite una participación más activa del sector privado en hospitales y entre los especialistas; el Estado tiene gran injerencia en el desarrollo de los recursos humanos y el capital. Las formas de pago a los hospitales privados se basan en pagos *per-diem*, manteniéndose la forma presupuestaria para los estatales, y sus recientes medidas de control del gasto se han concentrado, por ende, en operar sobre la oferta antes que en la demanda. El crecimiento del gasto ha sido mayor que en Inglaterra, pasando de un 4,8% del PIB en los setenta, a un 7,6% en los ochenta, y hay presiones a favor de un aumento incluso mayor.

Alemania, *Holanda* y *Francia* ostentan elevados *status* de salud de sus respectivas poblaciones, compartiendo además una serie de otras características: el financiamiento de origen público y/o compulsivo oscila entre el 72

[2] *Medicaid* es el sistema de financiamiento para los grupos de menores ingresos, los que son fuertemente subsidiados. *Medicare* es el sistema de subsidio para los ancianos pobres, también de gran cobertura. Ambos mecanismos fueron establecidos a mediados de los años sesenta.

[3] Estimaciones fidedignas calculan en 35 millones de personas el número con insuficiente cobertura de salud.

y el 75%; la provisión de los servicios de salud es mayoritariamente indirecta, centrada en entidades privadas, aunque en Francia los hospitales públicos representan alrededor de un 25% del total; los tres han desarrollado mecanismos de negociación entre las entidades de financiamiento (los Fondos de Enfermedad) y las asociaciones de proveedores de los servicios de salud, que se basan en las disponibilidades de recursos para acordar las formas de distribución entre sus distintos usos y agentes; sus gastos en salud en relación el PIB fluctuaban en los años setenta entre el 5,5% (Alemania) y el 6,0% (Holanda), aumentando en los ochenta a alrededor del 8,2% (Alemania) y el 8,7% (Francia).

Exhiben, sin embargo, algunas diferencias notables en el resto de sus características relevantes. El gobierno alemán no tiene mayor control sobre el desarrollo de los recursos humanos y la tecnología, mientras que la influencia en el caso de Francia es muy fuerte. En Holanda, el gobierno incide sobre las instalaciones y equipos, pero no logra manejar la formación de los recursos humanos. Alemania remunera a todos los proveedores mediante pagos por acción; Francia lo hace con los médicos y otros profesionales de la salud y los hospitales privados; y Holanda lo restringe a los especialistas, dentistas, oculistas y otros. Los hospitales públicos son financiados presupuestariamente en Francia, y en Holanda la totalidad de los hospitales, pero en este último caso se trata de montos negociados que se entregan en forma prospectiva. Holanda es el único de los tres que paga a los *GP*s mediante capitación.

Finalmente, en cuanto a las medidas de control del gasto,[4] Alemania ha actuado principalmente sobre la oferta, Francia lo ha hecho sobre la demanda y Holanda ha recurrido a medidas en ambos frentes. Este último país ha dado origen a la propuesta de reforma del sistema de salud más comprensiva (Plan Dekker), que veremos someramente más adelante.

II. CARACTERIZACIÓN DE LOS PAÍSES SELECCIONADOS

Como ya dijéramos, en esta sección incluimos varios cuadros especialmente construidos al efecto, en los que se recurre a las categorías desarrolladas en el marco analítico para presentar, en forma breve y comparable, los rasgos más relevantes de un sistema. El orden de presentación será el

[4] Véase, para mayor detalle, a Abel-Smith (1992), especialmente págs. 115 a 133, y Márquez (1990), para un estudio referido a la región de las Américas.

mismo empleado para fundamentar la selección de los casos considerados: Inglaterra, Italia, Alemania, Holanda, Canadá, Francia y Estados Unidos.

2.1. Inglaterra

En el caso de *Inglaterra*, el sistema de salud es de cobertura universal, basado en el financiamiento compulsivo, proveniente del bolsillo del trabajador y el empleador. Existen seguros privados de salud, de reducida, aunque creciente, importancia.

La participación del Estado en el financiamiento de la salud alcanza a alrededor del 87%, considerando como parte de aquél las cotizaciones compulsivas para salud. Como suele ocurrir en un sistema fundamentalmente estatal, el Estado cuenta con el control total del desarrollo del capital físico y la introducción de nuevas tecnologías en equipamiento, y la capacidad de regular el desarrollo de los recursos humanos dentro del sector.

A pesar de los recientes problemas relativos a la calidad de los servicios, el sistema inglés es de gran eficacia, y el aparato productor de salud está al servicio de los objetivos fijados. Particularmente notable resulta el mecanismo del *General Practitioner*, un médico que ejerce su práctica en forma individual, pero ligado contractualmente al sistema de salud al proporcionar la atención primaria y consultas generales, siendo remunerado por capitación, según el número de personas voluntariamente registradas en sus listas.

Es él quien efectúa las derivaciones y referencias a los niveles de atención de mayor complejidad, los que le informan luego del curso a seguir en las terapias. De este modo, es, en cierto modo, el vigía técnico-médico en última instancia de la salud del paciente, operando como un "agente informado" al servicio de este último.

Debido a sus características, hay escaso desarrollo de ciertos mecanismos para mejorar la capacidad de decisión del paciente-consumidor, aunque las reformas introducidas en los últimos años otorgan mayor facilidad de opción al usuario entre los diversos *GP*s. Se contempla, incluso, la posibilidad de que ciertos grupos de *GP*s que congreguen en conjunto un número apropiado de adscritos[5] puedan manejar por cuenta de aquellos la to-

[5] Lo de "apropiado" se refiere a que se logre constituir un *pool* de riesgo que permita cubrir al conjunto de ellos o cuando menos las patologías más costosas. Probablemente, las "enfermedades catastróficas" quedarían, de todos modos, fuera de esta nomenclatura. De otra forma, sería preciso un número muy elevado de adscritos, lo que restaría operatividad a la medida.

CUADRO 2

Inglaterra

ASPECTOS GLOBALES:						PROVISIÓN DE BIENES PÚBLICOS EN SALUD			
ADMINISTRACIÓN:		ESTATAL		PRIVADO		ESTATAL		PRIVADO	
Financiamiento	Cobertura	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal
COMPULSIVO	IMPUESTOS GENERALES		SI[1]				SI		
	IMPUESTOS ESPECIFICOS		SI[1]				SI		
VOLUNTARIO				SI[1]					
SUBSIDIOS PARA LOS POBRES	a la oferta	SI							
	a la demanda								
DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS Y LA TECNOLOGÍA	DESARROLLO DE LOS RECURSOS		SI[2]						
	REGULACIÓN DE LA INTRODUCCIÓN		SI[2]						
EN LA PRODUCCIÓN	CONTL. DE LA CAPAC. PARA DET. LA DD		SI[3]						
	ENFÁSIS EN CALIDAD		SI						
	EFIC. EN ORGANIZACIÓN DE LA PROD.		SI						
	INTEGRAL. EN LA ATEN. DE SALUD		SI						
	INCENTIVOS PARA ECONOMIZAR		SI[3]						

CUADRO 2

Continuación

		ESTATAL		PRIVADO	
		parcial	universal	parcial	universal
EN EL	Poder de mercado en la oferta		SI[1]		
	Poder de mercado en la demanda				
MERCADO	Diferen. de Prods. y Discr. de precios		NO		
	Mecanismos para infor. plena.		Escasos		
	Capac. de negoc. de los subsidiados		[4]		

[1] Son contribuciones legales para salud de los trabajadores y el empleador. Además, existen seguros privados de poca, aunque creciente, participación.

[2] El Sistema Nacional de Salud regla el desarrollo e introducción de la tecnología. Las reformas recientes descentralizan el sistema, pero mantienen ciertos mecanismos de regulación.

[3] El *General Practitioner* (*GP*) puede determinar la demanda, pero sus derivaciones son acogidas por los niveles de complejidad superior. Las reformas buscan transferir al GP la responsabilidad total por el paciente traspasándole el total del financiamiento, con los que se espera incorporar incentivos para economizar.

[4] Esto se lograría vía opcionalidad entre distintos *GP*.

[5] Esto es sólo parcialmente percibido por parte de los usuarios puesto que han de obtener la derivación por parte del GP para acceder a niveles superiores de complejidad en la atención, y puesto que, al tratarse de un sistema con ausencia de un mercado formal, operan dentro de él diversas formas de racionamiento.

[6] Las reformas recientes, que buscan una mayor opcionalidad entre los proveedores e introducir la competencia entre ellos, generan el interés por obtener el mejor servicio posible a cambio de los recursos disponibles.

PAÍS (2)

Inglaterra

INTERVENCION:			ESTATAL		PRIVADOS	
			parcial	universal	parcial	universal
EN LA DEMANDA	CONCIENCIA DE ESCASEZ P/P DE LAS PERSONAS		SI[5]			
	MECANISMOS PARA SENSIBILIZAR ANTE PRECIOS Y GASTOS.		SI[6]			
EN LA FINANCIACION	DAR CUENTA de las contribuciones recaudadas.					
	INCENTIVOS PARA CONTRIBUIR en salud					
	FORMAS DE SUBSIDIOS que induzcan ECONOMICIDAD.					
	FORMAS DE BONIFIC. que induzcan ECONOMIC.					
	FORMAS DE PAGO A LOS PROVEEDORES	PPTO.		Hospitales		
		P/ACTO				
		PPTO/ACTO				
		P/PROD.		Capitación		
		P/STAT. SAL				
RESULTADOS EN SALUD		*STATUS* DE SALUD		Considerado entre los mejores		
	SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS ("percepción" de calidad de la atención)			Hay creciente insatisfacción		
EVOLUCION DEL GASTO EN SALUD	Moderado gasto en salud como porcentaje del PIB: 6% durante los años ochenta. Existen indicios de deterioro de la calidad.					

talidad de su financiamiento destinado a la salud, negociando con los hospitales, según los precios, la calidad y la conveniencia de los servicios ofrecidos.

Aunque en el pasado el sistema fue estatal (y la provisión continuará siéndolo en forma predominante), las reformas recientes buscan introducir una mayor opcionalidad para los usuarios, refuerzan el rol del *GP* como "agente intermedio", y buscan generar "competencia interna" entre los proveedores estatales. Esto es, se aspira a reforzar, paulatinamente, el rol de las fuerzas del mercado, teniéndose en cuenta que su adecuado funcionamiento necesariamente requiere de consumidores conscientes e informados.

El financiamiento es transferido a los hospitales por vía presupuestarias, mientras que los *GP*s son pagados por producto-resultado sobre la base de la capitación. No obstante en la búsqueda de "competencia interna" se sustituirá progresivamente el financiamiento presupuestario por uno negociado con grupos de *GP*s, los que habrían de enfrentarse, a su vez, a una mayor variabilidad de sus ingresos, en función de las prestaciones específicas que brinden al reducirse los pagos por capitación y ser sustituidos por pagos por acciones de salud específicas.

Los indicadores del *status* de salud de Inglaterra están entre los mejores del mundo y, sin embargo, se gastaba en los años setenta apenas el 4,5% del PIB en el sector, participación que aumentó en los años ochenta a alrededor del 5,8%. El sistema no ha estado exento, sin embargo, de fuertes presiones de costos en los últimos años, lo que no parece haber repercutido en los indicadores ni en la cantidad de las atenciones ofrecidas pero sí en la calidad de los servicios. Hay un descontento creciente por parte de los usuarios, siendo uno de los factores que precipitaron las reformas introducidas a partir del gobierno de la señora Thatcher. Por último, las acciones de control sobre los costos emprendidas hasta aquí han apuntado mayoritariamente a la oferta, aun cuando se han hecho, a la vez, algunos avances por la vía de la demanda, otorgando a las personas una mayor opcionalidad de *GP*s.

2.2 Italia

Como señaláramos al fundamentar la selección del caso italiano, su sistema del salud es también predominantemente estatal en el financiamiento (79%), del cual alrededor del 50% proviene de las cotizaciones compulsivas y un 47% de impuestos generales.

El Estado maneja tan sólo el desarrollo de los recursos en el sector

público. Es interesante destacar, desde ya, que la provisión de servicios recurre en parte a hospitales privados, a especialistas privados y a médicos equivalentes a los *GP*s ingleses.

En cualquier caso, hay un sector proveedor de base estatal y predominante, lo cual atenúa el control de la demanda por parte de los proveedores, y existe algún grado de incentivos para economizar. Sin embargo, se trata únicamente de límites presupuestarios anuales que, al ser superados en la práctica, son, de todos modos, cubiertos por el Estado, de tal manera que el sistema de control ha ido perdiendo credibilidad. La fuerza del aparato estatal es, con todo, suficiente para moderar el poder de mercado de los oferentes privados y reducir las prácticas de diferenciación y discriminación.

En cuanto a los mecanismos para generar conciencia de escasez, cabe afirmar que existen incentivos perversos, ya que las primas voluntarias de seguros de salud están exentas del pago de impuestos, con un límite máximo. No obstante, existen diversas formas de co-pagos y *cost-sharing*, que tienden a sensibilizar a las personas ante los precios y el gasto. Estos co-pagos han sido objeto de aumentos importantes en años recientes.[6]

Debido a la naturaleza del financiamiento, no se cumplen varias de las características deseables en cuanto a dar cuenta pública de los recursos, a los incentivos para contribuir, a ciertas formas de subsidio y bonificaciones que induzcan la economicidad. La forma de pago a los hospitales públicos y especialistas contratados es presupuestaria: a los *GP*s, por capitación, y a los hospitales privados, *per-diem*.

Es destacable el hecho de que el aparato productivo está adaptado a las demandas, pues no se observan listas de espera prolongadas y la satisfacción de los usuarios es adecuada.

El gasto en salud ha experimentado aumentos importantes entre la década de los setenta y los ochenta, y las presiones en favor del aumento no han decaído. La contención de costos ha operado principalmente sobre la oferta: vía limitaciones de los presupuestos (ya mencionadas), restricciones a la contratación de personal, reducciones en los presupuestos de inversión, etc. Pero también ha habido algunas acciones por la vía de la demanda, sobre los co-pagos. Así, el gasto en salud dentro del PIB es el segundo menor entre los países seleccionados, pero es imposible predecir el curso futuro de los acontecimientos debido a las presiones en juego. Es probable que la cuota mayor de participación privada, en comparación con Inglaterra, acabe funcionando en contra de la contención de los costos.

[6] Véase Abel-Smith (1992) p. 73.

CUADRO 3

Italia

ASPECTOS GLOBALES:						PROVISION DE BIENES PUBLICOS EN SALUD			
ADMINISTRACION:		ESTATAL		PRIVADO		ESTATAL		PRIVADO	
Financiamiento	Cobertura	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal
COMPULSIVO	IMPUESTOS GENERALES		47%				SI		
	IMPUESTOS ESPECIFICOS		50%[1]				SI		
VOLUNTARIO									
SUBSIDIOS PARA LOS POBRES	a la oferta	SI							
	a la demanda								
DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS Y LA TECNOLOGIA	DESARROLLO DE LOS RECURSOS	Para equipos. sólo en el sector público							
	REGULACION LA INTRODUCCION								
EN LA PRODUCCION	CONTL. DE LA CAPAC. PARA DET. LA DD.		SI						
	ENFASIS EN CALIDAD.		?						
	EFIC. EN ORGANIZACION DE LA PROD.		?						
	INTEGRAL. EN LA ATEN. DE SALUD		?						
	INCENTIVOS PARA ECONOMIZAR		Control presupuestario						

CUADRO 3
Continuación

		ESTATAL		PRIVADO	
		parcial	universal	parcial	universal
EN EL MERCADO	PODER DE MERCADO en la oferta en la demanda		SI		
	DIFERENC. DE PRODS. Y DISCR. DE PRECIOS		NO		
	MECANISMOS PARA INFOR. PLENA.		?		
	CAPAC. DE NEGOC. DE LOS SUBSIDIADOS		NO		

[1] Servicio Nacional de Salud, estatal.

[2] El gobierno define un presupuesto anual. No corresponde a incentivos sino a límites. Sin embargo, ellos pueden ser superados mediante créditos, lo que ha hecho perder la credibilidad del mecanismo.

También se limita el presupuesto de inversiones.

[3] Hay un gran desarrollo de los Seguros Privados, incentivados además por la deducibilidad de impuestos.

[4] En rigor, existen Incentivos Perversos, debido a las exenciones tributarias, aunque con máximos.

PAIS (2)

Italia

INTERVENCION:			ESTATAL		PRIVADOS	
			parcial	universal	parcial	universal
EN LA DEMANDA	CONCIENCIA DE ESCASEZ P/P DE LAS PERSONAS			NO[4]		
	MECANISMOS PARA SENSIBILIZAR ANTE PRECIOS Y GASTOS.			Co-pagos y *cost-sharing*		
EN LA FINANCIACION	DAR CUENTA de las contribuciones recaudadas.			NO		
	INCENTIVOS PARA CONTRIBUIR para salud			NO		
	FORMAS DE SUBSIDIOS que induzcan ECONOMICIDAD.			NO		
	FORMAS DE BONIFIC. que induzcan ECONOMIC.			NO		
	FORMAS DE PAGO A LOS PROVEEDORES	PPTO.		Hosp. Públs. y Especialistas		
		P/ACTO				
		PP/ACTO				
		P/PROD.	GPs por capitación		Hosp. Privs., *per-diem*	
		P/STAT.SAL				
RESULTADOS EN SALUD		*STATUS* DE SALUD	Está en los niveles superiores			
	SATISFACCION DE LAS PERSONAS ("percepción" de calidad de la atención)		Adecuada, ya que no se observan grandes listas de espera ni demoras.			
EVOLUCION DEL GASTO EN SALUD			Alcanzó a 4,8% del PIB en los setenta, aumentando al 7,6% en los ochenta. Tendencia a aumentar.			

2.3 Alemania

En Alemania, el 92% de la población se encuentra afiliada a Fondos de Enfermedad (*Sickness Funds*), de naturaleza compulsiva pero de administración privada. Los sectores de mayores ingresos están exentos de esta obligación, a cambio de lo cual se encuentran adscritos a seguros de salud privados.

Los Fondos de Enfermedad constituyen una característica distintiva del sistema alemán, aunque compartida por Holanda y Francia. Los Fondos negocian con las "asociaciones regionales" de oferentes lo correspondiente a los servicios a cubrir y los aranceles a remunerar a los médicos y *per-diem* a pagar a los hospitales, que son privados.

La injerencia del Estado en el desarrollo de los recursos y la tecnología, y su posterior introducción, es limitada. Debe hacerlo por la vía de la negociación con los Fondos de Enfermedad, a los que la competencia presiona para que estén al día.

En la producción de servicios es el proceso de negociación lo que modera, en parte, la capacidad del oferente para determinar la demanda. Se observan ineficiencias en la organización e integralidad de la atención en salud, fruto de la falta de coordinación entre los médicos de hospitales y aquellos encargados de las prácticas ambulatorias. Ello redunda en innecesarias duplicaciones de procedimientos, molestias a los pacientes y un mayor costo. Existen incentivos para economizar, como el mecanismo de negociación ya mencionado y un sistema de "unidades arancelarias flexibles". Una vez conocido el presupuesto global, los aranceles son calculados de modo tal que, a base de las previsiones de las cantidades requeridas, el presupuesto sea empleado íntegramente. No obstante, si la cantidad supera la prevista, los aranceles son reducidos en la proporción exacta para restablecer el equilibrio financiero. Así los proveedores saben que no obtendrán mayores ingresos si otorgan un mayor número de prestaciones, aunque hayan trabajado más. Naturalmente, lo que se cumple al nivel agregado no funciona al nivel individual, y no hay premios al hecho de producir menos. Existen sí mecanismos al interior de las asociaciones de oferentes para repartir el mercado y los ingresos entre sus miembros.

Así, se detecta una concentración de poder de mercado tanto en los oferentes como en los demandantes, la cual se resuelve vía negociación. Forman parte de la negociación la cobertura de prestaciones y sus especificaciones, de modo que el rango para diferenciar y discriminar es reducido. Pero la información a las personas es escasa, así como también lo es el poder de negociación de los subsidiados frente al proveedor.

Las personas no se enfrentan a ningún límite en su gasto y, como tampoco

los beneficios están asociados a los montos de los aportes, es reducida la conciencia de escasez. No obstante, hay co-pagos y *cost-sharing* en el caso de las drogas, la atención dental y oftalmológica que, de algún modo, sensibilizan parcialmente al usuario frente al gasto.

La financiación exhibe ciertas deficiencias en lo que hace rendir cuenta por los fondos empleados ante las personas, a los bajos incentivos para cotizar y a la forma como se transfieren las bonificaciones y los subsidios, que no inducen a economizar.

Una proporción elevada de los médicos son asalariados, y, por tanto, remunerados sobre la base presupuestaria en los hospitales. Los que ejercen en forma independiente son remunerados por cada acción con aranceles negociados, según la fórmula descrita. Los hospitales son pagados *per-diem*, con base en la negociación. Dignas de mención resultan las experiencias con *DRG*s implementadas en los hospitales de Kiel, como una forma de vincular directamente los pagos a la actividad desarrollada, induciendo economicidad al pagar por los resultados según diagnóstico.

El gasto en salud aumentó de alrededor de un 5,5% en la década de los setenta, cerca de un 8,2% en los ochenta, y se mantuvo así hasta fines de la década. Pero, a pesar de haberse introducido medidas de control de costos sobre la oferta, las que han servido para contener la presión, no han conseguido eliminarla, y se observan efectos de ajuste por la vía de la calidad y el creciente interés de los médicos por acrecentar el ejercicio liberal de la profesión. A medida que ello se incremente, las presiones por aumentar el gasto habrán de intensificarse exponencialmente.

CUADRO 4

Alemania

ASPECTOS GLOBALES:						PROVISION DE BIENES PUBLICOS EN SALUD			
ADMINISTRACION:		ESTATAL		PRIVADO		ESTATAL		PRIVADO	
Financiamiento	Cobertura	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal
COMPULSIVO	IMPUESTOS GENERALES								
	IMPUESTOS ESPECIFICOS			92% de la población			SI		
VOLUNTARIO				SI[1]					
SUBSIDIOS PARA LOS POBRES	a la oferta	SI							
	a la demanda								
DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS Y LA TECNOLOGIA	DESARROLLO DE LOS RECURSOS	El Estado sólo puede negociar con las Asociaciones de Fondos de Enfermedad y de Médicos. Son las universidades las que determinan el número de recursos a ser formados. Pero el Gobierno Federal ha operado mediante los requisitos de la práctica médica. como una forma de regular la materia. Se prevé una fuerte escasez de enfermeras en el mediano plazo, y exceso de médicos.							
	REGULACION LA INTRODUCCION								
EN LA PRODUCCION	CONTL DE LA CAPAC. PARA DET. LA DD.	Mediante los acuerdos de los Fondos de Seguros de Salud regional con los gremios de profesionales.[2]							
	ENFASIS EN CALIDAD.								
	EFIC. EN ORGANIZACION DE LA PROD.			Parcial[3]					
	INTEGRAL. EN LA ATEN. DE SALUD			Parcial[3]					
	INCENTIVOS PARA ECONOMIZAR			2 4					

CUADRO 4

Continuación

		ESTATAL		PRIVADO	
		parcial	universal	parcial	universal
EN EL MERCADO	PODER DE MERCADO en la oferta	[4]		[4]	
	PODER DE MERCADO en la demanda	[4]		[4]	
	DIFERENC. DE PRODS. Y DISCR. DE PRECIOS			[5]	
	MECANIS. PARA INFOR. PLENA.			Escasos	
	CAPAC. DE NEGOC. DE LOS SUBSIDIAD.			Reducida	

[1] La administración del seguro corre a cargo de los Fondos de Enfermedad.

Las personas de mayores ingresos pueden optar por seguros privados en lugar del sistema de naturaleza compulsiva.

[2] En el caso de los hospitales, se negocian tanto los salarios de los médicos empleados, como los *per-diem* pagados al hospital.

En el caso de la compra de servicios a los médicos, se negocia un presupuesto global y se establecen Unidades Arancelarias Flexibles. Estas se ajustan para compensar los excesos en las cantidades de servicios prestadas.

[3] Existe mucha descoordinación entre la atención ambulatoria y la de hospitales. Se ha intentado corregirla, sin mejorar sustancialmente la situación.

[4] Los aranceles y *per-diem* se negocian bilateralmente entre las Asociaciones Regionales de Fondos de Enfermedad y las Asociaciones Gremiales.

Existe una Conferencia Nacional del Salud, a la que concurren todos los sectores con el fin de negociar dentro del límite de los fondos recaudados.

[5] No existe diferenciación de productos, debido a que la canasta de prestaciones que comprende la cobertura es negociada por las respectivas Asociaciones.

[6] Existe sólo una limitación global en cuanto a que el gasto no puede superar la masa de cotizaciones para salud.

PAIS (2)

Alemania

INTERVENCION:			ESTATAL		PRIVADOS	
			parcial	universal	parcial	universal
EN LA DEMANDA	CONCIENCIA DE ESCASEZ P/P DE LAS PERSONAS				No existen limites al gasto individual	
	MECANISMOS PARA SENSIBILIZAR ANTE PRECIOS Y GASTOS				Aumento en los co-pagos y *cost-sharing* en drogas y dentistas	
EN LA FINANCIACION	DAR CUENTA de las contribuciones recaudadas				Parcial[6]	
	INCENTIVOS PARA CONTRIBUIR en salud				Reducidos	
	FORMAS DE SUBSIDIOS que induzcan ECONOMICIDAD				NO	
	FORMAS DE BONIFICACIONES que induzcan ECONOMIC.				NO	
	FORMAS DE PAGO A LOS PROVEEDORES	PPTO			Médicos asalariados en hospitales	
		P/ACTO			Médicos, pero sobre base de negociación	
		PPTO/ACTO				
		P/PROD.	Hospitales: *per-diem*. En Kiel, se aprueban formas de *DRGs*.			
		P/STAT. SAL				
RESULTADOS EN SALUD		*STATUS* DE SALUD	Entre los mejores dentro de los países desarrollados.			
	SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS ("percepción" de calidad de la atención)		No hay mediciones.			

EVOLUCION DEL GASTO EN SALUD	El gasto en salud dentro del PIB alcanzó a alrededor del 5,5% en los setenta, y a alrededor del 8,2% en los ochenta. Luego se ha mantenido estable.

2.4 Holanda

El sistema de salud holandés es de cobertura universal para las enfermedades severas y prolongadas. De la población total, el 60% correspondiente a los sectores de menores ingresos se halla afiliado a los llamados Fondos de Enfermedad, en que las cotizaciones de salud son proporcionales al ingreso y están determinadas por el Estado. El 40% restante de la población contrata seguros de salud, los que la legislación permite corregir por riesgos.

En cuanto a la regulación del desarrollo e incorporación de nueva tecnología, hay control sobre los equipos pesados e instalaciones, y se ha creado un Consejo de Asesoría para los Fondos de Enfermedad en materia de tecnología relacionada con la salud. No existe, sin embargo, regulación alguna en la formación de médicos, que está en manos de las universidades.

Todos los servicios de salud son contratados con proveedores privados, por lo cual el manejo de los aspectos productivos es tan sólo parcial. También aquí, como en el caso de Alemania, Canadá y Francia, la cobertura de las prestaciones es negociada entre los Fondos de Enfermedad y la asociación de médicos, lo que atenúa la ventajosa posibilidad de distorsionar el mercado por parte de los proveedores. Los incentivos para economizar vienen dados por el hecho de que la negociación de los aranceles se efectúa sobre la base de presupuestos globales, generados exógenamente, aunque en Holanda no existen los aranceles flexibles. Tan sólo en el caso de los hospitales, los déficit de un año son descontados del siguiente, lo que actúa como freno.

También aquí se lleva a cabo una negociación del tipo de un monopolio bilateral, merced al mecanismo de negociación entre los proveedores y los Fondos de Enfermedad. En el caso de estos últimos, pierde sentido la diferenciación y discriminación de precios, aun cuando ellas están presentes en el caso de los seguros privados.Vale la pena recordar que estos últimos cubren al 40% de la población. También en este caso, el poder de negociación de las personas perceptoras de subsidios es escaso.

Sólo en el área de los seguros privados hay un mayor grado de conciencia de escasez y, en todos los casos, en virtud de los co-pagos en drogas, en atención dental y oftalmológica se genera sensibilidad ante el gasto. Cabe destacar que, entre las medidas de control del gasto, tales co-pagos han sido significativamente aumentados, aunque manteniendo las exenciones a los grupos de mayor riesgo y mayormente necesitados.

En cuanto a la financiación, tan sólo en el caso de los seguros privados se da una cuenta adecuada de los recursos empleados y, en el caso de los Fondos, ella rige en términos de los presupuestos globales. El 40% de

las personas adscritas a seguros privados cuenta con incentivos para cotizar; no así el 60% restante de la población. Puede que las formas de bonificar a los asegurados genere incentivos perversos, ya que las bonificaciones son del 100%.

Los proveedores son remunerados presupuestariamente en el caso de los hospitales, donde se recurre a presupuestos prospectivos negociados. Los especialistas, dentistas y oculistas que ejercen libremente, son pagados por acción de salud, sobre la base de aranceles negociados mediante el mecanismo señalado previamente. Y Holanda es el único de los países seleccionados en los que se contratan todos los servicios de salud, que recurre también a la figura del *GP*, a quienes se remunera por capitación.

Los resultados en salud están entre los más elevados de la muestra y parecen adecuados al grado de satisfacción que los usuarios anhelan.

El gasto en salud, como una proporción del PIB, alcanzó a alrededor del 6% en los setenta, elevándose a alrededor del 8,3% en los ochenta. Ello, unido a las crecientes presiones de costo, ha llevado a plantearse la necesidad de reformar el sistema, dando origen a una de las propuestas mejor acogidas hasta la fecha.

He aquí los rasgos centrales del llamado "Plan Dekker".[7]

1. Todo el mundo debe cotizar obligatoriamente en salud, obteniendo a cambio una cobertura de *servicios básicos de salud.*
2. Existe libertad de opción entre los diversos aseguradores, con lo cual se busca generar competencia entre ellos.
3. El asegurador tiene la obligación de aceptar al solicitante de afiliación y no puede discriminar por riesgo en lo referente a la cobertura básica.
4. Alrededor del 70% de la prima cancelada es función del ingreso, a cambio de lo cual se recibe una cobertura homogénea. El resto de la prima es también pagada por el trabajador, pero bajo la forma de una prima fija, independiente de los ingresos. Esta prima podrá variar entre los distintos aseguradores, pero no puede discriminar según el riesgo de las personas. Esto apunta a que los aseguradores compitan entre sí para otorgar mayores beneficios de salud.
5. Las cotizaciones de salud son recaudadas centralmente y luego distribuidas entre los aseguradores, según las respectivas adscripciones.
6. El Seguro negocia con el proveedor las especificaciones de las prestaciones de salud y los aranceles, y otras unidades de pago. De este modo, actúa como un agente intermedio entre las personas y el proveedor,

[7] Seguimos a Abel-Smith (1992), pp. 91 a 93.

CUADRO 5
Holanda

ASPECTOS GLOBALES:						PROVISION DE BIENES PUBLICOS EN SALUD			
ADMINISTRACION:		ESTATAL		PRIVADO		ESTATAL		PRIVADO	
Financiamiento	Cobertura	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal
COMPULSIVO	IMPUESTOS GENERALES					SI		SI	
	IMPUESTOS ESPECIFICOS			SI[1]		SI		SI	
VOLUNTARIO				SI[2]					
SUBSIDIOS PARA LOS POBRES	a la oferta								
	a la demanda			SI					
DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS Y LA TECNOLOGIA	DESARROLLO DE LOS RECURSOS	El número de estudiantes no está definido por las necesidades sino por la capacidad de las universidades. Control sobre instalaciones y equipos pesados.							
	REGULACION DE LA INTRODUCCION	Se creará un Consejo de Asesoría para los Fondos de enfermedad en materias de evaluación de la tecnología.							
EN LA PRODUCCION	CONTL. DE LA CAPAC. PARA DET. LA DD.				Parcial[3]				
	ENFASIS EN CALIDAD.								
	EFIC. EN ORGANIZACION DE LA PROD.				Parcial[3]				
	INTEGRAL. EN LA ATENC. DE SALUD				Parcial[3]				
	INCENTIVOS PARA ECONOMIZAR				Parcial[3]				

CUADRO 5

Continuación

			ESTATAL		PRIVADO	
			parcial	universal	parcial	universal
E N E L	PODER DE MER-CADO	en la oferta en la demanda			Opera mediante negociaciones entre la Asociación de los Fondos de Enfermedad y la Asociaciones de Proveedores de servicios	
M E R C A D O	DIFERENC. DE PRODS. Y DISCR. DE PRECIOS				SI en el caso de los Seguros Privados	
	MECANISMOS PARA INFOR. PLENA.					
	CAPAC. DE NEGOC. DE LOS SUBSIDIADOS				NO	

[1] El sistema es universal para las enfermedades severas y prolongadas. El 60% de la población correspondiente a los menores ingresos se halla adscrito a Fondos de Enfermedad. Las cotizaciones para salud son proporcionales al ingreso y determinadas por el Ministerio de Salud.

[2] El 40% restante de la población contrata seguros de salud, que están corregidos por riesgo.

[3] Los aranceles y los pagos por capitación son negociados entre la asociación de médicos y los Fondos de Enfermedad, teniendo como tope los presupuestos globales. Ellos deben ser sancionados por el Ministerio de Salud, sobre la base de las propuestas hechas por el Consejo de Fondos de Enfermedad.

En los hospitales, los déficit de un año deben compensarse con el presupuesto del año siguiente.

[4] En el caso de seguros privados, es necesario dar cuenta del uso de los recursos. En los Fondos de Enfermedad, sólo respecto del presupuesto global.

En el caso del 40% de la población que contrata seguros privados, existen incentivos para cotizar.

PAIS (2)
Holanda

INTERVENCION:			ESTATAL		PRIVADOS	
			parcial	universal	parcial	universal
EN LA DEMANDA	CONCIENCIA DE ESCASEZ P/P DE LAS PERSONAS					
	MECANISMOS PARA SENSIBILIZAR ANTE PRECIOS Y GASTOS.				*Cost-sharing* Co-pagos sólo en el caso de dentistas y oculistas.	
EN LA FINANCIACION	DAR CUENTA de las contribuciones recaudadas.				Parcial[4]	
	INCENTIVOS PARA CONTRIBUIR para salud				Parcial[4]	
	FORMAS DE SUBSIDIOS que induzcan ECONOMICIDAD.				NO	
	FORMAS DE BONIFICAC. que induzcan ECONOMIC.				No: por el contrario, existe cobertura de un 100% en lo médico.	
	FORMAS DE PAGO A LOS PROVEEDORES	PPTO.			Presupuesto prospectivo negociado	
		P/ACTO			Especialidades y Dentista.	
		PPTO/ACTO				
		P/PROD.			*GPs*: por capitación	
		P/STAT.SAL				
RESULTADOS EN SALUD		*STATUS* DE SALUD	Está en los niveles superiores del mundo			
	SATISFACCION DE LAS PERSONAS ("percepción" de calidad de atención)		En general, parece ser satisfactorio.			

EVOLUCION DEL GASTO EN SALUD	En los años setenta, alcanzaba al 6%, elevándose al 8,3% en los ochenta. El "PLAN DEKKER", que apuntaba a corregir dichos avances, constituye la propuesta de reforma más comprensiva que se ha diseñado hasta aquí.

resolviendo el problema de asimetría de la información y la desigualdad en cuanto al poder de negociación.

7. Existe opcionalidad para obtener cobertura adicional, la que, sin embargo, sólo podrá ser pactada con el mismo asegurador. Ella podrá variar consensualmente.

2.5 Canadá

El sistema canadiense es, en lo relativo al financiamiento, predominantemente estatal, descansando tanto en cotizaciones compulsivas para el sector (25%) como en aportes federales (30%) y provinciales (42%) para salud.[8] También existen seguros privados, pero éstos no son significativos.

Canadá es, con Inglaterra, uno de los casos en que el Estado ha conseguido una mayor injerencia en el desarrollo e introducción de los recursos humanos y físicos, regulando a su vez la introducción de nueva tecnología y la formación de los médicos.

El sistema apela a un mecanismo de negociación bilateral entre las asociaciones provinciales de proveedores y las asociaciones provinciales de médicos, estableciendo la naturaleza de los servicios, los presupuestos para los hospitales y los aranceles para los médicos. Ello atenúa parcialmente la capacidad del productor de determinar la demanda, lo cual resulta particularmente efectivo en el caso de los hospitales, aunque no tanto en la atención ambulatoria. Los incentivos para economizar radican en que la negociación señalada tiene en cuenta las disponibilidades globales de recursos para salud en cada provincia. La superación de los montos proyectados implica que en el período siguiente habrán de recuperarse los montos sobrepasados en el gasto.

