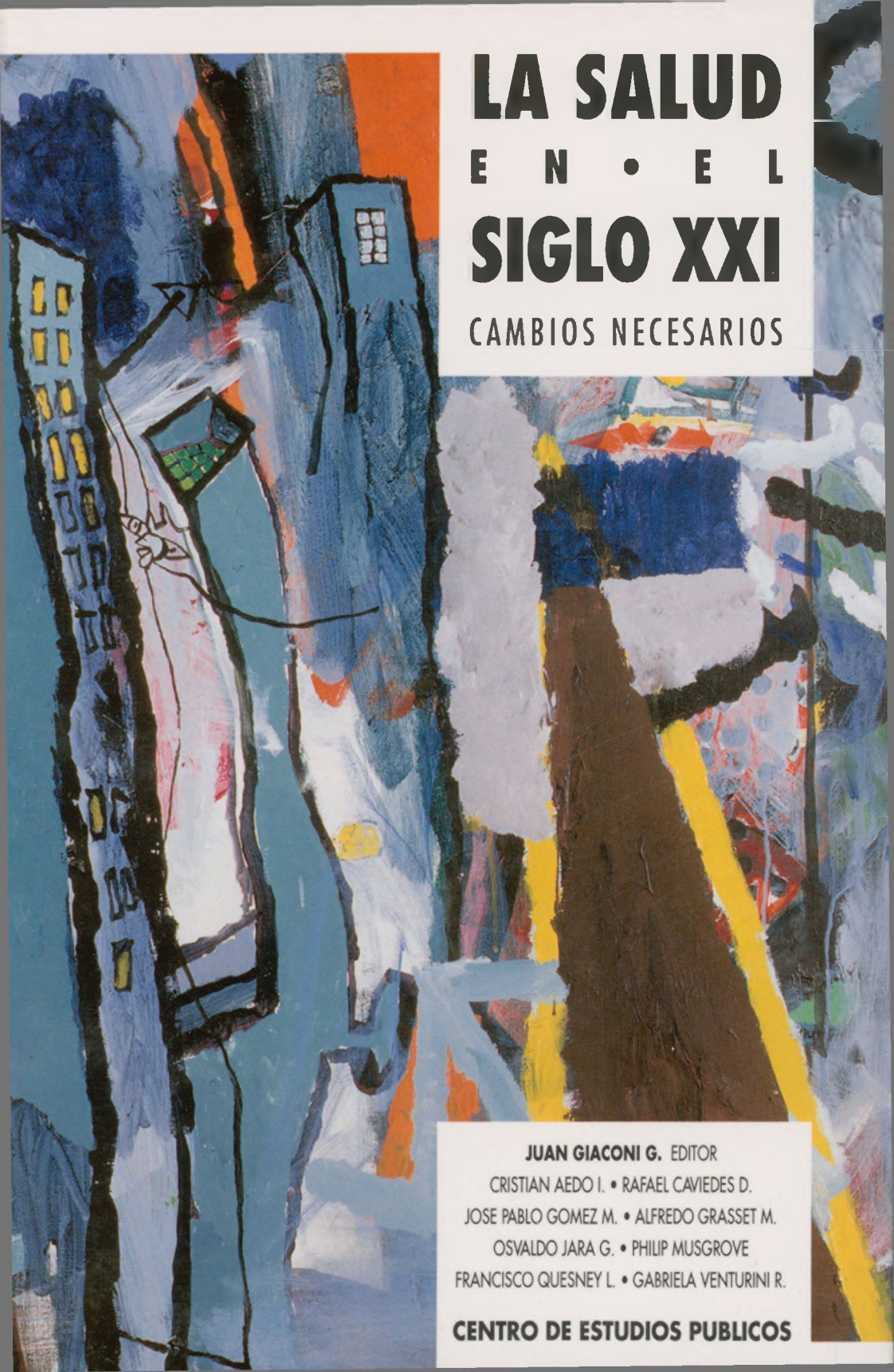


LA SALUD EN EL SIGLO XXI

CAMBIOS NECESARIOS

JUAN GIACONI G. EDITOR

CRISTIAN AEDO I. • RAFAEL CAVIEDES D.

JOSE PABLO GOMEZ M. • ALFREDO GRASSET M.

OSVALDO JARA G. • PHILIP MUSGROVE

FRANCISCO QUESNEY L. • GABRIELA VENTURINI R.

CENTRO DE ESTUDIOS PUBLICOS

PORTADA
«Paisaje urbano con alfombra»
Samy Benmayor
(acrílico sobre tela, 1,75x1,40,
detalle)

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 EL SIGLO XXI

La salud en el siglo XXI:
Cambios necesarios

Monseñor Sótero Sanz 175,
Santiago de Chile

Inscripción N° 92.437
ISBN 956-7015-17-1
Publicado en Santiago de Chile, abril de 1995.

1.000 ejemplares

Diseño y producción
David Parra Arias

Impresión
Andros Productora Gráfica

LA SALUD EN EL SIGLO XXI
Cambios Necesarios

JUAN GIACONI G.
EDITOR

RAFAEL CAVIEDES D.
OSVALDO JARA G.
GABRIELA VENTURINI R.
CRISTIÁN AEDO I.
ALFREDO GRASSET M.
FRANCISCO QUESNEY L.
JOSÉ PABLO GÓMEZ M.
PHILIP MUSGROVE

CENTRO DE ESTUDIOS PUBLICOS

INDICE

Capítulo 4
Las reformas

PROLOGO

El Centro de Estudios Públicos, en octubre de 1994, dio a conocer a la opinión nacional el libro *La salud en Chile: Evolución y perspectivas*, editado por el economista, experto en salud, Ernesto Miranda Radic. En el trabajo se reunió a un grupo de protagonistas y expertos en el sistema de salud chileno con el fin de brindar una interpretación de su desarrollo histórico y reflejar las alternativas de futuro más plausibles. En el libro se incluyen tres grandes capítulos: el primero, perspectiva histórica y reformas del gobierno militar. El segundo expone sistemas de salud comparados, y el tercero, proyecciones y propuestas. Idealmente, dicho texto persigue dar a luz un debate incipiente de la reforma del sistema chileno.

Profundizando el tema de las propuestas de reforma al sistema de salud, el Consejo de Salud del Centro de Estudios Públicos se planteó durante el año 1994 como tema central dicho análisis, desde la perspectiva de los diferentes componentes del sector salud, y el enfoque individual de los integrantes del Consejo. Numerosos invitados calificados contribuyeron a una mejor discusión y a proposiciones más vinculadas con la realidad contingente.

Como resultado de este esfuerzo conjunto surge este nuevo libro *La salud en el siglo veintiuno: Cambios necesarios*. Este se encuestra estructurado en cuatro capítulos, los que analizan secuencialmente aspectos conceptuales, los recursos asignados, algunos sectores en el interior del sistema y las reformas propiamente tales.

A continuación se hace un esbozo del contenido de los capítulos y de los artículos que los integran.

El primer capítulo «Aspectos conceptuales de los sistemas de salud» es abordado en los dos primeros estudios.

El artículo «Principios rectores de los sistemas de salud» es desarrollado por Rafael Caviedes D. El autor recuerda las interacciones básicas entre la familia, el mercado y el Estado, fijándole un rol específico a cada uno, pero reconociendo que «El linde entre ellos no está claramente delimitado». De allí la necesidad de detectar las ventajas comparativas de cada uno de estos tres sectores, de tal forma que la mixtura que se produzca sea económicamente óptima para el logro del mayor bienestar de la población.

Aquí se analizan los principios «tradicionales» de la seguridad social y de los sistemas de salud: universalidad, integridad, solidaridad y unidad. Es interesante constatar cómo estos principios, históricamente y en la realidad específica de diferentes países, no lograron su aplicación cabal sino sólo parcial y, lo que es peor, en muchas naciones permanecen hasta hoy como meros principios declarativos y son letra muerta en el diseño y en la marcha concreta de sus sistemas de salud.

En esta área de los principios «tradicionales» se acepta, al hablar de la solidaridad, «el deber ineludible que tiene el Estado en el diseño de políticas sociales destinadas a satisfacer los estados de necesidad de los más desprotegidos, ya sea mediante el otorgamiento de subsidios directos y focalizados, o bien proporcionando servicios adecuados a quienes no los pueden obtener con su propio esfuerzo».

Sin perjuicio de lo anterior, se insiste en el sano principio de que la redistribución del ingreso no debe ser un objetivo de la seguridad social, sino provenir del sistema tributario general del país.

A continuación se señalan y analizan los que deben ser los «nuevos» principios rectores de los sistemas de salud: libertad individual, justicia y equidad, derecho a la propiedad y el bien común y la subsidariedad, los que complementan a los tradicionales, pero agregan una mayor consideración por las pautas de comportamiento humano, sus intereses, sus particularidades y sus motivaciones más profundas.

En cuanto a la libertad individual se consideran sus diferentes acepciones: elegir el sistema de salud, elegir el profesional o institución y destinar recursos a la medicina.

Al finalizar este artículo queda claro que de la solidez y

pragmatismo de los principios rectores dependerá el éxito o fracaso de los sistemas de salud.

El segundo artículo «El rol regulador del Estado en el sistema de salud», escrito por Osvaldo Jara G., cubre el tema, de gran actualidad, sobre las regulaciones del Estado en un sistema de salud.

El análisis de los límites del sector salud y sus fronteras con otros sectores es, sin duda, crucial para iniciar el tema. Una vez más la colaboración intersectorial surge como un gran desafío de eficiencia al enfrentarse al rol regulador.

Los planos de desarrollo del tema abarcan los aspectos esenciales de la regulación del Estado en salud: en el diseño del sistema, en relación con el financiamiento y el otorgamiento de prestaciones y en la operación de los mercados.

En el diseño es relevante destacar el potenciamiento del rol de los intermediadores (Fonasa e Isapre) para desarrollar mejores controles de calidad y costos sobre los prestadores. De gran relevancia son los planteamientos sobre las implicancias que el financiamiento por parte de Estado puede tener sobre las instituciones de salud: creación de un cuasi-mercado al interior del sector estatal de salud, mejorar la equidad en la asignación presupuestaria, ligándola más a estimaciones de demanda, explicitar mejor los niveles de resolución y cohesionándolos con el destino de los recursos, etc..

En cuanto a la operación de los mercados, destacan las fuertes barreras de entrada en algunos mercados de recursos humanos de la salud y la necesidad de tener un mayor conocimiento de ellos para fundamentar políticas de formación y de remuneraciones e incentivos.

Otro mercado de gran relevancia es el de los insumos médicos, el que responde en parte al aumento de costos en el sector. En relación con él se propone reformular la misión del Instituto de Salud Pública, dejando su función productora y tomando algunas áreas cruciales desde el punto de vista técnico y de costo-efectividad (tecnología médica, instrumental).

El autor plantea la necesidad de contemplar la evaluación de las instituciones públicas y privadas en igualdad de condiciones. Asimismo, su enfoque sobre la función reguladora contempla las siguientes alternativas: agrupaciones de consumidores, organismos intermedios, desarrollo de la intermediación y, finalmente, la posibilidad de agencias estatales o financiadas por éste.

Una vez establecida la solución técnica sobre el rol regulador en determinada materia, es crucial una apreciación fundada de sus costos y el logro de una estrategia que sea de aplicación factible y sustentable en el tiempo.

El segundo capítulo, «Los recursos y los sistemas de salud» comprende dos artículos: uno sobre recursos humanos y el otro sobre financiamiento.

En el artículo «Recursos humanos para el sector salud, necesidades para el mediano y largo plazo. La oferta y la demanda de personal» la doctora Gabriela Venturini R. hace un análisis de la situación existente y propone una serie de cursos de acción.

Como modelos de análisis escoge tres áreas profesionales del sector salud: los médicos, los odontólogos y las enfermeras. Cada una de ellas refleja situaciones, dinámicas y problemas diferentes, los que son expuestos en detalle.

En el terreno propositivo aparecen urgentes necesidades de redefinición de roles y funciones, delegaciones y reasignaciones, de acuerdo a los nuevos modelos de atención en salud.

La formación de recursos humanos de nivel intermedio en algunos campos profesionales resulta imperativa para aquellos grupos profesionales cuyos déficit requieren de muchos años para ser superados.

En cuanto al médico, los planteamientos de la autora cubren desde la necesidad de revisar sus metas de formación de pregrado hasta el estímulo de los mecanismos de cooperación e integración entre el sector público y privado para incrementar la formación de especialistas necesarios para la sociedad.

Finalmente, se propone para el sistema público una modernización de la gestión de personal que incluya estímulos e incentivos para que sus profesionales se mantengan en él, como su campo de trabajo.

Llama fuentemente la atención que, a pesar de los avances en los sistemas de información, no existe un sistema integral que permita una buena información y, por ende, decisión, de los sectores que participan en su formación, captación y utilización.

En el artículo «Financiamiento de la salud: Proposiciones de reforma», del economista Cristián Aedo I., se destacan las pro-

puestas en el área de financiamiento, con su fundamentación explícita, ya sea en la situación actual que vive el sector salud o en experiencias de otros países.

El autor recoge las modificaciones recientes a la modalidad de transferencia de recursos, como en el caso del pago asociado a diagnóstico (PAD). A base de él se propone que Fonasa participe en algún porcentaje del costo marginal de la atención; que aumente la cobertura de diagnósticos incluyendo enfermedades complejas y que incorpore el sistema de remuneraciones en dicho pago. Se recomienda su eventual adopción en el sector privado, en un futuro próximo.

Se examinan las ventajas del diseño de una canasta básica de salud, que cubra como mínimo las necesidades de salud de las personas, la que estaría contenida en los planes de salud que ofrezcan tanto el sector público como el sector Isapre.

En este artículo se hacen importantes aportes en relación con el porcentaje de cotización obligatoria actual para salud (7% de la renta imponible, con un tope de 4,2 UF mensuales). En lo sustantivo, se proponen varias alternativas: bajar el tope de cotización o reemplazar la obligatoriedad de destinar un 7% por la obligación de comprar un seguro de salud, que como mínimo cubra las necesidad de salud del individuo y su familia.

En cuanto a los esquemas de participación en el costo de las prestaciones, el desafío está en diferenciar copagos o deducibles, de acuerdo a la efectividad técnica de los distintos procedimientos médicos.

Finalmente se mencionan las bases en la aplicación del pago per cápita por población adscrita en la atención municipalizada que son: la determinación del costo de un plan de salud familiar, la inscripción de la población beneficiaria del sector público y la definición de compromisos de gestión.

El capítulo tercero «Análisis sectoriales en salud» incluye la salud ocupacional y el sector privado.

El artículo «La salud ocupacional en Chile», del profesor Alfredo Grasset, da los fundamentos de la existencia de un régimen especial para el manejo de las enfermedades profesionales y accidentes del trabajo, distinto al régimen vigente para enfermedades comunes.

El autor recoge una serie de críticas al seguro consagrado en la Ley 16.744 de 1968: Cuantía de la cotización, barreras de ingreso al sistema de mutualidades, reservas técnicas, competitividad, etc..

Se hacen varias proposiciones, como por ejemplo la constitución de un Consejo Nacional de Salud Ocupacional, asesor de las autoridades del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y de los de Salud. Sin embargo, la propuesta esencial es la desaparición de la administración estatal del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y dejar su administración a Mutualidades de Empleadores.

Para tal efecto se propicia flexibilizar las condiciones de ingreso a dicho mercado. Esta iniciativa, coincidentemente, ha sido considerada por el Gobierno al dictar la Ley 19.345 de 7 de noviembre de 1994, que dispone que todos los funcionarios de la Administración Pública se adscribirán a las mutualidades existentes a partir del primero de marzo de 1995.

Con mucha razón, el autor insiste en la importancia fundamental de la prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, tanto por parte de la empresa como de los trabajadores.

El artículo «El sector privado en salud», del doctor Francisco Quesney L., si bien tiene como tema esencial el sector privado en salud, plantea una interesante reseña histórica y una descripción de las funciones del Estado: normar, fiscalizar, controlar la calidad y regulación para asegurar una libre competencia (áreas propias e irrenunciables); producir los bienes públicos de salud (responsabilidad primordial) y cumplir su rol subsidiario en garantizar un acceso al sistema de atención.

El autor analiza el sistema Isapre como modelo para buscar posibles áreas conflictivas que enfrentaría el sector privado en una gestión significativamente más amplia. Estas áreas de posible expansión son la atención médica de aquel sector mayoritario de la población que por su situación económica no ha tenido acceso a las Isapres y la administración de la infraestructura estatal en que este sector de la población recibe tal atención.

Por razones estructurales el sector estatal de salud no puede echar mano de atributos propios del sector privado, tales como: libertad y agilidad de gestión, posibilidad de establecer los incentivos adecuados en los lugares correctos y, en general, operar

estimulando por estos incentivos, competencia y regulación por el mercado y no por un marco rígido de reglamentos burocráticos, independencia y prescindencia política en la toma de decisiones, descentralización de la gestión y adopción de tamaños óptimos.

Se plantea explícitamente un sector privado que extienda su participación en salud como actor protagónico en un sistema global basado en el subsidio a las personas y en la administración privada de la infraestructura de salud, con una legislación que sea amplia y no restrictiva y, sobre todo, que sea estable.

El gran desafío futuro estará centrado en el control de los costos crecientes de la atención médica, tema que se discute con bastante profundidad, precisando las áreas en que se podría actuar y aquellas más «inexorables» en cuanto a su posibilidad de impactarlas.

El capítulo 4 se titula «Las reformas» y consta de dos artículos. Es indispensable señalar que las propuestas de reformas están incluidas también muy explícitamente en los capítulos 2 y 3, y, en consecuencia, no se limitan a este capítulo. Sin embargo en este capítulo el tema, casi exclusivo, es el de las modificaciones y readecuaciones del sector salud chileno.

El artículo «Reforma del sector salud», del ingeniero José Pablo Gómez M., plantea el contexto global en el cual se desenvuelve el sector salud de Chile. A continuación revisa las líneas estratégicas para el proceso de reformas del sector, y termina con la sugerencia de acciones complementarias a aquellas en etapa de realización por parte del Ministerio de Salud, para fortalecerlas.

Se plantea que en el diseño de los procesos de modernización es necesario realizar distinciones en cuanto a los ámbitos en los cuales diseñar y desarrollar acciones. Se reconocen tres grandes funciones en el sector salud: rectora, normativa y reguladora; financiera, y función ejecutora. La separación de ellas hace factible evaluar de mejor manera la actuación de las entidades públicas y privadas respecto de éstas. Es desde esta perspectiva que el Ministerio de Salud chileno se enfrenta al proceso de cambiar, revisando los roles que asume: rector, financiero y ejecutor.

En este artículo se plantea un marco de integración de los «subsistemas» público y privado, con una reformulación de los programas de salud aplicables a ambos y con énfasis en metas y estrategias vinculadas a las nuevas situaciones de salud que vive el país.

Aunque parezca obvio, es muy importante que se consigne que el sector público debe conocer su población beneficiaria y su población cotizante. Esto sin duda es básico para mejorar la equidad en la distribución de recursos.

El artículo «Reformas al sector salud en Chile: Contexto, lógica y posibles caminos», del economista Philip Musgrove, nos da una refrescante visión externa sobre las reformas ejecutadas, las que están en marcha y las por realizar. Hay que resaltar, sin embargo, que el señor Musgrove al visitar Chile ha reflexionado sin duda muchísimo sobre el sistema de salud del país. La posibilidad de hacer análisis comparados es otro de los privilegios de contar con este artículo.

El mensaje principal es un conjunto de apreciaciones personales del autor, de gran valor, sin duda, para apreciar el futuro de las reformas que se requieren en salud.

Por una parte, se considera la posibilidad de que el sistema actual, aunque no es del agrado de todos, puede representar un equilibrio político relativamente estable y duradero. Se pronostica que el sector público chileno será en el futuro más eficiente y competitivo que en el pasado. Al respecto se señalan limitaciones importantes aún existentes, como que las nuevas formas de pago no cubren los salarios y la insuficiente autonomía de los servicios de salud y hospitales.

Muy interesante es la sugerencia de extensión o universalización del subsidio a la demanda. Este camino presenta obstáculos financieros: el primero, por el aumento del gasto público necesario en salud para ofrecer a toda la población el tipo de seguro que ya tienen los afiliados a las Isapre; el otro es un obstáculo político, en el sentido que el Estado renuncie o limite su papel de último recurso en salud y de único recurso de los pobres. O sea, debe admitir que las instituciones públicas compitan por fondos públicos, no sólo entre sí sino con los proveedores privados.

Como contraparte, el sector privado tendría que eliminar discriminaciones al adscribir a sus afiliados y beneficiarios; también tendría que aceptar algunas limitaciones en la confección de los paquetes de atenciones. ¿Se producirá este consenso? Cada vez se dan más elementos como para estar optimistas de que será un proceso lento pero factible. ●

Capítulo 1

ASPECTOS CONCEPTUALES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

PRINCIPIOS RECTORES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

RAFAEL CAVIEDES D.

Master en Economía y Dirección de Empresas
de la Universidad de Navarra, España.
Académico de la Facultad de Economía de la
Universidad de Concepción, y consultor del
Centro de Estudios Públicos.

1. Introducción

1.2 Consideraciones básicas

Nadie puede poner en duda que el éxito o el fracaso de los sistemas de seguridad social dependen de los principios rectores que los orienten. Sólo su adecuada comprensión, su inalterabilidad por sobre las contingencias políticas y su fortaleza para sobrellevar los constantes procesos de adaptación garantizarán la eficacia de dichos sistemas. No obstante, el alcance de dichos valores ha evolucionado en el tiempo. En efecto, la mejor interpretación de los fenómenos sociales y económicos ha forzado a redefinir aquellos fundamentos rectores de la seguridad social que aún se enseñan en las aulas universitarias.

Así, en este trabajo se efectúa un analisis crítico de aquellos principios tan ligados a las nociones tradicionales sobre seguridad social como la universalidad, la integridad, la solidaridad y la unidad, y se resaltan la equidad, la libertad, la subsidiariedad y el derecho a la propiedad, como principios fundamentales que tienen evidente vigor universal y por lo cual también orientan las grandes políticas económicas.

Para comprender el estudio de los principios valóricos se deben tener presentes dos aspectos básicos: a) las contingencias de enfermedad, maternidad y otras relativas a la salud forman parte de la *seguridad social*. En ese sentido, a los sistemas de salud les son aplicables principios similares. b) los sistemas de salud pueden estar conformados tanto por *sistemas estatales* como por *entidades privadas*, que otorgan seguros de salud y prestaciones médicas. También hay

que tener en consideración ciertos preceptos de la ética natural: *todo ser humano es una unidad somática y física, irrepetible y autónoma. A pesar de que su propia naturaleza es asimétrica, todo individuo tiene los mismos derechos que sus congéneres. Ningún ser humano tiene derecho de hacer daño a otro sin necesidad .*

Finalmente, no se pretende establecer un orden jerárquico de valores por cuanto ello no corresponde al alcance de este trabajo. No obstante resulta ilustrativo señalar que santo Tomás de Aquino indicó que la justicia es el valor supremo haciendo suyos los pensamientos de Cicerón: *en ella es donde más resplandece el fulgor de la virtud.*[1]

2. El Estado protector y la naturaleza humana

Ningún modelo está exento de las peculiaridades del comportamiento humano, de su reacción frente a los estímulos e incentivos y en general de los principios que rigen la vida económica. Mas, desde los pretéritos inicios de la seguridad social, erróneamente se ha sostenido lo contrario. En efecto, han primado los criterios del *Estado protector* por sobre la eficacia que deben tener los sistemas y se ha errado al suponer que la Seguridad Social —y no los impuestos generales de la nación— debe producir la redistribución del ingreso.

En la búsqueda de los principios de *integridad, solidaridad y equidad* mal entendidos, casi todos los gobiernos han cometido un error histórico: desviaron la orientación de la seguridad social hacia sistemas socializados o colectivistas, los que fracasaron al pretender amparar al económicamente más débil desconociendo el comportamiento económico y las disponibilidades reales de la nación.

No cabe duda que en la medida que la seguridad social soluciona los problemas ocasionados por la contingencias sociales, se traduce en una garantía de libertad para las personas. No obstante, tal aseveración pierde validez si los sistemas no son eficientes ni viables económicamente y no contemplan la posibilidad que los individuos elijan, opten y se organicen con total libertad para solucionar sus contingencias sociales.

La aplicación de políticas sociales que desconocieron aspectos tan profundamente arraigados en la naturaleza humana,

[1] J. Pieper, *Las virtudes fundamentales*, Rialp.

como el sentido de la propiedad, la libertad individual y la iniciativa privada; una equivocada convicción de que la sociedad es una realidad mecánica, moldeable con técnicas de ingeniería social, más que una herencia histórica; la búsqueda de la igualdad, aun sacrificando la libertad: los obstáculos a la libre iniciativa y a la propiedad privada, ya sea por acciones monopólicas del Estado o por limitaciones legales; la planificación estatal y la procura del bienestar social mediante el intervencionismo, sofocaron por años la libertad y la iniciativa de los individuos.[2] De esta forma millones de personas frustraron la esperanza de gozar de una seguridad social eficiente, de servicios de salud capaces de resolver sus problemas y de sistemas de pensiones dignos.

3. LA FAMILIA, EL MERCADO Y EL ESTADO

La salud de las personas es el resultado de una serie de factores, en los que intervienen la *familia, el mercado y el Estado.*[3] Así, el bienestar total de la sociedad en salud está dado —en primer lugar— por la contribución que hace la *familia* en el cuidado de los niños, ancianos y enfermos, en su alimentación, en la formación y hábitos higiénicos del hogar, etc., lo que obviamente no se puede valorizar, pero que debe considerarse como parte del bienestar total. El estado de salud es una construcción *individual y familiar*, por lo que a cada persona le cabe una cuota primordial de responsabilidad en el cuidado de su salud y la de los suyos.

En segundo lugar, se encuentra el *mercado*, en el que opera el sector privado mediante la oferta y demanda de servicios, desarrollo tecnológico, prestaciones médicas, investigación, labor docente, sistemas administrativos previsionales o de seguros de salud, etc.. Como se sabe, el *sector privado* actúa y es eficiente en la oferta de *bienes privados*, vale decir, aquellos servicios que «demandan» los individuos, como lo es la medicina o los seguros de salud.

En tercer lugar, y no menos importante, es el componente que agrega el Estado al establecer prioridades económicas, definir políticas de inversión, determinar cotizaciones obligatorias y fijar las

[2] A. Fontaine A., «Libertad y Leviatán», *Estudios Públicos*, 1980

[3] S. Kamerman, *La privatización y el Estado benefactor*, Fondo de Cultura Económica.

regulaciones necesarias. Además, le corresponde velar por el libre e igualitario acceso al derecho a la salud de la población, así como la ineludible responsabilidad de cautelar los bienes llamados *públicos*. que benefician a toda la población, mediante su red asistencial, campañas sanitarias, inmunizaciones, medio ambiente, saneamiento ambiental, evacuación de excretas, educación, fiscalización, subsidios para los más desposeídos, etc..

Por tanto, es evidente que *la familia, el mercado y el Estado* tienen su rol específico, y aunque el linde entre ellos no está claramente delimitado aún, presentan diversas ventajas comparativas que hacen que uno sea más eficiente que otro en determinado campo. En consecuencia, quienes diseñan los sistemas sociales deben ser capaces de detectar cuáles son las ventajas comparativas de cada uno de estos tres sectores, de tal forma que la mezcla que se produzca sea económicamente óptima para el logro del mayor bienestar de la población.

Bajo esta perspectiva, los principios valóricos que se desarrollan a continuación están referidos a las políticas generales que deben inspirar a los gobiernos en el diseño de sus sistemas de salud previsional, tanto para la prevención de enfermedades como para la recuperación y la rehabilitación de los individuos.

4. La seguridad social y sus valores tradicionales

4.1 Reseña histórica

El término «seguridad social» le ha sido atribuido a Keynes,[4] no obstante que la «Social Security Act» del año 1935 parece ser la primera mención expresa según el concepto que hoy existe sobre el tema. Sin embargo, con anterioridad en Europa habían surgido importantes seguros sociales. Efectivamente, a fines del siglo XIX aparece la obra de Otto von Bismarck, cuyo contenido fue fundamental en el desarrollo de la seguridad social. «Conceder al trabajador derecho a trabajar, mientras esté sano; proporcionarle trabajo; darle garantía de que será atendido cuando esté enfermo; asegurarle la

[4] P. Novoa, *Derecho de seguridad social*, Ed. Jurídica de Chile.

asistencia cuando sea anciano» rezaban los propósitos del Canciller.[5] Ello se lograría mediante un sistema de seguro obligatorio, que protegería al trabajador de las llamadas contingencias sociales.

Años después, a mediados del presente siglo, el gobierno británico encomendó a Beveridge un estudio sobre una reforma a los sistemas sociales. Beveridge indicaba que la seguridad social debía destruir cinco gigantes: *la miseria, la enfermedad, la ociosidad, la ignorancia y la necesidad.*[6] Sostenía, además, que «la seguridad social tiene por objeto abolir el estado de necesidad, asegurando a cada ciudadano en todo tiempo un ingreso suficiente para hacer frente a sus responsabilidades».[7] Evidentemente, Beveridge introdujo un elemento colectivista al indicar, además, que los montos y la calidad de los beneficios que se otorguen debían ser iguales para todos. Por cierto, dicho concepto de solidaridad se desplomó y debió ser corregido al poco tiempo, puesto que se determinó la exigencia de establecer la necesaria proporcionalidad entre los beneficios otorgados y las cotizaciones aportadas. En materias de salud, se establece en Inglaterra un servicio nacional de salud, financiado mediante impuestos, que asegura gratuidad a los servicios médicos, tanto para la concesión de prestaciones médicas curativas, preventivas y rehabilitación. Cabe destacar que la gratuidad propuesta originalmente fue sustituida por el pago de un chelín por cada receta y por aportes variables que permitían «comprar» el acceso a salas de hospitalización más exclusivas.

De todas formas, es fácil apreciar la gran influencia que tuvieron estos modelos en el diseño de la seguridad social en todo el mundo. En Chile prontamente se siguieron tales experiencias. Nuestro país siempre ha sido precursor en la creación de modelos de la seguridad social. Así, el año 1924, y con oposición de los trabajadores, se formó el Seguro Obrero Obligatorio, destinado a proteger las contingencias de enfermedad, invalidez, vejez y muerte de los obreros.

[5] Novoa, *op cit.*
[6] Novoa, *op cit.*
[7] Novoa, *op cit.*

5. Análisis de los principios tradicionales de la seguridad social y de los sistemas de salud

5.1 Universalidad

La universalidad contiene dos aspectos:

a) *Universalidad subjetiva*: El sentido de este principio debe ser propender a que la población tenga la posibilidad de acceder a algún sistema de salud, sea éste estatal o privado, según los recursos y preferencias de cada cual. Dicho de otro modo, todas las personas tienen derecho a la protección de la salud. Así, los sistemas no deben discriminar a los individuos en razón de edad, nacionalidad, raza, o en virtud de su calidad de trabajador.

Ahora bien, la labor del Estado debe remitirse a cautelar que todas las personas —dependientes, independientes o jubilados y las cargas familiares de los anteriores— tengan acceso al sistema de salud elegido mediante una cotización obligatoria, o un subsidio que les garantice, inclusive a los más pobres e indigentes, poder ejercer dicha opción sin ser discriminados. En consecuencia, los modelos deben ser generales, abiertos a toda la población y, por lo tanto, no deben crearse regímenes de salud que contemplen normas especiales que impidan el acceso a los individuos que lo deseen.

Así entendida, la *universalidad subjetiva* ha sido vulnerada en los sistemas colectivos creados por el Estado para proteger a grupos específicos de la población. La historia de la previsión social en Chile demuestra que aquellos grupos de trabajadores de mayor poder político lograron sistemas especiales, tanto en cuanto a sus sistemas de jubilación como de salud. Efectivamente, antes de la reforma de 1980, en Chile existían dos regímenes de salud distintos, con diferentes beneficios y afiliación obligatoria: el SNS para los obreros y el Sermena para empleados.

b) *Universalidad objetiva*: Dice relación con las contingencias sociales o «hechos causantes» que deben estar cubiertas por la Seguridad Social. Entre ellas se encuentran la enferme-

dad, la vejez, la maternidad, la orfandad, la muerte del jefe de familia, el desempleo, las cargas familiares y los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. No obstante, ello no significa que todas las personas deberán estar cubiertas de estas contingencias, sino que podrán gozar de ese derecho quienes cumplan ciertas condiciones reguladas por normas legales.

En suma, este principio aplicado a los sistemas de salud significa que éstos deben resolver adecuadamente todas las patologías, sin excluir enfermedades específicas.

5.2 Integridad o suficiencia

Este principio se refiere a que todas las personas deberán gozar de regímenes de salud que les garanticen una cobertura suficientemente razonable a sus contingencias y que solucione el «caso social». Así, se estima que la protección debe abarcar la prevención de enfermedades, la recuperación y la rehabilitación de los individuos.

Por cierto, tratándose de las personas de escasos recursos el máximo bienestar debe ser compatible con los fondos de que dispone la nación para ello, produciéndose una permanente pugna entre los que se quisiera otorgar a los beneficiarios y lo que el Estado puede efectivamente dar. Es evidente que ningún sistema social resistiría otorgar prestaciones «íntegras». Su elevado costo, especialmente en lo que se refiere a salud, impide que ello ocurra. En tal sentido, la eficiencia en el uso de los escasos recursos de que dispone el Estado es un presupuesto básico para alcanzar los objetivos de suficiencia de la prestación.