En cuanto al poder de mercado, la negociación bilateral garantiza una equivalencia de fuerzas, donde hasta hace poco dominaba la fuerza de las provincias y el gobierno federal. Con todo, ambos han ido perdiendo terreno. En la provisión estrictamente privada existe discriminación y diferenciación, y la posibilidad cierta de que se reduzca la calidad en todo lo ambulatorio. Las personas subsidiadas cuentan con alternatividad del proveedor en atención ambulatoria, pero deben soportar co-pagos importantes.

Son, precisamente, estos últimos los que han tenido un efecto moderado relevante, incidiendo en la conciencia de escasez y la mayor sensibilidad ante los costos y el gasto.

---

[8] Véase en Departament of National Health and Welfare, Annual Reports.

CUADRO 6

Canadá

ASPECTOS GLOBALES:						PROVISION DE BIENES PUBLICOS EN SALUD			
ADMINISTRACION:		ESTATAL		PRIVADO		ESTATAL		PRIVADO	
Financiamiento	Cobertura	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal
COMPULSIVO	IMPUESTOS GENERALES		SI				SI		
	IMPUESTOS ESPECIFICOS		SI				SI		
VOLUNTARIO				SI					
SUBSIDIOS PARA LOS POBRES	a la oferta	SI							
	a la demanda								
DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS Y LA TECNOLOGIA	DESARROLLO DE LOS RE-CURSOS		SI						
	REGULACION DE LA INTRO-DUCCION		SI						
EN LA PRODUCCION	CONTL. DE LA CAPAC. PARA DET. LA DD.	SI							
	ENFASIS EN CALIDAD.		SI						
	EFIC. EN OR-GANIZACION DE LA PROD.		SI						
	INTEGRAL. EN LA ATEN. DE SALUD		SI						
	INCENTIVOS PARA ECONOMIZAR		parcial[1]						

CUADRO 6
Continuación

			ESTATAL		PRIVADO	
			parcial	universal	parcial	universal
EN EL MERCADO	PODER DE MERCADO	en la oferta		SI[1]	SI	
		en la demanda		SI[1]		
	DIFERENC. DE PRODS. Y DISCR. DE PRECIOS				SI	
	MECANISMOS PARA INFOR. PLENA.					
	CAPAC. DE NEGOC. DE LOS SUBSIDIADOS			2		

[1] Los hospitales son remunerados vía presupuesto, mientras que los aranceles del personal de salud son negociados entre la autoridad de salud y los gremios de los diferentes estamentos.

[2] En atención ambulatoria, existe alternatividad de proveedor, pero es necesario incurrir en co-pagos importantes.

PAIS (2)
Canadá

INTERVENCION:			ESTATAL		PRIVADOS	
			parcial	universal	parcial	universal
EN LA DEMANDA	CONCIENCIA DE ESCASEZ P/P DE LAS PERSONAS			co-pagos		
	MECANISMOS PARA SENSIBILIZAR ANTE PRECIOS Y GASTOS.			co-pagos		
E N L A F I N A N C I A C I O N	DAR CUENTA de las contribuciones recaudadas.					
	INCENTIVOS PARA CONTRIBUIR en salud					
	FORMAS DE SUBSIDIOS que induzcan ECONOMICIDAD.			NO		
	FORMAS DE BONIFICAC. que induzcan ECONOMIC.			Sólo en ambulatorio		
	FORMAS DE PAGO A LOS PROVEE-DORES	PPTO.				
		P/ACTO				
		PPTO/ACTO		Hospitales/ médicos.		
		P/PROD				
		P/STAT.SAL				
RESUL-TADOS EN SALUD		*STATUS* DE SALUD		Entre lo más elevados		
	SATISFACCION DE LAS PERSONAS ("percepción" de calidad de la atención)			Creciente insatis-facción		

EVOLUCION DEL GASTO EN SALUD	Gasto en salud moderado (8,5% del PIB en 1985), pero con fuerte tendencia a aumentar. Hay un proceso de reformas *ad-portas*.

En el tema de la financiación, las formas de subsidio y bonificaciones inducen sólo parcialmente la economicidad. En cuanto a las formas de pago, éstas corresponden a la remuneración presupuestaria a los hospitales y el pago por acción a los médicos. Esta modalidad plantea dificultades a los hospitales, puesto que tienen un "techo" en sus ingresos, pero la llave de paso del gasto es manejada por el médico, incluso en lo que respecta a sus propios ingresos. Así, existe un conflicto de intereses, que redunda en crecientes presiones, las que en años recientes se han resuelto por la vía de las reducciones en la calidad de la atención. Ello se ha traducido en la creciente insatisfacción de los usuarios, a pesar del *status* superior de salud de la población canadiense.

El gasto en salud ha experimentado moderados aumentos entre los años setenta (7,3% del PIB) y los ochenta (8,5% del PIB), pero hay evidencias claras de que las presiones acumuladas y las reducciones de calidad se han hecho manifiestas.[9]

Debido al énfasis en la iniciativa estatal y de naturaleza dirigista, una actitud sostenida hasta hoy por el gobierno de Canadá, las medidas de control de costos y gastos en salud han estado centradas en la oferta, sin otorgarles ningún rol preponderante a las fuerzas del mercado.

2.6 Francia

El sistema francés es también de financiamiento compulsivo para salud, por lo que la participación estatal en el gasto alcanza al 75%. La administración de los recursos para el sector está en manos de los Fondos de Seguros de Salud (FSS), entidades regionales que reciben los aportes del Estado (con base en impuestos generales), de los empleadores y del trabajador. Cabe destacar que el 79% de la población cuenta con seguros de salud complementarios, contratados con compañías de seguros privadas.

El 65% de las camas pertenecen al sector público, distribuyéndose el resto en numerosas clínicas privadas de menor tamaño. La atención ambulatoria es contratada con los médicos, dentistas, oculistas y farmacéuticos, de donde resulta una suerte de convivencia entre las entidades privadas y públicas.

[9] Señalado por Martin (1990) y observado por el autor en visitas efectuadas a los programas de calidad total en salud en Toronto, Canadá, durante el año 1991.

Francia es, quizás, el único caso en que, existiendo un sector privado que actúa como un proveedor importante, el Estado regula de todas formas el desarrollo e incorporación de nuevas tecnologías e instalaciones, a la vez que la formación de los médicos y los recursos humanos en general. El gobierno controla férreamente la construcción de establecimientos, la instalación de todo equipo pesado, la formación de los médicos y las condiciones de su ejercicio profesional.

Paralelamente a lo anterior, existen mecanismos de negociación entre los FSS y las asociaciones de profesionales, que acuerdan especificaciones técnicas y aranceles dentro del marco de negociación establecido por el gobierno. Una vez alcanzados, estos acuerdos deben ser sancionados por el propio gobierno. Ello permite que la producción de servicios de salud se mantenga dentro de los rangos especificados. El marco de negociación que sugieren las disponibilidades de recursos se refleja en incentivos para economizar, al menos en lo que respecta a las cantidades, y genera presiones para desarrollar técnicas de mayor eficiencia.

El poder de mercado entre proveedores y FSS queda balanceado en una negociación bilateral, lo cual garantiza una adecuada compensación a ambos factores. El Estado conserva para sí la facultad última de sancionar, lo que representa una garantía. No obstante, ello ha provocado que se desatienda el desarrollo de mecanismos de información a las personas, los cuales permitirían el cambio de hábitos que reflejan una mayor conciencia de los gastos.

En este último aspecto, ante las presiones de costos inmanentes al fenómeno de la salud, se ha recurrido cada vez más a multiplicar las formas de *cost-sharing* y aceptar los co-pagos.[10] Por lo demás, esa ha sido la característica tradicional del sistema francés.

No está claro que en el sistema compulsivo se rinda cuenta adecuada por los recursos empleados, más allá de los balances globales que deben ser mantenidos, pero ello sí ocurre en el caso de los seguros complementarios. Podría pensarse en que los fuertes co-pagos y *cost-sharing*, como el complemento de las bonificaciones con cargo directo al propio usuario, inducen economicidad.

Los hospitales públicos son financiados por la vía presupuestaria, mientras que los privados lo son por vía de pagos *per diem*. Estos son negociados, al igual que los aranceles a los médicos, siendo ambas formas de pago por acción de salud.

[10] Véase Abel-Smith (1992), especialmente pp. 43-44 y 116-117.

CUADRO 7

Francia

ASPECTOS GLOBALES:						PROVISION DE BIENES PUBLICOS EN SALUD			
ADMINISTRACION:		ESTATAL		PRIVADO		ESTATAL		PRIVADO	
Financiamiento	Cobertura	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal
COMPULSIVO	IMPUESTO GENERALES	SI		SI[1]		SI		SI	
	IMPUESTOS ESPECIFICOS			SI[1]		SI		SI	
VOLUNTARIO				Suplementario: 79% de la población					
SUBSIDIOS PARA LOS POBRES	a la oferta	SI							
	a la demanda								
DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS Y LA TECNOLOGIA	DESARROLLO DE LOS RECURSOS	El Estado controla y regula el número de profesionales de la salud que se forman.							
	REGULACION DE LA INTRODUCCION	El Estado controla la construcción de establecimientos e instalación de equipos pesados.							
EN LA PRODUCCION	CONTL. DE LA CAPAC. PARA DET. LA DD.	Mediante los acuerdos de los Fondos de Seguros de Salud regionales con los gremios de profesionales.							
	ENFASIS EN CALIDAD.			SI					
	EFIC. EN ORGANIZACION DE LA PROD.			SI					
	INTEGRAL. EN LA ATENC. DE SALUD			SI					
	INCENTIVOS PARA ECONOMIZAR	SI[2]		SI[2]					

CUADRO 7
Continuación

		ESTATAL		PRIVADO	
		parcial	universal	parcial	universal
EN EL	PODER DE MERCADO en la oferta	SI[3]		SI[3]	
	PODER DE MERCADO en la demanda	SI[3]		SI[3]	
MERCADO	DIFERENC. DE PRODS. Y DISCR. DE PRECIOS			SI[4]	
	MECANISMOS PARA INFOR. PLENA.	NO		NO	
	CAPAC. DE NEGOC. DE LOS SUBSIDIADOS	NO			

[1] Los Fondos de Seguros de Salud (FSS) son entidades regionales encargadas de la administración de los recursos financieros. Reciben aportes del Estado, de los empleadores y del trabajador. El 65% de las camas son del sector público, mientras que la atención ambulatoria es privada y remunerada por acto de salud.

[2] Los aranceles son negociados con los gremios médicos. Los hospitales públicos son financiados vía presupuestos mientras que los privados lo son mediante una tarifa *per diem*, negociada.

[3] El gobierno controla la construcción de establecimientos, todo equipo "pesado", las tarifas de los hospitales, los precios de las drogas y los márgenes de comercialización, y ratifica los acuerdos logrados por los Fondos de Seguros de Salud con las asociaciones del personal que trabaja en el sector salud.

[4] Los FSS cumplen la función de definir y negociar las características de las acciones de salud.

PAIS (2)

Francia

INTERVENCION:			ESTATAL		PRIVADOS	
			parcial	universal	parcial	universal
EN LA DEMANDA	CONCIENCIA DE ESCASEZ P/P DE LAS PERSONAS				Significativos y crecientes mecanismos de *cost-sharing*	
	MECANISMOS PARA SENSIBILIZAR ANTE PRECIOS Y GASTOS.					
EN LA FINANCIACION	DAR CUENTA de las contribuciones recaudadas.				?	
	INCENTIVOS PARA CONTRIBUIR en salud		?		79 %de la pob. con segs. priv.	
	FORMAS DE SUBSIDIOS que induzcan ECONOMICIDAD.		?			
	FORMAS DE BONIFICAC. que induzcan ECONOMIC.				SI	
	FORMAS DE PAGO A LOS PROVEEDORES	PPTO.	Hospitales públicos			
		P/ACTO	A proveedores privs.		Hosps.priv.[2]	
		PPTO/ACTO				
		P/PROD.				
		P/STAT.SAL				
RESULTADOS EN SALUD		*STATUS* DE SALUD	Entre los mejores de los países desarrollados.			
	SATISFACCION DE PERSONAS ("percepción" de calidad de la atención)		No hay estudios. Pero un número creciente de médicos intenta obtener autorización para cobrar por encima de los aranceles pactados. Las personas están dispuestas a pagar.			

EVOLUCION DEL GASTO EN SALUD	El gasto en salud dentro del PIB fluctuó alrededor del 8.7 al 9% entre 1982 y 1990. Hay presiones de costo por parte de los médicos.

El *status* de salud de los franceses está entre los más elevados del mundo, y parece no haber mayores problemas de insatisfacción. No obstante, la demanda tiende a diferenciarse de manera creciente, a lo cual contribuye el afán de los médicos franceses de dejar de lado los contratos exclusivos de atención para los FSS. Las demandas de autorización por parte de los médicos para cobrar por encima de los aranceles pactados son cada vez mayores, a pesar de que importan la pérdida de los derechos a percibir una pensión por vejez. Dichas presiones son un reflejo de las tracciones de demanda de las personas que están dispuestas a pagar más por un servicio que esperan sea de superior calidad y acorde en mayor grado a sus preferencias particulares.

Finalmente, el aumento del gasto en salud ha sido mucho mayor que en Alemania, Holanda y Canadá, partiendo de alrededor de un 5,8% en los setenta, para alcanzar a alrededor de un 8,7% en los ochenta. Exhiben, de todas formas, relativa estabilidad, a pesar de que la presión de los médicos es creciente, y el ejercicio liberal de la profesión va ganando terreno.

2.7 Estados Unidos

El sistema de salud de los Estados Unidos es, como sabemos, el que descansa mayormente en las fuerzas del mercado, a pesar de lo cual el financiamiento de naturaleza estatal bordeaba en los ochenta el 43% del total del gasto. La gama de mecanismos existentes es muy amplia, desde los seguros privados de salud hasta mecanismos de apoyo a los grupos de población más pobres (*Medicaid*) y a los ancianos de escasos recursos (*Medicare*). Dicha cobertura, de origen federal, es complementada con los sistemas estatales de ayuda, que difieren entre los estados, generando diferencias apreciables en los beneficios. Estas diversidades, que se expresan en marcadas inequidades, se ven adicionalmente exacerbadas por la situación de los grupos de ingresos medios bajos, que no obstante ser muy "ricos" para calificar y beneficiarse de los subsidios estatales, son a la vez demasiado pobres como para obtener una cobertura de salud a los estándares de un país desarrollado y a sus costos. Su cobertura de salud es, pues, precaria. Se estima que alrededor de 35 millones de personas se encontrarían en esta situación, vale decir, alrededor del 15% de la población.

El gobierno da un decidido impulso y apoya financieramente el desarrollo científico y tecnológico en salud, pero no regula el ritmo ni la conveniencia de su incorporación, menos su impacto sobre los costos. La regulación se restringe al área de la mayor o menor seguridad de los productos con la finalidad de proteger al consumidor.

Cabe señalar, desde ya, que la totalidad de las prestaciones de salud son obtenidas de proveedores privados; pero la forma en que se abordan y tratan los aspectos técnicos, las formas de pago y la supervigilancia difieren notablemente de los países revisados precedentemente.

La forma de abordar el manejo de los aspectos productivos ha sido el desarrollo de los *Diagnosis Related Groups* (DRGs), que constituyen "canastas" de prestaciones de salud asociadas a la recuperación de diagnósticos. Ellos fueron estadísticamente determinados sobre la base de un gran número de casos reales, e incorporan variados ajustes, entre otros, por severidad del caso, edad, sexo, enfermedades concomitantes. De este modo, se ha generado un principio de estandarización que, complementado por los programas de calidad total, tendería a mejorar las técnicas y modos de producción.

Es característico del sistema de EE.UU. que exista gran eficiencia microeconómica acompañada de serias deficiencias en lo macroeconómico. Ello también se refleja en la salud, donde la enorme diversidad de situaciones trae aparejadas la descoordinación, pérdidas e inequidades. A cambio de ello, el sistema ofrece una amplísima gama de opciones que no se encuentra en ningún otro país del mundo.

Los DRGs son también una poderosa herramienta de contención de los costos, generando en los hospitales fuertes incentivos para mejorar sus técnicas de diagnósticos y luego hacer más eficiente el proceso de producción en salud. Las economías (o, por último, los menores aumentos) que logre van a su beneficio, mientras que ha de absorber los gastos por encima de los costos cubiertos por el DRG. Como el pago a los médicos continúa siendo por acción de salud, la creación de los DRGs a comienzos de los ochenta ha obligado a los hospitales a ejercer presión sobre ellos, logrando algunos avances de importancia en determinados campos.

No obstante, las asociaciones de médicos conservan intacta buena parte de su poder: la acción de la American Medical Association está suficientemente documentada como para insistir aquí en el punto. Como contrapartida, la demanda de servicios médicos está muy fragmentada, con la sola excepción de las *Health Maintenance Organizations*, que son empresas de prepago en salud que generalmente tienen instalaciones propias, en las que proporcionan atención a sus afiliados, contratando médicos para dichos servicios.

En dicho entorno, los proveedores quedan en una posición inmejorable para diferenciar productos y discriminar precios, lo que hacen con frecuencia. El gobierno, en particular, ha hecho esfuerzos notables para desarrollar la información al consumidor, en lo que, sin duda los EE. UU. representan ventajas respecto de los demás países del mundo. Se promueve el hábito de recurrir a "segundas opiniones", a "agentes informados", y en los años ochenta

resurgió la idea del médico de cabecera del grupo familia (*family doctor*), que ha sido fomentada al máximo.

Paradójicamente, una de las áreas de mayor debilidad del sistema radica en lo que hemos catalogado como "de demanda". La idea es que no haya copagos, como tampoco ninguna forma de *cost-sharing*. Ello ha redundado en una débil percepción de escasez en salud y baja sensibilidad frente a los precios y al gasto. De modo que el efecto, a la hora de generar consumidores conscientes, responsables e informados en salud, ha sido débil.

Para los seguros privados existe una adecuada "cuenta" (*accountability*) de los recursos empleados, como también incentivos para cotizar. De todos modos, cabe destacar que la gran mayoría de los seguros privados son pagados por las empresas contratantes, de manera que el impacto sobre el usuario mismo se diluye, por el efecto de la "tercera parte", que es la que paga la cuenta. No existe igual sentido de la responsabilidad con el resto del financiamiento para salud, puesto que abunda la creencia de que pareciera no ser dinero de nadie. Tan sólo los enormes déficit de la era de Reagan obligaron a tomar conciencia de las cuentas, del origen y la evolución de los déficit. Los gastos de la Seguridad Social, y dentro de ellos los subsidios para salud, figuraron en los primeros lugares.

En cuanto a las formas de pago, ya se señaló que los médicos son mayoritariamente remunerados por acción de salud, quedando condicionados, tanto los aranceles como las cantidades, a conversaciones en que, hasta ahora, el poder de negociaciones de las asociaciones médicas ha sido predominante. El mecanismo de los DRGs aplicado a los hospitales ha resultado relativamente adecuado, al menos para contener, en alguna medida, los aumentos del gasto. Sin embargo, otros actores importantes del gasto no han sido siquiera abordados, y recién ahora se ha tomado conciencia de su creciente importancia: son los proveedores de drogas y de equipos quienes mediante avances tecnológicos cambian la forma de producción hacia un empleo creciente de sus productos. En este caso, el problema es aún de mayor complejidad, pues obliga a pronunciarse sobre desarrollos necesariamente experimentales al comienzo, pero que, eventualmente, podrían ser de gran relevancia. Fenómenos a los que la carencia de estructuras de evaluación adecuadas y de mecanismos formales y estables de negociación dejan en posición de gran vulnerabilidad. Los resultados de salud de los EE.UU. son inferiores a los de otros países desarrollados, que gastan mucho menos, aun en términos absolutos. Sin embargo, el grado de satisfacción de las personas parece adecuado. En los últimos años, se han observado "bolsones" de deterioro de la calidad, asociados a las restricciones fiscales, lo que podría generar problemas adicionales de equidad.

CUADRO 8

Estados Unidos

ASPECTOS GLOBALES:						PROVISION DE BIENES PUBLICOS EN SALUD			
ADMINISTRACION:		ESTATAL		PRIVADO		ESTATAL		PRIVADO	
Financiamiento	Cobertura	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal	parcial	universal
COMPULSIVO	IMPUESTO GENERALES	SI				SI		SI	
	IMPUESTOS ESPECIFICOS	SI		SI		SI		SI	
VOLUNTARIO				SI					
SUBSIDIOS PARA LOS POBRES	a la oferta								
	a la demanda	Medicaid[1]							
DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS Y LA TECNOLOGIA	DESARROLLO DE LOS RECURSOS	Decidido impulso al desarrollo científico y tecnológico, tanto por parte del Estado como de los privados.							
	REGULACION DE LA INTRODUCCION	Sólo la incorporación de drogas es vigilada por el gobierno, pero con fines de protección del consumidor y no de costos.							
EN LA PRODUCCION	CONTL. DE LA CAPAC. PARA DET. LA DD.	*DRGs*[2]		*DRGs*[2]					
	ENFASIS EN CALIDAD.	*DRGs*[3]		*DRGs*[3]					
	EFIC. EN ORGANIZACION DE LA PROD.	NO[4]		NO[4]					
	INTEGRAL. EN LA ATEN. DE SALUD	NO[4]		NO[4]					
	INCENTIVOS PARA ECONOMIZAR	SI[5]		SI[5]					

CUADRO 8

Continuación

		ESTATAL		PRIVADO	
		parcial	universal	parcial	universal
EN EL	PODER DE MERCADO en la oferta en la demanda			SI[6]	
MERCADO	DIFERENC. DE PRODS. Y DISCR. DE PRECIOS	SI[5]		SI[5]	
	MECANISMOS PARA INFOR. PLENA.	Parcial[7]		Parcial[7]	
	CAPAC. DE NEGOC. DE LOS SUBSIDIADOS	?		?	

[1] Los más pobres tienen protección. Pero hay un segmento inmediatamente por encima que no califica para *Medicaid* y no es suficientemente pudiente como para comprar seguros por su cuenta.

[2] Mecanismo de los *Diagnosis Related* Groups, formas de pago prospectivo en base a las prestaciones asociadas a la recuperación de los diagnósticos.

[3] Se enfatizan de manera creciente los programas de calidad total. Pero se ha argumentado que los *DRG*s generan deterioros en la calidad.

[4] Hay gran eficiencia microeconómica, pero fuertes deficiencias en la concepción global: se habla del sistema norteamericano como del No–Sistema.

[5] Los *DRG*s y programas de "calidad total en salud". Es destacable el desarrollo de las "organizaciones de proveedores preferidos" y las "Organizaciones de Mantención de la Salud".

[6] Está suficientemente documentada la fuerza de la *American Medical Association*, aunque ha sido debilitada en el tiempo.

[7] El gobierno ha implementado sistemas de información para el público y los aseguradores; se ha enfatizado el desarrollo de los Agentes Intermedios.

PAIS (2)

Estados Unidos

INTERVENCION:			ESTATAL		PRIVADOS	
			parcial	universal	parcial	universal
EN LA DEMANDA	CONCIENCIA DE ESCASEZ P/P DE LAS PERSONAS		Débil *cost-sharing*		Débil *cost-sharing*	
	MECANISMOS PARA SENSIBILIZAR ANTE PRECIOS Y GASTOS.					
EN LA FINANCIACION	DAR CUENTA de las contribuciones recaudadas.		NO		SI	
	INCENTIVOS PARA CONTRIBUIR en salud		NO		SI	
	FORMAS DE SUBSIDIOS que induzcan ECONOMICIDAD.		NO		NO	
	FORMAS DE BONIFICAC. que induzcan ECONOMIC.		NO		NO	
	FORMAS DE PAGO A LOS PROVEEDORES	PPTO.				
		P/ACTO	Médicos		Médicos	
		PPTO/ACTO				
		P/PROD.	Hospitales		Hospitales	
		P/STAT.SAL				
RESULTADOS EN SALUD		*STATUS* DE SALUD	No obtiene los mejores resultados. y tiene los costos más elevados. Aprox.. 35 millones de personas están sub-protegidas.			
	SATISFACCION DE LAS PERSONAS ("percepción" de calidad de la atención)		En general, parecen ser satisfactorios.			
EVOLUCION DEL GASTO EN SALUD	Ha experimentado un sostenido crecimiento: 8% del PIB en los setenta; entre 9,4 y 11% en los ochenta; en los noventa, está superando el 12%.					

Finalmente, EE.UU. es el caso más grave en lo relativo a aumento del gasto, el que ha crecido desde aproximadamente un 8% del PIB en los setenta, a alrededor de un 12% en los ochenta. Y, lo que es más grave, las presiones de costo son fuertes, lo cual permite prever que para fines de los noventa, de continuar esta tendencia, se estaría gastando alrededor del 20% del PIB. Los niveles actuales de gasto son ya intolerables para la mayoría, y los predecibles resultarían sencillamente ridículos. Por ello todas las soluciones que hoy se barajan involucran la renuncia a la gran diversidad de alternativas existentes y, necesariamente, observar y seguir (y, si es preciso, intervenir) el proceso dentro del sector con mayor energía que la que hasta ahora hemos presenciado. Es que cuando un bien pasa a ser tan oneroso, todo el mundo comienza a preguntarse, cada vez con mayor insistencia, si realmente vale lo que se está pagando por él.

Referencias bibliográficas

Abel-Smith, B. "Cost Containment and New Priorities in Health Care". Avebury, Aldershot, U.K. 1992.

Anderson, O. W. "All Health Care System Struggle against Rising Costs". *Hospitals,* vol. 50, N° 19, pp. 97-102. 1976.

Brook, R. H.; Ware, J. E.; Rogers, W. H. *et al.* "Does free care improve adult's health". *New England Journal of Medicine,* 309. pp. 1.426-1.434. 1983.

Canadá, Department of National Health and Welfare: "Annual Reports".

Castañeda, T. "Contexto Socioeconómico y causas del descenso de la Mortalidad Infantil en Chile". *Estudios Públicos* N° 16. (Primavera 1984). Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile.

Darr, K. y Rakich, J. "Hospital Organization and Management". Aupha Press, National Health Publishing, Ma., EE.UU. 1989.

Benham, L. "The Effects of Advertising on the price of Eyeglasses". *Journal of Law and Economics* 15. Octubre 1972.

_____ y Benham, A. "Regulating through the Professions: A Perspective on Information Control". *The Journal of Law and Economics.* Octubre 1975.

Cochrane, A. L. "Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services". (Rock Carling Fellowship Lecture). London: Oxford University Press for the Nutfiel Provincial Hospital Trust. 1972.

Cullis, J. y West, P. "Introducción a la Economía de la Salud". Desclée de Brouwer, España. 1984.

Culyer, A. J. "Need and the National Health Service: Economics and Social Choice". Martin Robertson, London, U.K. 1976.

Detsky, A. S. "The Economic Foundations of National Health Policy". Ballinger, Cambridge, Mass. 1978.

Ederer, P. "The Randomised Clinical Trial". Clinical Practice and Economics, Phillips, C. y Wolfe, J., (eds). Tunbridige Wells: Pitman Medical Publishing Co. 1977.

Feldstein, M. S. "Econometric Studies in Health Economics". En *Frontiers in Quantitative Economics*. Intriligator, M. y Kendrick, D. (eds). Amsterdam, North Holland Pub. Co. 1974.

Feldstein, P. J. "Healthcare Economics". 2nd (eds.) Hohn Wiley y Sons, N.Y., EE.UU. 1983.

Gerdtham, U.; Sogaard, J.; Andersson, F. y Jönsson, B. "An Econometric analysis of health care expenditure: A cross-section study of the OECD countries". *Journal of Health Economics* (1992), pp. 63-84. Nort Holland.

Havighurst, C. C. "Professional restraints on innovation in healthcare financing". *Duke Law Journal*, (2), pp. 303-388. 1978.

Hay, J. y Leahy, M. J. "Physician Induced Demand: An empirical analysis of the consumer information gap". *Journal of Health Economics*, 1982, 1, pp. 231-244.

Jacobs, Ph. "The Economics of Health and Medical Care". Aspen Pubs., Rockville, Maryland, EE.UU. 1987.

Johnson L., R. "Revisiting The Wobbly Three Legged Stool". En *Health Care Management Review*, Aspen Publisher, Inc. 1979.

Kessell, R. "Price Discrimination in Medicine". *Journal of Law and Economics*, 1, 1958, pp. 20-53.

Leffler, K. B. "Physician licensure; Competition and Monopoly in American medicine". *Journal of Law and Economics,* 21 (1), 1978, pp. 165-186.

Lindsay, C. M. "More real returns to medical education" *Journal of Human Resources*, 11, pp. 127-129. 1976.

Márquez, P. V. "Cost Control in Health: an overview of country experiences in the Americas". *Health Policy and Planning,* (1990).

Martin, J. C. "An Overview of the Canadian Health System". Presentación en el Health Economics Forum de la "1990 AUPHA Annual Meeting". Hotel Nikko, Chicago, 30 de marzo de 1990.

MC. Carthy, E. *et al.* "Second Opinion Elective Surgery". Auburn House Pub. 1981.

Miranda, E. "Economía y Salud: ¿Conflicto o Cooperación? *Revista Administración en Salud,* 4. PIAS, FACEA, Universidad de Chile. 1988.

_____ . "Salud para todos: ¿...Subsidio a la oferta o subsidio a la demanda?". *Revista Administración en Salud,* 14. PIAS, FACEA, Universidad de Chile. 1991.

_____ . "Cobertura, Eficiencia y Equidad en el área de la Salud en América Latina: Problemas y Propuestas de Solución". *Estudios Públicos,* 46, (otoño 1992). Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile.

Mowbray, A., Blanchard, R. y Williams, C. "Insurance: Its Theory and Practice in the United States". 6th ed. Krieger Pub. Co., Huntington, N.Y. 1979.

Musgrove, Ph. "La crisis económica y su impacto en la atención de salud en América Latina y el Caribe". OPS, diciembre. 1985.

Newhouse, J. "The Structure of Health Insurance and the Erosion of Competition in

the Medical Marketplace". Competition in the Health Care Sector: Past, Present and Future. W. Greenberg (ed.). Federal Trade Commision. Germantown, Md.: Aspen Systems Corp. 1978.

O.M.S. "Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud". Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

O.P.S. "Economía de la Salud: número especial". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, diciembre 1987. Vol. 103, N° 6. Wash., D.C., EE.UU.

_____ . "Los Servicios de Salud en las Américas". *Cuadernos Técnicos* 14. Wash., D. C. 1988.

Pauly, M. "What is unnecessary surgery?". *Milbank Memorial Fund Quarterly,* Winter. 1979.

Rayack, E. "The supply of Physician's Services". *Industrial and Labor Relations Review,* 17, pp. 221-237. 1974.

_____ . "Professional Power and American Medicine". World Pub. Co., Cleveland, Ohio. EE.UU. 1970.

Roemer, M. I.; Hopkins, C. E.; Lockwood, C. *et al.* "Copayments for Ambulatory Care: Penny-wise and pound foolish". *Medical Care,* 13. 1975, pp. 457-466.

Rovira, J. "Algunas características de las reformas de los sistemas de salud europeos". Presentación en las *Segundas Jornadas Internacionales de Economía de la salud.* Buenos Aires, Argentina, 20 a 22 de septiembre de 1992.

Sloan, F. A. "Real Returns to Medical Education". *Journal of Human Resources,* 11, 1976, pp. 118-126.

BRIAN ABEL-SMITH

Tendencias mundiales en el financiamiento de la salud*

Introducción

Muchos países en vías de desarrollo están insatisfechos con sus servicios de salud. Una causa de ello es el limitado financiamiento disponible en períodos de ajuste estructural. Una segunda razón estriba, sin embargo, en la falta de motivación del personal que labora en ellos, en recursos que no se aprovechan cabalmente y en un trato insuficientemente cortés y respetuoso a los pacientes. Muchas naciones en vías de desarrollo están considerando la posibilidad de introducir un sistema de seguro de salud obligatorio, como una forma de resolver tales problemas. En Asia, entre los países que apuntan en esa dirección, se incluyen Indonesia, Malasia, Papúa Nueva Guinea, Tailandia y Vietnam. En el caso de Africa, se incluyen Ghana, Zimbabwe, Nigeria y, tal vez, Tanzania. Todos ellos esperan atraer mayores recursos al sector salud. Sin embargo, en algunos de los países que ya han desarrollado un régimen de seguro de salud obligatorio también se plantean quejas muy similares a las mencionadas, en especial en Europa del este y en América Latina. Es más, al interior de los países latinoamericanos hay diferencias entre los individuos que tienen acceso a servicios de seguridad social mejor financiados y los que sólo

Brian Abel-Smith. Profesor del Departamento de Ciencias Sociales y Administración, London School Economics and Political Science.

* Publicado anteriormente en *Estudios Públicos*, 55, (invierno 1994), Centro de Estudios Públicos.

cuentan con los sistemas de salud públicos, con financiamiento claramente insuficiente.

¿Cómo ampliar la cobertura de los seguros de salud y, al mismo tiempo, garantizar equidad, calidad, contención de costos y asegurar la atención deferente al usuario? Estos parecen ser los problemas claves. ¿Hay lecciones derivadas de la experiencia de los países desarrollados que sirvan de ayuda para encontrar las soluciones?

¿Será la mejor alternativa, por ejemplo, promover al máximo la utilización de los servicios del sector privado y los seguros privados de salud, estimulados, si fuera preciso, con exenciones tributarias para quienes recurran al mercado de los seguros privados de salud? Al menos los que tengan acceso al mercado privado recibirán buen trato. Y si quienes disponen de un seguro privado se financian en buena medida a sí mismos, el financiamiento del sector público podrá concentrarse en los más pobres, incluyendo a los sectores de más bajos ingresos. A primera vista, tales argumentos resultan muy seductores, pero existen desventajas muy serias que deben ser consideradas.

Los seguros privados de salud con fines de lucro

Los seguros privados tienen costos —derivados de las utilidades y actividades de promoción— que no se plantean en un sistema de seguro público de carácter obligatorio. Estos costos pueden alcanzar a casi la mitad de la prima que se paga en el caso de las pólizas individuales. Otro factor que hace subir los costos es el hecho de que quienes optan por asegurarse tienden a ser más propensos a enfermarse que los que no lo hacen, y el asegurador se protege a sí mismo con una serie de limitaciones incluidas en la póliza. Un problema adicional es que cada asegurador individual no tiene suficiente fuerza para negociar precios favorables con los proveedores de servicios, o para exigir a los médicos participantes que se atengan a un listado de fármacos esenciales. Por ende, suelen verse obligados a reembolsar a sus pacientes una fracción de sus cuentas de salud, las que pueden venir abultadas por servicios innecesarios cuando el proveedor (médico) está consciente de que la mayoría de los costos recaerá, en última instancia, en el asegurador. Con frecuencia, los servicios preventivos no están cubiertos por el seguro, pues se piensa que quien paga la prima no los considera importantes.

En lugar de cotizaciones proporcionales a los ingresos, que es la práctica habitual en los sistemas obligatorios, el cotizante potencial enfrenta no sólo primas elevadas sino también uniformes. Aún más, quienes desean

cubrir con el seguro a su grupo familiar deben pagar primas sustancialmente más elevadas, lo cual suele resultar en baja cobertura de las cargas familiares dependientes. El alto costo, las primas uniformes y las primas extras para los miembros de la familia limitan la cobertura potencial de los seguros privados de salud. Se pueden apreciar los efectos sobre los costos a partir de la experiencia del único país desarrollado cuyo sistema de salud descansa, mayoritariamente, en los seguros privados de enfermedad: Estados Unidos. Los costos de la atención de salud han aumentado hasta llegar al 12,2% del PGB, pese a lo cual aún existen 40 millones de personas sin cobertura y muchas más con una cobertura decididamente inadecuada. Ningún país en vías de desarrollo podría sobrellevar las consecuencias de largo plazo de la aplicación generalizada del modelo en cuestión, sustentado en los seguros privados de salud.

En Europa occidental el modelo de seguros privados de salud sería inaceptable por las siguientes razones:

1) En primer lugar, se consideraría inaceptable que los sectores de más altos ingresos no tuvieran que subsidiar, dentro de un esquema obligatorio, a los de menores ingresos.
2) En segundo lugar, todos los obligados a asegurarse deben tener igual acceso a los mismos servicios. Un servicio utilizado mayoritariamente por los más pobres terminará convirtiéndose en un servicio pobre. Si la gente desea atención extra debe pagar, aparte de su contribución obligatoria, una cuota adicional para obtenerla.
3) En tercer lugar, a todos los proveedores de un sistema compulsivo de seguro se les paga sobre la misma base. Francia es la única excepción al respecto, caso en el cual el 30 por ciento de los médicos insiste en cobrar por encima de los aranceles negociados. No cabe esperar que el médico brinde el mismo servicio y trate a los pacientes de igual modo si las tarifas que se le pagan son radicalmente distintas.
4) En cuarto lugar, la idea de co-pagos elevados es totalmente inaceptable en Europa.
5) En quinto lugar, las exenciones tributarias a los seguros de salud privados son muy poco usuales en Europa. Incluso Margaret Thatcher las autorizó tan sólo para las personas mayores de sesenta años.

Los países de Europa occidental concuerdan en que los servicios de salud no pueden quedar al arbitrio del mercado y de los aseguradores privados. De ser así, la atención de salud se volvería muy costosa y habría, de todas formas, grandes vacíos en la cobertura del seguro.

Fue para evitar la "tarificación según el tamaño del grupo familiar" y la "tarificación por riesgo de enfermedad" que, al ser introducido en Europa el sistema obligatorio de seguros privados, se fijó por lo general una cotización estándar a los empleados y empleadores. Ella fue casi siempre una proporción de los ingresos, para reflejar la capacidad de pago de cada cual, y pretendía evitar que se castigara en exceso a los empleadores del personal con bajos ingresos. Esto último obligó a establecer arreglos especiales para que operaran subsidios cruzados o un asegurador monopólico que emparejara los riesgos entre las empresas con trabajadores de menores ingresos y aquéllas con trabajadores mejor remunerados. Una sola entidad de seguridad social tenía, a la vez, la ventaja adicional de mantener bajos los costos administrativos y evitar los costos derivados de la promoción de ventas.

Las distinciones lingüísticas entre "seguros de salud" y "servicios nacionales de salud" y la retórica política pueden llegar a encubrir fácilmente la convergencia existente en Europa occidental sobre los siguientes principios vitales:

1) A nadie se le niega la atención médica esencial por su incapacidad para pagarla. La atención dental —no la odontología de urgencia— y la atención óptica suelen considerarse servicios menos relevantes —al menos para los adultos— que la gente puede financiar con sus propios ahorros.[1] La proporción de tales servicios que ha de quedar cubierta por la seguridad social es una decisión política.
2) Con la probable excepción de los grupos de altos ingresos, se tiende a evitar que el sistema de salud opere sobre la base de tarificación por riesgos (*risk rating*), ya sean de salud individuales o riesgos relativos al número de cargas de un asegurado. El seguro nacional de salud evita de manera deliberada aplicar principios actuariales estrictos. En este sentido, es un sistema muy distinto al de los seguros privados de salud.
3) También, con la probable excepción de los grupos de altos ingresos, los servicios de salud destinados a los obligatoriamente asegurados no quedan al arbitrio del libre mercado no regulado, pues faltan tres elementos claves para el funcionamiento pleno de un mercado semejante. El primero es la existencia de consumidores informados, que sepan con exactitud lo que desean adquirir. En segundo término, no es posible conocer por anticipado la necesidad de atención de salud y, cuando ella sobreviene, puede resultar muy cara. El tercer elemento es que no existe separación

[1] Abel-Smith (1992).

entre las funciones de compra y la provisión del bien o servicio de salud. Los médicos y dentistas realizan, en rigor, ambas funciones.[2] Por tales razones:

a) los servicios de salud se pre-pagan mediante alguna mezcla de impuestos y cotizaciones para salud (que puede ser, en algunos países, voluntaria para los grupos de mayores ingresos).
b) los gobiernos intervienen de muy diversas formas para intentar sacarle el mayor provecho al dinero o garantizar que ello suceda.

Extensión de la cobertura del seguro de salud

¿Cómo se las ingeniaron tantos países desarrollados para alcanzar una situación en la que toda, o prácticamente toda, la población quedara cubierta por el mismo sistema de servicios de salud?

Una vez que la mayoría de la población con empleo regular estuvo cubierta, el problema que enfrentaron los diseñadores de políticas interesados en extender los derechos de atención de salud fue cómo dar cobertura a los trabajadores independientes —particularmente granjeros, pescadores y otros—, muchos de los cuales tenían relativamente bajos ingresos y ningún empleador para compartir las cotizaciones. Una solución fue mantener el costo de los seguros suficientemente bajos para *todas* las personas aseguradas, proveyéndoles servicios altamente subsidiados en hospitales públicos de calidad aceptable, como ocurrió en Escandinavia.[3] Una segunda solución consistió en hacer que los fondos de otros seguros subsidiaran en forma cruzada los fondos para los trabajadores independientes de bajos ingresos. Una tercera solución fue subsidiar todo el sistema de seguros compulsivos con fondos públicos o solamente destinar algunos fondos para el caso de los trabajadores independientes.[4] Muchas formas se han diseñado para intentar recaudar algunas contribuciones de parte de los granjeros —impuestos sobre la tierra, de acuerdo con sus utilidades potenciales (como en Italia), impuestos sobre el producto agrícola (como en el caso de Brasil) y contribuciones recaudadas como parte del impuesto a la renta—, a sabiendas de que los granjeros estaban en buena posición para declarar menos ingresos que los percibidos (como en los Países Bajos, Francia y Bélgica).

[2] Barr (1987).
[3] Borgenhammer (1984).
[4] Powell (1990).

Casi todos los países que han alcanzado una cobertura elevada, o completa, han tenido previamente un sistema de seguro de salud compulsivo que sólo estaba disponible para aquel segmento de la población que pagaba cotizaciones o compartía el pago con sus empleadores. ¿Cómo evolucionaron hacia una situación en que los servicios estuvieron disponibles para todos? Corrientemente, la población sin cobertura comprendía a los desempleados, ancianos y minusválidos. Algunos países otorgaron cobertura a los ancianos como dependientes de las personas aseguradas. Otros desarrollaron derechos a la atención de salud sobre la base de beneficios en dinero entregados como parte de sus programas de seguridad social. Así, se consideraba que las personas que recibían beneficios por enfermedad, invalidez o desempleo, o pensiones por viudez o ancianidad, habían pagado en forma anticipada, en el curso de su vida laboral, por los servicios de salud que precisarían una vez estuviesen acogidos al régimen de beneficios de la jubilación o pensión. Luego, una modesta contribución era sustraída de las pensiones mientras éstas se pagaban. Aquellos bajo un sistema de asistencia social tenían sus contribuciones pagadas por parte del gobierno local o central que proveía dicha asistencia.

Los países desarrollados no encontraron mayores dificultades para extender el seguro de salud obligatorio; esto debido a un número de razones que no son aplicables en el caso de los países en vías de desarrollo. Primero, el sector formal de la economía representaba alrededor del 80 por ciento o más de aquellos que trabajaban, por lo que el problema era intrínsecamente manejable. Segundo, estos países tenían sistemas de subsidios muy extendidos y en muchos casos ya tenían identificados a los pobres a través de programas de asistencia social. Tercero, muchos tenían un sistema de impuesto a la renta relativamente bien desarrollado, que comprendía a toda o gran parte de la población. Las cotizaciones podían ser recaudadas, por tanto, junto con el impuesto a la renta.

La etapa final de este proceso de desarrollo ha sido la extensión de los servicios a toda la población. Gran Bretaña estableció en 1948 el precedente en Europa occidental. Escandinavia y Japón siguieron en la década de los sesenta;[5] Canadá en los años setenta;[6] Italia en 1980.[7] Portugal, España y Corea del Sur en los ochenta junto con Taiwán, que siguió en 1984. (Sin embargo, cabe señalar, además, que los sistemas de seguros de salud de los restantes países de Europa occidental tienen una elevada cobertura.)

Dos importantes aspectos debieran destacarse respecto de esta etapa de desarrollo:

---

[5] Powell (1990).

[6] Soderstrom (1978).

[7] Ministero della Sanita (1979).

1) La mayoría de los países ha mantenido las cotizaciones para los seguros de salud como una de las fuentes del financiamiento de sus servicios universales.
2) El hecho de que el sistema de provisión universal de salud haya sido denominado "servicio nacional de salud", "seguro de salud nacional" o "sistema nacional de salud" es simplemente una cuestión de opción política. No es sorprendente que el término "seguro de salud" se haya mantenido en países como Japón, Corea y Canadá, donde el uso del término "servicio nacional de salud" podría sonar socializante, y que, por similares razones, acabara imponiéndose en Taiwán. Tampoco es sorprendente que la denominación "servicio nacional de salud" haya sido preferida por algunos gobiernos centro-izquierdistas. Los escandinavos han sido mucho más flexibles respecto de la nomenclatura. Ellos no consideran que hablar de un "servicio nacional de salud" o de un "servicio nacional de educación" tenga alguna ventaja. Ambos son percibidos principalmente como funciones normales del gobierno local, análogas al servicio que éste presta en el caso de incendios.

De este modo, el principio del derecho universal a utilizar el mismo sistema de atención de salud, entendido como un derecho ciudadano, se ha ido diseminando a través de los países desarrollados hacia las naciones en vías de desarrollo recientemente industrializadas y luego a Brasil y Costa Rica. ¿Cómo se explica esta tendencia mundial? De cierta manera, es una respuesta a las presiones democráticas. En parte, es el reconocimiento de que en una sociedad en la cual las desigualdades en los ingresos son inevitables (aunque modificables), las desigualdades en los derechos a la atención de salud, así como a la educación, son inaceptables. Esta es, por lo tanto, la forma como los países aspiran a alcanzar estabilidad social, y mantener, al mismo tiempo, modos de producción capitalistas. Es uno de los precios que hay que pagar para que las consecuencias del desarrollo capitalista resulten aceptables en una sociedad democrática. Tal vez no sea coincidencia que en las dos economías capitalistas más exitosas en el período de postguerra, Japón y Alemania (yo no incluiría en lo sucesivo a los Estados Unidos), el grueso o la totalidad de la población goce de iguales derechos, desde hace mucho tiempo, en materia de acceso a los servicios médicos.

El significado actual del término "seguro de salud"

Pero ¿qué es lo que realmente se quiere decir con seguro de salud en un sistema de seguridad social? El seguro de salud tiene dos aspectos. Primero,

es una forma de recaudar todo o parte del dinero para pagar la atención de salud. Segundo, es una forma de asegurar la provisión de los servicios. Cada aspecto necesita ser considerado en forma separada.

A. Financiamiento de los servicios

Como una forma de recolectar dinero, las cotizaciones para los seguros de salud tienen numerosas ventajas:

1) Las cotizaciones son fáciles de recaudar desde un punto de vista administrativo, al menos para aquellos que tienen empleadores.
2) Las contribuciones son pagadas con mayor interés que un impuesto, ya que el empleado tiene conciencia de que él o ella obtiene un beneficio personal, identificable, al efectuar el pago —el derecho a aquella atención de salud como está definida en la normativa—. Pero el empleado solamente pagará gustoso por aquello que considere un "buen servicio". Por esta razón, incluso es aceptable que los trabajadores de bajos ingresos, a quienes parecería erróneo imponer un impuesto a la renta, coticen para salud.
3) Las cotizaciones-según-ingreso que se pagan a cambio de un beneficio cuyas características no varían de acuerdo al monto de los ingresos que percibe cada cual son de carácter redistributivo, desde los más ricos hacia los más pobres.
4) La renta imponible para efectos de cotizaciones de salud es predecible en el corto plazo.

Muchos países usan tanto los impuestos generales como las cotizaciones de salud para financiar los servicios, pero coordinan estrechamente ambas instancias. Fuentes múltiples de financiamiento que no están coordinadas entre sí pueden conducir a pérdidas, como en el caso de Estados Unidos.

B. Provisión de los servicios

Como una forma de proveer servicios, los seguros de salud tienen la ventaja de que la institución o instituciones aseguradoras tienen una amplia variedad de opciones para asegurar la disponibilidad de los servicios. El problema es encontrar una forma de combinar calidad, contención de costos y buena atención al usuario. No es necesario usar el método *directo* del trabajador asalariado como proveedor, si es que se concibe alguna alternativa que pueda producir mejores resultados. El asegurador puede establecer con-

tratos sólo con aquellos proveedores que brindan un servicio de calidad a un precio conveniente. Si lo desea, cada persona asegurada puede escoger su proveedor, generando de esta manera competencia para hacer del asegurado un cliente fijo. La competencia en la atención de salud, como en cualquier otro ámbito, hace que aquellos que compiten sean proclives a satisfacer al consumidor proveyéndole un servicio satisfactorio, cordial y accesible, puesto que aquellos que no lo hagan van a perder clientes. Es bueno que el médico gane dinero cuando obtiene un paciente nuevo y que lo pierda, por otro lado, cuando el paciente se va con otro facultativo.

Ciertamente, tales ventajas podrían ser obtenidas mediante un servicio financiado por los impuestos generales, pero en la práctica suelen no serlo. Normalmente, los ministerios de salud eligen los métodos "directos" de provisión de servicios. Ellos son dueños de las instalaciones de salud y contratan a profesionales de la salud bajo el régimen de salario para que trabajen en ellos.

De este modo, aunque los efectos de un sistema no regulado de aseguradores privados en el área de la salud es algo inaceptable en Europa, ello no significa que los proveedores debieran estar protegidos y aislados de las fuerzas del mercado. Sin duda, la tendencia a lo largo de la última década ha sido en dos direcciones que, a primera vista, parecen contradictorias. La primera es aplicar constantemente mayores regulaciones a la oferta. Así, por ejemplo, la proliferación de nuevas camas hospitalarias puede ser controlada, dado que en este campo la oferta tiende a crear la demanda. Se puede establecer una lista restringida de drogas para las cuales se fija el precio por ley. La segunda tendencia es al fortalecimiento o creación de presiones de mercado sobre los proveedores, sean públicos o privados. Ambas son formas distintas que pueden ser usadas paralelamente para asegurar mayor retorno de cada dólar gastado en atención de salud. Los objetivos son, primero, mantener los costos de atención de salud bajo control y, segundo, asegurar un uso más eficiente de los recursos en el mercado de la atención de salud. Las regulaciones apuntan a superar las imperfecciones detectadas en el mercado. Las presiones del mercado o de los mercados internos buscan compensar algunas de las prácticas restrictivas que pueden desarrollarse al interior de los sistemas de atención de salud.

Métodos para asegurar que los proveedores (médicos) sean remunerados

Una pregunta clave se refiere a la forma mediante la cual los proveedores son remunerados. Por limitaciones de espacio, sólo se puede hacer referencia

a una de las partes contratantes, pero probablemente se trata del contratante crucial: el médico. El método directo —de pagarle un salario— tiene evidentes ventajas teóricas. Cuando menos en teoría, los médicos pueden ser asignados a los lugares donde son necesarios, previo entrenamiento para usar los recursos en forma económica y actuar con un sólido criterio preventivo.

En países como Suecia, con una larga tradición en que los médicos son asalariados, el sistema ha funcionado razonablemente bien, aunque es oneroso. Pero incluso Suecia se está desplazando hacia un sistema de mercado competitivo. La tradición del médico asalariado, dedicado y consciente es muy difícil de instaurar. En la mayoría de los países, la provisión directa dista mucho de ser exitosa —al menos en lo que respecta a brindar un servicio aceptable en atención y usar eficientemente los recursos—. En muchos países latinoamericanos, tal como en Europa central y oriental, los médicos llegan tarde y se van temprano; los pacientes se quejan de falta de cortesía, y la motivación de los propios facultativos es, por lo general, muy baja. En algunos países, a los pacientes se les asignan los médicos que los atenderán (ellos no tienen opción); existen largas listas de espera para tratamiento, y los facultativos usan el servicio público para reclutar a los pacientes más pudientes para sus prácticas privadas lícitas o ilícitas luego de las horas de trabajo. Además, el funcionamiento del sistema no es siempre tan económico de operar como debiera si los doctores insisten en atender solamente a un número limitado de pacientes por hora y derivar a una elevada proporción de ellos a especialistas dentro del centro de salud. ¿A qué se debe, por ejemplo, que el tiempo de consulta sea dos a dos veces y media más largo en Colombia que en Alemania o el Reino Unido? Por encima de todo esto existen problemas de "deudas de gratitud", las consideraciones para con la "gente de mayores ingresos" o los "sobres" recibidos de parte de los pacientes decididos a obtener la mejor atención y recursos en lo que es, nominalmente, un sistema de servicios gratuitos. Aquellas prácticas van en desmedro de los pacientes más pobres que carecen de los recursos necesarios para pagar. Debido a la insatisfacción con los servicios médicos asalariados, Costa Rica intentó cambiar el sistema de pago de los médicos de los centros de salud, desde el régimen de salario al de la capitación o cooperativas.[8]

Sin embargo, los servicios de profesionales asalariados funcionan exitosamente, en forma más frecuente, en los hospitales. Se les considera exitosos en Alemania, el Reino Unido y en los hospitales públicos de Francia y otros países de Europa.

[8] Abel-Smith (1989).

Una forma de remunerar a los médicos es simplemente reembolsando a los pacientes por los aranceles de los doctores a quienes ellos les han pagado en forma directa. Cualquier sistema de reembolso tiene también la desventaja que el paciente debe disponer del dinero para pagar los servicios antes de que él pueda recibir la atención y reclamar el reembolso. A la gente más pobre esto le puede resultar difícil y, por lo tanto, vacilará en usar los servicios.

Se puede permitir a los médicos fijar libremente sus aranceles y reembolsar luego al paciente la totalidad o bien una parte de ellos, o bien reembolsarlo sobre la base de aranceles referenciales establecidos por el asegurador. El efecto es obvio. De este modo, los médicos son estimulados a aumentar sus cargos o aranceles y también la cantidad de servicios proporcionados. Esto es exactamente lo contrario de frenar los costos. Esto ha sido parte de la historia de los Estados Unidos. El único sistema nacional de seguro de salud exclusivamente basado en este modelo es el de Filipinas, el que ha logrado resultados predecibles.[9]

Allí donde se utiliza el sistema de reembolsos, un esquema de seguro obligatorio normalmente negocia los aranceles con las asociaciones que representan a los proveedores y espera que todos ellos los cumplan. Frecuentemente existe un conflicto permanente con aquellos proveedores que se niegan a cumplir los contratos negociados por sus asociaciones. Ésta ha sido la experiencia de Francia a lo largo de muchos años.[10] Existió un conflicto similar con los médicos en Canadá, hasta que finalmente se promulgó una ley federal, en virtud de la cual al paciente no se le reembolsaba a menos que el doctor cobre exactamente los aranceles pactados. Naturalmente, los pacientes evitarán cualquier facultativo que, por esa vía, los deje fuera.

Debido a estos problemas, la mayor parte de los aseguradores de salud en regímenes obligatorios pagan a los proveedores aranceles acordados de antemano mediante negociaciones. Estos aranceles no pueden ser sobrepasados. Cualquier cargo que se efectúe adicionalmente sobre los pacientes o copagos forman también parte del contrato.

Este sistema es empleado en países como Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Japón, Corea del Sur, Bélgica, Alemania occidental y Noruega. En muchos de ellos fue adoptado porque los médicos se negaban a participar en un sistema que les pagara sobre cualquier otra base. La ventaja para el médico es que le da flexibilidad para aumentar su ingreso mediante la provisión de servicios adicionales. El pago es por acción de salud. La desventaja

[9] Patag (1983).
[10] Saint-Jours (1982).

es el tiempo requerido para registrar y para luego efectuar la cobranza por cada servicio y lidiar con las preguntas formuladas por el asegurador.

La ventaja para el paciente es que le proporciona completa libertad en la elección del doctor, ya sea médico general o especialista, para cualquier enfermedad o aun durante el curso de una misma. En la práctica, este sistema incentiva a los pacientes a que vayan directamente al especialista, quien puede ordenar muchos más exámenes de diagnóstico que un médico general. Y si el médico tiene acceso a un hospital, el paciente puede ser tratado por el mismo doctor dentro y fuera del hospital. El sistema incentiva al facultativo a brindar un servicio atractivo, oportuno y con buen trato. Adicionalmente, no existen incentivos para proveer menos servicios que los necesarios. Como resultado, la persona asegurada habrá de considerar altas las primas cobradas, a causa de la elevada utilización que ellas fomentan.

Las desventajas para el asegurador son la escalada de costos debido a la creciente utilización y a los gastos administrativos de hacer el seguimiento de las cobranzas. Bajo un sistema de aranceles estándares negociados, la única forma en que un médico puede aumentar su ingreso es proveyendo más servicios —lo cual está en posición de hacer—. Ciertos procedimientos habrán de resultar particularmente rentables para el facultativo por el poco tiempo que involucran y, por lo tanto, esto incentivará su empleo. Por ejemplo, sólo cuando se redujeron los pagos por concepto de exámenes de diagnóstico, estos últimos dejaron de representar un problema en Bélgica. Y en aquellos casos en que el doctor ha comprado un equipo médico particular existen fuertes incentivos financieros para emplearlo, de manera de pagar los costos de capital tan pronto como sea posible. Ese ha sido un problema especial en Alemania occidental. Hoy en día, los costos son contenidos fijando un presupuesto para todos los servicios técnicos provistos por el conjunto de doctores que operan bajo el régimen de seguros de salud institucionales. Si el número de acciones médicas aumenta, los aranceles pagados por cada uno de ellos disminuye proporcionalmente.[11]

Consultas reiteradas al médico pueden conducir a nuevas prescripciones. Existe evidencia de que los doctores que son pagados por acción de salud tienden a prescribir más fármacos que otros. Esta es una de las razones por las cuales Italia introdujo un sistema de pago por capitación para todos los médicos generales. Si es el médico, como ocurre en Japón, quien provee las drogas que prescribe, obteniendo una utilidad por cada una, y particular-

[11] Hurst (1991).

mente si se le paga extra por las inyecciones, hay aun mayores incentivos para sobre prescribir.[12]

La preocupación por la calidad puede surgir en variados contextos. En aquellos lugares en que a los doctores se les paga sobre la base de acciones de salud, como es el caso de las cirugías, existe la posibilidad de que algunas de éstas sean innecesarias. Un estudio muy citado sobre los Estados Unidos mostró que la variabilidad de los aranceles por cirugía entre localidades parecía explicarse por el número de cirujanos en cada una de esas áreas geográficas.[13] Puede ser que los médicos se sientan tentados a realizar procedimientos quirúrgicos respecto de los cuales ellos no tienen experiencia reciente. Los pacientes que acuden a varios doctores durante el curso de una enfermedad y reciben fármacos de cada uno de ellos pueden llegar a consumirlos en una combinación peligrosa.

Para reducir estos problemas, el asegurador necesita monitorear las cobranzas en forma muy estrecha y mantener estadísticas del grado de uso de cada doctor —"perfiles de los doctores"—, con el fin de determinar quiénes cobran excesivamente y en qué. Se pueden aplicar sanciones en contra de aquellos que efectivamente lo hacen. Esas cobranzas pueden ser investigadas cuando los procedimientos parecen inconsistentes con el diagnóstico, en los casos en que ello sea apreciable. Aún más, siempre existe la posibilidad de fraude, tanto de parte de los pacientes (cambiar las prescripciones de drogas por cosméticos en las farmacias) o de parte de los doctores (coludirse con un laboratorio para compartir las utilidades de los exámenes de patologías que nunca fueron efectuados). Una forma alternativa de limitar la sobreutilización es exigir aprobación previa para admisión en los hospitales o en el caso de cirugías. Todo esto hace que aquellos sistemas sean caros de administrar. Es más, mientras el pago por acción de salud parece a primera vista interferir menos con la libertad clínica del doctor, puede terminar haciéndolo mucho más caro que bajo cualquier otro régimen de pago.

Otra forma de mantener los costos bajo control es hacer que el paciente pague una parte de ellos. En Corea del Sur, las visitas al médico aumentaron desde 4,8 por persona al año en 1980 a 7,4 en 1985, lo que sólo se contuvo luego que los co-pagos fueron más que duplicados. Pero a esas alturas se le exigía al paciente que pagara el 65% del costo de la consulta médica.[14] Esta medida redujo considerablemente el valor del seguro, lo cual había sido la intención original.

---

[12] Powell (1990).
[13] McPherson (1981).
[14] Kim (1987).

Debido a estos problemas, los pagos por capitación están siendo empleados crecientemente en Europa. Irlanda, Finlandia e Italia se han desplazado hacia los pagos por capitación, uniéndose a los Países Bajos y al Reino Unido. Existen planes para emplearlos también en Chipre. La capitación también se está usando en Indonesia y Tailandia y se planea hacerlo en Nigeria. Bajo este sistema, al doctor se le paga una suma negociada por mes por cada persona que elija libremente registrarse con él para obtener atención primaria, independientemente de que la persona emplee el servicio o no. Así, el paciente puede visitar solamente al doctor seleccionado hasta que el asegurador sea informado de un cambio hacia otro médico. El acceso a los especialistas está restringido a casos que son referidos por el médico general (*general practitioner*), excepto en el caso de emergencias, y esto contribuye a mantener los costos bajos. En la mayoría de los sistemas, el doctor tiene la responsabilidad por los pacientes registrados durante las 24 horas del día en los 7 días de la semana, aunque un asistente puede ser designado por el doctor para algunas noches y los fines de semana. El médico no está autorizado para cobrarle en forma particular a un paciente registrado en su lista. De este modo, se logra una continuidad importante en la atención.

La ventaja para el paciente, en comparación con emplear a un doctor asalariado en un centro de salud, está en que dispone de su propio médico personal, que él mismo ha elegido (dentro de los límites impuestos por el tamaño de la lista de doctores). El médico tiene la responsabilidad permanente por la atención ambulatoria del paciente. Cuando éste debe ser hospitalizado, el médico general recibe un informe del establecimiento con recomendaciones para el cuidado posterior del paciente. La desventaja es que no puede consultar directamente a un especialista y que es otro doctor quien se hace cargo de su atención en el caso de ser derivado al hospital. El médico general puede tener instalaciones pobremente equipadas y amobladas, ya que en un sistema de capitación puro el doctor debe pagar por el mantenimiento de sus instalaciones con los recursos obtenidos del pago por capitación.

La ventaja para el doctor radica en que él es su propio jefe y puede realizar su práctica conforme a sus costumbres. El único trabajo administrativo, aparte del mantenimiento de las fichas clínicas de sus pacientes, es el informe de aumentos y disminuciones de su lista de pacientes. La única limitante a su libertad clínica es que su forma de prescribir puede ser monitoreada por el asegurador. Si él pertenece a una asociación de médicos, ésta ha sido su decisión, y él ha elegido con cuáles colegas trabajar, cuál será su personal de apoyo y cuánto se le pagará. Por otra parte, la desventaja para el doctor es que él puede alcanzar el máximo permitido de pacientes alrede-

dor de sus treinta años, y entonces, a diferencia de otros profesionales, su ingreso no podrá aumentar, excepto a través del proceso de negociación que afecta al conjunto de los médicos. Aún más, el médico que desee combinar la práctica general con trabajo en los hospitales encontrará dificultades para hacerlo.

La ventaja para el asegurador está en que el arancel es predecible, aun cuando el costo de las prescripciones médicas no lo sea, en caso de que se paguen en forma separada. Adicionalmente, la cancelación por capitación crea algún incentivo para que los doctores se distribuyan homogéneamente en relación a la población. También hay un incentivo para que los médicos adopten un enfoque preventivo cuando piensan que de este modo ahorrarán tiempo en el largo plazo. La probabilidad de que el sistema logre conformar a médicos y pacientes es alta, ya que un paciente insatisfecho puede cambiar de doctor. Los costos administrativos son bajos, en la medida en que lo único que se requiere es mantener registros de a qué médico debe pagársele y por cuáles pacientes y establecer un procedimiento para manejar los reclamos o para sancionar a los doctores que no cumplen con la regla elemental de que los médicos no pueden atender, en un régimen de pago privado, a sus propios pacientes adscritos. Puede haber preocupación por aquellos doctores que tengan instalaciones muy pobres o por el sobreabuso de ayudantes o derivaciones excesivas hacia los especialistas. Pero la evidencia de los países donde el sistema de capitación es empleado muestra que esto último no constituye un problema mayor.

Un sistema puro de capitación puede ser modificado de modo de considerar problemas especiales. Por ejemplo, se pueden cancelar pagos por capitación más elevados en el caso de los pacientes ancianos; se pueden hacer asignaciones adicionales por antigüedad, por trabajar en áreas remotas y por seguir cursos de educación continua. Los pagos por arriendo de instalaciones pueden ser reembolsados al médico con el fin de incentivar instalaciones más espaciosas, las cuales pueden quedar sujetas a inspección. Pueden pagarse bonos o aranceles adicionales por servicios en el área de la prevención, como se hace en el Reino Unido, o por cada consulta de los pacientes, como en Dinamarca. Se puede hacer que el doctor adquiera los remedios para sus pacientes financiados con los pagos por capitación, como en Bali, o como está comenzando a aplicarse en Nigeria.

Cada régimen de pago a los doctores tiene desventajas potenciales. Se han descubierto vías, sin embargo, para superar las peores desventajas de prácticamente todos los sistemas; pero algunos están condenados a incrementar los costos y, por lo tanto, es poco sabio que un país en desarrollo los adopte.

Conclusión

La competitividad entre proveedores, sumada a la elección por parte del consumidor, puede contribuir en buena medida a la eficiencia del sistema y a la plena satisfacción del consumidor. Los métodos para controlar la oferta y asegurar una distribución equitativa de los recursos disponibles para salud y las formas de pago a los proveedores son fundamentales en la consecución de los objetivos de equidad y contención de costos. Al elegir entre distintas formas para pagar a los proveedores, el costo administrativo de los distintos sistemas no debe ser mirado en menos. El objetivo no es minimizar aquellos costos, pero al menos asegurar que ellos estén balanceados con las ganancias en eficiencia que pueden ser generadas mediante su introducción. Todo esto puede ser logrado sin sacrificar el principio esencial de "los seguros nacionales de salud": el mismo derecho de atención de salud para todos los ciudadanos.

Con esto se sugiere que, por razones de equidad, es necesario que haya un sistema central de financiamiento, y que, a la vez, exista competitividad entre los proveedores privados y públicos. ¿Debiera haber un solo asegurador monopólico o varios aseguradores competitivos dentro de este sistema, tal como se propone para los Países Bajos? Un asegurador monopólico puede tornarse remolón e inoperante frente a la demanda de eficiencia. Por otro lado, múltiples aseguradores generan elevados costos adicionales en promoción de ventas. ¿Compensarán ellos la ganancia en eficiencia? No hay, hasta aquí, experiencia alguna sobre la cual apoyarse; el único caso que se puede citar es el de Estados Unidos, que dista mucho de ser ejemplar. Muchos países han elegido un asegurador monopólico, porque los proveedores, a su vez, tienden a actuar en conjunto como un monopsonio. Así como la situación presente debe jugar un papel importante en el diseño de cualquier plan de reforma, también las consecuencias de largo plazo de las acciones emprendidas deben necesariamente ser consideradas.

Referencias bibliográficas

Abel-Smith, B. *The Hospitals 1800-1948*. Heinemann, 1984.

_____ y Creese A. *Recurrent Costs in the Health Sector*. WHO, 1989, pp. 129-161.

_____, "The Rise and Decline of the Early HMOs." *Milbank Quarterly*. Vol. 66, N° 4, 1989.

_____ *et al. Health Insurance in Developing Countries*. ILO, 1990.

Barr, N. *The Economics of the Welfare State.* Weidenfeld y Nicholson 1987, pp. 293-362.

Borgenhammer, E. "Health Services in Sweden." Raffel MW. (comp.) *Comparative Health Systems.* Pennsylvania State University Press, 1984.

Cichon, M. "Health Sector Reforms in Central and Eastern Europe: Paradigm Reversed." *International Labour Review* Vol. 130, N° 3, pp. 311-327.

Hogarth, J. *The Payment of the General Practitioner.* Pergamon, 1963.

Hurst, J. W. "Reforming Health Care in Seven European Nations." *Health Affairs.* (otoño 1991), pp. 7-21.

Kaser, M. *Health Care in the Soviet Union and Eastern Europe.* Croom Helm, 1976.

Kim, Y. K. "Health Care Financing in Korea." *Seminario en torno al financiamiento de la salud.* Asian Development Bank, Manila, 1987.

Luft, H. S. "Translating U.S. HMO experience to other health systems." *Health Affairs* (otoño 1991), pp. 172-189.

McPherson, K. *et al.* "Regional Variations in the Use of Common Surgical Procedures." *Social Science and Medicine*, (1981), pp. 273-288.

Ministero della Sanita, *Towards the National Health Service of Italy.* 1979.

Patag, F. "Medical Care System in the Philippines." ISSA/ASIA/RT SEO 1983.

Powell, M. y Anesaki, M. *Health Care in Japan.* Routledge, 1990.

Saint-Jours, Y. Francia. Kohler P. A. y Zacher K. F. (comp.) *The Evolution of Social Insurance 1881-1981.* Francis Pinter, 1982.

Sooderstrom, L. *The Canadian Health System.* Croom Helm, 1978.

Zollner, D. Alemania. Kohler P. A. y Zacher K. F. (comp.) *The Evolution of Social Insurance 1881-1981.* Francis Pinter, 1982.

CAPÍTULO TRES

Proyecciones y propuestas

RAFAEL CAVIEDES D.

Subsidios a la demanda en salud

Una alternativa viable*

Introducción

Hace más de ocho años se discute como solución a la crisis del sector salud la necesidad de dar un impulso al sistema privado mediante la aplicación de un subsidio destinado a las personas de bajas rentas, que les permitiere optar por una institución de salud previsional. Ello provocaría un aumento de la velocidad del traspaso de los beneficiarios desde el sector público al privado, lo que permitiría disminuir el tamaño del sector gubernamental y focalizar los recursos estatales a las personas más necesitadas o de extrema ruralidad.

No obstante, se ha optado por fortalecer considerablemente los presupuestos de los servicios públicos de salud. Más recursos para inversiones y notables aumentos de dotación de personal han constituido la política habitual del último tiempo. A pesar de ello, a mediados de 1994, el Ministerio de

Rafael Caviedes D.. Master en Economía y Dirección de Empresas de la Universidad de Navarra, España. Ha sido Gerente General de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios S.A.; Director de la Central de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud; Director del Fondo Nacional de Salud (FONASA); consultor Ministerio de Salud en Colombia (Programa de Consolidación PNUD) y asesor de varias instituciones privadas. Actualmente se desempeña como Gerente General de Isapre MasVida S.A. y profesor de la Facultad de Economía de la Universidad de Concepción.

* Publicado anteriormente en *Estudios Públicos*, 54, (otoño 1994), Centro de Estudios Públicos.

Salud debió dejar en evidencia la dramática situación que vive el sector estatal: un presupuesto que ha crecido enormemente en los últimos cinco años y una desmedida y creciente baja de la productividad. Así, la tasa de productividad media de intervenciones quirúrgicas respecto de las horas médicas contratadas en los establecimientos estatales cayó en más de 45 % en el período de 1988 a 1992. Esto significa que si se hubiese mantenido el mismo nivel de producción de 1989 se habrían efectuado 709.295 intervenciones más que las 851.105 que se realizaron durante 1993. En relación a los egresos hospitalarios dicha tasa decreció en 34,2%. Respecto de las atenciones médicas versus las horas médicas contratadas, el índice bajó 35 % entre 1989 y 1993. Cabe destacar, a modo de ejemplo, que las horas médicas semanales contratadas en el SNSS aumentaron de 200.690 en 1989 a 306.562 en 1993.

Dentro de este contexto se ha planteado la controversia respecto de cuál es el medio más idóneo para proceder a la asignación de los recursos que el Estado destina para la atención de salud de la población; dicho de otro modo, si los recursos estatales —denominados precisamente "subsidio"— se dirigen a la "oferta", esto es, a los Servicios de Salud, o bien a la "demanda", es decir, a las personas o individuos que requieran la protección de un sistema salud.

Por subsidio a la *oferta* entendereinos —en forma convencional— la transferencia directa de recursos fiscales al Sistema Nacional de Servicios de Salud, tal como se realiza en la actualidad, y por subsidio a la *demanda*, la transferencia de un cierto monto per cápita a los beneficiarios, para que éstos elijan la entidad —pública o privada— que les resulte más apropiada según sus preferencias personales. En el transcurso del trabajo se analizarán estas alternativas con las variantes correspondientes.

El trabajo presenta un modelo de pago per cápita o de subsidio a la demanda. El objetivo de dicho subsidio —en una primera etapa— sería traspasar a todos los *cotizantes dependientes*, actualmente beneficiarios del Régimen de Salud Estatal, a las Instituciones de Salud Previsional. En forma previa se describen referencialmente otros dos sistemas de pago per cápita y se desarrollan algunos fundamentos teóricos que es necesario comprender antes de abordar las propuestas. Ellos son los conceptos de salud y medicina, de justicia y equidad, los fundamentos jurídicos y un análisis de la aplicación del subsidio de salud a la "oferta" como se ha hecho tradicionalmente en Chile.

Antes de entrar a analizar las materias señaladas, conviene puntualizar algunos aspectos generales sobre lo que se ha denominado *subsidio a la demanda:*

— En primer lugar, el subsidio a la demanda no es sinónimo de *privatización*, sino que sólo representa una forma distinta, por cierto más eficiente,[1] para asignar los recursos. La mayor o menor participación del Estado y de los entes privados en la gestión de la salud está dada por otras consideraciones que no tienen relación alguna con la forma como que se asigna el presupuesto. Así, por ejemplo, si suponemos que el Estado paga cierto monto per cápita a una determinada institución gubernamental o municipal previamente elegida en forma soberana por sus adherentes, tendríamos una propuesta para *subsidiar la demanda*, pero ello no conlleva necesariamente la privatización de dichos servicios. Otro modelo, más ortodoxo, consiste en la asignación de una subvención a las personas para que éstas se afilien a una Institución de Salud Previsional, lo que sí representa una cierta forma de privatización en la administración de los recursos para salud, no obstante que el otorgamiento de las prestaciones, especialmente la Atención Cerrada pudiera ser dada —principalmente, por razones de disponibilidad de infraestructura privada— en los hospitales públicos, a través de la celebración de convenios con las Isapres.