En el caso de los sistemas privados de salud la cobertura que alcanzará cada persona estará en relación a su contribución individual y cada uno tratará de maximizar la obtención de beneficios de acuerdo a su aporte. Asimismo, las empresas tratarán de optimizar el otorgamiento de beneficios y la eficiencia de sus sistemas con el propósito de ofrecer un producto competitivo en el mercado.

En relación a cualquiera de los dos casos anteriores, la exigencia de una contribución del individuo para concurrir en parte al financiamiento de las prestaciones mediante un pago moderador o co-pago no vulnera dicho principio; más aún, se estima que la

elasticidad precio de la demanda de prestaciones médicas es alta, razón por la cual el pago moderador contribuye a la contención del gasto en salud y con ello los regímenes pueden ser más *integrales* para quienes realmente los requieran.

5.3 Solidaridad

El diccionario define solidaridad como una adhesión circunstancial a la causa o empresa de otro. Así, según los preceptos tradicionales, la Seguridad Social se funda en la *solidaridad social que supone ayudas y servicios mutuos.*[8]

La solidaridad se manifiesta mediante los siguientes postulados:

1) Corresponde a un esfuerzo de toda la comunidad en su propio beneficio;
2) Cada individuo contribuye según sus propias capacidades y posibilidades;
3) El esfuerzo individual debe ser considerado como una exigencia del bien común y no como una prestación previa para que el organismo le otorgue un beneficio.

Estas ideas fueron aplicadas a los sistemas de seguridad social estatales. No obstante, en lo que se refiere fundamentalmente a los sistemas «colectivistas» de previsión y salud, la solidaridad en la práctica no dio resultados. El régimen de pensiones llamado de reparto se caracterizó por a) independizar la cotización del beneficio —principio fundamentado en la supuesta solidaridad que se produciría entre los cotizantes—, y b) por una administración a través de instituciones estatales o «cuasi-estatales» sin fines de lucro. Mas, los vicios adquiridos por el sistema provenientes de la falta de incentivos económicos para sus administradores e imponentes y la absoluta ausencia del sentido de solidaridad de las personas condujeron a dichos sistemas «solidarios» a la ruina, debiendo ser reemplazados por sistemas de *aporte individual.* Estos últimos se basan, en primer lugar, en las decisiones individuales de los trabajadores y, en segun-

[8] Novoa, *op cit.*

do lugar, en la capacidad de ahorro y de ingreso de cada uno, manifestándose la solidaridad en el rol que adopta el Estado para cubrir las contingencias de los más necesitados, otorgar o garantizar ciertos beneficios mínimos y cautelar el ordenamiento que requiere la sociedad en esta materia.

De igual modo, en los sistemas de salud de reparto, por ejemplo, modalidades estatales de *Libre Elección* y *Atención Institucional*, los más ricos procuran cotizar el mínimo, toda vez que, independientemente del monto de su cotización, los beneficios que obtienen son los mismos. La gravedad de ello radica en que los más ricos buscan en el sistema alcanzar la categoría de *receptores de beneficios* que evidentemente no merecen, y los pobres asalariados —que no pueden evadir el sistema— se transforman en *contribuyentes* de los más ricos. Quienes argumentan que la solidaridad debe provenir de estas transferencias están equivocados. Economistas de todas las tendencias coinciden en la perversidad que contienen los subsidios cruzados

De lo anterior se desprende que la *solidaridad*, entendida como tradicionalmente ha sido aplicada a los sistemas de reparto lleva implícito un germen de injusticia en relación a las personas de menores ingresos.

La solidaridad y la responsabilidad social respecto de los más desposeídos deben recaer en todos los contribuyentes y no sólo en un grupo de imponentes. En otras palabras, la solidaridad debe provenir de la obligación del Estado de cautelar el bien común y procurar que las personas que necesitan ayuda reciban efectivamente los servicios requeridos y, por tanto, la responsabilidad del financiamiento debe provenir de los recursos que la nación dedique a la función social. Aunque resulte redundante, la solidaridad entendida como el reparto de la riqueza al interior de un sistema de seguridad social no puede existir, por cuanto produce subsidios cruzados que contienen incentivos perversos, estimulando a los más ricos a evadir sus obligaciones. Así, en la *praxis*, la solidaridad en los modelos colectivos no es más que una romántica declaración de intenciones.

Lo anterior no obsta al deber ineludible que tiene el Estado en el diseño de políticas sociales destinadas a satisfacer los estados de necesidad de los más desprotegidos, ya sea mediante el otorgamiento de subsidios directos y focalizados, o bien proporcionando servicios adecuados a quienes no los pueden obtener con su propio esfuerzo.

Finalmente, debe destacarse la solidaridad voluntaria de

aquellos grupos de trabajadores que optan libremente a un plan común de salud, independientemente de las rentas que ellos posean. Dicha situación, muy frecuente en los trabajadores afiliados a las instituciones de salud privadas a través de planes colectivos, constituye un alternativa válida, cuya opción está en manos de quienes se organizan libremente de esta forma.

5.4 Redistribución de ingresos

Los tratados indican que uno de los grandes objetivos de la Seguridad Social es la *redistribución de los ingresos*, por cuanto en los sistemas sociales se producen subsidios solidarios de los más ricos a los más pobres. No obstante, de acuerdo a lo explicado, ello no es factible, toda vez que producen importantes inequidades y desincentivos, especialmente para los «contribuyentes» del sistema. Por tal razón, la redistribución de los ingresos debe provenir de los impuestos generales y no de los sistemas sociales.

5.5 Unidad

Otro controvertido principio de la Seguridad Social es la *unidad*. En efecto, la comprensión que se pueda tener de esta idea dependerá de la concepción política de la seguridad social:

Unidad entendida como unificación organizacional de todas las instituciones de la Seguridad Social: idea que resulta obsoleta e inaplicable, puesto que hoy puede esgrimirse con toda certeza que la administración especializada, plural y competitiva, de distintos organismos de gestión —cada uno de un tamaño razonable en su área— es más eficiente.

Unidad en el otorgamiento de prestaciones y cotizaciones, referida a la uniformidad de los precios y las prestaciones: postulado altamente discutible, por cuanto la diversidad del producto y del precio introduce un factor de eficiencia y competitividad muy estimulante.

Unidad del sistema en sí: en el sentido de unificar los sistemas administrativos, orientados por el Estado, pero conservando la individualidad de gestión y administración de cada institución, es un planteamiento que parece razonable. De hecho, los sistemas privados

de salud y de pensiones en Chile están regulados por una normativa que permite referirse a ellos como un solo gran sistema, no obstante existir numerosas entidades en competencia.

Unidad en cuanto al objeto: supuesto que señala que el sistema debe abarcar un conjunto o un cierto grupo homogéneo de la población. Dicha postura, que permitió la creación de un centenar de Cajas de Previsión en Chile, provocó odiosas diferencias entre grupos de trabajadores. Junto a la obligatoriedad de cotizar en la Caja correspondiente de acuerdo a la ley, se establecían diversos beneficios médicos, distintas edades para jubilar, y una sumatoria de ventajas para ciertos grupos de trabajadores de mayor influencia política, lo que configuró un sistema injusto. La *unidad* —entonces— debe traducirse en la necesidad de que todos los trabajadores tengan iguales posibilidades; en un sistema social que contenga las mismas reglas del juego para todos y que permita lograr el máximo grado de libertad para que cada un, de acuerdo a su esfuerzo individual, logre alcanzar los beneficios según sus preferencia y aptitudes personales.

6. NUEVOS PRINCIPIOS RECTORES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Con las salvedades indicadas, los principios señalados son válidos para los sistemas de salud. Mas, la actual concepción política y económica de la sociedad y la especialidad y particularidad del sector obligan a enfatizar ciertos principios valóricos que no se han considerado.

Como se indicó, los principios que inspiraron la seguridad social se derivaron en gran parte de las políticas seguidas por Bismarck o las modernas políticas de los laboristas en Inglaterra durante la primera mitad de este siglo, lideradas por Beveridge.

Sin embargo, dichas concepciones han sido superadas por ideas más amplias que contemplan un reconocimiento a las pautas de conducta y de comportamiento económico del individuo.

F. A. Hayek reconoce en la sociedad un orden espontáneo que no se puede ni se ha podido someter a ningún modelo proveniente del racionalismo constructivista, especialmente durante los últimos 80 años.[9] A estos intentos —entre ellos el socialista— le ha

[9] F. Hayek, *La fatal arrogancia*, Centro de Estudios Públicos, 1990.

llamado «la fatal arrogancia». Tal vez sea éste el punto más relevante sobre el cual se deba centrar la discusión sobre los principios que deben inspirar los sistemas de salud, puesto que todo otro principio que se pueda imaginar deberá tener en consideración las pautas de comportamiento humano, sus intereses, sus particularidades propias como individuo irrepetible, sus ambiciones y sus motivaciones más profundas. Dentro de ese contexto, a los principios tradicionales deben agregarse los que a continuación señalaremos.

6.1 Libertad individual

Parece innecesario resaltar los frutos y excelencias de la libertad individual. No cabe duda que ésta ha sido la responsable del desarrollo y desenvolvimiento intelectual y material en todos los tiempos. Así, como señala Fontaine A. «Lejos de constituir una expresión de individualismo soberbio, implica una línea de modestia, al permitir que cada cual haga su camino y al suponer que nadie tenga la última palabra acerca de nada en la esfera temporal y, por tanto, que a nadie corresponde la suma del poder».[10]

Especialmente nos interesa en este trabajo la libertad del individuo para elegir, para emprender, para oganizarse y asumir una actividad social o comercial, para adquirir o vender, para asegurar las eventuales contingencias que le pudieran suceder, para optar por los sistemas previsionales que más se adecuen a sus preferencias y posibilidades. La libertad no permite ser restringida ni instrumentalizada, por cuanto ella es la raíz del desarrollo del mundo moderno y lo debe ser también en los sistemas sociales y de salud.

Este principio de la libertad individual tiene su concreción en varios aspectos, como lo son la libertad para escoger el sistema de salud; libertad para elegir el profesional o institución médica y libertad de las personas para decidir qué recursos destinar a su salud.

6.2 Libertad de elegir el sistema de salud

No cabe duda que la imposición de cotizar para salud resta grados de libertad a las personas, razón por la cual el individuo debe

[10] A. Fontaine A., *op cit.*

ser recompensado al menos con una amplia facultad para elegir el sistema que le administrará tal «ahorro» obligatorio.

Por lo pronto, el derecho de preferir un sistema de salud genera la necesidad de permitir que los particulares se organicen libremente y asuman la gestión de un sistema de salud.

Vale la pena señalar que la organización y administración de los sistemas de salud en Chile durante muchos años estuvieron reservadas sólo al Estado. Por tal razón, desde el momento en que se permite a los particulares organizarse para desarrollar esa labor, se crea una instancia de participación social legítima y real.

6.3 Libertad de elegir al profesional o la institución médica

El principio de la *Libre Elección* del profesional o institución está fundamentado en la libertad que debe asistirles a los individuos para optar por la alternativa que más se adecue a sus necesidades personales. Dicho principio ha sido persistentemente vulnerado en los sistemas estatales, los que en general funcionan con población asignada, la cual no goza de autonomía para elegir al profesional, hospital o centro asistencial de su preferencia.

Las asambleas médicas mundiales celebradas en Nueva York (1963) y en Venecia (1983) señalaron que todo sistema de salud debe permitir que el paciente consulte al médico de su preferencia y, a su vez, que el médico trate al paciente de su elección, sin que esta posibilidad prive a ninguno de los dos de sus derechos. Este principio, denominado de «Libre Elección», debe prevalecer inclusive al interior de los centros de asistencia médica.[11] Consecuente con lo anterior, el Código de Etica del Colegio Médico de Chile señala que es deber del médico respetar la libertad de elegir el profesional por parte del enfermo. También indica que es derecho del médico rechazar o aceptar la atención de un enfermo, con la sola limitación referida a que le está prohibido rechazar un paciente cuando no existe otro profesional que pueda hacerse cargo del enfermo.

[11] Véase «Normas y documentos», *Etica médica*, Colegio Médico de Chile, 1986.

6.4 Libertad para destinar recursos a la medicina

Se pueden dar innumerables ejemplos que revelan que las personas cuando pueden actuar libremente priorizan los recursos que destinan a su salud según sus propias preferencias personales, lo que explica que las acciones relacionadas con ésta puedan ser postergadas por otras opciones. En efecto, aun en casos de extrema gravedad, los individuos están dispuestos a gastar sólo hasta cierto monto de sus recursos para financiar el correspondiente tratamiento médico. Son ellos los que en definitiva van a construir su salud, lo que coincide plenamente con aquel postulado de Vilfredo Pareto que indica que los hombres son los mejores jueces de su propio bienestar.

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 libremente sus recursos escasos, de tal forma que maximizan los beneficios que obtienen y casi nunca la salud ocupa el primer lugar.[12] Por el contrario, para el planificador estatal la salud es una cuestión primordial para el individuo y prioritaria sobre cualquier otra necesidad.

Tal vez lo anterior explica por qué los sistemas de salud —estatales o privados— no pueden dar una cobertura ilimitada o «íntegra» a las contingencias más graves o catastróficas, y dejan una parte importante de tal responsabilidad a los propios afectados, toda vez que son los propios individuos los que frente a una eventualidad de tal naturaleza decidirán hasta qué límite sacrificar su patrimonio.

6.5 Justicia y equidad

La justicia y la equidad son tal vez los más manidos valores utilizados para explicar cualquier grado de insatisfacción del ser humano.

En primer lugar, hay que dilucidar la relación existente entre justicia y equidad. Para Aristóteles lo equitativo no es por

[12] P. J. Feldstein, *Health Care Economics*, Wiley, John and Sons.

esencia algo distinto de lo justo sino una misma cosa con ella. La equidad es, en palabras simples, la justicia del caso concreto.

Quienes han estudiado los problemas de la salud pública dan la mayor relevancia a la justicia y equidad, resaltando dichos valores como principios fundamentales que deben estar presentes en todo sistema. Si bien ello es correcto e indiscutible, el punto es cómo se manifiesta la justicia. La respuesta para algunos es tan simplista como equivocada: *justicia es dar a todos lo mismo.* De dicha interpretación surgió una conceptualización tremendamente errada de los sistemas de salud.

La extensión y complejidad de este concepto nos acercan a la tesis tomista. Esta señala que «*la justicia es el modo de conducta según el cual un hombre, movido por la voluntad constante e inalterable, da a cada cual su derecho*».[13]

Por otra parte, 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.* ¿Qué es en concreto lo que le corresponde a cada uno? Desde luego, el dar a cada uno lo suyo supone otro acto que le precede y que supone que algo se constituye en propiedad de alguien. De ello se desprende que la justicia es algo secundario, en el entendido que previo a la justicia está el concepto del «derecho» y de la propiedad.

De lo anterior se colige que todo ideal de justicia implica en primer término una cierta proporcionalidad entre los hechos y las consecuencias, *entre lo que se da y 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.

Así definida la justicia, ¿es ella un principio aplicable a los sistemas de salud? La respuesta es sin duda afirmativa. En efecto, en primer término el principio más importante que conforma la idea de justicia, cual es la *proporcionalidad,* significa que debe existir en el interior del sistema de salud una equiparidad entre lo que se da y lo

[13] J. Pieper, *Las virtudes fundamentales,* Rialp.

que se recibe, entre el aporte que se efectúa y los beneficios que se obtienen. Paradójicamente, cuando se habla de sistema solidario dicha proporcionalidad está ausente, toda vez que cualquiera sea el aporte que realice un individuo obtendrá iguales beneficios.

También debe estar presente la idea de *igualdad*. En efecto, ésta debe verse 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 debe estar ausente si se piensa que en los sistemas previsionales participa una multiplicidad de individuos que se relacionan entre sí por medio de un sistema, bajo normas iguales para todos.

6.6 Derecho a la propiedad y el bien común

Son los griegos de la época clásica quienes desarrollan el concepto de libertad, en el entendido que sin propiedad no existe libertad. Y sin propiedad no existe justicia. Tales ideas constituyen —sin duda— la base de la sociedad moderna. Desde luego, el derecho a la propiedad individual es considerado un derecho natural en la filosofía tomista. En efecto, «si el acto de justicia consiste en dar a cada uno lo suyo, es por que dicho acto supone otro precedente, por virtud del cual algo se constituye en propiedad de alguien».[14]

Pero, ¿de qué forma interviene el derecho a la propiedad como principio rector en los sistemas de salud? Por una parte, los sistemas de salud deben tener presente como principio fundamental que las personas son propietarias de los ingresos que generan (y en consecuencia de las cotizaciones que aportan), en la medida que éstas contribuyen a financiar bienes privados, es decir, de los propios individuos. Esta es la primera gran diferencia que se debe establecer respecto del destino y uso de la cotización previsional y de salud.

Otro aspecto del problema se refiere a la obligatoriedad de la cotización para salud. Esto es, ¿en virtud de qué fundamentos el Estado establece limitaciones al uso y destino de una parte de las remuneraciones cuyo objetivo será satisfacer las contingencias de

[14] J. Pieper, *Las virtudes fundamentales*, Rialp. Santo Tomás, *Summa contra gentes*, Rialp.

enfermedad y vejez? o por el contrario ¿por qué no permite que cada grupo familiar asuma su propio riesgo? Probablemente la respuesta está dada porque la sociedad supone que el hombre es incapaz de prever contingencias futuras, especialmente si son fortuitas y eventuales. Así, en caso de sobrevenir un siniestro, será el Estado el que deba satisfacer la urgencia del individuo con el costo económico que ello implica.

Distinta es la situación respecto de los impuestos, destinados fundamentalmente a financiar bienes públicos. En este caso, el Estado puede establecer cargas tributarias a los particulares para cumplir con finalidades que son propias del bien *común y de la justicia distributiva*. El concepto del *bonum commune* radica en el producto social de una mutua cooperación entre los distintos grupos que cumplen una función social y los individuos. En otras palabras, es el conjunto de condiciones que permite que los individuos que conforman la sociedad alcancen su verdadero bien individual. Constituye, entonces, un desafío permanente para el Estado el logro del objetivo perseguido.

Pero, ¿qué se le debe al individuo que se requiere de *justicia distributiva*? Lo que se da a las personas por este concepto es la parte que pertenece a todos y que obliga a la sociedad a atender a los administrados de acuerdo al bien común, por cierto dentro de las posibilidades reales que racionalmente la nación puede entregar. En términos económicos se dirá que el límite de lo que se puede «distribuir» para cumplir con este principio de la justicia se encuentra en el punto en que ello afecte al desarrollo y a la creación de riqueza, al desincentivar la iniciativa privada.

6.7 Subsidiariedad

No obstante que este principio ha sido debatido en doctrina, y de hecho aparece incorporado en algunos textos que se refieren al tema, hay quienes estiman que no constituye un principio rector de los sistemas de salud por cuanto éste implica que el Estado renuncia a su ineludible responsabilidad en estas materias y con ello pudiera afectar otros valores como la *solidaridad* o la *unidad*. Sin embargo, dichas aprensiones no tienen solidez frente a los argumentos filosóficos y a la teoría y práctica económicas.

La subsidiariedad supone que el Estado no debe ejercer

actividades que los individuos puedan efectuar por sí mismos.[15] Dicho de otro modo, ninguna sociedad superior puede atribuirse el campo que respecto de su propio fin específico puedan satisfacer las entidades menores.

Ello abre indefectiblemente el paso a la actividad privada y a la libre iniciativa en la actividad económica, y a la vez establece un limite para que el Estado pueda efectuar ciertas actividades productivas o de servicios. Sin embargo, esta situación no le resta responsabilidad al Estado como garante del bien común, ni le exime de sus obligaciones en relación a los más débiles de la sociedad.

Por tal razón, el principio de *subsidiariedad* corresponde a uno de los más trascendentales valores que se le debe incorporar a cualquier sistema social. En el caso que nos compete —los sistemas de salud— el Estado debe permitir la participación del sector privado, no sólo en el otorgamiento de las prestaciones médicas, sino en la organización, administración y financiamiento de la salud.

Por otra parte, la labor productiva del Estado es, a todas luces, menos eficiente que la desarrollada por el sector privado. Si bien ello pudiera parecer un mero juicio de valor, existen muchas evidencias empíricas que así lo demuestran. Por tanto, parece razonable pensar que la participación de la iniciativa privada puede contribuir al desarrollo de los países, al liberarlos de sistemas burocráticos y reducir el poder político que los gobiernos ejercen a través de estas enormes instituciones que conforman la Seguridad Social. La organización económica a base de la iniciativa privada no pretende suprimir al Estado, sino sólo limitarlo a su rol de autoridad que fija las reglas y que es árbitro en la interpretación y cumplimiento de las mismas. William Niskanen sostuvo en su teoría de crecimiento burocrático que los burócratas siempre tratarán de aumentar el tamaño de sus agencias, puesto que la sociedad valora los cargos de acuerdo a la dimensión del presupuesto que administran y controlan.[16] Por ello, los servicios públicos, ya sean de salud, previsión, u otros, crecen por sobre cualquier nivel de eficiencia tolerable y sostenible económicamente. De ahí que el «Estado Productor» de bienes o servicios debe dejar paso a la iniciativa privada.

---

[15] H. Humeros, *Derecho del trabajo y la seguridad social*, Editorial Jurídica de Chile.

[16] A. Fontaine A., *op cit.*

6.8 Aplicación del rol subsidiario del Estado en salud

En Chile, la Constitución de 1980 dio origen a los sistemas privados de la Seguridad Social, mediante la creación de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y las Instituciones de Salud Previsional (Isapre). Si bien estas últimas se han desarrollado en forma importante cubriendo más del 30% de la población, existe un grupo importante que por falta de recursos no puede acceder a este sistema privado de salud.

6.9 Posición de la Iglesia Católica

Finalmente, el Papa Juan Pablo II ha reiterado su posición al respecto. En su encíclica *Centesimus annus* hizo hincapié en el cumplimiento y respeto de este principio 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 principio reseñado cobra especial trascendencia ya que en su aplicación el Estado ejercerá aquellas 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. ●

EL ROL REGULADOR DEL ESTADO EN EL SISTEMA DE SALUD

OSVALDO JARA G.

Ingeniero Comercial, Economista, Universidad de Chile. Mater of Arts en Economía Georgetown University. Profesor del curso Gestión y Economía de Sistemas de Salud, Depto. de Ingeniería Industrial, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, U. de Chile. Autor de numerosas publicaciones sobre sector salud en Chile.

1. Introducción

La *re-definición del rol del Estado* es probablemente una de las llaves con las que Chile tiene que contar en esta fase de su desarrollo. Este desafío pasa en gran parte por revisar el rol regulador[1] que el Estado tiene en la sociedad, en la vida económica y social. El éxito del desarrollo y la implementación de las políticas sociales descansan en gran medida en el reposicionamiento del rol estatal, tanto en cuanto a la labor de producción o financiación de servicios que éste realiza como en relación a las funciones de regulación (normativa, fiscalizadora y supervisora) que ejerce hacia los productores y los consumidores.

1.1 Límites del sector salud

Las fronteras del sector salud

Probablemente uno de los ejercicios ciertamente más útiles que se puede realizar en pro de mejorar la efectividad de las políticas sanitarias es plantear las fronteras del sector salud.[2] Lo anterior es de vital importancia porque el problema de la salud está ligado a toda la

[1] Desde el punto de vista operativo se definirá regulación como la acción mediante la cual el Estado norma, fiscaliza, supervisa y controla el funcionamiento de los mercados de bienes y/o servicios.

[2] Este es el esquema de análisis del curso Gestión y Economía de Sistemas de Salud que dictan M. Vergara, C. Oyarzo y el autor, entre otros profesores, en el Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile.

actividad humana y a las metas más nobles que las sociedades quieren siempre alcanzar. Esto, porque es obvio la vinculación entre estado de salud y desarrollo humano, entre salud, calidad de vida y bienestar, entre estado de salud y años de vida.

Estado de salud deseable

Para alcanzar *estados de salud* deseables es necesario definir las metas en las que se materializará y traducirá lo *deseable*, lo que significa plantearse en qué estado de salud desea la sociedad ubicarse.

Naturalmente, desde el punto de vista técnico, el problema se traduce en determinar el perfil epidemiológico actual e investigar, entre otros temas, las causas de enfermedad y de muerte de la población; cuándo, cómo y dónde se enferman y mueren las personas; cuáles son los factores de riesgo que influyen en el perfil epidemiológico, etc.. Luego de investigada la realidad, es necesario determinar una metodología que permita resumir el estado de salud, a objeto de poder establecer metas operativas que alcanzar.

Metas de salud

El establecimiento de metas en relación al estado de salud en un país como Chile es un paso estratégico fundamental, ya que:

i) El sector salud es un área en donde se explicitan tradicionalmente resultados obtenidos más que los por obtener;

ii) Porque explicitar metas puede llevar naturalmente[3] a visualizar prioridades en un sector en que ello, a nivel del sistema, es un ejercicio poco practicado;

iii) Porque al explicitar metas concretas es posible identificar las insuficiencias que presentan los distintos sectores involucrados para alcanzarlas, produciéndose así una conversación intersectorial orientada a dar más efectividad a su quehacer. Un ejemplo puede ser útil para aclarar lo anterior: es una meta explícita de salud —establecida en el Código Sanitario— que los chilenos consumamos alimen-

[3] Aunque no automáticamente.

tos no contaminados; sin embargo, ¿cuál es la cantidad de recursos que el sector salud está dispuesto a imputar para que las inspecciones sobre las empresas —que producen y distribuyen alimentos— cumplan con el logro de esta meta?; asimismo, dado que, aparentemente, no es una tarea prioritaria, es válido preguntarse ¿cuál es el aporte que otros sectores (por ejemplo, el SAG y el Sernac), en coordinación con salud, pueden realizar para que esta meta sanitaria sea igualmente cumplida?

1.2 La realidad en Chile

Crecimiento descentralizado

En el sector salud la liberalización del mercado de los seguros, el crecimiento significativo del sector privado prestador y las políticas de descentralización de la administración central del Estado hacia las regiones, los servicios de salud y el sector privado, han permitido visualizar que para dar mayor viabilidad a las políticas de desconcentración y descentralización es necesario desarrollar herramientas modernas que permitan que las relaciones entre estos sectores y el nivel central sean fluidas y favorezcan el desarrollo dinámico del Sistema de Salud. En efecto, se trata de lograr que el Estado pueda promover el crecimiento descentralizado y a la vez garantizar los estándares de calidad en la provisión de servicios para la población.

Estrategia de regulación

Conceptualmente, una de las estrategias que el Estado puede asumir se encuentra en los enfoques de regulación de mercados. Estos enfoques se han desarrollado en la teoría económica; a partir de la constatación de que la libre operación de los mercados no garantiza la provisión de todos los bienes y servicios que la sociedad requiere, tanto en la calidad como en cantidad.

El presente artículo pretende definir un marco conceptual que permita replantear la responsabilidad estatal como regulador del quehacer en salud.

1.3 El problema de las definiciones

Concepto de regulación sanitaria

En primer lugar, es necesario aclarar que el concepto de regulación sanitaria es bastante amplio. Este puede incluir la regulación de las prestaciones asociadas a la atención médica, la regulación sobre el medio ambiente, el control de calidad de los insumos clínicos, el tipo de prescripciones que se realizan a los pacientes, la regulación del estado de salud de la sociedad, las políticas que se desarrollan en sectores relacionados con el sector salud, etc.. Más aún, si se centra la atención en lo que sería aparentemente más propio del sector, es decir el estado de salud de la población,[4] se constata que la mayor parte de los elementos que influyen en este estado de salud no dependen de las acciones que el sector salud ejecuta ni tampoco de lo que el sector regula directamente. El estado de salud y los riesgos de salud de la población son normalmente determinados por las actividades de instituciones y personas en ámbitos distintos al quehacer sectorial de salud. De esta forma, *realizar un ejercicio de humildad en torno a la capacidad que el sector salud tiene para alterar los indicadores de estado de salud es fundamental.* Corresponde, entonces, comenzar a identificar las tareas propias del sector y, por añadidura, aquellas tareas que, en el ámbito de la regulación, le correspondería realizar.

Regulación del sistema de salud

En una primera aproximación metodológica centraremos el análisis en la regulación del *sistema de salud*, definida como la organización de los mercados (de prestaciones, de factores y de seguros), y de las instituciones y los individuos, relacionados con las actividades de atención de salud curativa y las de prevención-fomento y protección de la salud.[5]

Como se puede apreciar, a pesar de los esfuerzos por tratar de acotar el problema, el universo de análisis todavía es amplio; sin

[4] Estado de salud, como proxi a la salud de la población, para evitar definiciones difíciles de defender ni caer en definiciones poco operativas como la famosa definición de la OMS, por todos conocida.

[5] Por lo tanto, el análisis no se centrará en la regulación del «estado de salud», ni en la regulación de la salud de la población. Se entenderá, sin embargo, que el objetivo de regular el Sistema de Salud es provocar efectos favorables sobre el estado de salud de la población.

embargo, en este momento se acerca bastante a las creencias sectoriales en relación a lo que debería ser el quehacer propio del sector salud. Cabe señalar que *el volumen de actividades* bajo las categorías recientemente acotadas es de magnitud importante. En efecto, están dentro de esta definición, por el lado de las *prestaciones*, las actividades de atención de la enfermedad, las inmunizaciones, las de educación para la salud y las de prevención sobre el medio ambiente; por el lado de los *seguros*, los seguros de salud del trabajo y los «familiares»; desde la perspectiva de los *factores*, los prestadores, los insumos, la infraestructura de atención, etc..

Regulación y legislación vigente

Por otra parte, la regulación que actualmente establece la legislación vigente no permite definir un enfoque metodológico claro ni acotado en materias de regulación sanitaria. En la práctica, existe una serie de cuerpos legales que regulan materias muy variadas; pero no se establecen límites realistas para la acción del sector salud y en algunas materias, como por ejemplo las relacionadas con el medio ambiente, se concentran las facultades normativas y de fiscalización en los Servicios de Salud (salvo algunas excepciones), quedando al margen de la gestión los otros sectores.

Ventajas comparativas e intersectorialidad en la regulación

Avanzar en la reforma del rol regulador del Estado en salud significa especializar un poco más las funciones que el sector realiza, de modo de focalizar los esfuerzos de gestión en aquellas áreas en donde este sector sería insustituible y donde tiene ventajas comparativas. Además, en áreas en donde se requiera algún aporte de las políticas de salud podría ser más eficiente operar en la lógica de la coordinación intersectorial. En ambos casos, es necesario identificar las especificidades de los diferentes ámbitos desde el punto de vista técnico, a objeto de garantizar la efectividad y la eficiencia de las reformas que se elaboren.

Criterios de efectividad y eficiencia

Establecer el ámbito en donde debe desarrollarse la regulación es fundamental para el re-planteamiento del rol regulador

estatal en salud, para aproximarse con criterios de efectividad y eficiencia sectoriales a dar respuesta a preguntas sobre cómo y a través de qué institucionalidad se realizará dicha función.

2. El enfoque de la regulación para el sector salud

En primer lugar, es útil aclarar que, aunque normalmente se encasilla la regulación en el enfoque de las fallas de mercado,[6] la intervención del Estado en el desarrollo de políticas sociales sólo puede responder eficazmente a sus objetivos si, junto con la acción típicamente reguladora, se incorpora un fuerte componente de diseño de sistemas públicos. Estos sistemas pueden manifestarse en la creación de mercados[7] o bien en la creación de sistemas de seguridad social completos.

2.1 El diseño institucional de sistemas públicos

La preocupación fundamental del Estado en el desarrollo de políticas sociales dice relación con aumentar el bienestar. Sus mecanismos operativos e institucionales enfrentan siempre el desafío de obtener el máximo provecho de los recursos de que disponen. Dado que la sola operación de los mercados y la racionalidad individual de las decisiones no siempre garantizan la óptima asignación de recursos, el diseño de sistemas públicos es fundamental para el logro del bienestar social.

La aparición de la seguridad social

La aparición de la seguridad social como elemento corrector del funcionamiento de los mercados y de las conductas individuales (especialmente aquellas en que se privilegia el consumo presente por sobre el consumo futuro; por ejemplo, los sistemas de pensiones), no es otra cosa que una muestra manifiesta del interés por crear un sistema que, sin la intervención estatal, sería más difícil y posible-

[6] Proveniente de la teoría económica del bienestar.

[7] Por ejemplo, los mercados de información creados por ley para promover la transparencia de otros mercados de bienes o servicios.

mente no se generaría en forma espontánea. En efecto, fue el Estado el que comenzó a crear los sistemas de seguridad social, basados, en la mayoría de los casos, en el establecimiento de un monopolio de oferta de tipo estatal.

Esto ocurrió inicialmente como respuesta frente a demandas provenientes de las distintas organizaciones de trabajadores con mayor fuerza sindical,[8] para posteriormente extender el sistema a todos los asalariados.

El desarrollo del sistema previsional chileno

El Sistema Previsional de Salud en Chile muestra un desarrollo del mismo tipo; primero, como parte de un *sistema previsional estatal unificado* (salud, pensiones y otros); luego, en los ochenta, como un sistema que definitivamente acepta la *participación del sector privado*, al menos en parte del mercado.[9] Así, se privatiza la administración de parte del sistema de pensiones; se privatiza también parte del sistema de seguro obligatorio de salud, es decir, el referido a las prestaciones curativas y mínimamente el de las prestaciones de fomento, protección y prevención, y se consolida formalmente el *sistema de atención para enfermedades y accidentes laborales* en el marco de un seguro de acciones del trabajo y enfermedades profesionales.[10]

Intervención del Estado para crear una situación de mercado

Desde el punto de vista teórico, cabe destacar que la primera acción reguladora se produce cuando el Estado decide intervenir para crear una situación de mercado, es decir, cuando los individuos por sí solos no lograrían alcanzar los objetivos que el Estado pretende. El diseño de un mercado bajo estas circunstancias es, por excelencia, una instancia de la mayor responsabilidad, tanto desde el punto de vista de la ética pública como desde la perspectiva técnica. Así, la

[8] Para un análisis exhaustivo sobre la formación del Sistema de Seguridad Social Sanitario en Chile, véase M. A. Illanes «En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia, (...), Historia social de la Salud Pública en Chile 1880-1973«, editado por Colectivo de Atención Primaria, 1993.

[9] Véase H. Cheyre, *La previsión en Chile ayer y hoy*, Centro de Estudios Públicos, 1988.

[10] Aun cuando no se puede afirmar que el sistema de seguros de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se haya consolidado, por presentar todavía serios problemas en relación al cumplimiento de sus objetivos de prevención.

regulación en el diseño es uno de los momentos en donde más se juega el éxito o fracaso de las políticas públicas. Por ejemplo, si el Sistema Isapre se hubiese diseñado no permitiendo las exclusiones de enfermedades o la discriminación de la tercera edad, hoy no estaría el Estado tratando infructuosamente de dar una solución a estos problemas.

Una vez establecidos los sistemas, o creados los mercados, la acción reguladora del Estado se manifiesta principalmente en perfeccionar el funcionamiento de estos mercados y, sobre todo, en evaluar permanentemente las condiciones de calidad y cantidad, con que los productos están siendo provistos.

2.2 Rol del Estado como regulador en materias sanitarias

Las razones para que el Estado intervenga en el sistema de salud como regulador dicen relación con la existencia de imperfecciones del mercado, con la creación de mercados de seguridad social y con el financiamiento que el Estado posee, para proveer ciertos bienes o servicios.[11]

Como se ha establecido, la preocupación del Estado por crear sistemas de seguridad social es una de las principales tareas en donde éste ejerce su poder regulador. Así, el diseño de sistemas de seguridad social es una intervención en las conductas individuales y colectivas; personales e institucionales, especialmente si se incluye la obligatoriedad de afiliación a estos sistemas.

Por otra parte, las razones para que el Estado intervenga en el sistema de salud como *regulador de mercados en operación* se relacionan con la intervención en áreas en que los consumidores no pueden afectar la dinámica del mercado y/o la actuación del mercado no garantiza alcanzar un nivel concebido como socialmente «deseable».

Causas que justifican la intervención reguladora del Estado:

i) Asimetrías de información y de tamaño

La existencia de fuertes asimetrías de información es una de las razones que han justificado históricamente la intervención del

[11] El tipo de bienes que el Estado provee y su categorización se presentan más adelante.

Estado en el mercado de insumos utilizado para dar prestaciones de salud, así como en el de las prestaciones propiamente tales. Esto significa que los consumidores, individualmente, con dificultad podrían evaluar la calidad del producto que están consumiendo debido *al alto costo de informarse.*

La existencia de asimetrías de información en el mercado de insumos, de prestaciones y de seguros hace recomendable el ejercicio de un rol regulador específico, el que está referido al control de calidad de productos y prestaciones de salud. El control es necesario debido a que una buena parte de las prestaciones de salud responde a la definición de «bienes de confianza» para los que se considera más eficiente regular la calidad que tratar de revertir la asimetría de información.

ii) Bienes públicos

El enfoque de los bienes públicos[12] señala que la sociedad por la vía de la operación del mercado no podrá garantizar una oferta suficiente de estos bienes, dado que las personas no estarán dispuestas a pagar por su consumo lo que cancelarían si es que fueran bienes privados. De esta forma, se justifica que el Estado se preocupe por *asegurar la provisión de los bienes públicos* y eventualmente los entregue a la sociedad para su uso.

Un ejemplo de esto puede aclarar el concepto: Las campañas de prevención contra el hábito de fumar realizadas por el Estado a través de los medios de comunicación de masas tienen su base conceptual en dos esferas relacionadas con los bienes públicos: primero, el Estado considera deseable que se desarrolle una determinada campaña, la que probablemente nadie individualmente estaría dispuesto a realizar; segundo, es difícil excluirse de una campaña de información masiva por no ser apropiable la información de este tipo. Por lo tanto, las características de bien público que posee la información hacen recomendable que se realicen campañas a través de medios de comunicación masivos, en que se podría abarcar el universo de la sociedad.

[12] Se entiende por «bienes públicos» aquellos en donde se aplican dos principios que normalmente se utilizan respecto de los bienes privados: El principio de la rivalidad en el consumo, esto es, que cuando una persona consume este bien no se alteran la disponibilidad de ese bien para la sociedad y el principio de la exclusión, lo que significa que nadie puede apropiarse del bien cuando se está consumiendo o pagando por su consumo.

iii) Bienes meritorios

Se denomina bienes meritorios a aquellos que el Estado desea *que se incremente su demanda* para mejorar la calidad de vida de la población o para favorecer a un grupo determinado de ésta.

En dicha categoría están los bienes o servicios sociales como algunos de salud y los de educación, entre otros.

iv) Externalidades

Se entenderá por externalidades aquellas situaciones en donde el consumo o la producción de un determinado bien o servicio, por parte de un agente, afecta el consumo o la *producción de otro agente*, más allá del costo o beneficio que al primero le produce el desarrollo de su actividad. Estas externalidades pueden ser negativas o positivas sobre el bienestar.

Las externalidades *producen efectos que son difíciles de transar* en los mercados. De esta forma, se llega a la conclusión que el Estado debe asumir un rol activo en torno al control de las actividades que generan externalidades negativas.

Asimismo, la información y en lo específico la información sanitaria pueden ser tratadas a partir del enfoque de las externalidades. La vigilancia epidemiológica, las funciones de regulación ambiental, los programas de vacunación, entre otras, son actividades que se fundamentan en este enfoque.

v) Monopolios

Estrictamente, una situación de monopolio es aquella en donde la *producción de un bien o servicio se concentra en una sola empresa.* De esta forma, las situaciones monopólicas son aquellas en donde existe un alto grado de concentración de la producción en un oferente.[13]

Desde el punto de vista conceptual, frente a la existencia de monopolios en el mercado de la salud, la recomendación para el Estado sería *fomentar la competencia o fijar precios*, cuando no es eficiente o posible lo primero. Estas políticas deberían ser ejecutadas por el Estado como representante del bienestar social y de los consumidores.

[13] A su vez «oligopolio» es una situación en donde existen pocos oferentes.

vi) Riesgo moral

Se entienden por riesgo moral aquellas situaciones en donde la existencia de un seguro de salud *estimula la toma de riesgo o el consumo de prestaciones* de salud por parte de las personas beneficiarias.[14]

Uno de los elementos centrales en el diseño de los sistemas de seguros de salud es la presencia de riesgo moral. En efecto, al existir un seguro, las personas podrían tomar mayores riesgos en salud. Por lo tanto, el *diseño* del seguro debe *tender a disminuir* aquel efecto; de lo contrario, el seguro se encarecerá dado que la institución que lo administre deberá asumir mayores costos en las prestaciones que otorga.

vii) Selección adversa

Se entiende por selección adversa aquella situación provocada por el hecho de que los *seguros de salud atraen a quienes tienen un mayor riesgo,* mientras que aquellos que tienen un menor riesgo tienden a quedarse fuera del mercado.

La seguridad social tiene uno de sus fundamentos en la existencia de este fenómeno. Los aparatos de seguridad social, normalmente obligatorios, por definición *reducen el efecto de selección adversa* al tratar de incorporar a toda la población dentro de éstos, independientemente de su nivel de riesgo.

Por otra parte, la solidaridad —como otro pilar de la seguridad social— aplicada a los llamados «seguros colectivos» pretende hacer más eficiente el sistema, a través de *diversificar el riesgo* y mezclar el financiamiento del sistema entre personas de distinto riesgo y con diversos aportes financieros.[15]

2.3 Resguardos para asumir el enfoque de la regulación

Cabe hacer notar que frente a situaciones que hacen recomendable la actuación del Estado, las facultades de regulación deben ser asumidas *desde una postura subsidiaria a la acción de los consumidores.*

---

[14] Sobre esto véase el clásico artículo de K. Arrow, «Uncertainty and the welfare economics of medical care», *American Economic Review*, 5, diciembre 1963.

[15] En relación a este punto, cabe destacar el planteamiento de C. Oyarzo referido al problema que enfrenta cualquier seguro de salud por no poder estimarse el valor del stock (cuánto vale estar sano v/s estar enfermo), mientras que lo que se contrata con seguro es un flujo de prestaciones futuras, las cuales pueden no tener ninguna relación con el valor de ese stock.

Se propone que la principal responsabilidad del Estado sea promover la eficiente asignación de recursos, *incluyendo los que deben asignarse a la propia actividad reguladora.* Asimismo, ésta debe estar permanentemente atenta al momento en que los resultados esperados de la regulación son asumidos e internalizados por los mercados.

Puede ocurrir en el sector salud que existiendo normativas generales y/o específicas no sea necesario realizar actividades de fiscalización en todos los ámbitos. De esta forma, la instancia reguladora debe estar siempre preocupada por visualizar el momento en que los mercados transforman las exigencias de la regulación en incentivos para la calidad y la eficiencia.[16]

3. Enfoque metodológico

Se presenta a continuación el enfoque metodológico en el que se fundarán las proposiciones para reformular el rol regulador que al Estado le compete ejercer en salud.

Para llegar a definir qué regular, es necesario, en primer lugar, establecer que la regulación de los mercados se hace principalmente con el fin de proteger a los consumidores y también para resguardar algunos objetivos que, en relación al sistema global, al Estado le puedan interesar.[17] Gran parte de los bienes y servicios que se transan en el sector salud son clasificados en lo que la teoría económica llama «bienes de confianza», es decir, aquellos bienes en donde el consumidor *no puede identificar o evaluar su calidad* sino hasta un largo tiempo después de haber realizado la compra (incluso cabe la posibilidad de que nunca averigüe sobre la calidad de lo que compró).

Con el fin de definir mejor qué regular, es vital examinar *cómo y dónde* ocurren los fenómenos que pueden alterar el bienestar de los consumidores, focalizando la atención en las siguientes variables:

[16] Sobre este punto, cabe recordar que los planteamientos tradicionales de la Escuela del Public Choice son poco optimistas en relación a la posibilidad de llegar a tener agencias reguladoras eficientes. Por lo tanto, se trata precisamente de desarrollar modelos de regulación que operen en un ambiente de re-diseño permanente del sistema de salud, a objeto de permitir regular y desregular, según el sistema lo requiera a juicio del Estado y no sólo de la agencia reguladora.

[17] Por ejemplo, la contención de costos en salud puede ser un objetivo que el Estado pretenda sostener como parte de sus políticas de salud y para eso establecer algún tipo de regulación.

- Las características del bien o servicio
- Las características de la organización del mercado
- Las características del diseño del sistema

3.1 Identificación del ámbito de la regulación[18]

Examinados los mercados según las variables anteriormente presentadas, es necesario identificar los diferentes ámbitos específicos en donde la regulación se efectuará; una vez definido dicho ámbito, se deberán *determinar las áreas específicas* en donde la regulación se debe realizar junto con actividades de fiscalización, para garantizar la efectividad de la primera.

3.2 Intersectorialidad: Reconocer los aportes del resto de los sectores al quehacer del sector salud

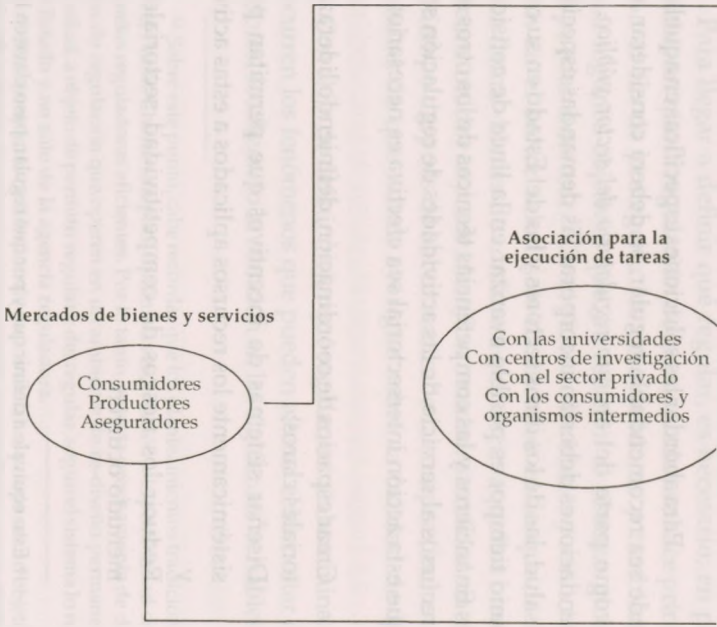
Para abordar las soluciones específicas en aquellas áreas en donde sea recomendable regular, se deberá considerar al sector salud como parte del *aparato regulatorio del sector público*. Así, las recomendaciones deberían incorporar las demandas específicas del sector salud, las de los otros sectores y las del Estado en su conjunto. Al mismo tiempo, es posible avanzar en la línea de considerar los aportes financieros y las competencias técnicas de los otros sectores, como recursos al servicio de las actividades de regulación sanitaria. Para que esta acción intersectorial sea efectiva es necesario:

a) Crear espacios de coordinación, definiendo liderazgos sectoriales claros;
b) Diseñar sistemas de incentivos que permitan potenciar sistémicamente los recursos aplicados a estas actividades, y
c) Reducir los riesgos de competitividad sectoriales que a menudo ocurren.

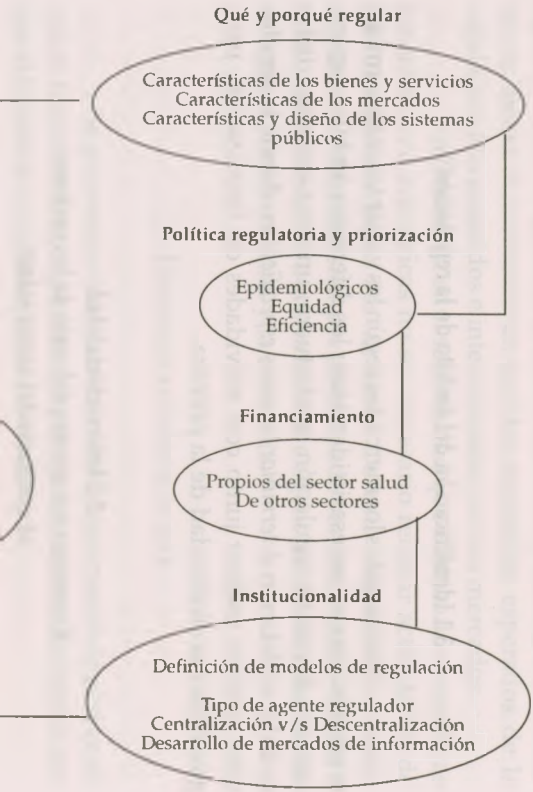
[18] Esto equivale a definir qué y por qué regular, paso clave en la determinación de la misión regulatoria y fundamental en cualquier ejercicio de planificación estratégica.

DIAGRAMA

ENFOQUE PARA LA REGULACIÓN EN SALUD



Fuente: Elaboración propia.


Qué y porqué regular
Características de los bienes y servicios
Características de los mercados
Características y diseño de los sistemas públicos
Política regulatoria y priorización
Epidemiológicos
Equidad
Eficiencia
Financiamiento
Propios del sector salud
De otros sectores
Institucionalidad
Definición de modelos de regulación
Tipo de agente regulador
Centralización v/s Descentralización
Desarrollo de mercados de información

3.3 Definición de modelos de regulación

Es condición necesaria para lograr efectividad en el quehacer regulatorio desarrollar modelos que permitan cumplir con los objetivos que el Estado, en función de mejorar el bienestar social, se proponga.

Tanto para las actividades normativas como para las de supervisión es relevante diseñar sistemas fluidos de intervención en los mercados, con el fin de impactar con eficacia sobre las variables-objetivo. Por esto, la intervención de mercados *debería aprovechar dentro de lo posible las estructuras existentes* en los distintos sectores y, si lo anterior no es lo más adecuado, crear agencias reguladoras y fiscalizadoras ad hoc.

a) Centralización: Aprovechar economías de escala en donde se pruebe que existen

Las funciones normativas en materia sanitaria son normalmente de carácter y aplicación general y *demandan una gran coordinación entre el desarrollo tecnológico-científico y la elaboración de las normas.*

En el *plano de la investigación,* pueden existir fuertes economías de escala, las cuales debieran tratar de lograrse. Específicamente, en el plano de la investigación aplicada, las universidades chilenas tienen un gran potencial que desarrollar. Podrán hacerlo, en la medida en que el Estado se preocupe de financiar tareas permanentes de investigación, que capten los intereses de los académicos universitarios y los pongan al servicio del desarrollo de las técnicas requeridas, según sean los objetivos de la función reguladora.

b) Descentralización: Reconocer la efectividad del nivel local sobre las actividades de apoyo a la regulación

La función de *fiscalización entendida como el complemento,* a veces fundamental, de la regulación debería enmarcarse en las políticas de descentralización que el Estado está promoviendo hacia las regiones o los Servicios de Salud. Desde esa perspectiva, las actividades que las regiones realizan referidas a control sanitario deberían también ser estudiadas, en términos de potenciar el nivel local, sin descuidar ni poner en riesgo el cumplimiento de los objetivos.

Al mismo tiempo, en relación al rol que al Ministerio de Salud le corresponde como fiscalizador y normalizador de las prestaciones que los Servicios de Salud otorgan a la población, será

necesario insertar claramente estas funciones en el contexto de que, para avanzar hacia una mayor autonomía de los Servicios, se deberán desarrollar los resguardos regulatorios que garanticen la calidad de la atención a las personas desde la perspectiva de las áreas consideradas relevantes.

Cabe señalar que la discusión en torno a estos aspectos (centralización y descentralización) debería ser una discusión de eficiencia, en donde lo que se trata de obtener es la mejor *combinación costo-efecto* para ejecutar las tareas normativas y de fiscalización. Ninguna es una estrategia buena o mala *per se*.

c) Participación: Aportes de los consumidores y de los organismos intermedios a las actividades de apoyo a la regulación.

En aquellos mercados en donde existen ciertas condiciones de estandarización de los productos y servicios, el control que los consumidores ejercen sobre la calidad de los productos puede ser bastante efectivo. Sin embargo, la mayoría de los bienes y servicios que se transan en el mercado de la salud corresponden a los llamados bienes (o servicios) de confianza, los cuales son provistos a los consumidores con fuertes asimetrías de información.

En este sentido, para visualizar un nuevo enfoque sobre la función reguladora del Estado, se deberá discutir a fondo *el rol de los consumidores y los organismos intermedios*. Específicamente, es interesante abordar las siguientes áreas:

- Aquellas donde es posible traspasar todo o parte de las actividades de control de calidad a *agrupaciones de consumidores*.
- Aquellas donde es posible traspasar todo o parte de actividades de control de calidad a *organismos intermedios*.
- Aquellas donde es posible promover el *desarrollo de la intermediación*, a objeto de reducir los costos de transacción provocados por las asimetrías de información y tamaño y, de esta forma, producir una mayor igualdad entre demandantes y oferentes.
- Aquellas donde sólo es posible controlar calidad mediante *agencias estatales o financiadas por éste*.

3.4 Impacto sobre los costos del sistema de salud: Factibilidad de realizar todas las actividades de regulación y fiscalización

Además de alcanzar una solución técnicamente correcta en relación al rol regulador del Estado en las materias en cuestión, se deberán plantear apreciaciones fundadas sobre los impactos estimados en los costos, en los casos en donde se apliquen eficientemente las facultades regulatorias. Una vez definida la necesidad de regular una cierta actividad, debe obtenerse una *estrategia que sea factible de aplicar y sustentable en el tiempo.*

3.5 Regulación y re-diseño de sistemas: La retroalimentación sobre el sistema regulado que el Estado debe asumir

Como se planteó, el re-diseño de Sistemas de Salud es una de las actividades fundamentales que el Estado tiene como quehacer permanente. Por otro lado, la regulación es una actividad que tiene por objeto mejorar la eficiencia en la asignación de recursos a través de la intervención. No obstante, ciertos *modelos pierden vigencia según el avance de la tecnología y el desarrollo científico-técnico.* En efecto, cuando de creó el sistema Isapre, a principios de los '80 —basado en los mismos principios del sistema de AFP, esto es, la capitalización individual para pensiones— el seguro individual para salud parecía coherente.

Hoy, sin embargo, frente a la incapacidad del Estado de dar solución a algunos problemas del sistema (tercera edad, enfermos crónicos, etc.), se hace cada vez más evidente la necesidad de contar con seguros que funcionen en una lógica colectiva.[19] Naturalmente, el re-diseño del mercado, en este caso, es más que una actividad regulatoria; más bien se refiere a inventar un sistema de seguro de salud distinto.

[19] Este es uno de los temas principales en discusión en torno a las reformas de los sistemas de salud del mundo. Específicamente, lo planteó también C. Oyarzo en el Consejo de Salud del CEP y constituye uno de los pilares de la mantención de Fonasa como un seguro público solidario.

4. Proposiciones para mejorar el rol regulador del Estado en salud

Las proposiciones que es posible realizar desde el citado enfoque metodológico de la regulación serán ordenadas según el siguiente esquema:

1º Aquellas relacionadas con el diseño de sistemas públicos en general.

2º Aquellas relacionadas con el financiamiento de bienes y servicios por parte del Estado. En esta categoría están la compra de determinados servicios al sector privado y la ejecución de actividades de salud dentro del sector público.

3º Aquellas relacionadas con las imperfecciones de los mercados.

4.1 Diseño de sistemas públicos en general

Re-diseño de sistemas y conversaciones

El reciente plebiscito de los médicos de la Región Metropolitana, a propósito del conflicto entre el Colegio Profesional y las autoridades del sector salud, arrojó una respuesta esperable a la pregunta de si los médicos preferían tratar sus honorarios directamente con sus pacientes o tener un intermediario (léase Fonasa o Isapre); preferían no tener intermediarios. En la práctica estos profesionales no están obligados legalmente a usar a los intermediarios, pero dado el volumen de pacientes al que pueden acceder por esta vía usan *los mecanismos de intermediación*. Los efectos de esto son los siguientes:

4.1.1 Eventuales *ahorros* para los pacientes por la negociación que un tercero, interesado en ahorrar costos, puede provocar sobre los costos de la atención, negociando grandes volúmenes;

4.1.2 La capacidad que puede desarrollar el intermediador de *controlar calidad* en la atención de los enfermos sin permitir que los costos del sistema exploten, y

4.1.3 El intermediario permite *especializar la conversación médico-*

paciente[20] en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad, esto es, exactamente aquello que el Código Sanitario[21] establece como las funciones privativas de los médicos. Esto último permitiría que la intermediación se especialice en la negociación de precios para las prestaciones a eventuales «enfermos», facilitando que el médico, frente al paciente, sólo se preocupe de practicar su mejor medicina. *Profundizar la intermediación* a través de los seguros, por lo tanto puede ser altamente eficiente desde el punto de vista social.

4.2 Regulación y financiamiento de bienes y servicios por parte del Estado

4.2.1 La regulación del Estado sobre instituciones estatales

Juez y parte

Uno de los problemas de más difícil solución para el Estado es diseñar y evaluar la operación de sus propias instituciones prestadoras de servicios. Sin duda, el tema se relaciona con el tradicional conflicto de ser juez y parte en esas actividades.

Ministerios sectoriales

Para los ministerios sectoriales, enfrentar hoy día en Chile este tema, constituye uno de los más importantes desafíos de diseño y gestión,[22] dado que estos organismos contienen entre sus responsabilidades funciones políticas, ejecutivas y de regulación. Muchas veces *no existe separación de estas funciones*, ni siquiera al interior de los organismos. Más dramático es aún cuando todo se mezcla en una sola persona, lo que, de hecho, también ocurre.[23]

---

[20] Este punto se lo debo a Iván Tarride, Profesor del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Santiago y experto en Salud Pública.

[21] Código Sanitario, Artículo 113.

[22] Sobre esto ver «Mitos y recetas en la reforma de la gestión pública», de M. Marcel en *Cómo mejorar la gestión pública*, E. Lahera, editor, Cieplan, Flacso, Foro 90, 1994.

[23] Un caso típico es el Ministerio de Salud, en donde además se mezcla la función de financiamiento del SNSS. Cabe destacar que este ministerio está precisa-

Separación de funciones

Para que el Estado pueda ejecutar acciones y luego evaluarlas con independencia y objetividad es necesario generar situaciones en donde al menos se puedan separar las funciones de regulación de las otras funciones. En este sentido, para lograr mayor impacto sobre la eficacia de la regulación en el Sistema de Salud es imprescindible *independizar funciones y definir incentivos institucionales* acorde con los objetivos de éstas. Dentro del Sector Público la estrategia reguladora incluso puede ser abordada institucionalmente desde el diseño de un «cuasi mercado», que opere al interior del sector, pero siempre que se diseñen los incentivos e intereses institucionales adecuadamente.

Diseño de «cuasi mercado»

Si el sector salud diseñara estos «cuasi mercados» y las metodologías para hacerlos funcionar, la complejidad de las reformas al sector sería menor.

En efecto, la potencialidad que tiene crear espacios de regulación con independencia de las funciones ejecutivas y políticas permitiría simplificar, por ejemplo, la compleja discusión sobre la privatización de los hospitales, ya que al existir evaluaciones independientes se hace más transparente la discusión sobre la propiedad de la red asistencial.

Asimismo, lo anterior permitiría que el Ministerio de Salud se constituya en el rector del sistema de prestaciones con independencia del aparato ejecutor de esta forma podría *evaluar a las instituciones públicas y privadas por igual*, cuestión que hoy en día es muy difícil.

4.2.2 La regulación que realiza el Estado por ser un comprador a gran escala

El Estado como gran comprador

Cuando el Estado compra determinados servicios o productos a nivel centralizado, ejerce un poder de regulación importante

mente abordando una estrategia de separación funcional y que ésta forma parte incluso del Programa del Gobierno.

sobre los productores. Las licitaciones del Ministerio de Obras Públicas, las del Serviu, las compras de medicamentos del SNSS y los contratos de prestaciones que establece Fonasa constituyen una porción no despreciable de las actividades de producción en cada una de las industrias productoras citadas. Por ser un gran comprador, el Estado tiene la oportunidad de *establecer las condiciones de compra* en términos de calidad e incluso de precios.

Los contratos y su rol regulador

Frente a esto, es relevante el esfuerzo de gestión para realizar buenos contratos y de formulación de criterios para evaluar conductas de probidad y además para garantizar una adecuada gestión de los recursos públicos.

En algunas actividades, puede que no se requiera más regulación que la que los propios contratos contendrán; en otros, en cambio, puede ser que, por la amplitud de ámbito o las características específicas de los productos o servicios, sea necesario regular parte de la actividad con independencia del agente comprador. Específicamente en el área de la salud, si bien Fonasa puede establecer, por ejemplo, contratos por prestaciones hospitalarias, de todas formas se requieren controles de calidad sobre los medicamentos que se utilizan en esas prestaciones.

4.2.3 Oportunidades que otorga el ser un gran comprador en términos de mejorar la equidad

Situación de salud en regiones

Se ha detectado la desigual situación de salud entre las distintas regiones[24] en Chile, medida en índices de salud poblacionales o como capacidad de atención y niveles de resolución. Esta constatación ha hecho que una de las metas programáticas del Gobierno sea lograr una mayor equidad. Este objetivo es alcanzable, en la medida que Fonasa adopte una política decidida de *redistribución de recursos*, lo cual es perfectamente factible, y para lo cual no se requiere modificación legal alguna.

[24] Véase, «La salud en Chile 1992, Informe final de diagnóstico de Salud», Ministerio de Salud, Programa Minsal-BID, Serie Herramientas de Trabajo, Dcto. 1.

Cambio en la asignación presupuestaria

Para realizar avances en este sentido se necesita una decisión de tipo político importante, dado que es necesario revertir la estructura actual de asignación del presupuesto en salud. Esta se realiza sobre la base del gasto histórico a cada servicio,[25] más que sobre la base de *estimaciones de demanda* (la cual podría estar más cerca de las necesidades de la población). El tema no es trivial, principalmente debido a que las regiones o servicios de salud que concentran gran parte del presupuesto se ubican en los grandes centros urbanos del país, los que obviamente coinciden con los mayores centros de atracción política y gremial. Re-orientar el gasto hacia la población más necesitada significa una coordinación intra-sectorial y estatal mayúscula; no obstante, debería constituir la meta operacional principal del Estado en el campo de la *salud y la equidad.*

4.2.4 Regulación y resolución del sistema de prestaciones

Rol de los colegios profesionales en la regulación

Uno de los principales objetivos que deben cumplir los colegios profesionales del campo de la salud es regular las prácticas profesionales, sobre todo en aquellas áreas en donde, producto de las asimetrías de información hacia los usuarios de los servicios, la ética profesional lo recomienda. Los colegios profesionales de la salud cuentan con «comités de ética», en general bastante desarrollados. La ética a la cual se refieren normalmente está *centrada en la relación profesional-paciente (por ejemplo, la relación médico-paciente).*

Niveles de resolución del sistema de salud

Poco se ha avanzado, en general, en la identificación de criterios de evaluación del sistema de salud, en cuanto asegurador de riesgos para la sociedad. El sistema de priorización, que actualmente opera casi sin ninguna transparencia en el Sector Público de Salud, produce servicios que en la mayoría de los casos se determinan en forma aleatoria. Los niveles de resolución están determinados por el

[25] Según lo que cada Servicio está gastando, que es precisamente uno de los elementos que explica la inequidad.

desarrollo histórico de los centros prestadores, más que por el producto de políticas relacionadas con las necesidades de las personas. Estos, entre otros elementos, muestran la necesidad de explicitar la responsabilidad pública sobre el funcionamiento, financiamiento, operación y regulación del sistema de salud. Para lograr lo anterior es fundamental *definir qué niveles de resolución se alcanzarán en cada centro prestador, qué tipo de prestaciones se entregará y cuáles tendrán que ser derivadas* a centros de mayor complejidad. De esta forma, sería posible dar los primeros pasos hacia una mayor transparencia y priorización en relación al funcionamiento de la red asistencial. También permitiría desarrollar un mayor control social sobre las instancias de políticas y de formulación presupuestaria. Según esto, la redefinición del rol regulador del Estado en el sector salud debe incorporar una reorganización del modelo de atención que, a su vez, pueda ser conocida y entendida por los usuarios del sistema, con el fin de permitir objetivar los compromisos de la autoridad frente a ellos.

Prioridades explícitas

Hacer explícitas las prioridades y los recursos posibilitará desapasionar muchos de los debates que enfrenta este sector salud en Chile y el mundo, lo que dificulta el logro de acuerdos técnicos entre los protagonistas del debate.

5. Regulación y problemas de operación en los mercados

Se presentan a continuación las principales proposiciones sobre regulación relacionadas con los mercados de insumos, productos y servicios.

Regulación de mercados no competitivos

Como se planteara en la sección 2 de este trabajo, los problemas de operación de los mercados en el área de la salud son de variados orígenes y se presentan tanto en la organización de los mercados como en las características de los productos. Siguiendo la misma lógica que la contenida en el marco metodológico, se hacen las siguientes proposiciones:

5.1.1 Barreras a la entrada a ciertos mercados de recursos humanos

En el caso de Chile, se cree en la *existencia de fuertes barreras a la entrada en algunos mercados de recursos humanos.* Si bien no existen antecedentes para demostrar la existencia de conductas monopólicas, sin duda ésta sería un área que demandaría mayor estudio tanto para el Ministerio de Salud como para los organismos encargados de velar por la competencia en los mercados de trabajo.

5.1.2 La escasez de recursos humanos

A pesar de existir en Chile una larga tradición en Salud Pública, sólo recientemente se está abordando con mayor énfasis el tema de recursos humanos. Por ejemplo, nunca se ha realizado un estudio de mercado del trabajo en el sector salud[26] en el que se examinen con rigor científico las fuerzas de oferta y demanda que explican el funcionamiento y las dinámicas de todos los sub-mercados que están presentes en el sector.

Más aún, *los diseños de los sistemas de remuneraciones y de incentivos* se han realizado tradicionalmente con un cierto desconocimiento sobre las dinámicas de los mercados. Estos diseños tampoco han estado inmunes a las presiones de tipo político con que el sector salud ha operado. De esta forma, avanzar en la dirección de obtener un mayor conocimiento sobre el mercado del trabajo es fundamental para desarrollar políticas factibles de ser aplicadas, tanto por el sector público como por el sector privado.

5.1.3 Concentración de oferta en los mercados de insumos

No ha existido, hasta la fecha, una gran preocupación en el sector por realizar estudios de mercado en el área de los insumos. Especialmente interesante puede ser abordar los mercados de insumos en la lógica de promover una mayor competencia en su interior. Tanto el sector privado como el sector público *están experimentando una espiral de costos,* los que no necesariamente se deben a mejorías de calidad de los productos. Desde ya, los grandes compradores de prestaciones podrían interesarse por mantener estudios actualizados de costos de insumos y de concentración de mercado, con el fin de

[26] En rigor, cabe destacar que este año por primera vez el Ministerio de Salud encargará un estudio sobre la materia.

monitorear los niveles de competencia dentro de éstos, y aplicar políticas y promover las medidas regulatorias al resto del aparato estatal encargado de garantizar la competencia en los mercados.

En este sentido, la coordinación entre los ministerios de Economía y de Salud puede jugar un rol fundamental en asegurar precios de mercado competitivos.