— En segundo lugar, cabe indicar que en Chile existe consenso en cuanto a la aplicación de la economía social de mercado como herramienta para lograr un desarrollo sostenido, no obstante lo cual algunos sectores, por cuestiones ideológicas más que técnicas, temen incrementar la participación de los entes privados en la gestión de los sistemas de salud. Sin embargo, es responsabilidad de todos, especialmente de los legisladores, buscar una solución pragmática a la crisis del sector salud, en la que se tenga en consideración la realidad económica de la nación, la soberanía del consumidor, la eficiencia en la producción, la equidad,[2] la iniciativa privada y los mecanismos del mercado como catalizadores de la actividad económica. En efecto, estos principios aplicados a los sistemas de seguridad social —especialmente en el sector salud— han sido tradicionalmente confundidos con una falsa concepción de la solidaridad y una más equivocada comprensión de la justicia y de la equidad, valores que algunos pretenden lograr mediante sistemas colectivistas que hoy han demostrado su fracaso.

---

[1] En general, la experiencia demuestra que los subsidios a la demanda contribuyen a incrementar la eficiencia en el plano microeconómico. Véase "Los Sistemas de Seguros de Salud". TASC N° 15 Ilades/Georgetown, febrero 1991.

[2] Organización Panamericana de la Salud, "Plan of accion for the implementation of Regional Strategies", 1982.

— En tercer lugar, nuestro país está en un período de clara transición entre el correspondiente al de una nación en vías de desarrollo y el desarrollo propiamente tal, y el sector salud no está ajeno a esta realidad. Por ello, la situación no es fácil de abordar ya que se debe actuar en dos frentes: el del subdesarrollo, con las políticas estatales adecuadas a ese sector, y el del país moderno, con una complejidad y sofisticación crecientes[3] y una demanda de servicios hospitalarios y médicos cada vez de mejor calidad que el Estado no está en condiciones de proporcionar.
— En cuarto lugar, nadie pone en duda el rol del Estado en el campo de la prevención, fomento y protección de la salud, puesto que desde el punto de vista económico dichas acciones presentan externalidades positivas para el conjunto de la población. Del mismo modo, existe consenso respecto del rol fiscalizador y normativo, así como de supervisión y evaluación que le compete al Estado.
— Sin embargo, no hace muchos años, pocos se hubiesen atrevido a pensar en una alternativa distinta al ex Servicio Nacional de Salud (SNS) para proporcionar las acciones de salud que la población requiere. Hoy la labor productiva del "Estado-productor" está siendo reemplazada por entidades privadas, las que han demostrado que la iniciativa individual propende a la excelencia en el servicio, tanto por la competencia propia del libre mercado como por los incentivos económicos que se generan.
— El sistema de subsidios a la demanda en salud proporciona una respuesta a las consideraciones anteriores. En este sentido, no se puede ignorar la importante experiencia de un subsistema de salud previsional privado, que cuenta con tres millones de beneficiarios. En efecto, las Isapres en Chile pueden servir como instrumento —por cierto perfectible y no único— para aplicar el subsidio a la demanda.
— En el resto de Latinoamérica la realidad de las instituciones de medicina prepaga superó la legislación del sector salud, quedando los médicos, prestadores y beneficiarios amparados sólo por el derecho común. En Chile esta situación fue prevista[4] con antelación, puesto que de lo contrario, al igual que en otro países, se hubiesen desarrollado anárquicamente numerosas empresas de prepago o de seguros de salud, sin normativa ni supervisión del Ministerio de Salud. Por ello, diversas naciones están adhiriendo a la idea del pago per cápita o subsidio a la

[3] Dr. Juan Giaconi G. Discurso Inauguración II Congreso de Coyuntura de Salud. 1987.

[4] El año 1981 mediante el Decreto con Fuerza de Ley N° 3 se crearon las Isapres. Dicho texto fue reemplazado el año 1990 por la ley 18.933 que además creó la Superintendencia de Isapres.

demanda como un subsistema de salud previsional. Colombia, por ejemplo, estudia la aplicación de sistemas de prepago (públicos o privados) de afiliación masiva, subsidiados por el Estado, como una solución para lograr una cobertura suficiente a la enorme cantidad de trabajadores informales y de estudiantes pobres. En Perú y Argentina miran con gran interés el sistema Isapre chileno.

Salud y medicina

Se ha señalado que ninguna institución puede prometer o asegurar la salud de las personas, puesto que ésta es una decisión personal en la que intervienen creencias, expectativas, condiciones macroeconómicas, saneamiento ambiental, sistemas de administración, técnica médica, educación, cultura y el azar. Vale decir, es un proceso constituido por múltiples factores y no algo que puede ser ofrecido como producto.[5]

Bajo esta perspectiva tan acertada, queda claro que tanto los sistemas de administración o financiamiento de la medicina, sean éstos privados o estatales, sólo constituyen un medio, tal como lo es la ciencia médica, que provee los recursos para que las personas —y, en ultima instancia, la sociedad— construyan su salud.

Por tal razón, no se puede sostener que los sistemas de salud públicos o privados, o cualquier otro modelo que el lector imagine, sean por sí solos suficientes para dar satisfacción a las necesidades de salud de los individuos. Sin embargo, sí se puede aseverar que algunos sistemas —tanto desde el punto de vista socio-económico como en el plano de las libertades individuales— son más eficientes que otros para actuar como herramienta apropiada para que las personas construyan su salud. Aún así, la ponderación final de los distintos factores que la conforman no los pueden definir los burócratas, los economistas, ni siquiera los expertos en salud pública, sino las personas comunes. Son ellas las que en definitiva van a construir su salud, lo que coincide plenamente con aquel postulado de Vilfredo Pareto, según el cual los individuos son los mejores jueces de su propio bienestar.

Innumerables ejemplos revelan que las personas priorizan los elementos que componen su salud, según sus propias preferencias personales, lo que explica que las acciones relacionadas con ésta puedan ser postergadas por otras opciones. En efecto, aún en casos de extrema gravedad, los indivi-

[5] Véase Fernando Lolas "Salud y Medicina", *El Mercurio*, nov. 1992.

duos están dispuestos a gastar sólo hasta cierto monto de sus recursos para financiar el correspondiente tratamiento médico.

De acuerdo a la teoría económica, las personas comparan y evalúan permanentemente los beneficios y los costos marginales implícitos en una determinada acción que puede afectar su salud (por ejemplo fumar o no hacerse nunca un examen preventivo de papanicolau), con otras alternativas de consumo (o ahorro) que se les presentan. En otras palabras, los consumidores asignan sus recursos escasos de tal forma que maximizan los beneficios que por ellos obtienen y casi nunca la salud ocupa el primer lugar.[6] Por el contrario, para los salubristas la salud es una cuestión primordial en el individuo y prioritaria sobre cualquier otra necesidad.

Justicia y equidad

Usualmente escuchamos hablar de justicia y equidad entre las personas que se preocupan de la salud pública como un requisito que deben cumplir los sistemas de seguridad social; por eso nos parece necesario describir el correcto sentido y alcance de estos términos, los que en la mayoría de los casos son empleados erróneamente como sinónimo de igualdad.

Así, de un determinado comportamiento humano se dice que es justo o injusto, y se llama justo al hombre que practica con frecuencia aquel comportamiento,[7] pero también se califica de justo o injusto a una ley, una norma o un sistema económico. Ahora bien, en la medida que la justicia está referida a una creación humana, una norma, una estructura social, constituye un "valor social".

En este aspecto, es decir la justicia en cuanto valor social, ha estado siempre vinculada con el principio básico, cual es *dar a cada uno lo suyo.* Pero ese principio, que parece tan simple de enunciar, supone el cumplimiento de al menos tres requisitos para que se conforme la idea de justicia, cuales son la *proporcionalidad,* la *igualdad* y la *alteridad.*

Conjuntamente con lo anterior se presenta el problema de dilucidar la relación existente entre justicia y equidad. Para Aristóteles lo equitativo no es por esencia algo distinto de lo justo sino una misma cosa con ella. La equidad es, en palabras simples, la justicia del caso concreto.

Ahora bien, todo ideal de justicia implica en primer término una cierta proporcionalidad entre los hechos y las consecuencias, entre lo que se da y

[6] Feldstein, Paul J., *Health Care Economics*, (Wiley, John and Sons).

[7] Luis Legaz y Lacambra, *Filosofía del Derecho*, Editorial Bosh, Barcelona.

lo que se recibe, entre lo que se exige y lo que se presta. Por otra parte, la proporcionalidad implica a su vez igualdad en la regulación: no sólo debe haber proporción en el interior de cada caso sino entre los distintos casos que se regulan. Por último, la justicia implica alteridad, esto es la justicia es una virtud que supone un sujeto respecto de otro.

Corresponde preguntarse si son aplicables estos principios a un sistema que permite acceder a diferentes beneficios según los aportes que realicen los individuos. ¿Cumple el legislador o el gobernante con estos principios rectores al optar por ese camino?

La respuesta es, sin duda, afirmativa. En efecto, se cumple en primer término con el principio más importante que conforma la idea de justicia, cual es la *proporcionalidad*, en cuanto existe un equiparidad entre lo que se da y lo que se recibe, entre el aporte que se efectúa y los beneficios que se obtienen. Diferente es lo que sucede al aplicarse un sistema de subsidio a la oferta en que esta proporcionalidad está ausente, toda vez que, cualquiera sea el aporte que realice un individuo, obtendrá iguales beneficios.

También está presente la idea de *igualdad*. En efecto, ésta se ve reflejada al existir dentro del sistema la debida proporcionalidad entre los casos que implican situaciones semejantes. Dicho de otro modo, las personas que aportan cotizaciones semejantes obtienen beneficios similares.

Por último, la *alteridad* tampoco está ausente si se piensa que éste es un sistema en el que participa una multiplicidad de individuos relacionados entre sí, Además, la aplicación del sistema produce un efecto directo sobre las personas más pobres en la medida que el descongestionamiento del aparato estatal redundará en una mejor atención para dichas personas.

Estrechamente relacionada con lo anterior se encuentra aquella cuestión relativa al principio de subsidiariedad que le corresponde al Estado. A este respecto, la encíclica *Centesimus annus* hace hincapié en su cumplimiento y respeto al señalar:

> *Al intervenir directamente y quitar responsabilidad a la sociedad, el Estado asistencial provoca la pérdida de energías humanas y el aumento exagerado de los aparatos públicos, dominados por lógicas burocráticas más que por la preocupación de servir a los usuarios, con enorme crecimiento del gasto.*

Es precisamente en este aspecto donde el modelo propuesto cobra especial trascendencia ya que en su aplicación el Estado ejercerá aquella funciones de suplencia que le son inherentes y que no puede abandonar, permitiendo, por otra parte, el desarrollo de la iniciativa privada, cumpliendo en consecuencia con los principios de justicia y equidad.

Derecho constitucional

Desde los inicios de nuestra vida independiente, la preocupación por la salud de los habitantes ha estado siempre presente en los gobiernos que se han sucedido y ello se ha visto reflejado en las diferentes Cartas Fundamentales que nos han regido desde 1818 hasta la actualmente vigente desde 1980.

En efecto, en el artículo 10 N° 14 de la antigua Constitución Política del Estado de 1925, —en el párrafo cuarto de ese número— se contempla el deber del Estado de velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país, disponiendo, además, la necesidad de destinar el dinero suficiente a la mantención de un Servicio Nacional del Salubridad.

Esta disposición formaba parte del derecho constitucional genérico, referido a la protección del trabajo, la industria y las obras de previsión social.

Con la dictación del Decreto Ley N° 1.552, de 1976, que aprueba el Acta Constitucional N° 3, acerca de los derechos y deberes constitucionales, queda claramente en evidencia, la diferencia entre el derecho a la salud, al trabajo y a la seguridad social, contemplados en los N° 19, 20 y 21 respectivamente, todos de su artículo N° 1. En consecuencia, el artículo N° 1 en su N° 19, aseguró a todas las personas el derecho a la salud, aumentando la responsabilidad del Estado en todo lo relativo al bienestar higiénico, al punto de que éste debe garantizar el libre e igualitario acceso de los habitantes a las acciones que constituyen la salud integral, esto es, las de promoción, protección recuperación y rehabilitación; coordinando y controlando la ejecución de las mismas, y agregando su deber preferente para ejecutarlas, sin menoscabo de las iniciativas particulares que pudieran desarrollarse en estas materias dentro de los márgenes fijados por la ley.

La Constitución de 1980 reitera en gran medida —en su artículo 19° N° 9— los principios ya comentados del Acta Constitucional, pero sin embargo se incorporan algunos conceptos nuevos que son de vital importancia para el tema que estamos analizando.

Es así que se garantiza el derecho a la protección de la salud, se protege el libre e igualitario acceso a las acciones de salud, las cuales el Estado coordina y controla, pero, a diferencia de la norma contemplada en el Acta Constitucional, lo que el Estado asegura es que tales acciones se ejecuten, pero no necesariamente a través de sus propias instituciones públicas, sino que también por instituciones privadas en la forma y condiciones que disponga la ley, la que podrá fijar cotizaciones obligatorias.

En forma correlativa a esta oferta de salud pública o privada, el párrafo

final de este N° 9 señala que las personas podrán elegir el sistema, estatal o privado, en el que deseen hacer efectivo su derecho a la protección de la salud.

Dentro de este contexto de disposiciones constitucionales se dicta el 27 de abril de 1981 el Decreto con Fuerza de Ley N° 3 del Ministerio de Salud, que fija las normas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud por las Instituciones de Salud Previsional, regulando además su constitución y funcionamiento.

El sistema privado de salud, conformado por las Instituciones de Salud Previsional, ha contribuido a posibilitar el cabal ejercicio de la garantía constitucional antes reseñada, en aquel aspecto referido a la posibilidad de opción que cada individuo tiene para elegir su sistema de salud. En efecto, se ha abierto una posibilidad o camino inexistente antes de su creación; así, con anterioridad todo trabajador estaba compelido a entregar su cotización legal para salud a una entidad de naturaleza estatal.

No obstante lo señalado, hay un gran número de personas que se ven impedidas de ejercer adecuadamente esta garantía constitucional, toda vez que está restringida en la práctica su posibilidad de elección, circunscribiendo su demanda de atenciones médicas al sistema estatal de Servicios de Salud; el derecho a la protección de la salud sólo es posible efectuarlo a través de los servicios estatales. El subsidio a la demanda, es decir, la transferencia de recursos del Estado directamente a las personas que solicitan atención en salud, y no a los entes prestadores de los servicios médicos, haría posible que una gran parte de la población pudiera ejercitar adecuadamente la garantía que la Constitución de 1980 ha establecido, de tal manera que el mecanismo de transferencia de recursos que se va analizar en el presente trabajo se encuentra legitimado y amparado constitucionalmente, en la medida que tiende precisamente a hacer efectiva una garantía constitucional.

¿Qué es un subsidio?

De acuerdo a las definiciones clásicas, los subsidios a las personas buscan transferir recursos para que éstas accedan a ciertos bienes o servicios que la sociedad estima necesarios y que por sus propios medios no pueden alcanzar.

El subsidio se puede aplicar a la oferta o a la demanda. Así, la subvención puede incrementar los ingresos del receptor para que éste financie la adquisición de algún bien, o para que éste reciba ciertos bienes a un valor inferior al precio de mercado.

El subsidio a la *demanda* consiste en que el consumidor recibe un aporte para cierto uso específico (en este caso para pagar su sistema de salud) y éste decide —soberanamente— a qué institución elegirá para adquirir a precio real el producto o servicio requerido (un plan de salud), de tal forma que la persona subsidiada es la que posee el poder de negociación con el proveedor para exigir la mejor calidad en el servicio recibido.

Por otra parte, el subsidio a la *oferta* está dirigido al productor del bien —no al demandante—, de tal forma que el producto que se ofrece pueda ser vendido a un precio inferior al del real de mercado, indistintamente de quien demande dicho producto o servicio. Este es el caso de la salud pública en la cual el financiamiento se les entrega a los productores de salud (Servicios de Salud y hospitales) y no a los consumidores (beneficiarios), los que en consecuencia carecen de todo poder de negociación con el proveedor de los servicios (Estado).

En términos teóricos, los subsidios deben cumplir ciertas características básicas para que desde el punto de vista social, sean eficientes:[8]

a) *transitorios,* esto es, deben otorgarse exclusivamente mientras dura la condición que dio origen al subsidio.
b) *focalizados,* es decir, deben ser canalizados directamente a las personas calificadas e identificadas como receptoras de subsidios, para evitar que otras personas usufructúen indebidamente del beneficio.[9]
c) *eficientes*, lo que supone que el bienestar percibido por el receptor debe ser mayor que la pérdida de bienestar para el contribuyente. En consecuencia, deben ser progresivos y los mecanismos de administración del subsidio, económicos.
d) *económicamente factibles*, es decir, deben estar en relación a los recursos limitados que dispone la nación. El financiamiento del subsidio no puede afectar el desarrollo de un país, gravándolo, por ejemplo, con impuestos que limiten su crecimiento económico.
e) *directos*, o sea deben financiarse con impuestos generales de la nación y no mediante la transferencia de beneficios homogéneos de los más ricos a los más pobres, al interior del sistema. En los subsidios cruzados,

[8] Ernesto Miranda *op. cit.*

[9] Un ejemplo clásico de subsidio mal focalizado es el de la salud estatal. "En este sentido, el subsidio a la oferta no permite un control adecuado, ya que la mayoría de los establecimientos de salud (hospitales públicos) atiende a una población heterogénea en cuanto a ingresos". "Los Sistemas de Seguros de Salud", TASC N° 15 Ilades/Georgetown, febrero 1991.

la redistribución es parcial y sólo opera entre los que son partícipes del sistema y no en toda la sociedad. Además, se producen fuertes desincentivos que inducen a los más ricos a abandonar el sistema o evadir el pago de las cotizaciones.[10] Conviene señalar en este punto que precisamente esta circunstancia o característica hace inaplicable la proposición de subsidiar la salud estatal con recursos del sistema Isapre como lo han indicado insistentemente personas que desconocen las implicancias económicas del tema.

I. TRANSFERENCIAS FISCALES A LOS SERVICIOS ESTATALES

Subsidio a la oferta en salud

La tendencia natural de quienes trabajan en salud ha sido subsidiar la oferta, esto debido a que los salubristas al momento de planificar, y sustentados en la brecha de información existente entre los médicos y la población, subordinan el concepto de "demanda" al de "necesidad". Por "necesidad" en salud se entiende aquello que los burócratas y técnicos piensan que la población requiere o, en términos individuales, lo que el médico piensa que el paciente necesita. En cambio "demanda" es lo que la población efectivamente quiere y está dispuesta a pagar por ello. Como las "necesidades" que pretende satisfacer el Estado, no coinciden con la "demanda" —generalmente variable— la oferta de servicios estatales siempre será insatisfactoria o deficiente.[11]

Chile no ha estado ajeno a esta tendencia. Efectivamente, el Fisco financia la medicina preventiva, la medicina curativa en las modalidades de Libre Elección y Atención Institucional y ciertas acciones de salud, como las campañas de vacunación, el programa nacional de alimentación complementaria (PNAC), y las propias labores normativas y de fiscalización, entre otras, a través de un sistema de transferencias de los recursos fiscales que subsidian a la oferta.

---

[10] En los sistemas previsionales de reparto, por ejemplo, Modalidad de Libre Elección y Atención Institucional, los más ricos tratan de cotizar el mínimo, toda vez que independientemente del monto de su cotización, los beneficios que obtienen son los mismos para todo el universo y, así, de contribuyentes pasar a ser receptores de beneficios. Se argumenta que la solidaridad y equidad deben provenir de estas transferencias, no obstante que economistas de todas las tendencias coinciden en la perversidad de los subsidios cruzados.

[11] Philip Musgrove, "Reflexiones sobre la demanda en salud", *Cuadernos de Economía*, 66, Universidad Católica de Chile, 1985.

El Fondo Nacional de Salud, ente financiero del sistema, proporciona la mayor parte de los recursos a los Servicios de Salud, vale decir subvenciona el otorgamiento de prestaciones de salud a través de los establecimientos públicos. Ello se efectúa básicamente siguiendo dos procedimientos: a) en el caso de las remuneraciones del sector, mediante la entrega de dineros según el presupuesto asignado históricamente de acuerdo a las plantas de personal fijadas por ley, y b) los bienes y servicios de consumo, por medio de la Facturación por Atención Prestada (FAP o FAPEM).[12] Asimismo, se aplican al FAP y FAPEM[13] ciertos premios e incentivos para fomentar acciones de salud específicas. Además, Fonasa efectúa las transferencias para inversiones, ya sea para mantención o para nuevas instalaciones o equipamiento.

Aplicación del subsidio estatal

Del total de los ingresos de Fonasa del año 1994, ascendentes a US$ 1.082 millones (1US$=$ 420), el 50,35% (US$ 544,8 millones) de dicho ingreso está constituido por subsidios que provienen de los Aportes Fiscales Directos (impuestos) y sólo un 39,6 % (US$ 431,28 millones) corresponde a las cotizaciones previsionales aportadas por los beneficiarios del sistema. (Gráfico 1).

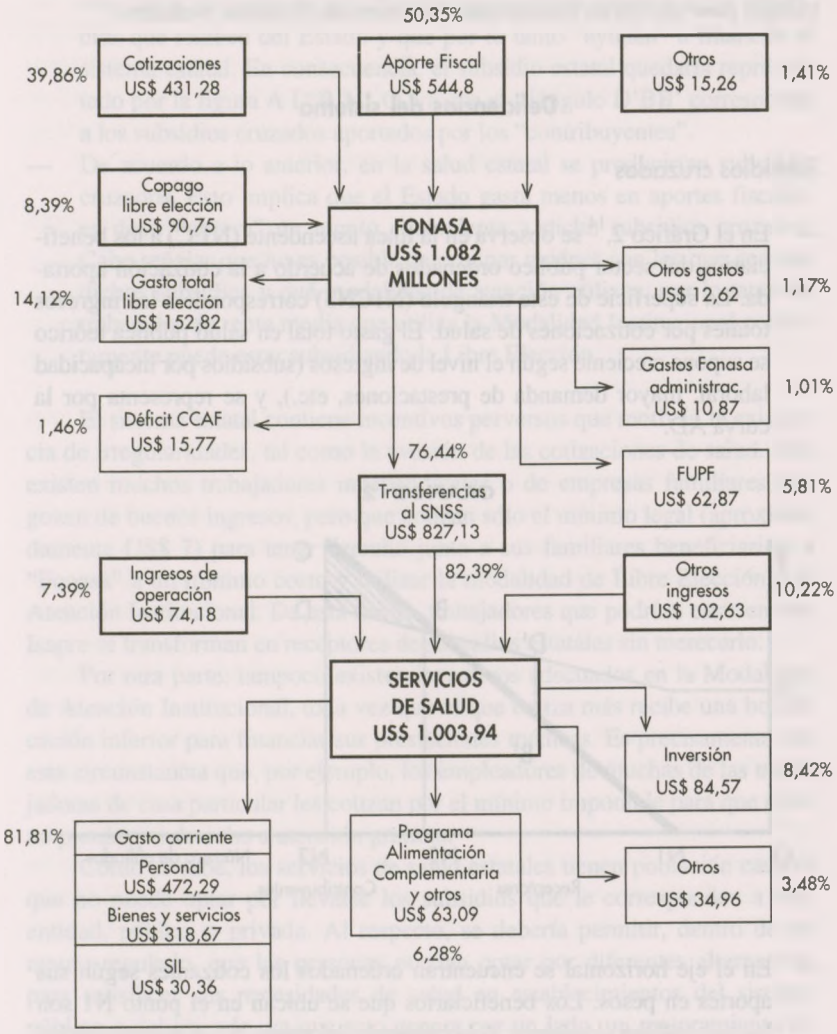
El 76,44% (US$ 827,13 millones) de dichos recursos son transferidos para financiar la Modalidad Institucional del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y el 14,12% (US$ 152,82 millones) se destina a financiar la Modalidad de Libre Elección.

Cabe señalar que el Fondo Nacional de Salud recibe y distribuye los recursos financieros sin distinguir si los beneficiarios hacen uso de la Modalidad de Libre Elección o de la Atención Institucional o de ambas en forma simultánea, derecho que les asiste desde fines de la década de los 70. Asimismo, al comparar los presupuestos de 1992 respecto de 1994, se aprecia un incremento de un 58% en los ítemes correspondientes a bienes y servicios de consumo. Finalmente, cabe señalar que en el presupuesto de Fonasa no se

[12] La FAP corresponde a la facturación que realizan las entidades dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Modalidad Institucional). El FAPEM corresponde a la facturación de entidades municipalizadas (también Modalidad Institucional), ambos basados en el Arancel Unico de Prestaciones de Fonasa.

[13] Este sistema se inició experimentalmente en 1978 para expandir los servicios básicos y corregir las distorsiones producidas por la asignación de recursos por programas. Véase Tarsicio Castañeda "El sistema de salud chileno: Organización, funcionamiento y financiamiento", Boletín O.P.S. Vol. 103 N° 6, 1987.

GRÁFICO 1



Nota:

1. Valores aproximados en US$ del presupuesto 1994.
2. El US$ se estimó en $ 420.
3. No incluye presupuesto de la Subsecretaría de Salud.

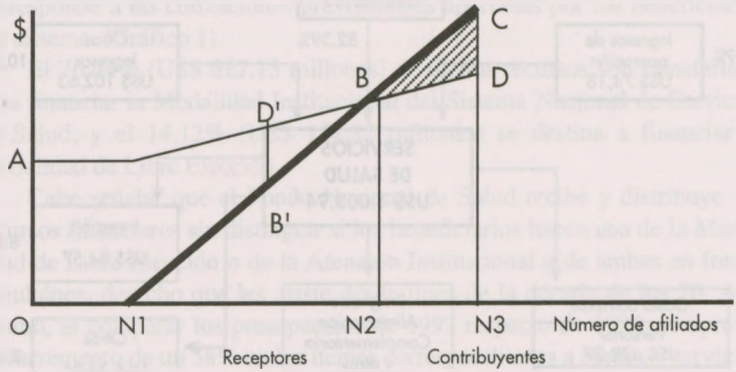
contemplan los aportes que realiza el Estado para los establecimientos de atención primaria municipalizados, por lo que no se consideran en este trabajo, pero que en un estudio más documentado deberían evaluarse.

Deficiencias del sistema

Subsidios cruzados

— En el Gráfico 2,[14] se observa en la línea ascendente (N1 C) a los beneficiarios del sector público ordenados de acuerdo a la cotización aportada. La superficie de este triángulo (N1CN3) corresponde a los ingresos totales por cotizaciones de salud. El gasto total en salud pública teórico se supone creciente según el nivel de ingresos (subsidios por incapacidad laboral, mayor demanda de prestaciones, etc.), y se representa por la curva AD.

GRAFICO 2



— En el eje horizontal se encuentran ordenados los cotizantes según sus aportes en pesos. Los beneficiarios que se ubican en el punto N1 son los que cotizan el mínimo. A la izquierda del punto N2 se encuentran los receptores, es decir aquellos que *perciben* subsidios, pero que no nece-

[14] Ernesto Miranda "Subsidio a la oferta o subsidio a la demanda", *Revista de Administración en Salud*, 14. 1991.

sariamente son los más pobres. Los que se encuentran a la derecha de dicho punto, entre N2 y N3, son los que denominaremos *contribuyentes*, vale decir las personas que cotizan una cantidad superior a los beneficios que reciben del Estado y que por lo tanto "ayudan" a financiar el sistema estatal. En consecuencia, el subsidio estatal quedaría representado por la figura A D'B'N1 O, ya que el triángulo D'BB' corresponde a los subsidios cruzados aportados por los "contribuyentes".

— De acuerdo a lo anterior, en la salud estatal se producirían subsidios cruzados. Esto implica que el Estado gasta menos en aportes fiscales, es decir "ahorra" un monto equivalente a dicho subsidios cruzados. Cabe señalar que no es posible determinar quiénes son los que generan dichos subsidios y qué modalidad de atención utilizan; por lo tanto un trabajador de renta media que utiliza la Modalidad Institucional perfectamente puede estar subsidiando la Libre Elección.

El sistema estatal contiene incentivos perversos que motivan la existencia de irregularidades, tal como la evasión de las cotizaciones de salud. Así, existen muchos trabajadores independientes o de empresas familiares que gozan de buenos ingresos, pero que cotizan sólo el mínimo legal (aproximadamente US$ 7) para tener derecho junto a sus familiares beneficiarios, a "Fonasa" a un mínimo costo y utilizar la modalidad de Libre Elección o la Atención Institucional. De esta forma, trabajadores que podrían estar en una Isapre se transforman en receptores de subsidios estatales sin merecerlo.

Por otra parte, tampoco existen incentivos adecuados en la Modalidad de Atención Institucional, toda vez que el que cotiza más recibe una bonificación inferior para financiar sus prestaciones médicas. Es precisamente por esta circunstancia que, por ejemplo, los empleadores de muchas de las trabajadoras de casa particular les cotizan por el mínimo imponible para que éstas no pierdan su derecho a atención gratuita.

Como se sabe, los servicios de salud estatales tienen población cautiva que no puede optar por llevarse los subsidios que le corresponden a otra entidad, pública o privada. Al respecto, se debería permitir, dentro de un marco regulado, que las personas puedan optar por diferentes alternativas para satisfacer sus necesidades de salud en establecimientos del sistema público o del privado, ya que esto genera por un lado, un mejoramiento en los niveles de satisfacción de las personas y, por otro, estimula —por efecto de la competencia— la eficiencia.[15] Esto implica la necesidad de un cambio

[15] Héctor Sánchez "La crisis de los servicios de urgencia: Un desafío y una oportunidad", *Revista de Administración en Salud*, N° 19, 1992.

profundo en los sistemas de asignación de los recursos estatales, como se verá a continuación.

II. TRANSFERENCIAS FISCALES PER CÁPITA PARA QUE LAS PERSONAS OPTEN POR UN SERVICIO DE SALUD (ESTATAL O PRIVADO)

Subsidio a la demanda

En la búsqueda de los métodos más eficientes para transferir los dineros que el Estado destina al cuidado de la salud se han propuesto diversos procedimientos de asignación presupuestaria que contemplan el traspaso de fondos mediante un per cápita, para que cada cotizante elija la institución pública o privada que prefiera. A esta propuesta se le ha denominado *subsidio a la demanda* en salud.

Para implementar el concepto de subsidio a la demanda se han propuesto diversas alternativas, dentro de las cuales desarrollaremos las siguientes: a) pago per cápita a unidades autónomas según la población que libremente se ha adscrito a éstas, y b) subsidio a las personas de bajos ingresos para que opten por una Isapre. Los modelos que se presentarán en el trabajo apuntan al mismo fin, pero difieren en algunos aspectos que no dejan de ser menos importantes, como el alcance del subsidio y la organización del sistema o entidad que lo administrará.

Finalmente, antes de entrar a analizar dichos modelos, conviene destacar que tanto por la brecha de información que existe entre el oferente de prestaciones médicas y el paciente, como por la naturaleza propia de la atención médica, con sus componentes de emotividad e incertidumbre, es el proveedor de servicios (el médico tratante) el que determina el consumo del paciente, lo que en términos económicos significa que *es la oferta la que condiciona la demanda.*[16-17] Así, el subsidio aplicado directamente para "consumir" prestaciones médicas —especialmente si se trata de atenciones ambulatorias, consultas, etc.— produce incentivos perversos (moral Hazard) que contribuyen a incrementar las utilidades de los prestadores y, en consecuencia, a aumentar los costos de la salud. Por esto, no hay que confundir las "bonificaciónes" otorgadas por las Isapres (o Fonasa, en la Modalidad de

[16] Allan S. Detsky, *The Economics Foundations of National Health Politics*, Cap. 3, Ballinger 1978.

[17] Philip Musgrove "Reflexiones sobre la demanda en salud", *Cuadernos de Economía*, 66, 1985.

Libre Elección) con los "subsidios". En efecto, las "bonificaciones" sólo corresponden a la porción del precio que es pagada por la institución, pero que es financiada con la cotización o prima mensual del afiliado; el resto del precio del acto médico también es financiado por el beneficiario mediante el llamado *copago* o *pago moderador*. Dicho pago es un elemento vital para la sanidad financiera del sistema, ya que contribuye a regular la demanda y a evitar la sobreutilización o el abuso de las prestaciones médicas.[18]

Alternativas propuestas

A continuación se presentan tres modelos que han sido expuestos en diversas instancias como propuestas adecuadas para materializar las ideas precedentes:

A. Pago per cápita:
   1. Unidades de Atención Primaria.[19]
   2. Centros de Atención Ambulatorias de Alta Resolutividad.[20]

B. Subsidio simple a las personas para optar por una Isapre.[21]

Evidentemente estos modelos no son los únicos, pero sirven de base para iniciar una discusión sobre el sistema, además de demostrar la factibilidad técnica y operativa que tendría la implementación de un modelo de pago per cápita o subsidio a la demanda.

1. Pago per cápita a unidades de atención primaria

Mediante este modelo se pretende reestructurar la asignación de la totalidad de los recursos del sector, teniendo en consideración los incentivos adecuados para propender a la excelencia en la administración de los dineros

[18] Se ha demostrado la gran elasticidad de precio que presenta la demanda de prestaciones de salud; en efecto, a mayor copago menor demanda.

[19] Propuesta desarrollada el año 1987 por un equipo interdisciplinario del Ministerio de Salud.

[20] Drs. Alfredo Rioseco B. y Carlos P. Ubilla, *Revista de Administración en Salud*, 11, 1990.

[21] Propuesta presentada en la Comisión de Salud del CEP por Rafael Caviedes D., 1990.

disponibles, así como la soberanía del consumidor. El proyecto está concebido sobre la base de ciertas "Unidades Administrativas" a las cuales se les asignaría un monto per cápita de acuerdo a la población que cada una capte. Las personas podrán libremente ejercer cada cierto tiempo la posibilidad de cambiarse de Unidad, evitando de esta forma el efecto perverso de los sistemas con "población cautiva". Asimismo, las personas podrían optar con su per cápita a una Isapre. Las Unidades estarían conformadas, además, por uno o más establecimientos asistenciales de mayor o menor complejidad.

Financiamiento

El financiamiento de estas unidades proviene de las cotizaciones previsionales que aportan los individuos adscritos y de un *subsidio per cápita* complementario que otorga el Estado. Por tal razón, los ingresos de las Unidades serán variables: dependerán de la población afiliada a éstas. Lo anterior debería fomentar la excelencia tanto en la administración como en la calidad del servicio para captar más población. Además, estas Unidades estarán facultadas para cobrar a sus beneficiarios un porcentaje del valor de las prestaciones según los tramos de ingresos del grupo familiar que determine la ley, así como el valor correspondiente a las prestaciones médicas otorgadas a quienes no pertenecen a esa Unidad o a particulares.

Operación de sistema

La puesta en marcha está concebida en base de etapas y sub etapas para evitar que las actuales instituciones sufran "distorsiones" en su financiamiento.

Así, el modelo contempla dos etapas:

i) Subvención per cápita pareja

En esta primera etapa se asigna una subvención per cápita pareja por cada persona afiliada a una determinada Unidad. Dichas entidades deberán mantener un registro de las personas adscritas. Existiría, además, un procedimiento simple que permitiría a los individuos afiliarse según sus preferencias. En efecto, inicialmente al no conocerse con certeza el número de beneficiarios que le corresponde a cada Unidad, se estimará mediante un procedimiento estadístico apropiado la actual población beneficiaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud según el área

geográfica. De esta forma, se podrá ir disminuyendo el aporte en base histórica y aumentando el aporte a base de la población estimada.

Fonasa transferirá los fondos según el número de personas adscritas, informado por cada Unidad y deberá ejercer los controles pertinentes para registrar las variaciones netas de población en cada Unidad y así repartir convenientemente las asignaciones per cápita según los recursos presupuestarios disponibles. El propósito de ello es permitir que gradualmente cada Unidad construya su *nómina de población* efectivamente adscrita y vigente, para cobrar el per cápita que le corresponda.

Estas entidades se harán cargo tanto de la atención de sus beneficiarios en un plan cerrado como en libre elección.

En el caso de atenciones que requieran mayor complejidad, cada Unidad convendrá con determinados hospitales la atención de sus afiliados. Para ello les pagará cierto valor en función al número de personas adscritas a ese plan cerrado con tal o cual hospital, más ciertos pagos variables determinados en un arancel para aquellos casos derivados.