5.2 Regulación de productos o servicios

5.2.1 Control de calidad de los servicios de salud

Quizás uno de los temas más complejos de abordar es la regulación de las prestaciones de salud. Por estar los servicios de salud sujetos a una fuerte *asimetría de información que opera en favor de los prestadores* y, además, de los servicios, caer bajo la clasificación de bienes de confianza, la recomendación tradicional de la teoría sería crear agencias que controlen la calidad de estos servicios. De adoptarse una recomendación como ésta, es necesario plantearse en primer lugar, i) ¿Qué tipo de prestaciones serán controladas por esta agencia?; ii) ¿Cuál es la factibilidad técnica de realizar un control de calidad adecuado de esas prestaciones de salud?; y iii) ¿Cuál será el rol regulador y fiscalizador que tendrá esta agencia?

Una alternativa para abordar los problemas que las asimetrías de información producen es *descansar en los incentivos de los seguros* para, al menos, contener aquella parte de los costos que es auto-generada por la oferta. La asimetría médico-paciente no parece tener una solución viable.

5.2.2 Control de calidad de insumos en salud

Como se señaló anteriormente, al ser muchos de los productos utilizados en salud bienes de confianza, el Sistema de Salud requiere de una institucionalidad que permita garantizar la calidad de los productos aplicados a las personas. De esta forma, se hace necesario perfeccionar el rol de los organismos encargados de regular —normar y fiscalizar— a los productores y distribuidores de estos bienes. El Instituto de Salud Pública (ISP), por ejemplo, debería tender a especializarse en el control de calidad de productos farmacéuticos, insumos de uso clínico y prestaciones de laboratorio. Para esto debiera establecer convenios de colaboración científico-técnicos con las universidades y centros de investigación dentro y fuera del

país para acceder, de esta forma, a la mejor tecnología de análisis disponible y fomentar el desarrollo de competencias fuera del sector salud, pero que estén al servicio de éste.

Rol del Instituto de Salud Pública (ISP)

El Ministerio de Salud, a través del actual ISP, cuenta prácticamente *con todas las herramientas legales* para desarrollar una buena gestión de regulación. Para esto se requiere concentrar los esfuerzos de inversiones y las tareas de gestión en las áreas que, técnicamente, se definan como las más relevantes y factibles de realizar. Asimismo, un ejercicio de reconocimiento de los recursos existentes a nivel intersectorial permitiría *bajar las prioridades* que el Ministerio de Salud asigna a algunas de las actividades del ISP. En la medida en que otros sectores estén en condiciones de asumir cierto liderazgo, el Ministerio puede seguir entregando el aporte que el sector salud puede dar al tratamiento de muchos de los problemas que se aborden desde una óptica intersectorial. Lo anterior ocurre, por ejemplo, con la función del Laboratorio de Referencia en Temas Ambientales y de Salud Ocupacional, en que no sólo el ISP, sino que el sector salud globalmente, ha sido superado en capacidad de respuesta y efectividad por los otros sectores que están abordando el tema desde sus respectivos ámbitos de acción.

Rol de producción del ISP

Dado que la función de regulación y fiscalización demanda, sobre todo, una gestión de independencia respecto del mercado, favorecería su función, que el *ISP no realizara ninguna actividad productiva* que le pusiera en el plano de ser juez y parte dentro del sector al cual regula.

Resumen

En Chile, el desarrollo de los mercados de seguros, el crecimiento y consolidación del sistema de prestadores privados institucionales, la incorporación de los avances tecnológicos en la atención de salud y las políticas de descentralización al interior del sector público de atención, entre otros factores, determinan que los

enfoques tradicionales de «planificación en salud pública» no sean suficientes para que los objetivos del Estado en estas materias puedan alcanzarse adecuadamente. De esta manera, los enfoques sobre regulación pueden proporcionar herramientas de trabajo para abordar las áreas críticas que el sector salud enfrenta. En efecto, al no ser el Estado el único asegurador y prestador de servicios de salud, se plantea que éste asuma un rol normativo, supervisor y fiscalizador hacia los prestadores y aseguradores, públicos y privados. Estas funciones son las que definen el rol regulador del Estado en el sistema de salud.

Investigar los aportes que los enfoques de la regulación pueden proporcionar al manejo de las políticas y a la organización de los sistemas de salud en la actualidad es de gran utilidad para el Estado como responsable del funcionamiento del sector salud.

Los enfoques sobre regulación de mercados se sustentan en la constatación que la libre operación de los mercados no garantiza la provisión de todos los bienes y servicios que la sociedad requiere, tanto en cuanto a calidad como a cantidad. Por otra parte, permitirían elaborar estrategias para re-posicionar las funciones del Estado fortaleciendo aquellas orientadas a la formulación de políticas, tanto en relación a los prestadores y aseguradores privados como también a los públicos que operen en un ambiente de creciente descentralización.

El trabajo se realizó de acuerdo al siguiente esquema:

- Desarrollo de un marco conceptual a partir de una revisión bibliográfica.
- Elaboración de líneas metodológicas
- Elaboración de proposiciones para re-plantear el rol regulador del Estado en el sistema de salud.

Referencias bibliográficas

Arrow, K., «Uncertainty and the welfare economics of medical care», *American Economic Review*, 5, diciembre 1963.

Cheyre, H., *La previsión en Chile ayer y hoy*, Centro de Estudios Públicos, 1988.

Código Sanitario, Editorial Jurídica, versión actualizada de julio 1993.

Decreto Ley 2.763 publicado en el *Diario Oficial* del 03.08.79 y modificaciones.

Engel, E., «Protección del Consumidor», *El Mercurio*, 29 de julio de 1994, p. A2.

Guzmán, E., «Consideraciones sobre la teoría de la regulación»; en *Cómo mejorar la gestión pública*, E. Lahera, editor, Cieplan, Flacso, Foro 90, 1994.

Illanes, M. A., «En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia, (...) Historia social de la Salud Pública en Chile 1880-1973», editado por Colectivo de Atención Primaria, 1993.

Ley 18.469, Régimen de prestaciones de salud Fonasa-Isapre.

Marcel, M., «Mitos y recetas en la reforma de la gestión pública» en *Cómo mejorar la gestión pública*, E. Lahera, editor, Cieplan, Flacso, Foro 90, 1994.

Ministerio de Salud, Programa Minsal-BID, «La salud en Chile 1992, Informe final de diagnóstico de Salud», Serie Herramientas de Trabajo, Documento 1.

Pauly, M. V., «Taxation health insurance, and market failure in the medical economy», *Journal of Economic Literature* Vol XXIV, junio 1986.

Reglamento del Instituto de Salud Pública.

Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos, Alimentos de uso médico y cosméticos. (Decreto Supremo Nº 435 del año 1981, Ministerio de Salud).

Sánchez, H., «¿La regulación de los sistemas de salud es necesario?», *Revista Administración en Salud*, 21, 1993.

Tirole, J. J. y Laffont, J., «A Theory of Incentives in Procurement and Regulation», MIT Press, 1993.

«Proyecciones del Instituto de Salud Pública», *Cuadernos Médico Sociales*, XXXV, 1, 1994/56-70.

«Elementos conceptuales para la modernización del sistema de abastecimiento del Sector Público de Salud Chileno», en *Revista Administración en Salud*, 21, 1993, PIAS, Universidad de Chile. Co-autor Ramón Figueroa.

«Gestión del sistema de salud: cursos de acción para el re-diseño», Programa de Estudios Prospectivos, Corporación Tiempo 2000, septiembre 1993. Co-autores G. Solimano y otros.

«Modernización del sistema de abastecimiento del sector sector público de salud», en *Revista Administración en Salud*, 23, 1994, PIAS, Universidad de Chile. Co-autor J. Carikëo.

«Regulación y Políticas de Salud», en *Medicina y Tecnología al Día*, Colegio Médico de Chile, abril 1994.

Varios autores, *Medio Ambiente en Desarrollo*, Centro de Estudios Públicos, 1993. ●

Capítulo 2

LOS RECURSOS Y LOS SISTEMAS DE SALUD

RECURSOS HUMANOS PARA EL SECTOR SALUD

Necesidades para el mediano y largo plazo. La oferta y la demanda de personal

GABRIELA VENTURINI R.

Médico cirujano. Profesor Titular de Salud Pública, Ex decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Secretaria Ministerial de Salud en la Región Metropolitana 1990-1994. Autora de libros y publicaciones sobre salud pública y en especial sobre el tema de recursos humanos en salud.

1. INTRODUCCIÓN

La afirmación de que el hombre es la medida de todas las cosas puede ser rebatida por antropocéntrica y por no incluir el ambiente, conjunto de factores y elementos que en parte muy fundamental determinan su particular realidad.

Pero ¿quién podría rebatir que la obra humana tiene un destino hacia lo humano; se genera y se nutre de lo humano y se desarrolla en un entorno fuertemente determinado por la presencia e intervención del hombre?

Lo que es cierto para cualquier empresa humana, lo es en forma muy particular para aquellas cuya finalidad es prestar servicios directos a las personas individuales u organizadas en conglomerados o poblaciones. Los ejemplos más característicos lo constituyen la salud y la educación, áreas en las cuales el servicio prestado, integrado por actividades específicas, *se proporciona directamente por personas a las personas, intermediado a veces por tecnologías, que, a su vez, son administradas y activadas por personas.*

2. SITUACIÓN GENERAL DEL PAÍS Y SU RECURSO HUMANO

2.1 Definición

La presencia del recurso humano en salud y su significado como fuerza que mueve el sistema de salud es mucho más que un insumo en la terminología administrativa. A su vez el término «recurso» resulta limitante para el significado complejo e integral que

representa el aporte de las personas a la tarea de salud. No revela su historia, su origen, su heterogeneidad, sus atributos, su compromiso ni su permanencia.

El diccionario de la Real Academia Española proporciona para el término recurso numerosas definiciones y acepciones, vinculada la mayoría de ellas a lo contencioso en el campo del derecho. Sólo escuetamente define la palabra recurso como Bienes. Medios de subsistencia. Expedientes. Arbitrios para salir airoso de una empresa.

Tal vez esta última acepción «arbitrios para salir airoso de una empresa», aunque un tanto utilitaria, sea la más adecuada para un análisis del tema.

2.2 El sistema de salud

Con estas reservas, que son algo más que semánticas, abordar el recurso humano o personal de salud tiene que emprenderse con inclusión del complejo sistema cuya finalidad es alcanzar niveles de salud deseables para una población en la que se generan necesidades de salud y demanda de servicios.

Dar respuesta a esa demanda es responsabilidad del sistema que organiza los recursos de salud y en el cual el *recurso humano es su capital más importante.*

El modelo genérico de organización de los servicios de salud obedece al conocimiento de la situación de salud de la población. De este conocimiento deberían derivar también:

i) Objetivos para la formación de recursos humanos y su utilización;
ii) Definiciones de niveles de atención de salud, y
iii) Esquemas coherentes de asignación de funciones para los distintos tipos de personal.

2.3 Marco de referencia

El marco referencial corresponde a la política de salud o marco ideológico, bajo cuya orientación debe materializarse el mandato de la Constitución Política del Estado que para Chile garantiza a todas las personas que habitan en nuestro territorio el derecho a

la protección de la salud y a vivir en un ambiente libre de contaminación.

El artículo 19 de la Carta Fundamental especifica que «El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de salud y rehabilitación del individuo».

«Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud».

«Es un deber del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas.»

En el marco de los objetivos esenciales del crecimiento económico, se asigna a la salud el doble papel de constituirse, como un fin en sí misma; como un componente del nivel de vida y como un medio esencial para el desarrollo económico.

2.4 Situación socio-demográfica

Definida la salud como un componente del nivel de vida, en Chile la situación de sus aproximadamente 13.500.000 habitantes es la de una población que ha sido afectada por cambios demográficos importantes y que hoy vive una transición epidemiológica.

El crecimiento natural de la población ha bajado a expensas de la disminución en la fecundidad y descenso de la mortalidad. Aquellos que no mueren en los primeros años de la vida ingresan a edades mayores, determinando un *envejecimiento de la población y una mayor expectativa de vida al nacer* (71,5 años: 68,5 para el hombre y 75,6 para la mujer en el quinquenio 1990-1995).

Chile, que fue un país de población joven en los años previos a 1960, hoy es un país *demográficamente intermedio,* con una presencia de mayores de 65 años superior al 6%, cifra que aumentará a una velocidad superior a la de crecimiento de la población y que alcanzará fácilmente el millón de personas a comienzos del próximo siglo.

La población se concentra mayoritariamente en las áreas urbanas. Está lejano el tiempo en que la población rural era de 40% y migraba a un ritmo lento pero constante a las zonas urbanas, principalmente en busca de mejores oportunidades de trabajo. Hoy la población rural no supera el 18%. *El 85% se radica en áreas urbanas,*

particularmente de las 3 ciudades más grandes. Sin embargo la densidad de 18 habitantes por km^2 hace de Chile un país bajamente poblado.

Mientras su nivel de ingreso per cápita (US$ 2.670 en 1992) lo coloca entre los países de mediano o bajo ingreso *sus indicadores sociales corresponden a los de un perfil de país desarrollado.* Su expectativa de vida al nacer, su tasa de mortalidad infantil relativamente baja (14 x 1.000 nacidos vivos en 1992) con una baja prevalencia de desnutrición moderada y severa en los menores de 6 años (menos de 1%) que lo acerca a países desarrollados; con un nivel de educación cercano a los 10 años de escolaridad en la población de 15 y más años y un alfabetismo de 94% en adultos de todas las edades, dan cuenta de dicha ubicación.

2.5 Situación de salud-mortalidad y morbilidad

La pérdida de la salud, expresada en su daño máximo que es la muerte, muestra una estructura de la mortalidad propia de una *fase de transición epidemiológica,* en que las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos ocupan los dos primeros lugares como grupos de causas de muerte, seguidos por las enfermedades del aparato respiratorio y los accidentes y violencias.

La rápida urbanización e industrialización y los cambios que ellas introducen en los estilos de vida, al iniciar la aparición de nuevos problemas de salud, son causa de que el perfil de morbilidad y mortalidad se esté acercando al de los países desarrollados, pasando del imperio de las enfermedades infecto-contagiosas a un perfil que incluye enfermedades crónicas y traumas, en la población de mayor edad.

Hipertensión arterial, tabaquismo, vida sedentaria, obesidad, alimentación desbalanceada hacia las grasas, ingestión de alcohol, riesgos ocupacionales y contaminación ambiental son los determinantes más constantes de la salud y la enfermedad en Chile.

En el futuro la transición epidemiológica y el aumento de la población mayor determinarán, además, el aumento de trauma como causa de enfermedad y muerte.

La *tasa de mortalidad infantil* está cercana a los 14 por mil nacidos vivos, cifra similar a la de países desarrollados (OMS documento EB89/10). *La mortalidad neonatal* alcanzó 7,9 X mil nacidos

CUADRO 1

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN CHILE, 1991

Grupos de causas	%	Tasas x 100.000 habitantes
Enf. del aparato circulatorio	28,5	159,7
Tumores malignos	19,5	109,3
Traumatismos y envenenamientos	12,9	69,1
Enf. del aparato respiratorio	10,9	61,1
Enf. del aparato digestivo	7,8	39,5
Mal definidas	5,8	32,3
Infecciones y parasitarias	2,8	15,7
Enf. sistema endocrino	2,5	13,7
Afecciones perinatales	2,0	11,4
Aparato genito-urinario	2,3	12,6
Resto de grupos	6,2	34,8
Total	100,0	559,3

Fuente: Departamento de Coordinación e Informática Minsal.

vivos, mientras *la materna* fue de 35,4 por cien mil nacidos vivos, con un fuerte peso del aborto como causa (1991).

Complementaria a la mortalidad infantil como indicador de situación de salud, *la mortalidad de varones de 45 a 64 años de edad* también ha declinado en los últimos decenios.

Este indicador, en etapas iniciales de desarrollo socio-económico refleja la magnitud de muertes del adulto a causa de tuberculosis, bronconeumonía, enfermedades profesionales, accidentes del trabajo y cirrosis hepática. En etapas más avanzadas de desarrollo, el índice refleja el impacto creciente de las muertes precoces debidas a cáncer, accidentes y accidentes vasculares encefálicos.

La morbilidad, información que teóricamente podría ser punto de partida para estimar recursos de personal en tipo y cantidad, es difícil de precisar en términos de frecuencia de enfermedades (incidencia y prevalencia), entre otras causas por la heterogeneidad de su registro, la imprecisión de los diagnósticos, la percepción de ella por las personas y otros factores ligados a la cultura en salud que ha alcanzado la población.

2.6 Utilización de los servicios de salud

Sin embargo hay expresiones concretas de la demanda de atención por la población y de la utilización de los servicios disponibles.

Las *tasas de consultas médicas no urgentes* en los Servicios de Salud, pertenecientes al sector público, no superan las 2,5 consultas por habitante/año en las consultas infantiles y cifras inferiores a 1 consulta por habitante-año en las del adulto. Varios servicios muestran tasas por debajo de 0,5 consulta por habitante año. Otro tanto ocurre en el caso de las consultas infantiles.

Medina[1] en diversos y sucesivos estudios realizados en población de 12 ciudades de la I a la VIII regiones del país, a través de la técnica de encuesta a familias, ha mostrado cuál es la frecuencia declarada de problemas de morbilidad percibidos por la población y su demanda de atención médica.

Un *25,6% de los encuestados mencionaron episodios de enfermedad aguda* en los 15 días previos a la encuesta, siendo las causas más frecuentes las enfermedades respiratorias, infecciosas y traumatismos. *La enfermedad crónica fue mencionada por el 39,5%.*

Expresado en términos de episodios anuales de enfermedad por habitante, la misma muestra reveló 1,46 episodios de enfermedad aguda por habitante al año, 2,4 por enfermedad crónica y 0,17 por accidentes o traumatismos, con un total de 4,17 episodios de enfermedad por habitante al año. Esta frecuencia varía según el nivel socio-económico (6,6 episodios en el estrato más bajo y 3,9 en el estrato más alto). Como es de esperar, también hay variaciones según edad, siendo las edades extremas, los niños menores de 5 años y los grupos mayores de 65 años, las que experimentan valores más altos de episodios anuales de enfermedad por persona.

El valor promedio de *necesidad de atención curativa* es de 3 consultas, 2,5 exámenes de laboratorio y 1 día de hospitalización por habitante/año. Esta última cifra da cuenta del 1.043.000 egresos hospitalarios que ocurren anualmente en los establecimientos del sistema estatal de salud y los 225.000 egresos registrados en el sistema privado.

A una estada promedio de 7 días, el número de días de hospitalización de la población sería cercano a los 9.000.000.

Sin embargo, *no todos los episodios de enfermedad generan demanda de atención y no toda la demanda solicitada tiene respuesta.* En los trabajos de Medina aparece con demanda satisfecha el 68% de los

[1] E. Medina, *Revista Médica de Chile*, 116, 1988, pp. 579-586, E. Medina, *Cuadernos Médico Sociales*, 26, 1985, 95101.

episodios de enfermedad aguda y el 44% de los de enfermedad crónica en la ciudad de Santiago. (32% para todo el país).

Aun tomando en cuenta que la solicitud de consultas por la población es una expresión parcial de sus necesidades de salud, desde el punto de vista del recurso humano requerido para dar respuesta integral constituye un punto de referencia inicial para una primera orientación sobre tipo y cantidad del recurso.

En 1991 las *consultas otorgadas por médico* en atención ambulatoria de los servicios de salud, consultorios y postas municipalizadas, alcanzaron a 22.241.644. Sumadas aquellas provistas por Fonasa y las Isapre, se alcanza un total de 34.802.000 consultas ambulatorias anuales en la totalidad del sistema.

Otro personal profesional como matronas, enfermeras y nutricionistas proporcionaron 11.288.000 consultas orientadas preferentemente a promoción y prevención de salud de los programas maternales e infantiles.

Una mención aparte merecen las 2.868.000 consultas proporcionadas *por auxiliares de enfermería*, una categoría particular de personal no profesional, que asume la resolución de un gran número de problemas de salud, apoya la labor médica y de enfermería y constituye la presencia permanente de los servicios de salud en el área rural.

Con la reserva de la desigual distribución de estas atenciones a lo largo de las regiones del país, sus diferencias por sexo, por edad, por diagnóstico, por subsector público y privado, estas cifras nos dan un indicio y una apreciación general de la utilización que hace la población de los recursos organizados en torno a la actividad consulta ambulatoria y hospitalización, esta última expresada en egresos como producción del recurso cama hospitalaria.

2.7 Situación futura

Lo que se ha descrito en forma sumaria, y dejando fuera del análisis muchos elementos que merecerían estar dentro, constituye una instantánea que no revela toda la verdad en la situación de salud, por ejemplo, la dinámica que estos hechos y sus condicionantes tendrán en el futuro. Muestra una visión de salud centrada en la enfermedad y su efecto máximo e irreversible que es la muerte, en un paradigma que se ha llamado «pato-céntrico», que gobierna el senti-

do y la naturaleza de las acciones que se realizan, *centrándolas preferentemente en lo curativo* y que resultan determinantes en la formación del recurso humano en salud.

Ignora también la *reciprocidad* de los conceptos de salud y calidad de vida y la vinculación de los conceptos de salud de las personas y del ambiente.

Parece necesario, entonces, *reorientar los modelos de análisis*, de prestación de servicios y de formación de recursos humanos, desde aquellos fundados y centrados en la enfermedad hacia aquellos centrados en la persona como ente bio-psico-social y en la población como colectivo vinculado a un ambiente que entraña riesgos, pero que también es factor facilitador de su desarrollo.

Se ha recomendado *redefinir el concepto de salud*, con fines conceptuales y operacionales llegando a su «formulación en términos positivos; incorporando el ambiente tridimensional bio-psico-social; considerando la especificidad de los ideales de salud para subgrupos etáreos, culturales y otros y aceptando la relatividad del concepto a lo largo del ciclo vital.

Interesante resulta la proposición de *encontrar indicadores que permitan medir la salud* (y no la enfermedad) individual, poblacional y del ambiente, compuestos por los elementos tradicionales en salud y los otros factores que determinan la calidad de vida (trabajo, empleo, vivienda, recreación, libertades individuales, etc.).

En un intento muy primario de hacer futurología, se puede avanzar que la situación de salud, influida por los efectos demográficos del envejecimiento de la población, *verá aumentar progresivamente el peso de las enfermedades crónicas y la discapacidad.*

El desarrollo económico previsible, aunque disminuya su ritmo, es probable que contribuya a aumentar los factores de riesgo debido a la industrialización, relacionados con el estrés, sedentarismo, uso de estimulantes, pero también con factores físico-químicos conocidos y nuevos que aportarán su contribución a la contaminación ambiental.

Las enfermedades que constituyen las dos más grandes causas de muerte, del *aparato circulatorio y los tumores malignos*, aumentarán el número y la demanda de servicios para enfermos crónicos.

Lo que no parece tan claro de predecir es si la población llegará a valorar la salud positiva y no su pérdida y si los servicios de salud reorientarán sus esfuerzos a la promoción y protección de la

salud, a un nivel significativo que haga impacto en la producción de aquellas enfermedades que llegan a la cronicidad o en el retardo de sus efectos residuales e invalidantes.

3. EL RECURSO HUMANO EN EL SISTEMA DE SALUD

No es un hecho casual que la mayoría de las referencias y análisis del recurso humano en salud parta por la referencia al profesional médico. Se lo menciona como eje del equipo, como recurso central; como el de más larga, compleja y costosa formación; como el más especializado.

Todo ello es verdad en alguna medida y en ciertos aspectos en su totalidad. Pero la constante que subyace tras estas afirmaciones es que *nuestro modelo de prestación de salud es altamente medicalizado.* La relación médico-paciente ejerce gran influencia sobre la percepción de la calidad del servicio recibido. El manejo de las herramientas de diagnóstico y tratamiento que el médico hace, la tecnología que utiliza, satisfacen generalmente las expectativas del paciente y si a ellas se agregan capacidad de comunicación, actitud receptiva a las demandas del paciente y calidad humana, se constituye un complejo que determina la óptima relación del paciente, o usuario del servicio, con el profesional médico.

La enfermedad y no la salud comanda la formación del personal de salud, y el médico aparece como el personaje central que domina la ciencia y el arte de una medicina esencialmente curativa.

3.1 Las profesiones

En el complejo del recurso humano en salud, la referencia al profesional médico como centro de un modelo medicalizado obliga a hacer alguna incursión en lo que nuestra cultura entiende por profesión.

Gyarmaty[2] cita al menos a siete autores que han producido definiciones sistemáticas de lo que es una profesión.

[2] Gyarmaty, Gabriel y col., «Las profesiones. Dilemas del conocimiento y el poder». Ediciones U. Católica de Chile 1984.

Una síntesis de los planteamientos principales y más citados arroja las siguientes *características definitorias de las profesiones.*

1. Son actividades esenciales para asegurar la vida y el bienestar de los miembros de la sociedad.
2. Ponen énfasis en el servicio rendido o «espíritu de servicio». El profesional antepone los intereses de sus clientes a toda otra consideración.
3. Se rigen por códigos de ética que dictan normas que deben seguir los miembros de la profesión.
4. Requieren un largo período de estudios especializados basados en un conjunto sistemático de conocimientos teóricos, obtenidos en universidades u otras instituciones de enseñanza superior.
5. Tienen derecho exclusivo o monopolio de ofrecer servicios.
6. Son autónomos para fijar sus propios objetivos, organizar sus actividades y regirse por reglas propias formuladas por los propios miembros.
7. Tienen una cultura propia: valores, normas, símbolos y aun un lenguaje característico propio de cada profesión, constituyendo una subcultura dentro de la cultura nacional. Este hecho genera un alto grado de identificación del individuo con su profesión
8. Gozan de un elevado prestigio, superior al de la mayoría de las otras ocupaciones.
9. Obtienen remuneraciones relativamente buenas en relación a otras ocupaciones no profesionales.
10. Los conocimientos del profesional son altamente especializados, y su cliente en general no los posee. Por esta razón se crea una relación de dependencia entre el profesional y la persona que recurre a sus servicios.

En el caso del profesional médico, más que en el resto de las profesiones de la salud, esta relación de dependencia implica un acatamiento a las decisiones del profesional sin cuestionamiento ni límite. El médico decide el tipo de exámenes, interconsultas, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y tratamiento y licencias.

De este modo *una parte importante de la demanda de servicios es generada por el médico,* reservándose al paciente sólo la voluntad inicial de consultar.

CUADRO 2

RECURSOS HUMANOS SUBSECTOR PÚBLICO DE SALUD, 1992

Categoría	SNSS	Municipal	Total	Razón (por mil hab.)
Médicos	7.988	1.270	9.258	0,70
Dentistas	1.117	757	1.874	0,14
Enfermeras	2.702	871	3.573	0,27
Matronas	1.859	719	2.578	0,19
Asistentes sociales	439	292	731	0,06
Nutricionistas	505	330	835	0,06
Farmacéuticos	277	12	289	0,02
Kinesiólogos	310	26	336	0,03
Tecnólogos Médicos	1.077	37	1.114	0,08
Otros Universitarios	1.398	55	1.453	0,11
Contadores	208	73	281	0,02
Choferes	1.316	441	1.757	0,13
Aux. Paramédicos	21.050	4.702	25.752	1,95
Auxiliares	11.899	1.340	13.239	1,00
Oficiales administ.	8.659	1.717	10.376	0,78
Otros	2.149	886	3.305	0,25
Total	63.223(1) (1)	13.528(2)	76.751	5,79

Fuente: (1) Anuario Recursos Humanos 1992 - Ministerio de Salud. Departamento de Atención Primaria - Ministerio de Salud. (2) Informe Personal Municipal a Junio 1990. Ministerio de Interior, Subsecretaria de Desarrollo Regional y Administrativo.

En el ámbito del derecho exclusivo de ofrecer servicios a la personas, se reserva al médico el acto de diagnóstico, a partir del cual se genera la prescripción que moviliza las actividades del resto de los profesionales y del personal de salud: enfermeras, kinesiólogos y otros.

En las actividades preventivas y de promoción de la salud, cuya suma tiene impacto en la salud colectiva y que se ejecutan generalmente en el individuo sano, las profesiones llamadas de colaboración médica *funcionan con autonomía*, con desarrollo de sus propias técnicas y procedimientos, pero dentro de un sistema altamente normado y pautado, determinado por una programación rigurosa que fija metas, actividades, tiempos y rendimientos.

El recurso médico reúne las características que se han descrito para las profesiones, con algunas diferenciaciones que derivan de la modalidad de la práctica profesional.

3.2 Cuantificación del recurso humano en salud

El recurso humano de salud globalmente considerado reúne en el sector público y municipalizado a 76.000 funcionarios (63.000 y 13.000 respectivamente).

4. El médico como recurso humano en el sistema de atención de salud

4.1 La cantidad de médicos en Chile

El número de médicos del sector público es de 9.258, con una razón de 0,70 por mil habitantes. Con fecha más reciente (1994), el Registro Médico Nacional del Colegio Médico de Chile A.G. proporciona la cifra total de 15.696 médicos inscritos en la Asociación Gremial. Si estas cifras correspondieran estrictamente a la realidad significaría que el 59% de los médicos inscritos en el Colegio Médico prestarían servicios en el sector público configurado por el Ministerio de Salud y sus 27 servicios de salud y en el sector de la atención médica bajo la administración municipal.

Un primer reparo a esa afirmación deriva de que la *colegiatura en la Asociación Gremial dejó de ser obligatoria* desde 1981, si bien hay una reacción en años recientes que se ha traducido en una proporción mayor de las promociones anuales de egresados de la carrera de medicina, que se incorporan a la orden gremial.

La cifra de 0,7 médicos por mil habitantes que proporciona el cuadro extraído del documento «Gestión del Ministerio de Salud»[3] aparece en forma más depurada y referida solamente a los beneficiarios del sistema estatal con un valor de 0,689 médico por cada 1.000 de ellos. Si los beneficiarios del sistema de seguros privados de salud alcanzan ya a una cifra cercana a los 3 millones de personas, los restantes 10 millones dispondrían de 7.000 médicos para la atención de su salud.

Las discordancias de las cifras nos muestran la inconveniencia de trabajar con datos poco confiables, emanados de registros heterogéneos y desigualmente actualizados.

[3] Ministerio de Salud, «La gestión del Ministerio de Salud. Chile 1990-1994».

Más ilustrativo, para acercarnos a alguna forma de estimar necesidades de producción de profesionales, es señalar el hecho de que esta tasa de 0.689 médicos por beneficiario muestra *variaciones* regionales y entre Servicios de Salud que van desde 0,38, 0,45 y 0,51 en La Araucanía, Bío-Bío y Talcahuano, a 1,02-1,06 y 1,34 en algunos Servicios de Salud de la Región Metropolitana.

Cualquiera que sea el volumen global del recurso, los aspectos más relevantes son aquellos relacionados con su distribución, sus características etáreas que dan una idea de su productividad y permanencia eventual en el sistema y su forma de práctica profesional.

4.2 Los médicos según años de profesión y sexo

De acuerdo a sus *años de profesión*, el Registro Médico Nacional agrupa a los médicos inscritos en los tramos siguientes:

Nº de años de profesión	Nº de profesionales
- de 10 años	4.108
11-24 años	7.409
25-44 años	3.052
+ de 45 años	1.127
Total	15.696

En este universo, las mujeres representan el 28% y los hombres el 72%. Esta proporción de 2,57 médicos hombres por cada médico mujer variará en el tiempo hacia una *mayor presencia de la mujer en la práctica de la medicina*, como consecuencia de su incorporación cada vez mayor al estudio de la carrera de medicina, en la que ya se acerca al 45% de la población de estudiantes.

Este hecho tendrá un efecto previsible en el desempeño de las especialidades preferenciadas por la mujer, si el resto de las variables que las influyen se mantiene constante.

4.3 Los médicos y su especialización

La misma fuente del Registro Médico Nacional nos dice que el *67% de los médicos se registró en él como especialista*, de acuerdo a su personal definición.

La proporción en que aparecen las especialidades es la siguiente:

Medicina Interna	19,6%
Pediatría	14,7%
Cirugía General	10,5%
Gineco-Obstetricia	7,8%
Medicina Integral	6,5%
M. Gral. Zona	4,27%
Psiquiatría	3,7%
Traumatología y Ortopedia	3,3%
Oftalmología	2,8%
Radiología	2,1%
Cirugía Infantil y Ortopedia	2,1%

Esta información, que parece ser dentro de sus limitaciones la más integrada, tiene el sesgo de generarse en la apreciación que tiene cada médico de su situación personal y en su autocalificación como especialista.

Se reproduce con el fin principal de *destacar la debilidad de los datos de que se dispone* como para confiar en ellos como base de estimaciones para generar nuevos recursos y reponer aquellos que se restan al trabajo profesional activo. Tampoco ilustra sobre su distribución entre el sector público y el de práctica privada, ni el ritmo de la migración desde el sector público al polo de atracción constituido por las instituciones de salud del sector privado.

La característica más relevante de la práctica médica es su tendencia hacia la especialización.

Estudios realizados en estudiantes de medicina de las 2 principales universidades chilenas[4] demostraron que:

i) El interés por la especialidad se despierta muy tempranamente en el curso de los estudios de medicina .

ii) Está vinculado a la necesidad de ir al ritmo y la velocidad con que se desarrolla el conocimiento;

iii) A la certeza de que éste sólo se puede lograr a un nivel satisfactorio en un campo específico y acotado de la medicina;

[4] G. Venturini y col., «Las especialidades médicas y el proceso de especialización en medicina», *Estudios Sociales*, 66. 4º Trimestre, CPU, pp. 233-250. 1990.

iv) Al prestigio que se supone adscrito a la condición de especialista, y

v) En alguna medida a las perspectivas económicas que su ejercicio supone.