El sistema supone contar con la mayor flexibidad administrativa e incentivos posibles, tanto para las Unidades como para los hospitales.

ii) Prima per cápita diferenciada

En esta etapa se contempla el pago de un subsidio diferenciado según las cotizaciones aportadas por los adscritos a las Unidades y su número de cargas familiares. De esta forma, cuando el afiliado ve incrementada su renta, el subsidio disminuirá, pero en una proporción inferior al de la cotización para no desincentivar el aumento de ésta. Así, el mayor subsidio estatal se focalizará en las personas de menores ingresos. El mecanismo anterior permitiría a las Unidades ofrecer planes diferenciados, vale decir a mayor prima (cotización más subsidio) ofrecerán un mayor confort, lo que incentivará a los afiliados a cotizar más (no evadir) y a los hospitales a entregar un mejor servicio para captar a estos pacientes. Dichas Unidades deberán proporcionar una atención gratuita a las personas más pobres e indigentes. La calidad de esta atención dependerá de los recursos que el Estado destine a ello, puesto que será financiada en su totalidad por el aporte per cápita que asigne el Gobierno para atender estos casos.

Esta etapa implica que las Unidades capten sus propias cotizaciones e informen a Fonasa de lo percibido, así como del número de afiliados y sus cargas. Fonasa actuaría como ente contralor y calcularía por diferencias el subsidio que le correspondería a cada entidad. La prima per cápita, como se indicó, sería diferenciada según la cotización de cada

grupo familiar y su número de cargas. Cuando estas Unidades estén organizadas, funcionando correctamente y recaudando sus cotizaciones, deberán transformarse en Sociedades Anónimas, cuyos propietarios podrían ser sus propios trabajadores y afiliados adscritos. A continuación, estas entidades podrían constituirse como Isapre, de acuerdo a la ley 18.933.

2. Centros de atención ambulatoria[22]

El modelo propuesto, denominado "Centros de Atención Ambulatoria de Alta Resolutividad Diagnóstica y Terapéutica" (CAARDT) incorpora también un mecanismo de financiamiento basado en una asignación "per cápita" a la demanda.

El sistema nacional estaría conformado por tres subsistemas: a) El Subsistema de Atención Ambulatoria Resolutiva (SAAR), que consistiría en una red de establecimientos de atención ambulatoria que privilegiarían en su filosofía base, el cuidado del estado de salud de las personas adscritas a dichos centros de atención; b) El Subsistema de Atención Hospitalaria (SAH), el que incorporaría el concepto de pago por Grupos Regulados de Prestaciones, y c) el Régimen Privado de Seguros de Salud que administran las Isapres.[23]

Los autores señalan entre los objetivos más importantes que cumpliría la propuesta el de mejorar la calidad y la oportunidad de las acciones de recuperación de la salud a través de una atención ambulatoria que tenga capacidad resolutiva. También consideran al sector privado como elemento fundamental para contribuir a descongestionar a las entidades públicas, puesto que se pretende fomentar a través de los organismos no gubernamentales el desarrollo de una amplia red de infraestrutura asistencial, tanto ambulatoria como hospitalaria.

Financiamiento

El financiamiento del monto per cápita resultará de los pagos correspondientes a la cotización legal para salud (7% de las rentas con un tope de

[22] Rioseco y Ubilla, *op.cit.*

[23] Similar al Diagnosis Related Group (DRG) norteamericano. Se han tipificado los casos que requieren hospitalización de acuerdo a un conjunto de variables (honorarios, días cama, insumos, exámenes, etc). De tal forma, la tarifa que recibe el hospital será la que le corresponda según el arancel DRG para un determinado diagnóstico. Si el hospital ahorra en el tratamiento obtiene una ganancia; de lo contrario asume la pérdida.

US$ 105 al mes) más un aporte equivalente al 2% del PGB, menos el gasto por concepto de medicina curativa de libre elección, todo ello dividido por el número de beneficiarios de la modalidad institucional (no libre elección). De esta forma se determinó que para el año 1989 el aporte per cápita hubiese sido US$ 5,68 mensuales.

Operación del sistema

i) Subsistema de Atención Resolutiva Ambulatoria
Estará compuesto por una red de microsistemas denominados Centros de Atención Ambulatoria de Alta Resolutividad (CAARDT), los que a su vez estarán integrados por una red de establecimientos de atención ambulatoria organizados en torno a dichos centros. Los CAARDT serán administrados por corporaciones de derecho público o privado sin fines de lucro. Dentro de sus facultades estarán las de administrar sus recursos, captar la asignación per cápita, promover la prestación de los servicios que ofrecen, enrolar a sus beneficiarios, pagar los subsidios por incapacidad laboral y suscribir convenios con los hospitales públicos o privados para la atención cerrada de sus afiliados.

ii) Subsistema de Atención Hospitalaria
Está integrado por los hospitales estatales, pero contempla la posibilidad de participación de organismos no gubernamentales, ya sea con establecimientos propios o administrando establecimientos públicos. Estos organismos se financiarán exclusivamente con la venta de servicios a los CAARDT, por atención hospitalaria a sus propios beneficiarios adscritos, a través de la modalidad de libre elección y por la atención a beneficiarios de Isapres y particulares propiamente tal.
Los beneficiarios podrán optar por la Modalidad de Libre Elección o por la Modalidad No Libre Elección, derecho que podrán ejercitar cada seis meses. El modelo propuesto contempla además, subsidios especiales a aquellos microsistemas que otorguen prestaciones definidas como de alto costo.

Consideraciones sobre los modelos de pago per cápita

Los modelos reseñados contienen elementos valiosos a consider por cuanto proponen modificar la política actual de asignación de recursos, traspasando los subsidios estatales de la oferta a la demanda. En efecto, la aplicación de un pago per cápita asignado a las personas para que éstas

opten soberanamente por el Centro o Unidad que les proporcione más beneficios, implicará necesariamente una mejor utilización de los recursos. Asimismo, la competencia entre dichas entidades contribuirá a la excelencia en el servicio prestado. Por otra parte, el pago mediante el sistema de compra de servicios a los hospitales generará una mayor eficiencia en la administración de estos establecimientos.

El pago per cápita evitaría que la oferta de servicios sea inadecuada, ya que para satisfacer las necesidades de su población adscrita cada Unidad tenderá a optimizar el uso de sus recursos y minimizar la demanda insatisfecha. En términos nacionales, se reduce la ineficiencia provocada por problemas de planificación central como ocurre en la actualidad, ya que como se indicó, los recursos no utilizados por un exceso de oferta en algún servicio equivalen a necesidades insatisfechas en otro.

Sin embargo, cabe observar que el modelo denominado Centros de Atención Ambulatoria de Alta Resolutividad (CAARDT) está concebido a base de entidades sin fines de lucro, por lo que no contiene incentivos suficientes como para que se produzca un desarrollo significativo de estas instituciones, situación que el otro modelo lo resuelve correctamente. Ejemplo de ello lo constituyen la Mutualidades de Accidentes del Trabajo —entidades sin fines de lucro—. En efecto, despúes de casi 30 años de dictada la ley 16.744 existen sólo tres instituciones de esa naturaleza, a pesar del notable incremento de la masa laboral que ha habido en dicho período.

Tampoco la propuesta de los CAARDT contempla la posibilidad para que la personas pudieran optar con su per cápita al subsistema de instituciones de salud privadas a diferencia del modelo explicado anteriormente. También queda por resolver el problema de la afiliación a estos centros, puesto que para repartir el presupuesto completo se necesitará que los CAARDT en conjunto tenga la totalidad de la población adscrita, situación que podría requerir de cierto tiempo y de un esfuerzo "comercial" importante, especialmente con las personas carentes de recursos, indigentes, poblaciones rurales extremas y trabajadores independientes.

Además, si bien es cierto que en la ciudades podrán competir diversas entidades por captar afiliados, en muchos casos la competencia se verá dificultada por la circunstancia de que los pobladores concurren habitualmente al consultorio más próximo a su domicilio. Más evidente se hace el problema en las áreas rurales y de poca población.

Más aún, queda por resolver el tema de los hospitales de alta especialización (Tórax, Neurocirugía, etc.) que requerirán aportes especiales. Del mismo modo, los planes de vacunación y otros que presenten externalidades

positivas deberán ser implementados eficientemente a través de estas unidades descentralizadas.

Finalmente, una de las críticas frecuentes a la implementación de un sistema de pago per cápita es la dificultad que tendría el Estado para poner en marcha el modelo. Las propuestas reseñadas son alternativas que tienen cierta complejidad, pero que no implican dificultades insalvables en su materialización.

3. Subsidio simple a las personas que optan por afiliarse a una Isapre

Este modelo consiste en que parte de los fondos que tradicionalmente se han utilizado para financiar la oferta de prestaciones médicas en los establecimientos públicos se destinen a subsidiar a los trabajadores dependientes de ingresos medios y bajos, para que éstos puedan ejercer el derecho de opción consagrado en la Constitución Política del Estado y elegir la institución privada que más se adecue a sus preferencias.[24]

Los recursos dispuestos por el Fisco como subvenciones serían asignados a los trabajadores *dependientes*, según la cantidad de componentes de sus respectivos grupos familiares. El objetivo, en una primera etapa, sería traspasar a todos los *cotizantes dependientes* y que actualmente son beneficiarios del Régimen de Salud Estatal a las Instituciones de Salud Previsional. Parece aconsejable, además, extender la aplicación de un subsidio a los trabajadores *independientes*; no obstante, la metodología a utilizar sería distinta y no se describe ni evalúa en este trabajo. Cabe destacar que los aportes que éstos hacen son voluntarios, por lo que resulta muy difícil determinar las rentas efectivas que servirán para calcular el monto del subsidio. Para acreditar los ingresos podría servir, por ejemplo, la declaración de rentas efectuada ante el Servicio de Impuestos Internos.

En la materialización de este modelo resulta imprescindible considerar a las Instituciones de Salud Previsional, debido a que éstas constituyen un sistema consolidado y complementario al estatal, que está debidamente regulado y que contempla garantías suficientes para los usuarios.

Antes de analizar la operatoria del modelo propuesto es conveniente conocer las características más relevantes que tiene el sistema de Instituciones de Salud Previsional.

[24] R. Caviedes, "Asignación de recursos en salud", *El Mercurio*, agosto de 1989.

Características del sistema Isapres[25]

a) Las Isapres están reguladas por ley en la medida que las cotizaciones que ellas perciben son de carácter obligatorio, y sustituyen al Estado en el otorgamiento de las prestaciones de salud y en el pago de subsidios por enfermedad común.[26]
b) Permite el ejercicio de la libertad de opción de las personas, esto es, existe la posibilidad de desafiliarse del Régimen Estatal de Salud para optar por una Isapre.
c) La ley contempla beneficios legales mínimos, de medicina preventiva, control materno-infantil y pago de subsidios por enfermedad.
d) Cada Isapre puede convenir libremente con el afiliado el otorgamiento, forma y condiciones de las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.
e) Están sometidas al control y supervigilancia de una Superintendencia, y su operación para el otorgamiento de beneficios pactados con sus afiliados está resguardada con garantías reales equivalentes a casi un mes de cotizaciones del sistema (US $ 36 millones a octubre 1992).
f) El porcentaje mínimo de las remuneraciones destinadas a financiar las prestaciones de salud es igual, cualquiera sea la opción elegida, estatal o privada (7% de la renta) .
g) Permite que particulares se organicen y asuman la gestión de un sistema de salud previsional. Esto ha significado una instancia de participación social legítima dentro de una sociedad libre.

El sistema de Isapres presenta otros elementos que por su relevancia merecen ser comentados con mayor detalle. Estos son: a) la libre competencia; y b) la toma de conciencia de los trabajadores. Analizaremos someramente el significado de cada uno de estos aspectos.

a) Libre competencia

El marco normativo que regula las Instituciones de Salud Previsional contempla barreras de entrada simples y libres de burocracia para constituir

[25] R. Caviedes, "Desarrollo del sistema privado de salud Isapre", *Revista de Administración en Salud*, 19, Universidad de Chile, 1992.

[26] Como ya se señalara, las Isapres chilenas constituyen el único sistema de prepago inserto como un subsistema de salud previsional complementario al estatal. En esto difieren enormemente de otros sistemas de prepago o seguros de salud existentes en otros países.

una entidad de esta naturaleza. Ello ha hecho posible la existencia de numerosas instituciones que ofrecen una multiplicidad de planes de salud. En efecto, existen treinta y cuatro Isapres, de las cuales quince pertenecen a grupos de trabajadores o a grandes industrias y ocho a sociedades médicas. Asimismo, dos de estas entidades transan sus acciones en el mercado bursátil, una es cooperativa; siete no tienen fines de lucro, dos están asociadas a entidades transnacionales; catorce son de provincias, y últimamente, varias emprenden el camino de la internacionalización de sus negocios.

b) Cambio de mentalidad

Merece especial consideración la decisiva influencia que este sistema ha producido en la mentalidad de los trabajadores, en la medida que han tomado real conciencia de los derechos que emanan de la cotización para salud. Así, cada trabajador sabe con absoluta certeza que dichas cotizaciones le permiten el acceso a ciertos beneficios que van en estricta relación con el monto de sus aportes. Esto ha posibilitado que hoy, tanto en lo que respecta a las cotizaciones para salud como para previsión,[27] el trabajador perciba la importancia que tienen sus aportes previsionales y tome conciencia de la relación directa que existe entre sus deberes y sus derechos, entre el esfuerzo y los beneficios, entre el trabajo personal y la recompensa.

Operación del modelo

El modelo, como ya se señaló, supone la entrega de un monto per cápita variable a cada individuo para que éste adicione dicho aporte a sus cotizaciones y pueda optar a un plan de salud en una institución privada.

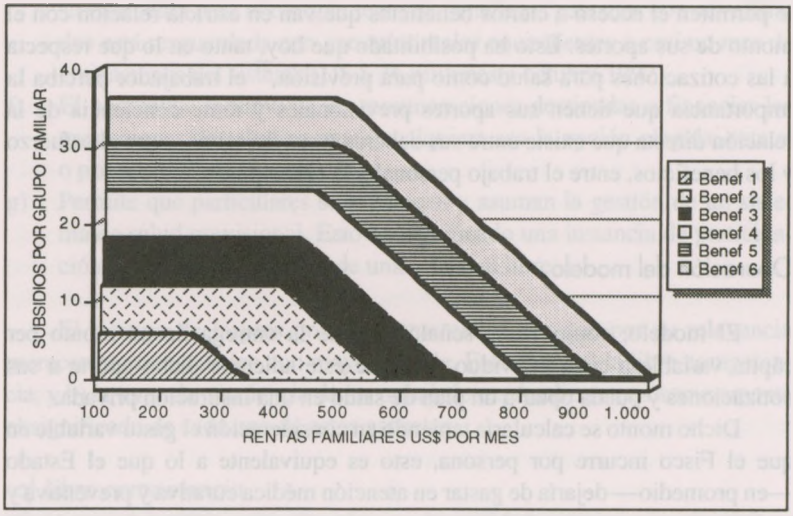
Dicho monto se calcularía teniendo en consideración el gasto variable en que el Fisco incurre por persona, esto es equivalente a lo que el Estado —en promedio— dejaría de gastar en atención médica curativa y preventiva y en licencias por incapacidad laboral, en cada individuo. (Véase Anexo 1). Se estima que el subsidio neto que aportaría el Fisco variaría entre 0 y US$ 9,78. Para ejemplarizar la evolución del subsidio para personas de

[27] El sistema previsional chileno (Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP) es de capitalización individual, razón por la cual los beneficios que obtienen los trabajadores también están en estricta relación con sus aportes, tal como el Sistema Isapre Esto ha significado que la evasión de cotizaciones y la "sub-cotización" sólo se producen en el sector estatal.

diferentes rentas y cargas familiares estimaremos un subsidio de 6 dólares mensuales como máximo por cada persona, según se demuestra en el Anexo 1.

Además, dependiendo del número de componentes del grupo familiar, deberá existir un tope o valor máximo que cada familia podría acumular; en otras palabras, si la suma de las cotizaciones más el subsidio per cápita superara dicho tope, el subsidio se aplicará sólo hasta completar esa cifra. (Columnas "Subsid." y "Total" del Cuadro 1). En este caso, como se muestra en el Gráfico 3 , si el individuo incrementa la cotización, (por ejemplo, aumenta la renta, horas extras, bonos, etc.) el subsidio disminuiría en esa cantidad. Si bien la fórmula parece compleja, en la práctica no lo es, puesto que la Isapre simplemente calculará el subsidio, como la diferencia que se produce entre dicho tope y la cotización total que efectúa el grupo (Columna Subsid. del Cuadro 1).

GRAFICO 3



Para el cálculo y determinación del tope se consideraría un monto cercano al precio mínimo de los planes ofrecidos actualmente en el mercado. Así, para un afiliado sin cargas, el tope de cotización para tener derecho al subsidio, en este modelo se ha fijado en forma arbitraria en US$ 24. Si tiene una carga (cónyuge) el tope se incrementaría a US$ 40, y en US$ 8 más por cada hijo adicional y en US$ 6 por cada carga de la quinta en adelante (Cuadro 1-A).

CUADRO 1

Cuadro de aplicación de subsidio según rentas y número de beneficiarios en US$

	Cotización Legal	Benef 1	Tope 24,00	Benef 2	Tope 40,00	Benef 3	Tope 48,00	Benef 4	Tope 56,00	Benef 5	Tope 64,00	Benef 6	Tope 70,00
Renta US$	(a) 7%	(b) Subsid.	(a+b) Total	Subsid.	Total	Subsid.	Total	Subsid.	Total	Subsid.	Total	Subsid	Total
100	7.00	6,00	13,00	12,00	19,00	18.00	25.00	24,00	31,00	30,00	37,00	36.00	43,00
125	8,75	6,00	14.75	12,00	20,75	18.00	26,75	24,00	32,75	30.00	38,75	36,00	44,75
150	10.50	6,00	16,50	12,00	22,50	18,00	28,50	24,00	34.50	30,00	40,50	36.00	46,50
175	12,25	6,00	18,25	12,00	24,25	18.00	30,25	24,00	36,25	30,00	42,25	36.00	48.25
200	14.00	6,00	20.00	12.00	26,00	18,00	32,00	24,00	38,00	30,00	44.00	36.00	50.00
225	15,75	6.00	21,75	12,00	27,75	18.00	33,75	24,00	39,75	30,00	45,75	36,00	51.75
250	17,50	6,00	23,50	12,00	29,50	18.00	35,50	24,00	41,50	30.00	47,50	36,00	53,50
275	19,25	4,75	24.00	12.00	31,25	18,00	37,25	24,00	43,25	30.00	49,25	36.00	55.25
300	21,00	3,00	24.00	12,00	33,00	18.00	39,00	24,00	45,00	30,00	51,00	36,00	57,00
325	22.75	1,25	24.00	12,00	34,75	18,00	40.75	24.00	46,75	30,00	52,75	36,00	58,75
350	24,50	0,00	24,50	12,00	36,50	18,00	42,50	24,00	48,50	30,00	54,50	36,00	60.50
375	26,25		26,25	12,00	38,25	18,00	44,25	24,00	50,25	30,00	56,25	36.00	62,25
400	28,00		28,00	12,00	40,00	18,00	46,00	24,00	52,00	30,00	58,00	36,00	64,00
425	29,75		29,75	10,25	40,00	18,00	47,75	24,00	53,75	30.00	59,75	36.00	65.75
450	31.50		31,50	8.50	40,00	16,50	48,00	24,00	55,50	30.00	61,50	36.00	67.50
475	33,25		33,25	6.75	40,00	14,75	48,00	22,75	56,00	30,00	63,25	36.00	69.25
500	35,00		35,00	5,00	40,00	13,00	48,00	21,00	56,00	29,00	64,00	35.00	70,00
525	36,75		36,75	3,25	40,00	11,25	48.00	19,25	56,00	27,75	64,00	33.25	70.00
550	38,50		38,50	1,50	40,00	9,50	48,00	17,50	56,00	25,50	64,00	31,50	70,00
575	40,25		40.25	0,00	40,25	7,75	48,00	15,75	56,00	23,75	64,00	29,75	70,00
600	42,00		42,00		42,00	6,00	48,00	14,00	56,00	22,00	64,00	28,00	70,00
625	43,75		43,75		43,75	4,25	48,00	12,25	56,00	20,25	64,00	26,25	70,00
650	45,50		45,50		45,50	2,50	48,00	10.50	56,00	18,50	64,00	24,50	70,00
675	47,25		47,25		47,25	0,75	48.00	8,75	56,00	16,75	64,00	22,75	70,00

CUADRO 1

Continuación

Renta US$	Cotización Legal (a) 7%	Benef 1 (b) Subsid.	Tope 24.00 (a+b) Total	Benef 2 Subsid.	Tope 40.00 Total	Benef 3 Subsid.	Tope 48,00 Total	Benef 4 Subsid.	Tope 56,00 Total	Benef 5 Subsid.	Tope 64,00 Total	Benef 6 Subsid	Tope 70,00 Total
700	49.00		49.00		49.00	0,00	49.00	7,00	56,00	15,00	64.00	21,00	70.00
725	50.75		50,75		50.75		50,75	5.25	56,00	13,25	64,00	19,25	70.00
750	52,50		52.50		52.50		52.50	3.50	56.00	11,50	64.00	17,50	70,00
775	54,25		54.25		54,25		54,25	1.75	56,00	9.75	64.00	15,75	70,00
800	56.00		56.00		56.00		56.00	0,00	56.00	8.00	64.00	14.00	70,00
825	57,75		57,75		57.75		57,75		57,75	6,25	64,00	12,25	70,00
850	59.50		59,50		59,50		59.50		59,50	4.50	64,00	10.50	70.00
875	61,25		61,25		61,25		61,25		61,25	2.75	64,00	8,75	70.00
900	63.00		63,00		63.00		63.00		63.00	1,00	64,00	7,00	70,00
925	64,75		64,75		64.75		64.75		64,75	0.00	64,75	5,25	70,00
950	66.50		66,50		66,50		66.50		66,50		66,50	3,50	70,00
975	68,25		68.25		68.25		68,25		68,25		68,25	1,75	70,00
1.000	70,00		70,00		70,00		70,00		70,00		70,00	0,00	70,00

El tope representa el monto máximo que puede acumular un cotizante (cotización legal + subsidio per cápita), según el número de componentes del grupo familiar (beneficiarios). Si la suma de la cotización más el subsidio supera el tope, el subsidio se aplica por diferencia hasta completar el tope, de tal forma que el subsidio decrece paulatinamente según aumentan las cotizaciones, tal como se observa en el cuadro anterior.

Las cifras aquí expuestas constituyen sólo un modelo sobre el cual se puede discutir tanto el subsidio per cápita como los topes para cada grupo familiar. El subsidio per cápita considerado en este modelo es de US$ 6 al mes.

El cálculo del subsidio es lineal, no discreto. En el cuadro anterior se utilizaron como ejemplo rentas que varían cada US$ 25, no obstante que la idea es que el subsidio se calcula por diferencia, como se indicó. La columna señalada con 1 representa el cálculo del subsidio para una persona sin cargas. La que señala el número 2 representa un afiliado más una carga, y así sucesivamente hasta seis cargas. Las columnas que indican "subs." muestran el subsidio resultante para ese grupo familiar. La columna "total" señala el monto disponible por el afiliado (cotización más subsidio) para optar por un plan de salud.

CUADRO 1-A

Cantidad beneficiarios	Topes US$	Cantidad beneficiarios	Topes US$
1	24,00	4	56,00
2	40,00	5	64,00
3	48,00	6	70,00

Estos topes serían reajustables automáticamente de acuerdo al Indice de Remuneraciones o a otro indicador apropiado. Los montos indicados como topes son susceptibles de ser determinados de acuerdo a alguna fórmula distinta a la propuesta, por ejemplo estableciendo un precio máximo para el plan con derecho a subsidio, de acuerdo a los estándares de salud que el Estado quiera que las Isapres les proporcionen a las personas subsidiadas o bien definiendo un tope variable que varía paulatinamente para evitar desincentivos al aumento de la cotización.

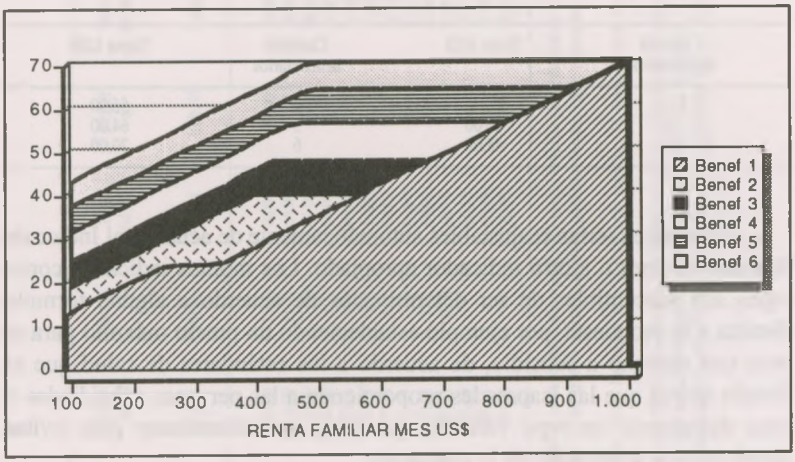
El Cuadro 1 representa una serie de cotizantes clasificados por rentas entre US$ 100 a US$ 1.000 y según su grupo familiar, entre 1 a 6 personas beneficiarias. Se entiende que el cotizante está incorporado como beneficiario, de tal forma que cuando el cuadro se refiera a 3 beneficiarios, significa que está incluido el cotizante más dos cargas. Así por ejemplo, para calcular el subsidio que le correspondería a un afiliado con tres cargas que recibe en un mes determinado una renta de US$ 650, vemos en la columna correspondiente a 4 beneficiarios, que a ese grupo familiar le corresponde un tope de US$ 56. Pero como éste cotiza US$ 45,50, el subsidio de ese mes será de US$ 10,50 (56-45,5), vale decir US$ 2,63 per cápita. Del mismo modo, si le aumenta la renta a US$ 675, el mes siguiente recibirá US$ 8,75 por concepto de subsidio, o sea US$ 2,19 per cápita.

El Gráfico 4 representa los ingresos totales de distintos grupos familiares (entre una y seis personas). Se aprecia que en la medida que se incrementan los ingresos familiares, el subsidio se aplica sólo hasta completar el tope. Así por ejemplo, el afiliado con una carga que percibe entre US$ 400 y US$ 550 alcanza el tope con el subsidio correspondiente y su disponibilidad total en ese tramo para optar a un plan de salud se mantiene constante. Al respecto, se ha sugerido que el tope sea variable, vale decir que aumente levemente para no desincentivar la cotización, lo que parece muy razonable.

Financiamiento

En el Anexo 1 se ha efectuado una estimación del costo que tendría la aplicación de este subsidio. Por el alcance y objetivo de este trabajo, en

GRAFICO 4



ningún caso se ha pretendido entregar una evaluación económica al respecto; sin embargo las cifras preliminares (Anexo 1) muestran que se requerirían US$ 26,2 millones para financiar el subsidio a 2,5 millones de personas, en un programa aplicado paulatinamente en cuatro años. El subsidio se ha proyectado en un plazo de cuatro años por cuanto se ha estimado que la capacidad anual de crecimiento del sistema Isapre podría aumentarse como consecuencia de la aplicación de un subsidio. Cabe señalar que en los últimos dos años estas instituciones han incorporado anualmente más de 400.000 beneficiarios.

Fiscalización

La fiscalización del sistema le competería a la Superintendencia de Isapres. Para tales efectos, cada Isapre deberá rendir cuenta detallada de los montos que éstas cobren mensualmente al Estado, mediante un listado con la identificación de las personas subsidiadas, y los montos de subsidio que le corresponden a cada una, calculados por diferencia con las cotizaciones aportadas ese mes, como se señaló. Además, la Isapre indicará el total del subsidio que girará de la cuenta corriente fiscal, de la misma forma como opera en la actualidad el giro de los fondos correspondientes a los subsidios maternales del Fondo Unico de Prestaciones Familiares. En todo caso, la norma que regule los subsidios deberá establecer sanciones para los afiliados

que declaren rentas falsas o adulteradas con el fin de obtener indebidamente este beneficio.

Conclusiones

a) En primer lugar, el modelo es de fácil implementación, atendido que no requiere de reformas profundas, sino que está basado en instituciones existentes y conocidas, lo que permitiría su aplicación a corto plazo;
b) se puede aplicar paulatinamente según los recursos que el Estado quiera destinar a ello, regulando de esta forma el traspaso de los beneficiarios a las Isapres y extendiéndolo en forma gradual hasta llegar al menos al 60 % de la población, lo que dependerá del nivel de ingreso y ocupación del país. Este porcentaje podrá verse incrementado en la medida que se produzca una mejoría en la situación económica;
c) el Estado podrá destinar todos sus recursos y su preocupación a los beneficiarios que permanezcan en el Régimen de Salud Estatal, para que éstos gocen de un servicio adecuado, digno y eficiente mientras no puedan acceder al sistema privado. De igual modo, todas aquellas acciones de salud indelegables por las externalidades que presentan serán mejor efectuadas por el Estado;
d) además, cualquier reforma que se quisiera efectuar en el sector gubernamental sería considerablemente más simple, desde el punto de vista operacional, si los Servicios de Salud atendieran una población más reducida;
e) los hospitales públicos obtendrán ingresos provenientes de la venta de las prestaciones otorgadas a las personas beneficiarias del subsidio. Ello, junto a reformas legales que permitan mejorar la administración de los hospitales, debería estimular una mejoría en la calidad del servicio y de su administración, motivados por la captación de estos eventuales ingresos.
f) El incremento significativo del número de beneficiarios del sistema producirá una reducción en los precios de los planes de salud. Esto tiene su fundamento en una reducción de los costos de administración por las economías de escala que se generan y en una mayor diversificación del riesgo para estas instituciones.

Críticas al modelo

Se señala que el hecho de traspasar al sistema Isapre a la población relativamente más rica significará que el Estado deberá financiar aquella

parte correspondiente a los subsidios cruzados que estos afiliados aportan como contribuyentes respecto de los beneficiarios más pobres. Mas, como ya se explicó, los subsidios cruzados son ineficientes e injustos, razón por la cual este es un problema que tarde o temprano el Estado deberá resolver.

Asimismo, se argumenta que resultaría poco eficiente desde un punto de vista social subsidiar a los beneficiarios del sector estatal relativamente más ricos, para que se trasladen a una Isapre, puesto que el beneficio sería mayor si ese subsidio se aplicara a los más pobres. Al respecto, se puede señalar que los afiliados más ricos gastan más en salud y al trasladarse al sector privado liberarían recursos físicos, humanos y financieros, que permitirían mejorar la atención de los desposeídos. Sin embargo, sí bien es cierto que una parte de la población abandonaría el sistema gubernamental, no lo es menos que existen necesidades insatisfechas en los más pobres, los que consumirían parte de los recursos hospitalarios liberados. En otras palabras, un sistema estatal más expedito, con menos rechazo, aunque tenga menos afiliados, no implicaría una reducción inmediata del gasto en salud pública.

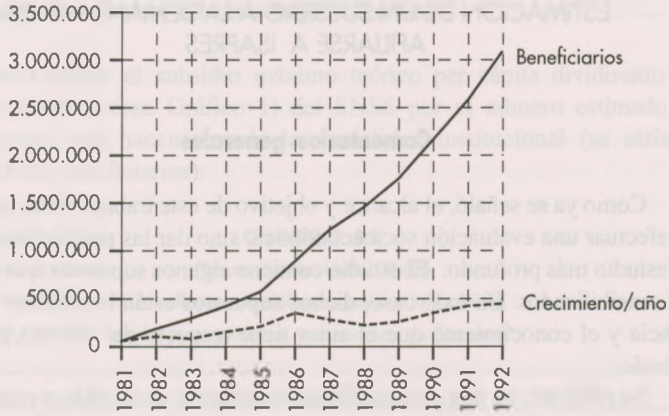
Otra crítica apunta al hecho de que las personas de rentas bajas no están capacitadas para afiliarse a una Isapre, ya que eventualmente podrían elegir —por desconocimiento— clínicas o médicos no adecuados a sus ingresos y a la cobertura financiera que les otorga su plan de salud. La hipótesis es muy discutible puesto que hoy todos los beneficiarios del sistema estatal tienen derecho a la modalidad de libre elección y por medio de ésta pueden hospitalizarse en la mejor clínica del país aunque reciban de Fonasa una bonificación mínima. Lo cierto es que nada faculta al Estado para asumir decisiones por el consumidor y restringir la libertad de opción de los individuos. Lo que cabe aquí es establecer métodos de información adecuados y oportunos para que el mercado opere correctamente y el afiliado cuando requiera atención médica pueda elegir en la forma más conveniente.

Asimismo, se señala que el subsidio a la demanda encarecería substancialmente el costo de la salud. Prueba de ello sería el sistema norteamericano. No obstante que el modelo chileno difiere enormemente de éste, entre otras razones por que el sistema estadounidense no contempla para el usuario un co-pago moderador —el que regula indefectiblemente el precio de las prestaciones médicas— en los sistemas de salud debe prevalecer la libertad para optar y la equidad sobre todas las cosas. De lo contrario, se podría argüir que si la atención médica institucionalizada resultara más económica que la privada, el Estado debería restringir el ejercicio liberal de la profesión, lo que a todas luces resulta absurdo.

Finalmente, aunque resulta imposible prever la totalidad de los efectos que se producirían como consecuencia de la aplicación de una reforma de tal

naturaleza, es evidente que su puesta en marcha conlleva desde el punto de vista social resultados positivos, y sin lugar a dudas será más eficiente que la actual política utilizada por el Gobierno, consistente en aumentar los aportes directos a los hospitales estatales, aun cuando éstos sean dotados de mayor flexibilidad en su administración.

BENEFICIARIOS



Perspectivas del sistema Isapres

A diciembre de 1992 el sistema de Isapres tenía 3.033 millones de beneficiarios (1.277 millones de afiliados). El crecimiento en los años 1991 y 1992 fue de 457.836 beneficiarios y de 467.000 (cifra provisoria para 1992) respecto del año anterior.

De acuerdo al crecimiento histórico del sistema Isapres, en los últimos dos años se han incorporado 462.000 personas al año en promedio. Según esta cifra, y de mantenerse durante cuatro años este crecimiento, el sistema acumularía 4,9 millones de beneficiarios. Si a ello le sumamos las personas subsidiadas (2,8 millones) en esta primera etapa, se obtendría al cabo de cuatro años 7,7 millones de beneficiarios en el sistema privado de salud. Obviamente, la estabilidad en las reglas del juego del sistema y el crecimiento económico serán factores fundamentales para cumplir tales pronósticos.

Así, en la medida que las personas relativamente más ricas pierdan el derecho al subsidio, el resto de la población se incorporaría a este beneficio,

si el desarrollo y la economía del país lo permiten. En el intertanto, y mientras esto no suceda, serían atendidos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud o en la Modalidad de Libre Elección.

ANEXO 1
ESTIMACION DE UN SUBSIDIO A LA DEMANDA PARA AFILIARSE A ISAPRES

Comentarios generales

Como ya se señaló, el alcance y objetivo de este trabajo no ha consistido en efectuar una evaluación socioeconómica, sino dar las pautas básicas para un estudio más profundo. El estudio contiene algunos supuestos que deberían ser sensibilizados. En todo caso, dichos supuestos están basados en la experiencia y el conocimiento que el autor tiene respecto del sistema público y privado.

Se propone, en una primera etapa, consistente en un plan a cuatro años, alcanzar a 1 millón de cotizantes, vale decir 2,8 millones de personas beneficiarias. Esto es equivalente a la población de cotizantes "dependientes" que actualmente son beneficiarios de Fonasa. Obviamente, ello no obsta para que esta metodología se haga extensiva a una población más amplia, como pueden ser pensionados e independientes, sino que por el contrario, serviría de base para estudiar su aplicación a otros segmentos.

El traspaso de 2,8 millones de beneficiarios no requeriría de más aportes que los que se han entregado en estos últimos años al sector salud y por lo tanto se concluye que el sistema es perfectamente factible.

Cabe destacar que desde que entre el año 1992 y el 1994 ha habido un incremento real en el presupuesto de Fonasa de un 51 %, lo que representa más de US $ 340 millones al año, cifra que hubiese sido más que considerable para asignarla como un subsidio de US$ 10 mensuales per cápita. No obstante, dicha cifra se ha entregado directamente a los Servicios de Salud, sin que —como se señaló al inicio del trabajo— ello haya representado un incremento efectivo de la productividad del servicio estatal.

El estudio no considera el efecto sobre el presupuesto municipal destinado a salud. Al respecto se puede señalar que la disminución de beneficiarios del sector estatal, en todo caso beneficiaría la atención de salud municipal.

Procedimiento

El método de trabajo básicamente se divide en dos áreas. En el punto 1 se determina cuál es el monto máximo que en teoría se podría "distribuir" en subsidios a los beneficiarios. En el punto 2 se estiman los efectos financieros que tendría para el Estado "trasladar" 2,8 millones de beneficiarios a las Isapres.

1. Determinación del subsidio máximo teórico

Para calcular el subsidio máximo teórico per cápita dividiremos el gasto corriente (véase Gráfico 1) del SNSS por el número estimado de beneficiarios que hacen uso de la modalidad institucional (se estiman 7.000.000 de beneficiarios):

CUADRO A1

Gasto Corriente del SNSS
(En millones de dólares, para el año 1994
según presupuestos provisorios de Fonasa)*

	1992	1994
Personal	261,24	472,29
Bienes y servicios de consumo	233,00	318,67
Pago de subsidio incapacidad laboral	24,90	30,96
Total gasto corriente	US$ 519,14	US$ 821,92

* Véase Gráfico 1.

Cálculo gasto corriente promedio en los Servicios de Salud estatales, US$ por beneficiario al mes:

US$ 821.920.000/7.000.000/12 = US$ 9,7 al mes por beneficiario para 1994

Esta cifra corresponde al monto máximo teórico que se podría entregar como subsidio, sí se distribuyera lo que se gasta en dar salud a los beneficiarios de los servicios estatales. Para 1992, dicha cifra era de US$ 6,18 per cápita al mes.

2. Determinación de ahorros y gastos para el Estado

A continuación, se estimarán los efectos financieros que provocaría el traslado a las Isapres de los beneficiarios subsidiados, esto es los ahorros y los gastos que se producirían. Se analizan los siguientes rubros: 1) Menores ingresos por cotizaciones; 2) Ahorros operacionales del SNS; 3) Mayor gasto para financiar subsidio; 4) Mayores ingresos por venta servicios del SNSS; 5) Ahorros en Subsidios Incapacidad Laboral CCAF; y 6) Ahorros en Modalidad Libre Elección Fonasa.

2.1. Menores ingresos del Fisco por concepto de cotizaciones no percibidas:

De acuerdo a las estadísticas del Cuadro 2 (cifras de marzo 1994), hubo 4.773.137 afiliados activos adscritos a las Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP, de los cuales 4.636.116 (N°3 del Cuadro 2) se afiliaron siendo "Dependientes" de un empleador. Sin embargo, sólo 2.110.518 (N° 4) cotizaron efectivamente como trabajadores dependientes. Si del total restamos aquellos trabajadores "dependientes" que están afiliados a las Isapres, (1.087.015 cotizantes) habría aproximadamente 3.063.511 (N° 7) de "trabajadores dependientes beneficiarios de Fonasa". De éstos, 2.040.008 (N° 5) de trabajadores no cotizaron como dependientes en su AFP en el mes de marzo.

a) Morosidad supuesta

Las cifras anteriores muestran que sólo el 50,13 % de los afiliados a las AFP cotizaron ese mes. No obstante, todos tuvieron derecho a algún sistema de salud. El 30,37% de los afiliados a una AFP es cotizante de alguna Isapre donde la evasión o morosidad en sus aportes para salud es mínima. Para los efectos, se ha supuesto un 5% de evasión, esto es 70.404 cotizantes "AFP-Isapre". Así, el resto de los AFP No Cotizantes serían 2.312.213 (N° 5), de los cuales supondremos que el 40% de ellos cotiza sólo el monto mínimo en Fonasa, en forma independiente o por cuenta propia, para tener derecho a la Modalidad de Libre Elección. Así, podremos estimar que la evasión o no pago de cotizaciones de los trabajadores independientes que hacen uso del régimen de salud estatal ascendería al 40 % del total de los cotizantes AFP-Fonasa. No se han considerado los trabajadores que aún cotizan en el sistema estatal de pensiones del Instituto de Normalización Previsional, INP, por considerar que no es relevante para el ejercicio.

b) Cálculo de cotizantes beneficiarios del Régimen Estatal de Salud afiliados a una AFP

Finalmente, si a los 2.323.903 cotizantes de AFP (Nº 4) se les restan los dependientes afiliados a las Isapres 1.408.080 (Nº 6), quedarán 915,823 (Nº 10) de trabajadores cotizantes AFP que son además beneficiarios del Régimen de Salud Estatal. Esta cifra coincide con la mostrada al final del Cuadro 3 (983.801), obtenida restándoles a los cotizantes AFP según tramos de rentas, los cotizantes en las Isapres. Este universo de personas es el susceptible de recibir un subsidio.

CUADRO A2

Análisis para Trabajadores Dependientes AFP

Marzo de 1994

Calidad de trabajadores		Nº	Porcentaje
Afiliados AFP Total	(1)	4.773.137	
Afiliados Isapre Total	(2)	1.508.080	
Afiliados dependientes AFP	(3)	4.636.116	100
Cotizantes dep. AFP	(4)	2.323.903	50,12
Total no cotizantes AFP	(5)	2.312.213	49,88
Afiliados dependientes Isapre	(6)	1.408.080	30,37
Dependientes Fonasa	(7)	3.228.036	69,62
AFP-Isapre morosos	(8)	70.404	
Fonasa no cotizantes 60% de (5)	(9)	1.387.927	
Cotizantes dependientes de Fonasa	(10)	915.823	

(1) (3) (4) = Fuente: Boletín Superintendencia de AFP, marzo de 1994.
(2) y (6) = Fuente: Superintendencia de Isapres, marzo de 1994.
(5) = (3) - (4).
(7) = (3) - (6).
(8) = Se supone una morosidad de un 5%.
(9) = Se supone que el 40% de los AFP No Cotizantes (9) cotizan sólo en Fonasa como independiente.
(10) = (4) - (6) Mercado objetivo del subsidio.

CUADRO A3

Tramos de renta	Cotizantes AFP (1)	Cotizantes Isapre (1)	Cotizantes Fonasa
Menos de $ 51.000	399.972	29.304	370.668
51 - 100	755.046	167.166	587.880
101 - 210	659.329	409.847	249.482
210 - 250	141.973	91.725	50.248
250 - 300	94.544	84.889	9.655
300 - 350	64.911	63.297	1.614
350 - 400	46.524	47.470	0
400 - 480	64.141	55.700	-
Más de 480	166.128	192.702	-
Otros sin clasif.	0	266.685	0
Total	2.392.586	1.408.785	983.801

Cifras aproximadas a marzo de 1994 por el autor.

Nota (1): El número de "Cotizantes" por tramos de renta en el cuadro anterior puede presentar ciertas variaciones, por cuanto la información disponible en los Boletines de la Superintendencia de AFP y de Isapres (mes de Junio de 1992) no coincide en algunos tramos de renta, por lo que los datos se han debido aproximar.

La renta promedio resultante de los beneficiarios de Fonasa es de US$ 215 ($ 90.095) considerando los tramos bajo $ 300.000, que serían las rentas donde estarían concentradas las personas que recibirían el subsidio. Los cotizantes Fonasa se obtienen por diferencia entre cotizantes AFP menos cotizantes Isapre.

c) Beneficiarios por cotizantes

Según estadísticas del sistema Isapres hay 2,39 beneficiarios por cotizante (1,39 cargas por cotizante). No obstante, dadas las características del grupo socioeconómico de que se trata supondremos 2,8 beneficiarios por cotizante.

En consecuencia, el Fisco dejaría de percibir:

Con el subsidio se podrían desafiliar del Régimen de Salud Estatal los trabajadores cotizantes dependientes, o sea aproximadamente 915.823 con una renta promedio de US$ 215 mes, según el Cuadro 3. De éstos, un 95 % paga efectivamente la cotización correspondiente del 7% de la renta (5 % evasión o morosidad nunca recobrada por el Estado, según se señaló en a), suponiendo una morosidad igual a la del sistema Isapre.

915.823 cotztes. * US$ 215 * 7% * 12 * 95 %= (US$ 157,13 mills. al año).

Esto corresponde al 36,43 % del total de las cotizaciones percibidas en el sector público (US$ 431,28 millones al año según Gráfico 1). La diferencia la aportarían los cotizantes pensionados y trabajadores independientes afiliados a Fonasa no considerados en este estudio.

2.2 Estimación de los ahorros operacionales por la desafiliación de 915,823 cotizantes más sus cargas, del Régimen de Salud Estatal. (2.564.304 personas):

El Gasto Corriente estatal mensual, determinado en el punto 1 es de US$ 9,78 al mes per cápita, por lo tanto esto representa

2,56 mills. de benef.* US$ 9,78 mes * 12 meses = US$ 300,44 mills. al año.

No obstante, supondremos que efectivamente sólo se ahorra el 70% de esta cantidad al año, puesto que una parte de estos recursos corresponden a gastos fijos de las instituciones públicas. Como es sabido, en el tiempo ningún gasto es fijo, por lo que debería ahorrarse una mayor parte de estos recursos. Considerando la alternativa menos optimista, tendríamos:

Ahorro del SNSS 300,44 * 70% = US$ 210,31 millones al año.

2.3 Cálculo de los mayores recursos fiscales requeridos para financiar el subsidio a la demanda:

Si el monto máximo del subsidio es US $ 9,78, el promedio del subsidio per cápita se estima en US$ 4,89 por persona al mes (el subsidio disminuye si aumenta la renta de las personas, es decir varía de 0,1 a 9,78). En consecuencia, el gasto anual en subsidio sería de:

2,56 mills. de benef.* US$ 4,89 * 12 meses = (US$ 150,22 mills. al año).

2.4 Determinación de mayores ingresos del SNSS por venta de servicios a las Isapres:

Parte de los beneficiarios subsidiados demandarán prestaciones de salud en los hospitales de los Servicios de Salud, simplemente porque no existe infraestructura privada suficiente para todos. Por tal razón, suponemos

que parte de los ingresos que percibirán estos afiliados se gastarán comprando servicios a los hospitales públicos.

a) El total de nuevos ingresos que recibirían las Isapres por concepto de cotizaciones y subsidios de los nuevos afiliados (millones de US$):

	Cotizaciones		157,13	(punto 2.1)
+	Subsidio para salud/año		150,22	(punto 2.3)
	Total	**US$**	**307,35**	**millones al año.**

b) El Gasto en Salud representa el 59 % del total de ingresos[28]
De eso, el Gasto en Atención Cerrada significa el 37,9 % del gasto en salud.
En consecuencia, supondremos que retornarían a los hospitales públicos por la venta de servicios lo siguiente:

59% * 37,9% *307,35 = US 68,73 millones al año.

Se estima un costo de producción de dichos servicios en un 80 % de los ingresos hospitalarios.

US $ 68,73 mill* 0,80 = US$ 54,98 millones al año.

(Como se aprecia, no hemos supuesto ningún ingreso en los hospitales públicos por la venta de consultas, procedimientos, exámenes ambulatorios, etc., los que contribuirían a mejorar el proyecto si se produjesen.)

2.5 Ahorros por Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL):

El Fisco dejará de financiar los déficit de los subsidios por incapacidad laboral, pagados por las Cajas de Compensación (Gráfico 1) y los subsidios pagados por los Servicios de Salud:

Supondremos que el Fisco ahorraría la proporción correspondiente a los afiliados dependientes, que se desafiliarían del Régimen Estatal. Suponemos el 80 %:

[28] *Fuente*: Boletín Estadístico de la Superintendencia de Isapres, año 1991 (Isapres abiertas).

Gasto en SIL pagados por CCAF	=	US$ 15,77	millones al año.
Gasto SIL pagados por S. Salud	=	US$ 30,36	
Total gasto en SIL	**=**	**US$ 46,13**	
46,13* 80%	**=**	**US$ 36,90**	**millones al año.**

2.6 Ahorros en la Medicina Curativa de la Modalidad de Libre Elección (Fonasa):

Fonasa ahorraría la parte correspondiente a las bonificaciones que se otorgan a los beneficiarios que se desafilian.

De acuerdo al Gráfico 1:

Aportes de Beneficiarios	US$ 90,75	millones.
Gasto Total Libre Elección	US$ 152,82	millones
Gasto Neto Libre Elección	US$ 62,07	millones.

De esta cifra estimaremos que el Fisco ahorraría un tercio del total, puesto que hay usuarios de la Libre Elección, como los pensionados e independientes que continuarían haciendo uso de ésta:

US$ 62,07 millones* 33% = US$ 20,48 millones al año.

No obstante, debido a las inequidades del sistema que se señalaron en el trabajo, se estima que la modalidad de Libre Elección debería ser reemplazada definitivamente por el sistema Institucional o por las Isapres, según prefiera el beneficiario. El subsidio a la demanda permitiría racionalizar el sistema de salud chileno a sólo dos modalidades de atención: Institucional en establecimientos estatales o atención privada por medio de las Isapres.

Resumen

El cuadro que se muestra a continuación refleja las variaciones del presupuesto que provocaría la implementación de un subsidio a la demanda. Evidentemente, al no tratarse de un estudio económico no se han sensibilizado los supuestos que contiene este estudio, no obstante contiene cifras que permiten aproximarse a la realidad.

		US$ Millones
Menores ingresos por cotizaciones		(157,30)
Ahorros operacionales SNSS		210,31
Mayor gasto para financiar subsidio		(150,22)
Mayores ingresos venta servicios SNSS		68,73
Costos de producción servicios (80% venta)		(54,98)
Ahorros en Subsidios Inc. Laboral CCAF		36,90
Ahorros en Modalidad Libre Elección Fonasa.		20,48
Aporte fiscal (déficit)	US$	(26,08) millones.

Cabe hacer notar que el ejercicio efectuado con los datos correspondientes al año 1992 arrojó una cifra de US$ 28,20 millones.

3. Programa tentativo de entrega de subsidios

El período de aplicación de los subsidios dependerá de la capacidad comercial y operacional de las Isapres y del interés de las personas en hacer uso del beneficio.

Beneficiarios

1er. año	700.000
2° año	1.400.000
3er. año	2.100.000
4° año	2.500.000

Conclusión respecto de las cifras

Según estas cifras preliminares, la aplicación de un subsidio a la demanda para que 2,56 millones de personas se afilien a una Isapre representaría un mayor aporte fiscal mensual para el sector salud, al cuarto año (sistema en régimen) de US$ 26 millones. (aprox. 2,4 % del presupuesto de 1994 de Fonasa), cifra que es irrelevante si se compara con los considerables incrementos presupuestarios de más del 50 % que ha experimentado el sector estatal en los últimos años.

JUAN GIACONI G.

Proyecciones de las reformas introducidas en el sector salud durante el Gobierno de las Fuerzas Armadas (1973-1990)

Introducción

Se especifican aquí las principales reformas realizadas en el sector salud entre 1973 y 1990, dando cuenta del contexto en que ellas tuvieron lugar y las motivaciones para llevarlas a efecto. Especial mención se hace de los cambios habidos en el sector público, de la descentralización hacia el sector municipal, de los convenios público-privados celebrados y de la creación de las Isapres. Finalmente, se analizan las diferentes reformas que quedaron pendientes de ejecución y que hasta ahora configuran el debate público en torno a la salud.

Contexto de las modificaciones introducidas en los sistemas de seguridad social

Chile cuenta con una dilatada trayectoria en el desarrollo de los sistemas relacionados con la seguridad social, la cual se remonta a comienzos de los años veinte. Tales sistemas se hallaban inspirados significativamente en la tradición "bismarckiana", surgida en Europa a fines del siglo XIX.

Juan Giaconi G. Médico, es profesor universitario, jefe del Departamento de Salud Pública, PUC. Realizó estudios de post-grado en la Universidad de Chile y la Universidad de Londres, donde obtuvo el Master of Science en 1980. Entre 1986 y 1990 fue Ministro de Salud. Es autor, en su especialidad, de numerosos capítulos de libros y publicaciones en revistas. Es además consultor de la OMS/OPS y del Banco Mundial.

Los rasgos fundamentales con que fueron creados los diferentes subsistemas de previsión social fueron su administración, a cargo del Estado o de las dependencias directamente vinculadas a él, y su financiamiento tripartito (por el Estado, los empleadores y los trabajadores). En sus inicios, su principal limitación consistió en la imposibilidad de lograr coberturas poblacionales significativas, en especial hacia los grupos más desprotegidos.

En el caso específico de la salud, el panorama queda, a partir de 1952, dominado por la existencia del Servicio Nacional de Salud (Ley 10.383), que fue creado conjuntamente con el Servicio del Seguro Social (SSS). Dicho Servicio institucionalizó la atención a través de médicos funcionarios, adscritos previamente a las diversas instituciones que se fusionaron para constituirlo (Junta Nacional de Beneficencia, Protinfa, etc.). El Servicio Nacional de Salud representó un aporte significativo al país, pues contó siempre con una cobertura geográfica razonable y con buenos programas de salud, en especial en el área materno-infantil.

A fines de la década del sesenta, se produce una innovación también significativa con la creación del Sistema de Medicina Curativa para empleados o Sermena de libre elección (Ley 16.781/68), que regula la atención mediante el pago por los servicios profesionales. Por la misma época, se institucionalizan las mutuales privadas, que administran una parte del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Ley 16.744/68).

A comienzos de los años setenta, el Servicio Nacional de Salud, que tan buenos servicios había prestado al país, evidenció algunos problemas, generados por su gigantismo y el alto grado de centralismo que lo afectaba. Ello configuró un terreno propicio al desarrollo de una burocracia todopoderosa en el manejo de los mismos y a ineficiencias en la administración de sus recursos. Una situación que habría de influir por cierto, negativamente, en la atención de la población asignada.

La situación se deterioró a tal extremo que el 19 de noviembre de 1971 la Honorable Cámara de Diputados, en uso de sus facultades fiscalizadoras, acordó crear una Comisión Especial Investigadora para "conocer de todas las denuncias que existen contra el Servicio Nacional de Salud por la mala atención que presta al público".

Tras reunir información proveniente de 52 hospitales de todo el país, la Comisión arribó a la conclusión de que existía una muy mala atención de sus beneficiarios legales, un déficit enorme en la cantidad de camas disponibles, y una carencia sustancial de equipos y de las instalaciones necesarias. Asimismo, se consignó que el Servicio cumplía sólo a medias con su labor de protección y fomento de la salud, que no contaba con profesionales en todos los niveles requeridos y que la atención del enfermo era, en rigor, "deshumanizada".

Las modificaciones introducidas y el gradual reacondicionamiento del sistema público de salud

Durante los primeros años del pasado gobierno, se conservó más o menos indemne la estructura del Servicio Nacional de Salud, con su Dirección General (1973-1976). Los esfuerzos se concentraron en una racionalización de su planta nacional de personal, en una significativa delegación de las funciones hacia las autoridades zonales y de área, o provinciales, y en la búsqueda de una mayor eficiencia en el empleo de los recursos, con la introducción de profesionales adscritos al área de la administración en los equipos directivos. Fueron los períodos correspondientes a sus dos últimos directores generales, los doctores Darwin Arriagada Loyola y René Merino Gutiérrez.

A partir de 1976, se nombra a un delegado de gobierno a cargo del Servicio Nacional de Salud, situación que habría de prolongarse hasta agosto de 1980. Dicha figura jurídica se tradujo en una mayor flexibilidad en el manejo administrativo y, en lo fundamental, hizo posible la fusión de los cuadros técnicos de la ex Dirección General con los profesionales asignados al Ministerio de Salud. La función normativa —vale decir, la facultad de dictar las políticas y programas de salud— volvió en parte a manos del ministerio. Por esa misma fecha, cobró fuerza la regionalización del país, designándose a los directores zonales del SNS como secretarios regionales ministeriales, por simple encomendación de función y sin planta de personal propia. En dicho período, tuvo lugar un proceso de evaluación, de gran importancia, en cada una de las 54 áreas que abarcaba el Servicio Nacional de Salud, proceso tendiente a medir el grado de desarrollo técnico existente y su capacidad de gestión administrativa.

El análisis en cuestión condujo a una propuesta inicial para la creación de agrupaciones descentralizadas, que fueron denominadas *unidades operativas de salud*. A continuación, en un proceso de "negociación" entre las autoridades regionales y las autoridades centrales, se decidió cuáles eran las zonas y/o las áreas de la salud del ex SNS que habrían de transformarse en unidades autónomas, descentralizadas, con planta de personal propio, patrimonio exclusivo y capacidad de manejo de su presupuesto. Fueron los servicios de salud, creados por el Decreto Ley 2.763 de 1979. Originalmente, fueron veintisiete servicios en total, pero ya en 1981 se disolvió el Servicio Metropolitano Noroccidente, fusionándolo con el S.S.M. Occidente, y se creó el Servicio Metropolitano del Ambiente (Ley 18.122 del 17 de mayo, 1982), que sustituyó en esa área a los seis servicios preexistentes en la Región Metropolitana. Dicho proceso, en extremo dinámico, de revisión de los límites geográficos y la cobertura de los servicios, no siguió desarrollán-

dose más adelante. Recién ahora se están programando nuevas revisiones para crear un segundo servicio de salud en la Región de la Araucanía (Malleco-Victoria) y en la Décima Región (Servicio de Salud Chiloé).

La idea original apuntaba a que, con el paso del tiempo, aquellas agrupaciones de establecimientos que demostraran un grado de maduración técnica y un cierto desarrollo de su capacidad de gestión, y que además ocuparan un área geográfica coincidente con una provincia, pudieran ser reconocidas legalmente como nuevos servicios de salud.

El Decreto Ley 2.763/79 intenta, en términos conceptuales, hacer una separación nítida entre el nivel normativo (ministerio), el nivel financiero (Fondo Nacional de Salud) y el nivel operativo (Servicios de Salud, Central de Abastecimiento e Instituto de Salud Pública).

De los organismos que se han mencionado, lo auténticamente novedoso fue la creación de los servicios de salud, a través de la fusión de los establecimientos de salud que a esa fecha (1980) poseían el ex Servicio Nacional de Salud y el ex Servicio Médico de Empleados.

Tampoco había precedentes para la creación del Fondo Nacional de Salud, un ente financiero autónomo y que canaliza los aportes financieros del Estado, el aporte fiscal (Ley de Presupuestos) y los ingresos previsionales (cotizaciones obligatorias en salud). A este organismo, se le encargó —sin que hubiera una razón muy clara para ello— el manejo de la libre elección para obreros y empleados.*

Dejando de lado a las empresas del Estado, a la Dirección del Presupuesto del Ministerio de Hacienda y al Instituto de Normalización Previsional del Ministerio del Trabajo, FONASA es el organismo público que maneja la mayor cantidad de fondos públicos en Chile. En el DL 2.763/79 se refuerzan, a la vez, las funciones normativas y contraloras del Ministerio de Salud, la creación formal de las secretarías regionales ministeriales, así como la autonomía que confiere a los organismos preexistentes en el SNS, como son el Instituto de Salud Pública (ex Instituto Bacteriológico de Chile) y la Central de Abastecimiento.

En 1981, culminan la desaparición gradual de algunos organismos, como la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (Ley 18.126 del 1 de junio de 1982), por considerarse que su función podía quedar a cargo de empresas privadas del rubro. Asimismo, se disolvió el Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición, por considerarse agotada su

* En realidad el sistema cubría exclusivamente a los trabajadores con calidad jurídica de empleados, pero con la dictación, en 1979, del decreto Ley 2.575 se había hecho extensivo a los obreros.

misión originaria, y se lo reemplazó por el Departamento de Nutrición, adscrito al Ministerio de Salud.

El curso de la descentralización

Una vez instaurados los servicios de salud autonómos, a partir del 3 de agosto de 1980, se comenzó a planificar una nueva etapa, que permitiera aproximar la toma de decisiones y el manejo de la salud a los usuarios, a su grupo familiar y a la comunidad. Para ello, se optó por aprovechar la instancia de las muncipalidades, concibiéndolas como instituciones-eje en dicho proceso. De hecho, la ley municipal vigente permitía el traspaso de establecimientos educacionales, de salud y de menores a la administración municipal.

En el caso de la salud, el traspaso clarificó algunas cuestiones previas, como el tipo de establecimientos a traspasar, las modalidades para hacerlo y la gradualidad del proceso.

En cuanto al tipo de centros de salud a traspasar, se optó por un criterio de tamaño y cobertura geográfica poblacional, seleccionándose los consultorios generales urbanos, los consultorios generales rurales y las postas rurales. Además se consideró la posibilidad de incluir los hospitales tipo 4, de cobertura comunal, con sus consultorios adosados, en una segunda etapa.

En cuanto a la modalidad, se consideró que debían concurrir la voluntad del servicio de salud y de la municipalidad respectiva, en un convenio que sólo era ratificado por un decreto del Ministerio de Salud. El texto tipo del convenio fue uniforme para todo el país y muy estricto, al dejar establecidas las obligaciones técnico-programáticas de responsabilidad de los establecimientos traspasados. El personal, que se regía por el Estatuto Administrativo, aplicable a los funcionarios públicos, se traspasó bajo el régimen general del Código del Trabajo, con la posibilidad de retirar sus fondos de desahucio y con reconocimiento de la antigüedad servida, para fines de jubilación. La estructura administrativa al interior de la municipalidad fue optativa. Algunas municipalidades crearon corporaciones municipales, que podían, eventualmente, incorporar a otras instituciones estatales y del sector privado. Tales corporaciones manejan simultáneamente la salud y la educación comunal. La otra alternativa para estructurar la administración del nivel primario de salud traspasado fue la creación de un "Departamento de Salud Municipal", caso en el cual se sigue la tradición de administrar los asuntos de salud a través de estruturas internas habituales en las municipalidades de nivel medio y las más grandes. El traspaso del financiamiento reprodujo la facturación por atenciones prestadas, existente para los demás establecimientos

de cada servicio. Al comienzo sin tope financiero mensual, el cual pocos meses después hubo de ser instaurado a nivel nacional, dado el aumento significativo del gasto que pudo verificarse, en forma generalizada, en los establecimientos traspasados.

En cuanto a la gradualidad del proceso, el traspaso se realizó en dos etapas. La primera, en el bienio 1981-1982, consideró en buena medida el interés mutuo de los servicios de salud y las municipalidades y se limitó a sólo un tercio de los consultorios y postas del país.

La segunda, en diciembre de 1987, abarcó el total de los establecimientos primarios que prestaban servicios, con la excepción de los pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Central, para el cual existían otros planes. Entre ambas etapas, hubo varios estudios de evaluación, el más importante de los cuales fue el realizado por la Secretaría General de la Presidencia de la República. Es conveniente resaltar que dichos análisis sugerían la continuación del proceso, aun cuando señalaban algunas áreas de especial atención y cautela en algunos puntos, sugerencias que fueron acogidas.

En 1982 se materializa la transferencia a las municipalidades de los cementerios ubicados en el área comunal y pertenecientes a cada servicio de salud, con su personal, bienes raíces y bienes muebles (Ley N° 18.096 del 25 de enero de 1982). Esta decisión pretendía restringir el "giro" de los servicios prestados al área de las prestaciones de salud, aun cuando, curiosamente, la generalidad de los cementerios era una fuente de ingresos para cada servicio.

Capacidad de firmar convenios por parte de los organismos del sector público

Considerando que un punto central para la existencia real de un sistema de salud en un país determinado es la buena coordinación y la complementación entre los sectores públicos y privado, es de interés explicitar aquí cómo se estableció la normativa en relación al tema.

El DL 2.763 establece que las personas, instituciones y demás entidades privadas gozarán de libre iniciativa para realizar acciones de salud, así como para adscribirse al Sistema Nacional de Servicios, suscribiéndose con los organismos que lo integran los convenios que corresponda.

Dicho texto legal otorga a cada Servicio de Salud la facultad de celebrar, con autorización del Ministerio de Salud, convenios con universidades, organismos, sindicatos, asociaciones patronales o de trabajadores y, en gene-

ral, con toda clase de personas naturales o jurídicas, a fin de que tomen, por cuenta del servicio, algunas acciones de salud que a éste correspondan por la vía de la delegación o de otras modalidades de gestión, previa calificación de la suficiencia técnica para realizar dichas acciones. Los servicios podrán pagar las prestaciones en que sean sustituidos por acciones realizadas, mediante el traspaso de los fondos presupuestarios correspondientes u otras formas de contraprestación.

Dichas normas fueron fijadas en detalle a través del Decreto con Fuerza de Ley N° 36 del 27 de diciembre de 1980 (modificado por la Ley 18.417 del 4 de julio de 1985), para la situación en que, por cuenta del Servicio, se delega la atención integral de una población determinada o un sector geográfico cualquiera. Cuando un convenio afecta a más de un Servicio de Salud, lo pueden firmar el Subsecretario de Salud, con la autorización explícita de cada Servicio. Tan sólo quedan fuera de todo convenio las potestades de control y de sanción, que deben ser ejercidas directamente por las autoridades de cada servicio.

A la luz de lo expuesto, se renovaron múltiples convenios existentes con hospitales privados o al menos no pertenecientes al Ministerio de Salud. Muchos de dichos acuerdos se remontaban a la década del sesenta, como es el caso del Hospital José Joaquín Aguirre, de propiedad de la Universidad de Chile; el Hospital Parroquial de San Bernardo, el Hospital "El Lavadero" de Colonia Dignidad, el Hospital San José de Puerto Varas, el Hospital de Pucón, el Hospital Manquehue y otros de menor tamaño a lo largo de todo el país. En todos estos casos, se delegó a esos establecimientos la atención con población a cargo.

Con un objetivo diferente, en 1975 se entregó el Consultorio de Maipú a la administración de una Corporación Privada de Desarrollo, organizada por la Sociedad de Fomento Fabril. En este caso, se pretendía aprovechar las ventajas de una administración privada, más flexible y creativa, en el manejo de un establecimiento que hasta esa fecha era estatal. Dicho convenio se amplió posteriormente a toda el área central, hoy el Servicio Metropolitano Central, con su Hospital San Borja-Arriarán y sus cinco consultorios. La evaluación posterior de este convenio fue muy auspiciosa, lo que motivó, como estrategia, el intento de entregar a la administración de corporaciones privadas varios hospitales regionales o provinciales. Lamentablemente, esos intentos fracasaron durante los años 81-82, al no estar disponible la magnitud enorme de recursos financieros que se requerían para asumir su manejo. El tamaño excesivo de los establecimientos escogidos y la absoluta falta de experiencia de las agrupaciones intermedias que fueron contactadas obstaculizaron la materialización de esta idea. A la postre, a fines de la década

del ochenta, no fue posible mantener el convenio con la Corporación de Desarrollo en el Servicio de Salud Metropolitano Central, creándose una nueva corporación, denominada "Lautaro", que funcionó hasta diciembre de 1989. La solución "híbrida", de propiedad estatal con planta de funcionarios públicos y privados y sometida a la mayoría de las regulaciones del sector, público no parece viable en la práctica, ni es recomendable su extensión al resto del país.

En los años setenta, fueron firmados a la vez algunos convenios nacionales con entes privados, el más relevante de los cuales fue el establecido con la Corporación para la Nutrición (CONIN), que hace posible el manejo cerrado de niños desnutridos a un costo menor que en los hospitales o servicios pediátricos.

La ley entrega también facultades para establecer convenios de amplio alcance al Fondo Nacional de Salud y al Instituto de Salud Pública.

Por otras disposiciones legales, se faculta a los Servicios de Salud a celebrar convenios con el Servicio Médico–Legal del Ministerio de Justicia para la realización de las pericias e informes médico-legales que requieran los Tribunales de Justicia (Ley 18.355 del 7 de noviembre de 1984).

Convenios con Isapres

Los Servicios de Salud pueden celebrar también convenios con las Isapres en lo que se refiere específicamente a la utilización de pensionados, unidades de cuidado intensivo y atención en servicio de urgencia, lo cual puede incluir, a su vez, la realización de intervenciones quirúrgicas o los exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico. Tales convenios podrán celebrarse por cada servicio de salud con una o más instituciones y en ellos los valores de esas prestaciones serán libremente pactados por las partes (Artículo 22, Ley 18.933, 9 de marzo de 1990).

La creación del sistema de Isapres y su evolución. Problemas no resueltos

El sector privado de salud en Chile, en cuanto al ejercicio liberal de las profesiones de la salud y el funcionamiento de algunas instituciones privadas de salud, se remonta al siglo pasado. En nuestra centuria, hay dos hitos revelantes, previos a la creación de las Isapres. El primero fue la regularización del manejo por las mutuales del seguro de accidentes del trabajo y

enfermedades profesionales. Dichas organizaciones, creadas por iniciativa empresarial, funcionaban desde 1958, pero fueron reguladas en detalle por la Ley 16.744 de 1968, lo cual posibilitó el manejo privado de una cotización obligatoria con cargo a los empleadores. En forma simultánea, se autorizó el manejo y la administración directa por las empresas, en el caso de aquellas con más de dos mil trabajadores, y el manejo por el Estado a través de los Servicios de Salud y el Instituto de Normalización Previsional (INP).

El segundo hito fue la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados en su modalidad de libre elección, en 1968, mediante la Ley 16.781. Dicho servicio manejaba a su vez la cotización obligatoria de salud, en particular de los empleados, extendiendo bonos y programas con co-pago de los usuarios. En la práctica, la mayoría de las prestaciones de libre elección son realizadas por entes privados: por clínicas, laboratorios y centros radiológicos o profesionales autorizados. Tan sólo en casos excepcionales, en localidades donde no existe en la práctica el sector privado, el otorgamiento de las prestaciones corre a cargo de establecimientos del sector público.

En 1981, en el conjunto de las reformas previsionales, se autoriza a que la cotización obligatoria en salud con cargo al trabajador, ascendiente a un 4% en 1984 y, desde 1986, a un 7% sobre su renta imponible (con un tope de 60 UF) pueda destinarse al Fondo Nacional de Salud o a una Institución de Salud Previsonal (Isapre). Dichas modificaciones en las tasas de cotización quedaron establecidas en los decretos leyes 3.500 y 3.501 y en cambios legales posteriores, siendo el último de ellos la Ley 18.566 (D.O., 30 de octubre, 1986).

El cuerpo legal que las autorizó fue el DFL 3 del 27 de abril de 1981, que fijó la estructura básica de las entidades, su financiamiento, la garantía, las prestaciones y el sistema de fiscalización y sanciones. Ellas debían inscribirse en el Fondo Nacional de Salud y ofrecer un plan de salud que incluyera el pago de subsidios por enfermedad y maternales.

En la década de los ochenta, se dictaron varios textos legales que, de algún modo, incidieron en las Isapres. Es así como, en 1985, se dicta la Ley 18.418, la que traspasa al fondo único de prestaciones familiares y subsidios de cesantía el financiamiento de los subsidios de reposo maternal y permisos por enfermedad del hijo menor de un año. En 1986, se dictó la Ley 18.566, que autoriza a los empleadores a agregar un 2% de cotización a las rentas más bajas, una imposición a cargo del empleador, que puede ser descontada del pago de impuestos.

Es interesante destacar que, más allá de la legislación vigente, las Isapres que se crearon comenzaron a adquirir perfiles propios. En virtud de ello, algunas de ellas son sólo para los trabajadores de una determinada empresa

(Isapres cerradas), y otras son abiertas a toda la comunidad (Isapres abiertas). Algunas partieron o desarrollaron infraestructura propia, mientras que otras se limitan al financiamiento de las prestaciones de salud y pecuniarias. Jurídicamente, algunas son sociedades anónimas abiertas o cerradas, otras son cooperativas de salud e incluso pueden ser corporaciones sin fines de lucro. El diseño de los planes, gracias a la competencia entre ellas, ha ido disminuyendo paulatinamente los períodos de carencia, las exclusiones, las enfermedades preexistentes y los límites impuestos. Incluso el porcentaje destinado a los gastos administrativos del sistema, al comienzo muy elevado, ha tendido a disminuir con el tiempo.

El 9 de marzo de 1990 se promulgó la Ley 18.933, que realiza modificaciones importantes a las Isapres. Crea una Superintendencia para su registro, fiscalización e interpretación administrativa en materias de su competencia. Modifica el plazo que el cotizante debe esperar para cambiarse de Isapres, de un mes a un año, con lo cual, por una parte, restringe parcialmente la libertad de elección del usuario, pero establece un factor de estabilidad dentro del sistema. Determina que los contratos deben pactarse por un plazo indefinido, salvo incumplimiento de las obligaciones contractuales, y que son revisables año a año, en condiciones generales que no importen discriminación dentro de un plan.

Los problemas no resueltos dentro del sistema de Isapres

Los principales problemas pendientes guardan relación con la atención a las personas mayores de 65 años, que a la fecha están subrepresentadas dentro de la población afiliada (son sólo el 2% entre los usuarios de las Isapres, siendo el 6,5% en el total de la población). Ciertamente el problema de los costos incide en esta situación.

Otra cuestión apunta a que los planes puedan ofrecer al usuario una atención integral, con las menores exclusiones, topes y períodos de carencia posibles. En esta área, hay que reconocer que el sistema ha hecho avances, por la competencia entre las entidades, en los últimos años.