La formación del médico en las universidades chilenas se ha desarrollado tradicionalmente en un modelo que incluye la preparación de un médico *básico e indiferenciado en los estudios de pregrado,* además de las oportunidades de especialización y actualización o reciclaje de conocimientos en estudios sistemáticos de postítulo.

El destino mayoritario del egresado, definido como médico básico o indiferenciado, es incorporarse a la práctica de la medicina general en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud o a la práctica de la medicina de adultos o pediátrica en consultorios administrados por los municipios en el nivel primario de atención.

1. La primera modalidad conduce al cabo de un número de años, no superior a 5, *a la certeza de obtener una beca de formación en la especialidad deseada.*
2. La otra opción por ingresar directamente, después de la obtención del título, a la formación universitaria en una especialidad, es la más solicitada y constituye una meta para la cual el estudiante trabaja anticipadamente sus antecedentes académicos.

Estas dos alternativas de inicio de la práctica profesional conducen con seguridad casi total al ejercicio de una medicina de especialidad.

La especialización de la medicina es un hecho que derivó fundamentalmente de los avances ocurridos en ella a partir de la segunda guerra mundial. No se ha detenido, sino que acelerado a un ritmo que recuerda el calendario cósmico.

La medicina especializada gobierna la organización de los establecimientos hospitalarios públicos y privados. *La población está en conocimiento de los avances que ocurren en la medicina* y que publicitan entusiastamente los medios, a veces antes que sean incorporados al saber médico profesional. El conocimiento induce la demanda de servicios, en un requerimiento muy directo y específico al especialista preciso.

El Registro Médico Nacional incluye 58 especialidades distintas. La Corporación Nacional de Especialidades Médicas (Conacem) reconoce 36 especialidades, con un número de 4.810 profesionales certificados por ella (al 30 junio 1994). La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile mantiene programas de especialización en 56 especialidades, de las cuales 27 son básicas y 29 especialidades derivadas de aquéllas. Permanentemente se encuentran en gestación proyectos para incorporar especialidades nuevas al listado existente: en 1994 se incorporaron, por ejemplo, las especialidades de geriatría y medicina de urgencia.

Esta descripción de la situación remueve la vieja pregunta acerca de cuál es el lugar en ella de la medicina general.

4.4 Los médicos y los niveles de complejidad del sistema de salud

La organización del sistema de servicios de salud en niveles de complejidad primario, secundario y terciario sitúa a la medicina general en el nivel primario de atención a la comunidad o población beneficiaria del sistema y que representa el 70% de los habitantes del país.

Los consultorios de atención primaria urbanos y rurales y 45 servicios de atención primaria de urgencia efectuaron en 1993 treinta y siete millones de atenciones, de las cuales 22 millones son atribuibles a los médicos. Cualquier estudio sobre *morbilidad ambulatoria muestra una estructura de diagnósticos y posibilidades de tratamiento, del manejo del médico general.*

De la información disponible deriva que el 7,5% de los médicos se declaran médicos generales o médicos familiares.

Las investigaciones en torno a expectativas de la práctica profesional[5] constatan el hecho de que el paso por la *medicina general es considerado por el médico como una etapa* para alcanzar la especialización, aunque se le reconoce su valor formativo, especialmente en valores sociales y de servicio, derivados de una labor clínica multidisciplinaria que incluye medicina general de adultos, pedia-

[5] G. Venturini, C. Palma y P. Silva, «Perfil del médico en el nivel primario de salud», 1985

tría, actividades preventivas y administración de programas y unidades de atención primaria.

En el panorama de la práctica y de la formación de especialistas dos hechos merecen la atención de quienes hacen grandes las decisiones sobre formación y destino de los especialistas.

A. La *especialidad de medicina interna ha entrado en un período crítico:* ha perdido su atracción como campo de especialización; es solicitada por debajo de la oferta de becas y ha empezado a afectar la dotación de médicos de los servicios hospitalarios.

Las causas se han atribuido a:

i) Desperfilamiento del campo de la disciplina al compararla con el desarrollo de las especialidades derivadas;
ii) La reducción de su prestigio, y
iii) El escaso atractivo en lo lucrativo.

El estímulo o una revitalización de la medicina interna podría originarse en un nuevo estilo de formación que combinara en un mismo programa la formación en medicina interna y los contenidos preliminares de una especialidad, cuyo aprendizaje sistemático se completara a través del tiempo con bloques modulares.

El ejercicio profesional para este innovado especialista estaría compartido entre la medicina interna de la sala de hospitalización y la especialidad desarrollada en unidades ambulatorias de especialidades.

Para hacer realidad este modelo se requiere, más que nuevas estructuras, vencer tradiciones, renovar voluntades y llevar adelante el compromiso.

B. Otro hecho que necesita ser replanteado en sus diferentes determinantes es la *persistencia de un grupo de especialidades en que el número existente de especialistas y la producción de los programas de formación están por debajo de las necesidades y la demanda,* especialmente del sector público y cuya concentración en las grandes ciudades contribuye a despoblar de ellas al resto del país. Son las especialidades llamadas «en falencia» (Oftalmología, Anestesiología, Radiología).

El más poderoso determinante de estas carencias está en la atracción que ejerce el sector privado sobre los especialistas corres-

pondientes, incluidos aquellos del sector académico, lo que debilita los centros formadores y reduce la producción y el número de nuevos especialistas.

4.5 Otros condicionantes de la atención médica

Hay otros factores que aportan sus condicionantes a esta situación que perjudica la atención médica de la población. Juega un papel perturbador el ascendiente de los especialistas agrupados en sociedades científicas y gremiales, que *pueden ejercer un efecto regulador indirecto sobre el ingreso de nuevos postulantes a la formación de la especialidad*. Este efecto ya pudo vislumbrarse en la enumeración de las características que se atribuyen a las profesiones.

Su modificación es compleja al tocar algunos aspectos del modelo liberal de economía de la salud y del derecho individual a la libertad de trabajo en las condiciones convenientes para cada cual. No es fácil conjugar estos valores por los cuales se ha luchado con aquellos de equidad y suficiencia en la atención de salud aplicados a una población que también tiene derechos, pero que debe recurrir a una institución intermediadora para lograr respuesta.

Hasta aquí aparece evidente que la formación, capacitación profesional y utilización del recurso médico constituyen un todo que debe analizarse como un sistema.

Las instituciones a cuyo cargo están los diversos elementos del sistema tendrían que abordar conjuntamente el tipo de producto que se requiere para el servicio de las metas, que tienen mucho en común. El *instrumento es la vinculación docente-asistencial*, en marcha en Chile desde mediados de siglo, pero que necesita ser replanteada desde la perspectiva común de servicio a la comunidad, más allá de la natural cautela de las instituciones para preservar sus objetivos propios.

4.6 Misión de la universidad

La gran tarea de la universidad está en *ajustar la formación de sus médicos básicos indiferenciados a las demandas de un sistema de salud que ya tiene definida su política de atención.*

Hay indicios de cambio en el currículo de pregrado de las facultades más antiguas y prestigiosas.

En algunos currículos de la formación básica se está iniciando una orientación más definida hacia algunas especialidades básicas, inaugurando la idea de producir un profesional equipado con *conocimientos y habilidades diferentes y más específicas* que el médico general.

El *nacimiento de nuevas universidades y facultades de medicina* abre perspectivas a la competencia de modelos innovadores que diferencien a las instituciones y atraigan postulantes con expectativas diversas y que mantengan consecuencia entre aquellas y su desempeño profesional.

Con el fin de ilustrar las características que hacen tan complejo el recurso humano de salud, y en la imposibilidad de abarcar una gama más amplia de ellos, se han *seleccionado dos profesiones* que presentan problemas y situaciones diferentes y muy específicas de cada una. Se hace mención al recurso odontólogo y al recurso enfermera, después de habernos referido al recurso médico, con la intención de mostrar las peculiaridades de su formación y de su inserción en el medio de la atención de salud.

5. EL ODONTÓLOGO COMO RECURSO HUMANO EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD

Este profesional, abordado desde la perspectiva de las necesidades y demandas de la población en cuanto a salud oral, constituye una paradoja o una secuencia de paradojas muy complejas de aprehender.

La patología oral es de alta prevalencia en la población y el impacto de la atención profesional, curativa en su más alta expresión, ha logrado mejorar poco o nada la magnitud del daño colectivo.

5.1 Prevención en salud oral

En el manejo del problema oral en un nivel colectivo han ocurrido pocos cambios en los últimos decenios.

Los primeros esfuerzos orientados hacia la prevención del daño más prevalente, que es la caries dental, se iniciaron en la década

de 1950 con programas experimentales de *fluoruración del agua potable* en dos ciudades chilenas. A casi 50 años de esa experiencia ya no se discute la eficiencia del flúor en la prevención de la caries. Curiosamente, a pesar de la evaluación positiva y de la evidencia de una mejoría en los indicadores específicos en las regiones fluoruradas, se encuentra recién en la etapa de partida un Plan Nacional de Salud Buco-Dental que incluye, entre otras medidas, la fluoruración del agua potable y el uso de flúor local en diferentes formas.

En este campo de la salud es donde se dan las mayores brechas entre las necesidades absolutas, las necesidades percibidas por la población, las demanda y las posibilidades de satisfacción de la demanda.

Las necesidades absolutas superan largamente el daño atribuible a las caries y abarcan otras condiciones de alta prevalencia como las maloclusiones, los traumatismos y sus secuelas, las lesiones de los tejidos periodontales, etc..

5.2 Barreras para la adecuada satisfacción de la demanda

Las barreras para la satisfacción de las eventuales demandas abarcan desde lo cultural a las muy decisivas barreras económicas que imposibilitan tratamientos de alto costo, los que sólo recientemente están incorporando la previsión y los planes de pre-pago de los seguros privados.

Otra barrera importante al acceso a la atención odontológica es la magnitud de la oferta de servicios profesionales.

5.3 Número de odontólogos en Chile

Chile dispone de una cantidad aproximada a los 6.000 odontólogos. Aproximadamente 2.000 de ellos prestan servicios en establecimientos del Sistema Público de Salud y el Sistema Municipal, lo cual representa 0,14 profesionales por 1.000 habitantes, con una alta concentración en la ciudad de Santiago, Región Metropolitana (40,6% del total de profesionales del sector público). En el extremo más desprovisto se encuentran las I, II y XI regiones con cifras cercanas al 1% del recurso total.

La cobertura de los programas y actividades odontológicas no alcanza más allá del 10% de los beneficiarios, y en una dimensión nacional el 50% *de la población del país no tiene acceso a la atención dental.*

5.4 Formación de odontólogos

A este panorama dramático concurre una realidad sorprendente en el ámbito de formación del recurso humano.

Cuatro carreras de odontología, algunas de creación tan reciente que aún no afectan el número de egresados (Universidad de La Frontera), generan alrededor de 180 profesionales egresados al año.

Su destino laboral, fuertemente determinado por las fuerzas del mercado, es de modo predominante *el ejercicio privado de la profesión,* en el cual se está asentando progresivamente la especialización.

La formación universitaria de postítulo reconoce 4 especialidades clínicas y una de salud pública. Los especialistas no se interesan en el sistema público de salud y aun los generalistas u odontólogos integrales no optan a las posiciones funcionarias disponibles en él.

Una visión realista de esta ruptura de la lógica entre el desarrollo y utilización del recurso odontólogo nos dice que *esta brecha no se podrá cubrir por medio de la producción de mayor número de profesionales.*

La cifra histórica de 160 a 180 egresados anuales está determinada por variables poco modificables en el corto y mediano plazo.

5.5 Cambios necesarios

Más importante que el número de profesionales parece ser la *reorientación de la formación* histórica tradicional, altamente centrada en lo curativo y en las especialidades de la atención del adulto.

Los responsables del programa nacional de la salud bucooral estiman con razón que la opción está en cambiar la práctica profesional hacia un modelo adecuado a la realidad buco-dental de Chile.

Los recursos humanos deben estar preparados para un plan centrado en la promoción de la salud oral y la prevención de los daños de alta prevalencia.

El desarrollo de un recurso así dotado debería iniciarse en la *formación universitaria de pregrado*, cambiando el centro o la filosofía del programa *hacia los conceptos y técnicas de la promoción y prevención en salud oral*, con foco en técnicas educativas y adoptando un modelo renovado de profesional por formar congruente con el modelo de atención de salud.

El caso del recurso odontológico parece ser un ejemplo de estrategias aparentemente heterodoxas para resolver un problema cuya respuesta simple sería la de producir un mayor número de profesionales. Al momento actual, la presencia del auxiliar odontológico en un verdadero equipo ha logrado multiplicar el alcance de las actividades profesionales en número de actividades, de personas servidas y de problemas resueltos.

6. El recurso enfermera en el sistema de atención de salud

Hablar de la enfermera como recurso humano en salud tiene diferencias importantes respecto de la enfermería.

Como definición operacional, la enfermera se define como parte del sistema de atención de salud que comprende la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas enfermas o incapacitadas. Es una actividad que se ocupa de dar respuesta a problemas de salud reales o potenciales de individuos, familia o grupos.

La *enfermera universitaria*, se dice, *constituye el nivel profesional de enfermería.* Aplica el proceso de atención de enfermería al paciente, familia y comunidad. Es responsable de la gestión de la atención de enfermería en las instituciones de salud. Supervisa, capacita y forma al personal de enfermería de los otros niveles. Hace investigación en problemas de salud y enfermería y efectúa la educación sanitaria en la población.

Se la cataloga como miembro del equipo de salud y del equipo de enfermería.

Su perfil ocupacional específico ha sido reiteradamente descrito y a partir de él se han generado los objetivos de formación de la profesional, que en Chile *se forma en 14 centros universitarios* (carreras), de los cuales egresan anualmente 400 enfermeras.

6.1 Número de enfermeras en Chile

Como en otros grupos profesionales, la información de que se dispone para estimar dotación, déficit, migraciones internas y externas, es parcial e incompleta.

Según los registros del Colegio de Enfermeras habría alrededor de 3.500 enfermeras inscritas en ellos. La estimación del número real de profesionales, hecha por miembros destacados e ilustrados de la profesión, es que *el número total de profesionales sería cercano a 8.000.*

Una forma de dimensionar a la enfermera como recurso («...arbitrio para salir airoso de una empresa...») puede ser considerarla en relación con otro recurso humano.

La razón médico-enfermera es cercana a 2/1, según se trate de las cifras supuestamente totales de ambos profesionales en el país o de la relación entre el número de médicos del sistema público de salud y las enfermeras que se desempeñan en él.

Los índices internacionales, que derivan de la observación empírica de situaciones existentes, dicen que *esta razón debiera ser, al menos, inversa.*

Esta brecha es histórica, con períodos en que tiende a un mayor deterioro.

2.900 enfermeras que trabajan en el sector público representan una razón de 0,27 profesionales por 1.000 habitantes, valor cercano a la tercera parte de la razón médico/habitante (0,7 por mil habitantes).

Esta brecha expresa los déficit cuantitativos, así como la inequidad en la atención de enfermería que significa que el 60% de las enfermeras activas presten servicios en el sector privado de atención de salud y sólo el 40% en el sector público.

6.2 Problemas cualitativos

Sin embargo, hay problemas cualitativos cuyo efecto se proyecta en los déficit cuantitativos. De su análisis se derivan consideraciones significativas y que implican factores que afectan de manera más profunda el problema de la enfermería profesional.

Sorprende el hecho, aparentemente simple, de una carrera universitaria que atrae a 800 alumnas en su ingreso anual y que

produce un egreso de sólo 400 profesionales al año, en las 14 carreras que se imparten en Chile.

Al interior de los distintos cursos *la deserción académica oscila entre el 30 a 35%*. Su causas han sido analizadas por los docentes formadores y radicarían en la selección *de facto* que introduce el hecho de que el nivel de puntaje de la Prueba de Aptitud Académica es bajo respecto de otras carreras de la salud.

Otra causa eventual de la alta deserción académica se relacionaría con *un deterioro de la imagen de la profesión*, que se confronta con las altas exigencias del desempeño profesional, el nivel de remuneraciones y la baja estima que le asigna a la profesional en funciones el personal con el cual constituye equipo.

Todos estos factores, además de la contracción en el número de matrícula de las diferentes escuelas en los últimos 10 años y respecto de la cual sólo ha habido rectificación en años muy recientes, hacen que *el déficit no pueda ser modificado en el corto y mediano plazo.*

6.3 Estrategias para el futuro

Se requeriría una estrategia que introdujera una mayor velocidad de formación del recurso y medidas que aseguren la permanencia del recurso formado en actividad y en funciones propias de su perfil profesional.

Para la opción de producir *mayor volumen de profesionales en tiempos más cortos* existirían las alternativas de formar un recurso intermedio, el que se ha pensado como un técnico de nivel superior, con una preparación más completa que el actual auxiliar de enfermería. La economía de tiempo en la formación de este recurso permitiría ampliar la cobertura de atención, al menos para el sector público.

Otras estrategias podrían fundarse en *incorporar a la estudiante de enfermería como recurso* al sistema de atención de salud durante el último año de la carrera, en un plan consistente con una relación docente-asistencial operativa que incorpore los aportes y los intereses de la institución formadora y la prestataria de servicios.

Un plan de esta naturaleza debe contemplar y llevar incorporado el compromiso de la institución empleadora de abrir espacio a la educación continua como beneficio adicional para la futura

profesional y como garantía de contar con profesionales que reciclen y actualicen sus conocimientos más de una vez a lo largo de su vida profesional.

Tal como el recurso médico, la enfermera en el sector público vive un proceso de migración interna y de una sola vía hacia el sector privado. El proceso no ha sido medido ni estudiado en profundidad respecto de sus factores determinantes, pero se sabe que existe, que es persistente y que tiene efectos cuantificables en el sector más deficitario, el público.

El gran desafío es recuperar una adhesión, que se debilita progresivamente, de la profesional hacia los objetivos de su profesión y la gran tarea es encontrar los estímulos institucionales, profesionales y valóricos en un medio competitivo y cuyos márgenes están determinados por la presencia del mercado.

7. CONSIDERACIONES FINALES

El funcionamiento eficiente de un sistema de salud requiere de coherencia entre los recursos humanos, físicos y financieros, además de una *cantidad y distribución del recurso humano* consecuente con las necesidades por satisfacer dentro del ordenamiento de que dispone la política de salud.

El desarrollo de recurso humano en salud se efectúa mediante tres procesos interrelacionados y de alcance intersectorial: la formulación y planificación de políticas; la formación, educación y adiestramiento, y la gestión.

La planificación del recurso humano es el proceso por el cual se estima el número de personas, la clase de conocimientos, actitudes y capacidades que ellas debieran poseer para alcanzar los objetivos y realizar las acciones necesarias para obtener los resultados fijados por la política y sus metas específicas.

La formación del recurso humano comprende los aspectos relacionados con la educación básica y post-básica de las personas que trabajan en el sector, proceso que no está centrado exclusivamente en el sector pues incluye organismos e instituciones del área educación, entre otras.

La gestión, definida como la movilización, motivación, desarrollo y realización de las personas en el trabajo, tiene características y peculiaridades cuando se trata del sector salud. No será tratada en

este análisis, aunque conceptualmente completa el proceso de desarrollo del recurso de una manera inseparable.

La planificación del recurso humano para el sector salud reconoce una complejidad que deriva de las características propias del sector, además de factores generados en la naturaleza del recurso mismo.

El recurso humano es de *muy prolongada formación; fácilmente sometido a la obsolescencia de sus conocimientos; de incierta permanencia y elevada rotación en el sistema.* Su inserción en el sistema requiere adaptación de sus atributos básicos a niveles de atención que plantean conocimientos y aptitudes diferenciales para tareas específicas.

7.1 Problemas en la planificación del recurso humano

El problema básico de la planificación es determinar la cantidad y el tipo de personal necesario para responder a necesidades cambiantes, con la anticipación necesaria que permita incluir las restricciones que impone la realidad a las actividades de formación. Hay, además, la necesidad de reponer el recurso que se resta del sistema por alejamiento definitivo, temporal o parcial.

En Chile, uno de los factores que afectan las decisiones sobre el recurso humano, aunque no sea propio de él, es la *carencia de información y la inexactitud y falta de rigurosidad de lo disponible.*

No es posible hacer predicciones y proyecciones a partir de información parcial e incompleta sobre los recursos existentes, su distribución y utilización.

Como ejemplo se pueden citar los juicios contradictorios sobre la dotación necesaria de médicos a que han llegado distintos investigadores preocupados del tema. lo que tiene importancia porque algunas de las decisiones que se han tomado sobre aumento o disminución de las matrículas en la carrera de medicina han sido a base de la información de calidad tan precaria.

Una primera consideración, indispensable para introducir racionalidad en la planificación del recurso, es la necesidad de disponer de información confiable, completa y actualizada en forma permanente.

Se requiere disponer del dato sobre número de personal por categorías profesional y no profesional; su distribución por regiones

y establecimientos; su ubicación en el sector público y privado; su diferenciación por especialidades, en el caso del recurso médico; sus índice de alejamiento por retiro o mortalidad; su distribución por edad cronológica y de práctica profesional.

Cada una de estas características introduce elementos que deben tomarse en cuenta en la proyección de nuevos recursos.

A modo de ejemplo, la *composición por sexo de la fuerza de trabajo en salud* nos sitúa frente al hecho de que la mujer es proporcionalmente la mayor proveedora de servicios de salud.

Jiménez[6] estima que el 60 o 70% de los funcionarios de salud son mujeres, situación que se repite en el mundo.

Esta condición de género tiene efectos importantes en las siguientes situaciones:

- Elección preferente de ciertas especialidades para los profesionales médicos mujeres: medicina interna, medicina general, pediatría, psiquiatría, dermatología, radiología, salud pública.
- Rol familiar y laboral simultáneos de la mujer, que tiene efectos en su productividad global y en sus índices de ausentismo y licencias.

En Chile la planificación del recurso humano para salud se ha producido con una consideración más bien conceptual hacia la relación que debiera tener con la producción y la gestión en el marco sectorial del desarrollo de los servicios de salud y el más integral del desarrollo socioeconómico del país.

Pero hay ejemplos diversos que ilustran sobre hechos que no se enmarcan en una planificación global, como la creación de nuevas universidades, que hoy llegan a 70; 76 institutos profesionales y 143 centros de formación técnica, además de numerosas nuevas carreras.

Las modalidades clásicas, con base en una planificación y programación matemáticas, reconocen como fundamental el concepto de demanda, que en salud se entiende como la suma de los diversos tipos de servicios que solicitará una población determinada.

[6] J. Jiménez, B. Heyerman, «La mujer como proveedora y usuaria de salud», Corporación de Promoción Universitaria, noviembre 1993.

7.2 Estimaciones de la demanda

Para *estimar la demanda* se señalan los método de las necesidades; de las metas de servicio; de la demanda de servicios y el de la relación personal/población.

Las aproximaciones para estimar necesidades de formación de personal generalmente toman elementos de uno u otro método para llegar a cifras que son analizadas como referente para comparar series históricas, tendencias y variaciones en la producción de recursos en el corto plazo.

Goic,[7] en un estudio realizado en 1994 a partir de la población y su crecimiento vegetativo; del número de médicos activos; el ingreso anual de nuevos titulados a la cohorte y de los retiros estimados, establece que la relación médico/habitante había llegado a 1.960, estimada satisfactoria de acuerdo a índices internacionales. Esta proporción se deterioraría a partir de 1998 en una magnitud discreta. Sin embargo para su mantención al nivel actual, las decisiones sobre un aumento significativo de matrículas debieran adoptarse en un futuro muy inmediato, tomando en cuenta que el primer efecto visible en lo cuantitativo demorará 7 años en manifestarse, correspondiendo al tiempo que tomará la primera promoción afectada en obtener el título profesional.

La razón médico/paciente reúne en una sola cifra situaciones muy heterogéneas en la misma razón respecto de: especialidades, de distribución por factores geográficos y por sector público y privado. Cualquiera sea la razón médico/habitante, *sus efectos en la salud de la población no se han manifestado en los indicadores tradicionales.*

La *regulación del número de profesionales y otro personal por formar y preservar se realiza de manera aparentemente espontánea.*

En el caso del médico y su inserción en el sistema público de salud introduce alguna regulación la apertura anual de plazas concursables de Médico General de Zona en establecimientos del sistema estatal de salud, así como las opciones que se ofrecen para la especialización en un cierto número de especialidades predeterminadas, de acuerdo a los déficit de especialistas en esos campos y la capacidad de los centros formadores.

---

[7] A. Goic, «Disponibilidad de médicos en Chile y su proyección al mediano plazo», *Revista Médica de Chile*, 122, 1994, pp. 141-153.

Sin embargo, el eventual efecto regulador disminuye, toda vez que las opciones se mantienen en un nivel constante sin ampliarse significativamente, como si se tratara sólo de un mecanismo de reposición de los recursos que se sustraen al sistema.

La ausencia de planificación de los recursos humanos en salud no parece estar teniendo efectos negativos muy evidentes en la salud de la población.

Las demandas en salud en el sector privado se satisfacen sin otras restricciones aparentes que las exclusiones y carencias que determina el sistema de seguros privados. Y estas ocurren no por carencias de personal, sino como mecanismos destinados a contener costos.

En el *sistema público y municipal ha disminuido el número de consultas ambulatorias anuales en los últimos 2 años. Este indicador de rendimiento podría ser una señal a la que hay que poner atención.* Sin embargo, su interpretación obliga a considerar la productividad del recurso, independiente del volumen de la oferta.

Para equilibrar la demanda y la oferta de personal de salud está la alternativa de la restricción política y real para reducir la demanda. En la imposibilidad de incrementar la oferta, la respuesta lógica es *aumentar la productividad, engrosando la utilización de servicios*, lo cual está unido a accesibilidad, percepciones, costos, etc..

7.3 Acciones a mediano plazo

Mientras se llega a una planificación multisectorial de los recursos humanos en salud, a base de decisiones fundamentadas en un sistema de información eficiente, y en el compromiso coordinado de las instituciones formadoras, empleadoras y gestionadoras, *las acciones posibles al mediano plazo* se pueden insinuar en las siguientes direcciones:

1. *Redefinir los roles y funciones de los diferentes grupos profesionales y de colaboración* a la luz de los nuevos programas de salud y sus actividades.

2. A partir de los roles y funciones redefinidas, *delegar y reasignar funciones* de acuerdo a los nuevos modelos de atención de salud.

En este terreno, es posible *introducir flexibilidad en el uso y destino del recurso humano* según las realidades locales y regionales que indiquen carencias y déficit diversos, abordables con esquemas distintos y particulares. La descentralización y la autonomía de los servicios de salud lo permite y para ello sólo basta movilizar la voluntad y la creatividad de los niveles locales.

3. *Formación de recursos humanos de nivel intermedio* para algunos campos profesionales cuyos déficit cuantitativos requieran muchos años para ser superados. Si se explora esta línea de formación de recursos, debe tomarse en cuenta que el producto final requiera un tiempo igual o no mucho mayor del 50% de aquel que se necesita para formar a los profesionales a quienes servirá de apoyo. El personal así formado debiera serlo con una sólida formación ética que lo preserve de invadir campos profesionales ajenos y que garantice que actuará con delegación y bajo supervisión.

4. *Incorporar la capacitación a la gestión del recurso humano.* Uno de los motivos importantes de la alta rotación del recurso médico en la atención primaria de administración municipal es la falta de accesibilidad a la especialización y a la capacitación. Esta última tiene la función de actualizar el conocimiento, reparar el olvido y colocar al profesional y demás personal en condiciones de asimilar nuevas técnicas, de ser considerado por los programas destinados a perfeccionar al personal y de acopiar elementos y antecedentes para progresar en la carrera funcionaria.

5. En el terreno específico del *recurso médico* es perentoria una definición sobre el tipo de profesional que asumirá la atención de la población adulta e infantil, en cuanto a promoción y protección de la salud, en función de la creciente prevalencia de la enfermedad crónica y en la atención de la morbilidad, prevalente en los niveles de atención primaria.

Una opción por el rescate, reforzamiento y reubicación del *médico general, médico integral, médico de familia o médico internista de adultos y niños* trae consigo la necesidad de reorganizar la atención de salud e incluso los establecimientos de atención abierta y cerrada.

6. Requiere también una *revisión de la filosofía y metas de formación de pregrado del médico,* orientándolas hacia el desarrollo de un

profesional con mentalidad y disposición hacia la promoción y fomento de la salud; con visión de la dimensión colectiva de la atención de salud y con una convicción de que la prevención es la medicina que puede hacer impacto a un nivel significativo en las enfermedades que en forma creciente afectan a la población.

7. Esto que es verdad para el profesional médico, es especialmente preocupante para el odontólogo, cuyo número es escaso y cuya orientación profesional, así como su modelo de formación de pregrado, son notoriamente individualistas y centrados preferentemente en lo curativo. A menos que se aborde el problema odontológico con las características del actual programa nacional odontológico centrado en el fomento de la prevención del daño oral y con la participación de un profesional y un equipo de esas mismas características, no habrá efectos importantes en la salud bucooral de la población.

8. Reconocido el hecho de que *vivimos una etapa de la medicina de especialidad y altamente tecnológica*, también es una realidad la fuerte atracción que ejercen las instituciones del sector privado sobre los profesionales del sector público y los no profesionales, cercanos a la atención directa del paciente.

Diversas son las razones, pero entre ellas juegan un papel importante las de orden económico y de condiciones de trabajo y equipamiento tecnológico.

9. Es un desafío complejo lograr que en el *sistema público de salud se generen los estímulos e incentivos para que sus profesionales y personal se mantengan en él como campo de trabajo.*

En el intertanto es posible encontrar mecanismos de *cooperación e integración* entre el sector público y privado, como ocurre en algunos programas de formación de especialistas, en los cuales se utilizan algunos servicios o unidades o entidades para lograr objetivos específicos del programa.

10. Finalmente, y reiterando que cualquier intento de planificación y proyección del recurso humano requiere disponer información veraz, completa y actualizada, debieran producirse la discusión y el acuerdo entre los distintos sectores que tienen participación en su formación, captación y utilización para *generar un sistema moderno de*

informática que responda a las necesidades del sector salud en su acepción más amplia e incluyente.

8. Resumen

En este capítulo se presenta el complejo problema de la planificación de recursos humanos en salud, su relación con las necesidades y demandas de salud de la población y los cambios previsibles de esta situación al mediano plazo, en el marco de la transición epidemiológica.

La complejidad del recurso humano se caracteriza presentando algunas de las profesiones que prestan servicios de salud. Se pone énfasis en la profesión médica revisando antecedentes de la formación de este recurso, los condicionamientos de la práctica profesional y el dilema de la confrontación medicina general versus medicina de especialidad.

Se reitera la limitación que representa para la planificación y proyección de recursos humanos la carencia de información confiable, actualizada y veraz y la necesidad de impulsar un sistema de información que permita trabajar con datos menos inciertos y que sea accesible a todos los usuarios.

Se proponen algunas líneas no tradicionales de desarrollo de recursos que podrían contribuir a paliar los déficit más evidenciables en tiempos más reducidos. ●

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Proposiciones de Reforma

CRISTIAN AEDO I.

Ingeniero Comercial y Magister en Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile; Master y PhD en Economía, University of Minnesota, EE.UU. Profesor e Investigador del Programa de Postgrado en Economía de Ilades/Georgetown University.

1. Introducción

El objetivo del presente artículo es analizar el tema del financiamiento del sector salud en Chile, presentando tanto los mecanismos de transferencia de los recursos como el análisis de los incentivos que generan estos mecanismos. A la vez, se destacan los elementos principales en lo relativo al financiamiento del sector y se presentan alternativas de reforma para estos aspectos.

El contenido del artículo se desarrolla en dos secciones: en la primera se presenta una descripción de los principales aspectos financieros del sector salud, en la que se destaca el nivel de gasto del sector público de salud y del sector Isapre y su evolución a través del tiempo. Además se presentan las fuentes de financiamiento de estos sectores y se discuten los mecanismos de transferencia de los recursos. En la sección siguiente se presentan un análisis de los aspectos financieros y respecto de propuestas de reforma en lo relativo a priorización de recursos y Canastas Básicas en Salud, la cotización obligatoria de salud y, finalmente, lo relacionado con esquemas de participación en el costo por parte de consumidores y prestadores de servicios de salud.

Finalmente, es preciso destacar que en este capítulo no se hace una mención al tema de los subsidios a la demanda, por omisión voluntaria del autor debido a que existen proposiciones concretas sobre el particular contenidas en el capítulo de Rafael Caviedes, en el libro *La salud en Chile: Evolución y perspectivas* publicado por el Centro de Estudios Públicos en octubre de 1994, denominado «Subsidios a la demanda en salud: Una alternativa viable».

2. Descripción de aspectos financieros del sector salud

El gasto en salud ha estado *aumentando fuertemente* durante la década de los ochenta, partiendo de un 2,63% del PGB en el año 1980 hasta alcanzar un 4,23% del PGB en el año 1992. Tal como se observa en el Cuadro 1, el Gasto Público en Salud que mostraba una tendencia decreciente ha comenzado a incrementarse a partir del año 1990, fundamentalmente a través del Gasto Fiscal en Salud. Por su parte, el sector Isapre aumenta fuertemente su contribución a partir del año 1986.

Cuadro 1

Gasto en salud como porcentaje del PGB

1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991(4)	1992(4)
GASTO PUBLICO EN SALUD (1)												
2,63	2,90	2,63	2,90	2,85	2,63	2,50	2,30	2,37	2,22	2,17	2,34	2,56
GASTO FISCAL EN SALUD (2)												
1,43	1,45	1,43	1,45	1,23	1,08	0,95	0,89	0,86	0,68	0,77	0,93	1,05
GASTO PRIVADO EN SALUD (Isapre) (3)												
0,00	S/I	S/I	S/I	0,32	0,40	0,64	0,76	0,89	1,15	1,37	1,53	1,67
TOTAL GASTO PUBLICO Y PRIVADO (Isapre)												
2,63	S/I	S/I	S/I	3,16	3,04	3,14	3,06	3,26	3,37	3,55	3,87	4,23

1) Corresponde a gasto corriente e inversión real del sector público de salud financiado con recursos sectoriales y extrasectoriales provenientes de FNDR, Fondo Social y Donaciones. Incluye gasto total en medicina curativa de libre elección; excluye gasto fiscal en subsidio maternal.

2) Gasto Fiscal en Salud: Corresponde a la parte del gasto público sectorial en salud financiado con aporte fiscal, excluido el subsidio maternal.

3) Corresponde al gasto financiado con las cotizaciones y aporte de empleadores que percibe el sistema Isapre. Incluye costos de explotación, gastos de administración y ventas, y resultado operacional. Excluye gasto financiado con copago y subsidio maternal de cargo fiscal.

4) El gasto del Sector Público en los años 1991 y 1992 incluye cifras estimadas del gasto financiado con fondos extrasectoriales, provenientes del FNDR y Fondo Social.

Fuente: Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (1993).

En el año 1992 el gasto total en salud del sector público de salud y el sector Isapre fue de MM$ 628,4 (en moneda del mes de diciembre de 1992).[1] Esta cifra representa un 4,3% del PGB en gasto total en salud para estos sectores, porcentaje que no incorpora copagos, medicamentos, consulta privada pura, entre otros gastos.

El sector público presentó en el año 1992 un gasto de MM$ 374,6, lo cual representó un 59,6% del gasto total en salud y un 2,6% del PGB.[2] Por su parte el sector Isapre presentó un nivel de gasto de MM$ 253,9 en el año 1992, lo cual representó un 40,4% del gasto total en salud y un 1,7% del PGB.

Las principales *fuentes de financiamiento del sector público* corresponden al Aporte Fiscal Directo (MM$ 154,1 en el año 1992), las cotizaciones de salud (MM$138,5 en el año 1992) y el copago (MM$26,6 en el año 1992).

Por su parte, las principales *fuentes de financiamiento del sector Isapre* corresponden a cotizaciones de salud —tanto legal, adicional voluntaria y aporte empleadores (MM$ 235,5 en el año 1992) y Aporte Fiscal— subsidio 2% (MM$ 8,0 en el año 1992).

Respecto de los mecanismos de transferencias de recursos Fonasa, institución financiera del sistema público de salud, recibe los recursos fiscales y de las familias para traspasarlos a los Servicios de Salud y a los oferentes privados adscritos al sistema de libre elección.

Los Servicios de Salud, sin embargo, cumplen tan sólo una *función intermediaria*, puesto que los recursos traspasados por Fonasa tienen como últimos destinatarios los hospitales públicos, los centros de atención primaria, y subsidios diversos como son los pagos por licencias médicas y maternales.

Los hospitales recibían su financiamiento a través de dos ítemes principales: sueldos y salarios, y a través de Facturación de Atenciones Prestadas (FAP). Este último ítem es un mecanismo que retribuye los costos de insumos de cada una de las atenciones pagables por el Minsal, contenidas en un arancel elaborado por Fonasa.

En la actualidad el sistema FAP está siendo paulatinamente reemplazado por un nuevo sistema de financiamiento. Esto se debe

[1] Estadísticas Macroeconómicas del Sistema de Salud Chileno, período 1980-1992, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

[2] El Gasto Público en Salud financiado con Aporte Fiscal, excluido el subsidio maternal correspondió a un 1,1% del PGB para este año.

a que el mecanismo *FAP estaba sujeto a una serie de insuficiencias*. Entre ellas:

1) Se paga de manera retroactiva contra presentación de resúmenes de actividades, dependiendo los recursos por entregar del volumen de estas actividades efectuadas por los Servicios de Salud. En este mecanismo de pago retrospectivo eran usuales los rezagos en la entrega de los recursos, los que se diferían hasta por 2 meses.
2) En el mecanismo FAP se paga de acuerdo a prestaciones, no existiendo incentivos tanto para actividades de prevención y promoción de salud como para incorporar consideraciones sobre la efectividad terapéutica de éstas.
3) A la vez, en el mecanismo FAP no existe un incentivo para controlar los costos de producir estas prestaciones debido a que se paga de acuerdo a prestaciones otorgadas.
4) No se relacionan las prestaciones con los diagnósticos tratados, dado que la facturación de éstas no requiere de esta información.

Debido a lo anterior, el sector público está en la etapa de aplicación de un *nuevo sistema de financiamiento basado en presupuestos prospectivos negociados*, los que se originan a partir de compromisos de gestión entre los servicios y el Ministerio de Salud. En estos compromisos los Servicios se comprometen a realizar algunas actividades y obtener ciertos resultados, mientras que el ministerio adelanta los recursos financieros para su realización.

Se incorpora el uso de pagos relacionados a resultados a través de un esquema de *Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)*, en el que Fonasa retribuye los bienes y servicios de consumo utilizados por los hospitales de los Servicios de Salud de acuerdo a diagnósticos resueltos.[3] Debido a dificultades metodológicas para ampliar este mecanismo de pago a todos los diagnósticos, *el mecanismo PAD coexistirá en el corto y mediano plazo con un mecanismo «FAP corregido» denominado Pago Prospectivo de Prestaciones (PPP).*

[3] Esta retribución se basa en una estimación del costo de resolver estos diagnósticos en el sector público de salud.

En ambos esquemas de pago, PAD y PPP, se utilizan presupuestos prospectivos, los que permiten a los directivos de los hospitales planificar sus actividades a base de presupuestos conocidos.[4]

En lo relativo a mecanismos de financiamiento de la Atención Primaria, los centros recibían el total del aporte sectorial —para insumos y salarios— de acuerdo al mecanismo de Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipales (Fapem), complementando las municipalidades el aporte proveniente vía Fapem con recursos propios. A partir de julio de 1994 se ha procedido a la implementación de un nuevo sistema de asignación de recursos para la atención municipalizada de salud, *basado en la aplicación de un pago per cápita por población adscrita.*

Este sistema se fundamenta en *tres pilares básicos*, los que deben coexistir para su éxito:

i) La determinación del costo de un Plan de Atención de Salud Familiar,
ii) La inscripción de la población beneficiaria del sector público, y
iii) La definición de compromisos de gestión.

En primer lugar, la determinación del monto de recursos necesarios se basa en la definición de una canasta de prestaciones a entregar denominado *Plan de Salud Familiar y su valoración.* En segundo lugar, el concepto de inscripción tiene el objetivo de implementar un sistema en que *los recursos siguen a las personas*, lo cual genera, de manera implícita y a través de las decisiones de sus usuarios, una herramienta de control sobre la gestión de los prestadores de Atención Primaria. Finalmente, los compromisos de gestión son necesarios a objeto de velar por la calidad de la gestión en salud realizada a nivel comunal (tanto en términos de prestaciones entregadas como de resultados obtenidos).

[4] Posteriormente a la entrega de los recursos se produce un proceso de liquidación, en el cual se ajustan los recursos entregados con los gastados efectivamente por los Servicios.

3. Análisis de aspectos financieros y presentación de propuestas

3.1 Priorización de recursos y canastas básicas en salud

A. A pesar del importante incremento de recursos destinados a salud, los *indicadores* de salud materno-infantiles *se han estabilizado* y no se muestran mejorías en los problemas de salud del adulto, tales como enfermedades crónicas, cánceres, traumatismos y salud mental.

B. *El grado de satisfacción de la población en lo referente a atención de salud no es alto.* Una encuesta del Centro de Estudios Públicos (1993) indica que un 54% de la población se encuentra insatisfecho respecto de su sistema de salud, sólo un 36% de la población beneficiaria de Fonasa siente que su plan de salud tiene una cobertura razonable y un 56% de la población beneficiaria del sector Isapre siente que está bien cubierto por su plan.

El problema anterior se debe, en primer lugar, a las crecientes necesidades de salud de la población y a que los recursos, aunque incrementados en la última década, son insuficientes para satisfacerlas. En segundo lugar, se debe a la falta de un mecanismo explícito de uso generalizado y basado en argumentos técnicos para priorizar la asignación de recursos en salud.

Esta necesidad de priorizar y racionar los recursos en salud se refleja hoy, de distinta manera, tanto en el sector privado como público. Por una parte, el subsector público de salud, el que atiende a más de un 70% de la población del país, no garantiza en la actualidad la atención de salud; sólo garantiza *la probabilidad de recibirla*. El sector limita o raciona el acceso a la atención de salud a través del mecanismo de colas, insuficiencia de recursos o a través de decisiones de racionalización en la atención de salud tomadas por el personal médico. Estos mecanismos de racionamiento son de tipo *implícitos* y las personas que sufren sus consecuencias no las perciben como decisiones de racionamiento sino que, por el contrario, lo atribuyen a factores personales tales como «su mala suerte».

Por su parte, el subsector Isapre, dada su relación contractual con el afiliado, debe garantizar la atención de salud. Sin embargo,

dado que el gasto en salud puede crecer casi sin tope,[5] el asegurador debe racionalmente limitar el monto esperado de la pérdida.[6] Así, el subsector Isapre debe limitar o racionar los recursos a través de mecanismos, como son las exclusiones, techos a los beneficios, encarecimiento de los planes de salud u otros mecanismos. Estos mecanismos de racionamiento *explícitos* generan «tensión» con sus beneficiarios, los que se reflejan en parte en problemas de insatisfacción de ellos.

Se estima que *no es conveniente sostener la situación de racionamiento implícita que utiliza el sector público* en el largo plazo por cuanto, en primer lugar, estas decisiones de racionalización no se basan en un proceso de priorización explícito obtenido a partir de un proceso que incorpore tanto elementos técnicos como sociales y, en segundo lugar, ellas no se basan en un proceso objetivo que asegure que individuos con las mismas características y necesidades de salud sean atendidos de manera similar en distintos centros de salud.

En adición, *se espera un crecimiento en la demanda por atención de salud* que surge del incremento en el ingreso per cápita, del aumento en el nivel de educación promedio de la población, y del proceso de transición demográfica que está experimentando en la actualidad el país. Este último elemento, que implica un envejecimiento paulatino de la población, será un problema que afectará en mayor medida al sector público debido al alto porcentaje de la población adulta mayor que es beneficiaria de este sector.

Frente a este escenario se propone revisar la situación actual del sector salud, tanto público como privado, y establecer prioridades explícitas en salud para proceder a asignar los recursos de acuerdo a estas prioridades.

Esto permitirá responder *preguntas cruciales en el diseño de la política de salud*, como por ejemplo: ¿a qué sectores o programas destinar recursos?; ¿cuánto asignar a programas preventivos y cuánto a atención curativa?; ¿cuánto asignar a un programa en particular

[5] El médico, dado su compromiso ético con el paciente, está dispuesto a utilizar, en algunas circunstancias, la mayor cantidad de recursos en la resolución de la enfermedad o condición. Por otra parte, el paciente, o su familia, está dispuesto a demandar la utilización de estos recursos, aun cuando su efectividad sea baja. En estas decisiones, raras veces se consideran los resultados positivos que estos recursos pueden tener en otros pacientes.

[6] En el caso de otros seguros el monto a asegurar se encuentra más definido, como por ejemplo en los seguros de automóviles, seguros antirrobo, seguros de incendio, etc..

cuando estas decisiones significan necesariamente menor cobertura en otras acciones de salud? Al mismo tiempo, y en el caso del sector público, permite definir de manera objetiva quién deberá tomar estas decisiones y los criterios sobre los cuales se deben basar éstas.

El *diseño técnico* debe considerar la frecuencia de los problemas de salud (prevalencia, incidencia, tendencias crecientes), el costo-efectividad de las distintas acciones de salud, el resultado o impacto de ellas, tanto sobre esperanza de vida como sobre calidad de vida, y debe incorporar los valores que la sociedad tiene en lo relacionado a salud. Esto permitirá la organización de planes de atención de salud que respondan satisfactoriamente en las siguientes dimensiones: impacto en los problemas, eficiencia, aceptación y satisfacción de la población atendida.

Es importante destacar tres aspectos relativos a priorización:

1) En primer lugar, *priorizar no significa limitar la atención* de salud, sino que cambiar el énfasis desde los servicios médicos que benefician a pocos hacia los servicios médicos que benefician a muchos. Priorizar permite cambiar el énfasis de la discusión en salud hacia las acciones de salud y su grado de efectividad. A la vez, permite incorporar consideraciones sobre la efectividad que los recursos pueden tener en otras actividades médicas alternativas.

2) En segundo lugar, la lista priorizada no sólo permite una mejor planificación de las actividades de salud, sino que también aumenta el *grado y la calidad de la información sobre la efectividad de los tratamientos,* tanto para los proveedores de salud (médicos y hospitales) como para los usuarios (personas, pacientes y aseguradoras). Esto puede permitir, a la vez, mayor información para el demandante de seguros de salud.

3) En tercer lugar, el sistema de priorización debe ser *dinámico y flexible* a objeto de incorporar nuevas tecnologías o procedimientos médicos que vayan apareciendo a través del tiempo.

Se propone que la metodología de priorización sea utilizada para definir explícitamente una Canasta Básica de Salud (CBS),

que cubra como mínimo las necesidades de salud de las personas y que esté contenida en los planes de salud que ofrece tanto el sector público como el sector Isapre.

Se estima que la CBS puede aportar elementos que ayuden a solucionar los problemas de que adolece el sector de salud en Chile. Existen ya algunos países que han definido una CBS dentro de un contexto de reforma del sector salud y se estima que la evidencia internacional crecerá de manera importante en el futuro.[7]

Se considera que una Canasta Básica de Salud debe considerar tanto atenciones o servicios destinados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como actividades de atención de los enfermos (consultas médicas y dentales, exámenes de apoyo, diagnóstico, hospitalización, fármacos, actividades de rehabilitación, medidas de apoyo terapéutica y prestaciones a enfermos terminales).

La Canasta Básica de Salud debe permitir, a su vez, considerar un conjunto amplio de eventos en que se posibilite al individuo (consumidor/paciente o médico tratante) decidir si incurre o no en un gasto variable en vez de la decisión técnica ajena al individuo de considerar o no la acción de salud en la Canasta Básica. Esto último es una manera de reconocer la heterogeneidad de las necesidades de salud y, por tanto, la urgencia de incluir distintas acciones de salud en una Canasta Básica.

Se estima que la Canasta Básica puede fomentar equidad en salud al definir un mínimo de atención de salud que ningún asegurador (Fonasa o Isapre) puede dejar de ofrecer a su población beneficiaria. Nótese que *este mínimo así definido puede requerir un gasto en salud, tanto público como privado, mayor que el actual,* caso en el que la CBS actuaría como un estándar a alcanzar en el mediano y largo plazo. A la vez, permite responder a la pregunta ¿cuánto debe gastar nuestra sociedad en salud?

3.2 Cotización obligatoria para salud

Un tema en el cual hay que innovar es el de la cotización obligatoria de salud, lo cual se justifica por, al menos, tres razones.

[7] A este respecto se pueden citar la experiencia del estado de Oregon, EE. UU. (Oregon, 1992); la experiencia de México (Fundación Mexicana para la Salud, 1994) y Colombia; el Plan de servicios médicos del Banco Mundial (Banco Mundial, 1993) y el Plan de Reforma de Salud de Clinton (PHO/WHO, 1993).

En primer lugar, el 7% de cotización obligatoria para salud, al fijar el monto que como mínimo todo trabajador debe destinar a la compra de un seguro de salud, no provee incentivos adecuados para que elija racionalmente su seguro por cuanto el trabajador no se beneficia con ello: ¿Qué incentivo tiene una persona para comprar un plan de menor precio, por ejemplo, con atención cerrada de salud, si no se beneficia con la reducción del precio del seguro?; ¿qué incentivo se tiene, una vez que se ha comprado un seguro de salud, a no utilizar los servicios contenidos en el plan (que quizás no se hubiesen contratado a no mediar el 7% obligatorio)?; ¿qué incentivo tiene una persona a destinar menos de un 7% a la compra de un seguro de salud?; ¿qué incentivos se generan para que la negociación entre la Isapre y las personas tome la forma de buscar menores precios, dada una entrega de servicios de salud, en vez de la forma actual de obtener los máximos servicios de salud (quizás algunos no necesarios), dado un monto definido y obligatorio a gastar en seguros de salud?

Así, mientras la persona no perciba los beneficios de buscar *alternativas de seguros de salud que impliquen un gasto menor al 7% actual* no se podrán explorar alternativas de mercado que impliquen un gasto más racional por parte de las personas, es decir, con mayor base en lo que un consumidor racional elegiría si no estuviese sujeto a la restricción de destinar un porcentaje definido de sus ingresos laborales a comprar un seguro de salud.

En segundo lugar, se estima que las personas no internalizan como suyo el gasto del 7% de cotización obligatoria,[8] sino más bien lo consideran un derecho adquirido por el solo hecho de trabajar en el sector formal de la economía. Rebajar el monto de cotización (7%) o disminuir el tope de cotización obligatoria (4,2 UF) haría que las *personas se tornaran más sensibles frente a sus gastos en seguros salud*, lo que ayudaría en la dirección de contener costos.

En tercer lugar, la cotización del 7% (con un tope de 4,2 UF) no es considerada renta para efectos tributarios y, por ende, está exenta de impuesto a la renta. *Esta exención constituye un subsidio* que, tal como se visualiza en el ejercicio mostrado en el Cuadro 2, es mayor para personas que enfrentan tasas marginales de impuestos mayores hasta alcanzar el tope de rentas imponibles de 60 UF mensuales.

[8] Para ello basta preguntarle a un trabajador cuánto gana para darse cuenta que la mayoría daría una cifra similar a su sueldo líquido y, por tanto, no incorporaría dentro de su salario el 7% de cotización obligatoria.

Rentas mensuales superiores a las 60 UF mensuales reciben un subsidio fijo igual a $ 80.311, el que es obviamente decreciente como porcentaje del ingreso al estar fijo en términos monetarios.

CUADRO 2

SUBSIDIO ESTATAL ASOCIADO A LA EXENCIÓN TRIBUTARIA DEL 7%

Ingreso Anual	Tasa de Impuesto %	Subsidio Anual	Subsidio Anual / Ingreso Anual %
1.117.140	0	0	0
4.468.560	5	15.640	0,35
7.648.690	15	80.311	1,05
13.405.680	25	80.311	0,60

Notas: 1) Para realizar este ejercicio se usó la tabla de Impuesto Global Complementario Año Tributario 1994. 2) Este ejercicio se hace para un trabajador sólo con rentas del artículo 42 Nº 1. 3) Se usó un valor de 10.623,18 para la UF de diciembre de 1994.

Es interesante notar que el Subsidio Anual calculado para el tope de renta de 60 UF mensuales ($ 80.311) es mayor que el gasto por beneficiario que el Sector Público de Salud tenía en el año 1992 ($ 45.970 en pesos de diciembre de 1993), siendo relativamente similar al gasto por beneficiario que exhibía el Sector Isapre en el año 1992.

Se propone rebajar el porcentaje de cotización obligatoria por debajo del 7% actual o, de manera alternativa, bajar el tope de cotización por debajo de las 4,2 UF mensuales.

Esta rebaja contribuiría a *disminuir el impuesto al trabajo* que una proporción de la cotización obligatoria del 7% representa. Esto se traduciría en un menor costo laboral para los empresarios y, por ende, en una menor tasa de desempleo voluntaria y mayores sueldos líquidos para los trabajadores. Los trabajadores, por su parte, no tan sólo enfrentarían mayores salarios líquidos sino también una mayor densidad de empleo, lo que se traduce en el largo plazo en mayores saldos acumulados en las cuentas de capitalización individual para la vejez, lo que ayudaría, en parte, a pagar por el mayor gasto esperado en salud durante esa etapa de la vida.

Se estima que el argumento de miopía que justifica el imponer a la población la obligatoriedad de contar con seguros de salud, si bien es de menor fuerza hoy en día dada la mayor experiencia acumulada (madurez) de la gente en lo relativo a salud, es aún

necesaria debido a que existen individuos quienes —dadas sus preferencias— optarían por «correr el riesgo» de no comprar un seguro y, además, por la existencia de riesgos en salud de difícil percepción en la población.

Una alternativa que debe considerarse es la de reemplazar la obligatoriedad de destinar un 7% de la renta imponible a la compra de un seguro de salud por la obligatoriedad de comprar un seguro que, como mínimo, cubra las necesidades de salud del individuo y su familia. En este esquema se mantiene la libertad de las personas para contratar beneficios adicionales con sus aseguradoras.

Con el objeto de definir este seguro mínimo se podrían utilizar Canastas Básicas de Salud diseñadas a partir del proceso de priorización mencionado.

Se estima que esta propuesta es superior a la de la rebaja del porcentaje de cotización (o rebaja del máximo tope imponible) debido a los siguientes aspectos:

1) En primer lugar, el costo previsional *en salud para el empleador sería constante e* igual al precio del Paquete Básico de Salud entre los empleados y no diferente como en la actualidad al depender de la renta imponible del empleado.
2) En segundo lugar, reducir la obligación en salud sólo a la compra de un seguro mínimo y *permitiendo la libertad de contratar adicionales* permite una mayor internalización por parte de los trabajadores de los beneficios de salud que hoy día reciben logrando una mayor sensibilidad frente a sus gastos de salud.

Finalmente, para cualquiera de las dos proposiciones anteriores se propone eliminar la exención tributaria asociada a la cotización obligatoria para salud.

Esto tiene la ventaja no sólo de eliminar un subsidio que es regresivo, sino que, a la vez, permite obtener recursos, los que pueden ser focalizados para atender las necesidades de salud de la población más pobre del país.

3.3 Esquemas de participación en el costo

Se estima que con el objeto de frenar el incremento de costos que enfrenta el sector se requiere poner mayor énfasis en mecanismos

de participación en el costo por parte de los participantes en el mercado de servicios de salud.[9] Estos mecanismos de participación en los costos, tanto por el lado de la demanda (pacientes) como por el de la oferta (prestadores de servicios), son útiles también para frenar el incremento de costos asociado a la adopción de nuevas tecnologías médicas. Los prestadores, dada la asimetría de información existente entre los pacientes y los prestadores y por la insensibilidad al costo de los servicios implícita en los mecanismos con bajos copagos y reembolsos por prestaciones, pueden competir por pacientes a través de ofrecer acceso a tecnologías de frontera de baja efectividad terapéutica. Los esquemas de participación en el costo disminuyen estos incentivos, al lograr que los participantes en el mercado sean más sensibles al costo de la atención de salud.

La mayor participación en el costo por el lado de los demandantes (pacientes) de atenciones de salud se puede lograr *a través de aumentos en el copago o en los deducibles o limitando la cobertura de los planes de salud.*[10]

Sin embargo, se considera que el espacio para usar estos mecanismos por el lado de la demanda es limitado. Esto se debe, fundamentalmente, a dos razones:

1) En primer lugar, si bien estos mecanismos logran el objetivo de frenar el consumo *ex ante* de bienes por parte de las personas en su rol de consumidores, no son recomendables por cuanto *aumentan el riesgo financiero asociado a episodios de morbilidad* (o mortalidad) *para las personas* (o su familia) en su condición de pacientes. En el extremo, por ejemplo, un esquema con copagos de un 100% hace que el paciente (o su familia) internalice (n) completamente el costo de la atención de salud frenando, quizás de manera excesiva, los gastos en salud. Sin embargo, es obvio que se elimina el incentivo a sobreconsumir a costa de eliminar el rol del seguro de salud, el cual es el repartir el riesgo financiero de los episodios de enfermedad entre distintas personas.

[9] En la literatura económica este tema ha adquirido importancia en la discusión. Véanse, por ejemplo, los artículos de Ellis & McGuire (1986, 1988, 1990 y 1993), Pope (1990) y Siegel (1991).

[10] Los esquemas de seguros con deducibles no se encuentran, en general, disponibles en el sector Isapre. Sin embargo, ellos son de común aplicación en otros países.

2) En segundo lugar, los pacientes, en general, entregan las decisiones de tratamiento, y, por ende, de gastos en salud al médico tratante. Sin embargo, *el personal médico «induce» una mayor demanda de prestaciones de salud*, especialmente cuando se les retribuye por atenciones prestadas o tienen un interés financiero comprometido (por ejemplo, integración explícita o implícita del personal clínico con laboratorios). Esta conducta también ocurre cuando el personal médico observa la existencia de un tercer pagador (Fonasa o Isapre), lo que reduce el costo percibido de solicitar procedimientos de baja efectividad. Frente a esta situación se considera aconsejable que los individuos estén apropiadamente cubiertos frente a este riesgo.

Una alternativa que se propone por el lado de los demandantes es la de diferenciar la estructura de copagos deducibles o cobertura, de acuerdo a la efectividad técnica percibida de los distintos procedimientos médicos. Esta alternativa es recomendable debido a que fomenta la utilización de tratamientos de mayor efectividad percibida. Sin embargo, su *implementación requiere de estudios que midan el costo-efectividad de los diferentes tratamientos.* El análisis técnico del problema de priorización sugerido anteriormente provee el apoyo clínico sobre el cual se puede basar este tipo de mecanismos.

Por el lado de la oferta, si se utiliza un esquema de pago por acto médico, mientras el pago exceda el costo de prestar el servicio el prestador tendrá un incentivo a entregar tantos servicios como lo demanden las personas o los tratamientos indicados por el médico tratante.[11] Bajo este esquema de compensación se retribuye a los prestadores de salud por los insumos utilizados, por lo cual el costo marginal del acto médico lo asume el pagador con cero riesgo para el prestador. Aún más, este pago se realiza sin considerar, en general, la efectividad o impacto de los procedimientos médicos que se están utilizando.

Un sistema de pagos basado en resultados, en el que se cancela una suma alzada, independiente de los insumos utilizados en la resolución del caso en particular o en los servicios entregados, cambia los incentivos que enfrentan los prestadores. Bajo este esquema, el

[11] En Chile el FAP y el Fapem eran ejemplos de este tipo de mecanismos de pago.

prestador internaliza completamente el costo marginal de atender a un paciente recibiendo directamente el riesgo financiero del tratamiento de la persona con cero riesgo para el pagador. En este esquema cada peso que gasta el prestador en la atención de salud reduce el «beneficio neto» de prestar el servicio en exactamente un peso. Así, si el prestador al tratar a un paciente gasta menos, la suma alzada estará recibiendo un beneficio neto por paciente, mientras que si gasta más estará incurriendo en una pérdida.

Se estima que desde el punto de vista social no es perjudicial *que sea el prestador quien asuma el riesgo financiero*, bajo el supuesto de que la suma alzada se encuentra bien calculada. Esto se debe a que el volumen de operación de los prestadores les permite, en general, lograr un agrupamiento de riesgos.

Dentro de las *ventajas* que presenta la adopción de este esquema de pagos están las siguientes:

1) Se proveen incentivos para que el prestador use de manera eficiente los recursos y, a la vez, que provea los servicios que presenten el mayor costo-efectividad.
2) Se puede lograr la reducción en la utilización de los servicios de salud sin trasladar de manera directa los costos a los pacientes.

Sin embargo, este esquema también presenta desventajas:

1) Se generan incentivos perversos para minimizar la cantidad de recursos a utilizar por paciente, por lo que el establecimiento de este esquema de pago requiere que los pagadores establezcan estándares de calidad y/o que controlen de manera cercana los resultados logrados por los prestadores.
2) El prestador tiene un incentivo a «descremar» el mercado de pacientes evitando a aquellas personas que de manera *ex ante* se perciben como pacientes de alto costo.

Tal como se planteara, el esquema de pago por resultados está siendo utilizado en Chile a través del sistema de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y a través del esquema de Pago Per Cápita en atención primaria de reciente adopción por parte del sector público de salud.

Ambos mecanismos de pagos se consideran un avance fundamental en el desarrollo del sector de salud chileno en el sentido de fomentar la contención de costos y *la eficiencia en el uso de los recursos.*

No obstante, ambos sistemas tienen críticas:

1) En ambos esquemas se requiere un control cercano de la calidad de los servicios entregados, utilizándose en ambos los compromisos de gestión, en parte para lograr este objetivo. Sin embargo, surge la inquietud sobre la voluntad política de las autoridades de «penalizar» a los Servicios que no cumplan con sus compromisos adquiridos.
2) En ambos esquemas el costo marginal de prestar el servicio es internalizado completamente por el prestador a cero riesgo para el pagador (Fonasa).

Se propone que en el caso del mecanismo PAD, y con el objeto de atenuar el riesgo financiero para los Servicios de Salud, Fonasa comparta parcialmente del riesgo financiero que significa resolver las necesidades del paciente. Esto se puede lograr cuando Fonasa no tan sólo entregue una suma alzada por caso resuelto sino que participe en algún porcentaje del costo marginal de la atención.

Una vez establecida la ventaja de utilizar mecanismos de participación en los costos por parte de los prestadores como una manera de contener costos y fomentar eficiencia, surge la pregunta sobre cómo «incentivar» al sector Isapre para que utilice este tipo de mecanismos. Para este objeto se proponen dos alternativas complementarias:

- En primer lugar, Fonasa debiera dar un ejemplo a través de la adopción para todos los Servicios de Salud del mecanismo PAD y proceder a su perfeccionamiento (aumentar la cobertura de diagnósticos, incorporar enfermedades complejas y el sistema de remuneraciones en el pago, etc.).
- En segundo lugar, se sugiere que el sector público sea el que lidere el desarrollo de metodologías de pagos a prestadores y las ofrezca para su adopción al sector privado.

Esta última proposición se basa en que los mecanismos de pago de acuerdo a actos médicos requieren del desarrollo, entre

otros, de sistemas de clasificación de enfermedades, estandarización de los tratamientos, metodologías de cálculo de costos asociados a los tratamientos, etc.. El desarrollo de estas metodologías por parte de los aseguradores requeriría de una inversión importante de recursos, por lo cual se sugiere que el sector público, que ya ha desarrollado estas metodologías, las haga disponibles al sector privado. En adición, esto es recomendable también para asegurar *que se adopte un esquema homogéneo de pago por resultados* y para evitar duplicación de esfuerzos en el sector privado.

Referencias bibliográficas

Banco Mundial, *World Development Report 1993: Investing in Health.*

Caviedes, R., «Subsidios a la demanda en salud: Una alternativa viable», Centro de Estudios Públicos, Serie *Documentos de Trabajo*, Nº 210, enero 1994.

Centro de Estudios Públicos, «Estudio social y de opinión pública Nº 20, Tema especial: Percepciones y opiniones de la calidad de la salud en Chile», julio 1993.

Fundación Mexicana para la Salud, «El Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud», Economía y Salud, *Documentos para el Análisis y la Convergencia* 11, 1994.

PHO/WHO, «Documents on Oregon's Medicaid Managed Care Program», *Document Reproductions Series* Nº 30, Health Policies Program, Health and Development Division, diciembre 1992.

_____, «President Clinton's Proposal for Reforming the U.S. Health Care System», *Document Reproduction Series* Nº 36, Health Policies Program, Health and Development Division, septiembre 1993.

Pope, G., «Using Hospital-Specific Costs to Improve the Fairness of Prospective Reimbursement», *Journal of Health Economics*, junio 1990.

Randall, E. y McGuire, T., «Provider Behavior Under Prospective Reimbursement: Cost Sharing and Supply», *Journal of Health Economics*, verano 1986.

_____, «Insurance Principles and the Design of Prospective Payment Systems», *Journal of Health Economics*, septiembre 1988.

_____, «Optimal Payment Systems for Health Services», *Journal of Health Economics*, diciembre 1990.

_____, «Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care», *The Journal of Economic Perspectives*, Volumen 7, Nº 4, otoño 1993.

Siegel, C., *et al.*, «A risk Based Prospective Payment System that Integrates Patient, Hospital, and National Costs», *Journal of Health Economics*, 1991.

Superintendencia de Isapre, *Estadísticas macroeconómicas del sistema de salud chileno, período: 1980-1992*, 1993. ●

Capítulo 3

ANALISIS SECTORIALES EN SALUD

LA SALUD OCUPACIONAL EN CHILE

ALFREDO GRASSET M.

Abogado, Universidad de Chile. Superintendente de Seguridad Social 1983-1986. Profesor de la Escuela de Derecho de la Universidad de Chile. Experto en Seguridad Social. Fiscal de la Asociación Chilena de Seguridad y autor de numerosas publicaciones sobre temas previsionales.

1. Conceptos

En todo sistema de Seguridad Social se encuentran regímenes de protección a la salud de los individuos, trabajadores o no, que tienen como principal objetivo cuidarla.

La salud y la vida son un bien que el hombre debe poseer y disfrutar por el solo hecho de ser persona humana. Toda persona, por lo tanto, tiene derecho a ese bien y al mismo tiempo la obligación de cuidarlo.

1.1 Concepto de salud

El concepto de salud es más amplio que la simple atención médica en caso de producirse enfermedades o en la ausencia de éstas. En otros términos, no sólo debe considerarse sano a aquel que no está enfermo, sino que, además, hay que evitar que se enferme.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha entregado un vasto concepto de lo que se entiende por salud, señalando que es «El estado de completo bienestar físico, social y mental y no simplemente la ausencia de padecimientos o enfermedades».