Finalmente, los denominados "subsidios estatales" a las Isapres, como serían la gratuidad de las vacunas o la entrega de productos incluidos en el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, pueden ser abordados a través de una cancelación explícita por parte de cada Isapre. Hay personas que consideran que el pago de subsidio maternal con cargo al fondo único de prestaciones familiares estatal, y el 2% adicional a cargo del empleador que se pueda agregar a la cotización obligatoria del 7% constituyen subsidios

estatales. En el caso de los pre y post-natales, su pago es de cargo fiscal, tanto en el caso en que la persona cotiza al FONASA como cuando lo hace a una Isapre. El empleador descuenta el 2% adicional de sus impuestos, siéndole posible agregarlo tan sólo cuando la renta del cotizante es baja y está afiliado a una Isapre. En rigor, es un "subsidio" especial para el grupo que lo recibe y que, en último caso, disminuye la tributación general de dichos empleadores.

El rol del sector privado y la actuación conjunta del sector público y el sector privado

Prácticamente todos los sistemas de salud del mundo son, en términos estructurales, una mezcla de lo privado y lo público. Lo que cambia de un país a otro es el porcentaje que cada uno representa en el total del sector salud y las áres específicas en que se explicita la presencia de cada sector.

Hay un relativo consenso en Chile en cuanto a que el rol normativo, vale decir el de la entidad que dicta las políticas, normas y programas de salud, es una función privativa del Ministerio de Salud y sus secretarías regionales. En cuanto a la función operativa, vale decir de ejecución de las prestaciones, la realidad es que aproximadamente un 75% de la infraestructura es estatal y el 25% restante corresponde al sector privado (de 44.000 camas totales, 33.500 son del sector público y 10.500 del sector privado). En el ámbito de las acciones ambulatorias, la relación puede ser de hasta un 65% de centros de propiedad pública y el 35% restante de carácter privado.

En todo caso, la tendencia en Chile ha sido más bien a dejar que el sector estatal ejecute la totalidad de las acciones de salud con altas externalidades positivas, como son las de fomento y protección. (Vacunaciones, PNAC, controles materno-infantiles, etc.). La tendencia, en cambio, respecto de las acciones curativas ha sido a dejarlas en manos de organismos privados.

Las características propias de un sistema de salud mixto han permitido la existencia de un sector público cuya eficiencia en el uso de los recursos es discutible, pero cuyo impacto en los indicadores de salud fue muy significativo hasta la fecha.

Desde 1980, con la creación del Fondo Nacional de Salud, se procedió a separar el tema del financiamiento de la salud de la parte operativa. Esto permitió focalizar el subsidio estatal en las personas de más bajos ingresos. En la modalidad de libre elección (1981), creando tres niveles de atención, con co-pago progresivo por el usuario. En la modalidad institucional, por la clasificación de toda la población beneficiaria en cuatros grupos, de los

cuales los de más altos ingresos (C y D) pagan el 25% y el 50% del arancel FONASA en el nivel 1, respectivamente, excepto en las atenciones del nivel primario (Ley 18.469 del 23 de noviembre de 1985). Con la dictación de esta ley desaparecen los sistemas de prestaciones diferentes según la calidad jurídica del trabajador, vale decir la subdivisión en obreros y empleados, y se enfocan en el nivel de ingresos del jefe de familia.

Los ajustes que se juzgaban necesarios y que no fue posible realizar

A partir de un estudio conjunto entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda, titulado "Transferencia de recursos financieros, Sector Salud. Proyecto prima per cápita" (marzo, 1987), se diseñó una serie de mecanismos de transición hacia un nuevo sistema de salud para Chile.

Por razones de oportunidad y compromiso político de los diferentes sectores de Gobierno, y también por las dificultades técnico-administrativas de su implementación, la mayoría de estas reformas quedó pendiente a la fecha del término constitucional del gobierno pasado (11 de marzo de 1990), quizás porque se consideró que todo ello suponía transformaciones demasiado profundas en la coyuntura que se vivía. No hay que olvidar que las modificaciones dentro del sector salud deben hacerse siempre "sobre la marcha", es decir, al interior de un sistema que no puede dejar de brindar atención a la población.

Algunos principios generales que guiaron estas propuestas fueron una mejor definición del rol del Estado, el respeto a la libertad de elección de las personas y el afán de garantizar una mejor utilización de los recursos públicos, fijando incentivos adecuados. En general, se pretendía que todos los recursos que el país destina a la salud fueran utilizados con mayor eficiencia.

Cabe destacar que las reformas propuestas mantienen su plena vigencia en la actual discusión pública sobre la salud, orientada a la búsqueda de las ansiadas modernizaciones aún pendientes.

En términos estructurales, hubo tres ajustes que no fue posible implementar.

Lo *primero* fue permitir que los hospitales públicos se transformaran, por una ley genérica, en empresas estatales con el carácter de sociedades anónimas (en que el 99% era de Corfo y el 1% del servicio de salud). Se piensa que esta medida descentralizaría aún más la gestión de cada hospital, haciéndolos más autónomos, permitiéndoles contar con una estructura

administrativa gerencial y un directorio con representantes de la comunidad para su manejo al más alto nivel.

En este esquema, los consultorios de cada servicio recibirían los aportes financieros del Estado y de la previsión, con los cuales comprarían prestaciones a los hospitales-empresas, al comienzo sin libertad de elección, para luego permitir que los hospitales compitan en el proceso de captar a la población afiliada para las corporaciones de consultorios. El proyecto de ley piloto proponía la creación de dos empresas en el Servicio de Salud Metropolitano Central: *Hospital Paula Jaraquemada S.A. y Consultorios de Salud Area Metropolitana Central S.A.* (esta última incluía los cinco consultorios del servicio). Se trataba de crear esas sociedades anónimas como personas jurídicas de derecho público, regidas por sus propios estatutos, por las reglas legales aplicables a las sociedades anónimas abiertas (Ley 18.046) y por las normas del proyecto de ley. La iniciativa legal respondía a la necesidad de lograr un manejo de los establecimientos públicos incluidos en el proyecto que permitiera superar algunos problemas y rigideces que afectaban a la gestión del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

La creación de dos empresas, en el esquema legal de las sociedades anónimas, permitiría incentivar las acciones de salud destinadas a mantener sanos a los beneficiarios, en lugar de incentivar el número de prestaciones realizadas. La propuesta toma como base la realidad social y la distribución geográfica con que opera el Servicio de Salud Metropolitano Central. Por otra parte, habría entre ambas empresas un mecanismo relacional, que permitiría a los consultorios aumentar su capacidad resolutiva, derivando al hospital sólo aquellos casos en que se justifique una atención de salud de mayor complejidad.

La iniciativa implicaba una administración más eficiente, mediante una mayor participación del sector privado en la gestión, sin excluir la posibilidad de incorporar al proceso a los trabajadores, beneficiarios y otras personas o instituciones.

El articulado del proyecto de ley establecía como objetivo de la sociedad *Hospital S.A.* la ejecución de acciones de recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas y el desarrollo de las actividades complementarias, conexas y auxiliares con aquellas que indique su estatuto. El objeto de la sociedad *Consultorios S.A.* era la ejecución de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas, en atención ambulatoria de nivel primario y secundario y las actividades complementarias, conexas y auxiliares con aquella, que indique su estatuto.

Las sociedades anónimas constituidas estarían obligadas a prestar

atenciones de salud a los beneficiarios de la Ley 18.469 (noviembre de 1985), sin perjuicio de proporcionar atención a personas no beneficiarias que lo requirieran.

Los socios fundadores de las referidas sociedades serían la Corporación de Fomento y el Fisco de Chile. Las acciones de sus capitales iniciales serían suscritas en un 99% por Corfo y el 1% restante por el Fisco, representado por el Ministro de Salud. Por el solo ministerio de la ley y a la fecha de las respectivas escrituras públicas de constitución, los bienes, derechos y obligaciones definidos mediante balances e inventarios pormenorizados que habría de confeccionar el servicio de salud se traspasarían a las respectivas sociedades anónimas.

En cuanto a los trabajadores, el proyecto de ley establece que ellos se regirán por las normas laborales y previsionales aplicables al sector privado.

Por otra parte, se autoriza explícitamente a la sociedad *Consultorios S.A.* para recaudar directamente, en sustitución del Fondo Nacional de Salud, las cotizaciones de salud. En tal caso, la sociedad sustituye también al fondo en el otorgamiento de beneficios y prestaciones establecidas por la legislación vigente, a los cotizantes correspondientes, financiando el costo con cargo a su patrimonio. Dichos cotizantes sólo podrían hacer valer ante la sociedad referida su calidad de afiliados o beneficiarios, para favorecer a las personas que dependan de ellos.

En la parte final del articulado incluido en el proyecto de ley se declara cumplida la exigencia establecida en el artículo 19, N° 21, inciso segundo, de la Constitución, con lo cual debe entenderse que el Estado queda autorizado a desarrollar actividades empresariales en la forma prevista en el proyecto.

Como puede apreciarse, los fondos irían directamente al nivel primario, el que regula la demanda hacia los demás niveles de atención, vale decir los niveles secundarios y terciarios. En dicho esquema, existe la posibilidad de privatizar tanto los hospitales-empresas que se creaban como las múltiples corporaciones municipales existentes. Las cotizaciones (7%) de los usuarios se recogerían también en el nivel primario, por nóminas o listados mensuales, tal como ocurre en las Isapres. Hacer operativo esto último requería de un gran apoyo tecnológico, del que el sector público no disponía.

La transformación de los hospitales públicos en hospitales-empresas estatales preveía que algunos de ellos se transformarían, al cabo de pocos años, en empresas privadas, como sería el caso de algunos de ubicación urbana y de infraestructura relativamente "moderna". Había clara conciencia de que otros hospitales-empresas, de ubicación rural o con serios problemas de infraestructura, permanecerían, con toda probabilidad por mu-

chos años, en manos del Estado. Por ende, no estaba en el ideario de esa época privatizar masivamente los hospitales y consultorios del sector público, y tan sólo se contemplaba el traspaso en aquellos lugares en que se dieran las condiciones para que entes privados asumieran la administración de los centros proveedores de prestaciones.

El *segundo* ajuste estructural que quedó pendiente se refería al sistema FONASA de libre elección. Al dictarse la Ley 18.469 (noviembre, 1985) se optó por mantener la modalidad de libre elección preexistente desde la creación del SERMENA para empleados (Ley 16.781 de 1968). Ya en esa oportunidad, existió la alternativa de dejar solamente dos opciones en juego: la modalidad institucional del sistema público y las Isapres, cuya existencia se remitía a 1981. Se prefirió mantener la modalidad de libre elección estatal, pues se pensó que, al cabo de unos pocos años, las personas de mejores ingresos se trasladarían con sus grupos familiares al sistema de Isapres, como de hecho ocurrió. Durante la década del ochenta, las tarifas de la modalidad FONASA de libre elección subieron sustantivamente menos que el Indice de Precios al Consumidor (IPC) en el mismo período, lo cual volvió cada vez menos atractivo dicho sistema para los diferentes profesionales e instituciones de salud inscritos en él. A pesar del mencionado deterioro, una razón para mantener dicha modalidad fue que ella constituye una vía significativa de ingresos para muchos profesionales e instituciones de salud.

Por otra parte, desde el punto de vista del usuario, el sistema nació sin dar apoyo en medicamentos y permitiendo cobros diferenciales por el día-cama. En años recientes se permitió el cobro adicional de una diferencia por el derecho a pabellón. El encarecimiento sustancial de estos tres factores ha llevado a un co-pago muy elevado para el usuario, en especial en relación con sus hospitalizaciones. Lo anterior posibilita que, al menos en este rubro, un plan bajo de una Isapre supere lo que ofrece el sistema FONASA de libre elección.

Nunca se consideró la idea de que el ciento por ciento de las cotizaciones efectuadas por las personas adscritas al FONASA fuera destinado exclusivamente a la modalidad de libre elección, debido a que tales usuarios recurren indistintamente a la modalidad institucional y la de libre elección, siendo muy habitual el uso de la libre elección en prestaciones ambulatorias y el cambio a la modalidad institucional cuando se trata de una hospitalización.

El hecho de que un porcentaje cada vez más elevado de las cotizaciones obligatorias de salud pasara al sistema de Isapre no revestía mayor gravedad, siempre que para el financiamiento de los consultorios del nivel

primario y de los hospitales públicos se produjeran mayores aportes de los usuarios (grupos C y D de la Ley 18.469, que cancelan, respectivamente, el 25 y el 50% del arancel FONASA), de las municipalidades, de la comunidad organizada, de organizaciones no gubernamentales y de otras fuentes no tradicionales.

El *tercer* ajuste estructural requerido guarda relación con un aumento en la entrega del subsidio o aporte estatal vía demanda de servicios. A este respecto, nunca se barajó la idea de entregar todo el aporte fiscal a cada chileno, para que lo manejara junto con su cotización obligatoria. Más bien, se trataba de traspasar gradualmente una parte del Presupuesto Fiscal de Salud a los usuarios, una vez que estuvieran masivamente afiliados al nivel primario y que éste manejara la demanda hacia los niveles más complejos.

De acuerdo a este planteamiento, las acciones de fomento y protección seguían sujetas al financiamiento estatal total y el manejo estatal preferente, dada la buena experiencia habida en este rubro. El proceso de auténtica competencia entre los hospitales para captar pacientes del nivel primario habría de sobrevivir tan sólo después de dos o tres años, ateniéndose al comienzo a referencias geográficas obligadas o a la población "cautiva" de cada establecimiento. Finalmente, el esquema proponía flexibilidad tanto en el manejo del personal como del equipamiento, a todos los niveles, para adaptar la realidad de los establecimientos a la demanda cambiante, tanto a nivel primario como a los niveles secundario y terciario.

Se consideró la posibilidad de modificar los sistemas de transferencias de recursos, de un sistema de facturación de atenciones a otras opciones, como los diagnósticos solucionados (en los hopitales) y el per cápita "corregido" (en el nivel primario), pero todo ello se quedó de lado en las prioridades, por las dificultades metodológicas que implicaba su implementación y porque se prefirió diseñar un sistema de incentivos que, a pesar de sus imperfecciones, se emplea hasta hoy día (incentivo por disminución de gasto en licencias médicas, por cumplimientos de metas técnico-programáticas, por cumplimiento de metas de endeudamiento, etc.). En definitiva, lo crucial era que los recursos financieros ingresaran al nivel primario y que éste regulara paulatinamente la demanda hacia los hospitales.

Se estimaba que los problemas de coordinación entre el nivel primario y los niveles secundario y terciario habrían de resolverse de manera significativa con un reforzamiento efectivo de las direcciones de atención primaria en cada servicio de salud. Aunque éstas habían sido creadas en 1980 (DL 2.763), en la práctica, durante toda esa década les fueron asignados muy poco personal y recursos. Muchas de ellas, en lo que respecta a los

recursos humanos, existen sólo por encomendación de funciones. La función de estas direcciones es crucial para hacer cumplir el convenio vigente entre los servicios de salud y las municipalidades, cuyo texto, de cumplirse, garantizaría una coordinación significativamente mejor que la existente. Adicionalmente, al materializarse el ingreso del financiamiento al nivel primario habrá de incrementarse su poder resolutivo y se evitarán derivaciones innecesarias a los demás niveles.

César Oyarzo M.

La mezcla público-privada

Una reforma pendiente en el sector salud*

Introducción

El objetivo del presente trabajo es señalar los elementos que debería considerar un programa de reforma del sector de la salud en Chile en los próximos años. Porque si bien las reformas iniciadas durante los años 80 tuvieron aspectos positivos, quedaron pendientes, sin embargo, algunas materias cruciales que afectan el grado de eficiencia y equidad del sistema. Por otro lado, aunque durante el gobierno del Presidente Aylwin se avanzó en el diseño técnico de un plan que, a mi juicio, es valioso y lo comparto,[1] no se dieron los pasos claves para llevarlo a efecto. En este contexto, y a partir de la noción de que es preciso encontrar una mezcla adecuada en la participación de los subsectores público y privado en

César Oyarzo M. Ingeniero Comercial. M. A. en Economía. Profesor del programa de posgrado que imparten en conjunto, en Santiago de Chile, el Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales (Ilades) y la Universidad de Georgetown. Director del Fondo Nacional de Salud.

* La mayor parte de las ideas expresadas aquí son fruto del trabajo de un equipo que ha venido desarrollando una tarea en conjunto por varios años. Entre las contribuciones específicas, quisiera destacar el apoyo de Héctor Sánchez y Cristián Baeza, así como la colaboración de Consuelo Espinoza en la redacción del artículo y, finalmente, las valiosas sugerencias de Ernesto Miranda, que permitieron mejorar de manera importante las versiones preliminares.

Publicado anteriormente en *Estudios Públicos*, 55, (invierno 1994), Centro de Estudios Públicos.

[1] Véase Ministerio de Salud: "Una agenda para el cambio".

el ámbito de la salud, el contenido de este artículo se desglosa en tres secciones. En la primera de ellas se presenta una breve revisión de los principales elementos conceptuales que hoy orientan los programas de reforma en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo. La segunda sección ofrece un análisis crítico de las reformas iniciadas en la década de 1980 y de los cambios introducidos con posterioridad. En la tercera sección se desarrolla una propuesta de reforma.

I. ANTECEDENTES GENERALES

El propósito de este capítulo es entregar un marco analítico para la discusión de las reformas implementadas y la propuesta de la tercera sección.

El debate en torno a la reforma de los servicios de salud constituye hoy día un lugar común en Europa, Estados Unidos y América Latina.

Así como en la década de los '80 la discusión giró alrededor de la privatización de los sistemas de salud, en la actualidad el concepto de la mezcla público-privada resume el consenso de que la reforma del sector involucra modificar la participación de los subsectores público y privado.

Para alcanzar eficiencia y equidad en salud se requiere el ajuste de ambos subsectores. La complejidad del área de la salud no puede abordarse a partir de esquemas ideológicos globales. La simple privatización de los sistemas de salud no asegura la eficiencia económica en mercados caracterizados por una gran cantidad de fallas inherentes al bien que en él se transa. Tampoco la equidad, en cualquiera de sus acepciones, puede alcanzarse por la simple vía de reducir el tamaño del Estado.[2]

Si bien es cierto que la acción del sector público ha estado marcada por insuficiencias evidentes, especialmente en lo que respecta al tratamiento de la libertad de elección del usuario y la eficiencia microeconómica de sus establecimientos, no es menos cierto que el sector privado no ha podido dar cuenta del problema de la equidad y el control de costos.

En el caso chileno, la falta de competitividad e intercambio entre ambos subsectores ha tendido a agudizar las ineficiencias presentes en cada uno de ellos. La duplicación de inversiones en tecnología de alto costo es un ejemplo de las consecuencias que tiene la segmentación artificial del mercado, a través de una normativa que obstaculiza la venta de servicios por parte del sector público al sector privado.

[2] Véanse Newbrander y Parker (1991); WHO (1991); WHO (1992).

En este marco se presenta el desafío de diseñar un nuevo sistema que responda a las inquietudes actuales, que en términos generales denominamos "crisis de la organización del sector".

Cabe destacar, asimismo, que la necesidad de introducir cambios en los sistemas de salud, si bien tiene sus orígenes particulares, se fundamenta también en una problemática de orden más general.

A nuestro juicio, los principales factores que impulsan los cambios pueden agruparse en tres grandes áreas:

a) La modificación del perfil epidemiológico
En este grupo se encuentran, como elementos interrelacionados, los temas del envejecimiento de la población, determinado principalmente por la caída de las tasas de natalidad, y los cambios en los patrones de morbimortalidad. Esto se expresa en un aumento en la participación de enfermedades crónicas no transmisibles, que requieren tecnologías de alto costo y la aplicación de estrategias preventivas.

b) Los cambios en materias de orden político-económico
En primer término, aparece la llamada "crisis del Estado". En este sentido, puede afirmarse que entre los economistas se ha producido una desilusión respecto de la capacidad del Estado para resolver los problemas económicos. Esta crisis abarca todos los ámbitos del quehacer económico, pero adquiere mayor consenso en el campo del Estado productor.
Como parte de este fenómeno hay una revalorización del mercado como asignador eficiente de recursos y de la competencia como principal instrumento para asegurar dicha eficiencia.
Por otro lado, el tema de la libertad de elección, expresión utilizada para destacar el rol de los consumidores, ha adquirido también un papel preponderante en la organización económica.
La confianza en la capacidad normativa del Estado ha experimentado, por otra parte, un debilitamiento. Hoy se entiende que cualquier acción de regulación no asegura un mejor funcionamiento de los sistemas económicos. Por el contrario, se reconoce que es posible que una incorrecta regulación estatal puede tener más costos que beneficios.

c) Las crisis de orden macroeconómico
No pueden obviarse las crisis macroeconómicas, las cuales, al reducir los niveles de ingreso, han actuado como aceleradoras de los procesos de cambio. La crisis de deuda externa, experimentada principalmente

por los países de América Latina, se tradujo en la aplicación de políticas de ajuste que obligaron a reducir los niveles de gasto fiscal, reorientando la acción del Estado hacia un rol netamente subsidiario.

Con el propósito de avanzar en la discusión de la reforma, se enumerarán a continuación algunos de los elementos orientadores del debate actual.

1. La compatibilización de objetivos sociales

El diseño de los sistemas de salud en un contexto de recursos escasos debe intentar compatibilizar tres grandes objetivos de política: eficiencia, libertad individual y equidad. La complejidad de la elección de la mezcla público-privada pasa por priorizar y maximizar el logro de estos objetivos. Distintas mezclas pueden producir diferentes combinaciones en su grado de cumplimiento, por lo que la elección de una mezcla requiere que la sociedad opte por políticas que resulten claras para los encargados de formular las propuestas de cambio.

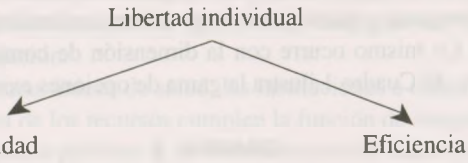
El concepto de eficiencia se refiere tanto al aspecto productivo (eficiencia técnica) como a la asignación de recursos hacia aquellas acciones más costo-efectivas (*allocative eficiency*). Eficiencia implica, en ambos casos, políticas e incentivos para controlar los costos, de tal manera que permitan mantener financiados los sistemas de salud en niveles sustentables desde el punto de vista macroeconómico.

Lo anterior no se logra necesariamente en un esquema altamente competitivo y descentralizado, donde la asignación de recursos descansa enteramente en la elección de los consumidores. Las asimetrías de información, las externalidades y otras insuficiencias que caracterizan el mercado de la salud requieren la intervención del Estado para alcanzar el óptimo social en términos de eficiencia. Esto explica la fuerte espiral de crecimiento en el costo de las prestaciones que se observa en algunas experiencias privatizadoras. La equidad tampoco se alcanza automáticamente en un esquema de este tipo. Así, por ejemplo, la distribución espacial de los establecimientos de salud puede no ser adecuada, en este sentido, si sólo se determina por el libre juego de la oferta y la demanda.

Por otra parte, consideraciones de eficiencia llevan a priorizar determinadas acciones y a ciertos grupos de población en la asignación de los recursos, lo que no es compatible con el objetivo de equidad y con el acceso universal a la atención gratuita para todos los miembros de la sociedad y para todo tipo de atenciones. La equidad, entendida como el acceso garanti-

zado de la población a todos los medios tecnológicos disponibles, no es compatible con el control de costos.

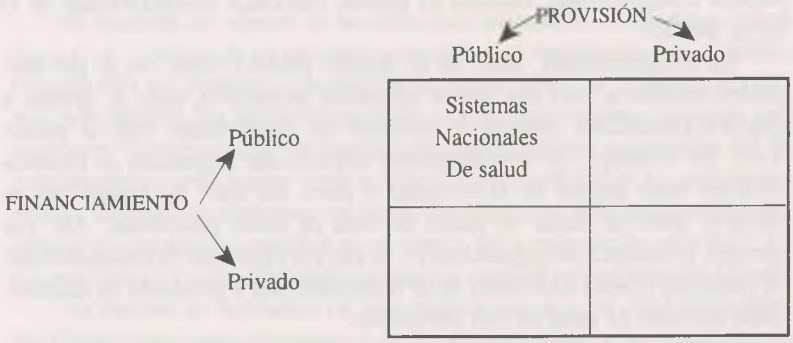
GRÁFICO 1



2. Las combinaciones posibles en términos de propiedad

El mercado de la salud se caracteriza por su enorme diversidad y, por tal razón, ofrece opciones múltiples a la mezcla público-privada. Una primera clasificación tiene que ver con la distinción entre la provisión de los bienes y el financiamiento de los mismos, en términos de la propiedad de los entes que ejercen cada una de estas funciones (Véase Gráfico 2).

GRÁFICO 2



Debe tenerse en cuenta que las clasificaciones presentadas aquí pueden separarse según los tipos de bienes y los distintos usuarios. Así, por ejemplo, podríamos distinguir entre diferentes prestaciones preventivas, que constituyen bienes públicos, y entre consumidores que tienen capacidad de pago y consumidores que no la tienen.

3. El mercado y la planificación

La dicotomía planteada anteriormente se establece en términos de la propiedad. Sin embargo, el marco de la elección no se reduce a esta esfera, ya que hoy día se comprende claramente que los mecanismos de asignación de recursos (mercado y planificación) no deben confundirse con el tema de la propiedad. Lo mismo ocurre con la dimensión de competitividad o descentralización. El Cuadro 1 ilustra la gama de opciones existentes.

CUADRO 1

Planificación — — — — — — — — — — — — Mercado

Totalmente Planificado	Planificación Ajustada	Mercado Regulado	Mercado Libre

Dentro de los mecanismos descentralizados de asignación, el más común es el mercado libre, pero también existen otras opciones, como la de los mercados internos[3] o competitividad pública.[4] Es preciso diferenciar también el concepto de competitividad del concepto de mercado. No todos los mercados son competitivos y la competitividad no es una característica exclusiva de los mercados. Así como la propiedad privada no necesariamente implica competitividad, también es posible introducir competitividad en el sector público.

La competitividad, tanto en el ámbito público como en el privado, genera incentivos para una mayor eficiencia productiva, pues se premia a aquellos prestadores capaces de producir un determinado bien al menor costo. Sin embargo, no necesariamente implica una asignación de recursos eficiente entre grupos de la sociedad o entre los tipos de bienes que es deseable priorizar desde un punto de vista de costo efectividad. Así, por ejemplo, en ausencia de regulaciones o incentivos explícitos, la competitividad no garantiza niveles adecuados en el financiamiento y provisión de determinadas acciones de salud de tipo preventivo.[5]

---

[3] En los mercados internos se encuentran separadas las funciones de proveedor y comprador del Gobierno, estimulando la competitividad entre proveedores estatales y potenciales proveedores privados.

[4] La competitividad pública implica que los usuarios eligen libremente al proveedor público, y el presupuesto de éste es función del número de pacientes que atrae.

[5] Cabe mencionar también que la sola competitividad no es suficiente para proporcionar los incentivos para la eficiencia. En este sentido, el tema de la propiedad puede llegar a

4. La organización de las funciones económicas implícitas

Las combinaciones posibles en términos de propiedad de los medios de producción y financiamiento y los distintos mecanismos de asignación de recursos plantean múltiples alternativas para la organización de los sistemas de salud y la forma en que se ejercen las funciones de financiamiento, provisión y regulación.

En los sistemas únicos de salud, las instituciones a cargo de la administración financiera de los recursos cumplen la función de aseguradoras, administran los hospitales públicos y proveen servicios de salud para sus beneficiarios. Este modelo ha funcionado históricamente por la vía de los "subsidios a la oferta", lo que tiende a desfavorecer la posibilidad de elección de los afiliados y no contiene incentivos a la eficiencia.

Otra alternativa posible es la separación de las funciones de provisión de las de financiamiento, pero manteniendo la propiedad pública de cada uno de los organismos encargados de cumplirlas. La separación debe conducir a una mayor eficiencia en la gestión de cada una de estas instituciones, cuyas misiones quedan mejor definidas y, por lo tanto, más susceptibles a la fiscalización y evaluación de su desempeño. Adicionalmente, al tener objetivos contrapuestos, se genera un efecto regulador recíproco que tiende a una mayor eficiencia. Al mismo tiempo, los efectos serán distintos de acuerdo al grado de descentralización y competitividad en el ejercicio de cada una de estas actividades.

El ejercicio de alguna de las funciones anteriores, o de ambas, puede darse en el contexto de un mercado competitivo al interior del sector público (cuando ello sea posible) y también de competitividad con el sector privado. Así, por ejemplo, los proveedores públicos y privados pueden competir para establecer convenios con las instituciones aseguradoras encargadas del financiamiento o para captar directamente las preferencias de los individuos. Ambas alternativas contienen un fuerte incentivo a la eficiencia productiva, aunque no garantizan equidad ni eficiencia en la asignación global de los recursos, para lo cual se requiere una acción reguladora por parte del Estado.

La función de regulación es, indudablemente, una actividad indelegable del Estado, que puede favorecer o no la competitividad y las relaciones de intercambio entre ambos subsectores. Además, la responsabilidad fundamental del Estado es diseñar las políticas necesarias para mejorar la situación de equidad, lo que no necesariamente debe ser entendido como igualdad

---

ser importante si es que las funciones y objetivos de los gestores públicos y privados difieren significativamente.

absoluta en la atención de salud, pero sí como un mínimo socialmente aceptable al que toda la población tenga acceso.

Las opciones existentes para la mezcla público-privada son múltiples y requieren tanto de opciones de política como de análisis técnicos respecto de las ventajas relativas de las mismas.

El debate respecto de las reformas de los sistemas de salud no se limita al tema de la privatización. Si bien es cierto que la tendencia mundial es a ampliar los espacios de la participación del sector privado, esto no debe confundirse con la simple reducción del Estado.

La experiencia de los procesos privatizadores basados en el fracaso del sector estatal genera serios costos que recaen, principalmente, en los sectores más desprotegidos de la sociedad. La simple jibarización y desmantelamiento de los sistemas públicos de salud que algunos preconizan perjudican inevitablemente a aquellos que son excluidos del sistema privado por carecer de los medios económicos o por su mayor riesgo en términos de salud. Pero debe tenerse presente que el origen de procesos de esta naturaleza se encuentra también en aquellos que se niegan a aceptar la necesidad de reformar el sector público. La resistencia que oponen algunos grupos de presión a la idea de modificar la organización de los sistemas estatales y mejorar su eficiencia termina por desvirtuar su existencia ante los ojos de la sociedad. El costo alternativo en que se incurre al mantener el sistema funcionando tiende a perder justificación si es que no se logran resultados aceptables.

En el marco de un sistema de salud que responda a los nuevos desafíos, el Estado deberá seguir cumpliendo sus roles principales, esto es:

i) Asegurar la disponibilidad de financiamiento para los más vulnerables.
ii) Asegurar una atención de salud aceptable y accesible.
iii) Financiar las acciones de salud con características de bienes públicos.
iv) Planificar y regular en forma global los servicios.

Si en el desarrollo de las tareas anteriores el Estado se ve en la necesidad de asumir funciones de ejecución, deberá realizarlas de manera eficiente y haciéndose cargo del rol central que debe tener el usuario Para ello resulta fundamental separar las funciones de compra de las de producción e incentivar la competitividad, con el único límite que establece la correcta asignación de recursos. Esta competitividad es la que determinará la combinación óptima en la mezcla público-privada, al posibilitar un intercambio entre ambos subsectores que permita alcanzar un mayor nivel de bienestar.

Por su parte, el sector privado deberá acomodarse a los desafíos de desarrollar sistemas de atención eficientes y compatibles con los recursos globales del sistema. Deberá, también, adecuarse a esquemas de atención que garanticen a sus usuarios una atención permanente; para ello deberá amoldarse a las exigencias que plantea el tema del envejecimiento de la población.

II. UN SISTEMA DE SALUD EN TRANSICIÓN

El sistema de salud chileno fue objeto de profundas reformas durante la década pasada, muchas de las cuales eran necesarias. Sin embargo, los problemas observados como efecto de su aplicación hacen necesario continuar con el proceso de transformaciones, introduciendo correcciones significativas en el modelo general, con el fin de alcanzar, simultáneamente y en el mayor grado posible, los objetivos de eficiencia y equidad. Como se verá, los cambios introducidos generaron serios trastornos en ambas dimensiones.

1. Las reformas del gobierno militar

Las reformas relevantes para el análisis se inician en 1979. Estas se fundamentaban y eran consistentes con tres principios básicos de la política social del régimen militar:

a) En primer término, la subsidiariedad en la acción del Estado sirvió de base para la descentralización y traspaso al sector privado de una serie de decisiones, tanto en el ámbito productivo como del manejo de los recursos financieros.
b) Las políticas contra la pobreza extrema constituyeron otro pilar de la acción del Estado, lo que se tradujo, principalmente en el caso de la salud, en la focalización de los recursos hacia aquellos sectores que fueron definidos como prioritarios. Este principio implicó un énfasis muy importante en materia de atención primaria de salud y dentro de ésta se privilegió la atención del sector materno-infantil.
c) Finalmente, el logro de una mayor eficiencia del Estado llevó a una serie de reformas en materia de organización del sector público y a la introducción de reformas en los mecanismos de asignación de recursos al interior del sistema.

Las reformas introducidas entre 1979 y 1989

a) Reorganización del Ministerio de Salud (Minsal)

La primera reforma administrativa de importancia en este período tuvo como objetivo delimitar las funciones de los distintos organismos públicos del sector e incrementar su grado de autonomía en la toma de decisiones. En julio de 1979 se promulgó el DL 2.763 que reorganiza el Ministerio de Salud y organismos dependientes, quedando conformado en lo fundamental por un ministerio con funciones normativas, de planificación y control, y los siguientes organismos dependientes: el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), constituido por 26 unidades descentralizadas; el ente encargado de administrar y canalizar los recursos financieros a los servicios de salud y administrar la modalidad de libre elección (Fonasa); la Central de Abastecimientos y el Instituto de Salud Pública.

b) Municipalización de establecimientos de atención primaria

Con el objetivo de profundizar el proceso de descentralización, en 1981 se inició el traspaso de la administración de establecimientos de atención primaria (postas y consultorios generales urbanos y rurales) desde el SNSS a las municipalidades, de acuerdo a los procedimientos establecidos en el DFL 1-3063, de 1980.

El traspaso de establecimientos de salud implicó que las municipalidades debieron asumir la totalidad de las acciones de atención ambulatoria de nivel primario dentro de su área jurisdiccional, quedando los servicios de salud abocados a operar el nivel secundario-terciario de hospitales y de centros de especialidad.

Después de una primera etapa de traspasos, entre 1981 y 1982, el proceso fue detenido hasta 1987. Ese año se inició la ejecución de la segunda fase del proceso de municipalización, la que culminó en 1988 con más del 90% de los establecimientos bajo administración comunal.

c) Modificaciones en los mecanismos de asignación de recursos para financiar prestaciones de salud de responsabilidad del sector público

En lo que se refiere a la asignación de recursos dentro del sector público de salud, en reemplazo del pago de los gastos retrospectivos que había

existido hasta entonces, se estableció como mecanismo base la facturación por atención prestada (FAP) para los servicios de salud, a partir de 1978, y para las municipalidades (FAPEM) a partir de 1981. Los presupuestos basados en el costo histórico global se sustituyeron, aunque parcialmente en el caso del FAP, por un pago retrospectivo asociado a los niveles de producción obtenidos en el período previo.

d) Expansión del sector privado: Creación de las Isapres

Como parte de la reforma previsional se dicta el DL N° 3.626, que establece la posibilidad de que los trabajadores puedan aportar la cotización para salud a alguna institución o entidad privada que otorgue al trabajador las prestaciones y beneficios de salud. Sobre esa base, con el DFL N° 3 del año 1981 se crean las Instituciones de Salud Previsional (Isapres).

Las Isapres son básicamente empresas oferentes de seguros de salud, por lo que no tienen obligación de otorgar directamente las prestaciones a sus afiliados. Por otra parte, salvo excepciones, las Isapres no pueden establecer convenios con los establecimientos del SNSS para la prestación de servicios de salud. De esta manera el sector privado alcanzó no sólo la capacidad de manejar los fondos previsionales para salud, sino que además recibió estímulos para desarrollar una infraestructura en el sector.

e) Promulgación de una nueva ley de salud (Ley Nº 18.469 de 1985)

Se promulgó una ley destinada a regular y unificar el régimen de prestaciones de los beneficiarios del sistema público. Por medio de ella se estableció el esquema de cobro diferenciado por niveles de ingreso, aún vigente, que sustituyó la gratuidad que caracterizaba el régimen de los antiguos beneficiarios del Seguro Obrero. A cambio, esta ley abrió a los beneficiarios del ex Sermena la posibilidad de acceder a los hospitales públicos en igualdad de condiciones.

Además, significó la eliminación de las diferencias originadas en la pertenencia a determinados sistemas previsionales, lo que había sido una característica de la atención de salud en Chile. Un primer paso en esta dirección se había dado en 1979, con la extensión de los beneficios de la Ley N° 16.781 (Sermena) a los beneficiarios legales del SNS.