1.2 Concepto de salud ocupacional

Dentro de este concepto de salud está el referido a la *salud ocupacional*, esto es, el completo bienestar de los trabajadores en sus lugares de trabajo y en las actividades conexas con las labores que se encuentran contractualmente obligados a desarrollar.

La protección de los trabajadores, ahora y en el futuro, debe basarse en medidas de ingeniería, en prácticas laborales saludables y en un uso adecuado de equipos personales de protección.

Lo anterior lleva a determinar que la salud ocupacional *comprende dos grandes ramas o aspectos:* la seguridad industrial y la higiene industrial o medicina del trabajo. La primera está referida a los accidentes y la segunda a las enfermedades.

Todo hombre debe trabajar, debe ayudar a hacer el mundo, humanizando la naturaleza; tomando conciencia de su propia existencia, de lo que es capaz de hacer, de desarrollarse y de su libertad.

No obstante, en su quehacer laboral el individuo está sujeto a numerosos riesgos emanados de las condiciones en que trabaja y de las acciones que debe llevar a cabo para realizar su cometido.

1.3 Concepto de accidente del trabajo y enfermedad profesional

Estos riesgos son los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.

Se consideran *accidentes del trabajo* en aquellas legislaciones que contemplan un régimen especial de protección contra ellos, tales como en España, Colombia, Argentina y Chile, toda lesión ocurrida en forma súbita en la actividad laboral.

En Chile, la Ley Nº 16.744 *los conceptualiza como* toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. Se asimila a este concepto el accidente de trayecto o «in itinere», que es el ocurrido en el trayecto directo, de ida o de regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo. Además, los accidentes sufridos por los dirigentes sindicales (directores de sindicatos de trabajadores) a causa o con ocasión de su cometido gremial.

Quedan al margen de este concepto los accidentes que, no obstante ocurrir en el trabajo, son causados intencionalmente por la víctima, infiriéndose lesiones para obtener una indemnización o por otras razones, y los accidentes debidos a una fuerza mayor extraña que no tenga relación alguna con el trabajo, como podría ocurrir en casos de terremotos y otros hechos de la naturaleza que no es posible prever.

El accidente laboral ocurre en forma súbita o violenta, normalmente en los lugares de trabajo y dentro de la jornada, y la

relación de causalidad entre la lesión experimentada y las labores desarrolladas puede ser directa o indirecta, inmediata o mediata, pero en todo caso indubitable.

Los accidentes del trabajo se diferencian de *las enfermedades profesionales* porque éstas tienen una evolución lenta y progresiva, más o menos lenta, pero nunca en forma instantánea en su ocurrencia.

Así, la *enfermedad profesional se conceptualiza* como aquella causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte.

La ley citada hace referencia a un reglamento que enumera las enfermedades que deberían considerarse como profesionales. Sin embargo, además de que esta enumeración debe revisarse periódicamente, cualquier trabajador puede *acreditar ante el respectivo organismo administrador el carácter profesional de una enfermedad* que no esté en el listado contenido en el reglamento y que hubiese contraído como consecuencia directa de la profesión o del trabajo realizado.

Las enfermedades profesionales y los accidentes del trabajo se caracterizan frente a las enfermedades comunes porque tienen como causa el trabajo, las materias o herramientas que utiliza el trabajador y las singularidades del medio ambiente en el que realiza su actividad.

Lo anterior es sin perjuicio de que, en algunos casos, una enfermedad común puede causar indirectamente un accidente laboral o uno de esta especie puede poner de manifiesto, exteriorizar o agravar una enfermedad de naturaleza común preexistente.

2. Responsabilidades

Existen diversas teorías que intentan explicar cuál es el fundamento de la responsabilidad por los riesgos profesionales y muy particularmente por los accidentes del trabajo, que pueden agruparse en aquellas de la responsabilidad subjetiva y las de la responsabilidad objetiva.

2.1 Responsabilidad subjetiva

Dentro de las primeras está la teoría de la responsabilidad o culpa extracontractual (tiene su origen en el derecho romano) en

virtud de la cual el empleador era el responsable de los infortunios laborales sólo cuando mediaba culpa o intencionalidad de su parte, obligándose al trabajador a probar a través de un procedimiento judicial cualesquiera de esos elementos y dejándose de lado el caso fortuito.

Posteriormente nació una variante de esta teoría, que presumía la culpa o dolo del empleador en la ocurrencia de los accidentes, debiendo éste desvirtuar tal presunción con medios de prueba que debía aportar en el juicio respectivo.

2.2 Responsabilidad objetiva

La segunda teoría emana del contrato de trabajo celebrado entre empleador y trabajador por una obligación del primero de dar seguridad al segundo. El empleador debe resguardar la integridad del trabajador, de manera que cuando termine el contrato de trabajo, éste se encuentre en las mismas condiciones de salud que cuando inició sus labores.

En el grupo de las teorías de la responsabilidad objetiva está, en primer término, *la del riesgo profesional*. El empleador es el responsable de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales por el solo hecho de haberlos generado al crear una actividad o empresa. Se estimó que al dar origen a una fuente de trabajo estaba creando, al mismo tiempo, una situación de riesgo.

La otra teoría, dentro del segundo grupo, es *la del riesgo de autoridad*, que se basa en la subordinación y dependencia del trabajador respecto de su empleador, quedando sometido en virtud del contrato de trabajo, para que este último responda por los riesgos laborales que le ocurren al primero. Esta responsabilidad del empleador se mira como contrapartida del poder de dirección y de jerarquía que a éste le compete en la empresa o industria.

Como puede observarse, en conformidad a las teorías antes enunciadas los empleadores responden directamente de los riesgos laborales que ocurren en sus empresas, como una especie de autoseguro. En caso contrario, se encuentran obligados a trasladar esta responsabilidad a una compañía de seguros.

2.3 Teoría del riesgo social

Ante los diversos problemas o deficiencias que presentaban todas estas teorías, se desarrolla la del riesgo social, abandonándose los criterios basados en la responsabilidad directa del empresario.

La teoría del riesgo social se fundamenta en el hecho de que a través de la Seguridad Social deben cubrirse los estados de necesidad o de carencia de bienes de las personas, provocados por los riesgos y contingencias sociales, reconociéndose dentro de éstos los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.

Frente a esta teoría, el empleador ya no responde en forma directa de tales riesgos, sino que indirectamente, responsabilidad que se materializa mediante el pago, de su cargo, de las cotizaciones destinadas a financiar los beneficios que debe recibir el trabajador que se accidenta o enferma.

La legislación chilena contempló la teoría del riesgo profesional en materia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, hasta el 30 de abril de 1968, pues a partir del 1 de mayo de ese año entró en vigencia la *Ley Nº 16.744, que adoptó la teoría del riesgo social*, creando un seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

3. PROTECCIÓN A LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES

Es legítimo plantearse la interrogante de si se justifica o no la existencia de un régimen previsional propio contra riesgos profesionales, independiente del régimen de protección a la salud por accidentes o enfermedades comunes.

Expresado en otros términos, cabe preguntarse si debería o no dictarse una legislación única que regule el régimen de protección a la salud de la población, en forma integral.

Para responder a tal interrogante debe determinarse cuál es la cobertura que se debe dar a los estados de necesidad provocados por los riesgos profesionales.

Desde este punto de vista, no cabe discusión alguna de que esa cobertura debe comprender tres *ámbitos esenciales*, con el objeto de lograr un grado importante de eficacia:

i) En primer lugar está la prevención de riesgos, esto es, la adopción de medidas y acciones tendientes a evitar los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.

ii) Luego está la etapa de la curación o reparación de los daños a la salud y cobertura de sus efectos económicos en el evento de producirse un riesgo laboral.

iii) Finalmente, se encuentran la rehabilitación y reeducación profesional del accidentado, tendientes a lograr que se reintegre a las mismas labores que desarrollaba al momento de sufrir el riesgo o a otras labores distintas. Con esto último se trata de posibilitar al accidentado o enfermo para que se reincorpore a la vida activa con el mayor grado de capacidad de ganancia que sea posible obtener después de someterlo a un proceso eficaz de rehabilitación.

3.1 Prevención de riesgos

En lo relativo a la prevención de riesgos, su importancia es innegablemente prioritaria, pues deben evitarse los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales por cualquier medio, atendidos los efectos que producen y abarcan estos riesgos.

Generalmente son muy numerosas las causas que originan un accidente, pero para los efectos de su comprensión pueden reunirse en dos grandes grupos:

- *Condiciones inseguras en las empresas:* La protección inadecuada, falta de protección en máquinas, mala iluminación, ventilación deficiente, herramientas, máquinas peligrosas, etc..
- *Acciones inseguras del trabajador:* Pueden estar determinadas por factores de orden médico (enfermedades que pueden provocar accidentes), factores de orden psicológico (inteligencia, rapidez y precisión, rapidez motora y de percepción, atención y estabilidad emocional), y factores sociales (especialización del trabajador, el desarrollo y magnitud de la jornada de trabajo, alejamiento del lugar de residencia, edad, experiencia, etc.).

Las enfermedades profesionales y especialmente los accidentes laborales acarrean efectos impensados, como son los costos,

tanto para el trabajador que sufre el riesgo como para el empleador a quienes aquél le presta servicios. Los accidentes resultan caros y evitándolos se consigue eludir pérdidas económicas.

3.2 Los costos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

Los costos pueden ser de dos clases: costos directos, visibles o asegurados y costos indirectos, invisibles o no asegurados.

Los costos directos, en esencia, están constituidos por el conjunto de pagos efectuados por concepto de subsidios e indemnizaciones y las atenciones médicas entregadas con motivo del accidente.

A su vez, entre los *costos indirectos* se pueden mencionar los gastos por enseñanza y adaptación del reemplazante del trabajador accidentado; los costos de los desembolsos ocasionados por las horas de trabajo perdidas por los compañeros de labores del accidentado, al asistirlo en el momento del accidente; disminución apreciable del rendimiento de los trabajadores al ocurrirle un accidente grave o mortal a uno de ellos; costos por reparación o reposición del material o equipo que sufre daño con ocasión del accidente y por interrupción del proceso de producción o fabricación; costos originados por horas extraordinarias realizadas con motivo del accidente; costos por tiempo empleado en la investigación de las causas del siniestro; pérdidas en beneficios por incumplimientos de contratos por parte del empleador y reducciones en ventas, entre otros.

Hay quienes señalan que la relación entre los costos indirectos y los directos es de 4 a 1. Otros indican que los indirectos ascienden a 2,5 veces por sobre los directos.

Cualquiera sea la relación entre los dos tipos de costos, éstos llevan a concluir que los *riesgos laborales no sólo tienen una connotación de carácter social, sino que también una de orden económico.* Esto debe llevar tanto a empleadores como a trabajadores a la adopción de las medidas necesarias para evitar tales riesgos.

3.3 La seguridad en los lugares de trabajo

La seguridad en los lugares de trabajo es un derecho del trabajador, que se encuentra implícito en el contrato celebrado con el

empleador. Ahora bien, para lograr la seguridad deseada existe una obligación de los dos sujetos de la relación laboral, destinada a efectuar prevención de riesgos.

Enseñar prevención y, por ende, seguridad es distinto a una enseñanza académica. No consiste sólo en dar una información, sino que también en cambiar una actitud mental, tanto en el trabajador como en el empleador. Esta etapa psicológica de la campaña de seguridad es tan importante como proveer de adecuados y suficientes equipos y elementos de seguridad y organizar los procedimientos de trabajo para prevenir accidentes y enfermedades.

La enseñanza en seguridad tiene que ser permanente, ya que las técnicas evolucionan constantemente y aparecen día a día nuevos riesgos que implican nuevas formas de evitarlos o de defensa contra los mismos.

Esta enseñanza, dirigida tanto a empleadores como trabajadores, es una función que debe ser realizada directamente por los organismos administradores que cubren los riesgos, como asesorías o instrucciones obligatorias, a través de ingenieros, médicos, técnicos y demás profesionales que participan en estas labores dentro de la entidad administradora, pues será ésta mejor que nadie la que adquiera, a través de visitas e inspecciones de sus expertos, un cabal conocimiento de los lugares de trabajo de las empresas que atiende y de los riesgos que pueden existir en su interior.

El objetivo de esta educación es:

i) Crear una mentalidad prevencionista o de seguridad;
ii) Instruir sobre los sistemas y las maneras de localizar los riesgos y la forma de evitarlos;
iii) Dar a conocer el empleo de los equipos y elementos de seguridad, y
iv) Divulgar normas de primeros auxilios.

Vista desde otro punto de vista, la prevención de riesgos constituye un factor integrador dentro de las empresas, pues es un problema que incumbe tanto al empleador como al trabajador y debe ser resuelto por ellos en forma conjunta. Aquí no se dan intereses contrapuestos, de manera que ambos sujetos deben recorrer un camino común tendiente a obtener la deseada seguridad en los puestos de trabajo.

Todo lo expresado es indicativo que la prevención consti-

tuye el elemento o etapa más importante dentro de la cobertura de los riesgos laborales, que junto a la curación y rehabilitación del accidentado o enfermo profesional *conforman un seguro integral.*

Es precisamente la prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales lo que lleva a *concluir que se justifica la existencia de un régimen de protección de la salud ocupacional diferente, con modalidades propias, del régimen de salud común.* Este último, si bien puede abarcar todo lo referente a la medicina preventiva, las causas de los riesgos laborales son más específicas y precisas que las que dan origen a las enfermedades o accidentes comunes, que requieren de un estudio especial y una importante especialización multidisciplinaria, que hace necesaria la participación de ingenieros, médicos, abogados, técnicos y expertos en las más diversas áreas de actividad.

4. GESTIÓN DEL SEGURO SOCIAL CONTRA RIESGOS DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Dentro del régimen previsional contra riesgos laborales, regulado por la Ley N° 16.744, *coexiste una administración del seguro social por entidades estatales y por entidades privadas.*

Esta dualidad en la administración no atenta contra la unidad del sistema, puesto que iguales normas se aplican para todos los beneficiarios, lo que no impide que exista pluralidad de organismos administradores.

4.1 Gestión por entidades estatales

Existen *entidades estatales,* como el Instituto de Normalización Previsional, que conceden las pensiones e indemnizaciones, y los Servicios de Salud que otorgan los subsidios, prestaciones médicas y realizan algunas actividades de prevención.

4.2 Gestión por las empresas con administración delegada

Por otro lado, están las *empresas con administración delegada,* autorizadas para administrar el seguro social respecto de sus propios

trabajadores, debiendo conceder directamente a éstos los beneficios contemplados en la Ley N° 16.744, con excepción de las pensiones, que son de cargo del Estado a través del Instituto de Normalización Previsional. Deben reunir ciertos requisitos para adquirir la administración delegada, a saber: poseer servicios médicos adecuados, con personal especializado en rehabilitación; ocupar habitualmente 2.000 o más trabajadores; tener un capital mínimo; constituir las garantías que dispone la ley, y realizar actividades permanentes y efectivas en prevención de siniestros profesionales.

4.3 Gestión por las mutualidades de empleadores

Finalmente, se encuentran las Mutualidades de Empleadores, que son corporaciones de derecho privado que nacieron en Chile en la década del 50, como consecuencia de la inquietud de ciertos grupos de empresarios ante la gravedad y frecuencia de los accidentes del trabajo que se producían en las industrias, sin que ninguna entidad manifestara preocupación alguna en los aspectos de prevención y rehabilitación.

En *1958* nació la Asociación Chilena de Seguridad, con el patrocinio de empresarios agrupados en la Sociedad de Fomento Fabril y en la Asociación de Industriales Metalúrgicos. Posteriormente, y en ese mismo año, con el patrocinio de la Asociación de Industriales de Valparaíso y Aconcagua, nació el Instituto de Seguridad del Trabajo. Más tarde se creó en *1963* la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción, por iniciativa de los empresarios de la construcción.

Por lo tanto, cuando se dictó en el año 1968 la Ley N° 16.744, esas tres entidades ya estaban creadas, y gracias a los resultados positivos que estaban obteniendo en el campo de la prevención de riesgos, dicho cuerpo legal les reconoció su existencia y les permitió que administraran el seguro social que recién se consagraba.

Las *condiciones que la citada ley establece para crear una Mutualidad* son, en síntesis, las siguientes:

a) Sus miembros adherentes deben ocupar, en conjunto, 20.000 trabajadores, a lo menos, en forma permanente;

b) Debe disponer de servicios médicos adecuados, propios o

en común con otra Mutualidad, los que deben incluir servicios especializados, incluso en rehabilitación;

c) No puede ser administrada directa ni indirectamente por instituciones con fines de lucro, y

d) Los empleadores miembros deben ser solidariamente responsables de las obligaciones contraídas por la entidad.

Las Mutualidades gestionan este seguro social en forma integral, comprendiendo la prevención, la curación y la rehabilitación.

Su administración superior está a cargo de un Directorio Paritario, integrado por tres representantes de los empleadores adherentes y por tres representantes de los trabajadores afiliados, como titulares, y por igual número en carácter de suplentes. Cada estamento elige a sus representantes.

5. Críticas que se formulan al Seguro Social de la Ley Nº 16.744 y al Sistema de Mutualidades

Hay quienes critican el régimen de Seguro Social consagrado en la Ley Nº 16.744 y específicamente el Sistema de Mutualidades señalando, en síntesis:

i) que dicho régimen no está estructurado en forma plenamente acorde con las actuales concepciones de una economía libre o de mercado;

ii) que no existe una cotización libre que a través de la competencia controle su monto;

iii) que existen barreras de ingreso al sistema, pues las Mutualidades de Empleadores deben cumplir con requisitos complejos para constituirse, observándose el hecho que no pueden tener fines de lucro;

iv) que las inversiones de estas entidades están constituidas preferentemente por inmuebles (hospitales y clínicas), que no son adecuados para cubrir pasivos exigibles, proponiéndose que las reservas técnicas se calculen con normas similares al mercado de los seguros, y las inversiones que las respalden sean instrumentos financieros de rápida liquidez.

v) Finalmente se propone que los riesgos laborales sean cubiertos por instituciones sin fines de lucro y por compañías de seguros u otras entidades que persigan lucro.

Ante tales críticas se contraargumenta:

1. Que las compañías de seguros sólo se limitaron en su época a reembolsar gastos, previo pago de primas que negociaban con los empleadores y que llegaban a niveles del *20% de las remuneraciones*, con una accidentabilidad del 35%. Hoy la cotización promedio es del 2% y la accidentabilidad es del orden del 12%.

Se agrega que los empresarios se organizaron en su época creando Mutualidades, para entregar una solución real y efectiva al problema de la prevención de riesgos, pues las utilidades debían obtenerlas en sus propias empresas y no a través de organismos administradores del seguro social.

Para hacer efectivo el objetivo básico de la prevención se estimó necesaria *la incorporación a los directorios de las mutualidades de los propios trabajadores afiliados*, quienes eran los directamente afectados por los accidentes y enfermedades laborales.

Se señala que con las mutualidades se buscó entregar a los empresarios privados *la responsabilidad de la prevención de riesgos*, puesto que las compañías de seguros no lo hicieron.

2. Que el Seguro Social de la Ley Nº 16.744 presenta características que lo hacen *diferir fundamentalmente del seguro privado*, pues el primero es integral, ya que abarca la prevención, la curación y la rehabilitación, punto en el cual radica el éxito del sistema.

3. Que no debe perderse de vista que el objetivo esencial del régimen contra riesgos laborales es la *prevención* de estos riesgos, lo que no ha sido preocupación de entidades privadas de salud común, las que no realizan acciones de medicina preventiva.

Por lo tanto, no habría razón para pensar que las compañías de seguros lo harían con los accidentes y enfermedades profesionales.

Por otra parte, en la problemática de la salud ocupacional la prevención de riesgos laborales *requiere de investigaciones y estudios con resultados y rendimientos a largo plazo*, lo que no incentivará a instituciones con fines de lucro y más aún en empresas pequeñas o alejadas geográficamente.

4. Que el financiamiento del Seguro Social es solidario, *pues concurren todos los empleadores con una cotización fija* (0,90% de las remuneraciones imponibles) y *con una cotización adicional variable en función de la actividad y del riesgo de la empresa* (hasta 3,4%, que por vía de recargo puede llegar hasta el 6,8%). No existen cuentas individuales y a través de fondos de reparto se benefician todos los trabajadores por igual, cualquiera sea el monto de sus remuneraciones.

La ley contempla un mecanismo de fijación de la cotización adicional, castigando al que tiene mayor riesgo y premiando al que presenta uno menor.

Lo anterior hace *inconveniente el establecimiento de una cotización libre,* sujeta a las negociaciones entre entidades administradoras y empleadores, con un evidente mayor costo para estos últimos. La tasa de cotización no puede depender ni de las condiciones del mercado ni de las necesidades de las empresas, *sino que de sus tasas de riesgos efectivos.*

Los *accidentes colectivos* en empresas de gran tamaño o los accidentes graves en empresas medianas o pequeñas involucran y originan gastos para los organismos administradores equivalentes a varios años de cotización de dichas empresas. Si se aplicaran tarifas libres sobre la base del sistema con que opera el seguro privado, tales empresas se encontrarían en la imposibilidad de financiarlas, produciéndose el cierre de un número importante de ellas o, para evitarlo, el Estado debería asegurar tales riesgos.

En cambio, con un sistema solidario como el que contempla el Seguro Social de la Ley Nº 16.744, la fijación de las tasas de cotización dentro de los márgenes legales permite garantizar el financiamiento de los riesgos a los trabajadores de cualquier empresa, grande o pequeña, in*dependiente de la magnitud de los siniestros.*

5. Que se concuerda en que las *barreras de ingreso al sistema deben ser mínimas.*

i) Una de ellas es que las entidades administradoras tengan servicios médicos adecuados, en los que se hagan la curación y la rehabilitación de los accidentados, lo que, unido a la actividad de prevención, es fundamental en este Seguro Social.

ii) El requisito de reunir 20.000 trabajadores para constituir una Mutualidad tiene su justificación para poder mantener

servicios médicos y preventivos adecuados y toda la infraestructura necesaria a disposición de las empresas y trabajadores.

iii) Por otra parte, el no tener fines de lucro no debe ser considerado como una barrera, pues, como ya se expresó, los empresarios aspiran a tener ganancias en sus propias empresas y no con el Seguro Social de accidentes y enfermedades laborales.

iv) Las actividades de prevención, curación y rehabilitación podrían contratarse con terceros ajenos al asegurador, pero la experiencia ha indicado que el éxito del sistema ha radicado en que cada organismo administrador tenga en sus manos los tres aspectos ya señalados, entregando directamente los servicios.

v) Para los efectos de la curación y rehabilitación del trabajador accidentado es indispensable contar con servicios especializados con experiencia para tratar a los pacientes afectados por un riesgo profesional, que son diametralmente diferentes a los que llegan a requerir atención médica por el régimen común de salud.

6. Que respecto de *la inversión de las reservas técnicas*, da más seguridad una inversión en clínicas y en equipamiento médico que en instrumentos financieros; las primeras están sujetas a menos vaivenes de la economía del país y a riesgos que las segundas.

Estas inversiones son atractivas para las Mutualidades ya que, en primer término, deben mantener *servicios eficientes a través de todo el país* y, en segundo lugar, son *más bajos sus costos de operación* al no comprar servicios externos que son muy onerosos o que no existen en determinadas especialidades.

Además, dentro del Sistema Mutual existe la responsabilidad solidaria de los empresarios frente a las obligaciones contraídas por aquéllas.

7. Que, finalmente, respecto de la *competitividad* en el sistema, ésta debe *radicar* en:

i) La calidad de los servicios de prevención de riesgos que se ofrecen a las empresas.

ii) En la oportunidad y calidad de la atención médica entregada a los trabajadores accidentados.
iii) En la oportunidad de las prestaciones económicas.

Hoy en día se da una alta e importante competitividad entre las tres Mutualidades que existen, la que ha determinado la excelencia de los servicios de prevención, de curación y de rehabilitación que entregan, con un bajo costo.

6. Conclusiones

1. La salud ocupacional, dentro del sistema de salud imperante en el país, ocupa un lugar específico, perfectamente delimitado. Los riesgos respecto de los cuales entrega cobertura a las partes de la relación laboral, esto es, empleadores y trabajadores, tienen efectos amplios e insospechados, que se proyectan a todos quienes constituyen la empresa, incluyendo, por lo tanto, a sus dueños

2. Ya se analizó cómo están constituidos los costos originados por los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, por cuyo motivo se intentó demostrar la importancia de la prevención de riesgos dentro de la salud ocupacional, la que, además de constituir un factor muy peculiar, es imprescindible considerarla incorporada dentro de cualquier esquema de riesgos profesionales, para lograr con éxito evitarlos.

3. Si se prevén los riesgos, adoptando las medidas necesarias para impedirlos, el aspecto curativo pasa a ocupar un lugar secundario dentro de la salud ocupacional.

4. Asimismo, como ya se expresó, es la prevención de riesgos el elemento diferenciador entre el régimen de salud común y el de salud ocupacional, justificándose la existencia de ambos regímenes en forma independiente.

5. Para tales efectos, entidades especializadas deben continuar administrando este régimen de riesgos profesionales, abarcando los aspectos preventivos, curativos, de rehabilitación y reeducación profesional, amén del pago de las prestaciones económicas que

procedan en beneficio de los trabajadores, pues si la dación de todas estas prestaciones se reúne en cada uno de los organismos que participan en la administración del Seguro Social ya referido, es posible lograr un adecuado control en materia de prevención y en la entrega de las atenciones médicas.

6. Es así como las Mutualidades de Empleadores bajo dicha modalidad han logrado reducir ostensiblemente las tasas de accidentabilidad en el país, que en 1968 ascendían al 35% y que actualmente son del orden del 12%.

Tales entidades son corporaciones netamente privadas, que presentan una característica esencial, cual es la de no perseguir fines de lucro, creadas por los empleadores precisamente para las funciones que hoy están cumpliendo, esto es, solucionar un problema real dentro de sus propias empresas, y no para obtener ganancias con la administración del seguro social.

7. La experiencia ha demostrado que hasta el año 1968, en que también el sector privado participaba en esta administración, pero a través de entidades con fines de lucro, la prevención de riesgos era prácticamente nula, lo que es explicable porque a través de la prevención sólo se obtienen resultados a largo plazo, no siendo rentable en el corto ni en el mediano plazo. Además, la prevención de riesgos en empresas pequeñas, que es el mayor número, o alejadas geográficamente de los centros urbanos, tampoco interesaría a quienes persigan fines de lucro.

8. Desde otro punto de vista, no sería eficaz la prevención contratada con terceros, pues no existiría una autorregulación y control del sistema, como tampoco el interés de evitar al máximo los riesgos por parte del contratista o dador del servicio.

9. Es así que se postula mantener un *régimen independiente de salud ocupacional administrado exclusivamente por Mutualidades de Empleadores,* desapareciendo la administración estatal que hoy existe en el país, porque ha demostrado ser ineficiente.

Se critica, como ya lo dijimos, que es muy estricto el número mínimo de 20.000 trabajadores que exige la ley para crear una Mutualidad. Creemos que frente a una mutualización del sistema, debería eliminarse absolutamente dicho número, permitiéndose con-

tratar la atención médica entre mutualidades, o concederse a través de servicios conjuntos. Sin embargo, deberían entregarse en forma directa, por cada entidad, la prevención de riesgos y todas las prestaciones económicas (subsidios, indemnizaciones y pensiones), aun cuando respecto de éstas sea un tercero, como por ejemplo un banco, el que las pague materialmente en virtud de un mandato.

10. Sin embargo, debería mantenerse el sistema de fijación de cotizaciones, pues es un instrumento de equilibrio financiero, cuyo objetivo fundamental es estimular la prevención de riesgos al interior de las empresas.

11. Finalmente, se advierte la necesidad de que exista un *Consejo Nacional de Salud Ocupacional*, a fin de asesorar en estas materias a las autoridades de los ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Salud; recomendar políticas en salud ocupacional; estudiar y proponer las modificaciones legales y reglamentarias que se estimen pertinentes introducir; analizar las situaciones que se presenten a su conocimiento y desempeñar todas las demás funciones que le indiquen las leyes.

Este Consejo no tendría facultades decisorias sino que simplemente asesoras, con lo cual facilitaría la adopción de políticas nacionales en salud ocupacional, lo que actualmente se echa de menos.

Para lograr sus objetivos, el Consejo debería estar integrado por representantes de las más diversas áreas y actividades relacionadas con el régimen de riesgos laborales, tales como de los ministerios de Salud y del Trabajo y Previsión Social; de las universidades, de los trabajadores, de los empleadores, de las Mutualidades de Empleadores y de los expertos en prevención de riesgos.

Referencias bibliográficas

Alonso O., M., *Instituciones de seguridad social*, Instituto de Estudios Políticos, Madrid, 1977.

Camerlynck, G. H. y Lyon-Caen, G., *Derecho del trabajo*, Aguilar S. A. de Ediciones, Edición Española, 1977.

Comentarios y observaciones del Instituto Libertad y Desarrollo a la Ley Nº 16.744 y al Sistema de Mutualidades de Empleadores, y respuesta de la Asociación Chilena de Seguridad, 1983.

Hernainz M., M., *Tratado elemental de derecho del trabajo*, Tomo II, Instituto de Estudios Políticos, Madrid, 1977.

Novoa F., P., *Derecho de seguridad social*, Editorial Jurídica de Chile, 1977.

Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, «Efectos sobre la salud de las exposiciones combinadas en el medio del trabajo», Ginebra, 1981.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Apuntes de clases del curso de técnico en Seguridad Social, Madrid, 1979.

Secretaría General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, «Estudios de la Seguridad Social», Nos. 21 y 23, Ginebra y Buenos Aires, 1977.

EL SECTOR PRIVADO EN SALUD

FRANCISCO QUESNEY L.

Médico Cirujano. Profesor Titular de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. Ex Subsecretario de Salud y Director del Servicio Nacional de Salud. Directivo de la Isapre Banmédica. Autor de libros y publicaciones sobre salud pública.

1. Introducción

El tema es de una extensión y complejidad enormes.

Por un lado, está el concepto salud, el que es difícil de definir operacionalmente, si bien existen definiciones románticas al respecto, como la de la OMS, que habla del «estado de perfecto bienestar....»

Por otro lado, está el sector privado entendido como la o las actividades que emprende una persona natural o jurídica en forma individual o asociada, enmarcada dentro de un sistema ético y legal impuesto por la sociedad, en prácticamente cualquier área del quehacer nacional que ese marco le permita.

Intentar siquiera analizar con alguna detención las múltiples actividades que el sector privado puede legítimamente desarrollar en un campo tan vasto como es el de la salud sería de una temeridad extrema.

Es por ello que, más bien, se intentará a través de un método de aproximaciones sucesivas ir eliminando aspectos del problema que o por su complejidad o por su menor relevancia no puedan o deban incluirse en este trabajo para centrar el análisis en lo que parece más esencial: *Cuál es el rol que en la actualidad está jugando el sector privado en salud en Chile; cuáles son los desafíos que este sector enfrenta, y cuál puede ser su eventual contribución futura.*

2. Delimitación del problema

El concepto salud, como se adelantó, es difícil de definir y en consecuencia el estado de salud de las personas o de una comuni-

dad es igualmente difícil de medir. De hecho, no existen indicadores positivos del estado de salud o del grado en que se goza de salud, con la excepción dudosa de la expectativa de vida. Dudosa porque mide longitud de vida y no calidad de vida: se recurre entonces a indicadores negativos, de enfermedades y muertes en el supuesto que mientras más bajos sean estos indicadores habrá más salud.

Este es un supuesto, otra vez relativo, porque esos indicadores no contemplan, mayoritariamente, la dimensión psico-social de la salud y se limitan a aspectos biológicos de ella.

En todo caso, *en la determinación del estado de salud de las personas* intervienen prácticamente todas las áreas del quehacer de una sociedad: educación, vivienda, trabajo, alimentación, etc. y otros elementos que son distintos del quehacer de areas específicas, como situación geográfica, condiciones climáticas, riquezas naturales e incluso factores más incorpóreos como la historia o la idiosincrasia de la población.

Por lo anotado, se desistirá del análisis del problema en esta dimensión.

Entre las áreas del quehacer que contribuyen al estado de salud, por su especificidad, debe destacarse lo que se ha dado en llamar *la atención de salud* que comprende el esfuerzo que se despliega por realizar las clásicas acciones de fomento o promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona.

Este es ya un campo bastante más concreto y susceptible de un análisis en procura de establecer el rol que en él juega y/o debe jugar el sector privado.

Dentro de este campo existe uno aún más limitado que es el de *la atención médica* entendida como la interacción de un médico con un enfermo en procura del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de una enfermedad para lo cual se recurre al auxilio de técnicas, diagnósticos y terapéuticas de mayor o menor especialización.

Este campo se destaca no sólo por el rol, más intenso que en él juega el sector privado, sino porque es el que comprende el público y es por el que se juzga a un sistema.

En consecuencia, este trabajo se centrará principalmente en el análisis del sector privado en estos dos campos: la atención en salud y la atención médica.

El sector privado, a su vez, puede desarrollar en estos campos cualquier actividad que no esté penada por la ley o por el código de ética de una comunidad. Y estas actividades pueden ser casi infinitas, desde

vender una dipirona en un autobús hasta poseer y administrar un complejo hospitalario pasando por todas las actividades imaginables comprendidas entre estos extremos.

En otro orden de cosas, estas actividades pueden ser desarrolladas por el Estado y, de hecho, en la práctica lo son (con excepción de la venta de dipirona en las micros). Es más, *algunas de ellas deben ser realizadas por el Estado ya sea en virtud del rol subsidiario que él asume o en un rol activo y no meramente residual porque son actividades inherentes de su calidad de Estado y, por lo tanto, indelegables.*

En un intento por acotar estos aspectos del problema es necesario, por una parte, decidir cuáles son actividades relevantes para centrar la atención en ellas y, por otra, frente a esta dualidad de actores Estado y privados, cuáles corresponden a cada cual.