Por otra parte, el pago diferenciado por tramos de ingreso (grupos A, B, C y D) perseguía incrementar la recuperación de costos en el sistema de salud pública y redistribuir recursos hacia los más desposeídos.

f) Incremento de la cotización legal obligatoria

Coincidente con la primera etapa del sistema Isapre, en 1984 se incrementa la cotización obligatoria de 4 a 6% y en 1986 se fija en 7% de la remuneración imponible del trabajador. En cierto sentido, esta reforma se apartó del discurso de evitar imponer mayores cargas impositivas al trabajo. Por otro lado, debe notarse que el impacto de esta reforma permitió al sector público, a pesar de la caída de los salarios reales y el éxodo de cotizantes de Fonasa a las Isapres, mantener los ingresos por concepto de cotizaciones en ascenso.

g) Establecimiento del mecanismo de "incentivos"

Desde el año 1985, al mecanismo FAP se le agrega una modalidad de asignación denominada "incentivos", que consiste en la entrega de recursos (aproximadamente el 24% de las transferencias para financiar gasto en bienes y servicios de consumo en el año 1989) de acuerdo al comportamiento experimentado por los servicios, medido por indicadores de gestión y de cumplimiento de un programa de deuda. Esta modificación constituye un reconocimiento implícito, por parte de las autoridades, de la insuficiencia del sistema FAP, al menos como único mecanismo de contención de costos.

h) Promulgación en marzo de 1990 de la Ley 18.933 de Isapres

Dicha ley crea la Superintendencia respectiva y establece que los contratos de salud serán de duración indefinida e irrevocables por parte de las instituciones.

El impacto de las reformas sobre la eficiencia y equidad

Los antecedentes disponibles muestran que las reformas anteriores tuvieron un impacto significativo sobre la eficiencia y la equidad del sistema.

En términos de equidad, las reformas se tradujeron en la segmentación de la población chilena, de acuerdo a su nivel de ingreso, entre dos sistemas de seguros de salud con grandes diferencias en cuanto a los niveles de gasto per cápita y número de atenciones promedio por beneficiario. Las cifras de 1990 permiten estimar que el gasto por beneficiario del sistema privado es cerca de 4 veces superior al gasto comparable de los afiliados al sistema público.

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica Nacional, (CASEN, 1990), el 68,8% es beneficiario del sistema público de salud y el 15,1%, del sistema de Isapres.[6] Al descomponer esta población según quintiles de ingreso, se puede notar que el 40% más pobre de la población se concentra mayoritariamente en el sistema público. Así, por ejemplo, el porcentaje de afiliados a este sistema alcanza a 84,5%, en el primer quintil, y a 80,5%, en el segundo.

La presencia de ineficiencia en el sistema de salud se presenta en el campo de los sectores público y privado. En el primero, el problema tiene que ver principalmente con lo que podríamos llamar la microgestión, esto es, en la administración de los recursos a nivel de los establecimientos prestadores de atenciones de salud. En este campo, las inflexibilidades propias de la gestión pública se ven agravadas por la ausencia de incentivos y el atraso en cuanto al recurso humano calificado para el buen desempeño de las labores propias de la administración de recursos. Los problemas recién descritos, como se argumentará más adelante, se ven agravados por los mecanismos generales de pago por prestaciones.

En el campo privado, los problemas de ineficiencia tienen que ver, principalmente, con la ausencia de mecanismos de control de costos y las distorsiones que impone una cotización mínima.

En los párrafos siguientes se presenta un análisis más detallado de estos problemas, relacionándolo con las reformas introducidas en los últimos años.

Impacto sobre la eficiencia

En primer término, debe señalarse que los indicadores de salud revelan que, en líneas generales, el sistema de salud chileno ha sido eficaz. Al comparar la situación chilena con países semejantes en lo que dice relación a ingreso per cápita y gasto en salud por habitante, los indicadores clásicos de salud muestran una situación ventajosa. La mortalidad infantil es menor y la esperanza de vida es superior a la de la mayoría de los países en desarrollo.

[6] El 16% restante de la población se declara no cubierto por ningún sistema o se encuentra adscrito a sistemas de salud de las FF.AA. y otros de menor significación. Esto corresponde a la autocalificación que hacen los encuestados, por lo tanto es probable que en esta última categoría se encuentren algunos indigentes que legalmente son beneficiarios del sistema público.

La adopción del modelo de atención de salud con énfasis en la atención primaria, recomendado por la Conferencia de Alma Ata, permitieron que Chile continuara en la senda de mejorar dichos indicadores; esto, a pesar de las caídas en los gastos en salud y el deterioro de sus condiciones económicas. Este modelo fue impulsado por el sector público y continúa siendo sustentado básicamente por este subsector. Aun después de las reformas, el Estado sigue proveyendo a toda la población de los programas de vacunación y de alimentación complementaria a los menores.

La efectividad en el sentido recién definido no implica, sin embargo, eficiencia en el manejo de recursos. Los bajos costos de provisión de los recursos se sustentaron principalmente en un control de costos que dependía del poder monopsónico del Estado en el mercado de factores. La eficiencia, entendida como un manejo adecuado de los recursos disponibles, presentaba y aún presenta serios problemas.

En el campo público, las reformas persiguieron la superación de los problemas por la vía de descentralizar la gestión e introducir nuevos mecanismos de asignación de recursos. Sin embargo, los errores técnicos cometidos no permitieron obtener mejoras significativas; éstos se enumeran a continuación.

En lo que respecta al mecanismo de asignación de recursos las principales fallas tienen que ver con:

i) Al estar basados en facturaciones por atenciones prestadas, se incentiva la cantidad de prestaciones otorgadas, lo que no necesariamente significa una mayor calidad de éstas. Por el contrario, esta modalidad premia la ineficiencia en la resolución de un caso específico.

ii) Al no contar con un sistema de costo de las prestaciones, se carece de una base adecuada de cálculo, tanto para el establecimiento de precios relativos de las diferentes prestaciones como para determinar los reembolsos correspondientes a cada una de éstas. En muchas ocasiones, precios relativos mal establecidos han provocado distorsiones en el uso de los recursos hospitalarios. Los precios, además de no tener relación con los costos, tampoco contemplaban mecanismos para que se ajustaran a diferencias de costos regionales (ya sea por costo de materiales, estructuras de mercado u otros). Tampoco consideraban mecanismos que permitieran ajustarlos a través del tiempo, ya sea por cambios en las estructuras de costos o por inflación. En consecuencia, los aranceles jugaron un papel muy reducido y decreciente como señales que orientaran el proceso de producción de prestaciones de salud.

iii) En cuanto al sistema de incentivos que acompaña al mecanismo de facturación por atención prestada, contiene un error conceptual básico, ya que no es posible comparar directamente los resultados de dos servicios si éstos operan en medio ambientes diferentes, pues los resultados son dependientes tanto de las decisiones, factores controlables, como de la situación medioambiental, que normalmente es incontrolable para la organización de salud. Por ende, el uso de este tipo de indicadores requiere contar con información que permita aislar los factores determinantes de ellos; de otra manera, se pueden producir situaciones absurdas, como la de entregar menos recursos a las zonas que presentan peores índices de salud —a raíz de los menores ingresos de su población, por ejemplo— a partir de la noción de que ello es resultado de una acción ineficiente de los servicios.

La otra estrategia destinada a mejorar la eficiencia del sector público, esto es la descentralización del sector por la vía de la creación de servicios autónomos y la municipalización de la atención primaria, provocó, en lo principal, cambios en la dirección correcta. En los servicios de salud, la mayor flexibilidad de la gestión ha permitido de manera creciente un mejor uso de los recursos asignados y por esta vía el rendimiento de ellos se ha visto incrementado. Por su parte, la municipalización ha traído consigo un aumento importante de la cobertura de atención primaria. Sin embargo, deficiencias en el proceso de implementación de las reformas generaron problemas importantes en el sistema de salud pública.

En lo que respecta a la descentralización de los servicios de salud, se observa que el grado de autonomía de éstos ha resultado ser menor que el enunciado. Entre los principales aspectos que muestra este hecho se encuentran los siguientes: primero, los servicios no participan en las decisiones relativas al presupuesto; segundo, las dotaciones del personal están fijas, lo que deja pocas posibilidades para efectuar modificaciones de acuerdo a los requerimientos percibidos por los servicios, y tercero, éstos están sujetos al nivel central en lo que se refiere a inversiones y adquisición de equipos y otros elementos necesarios para su operación.

En el ámbito de la municipalización de la atención primaria, las deficiencias tienen que ver principalmente con los errores cometidos en el diseño del sistema de pagos por atención prestada, el cual, entre otros elementos, no estimula las atenciones preventivas, base de un sistema de atención primaria.

En segundo término, no se tomaron las medidas de reforzamiento de la capacidad de supervisión y coordinación. Esto acarrea fallas evidentes

en los procesos de gestión administrativa y médica de muchos de los establecimientos traspasados.[7]

Otro punto que debe tenerse presente es el alto descontento que muestra el personal que trabaja en el sector municipalizado y que se expresa en una alta rotación laboral.

Finalmente, es importante destacar que este proceso de municipalización no implicó un incremento de la participación de la comunidad en la solución de sus problemas de salud. La existencia de alcaldes designados por el gobierno autoritario y la ausencia de otros mecanismos que permitieran la efectiva participación de la comunidad frustraron uno de los logros que es posible obtener como resultado de un proceso de efectiva descentralización.

En el sector privado, los problemas de eficiencia tienen que ver, principalmente, con las actividades desarrolladas por las Isapres, en su condición de gestoras de seguros de salud.

Un primer aspecto que merece comentarios críticos tiene que ver con el uso de la infraestructura de atención existente en el país. Como se explicó anteriormente, de acuerdo con la legislación vigente, las Isapres son básicamente empresas oferentes de seguros de salud. Por otra parte, salvo excepciones,[8] las Isapres no pueden establecer convenios con los establecimientos del SNSS para la prestación de servicios de salud. Debe considerarse que esta forma de incentivar el desarrollo del sector privado, en su dimensión productiva, puede tener serios costos de eficiencia. Al respecto, a menos que la capacidad de planta del sector público estuviera experimentando congestión, el desplazamiento de parte de sus demandantes a las Isapres puede generar subutilización de la infraestructura. De hecho, esto parece estar ocurriendo en algunas áreas de los servicios públicos, por lo que la ampliación de las facilidades para que los servicios de salud puedan vender servicios a las Isapres es una medida que merece ser analizada.[9]

Un segundo elemento tiene que ver con la eficiencia en la gestión y el control de costos que muestran estas instituciones. Al respecto se critican sus altos niveles de gastos administrativos, los que representaban porcentajes superiores al 20% del total de los ingresos. Sin embargo, debe reconocerse que la trayectoria que presentan es decreciente, lo que confirma la hipótesis

[7] Un análisis de la gestión administrativa de un grupo de consultorios de atención primaria municipalizada se encuentra en Loyola y Miranda (1990).

[8] Sólo se permite establecer convenios para la atención en pensionado y urgencia.

[9] Actualmente se está considerando esta flexibilización en la ley que modifica la actual legislación sobre Isapres.

de que los elevados niveles iniciales obedecerían en parte a los mayores costos porcentuales que demanda la iniciación de las actividades.

En lo que respecta al control de los costos por prestaciones, la situación es más crítica. En efecto, el costo medio por beneficiario se eleva desde $ 61.700 en 1986 a $ 69.600, en 1989, es decir, en un 13,0 %. Esta alza se acentúa en 1990, donde el aumento correspondiente a ese año alcanza al 9,2 %. El alza acumulada entre 1986 y 1990 bordea el 27,0 % real.[10]

En principio cabría suponer que el crecimiento en los costos se explica por un aumento en las prestaciones por beneficiario; sin embargo, el análisis de los principales indicadores de frecuencia de uso por beneficiario, para el período bajo análisis, no avala esta presunción. Por el contrario, en general, se observa una disminución en el número de prestaciones por beneficiario. Es así que el número de consultas por beneficiario cae de 4,25 al año en 1986 a 3,39 en 1990, es decir, un 20,0 % de reducción en esta magnitud. Algo similar sucede con los exámenes de laboratorio, rayos X, intervenciones quirúrgicas y días-cama. En este sentido pueden aventurarse dos hipótesis: primero, que ha existido la intención en las Isapres de fiscalizar costos por la vía del control cuantitativo de prestaciones, y segundo, que este control no ha podido compensar un eventual incremento en los precios de las prestaciones que han impuesto los proveedores de salud.[11]

En el campo de las ineficiencias económicas debe tenerse presente también que la cotización mínima del 7,0 % introduce una rigidez que obliga a algunos individuos a sobreasegurarse generando beneficios extranormales a las Isapres por este concepto.[12]

Un aspecto que puede llegar a ser el mayor problema en los próximos años es la dinámica de alza de costos que produjo el proceso de privatización del sistema de seguros de salud.

Tradicionalmente en Chile, el financiamiento de la salud y la provisión de la misma estuvieron en manos del sector público. Es así como el sector público de salud contaba con todas las herramientas para realizar una efectiva contención de costos, ya que empleaba su poder monopsónico al manejar las fuentes de financiamiento e impedir que los prestadores médicos trasladaran

[10] Cálculos basados en información contenida en *Boletín* del sistema Isapre. Los valores nominales fueron deflactados por el IPC (Indice de Precios al Consumidor).

[11] Las últimas cifras disponibles, relativas al desempeño de las variables comentadas durante los años 1991 y 1992, muestran un cambio en la tendencia aquí descrita. Este fenómeno amerita un estudio más profundo respecto de las causas que podrían estar explicándolo.

[12] Véase TASC N° 30.

los costos a grupos significativos de la población.[13] No obstante, a partir de la creación del sistema privado de Isapres, se introduce una modificación estructural en el sistema de financiamiento que rompe el monopsonio que ostentaba el Fisco. La magnitud del cambio se comprende mejor si se considera que el sistema de Isapres recibía el 55,0 % del total de aportes previsionales de salud en 1990.

El peligro del crecimiento de costos se ve aún más claro cuando se tiene en cuenta la existencia de gremios fuertes, como es el caso del Colegio Médico, donde las posibilidades de imponer un ritmo de crecimiento sostenido en las remuneraciones son importantes (basta recordar la importancia del componente de gastos en personal en el de gastos totales del SNSS, cerca del 43,0% en 1990).

Debe notarse que hasta marzo de 1990 los gastos en remuneraciones del SNSS no experimentaron aumentos en términos reales. Lo más probable es que el sistema público se haya ajustado a través de la pérdida de los profesionales más capaces en el área médica. Al parecer, los médicos más calificados han ido emigrando, atraídos por mejores remuneraciones y condiciones de trabajo, desde la atención primaria hacia el nivel secundario-terciario, para luego pasar a la Modalidad de Libre Elección y, finalmente, a proveer de servicios al sistema de Isapres. Este movimiento puede haber generado una caída en la productividad y una pérdida de calidad de las prestaciones del sector público, mecanismo a través del cual se ha ajustado el sistema. Sin embargo, este proceso no puede durar indefinidamente, y en algún momento se requiere un reajuste de remuneraciones del sector público de salud, como el otorgado en el año 1992.

Impacto sobre la equidad

Del análisis de los antecedentes relativos a los recursos disponibles para los beneficiarios de los sectores público y privado de salud puede inferirse que las reformas implementadas al comienzo de la década de los ochenta contribuyeron a incrementar las desigualdades existentes.

Dado que la estructura institucional favorece el traslado al sistema privado sólo de los sectores de más altos ingresos,[14] se puede afirmar que

[13] El sector privado de salud era relativamente pequeño y estaba constituido únicamente por una minoría de personas de altos ingresos.

[14] Existen estimaciones de que un afiliado promedio de una Isapre paga una cotización casi 4 veces mayor a la de un afiliado tipo del Fonasa (Arellano, 1987).

esto disminuye los ingresos netos por afiliado al sistema público, reduciendo de esta manera los beneficios de los sectores de menores ingresos que permanecen en Fonasa.[15] Este efecto no es consustancial al proceso de reforma, ya que es posible compensar a los perdedores por la vía de incrementar los aportes del Estado destinados a los grupos más pobres. Sin embargo, en un contexto de gasto fiscal restrictivo, como fue el caso chileno, no se implementaron las medidas compensatorias. De esta manera, el efecto neto de la creación de las Isapres fue equivalente a una reforma tributaria regresiva, ya que se redujeron los impuestos previsionales a los más ricos; esto se logra por la vía de devolverles el subsidio que realizaban en el marco de un seguro universal, sin elevar los impuestos generales.

Adicional al efecto redistributivo entre grupos de ingreso, la creación de las Isapres introdujo otros efectos discriminatorios que afectan la equidad global del sistema. Este punto dice relación con la discriminación de riesgos que practican las Isapres, lo que se traduce en el rechazo de personas mayores de 65 años y enfermos crónicos.

En el campo de las reformas que se introdujeron en el sector público, se puede notar que sus efectos sobre la equidad del sistema son mixtos. Por una parte, la nueva ley de salud que rige a los beneficiarios de este sector permitió eliminar las diferencias originadas en la pertenencia a sistemas previsionales particulares, lo que había sido una característica de la atención de salud en Chile. Un primer paso en esta dirección se había dado en 1979, con la extensión de los beneficios de la Ley N° 16.781 (Sermena) a los beneficiarios legales del SNS. De esta manera, los "obreros" afiliados al antiguo Servicio de Seguro Social adquirieron la posibilidad de optar entre los dos sistemas existentes a la época. Sin embargo, se mantenía la imposibilidad para los afiliados a Sermena de hacer uso de los beneficios, en cuanto al tratamiento financiero que recibían los afiliados al ex SSS. Persistía así una discriminación respecto de beneficios, cuya base no era el nivel de ingreso, sino la condición previsional. La actual ley eliminó estas diferencias manteniendo, en líneas generales, los tipos de regímenes o planes de salud existentes al interior del sector público.

En el ámbito del proceso de municipalización no se consideraron medidas destinadas a corregir el aumento de las desigualdades de recursos que se producen en este tipo de experiencias. Por el contrario, existe evidencia de que dichas desigualdades pueden haber sido incrementadas por un incorrecto

[15] Arellano, 1987.

manejo del FAPEM.[16] En particular, la presencia de un arancel único que no reconoce las grandes diferencias en los costos de las prestaciones, especialmente en las zonas rurales de difícil acceso geográfico, provoca una seria discriminación contra dichas localidades.

2. Rescate del sector público de salud: 1990-1992

Las reformas aplicadas a comienzos de la década de los '80 tendieron a fortalecer el sector privado tanto en el campo de los seguros como de las prestaciones médicas; la contrapartida fue un deterioro profundo del sector público por la vía de reducir sus recursos y no modernizar su gestión. Encontramos un sector público que, a pesar de su efectividad, presenta condiciones de atención extremadamente precarias. El fuerte deterioro de la infraestructura, la falta de recursos para gastos operacionales, la presencia de colas de espera, unidos a un sistema con problemas de gestión y que no se orienta a brindar un trato adecuado a los pacientes, conforman un cuadro que motiva el descontento de la población.

En este contexto, el gobierno de Patricio Aylwin implementó un conjunto de acciones destinadas a revertir este proceso de deterioro y enfrentar los problemas más urgentes que presenta el sistema.

Gracias a los recursos de una reforma tributaria que elevó los impuestos generales, se pudo incrementar el gasto público en salud en 33% real durante el período 1990-1992. De esta manera han aumentado las asignaciones en todas los ítemes del presupuesto de salud. En particular, se enfrentó el deterioro de los salarios reales de los trabajadores del sector, se elevaron los recursos para farmacia y otros gastos operacionales y se ha dado inicio a un ambicioso programa de inversiones destinado a recuperar la deteriorada infraestructura y equipamiento.

Paralelamente, se han sentado las bases para un proceso de reforma de mayor alcance que, en el marco de un sistema mixto de salud, espera corregir los principales problemas enunciados y que tiene como propósito alcanzar un sistema que sea más eficiente y más equitativo.

Las principales orientaciones para la reforma del sector salud que han sido planteadas por el Ministerio de Salud son las siguientes:[17]

---

[16] En Panzer (1989) se presenta un estudio respecto del efecto distributivo que ha tenido el proceso de municipalización.

[17] Véase "Agenda para el cambio".

a) La reforma persigue que el subsector privado adquiera una perspectiva de largo plazo. Esto significa asumir a plenitud los riesgos de la población durante toda su vida y desarrollar una perspectiva integral en lo que se refiere a la demanda por prestaciones. También se persigue incrementar la transparencia de la información, indispensable para que los demandantes puedan hacer una elección adecuada en el campo de la salud.

b) En el campo del subsector público la reforma persigue:

— readecuar el sistema de atención de salud con el propósito de acondicionarlo a las necesidades que surgen del nuevo perfil epidemiológico del país;
— perfeccionar el modelo de gestión del sector público con el fin de fortalecer sus tareas de normar, supervisar, financiar y ejecutar. Para ello se plantea revisar la organizacion del Ministerio de Salud y de los servicios de salud, con el fin de producir una mayor descentralizacion;
— reformar los mecanismos de asignación de recursos financieros al interior del sector público, con el propósito de adecuar los incentivos a las metas de salud.

A pesar de que aún no ha sido posible avanzar significativamente en la implementación de las estrategias previstas para alcanzar estos objetivos, pues la necesidad de afrontar los problemas urgentes era una condición previa para cualquier intento de reforma organizacional, se han desarrollado algunos estudios técnicos y se han diseñado herramientas que servirán de base para un cambio de mayor envergadura en el mediano plazo. Al respecto cabe destacar los siguientes:

a) Financiamiento

Siguiendo un modelo que pretende modificar el actual sistema de asignación de recursos basado en una mezcla de presupuesto histórico y pago por atenciones por uno que pague en términos per cápita en la atención primaria y por resultados en la atención secundaria-terciaria,[18] el Ministerio de

[18] Véase C. Oyarzo (1991).

Salud ha desarrollado los aspectos técnicos básicos para la implementación per cápita, el cual podría entrar en plena vigencia después de la aprobación del actual Estatuto de la Salud Primaria, que hoy día se debate en el Congreso Nacional.

Para la atención secundaria y terciaria se ha diseñado un sistema de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) que, mediante la estandarización de una serie de actos médicos, permite relacionar la asignación de recursos a resultados de salud y no únicamente a prestaciones aisladas. Los PAD consideran el costo total de las prestaciones y se aplican en base prospectiva. Dada la complejidad del cambio propuesto, actualmente se desarrollan pruebas piloto en varios servicios de salud, con el fin de evaluar y perfeccionar el sistema antes de ampliarlo a todo el SNSS.

Para operacionalizar el sistema anterior fue necesario desarrollar un estudio de costo de las principales prestaciones que permitiera corregir el actual arancel.

Finalmente, se han desarrollado estudios en el área de recuperación de costos, tendientes, por una parte, a racionalizar e introducir un mayor nivel de equidad en los co-pagos que realizan los beneficiarios y, por otra, a mejorar los ingresos que se obtienen de la venta de servicios a no beneficiarios.

b) Negociaciones presupuestarias

Se ha diseñado un marco de negociación presupuestaria entre el nivel central y los servicios, que introduce una serie de innovaciones: otorga mayor flexibilidad al servicio en materia financiera; como contrapartida del presupuesto, el servicio se compromete al logro de determinadas metas o resultados en el ámbito financiero y de salud y en el área de la gestión administrativa; convierte el presupuesto formulado por los servicios en una herramienta efectiva para el proceso de presupuestación sectorial. Este proceso que se inició en 1992 constituye la base para la implementación de los compromisos de gestión, los que podrían aplicarse a partir de 1993.

c) Programa de apoyo a la gestión

Se ha diseñado e implementado un fondo concursable orientado a elevar habilidades y destrezas de los funcionarios del sector en las áreas de gestión superior e intermedia y en el área técnico-asistencial, que facilitará el proceso de descentralización y modernización del sistema.

d) Readecuación del sistema de atención de salud

A nivel normativo, se ha modificado el perfil de determinados tipos de establecimientos, aumentando su capacidad resolutiva, y se han definido otros nuevos, con énfasis en la atención ambulatoria de alta complejidad y en función de los cambios en el patrón epidemiológico.

Sin duda, las herramientas anteriores servirán de base de sustentación para efectuar el proceso de reforma organizacional más profundo que se propone en el capítulo siguiente.

III. LA REFORMA PENDIENTE: LINEAMIENTOS GENERALES

Para enfrentar los problemas de eficiencia y equidad descritos en el capítulo anterior se requiere avanzar en el proceso de reformas iniciado a fines de la década de 1970, corrigiendo aquellos aspectos que han tenido efectos adversos y profundizando otros que constituyeron un avance. Asimismo, el sistema debe adaptarse a la fase de transición demográfica y epidemiológica que presenta el país y al nuevo orden político-económico. La propuesta que aquí se esboza abarca tanto al sector público como al sector privado, ya que el problema, si bien aparece como más agudo en el sector público, no sería adecuado abordarlo desde una perspectiva parcial. A nuestro juicio, es necesario mirar el problema de manera integral para que las soluciones se enmarquen en un sistema mixto, el cual debe ser entendido como uno en el que la interrelación amplia de los subsistemas permite aprovechar las ventajas comparativas de cada uno y no un sistema en el cual coexisten dos subsistemas separados. Este sistema competitivo debería estar al servicio de los consumidores, quienes son, finalmente, los destinatarios de toda buena organización económica.

Los elementos considerados no pretenden abordar la amplia gama de aspectos que debería contener una propuesta, sino destacar aquellos puntos que serán los de mayor relevancia para el debate de los próximos años.

1. Nivel de financiamiento y equidad

Un primer aspecto relevante en la discusión se refiere al monto y distribución del financiamiento. Considerando que la tendencia al alza en los costos de la salud se mantendrá en los próximos años, será necesario discutir con altura de miras las fuentes a utilizar para financiar el previsible mayor

gasto. A nuestro juicio, no será posible resolver los problemas por la sola vía de las reformas organizacionales. Si bien ellas son necesarias, no bastarán para alcanzar un sistema de salud como al que hoy día aspira la mayoría de los chilenos. Ni la privatizacion del sistema ni la redistribución serán suficientes para enfrentar los problemas.

Los cálculos realizados muestran claramente que el sector privado no podría dar un nivel de salud mínimo a todos los chilenos con los actuales recursos. Por su parte, la redistribución de recursos desde el sector privado al sector público tampoco constituye una solución.

En el contexto anterior, nos parece que el problema requiere, en primer término, definir los niveles de atención mínimos que ofrecerá el sistema de salud. Se hace necesario, mediante alguna metodología que mezcle lo técnico con la opinión pública general, generar una canasta de salud básica.[19] A partir de este instrumento es posible establecer las bases, tanto de un sistema más equitativo como más eficiente. En lo que respecta a la equidad, el Estado debería responsabilizarse de financiar aquella fracción de la canasta que los ingresos personales no permitieran cubrir. En materia de eficiencia, la canasta permitiría ampliar los espacios de competencia y también facilitaría la sustitución de un seguro obligatorio, basado en un porcentaje fijo de la renta, por otro en el que la obligatoriedad fuese establecida en términos de dicha canasta.[20]

2. Modificación de los mecanismos de pago

En el campo del financiamiento, el control de costo requiere también que en los próximos años ambos subsistemas reformen sus mecanismos de pago. La experiencia mundial en este campo enseña que tanto para las instituciones públicas como privadas una adecuada política de mecanismos de pago constituye un elemento crítico para elevar la eficiencia y reducir los costos de la salud. Por este motivo, el sistema de salud chileno deberá reformar las actuales formas de pago. Para ello es necesario mirar los cambios que se están introduciendo desde hace una década en la mayor parte de los países desarrollados. El uso de los grupos de diagnóstico relacionados, los mecanismos de pago per cápita y otros muestran que es factible lograr importantes ahorros de costos.

---

[19] Un modelo interesante de tener en cuenta en este punto es la experiencia de Oregon.

[20] El problema de una cotización obligatoria como porcentaje de la renta es que posibilita la existencia de personas sobreaseguradas, introduciendo de esta manera una ineficiencia en el sistema

3. Énfasis en la prevención de la salud

La evolución en el patrón epidemiológico pone de manifiesto la necesidad de generar una política nacional de prevención de la salud. Es sabido que la existencia de importantes externalidades reduce los incentivos para asignar recursos a este campo, que presenta un alto rendimiento social. Por esta razón se hace necesario coordinar los esfuerzos para elevar los niveles de gastos en promoción de la salud, estrategia necesaria para un adecuado control de costos.

4. Competencia público-privada

Como se mencionó, un sistema no es mixto por la sola existencia de dos sectores. A nuestro juicio, la mezcla implica una interrelación competitiva entre ambos. En este sentido debe considerarse la aplicación de mecanismos que faciliten la compra y venta de servicios entre ambos subsectores. Una ganancia obvia de esta política será reducir la duplicación de inversiones, especialmente en cuanto a equipamiento de alto costo.

En este ámbito, el de profundizar la competencia, debe tenerse en consideración la posibilidad de eliminar las restricciones legales que impiden que las Isapres y las Mutuales de Seguridad puedan competir. Debe recordarse que las primeras no pueden acceder al mercado de los seguros de accidentes del trabajo, mientras las segundas no pueden participar en el mercado de seguros generales de salud.

5. Perfeccionamiento del sistema de Isapres

En el campo privado se requiere continuar con el proceso de incremento de la transparencia del mercado y la solución al problema de las enfermedades catastróficas y de la atención integral durante todo el ciclo de vida de sus beneficiarios.

6. Reformas en la organización del sector público

A nuestro juicio, una reforma del sector público orientada a ampliar la importancia de los beneficiarios del sistema debe comenzar por la separación de las funciones de compra y producción. Esta separación debe ser acompañada de la eliminacion de los subsidios a la oferta y del aumento del

grado de competencia entre los establecimientos. Este paso no conlleva necesariamente al subsidio a la demanda, entendido éste como la posibilidad de administración del aporte fiscal por parte de las Isapres, pero sí requiere de una clara separación entre la función financiera y la que cumplen los establecimientos públicos del sistema nacional de servicios de salud.

Para operacionalizar esta propuesta se requiere que Fonasa asuma la función de comprador del sistema en la lógica planteada en el párrafo anterior.

Eliminar los subsidios a la oferta requerirá de un proceso de mejora de la gestión de los servicios de salud, el que supone profundizar el proceso de descentralización. En una primera etapa, dicho cambio debería contemplar, como regla general, la conversión de los actuales servicios de salud en empresas autónomas del Estado, dejando sus unidades productoras como entes dependientes de éstas, sin una vida legal propia. Esta fórmula permite una gestión descentralizada sin incurrir en las complicaciones legales y administrativas de tener un gran número de establecimientos operando en forma autónoma. Aún en este caso se mantendrían algunos problemas en las etapas iniciales, por lo que la gradualidad del proceso, unida a una tarea de apoyo del nivel central, resulta fundamental para su éxito. Un punto en contra de esta alternativa es que se estaría otorgando un cierto poder monopólico, basado en la exclusividad territorial, a los servicios de salud. Esto sería contrario al propósito de lograr una mayor competitividad en el sector público de salud. No obstante, a nivel de los centros hospitalarios más complejos en las grandes ciudades, este factor podría no ser tan importante, al darse el caso de que varios servicios de salud comparten una misma área económica. No debería descartarse, cuando las condiciones técnicas así lo permitan, la posibilidad de convertir en empresas autónomas del Estado algunos de los hospitales públicos de mayor complejidad.

Otro elemento que debe mencionarse explícitamente es el tratamiento del tema de la municipalización. Este sistema presenta una situación bastante heterogénea, ya que si bien ha logrado éxitos significativos en algunos ámbitos, existe aún un importante descontento entre algunos actores relevantes para el afianzamiento del sistema. En particular, los constantes reclamos de los trabajadores municipalizados por ser reincorporados al SNSS (Sistema Nacional de Servicios de Salud), como también las declaraciones de alcaldes en el sentido de querer devolver los establecimientos traspasados, ponen de manifiesto la necesidad de introducir algunas modificaciones.

En este sentido, las ventajas de la descentralización en el campo de la atención primaria son posibles de mantener mediante una fórmula que permita que este proceso sea voluntario. Es decir, debe otorgarse la libertad para que los agentes que deseen desarrollar esta labor, en el marco de una

política clara y con adecuados incentivos, puedan llevarla a cabo, accediendo a la gestión de estos establecimientos. Uno de estos agentes son los municipios, pero no tienen por qué ser los únicos. Por la vía del pago per cápita es perfectamente posible incorporar como prestadores de servicios en la atención primaria a otras instituciones privadas que puedan desarrollarlas de manera idónea. Este paso sería un importante avance, tanto en lo que respecta a la libertad de elección de los beneficiarios del sector público como en la posibilidad de expandir la oferta de servicios en corto tiempo.

Referencias bibliográficas

Hsiao, W. "Cooperative Health Care: A Comprehensive Strategy to Finance Health Care For Developing Nations", Trabajo presentado en la Conferencia WHO Leadership, Ginebra. 1992.

Loyola, U. y Miranda, E. "Análisis del nivel administrativo de consultorios de atención primaria municipalizados". *Revista Administración en Salud*, 81. Santiago de Chile. 1990.

MIDEPLAN. "Los sistemas previsionales de salud. Cobertura y perfil de los beneficiarios". Documentos/Sociales. 1991.

Miranda, E. "Descentralización y privatización del Sistema de Salud Chileno". *Estudios Públicos*, 39 (invierno 1990).

Newbrander, W. y Parker, D. "The Public and Private Sectors in Health: Towards an Economic Agenda for International Agencies". Notas para discusión, Segunda Reunión Informal de Organismos Internacionales Relacionados con el Desarrollo de la Economía de la Salud, Ginebra, 1991.

Oyarzo, C. "Análisis crítico de las transformaciones financieras del sector salud en la década de los '80 y propuesta para una reforma". En Jorge Jiménez (ed.), *Sistemas de salud en transición a la democracia*. Santiago de Chile, 1991.

PAHO/WHO. "New Directions in Managing Health Care: Proceedings and Outcome of a Working Group on New Approaches to Managing Health Services, Leeds, U.K. 29-31 1992". *Document Reproduction Series*. 23, Health Policies Development Program. 1992.

Rice, J. "Public-Private health policy reforms: The Debate Over Privatizing, Descentralizing and Liberalizing The Health Sectors of Latin America". Informe para Seminario del Banco Mundial sobre Mezcla Público-Privada en los Sectores de Salud de América Latina, 1992.

TASC. "Reformas Propuestas al Sistema de Salud," Trabajo de Asesoría al Congreso Nacional Nº 25, ILADES/Georgetown/USEC. Santiago de Chile, 1991.

____ . "Modificaciones a la actual legislación del sistema de Isapre". Trabajo de Asesoría al Congreso Nacional Nº 30, ILADES/Georgetown/USEC. Santiago de Chile, 1992.

WHO/SHS/NHP. "Interregional Meeting on The Public/Private Mix in National Health Systems And The Role Of The Ministries Of Health: Report". 1991.

LIBROS EDITADOS POR EL
CENTRO DE ESTUDIOS PUBLICOS

Orígenes de la vida económica chilena 1659 - 1808
Armando de Ramón y José Manuel Larraín

Cristianismo, sociedad libre y opción por los pobres
Eliodoro Matte L. (editor)

Sistema privado de pensiones en Chile
Sergio Baeza V. y Rodrigo Manubens M. (editores)

Financiamiento de la educación superior: Antecedentes y desafíos
Carla Lehmann S-B. (editora)

Para combatir la pobreza: Política social y descentralización en Chile durante los '80
Tarsicio Castañeda

Proposiciones para la reforma judicial
Eugenio Valenzuela S. (coordinador)

La previsión en Chile ayer y hoy: Impacto de una reforma
Hernán Cheyre V.

"El Ladrillo": Bases de la política económica del gobierno militar chileno
Prólogo de Sergio de Castro

Educación superior en Chile: Los programas de posgrado y el desarrollo científico
Pedro Gazmuri (editor)

Improvisaciones
David Gallagher

Medio ambiente en desarrollo
Ricardo Katz y Gabriel del Fávero (editores)

Desafíos de la descentralización
Ignacio Irarrázaval (editor)

Más recursos para la ciudad
Ignacio Irarrázaval y Carla Lehmann S-B. (editores)

La importancia del marco económico y de las herramientas financieras en los sistemas de salud es, evidentemente, un hilo conductor principal en varios capítulos de este libro. Felizmente, se logra supeditarlos a conceptos valóricos de orientación general para una sociedad.

El Centro de Estudios Públicos entrega a la sociedad chilena un texto que recopila por primera vez una relación de reformas que ha tenido nuestro sistema de salud, su trasfondo y las lecciones que este proceso histórico encierra para el futuro. En el tema de salud, el cual desde hace varios años no ha logrado salir de la contingencia, un libro como éste es un aporte para un análisis más certero del complejo tema que aborda, así como para colaborar en la futura toma de decisiones modificatorias de fondo.

Dr. Juan Giaconi G.
Ex Ministro de Salud Pública

CENTRO DE ESTUDIOS PUBLICOS
Monseñor Sótero Sanz 175
Santiago de Chile