En otras palabras, cuáles son los mercados relevantes en que actúa el sector privado y qué extensión y cobertura deben o pueden tener estos mercados.

Con el objeto de abordar estos aspectos del tema en la forma más desprejuiciada y objetiva posible y evitar aplicar principios dogmáticos que hoy están sobrepasados, parece conveniente echar una mirada al devenir histórico de la participación del sector privado en salud en busca de explicar por qué las cosas son como son y, sobre todo, sobre esa base histórica proyectar el cómo serán o podrían ser.

3. Breve reseña histórica

Por desgracia, en Chile no existen una historia articulada de la medicina chilena ni una crónica de la salud.

Sin embargo, la *Historia de Chile* de don Francisco Encina contiene suficientes elementos, si bien dispersos, como para permitir proyectar una idea de cómo se fueron dando las cosas en el pasado.

Tan temprano como escasos años después de la fundación de Santiago, en la década de 1540, se produjo un incidente entre el Cabildo y una botica que funcionaba en la capital, en relación a la calidad de los productos que vendía y los precios que cobraba. El alcalde, asesorado por el bachiller que hacía de médico, luego de una visita inspectiva estableció normas precisas de calidad de los productos y el precio máximo de ellos. Ya, entonces, existía actividad privada en salud y, lo que es más importante, *la autoridad administrativa asume con energía un rol importante en salud, cual es el de normar y controlar.*

En 1552 don Pedro de Valdivia, siguiendo las ordenanzas del Código de Indias, fundó el primer hospital en el país. Fue el hospital San Juan de Dios, dotado de 50 camas para atender a los menesterosos, cuya administración se entregó primero a los frailes de la Orden Franciscana y luego a hermanos hospitalarios de la Orden de San Juan de Dios.

El hospital se financiaba con óbolos de vecinos generosos, uno de los cuales, don Diego de Sotomayor, dispuso en su testamento un legado de 15 pesos anuales de buen oro fundido. *Instancia primera en que la autoridad administrativa funda infraestructura de salud que ella ni administra ni financia.* Estas dos funciones la cumple el sector privado.

Continúa Encina relatando que en la segunda mitad del siglo XVII existían en Chile 6 hospitales. La obra del Gobierno se desarrolla en estrecho consorcio con la actividad privada y consistía en canalizar y dar forma a ésta. Aparece así en forma incipiente *la función planificadora del Estado.* Pero, a la sazón, ejercían en Santiago 5 médicos que aprovechándose de la circunstancia de su escaso número cobraban sumas elevadas como honorarios. Debe intervenir el Cabildo y fija esos honorarios en dos reales por visita, ocho si se hace en horas intempestivas, dos pesos por operación y hasta cuatro pesos si se hacen dos o más operaciones. *Ya hay práctica privada activa, que debe ser regulada y se inicia el inquietante problema del alza en los costos de salud.*

El hospital contaba con un médico que ganaba un sueldo que ascendía a dos carretadas de leña, dos carneros, una fanega de harina a la semana para su uso personal y tres botijas de vino al mes. *En paralelo con el ejercicio liberal remunerado por acto, existe ya el médico funcionario.*

Se podrían incluir numerosas otras viñetas para describir la situación imperante entonces, pero baste destacar de esta situación que el Estado interviene en salud asumiendo un rol subsidiario, ya que su preocupación son los menesterosos y un papel como ente normador o controlador. El sector privado lo hace en calidad de administrador y de prestador independiente o funcionario.

En la década de 1920 se inicia en Chile el desarrollo de la seguridad social basado en las ideas de Bismarck que asignan al Estado un rol preponderante en la materia, así como en la tarea de proporcionar atención de salud a la población de menores recursos. De hecho, a la fecha el Estado es dueño y administrador de los

hospitales en el país a través de la Junta de Beneficencia y Asistencia Social y de los consultorios y dispensarios del Servicio de Seguro Social. En paralelo existe la práctica médica privada que se ejerce sobre la base de la consulta y la medicina domiciliaria, cuyas cuantías son difíciles de determinar, pero que permite al cuerpo médico ostentar un estándar de vida adecuado y una posición de alto prestigio social.

A partir de 1939 una sucesión de gobiernos con un fuerte sesgo estatista refuerzan la participación del Estado en el área de la atención de salud, hecho que culmina en 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud con responsabilidad por el fomento y la protección de la salud respecto de toda la población del país y de la recuperación de la salud referida a su población beneficiaria específica constituida por obreros e indigentes médicos. El SNS recluta a la mayoría de los médicos del país como funcionarios, al menos en jornadas parciales, con lo que se institucionaliza el médico funcionario pagado.

El año 1958 grupos de empresarios del sector privado organizan instituciones mutuales cuyo objeto inicial es procurar la prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, objetivo que luego extienden a la recuperación y rehabilitación de esas patologías. En 1968 una ley les da plena vigencia legal en el sistema de salud chileno.

En 1968 se dicta la Ley de Medicina Curativa del Servicio Médico Nacional de Empleados que da a estos trabajadores acceso a prestaciones de atención médica de su libre elección de entre un listado de prestadores inscritos en dicho servicio para esos efectos, las que se financian parcialmente con un sistema de pre-pago (seguro) con aportes de ellas y de sus empleadores.

Esto significa un reconocimiento del rol del médico como prestador privado, eso sí que en un esquema de aranceles fijados y no libremente determinado por ellos.

En 1979 se da acceso a los obreros beneficiarios del SNS a la medicina de libre elección.

A esa fecha y en una síntesis descriptiva muy sumaria:

1. El Estado a través del Ministerio de Salud y de la Dirección General del SNS ejerce las funciones normativas y contraloras en la atención de salud.
2. El Estado a través del SNS ejerce las acciones de fomento y

protección de la salud respecto de toda la población del país.

3. El Estado a través del SNS ejerce las acciones de recuperación de la salud respecto de su población beneficiaria. En relación a esta función y la anterior, de fomento y protección, el SNS planifica, ejecuta, financia, evalúa y controla el quehacer. Para los efectos de ejecutar las acciones cuenta con más de 200 hospitales con 33.000 camas, más de 200 consultorios y sobre 1.000 postas y estaciones médico-rurales. Además administra una dotación de más de 60.000 funcionarios.

4. El Estado a través del Sermena administra un sistema de medicina semiprepagada para empleados, sistema en el que prestadores privados actúan sobre la base de aranceles prefijados.

5. El sector privado, en calidad de prestador individual, mantiene una práctica privada difícil de cuantificar, pero minoritaria y orientada a personas de ingresos altos y medios; participa en el ya señalado sistema del Sermena; posee y administra aproximadamente 3.000 camas hospitalarias en clínicas privadas.

6. El sector privado administra el sistema de mutuales de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

7. Otros: Universidades, Fuerzas Armadas, Servicios Médicos de Colonias, Servicios Médicos de Empresas del Estado.

8. En una síntesis más apretada aún, en 1978 prevalecía un Estado fuertemente hegemónico en donde mayoritariamente se entremezclaban en la misma mano funciones normativas, planificadoras, operativas, contraloras y financieras. Y un sector privado bastante deprimido y controlado.

9. Para terminar esta descripción, en 1980 se crea el sistema nacional de Servicios de Salud con 27 servicios autónomos.; en 1981 se dictan los cuerpos legales que permiten la creación de las Isapre; luego se municipaliza la atención primaria, y en 1986 se dicta la ley que crea el régimen general de prestaciones de salud que destierra el distingo entre obreros y empleados en lo que respecta al acceso a la atención médica y hace expedita la opción de afiliarse al sistema Isapre como alternativa al régimen estatal.

4. EL PASADO RECIENTE Y PRESENTE

A partir de 1974 el modelo político-económico imperante hasta la fecha que había estimulado el fuerte predominio estatal en la atención en salud, así como en casi todas las actividades del país, se reemplaza por uno drásticamente opuesto, donde se impone un modelo de economía social de mercado con apertura de la economía a los mercados externos y una reestructuración del Estado con una fuerte reducción del mismo.

En salud se define para el Estado un rol subsidiario; se reafirma el derecho de las personas de elegir libremente donde buscar su atención médica; se valida al sector privado como agente legítimo para actuar en salud y se establece una cotización obligatoria para salud en previsión de la imprevisión de las personas en la materia.

Todo esto lleva a que el *gasto en salud se vaya paulatina y proporcionalmente traspasando del Estado a las personas en la medida de su capacidad económica.*

Durante la primera parte del período en comento, desde 1981 a 1989, se asiste a un importante desarrollo del sector privado que comienza así a llenar los espacios dejados por un Estado en retirada.

Una primera manifestación del desarrollo organizado del sector privado es la creación, crecimiento y consolidación del sistema Isapre, que a la fecha está compuesto por 36 instituciones que afilian a más de 3,5 millones de beneficiarios, lo que representa el 25% de la población del país. Y luego, estimuladas por este sistema, otras actividades del sector se desarrollan en paralelo, de tal modo que además del *mercado de los seguros de salud (Isapre)* se comienzan a perfilar otros, como el mercado *de infraestructura* que incrementa en 10 años su capacidad de 3.000 a más de 10.000 camas hospitalarias además de centros de atención ambulatorios; el mercado de prestadores con miles de profesionales que asociados o en forma independiente ofrecen sus servicios a los usuarios del sistema Isapre; *el mercado de insumos* con una activa industria químico-farmacéutica que canaliza el 80% de sus ventas al usuario privado; el mercado de tecnologías que ha dotado a la infraestructura aludida de las más modernas técnicas.

Muestra de ello ha sido la reciente ExpoSalud que congregó a decenas de expositores y recibió la visita de más de 6.000 personas. Esto sólo por nombrar a los mercados más conspicuos.

En la fase final del período, y una vez que asume el poder el llamado Gobierno de la Concertación, se hace un intento por revertir la situación anterior, no en el sentido de cambiar drásticamente las políticas sino más bien de volver a reforzar la infraestructura estatal sobre la base de incrementar en forma muy significativa el presupuesto del sector estatal de salud. Ello en atención a que las deficiencias asistenciales evidentes en ese sector se atribuían a la carencia de recursos. *Al cabo de cuatro años de esta política de presupuesto generoso en el sector estatal, las deficiencias asistenciales anotadas siguen presentes,* en tanto que el sector privado sigue desarrollándose.

Queda así demostrado que *la relativa ineficiencia del sector estatal de salud obedece a causas que van más allá de un mero problema de recursos y que dice relación con la estructura misma del sector.* Y se comienza a producir en el país una suerte de consenso en el sentido de que ese sector debe ser profunda y drásticamente reestructurado. Este consenso también va más allá de posturas ideológicas o partidistas, al menos en los grupos técnicos que se abocan a estudiar el problema, si bien pueden subsistir diferencias de énfasis o matices.

Ahora bien, cabe la pregunta, ¿Si se va a reestructurar profundamente el sistema de salud chileno, cuál es el rol que le corresponderá asumir al sector privado en esa nueva estructura?

5. El rol del sector privado en un sistema de salud

No parece existir ningún antecedente histórico, ni elementos filosóficos, doctrinales, éticos, técnicos o prácticos que impidan al sector privado ser un actor protagónico en un sistema de salud o que justifiquen su relegación a un rincón del sistema o se limite su acción a determinados grupos poblacionales o a determinadas funciones, siempre que no invada o invalide aquellas funciones que son propias e inherentes del Estado como actor activo en salud.

Por el contrario, el sector privado ha demostrado idoneidad, capacidad técnica y eficiencia en su gestión en salud, superando con creces a la gestión estatal. Ello no porque el administrador privado sea superior al público, sino porque administra utilizando atributos propios del sector que el administrador público está impedido de usar.

Entre otros, deben mencionarse los siguientes:

- Libertad y agilidad de gestión.
- Posibilidad de establecer los incentivos adecuados en los lugares correctos y en general operar estimulado por estos incentivos.
- Competencia y regulación por el mercado y no por un marco rígido de reglamentos burocráticos.
- Independencia y prescindencia política en la toma de decisiones.
- Descentralización de la gestión y adopción de tamaños óptimos, etc..

Funciones del Estado

Entonces, como un paso previo al de establecer cuál es el rol y la extensión que puede o debe asumir el sector privado como agente activo en un sistema de salud, parece conveniente comenzar por definir cuáles son las funciones o áreas propias del Estado e inherentes a su calidad de tal y cuáles son las áreas en que su responsabilidad es primordial.

Son funciones propias e irrenunciables del Estado respecto de los actores en el sector salud, en las que debe asumir un rol activo, *normar, fiscalizar, controlar la calidad y regular* para asegurar una libre competencia entre los actores aludidos.

Adicionalmente son áreas de su responsabilidad primordial aquellas que dicen relación con la *producción de bienes públicos de salud.*

Dentro de esta categoría caen todas aquellas acciones de fomento y protección de la salud que presentan externalidades positivas o negativas, tales como los programas de vacunación, el saneamiento del medio ambiente, la educación para la salud, etc..

Además, y en forma muy importante porque se constituye en un bien público de valor incalculable para el eficiente funcionamiento de un sistema de salud el Estado, debe proporcionar toda la información pertinente para que los diversos elementos en juego obren informadamente.

Se ha usado el término responsabilidad primordial para indicar que el Estado debe velar porque estas acciones se realicen, lo que no significa necesariamente que deba realizarlas con equipos técnicos propios, sino que puede subcontratarlas si ello es más eficiente.

Finalmente es responsabilidad del Estado, *en virtud de su rol subsidiario*, garantizar a todos un acceso al sistema de atención de salud y en especial de atención médica, lo que otra vez no significa que dicha atención, sea de salud o médica, deba proporcionarla con elementos propios si existen otros que puedan brindarla, físicamente, con mayor eficiencia.

Areas para el sector privado en salud

Ahora, ya definido qué es lo que el Estado no puede ni debe dejar de hacer, se está en condiciones de establecer qué es lo que el sector privado puede y seguramente debe hacer.

Y esto, en pocas palabras, es todo el resto.

Esta afirmación aparentemente tan descarnada debe ser precisada y calificada.

Nadie duda de la legitimidad, eficiencia y capacidad del sector privado para actuar en algunos de los mercados que se han identificado en el sector salud y más precisamente en atención de salud y atención médica. Así ocurre en el mercado de la tecnología, en el de los insumos y aun en el de los prestadores donde éstos, ya sea en forma aislada —consulta médica— o asociados —centros médicos— o aun como funcionarios de institutos de salud, han demostrado su idoneidad. Es más, nadie duda seriamente del éxito que han tenido las Isapre —si bien aún deben superar algunos problemas— en el mercado de los seguros de salud o, dicho de otra forma, en la administración de fondos destinados a la atención médica.

Contrasta con estos éxitos lo poco exitosa que ha sido la gestión estatal en dos áreas donde el sector privado no ha incursionado hasta ahora y que constituyen justamente las *áreas en donde es posible y deseable su expansión: la atención médica de aquel sector mayoritario de la población que por su situación económica no ha tenido acceso a las Isapre y, muy ligado con esto, la administración de la infraestructura estatal en donde ese sector de la población recibe esa atención.*

El Estado, en la actualidad, atiende deficientemente a esa población en una vasta infraestructura (hospitales-consultorios-postas, etc.) administrada en forma ineficiente y financiada con fondos provenientes de las cotizaciones de los usuarios más aportes significativos del presupuesto de la nación, los que transfiere directamente a los establecimientos que componen esa infraestructura. Es lo que se

ha dado en llamar subsidio a la oferta, aunque en verdad es un *subsidio a la infraestructura, haya o no oferta y haya o no demanda.* Con ello el Estado se convierte en prestador y en definitiva el subsidio que entrega a los más necesitados, en virtud de su rol subsidiario, adquiere la forma de prestaciones de salud de baja calidad.

Es perfectamente factible que el Estado en lugar de entregar el subsidio en la forma descrita lo haga llegar directamente al usuario para que éste busque con él la solución a sus problemas de atención médica en algún esquema organizativo que se diseñe para ese efecto. Es lo que se ha llamado *subsidio a la demanda* (en oposición al subsidio a la oferta), *aunque más propiamente debería llamarse subsidio directo a las personas* (en oposición al subsidio a la infraestructura).

El sector privado puede y debe hacerse cargo de la administración de este subsidio a las personas sobre la base de ofrecer un seguro u otro sistema similar que cubra los gastos de la atención médica de las personas subsidiadas.

Quedaría así la vasta infraestructura estatal sin financiamiento garantizado.

Otra vez, *el sector privado debe hacerse cargo de la administración de esa infraestructura,* la que se financiará con la venta de servicios de atención médica a quien administre el subsidio.

Se vislumbra así un sistema de salud con un Estado restringiendo su quehacer directo a lo que es su función propia e irrenunciable y financiando aquellas áreas que son de su responsabilidad, pero sin transformarse en ejecutor de las prestaciones y acciones propias de esas áreas. *Y un sector privado* aprovechando todas las ventajas comparativas propias de su quehacer, *transformado en ente administrador de los recursos —infraestructura y fondos— destinados a la atención de salud.*

No es el objetivo de este trabajo proponer un proyecto de estructuración de un sistema de salud, sino más bien analizar cuál es el rol que el sector privado puede jugar en él, y por esa razón no se avanza más en este aspecto del tema.

En todo caso, el esquema final que resulte no puede diferir mucho del sistema Isapre, ya que los principios que lo animan son esencialmente los mismos. Parece entonces conveniente echar una mirada a cuáles son los principales problemas que han debido enfrentar estas instituciones del sector privado (que se han transformado en críticas al mismo) porque ésas serán también situaciones que enfrentará este sector en su nuevo rol en un sistema de salud y que pueden o no constituirse en problemas.

Debe, eso sí, recalcarse que el esquema propuesto importa básicamente *usar los mismos recursos actualmente destinados a salud para dar atención médica a la misma población* que actualmente la está recibiendo en el esquema de servicio estatal y que las ventajas que se prevén radican exclusivamente en una mejor asignación y uso de esos recursos en manos del sector privado, ya que por sus ventajas comparativas como ente gestor puede hacerlo. No se pretende otra cosa.

6. Problemas que debe enfrentar el sector privado en su gestión en salud

Usar el sistema Isapre como modelo para buscar probables áreas de problema que enfrentaría el sector privado en una gestión significativamente más amplia en salud tiene el inconveniente que el sistema Isapre por su constitución enfrentó situaciones que se transformaron en problemas o que fueron frente de críticas que no son necesariamente extrapolables a la situación que se plantea para el sector privado.

Esos problemas no necesariamente extrapolables se originaron en tres elementos que actuaron aisladamente o en conjunto:

1. La *falta de experiencia inicial de los administradores de las Isapre*, lo que los llevó a tomar una serie de medidas de resguardo que constituyeron fuente de crítica y que la experiencia y las fuerzas reguladoras del mercado han ido eliminando.
2. El hecho que las Isapre operan *sólo con el financiamiento proveniente de las cotizaciones de salud* sin poder recurrir en casos de un gasto excesivo, al subsidio estatal.
3. El hecho que las Isapre *son una alternativa frente al régimen general* de prestaciones, de tal modo que si alguna de las situaciones que más adelante se enumeran son inaceptables para una persona en el sistema Isapre, esa persona siempre tiene la alternativa del régimen general.

En todo caso, las críticas aludidas no deben formularse en contra de las Isapre, sino que *respecto del sistema ideado, que las obliga a actuar como lo han hecho.*

Hechas estas salvedades, a continuación se enumeran estos problemas y se analiza someramente cada uno en la perspectiva de

una gestión global del sector privado en salud y a la luz de cómo el sistema operante hoy en día los enfrenta.

1. Carencias.
2. Exclusiones y condicionamientos.
3. Enfermedades preexistentes.
4. Falta de transparencia de los planes.
5. Enfermedades catastróficas.
6. Problemas de salud de la vejez.
7. Falta de equidad.
8. Mal uso del sistema.
9. Subsidios por incapacidad laboral.
10. Costos crecientes de la atención en salud.
11. Cobertura en caso de desempleo.

1. Carencias

Por carencia se entiende un período de tiempo variable, inmediato a la afiliación de un cotizante, durante el cual no tiene derecho a impetrar ciertos beneficios.

Esta medida la adoptaron las Isapre, inicialmente, en una época en que la ley facultaba al afiliado para desahuciar su contrato en cualquier momento y tenía por objeto evitar la afiliación de una persona que tenía conocimiento cierto de la inminencia de un fuerte gasto en salud, la que inmediatamente después de incurrir en el gasto se retiraría de esa Isapre. Así con la cotización de una mes obtenía un beneficio muy superior.

En todo caso, los períodos de carencia no operaban respecto de emergencias médico-quirúrgicas.

La legislación actualmente vigente obliga al afiliado a permanecer en la Isapre de su elección al menos un año. Esto ha hecho innecesario mantener los períodos de carencia salvo para el caso de mujeres embarazadas en donde los gastos a incurrir en su futuro parto son una certeza y no una probabilidad.

Desde luego un *sistema general de salud, administrado por el sector privado, que reemplace al sistema actual no puede contemplar períodos de carencia,* justamente por tratarse de un sistema general y no de una alternativa a elegir.

2. Exclusiones

Por exclusiones deben entenderse prestaciones de salud que no están cubiertas por el plan y se refieren en general a prestaciones que no dicen relación directa con problemas de salud o con terapias ortodoxas, como sería el caso de prestaciones con fines de estética, curas naturistas, casas de reposo, etc. o bien respecto de situaciones de carácter catastrófico masivo que por su cuantía no pueden ser cubiertas por una Isapre, como serían epidemias, desastres naturales o actos de guerra.

Las Isapre las mantienen con el beneplácito de la autoridad. Un *sistema de salud debería mantenerlas para el primer tipo de situaciones descritas; no así para el segundo (epidemias, desastres naturales o actos de guerra).*

3. Preexistencias y condicionamientos

El problema gira en torno a la situación de los enfermos crónicos o que han sufrido de patologías cuya reactivación es altamente probable. Al respecto debe distinguirse entre aquellas preexistencias que el afiliado declara al momento de suscribir el contrato y que dan la posibilidad a la Isapre de aceptar o rechazar la afiliación, y en caso de aceptarla condicionar los beneficios del plan (excluirlos o disminuirlos frente a ciertas prestaciones) y las enfermedades preexistentes que el afiliado intencionalmente oculta. Frente a las segundas la Isapre está facultada para negar todo beneficio e incluso para poner término de inmediato al contrato de salud.

Este tema está siendo debatido en el proyecto de nueva ley de Isapre y se estaría optando por mantener las exclusiones, eso sí que durante un período para luego hacerlas acreedoras a beneficios.

La medida la adoptaron las Isapre en un intento por evitar una selección adversa de afiliados, ya que el sistema sería mucho más atractivo para quien se sabe portador de una patología que con certeza generará un fuerte gasto.

Es obvio que un sistema general de salud no puede discriminar entre enfermos crónicos y quienes no lo son y por lo tanto no podrá considerar las preexistencias para negar a condicionar los beneficios.

4. Falta de transparencia

Se refiere a las dificultades que encuentra una persona para optar a un plan de salud al intentar comparar los diversos planes que ofrecen las distintas Isapre.

Al respecto la dificultad existe, pero ella no obedece a una falta de transparencia en el sentido que las Isapre oculten información.

La dificultad radica en que elegir un plan óptimo es de suyo una cuestión compleja.

Comienza por tener una clara comprensión de cuáles son las necesidades de salud propias y del grupo familiar que se desea cubrir.

Sigue por leer e intentar seriamente comprender las condiciones de un contrato de salud y su correspondiente plan, lo que es algo que pocos chilenos hacen.

Luego, deben confrontarse las necesidades percibidas, con varios miles de prestaciones posibles, otorgadas por otros tantos prestadores que cobran por ellas los más variados aranceles y tarifas.

Para personas que han estado mayoritariamente habituadas a recibir una atención médica estandarizada, mediocre y en condiciones básicas precarias, evidentemente que elegir el mejor plan de salud resulta complejo, aunque en esencia el problema no es tan complejo ya que los elementos que se conjugan no son tantos: precio, listado de prestaciones cubiertas agrupadas en grandes categorías (consultas-exámenes-día/cama-honorarios médicos, etc.); porcentaje de cobertura sobre valor cobrado; tope máximo de ayuda.

Este problema no es aplicable al sistema general de salud que ofrecerá un plan único base que debe ser, al menos, igual a lo que hoy en día se cubre y no habrá mucho donde elegir.

5. Enfermedades catastróficas

Debe distinguirse entre las enfermedades que son catastróficas para las Isapre y las que lo son para los afiliados.

Las primeras forman parte del riesgo del negocio y las Isapre deberán enfrentar ese riesgo como mejor puedan, ya sea haciendo las provisiones técnicas del caso o buscando un reaseguro o lo que sea.

Las segundas lo serán cuando el copago de cargo del afiliado le signifique a éste un desembolso que represente un serio desmedro a su situación económica. El concepto enfermedad catastrófica es entonces algo relativo referido a la capacidad económica de quien la sufre.

Para enfrentarlas, las Isapre han diseñado hasta ahora dos esquemas:

- Ofrecer un seguro adicional que cubre determinadas patologías que por ser de alto costo son desde un principio enfermedades catastróficas como son: el Sida, cáncer, cirugía cardiovascular, hemodiálisis, trasplantes, etc..
- Ofrecer en paralelo al plan de salud habitual, como alternativo, uno cuyas cláusulas operan sólo frente a situaciones catastróficas y que está diseñado con condiciones básicas mínimas, como atención en sala común, lista cerrada de prestadores, control monitorizado del gasto, etc..

El sistema general de salud subsidiado, al que se ha aludido frecuentemente, se enfrentará con situaciones catastróficas que deberá absorber, ya que no podrá traspasarlas al usuario. Hasta hoy, en la práctica, el problema se ha resuelto o encarado porque no está solucionado sobre la base de un racionamiento al estilo de quien llega primero es servido. Más razonable parecería establecer *fondos centralizados (o regionales) y utilizarlos frente a patologías catastróficas estudiadas y evaluadas con criterios técnicos sobre la base del costo efecto de su uso.*

En todo caso es uno de los problemas más conspicuos que se prevén para un sistema de salud general, especialmente si éste aumenta la eficiencia de sus niveles primario y medio, ya que de ocurrir esto, más casos portadores de patologías de las llamadas catastróficas serán detectados y, en consecuencia, aumentará la presión por darles una solución.

6. Problemas de salud de la vejez

Se afirma que las Isapre no han resuelto el problema de salud de la vejez. Esto es auténtico, pero no por culpa de las Isapre, sino porque el sistema Isapre no fue concebido para hacerlo.

Al momento de crearse el sistema y simplificando al máxi-

mo las cosas la población del país se podía dividir en: viejos y jóvenes. Y éstos a su vez en viejos acomodados y viejos pobres; jóvenes acomodados y jóvenes pobres.

El sistema no se creó para los viejos sino para trabajadores activos dependientes o independientes. Por lo demás los viejos acomodados no tenían problema y los viejos pobres, subproducto de un sistema previsional que los transformó en tales, eran netamente un problema del Estado.

Los jóvenes pobres que no tenían acceso a las Isapre iban a envejecer sin tener acceso a ellas en su gran mayoría.

Los jóvenes más acomodados que tuvieron acceso iban a envejecer en las Isapre y ese era y es el problema. En previsión de esto, la ley estableció el contrato de salud de plazo indefinido, con lo que no se pueden deshacer de sus afiliados cuando ellos envejecen.

En todo caso, vale la pena dimensionar el problema para desmistificar muchas ideas erróneas que circulan en torno a él.

Al 31 de diciembre de 1993 las Isapre abiertas tenían 3.230.000 beneficiarios. De éstos 44.321, vale decir el 1,37% del total, contaba, con 65 o más años. Llevadas estas cifras a una pirámide poblacional resulta una similar a la que tenía Chile en la década de 1930. Es por lo tanto una población eminentemente joven.

Al respecto caben tres pensamientos que son parcialmente aplicables a la situación de un *sistema de salud general subsidiado:*

1. Con un régimen de pensiones basado en la capitalización individual eficientemente administrado, al momento de pensionarse, la persona recibirá una jubilación equivalente a entre 70 y 80% de su remuneración como activo. Además dejará de seguir cotizando en el régimen de pensiones entre el 12 y 13% de su remuneración y su estructura de gasto familiar se habrá ya liberado de todos los gastos demandados por sus hijos: educación, vestuario, recreación, etc.. *Por lo tanto, dispondrá de bastante más para dedicar a salud.*

2. El mayor gasto de salud de los viejos es sólo en parte genuino y ocasionado por su condición biológica; pero en buena medida es inducido por una estructura de atención médica, que al menos en Chile desconoce por completo la geriatría y la gerontología. Esos mismos viejos reputados

de gastadores, introducidos en esquemas o planes que privilegien las medidas profilácticas y preventivas, verán disminuir drásticamente su gasto en salud.

3. Un sistema que opera sobre la base del reparto solidario entre sus usuarios y que está constituido por una población eminentemente joven debe poder hacer frente al mayor gasto de los viejos, especialmente si éstos representan apenas el 1,37% del total.

Las dos primeras ideas desarrolladas son enteramente extrapolables a la situación de un sistema general de salud. No así la tercera porque la población del país de mayores de 65 años es del orden del 6,5%.

7. Falta de equidad

Se tiende a confundir el término equidad con igualdad o uniformidad.

Equidad es sinónimo de justicia y ella consiste en dar a cada cual lo suyo, lo que le corresponde.

Lo justo es que todos tengan al menos cubiertas sus necesidades básicas de salud.

El que pueda que lo haga con sus medios y si le sobra para más, que obtenga más, es suyo y le corresponde. Por lo tanto, es justo. Si no puede cubrir sus necesidades básicas con lo propio, lo justo es que el resto de la sociedad en una actitud solidaria lo haga. Para eso están los impuestos que recauda el Fisco y que debe transformar en los subsidios que el Estado otorga a los necesitados.

La equidad aquí consiste en que el subsidio realmente se focalice en las personas necesitadas y que se use con el máximo de eficiencia.

Luego el sistema Isapre no adolece de falta de equidad ni entre sus componentes ni respecto de los usuarios del régimen general de prestaciones.

Dudosa es la situación de este último, porque el subsidio estatal no se focaliza en las personas necesitadas sino en establecimientos de salud que atienden, según declaración de la autoridad, a necesitados y a quienes no lo son, con recursos en cuya asignación y uso la eficiencia no es la característica saliente.

Un sistema de salud basado en un subsidio directo a la persona administrado con eficiencia por el sector privado organizado para ese fin es infinitamente más equitativo. Luego el factor importante para lograr la equidad es la eficiencia en el otorgamiento del subsidio y en su uso.

8. Dolo cometido por usuarios y prestadores

El dolo cometido contra las Isapre es un hecho, si bien es difícil de cuantificar porque sólo se tiene acceso a aquel que se detecta. Adquiere diversas formas, desde la relativamente inocente suplantación de persona para que tengan acceso a beneficios quienes no tienen derecho a ellos, hasta sofisticadas maniobras donde se coluden usuarios, prestadores y terceros.

El tema se menciona porque incide indudablemente en los costos no sólo de las prestaciones obtenidas indebidamente, sino en los costos administrativos en que se debe incurrir con el objeto de detectarlo, prevenirlo y controlarlo.

El sistema estatal no está ni jamás estuvo exento de él y esto, en buena medida, debido al sistema de subsidiar a los establecimientos en lugar de las personas, porque así, con su subsidio asegurado, el establecimiento no tiene ningún incentivo para identificar al usuario y distinguir entre el que tiene derecho a una prestación del que no lo tiene.

9. Subsidios por incapacidad laboral

El subtema, aunque se aparta un tanto del tema central, se trae a colación por su alta incidencia en el costo de salud, ya que por pagarse estos subsidios con cargo a la cotización de salud deben considerarse como un gasto de salud.

En efecto, al 31 de diciembre de 1993 el gasto en subsidios por incapacidad laboral significó al sistema Isapre una suma equivalente al 15,13% de sus ingresos de explotación y un 19,4% de sus costos de explotación, sin incluir en estas cifras el costo de administrar el sistema de licencias y subsidios. Y lo que es más grave, este costo, desde algún tiempo, viene exhibiendo una tendencia al alza.

Nadie puede desconocer que el subsidio por incapacidad laboral es una conquista social importante, toda vez que logra man-

tener el poder adquisitivo del trabajador cuando éste, por causa de una enfermedad, debe abandonar su trabajo y, por ende, deja de recibir su remuneración habitual.

Con todo, debe reconocerse que el sistema ideado por el legislador chileno colocó todos los incentivos en aquellos lugares donde hacen prácticamente ineludible que *se tienda a abusar en el uso de las licencias médicas que originan el pago de los subsidos.* En efecto, los actores en juego son: el trabajador, el médico que otorga la licencia, el empleador, el ente pagador del subsidio y los Compines que resuelven contiendas entre el trabajador y el ente pagador (Isapre y Fonasa).

i) Al trabajador le conviene una licencia lo más prolongada posible no sólo para garantizar la recuperación de la salud perdida por la enfermedad, sino porque es mucho más agradable percibir la remuneración haciendo reposo en su casa que trabajando.

ii) Al médico, la licencia no le cuesta nada. Por el contrario mientras más prolongada sea más grato tendrá a su paciente que le será fiel en futuros episodios de enfermedad.

iii) Al empleador tampoco le cuesta nada. Por el contrario, se ahorra el pago de la remuneración, de tal modo que si puede reemplazar al trabajador sin contratar a un substituto consigue un ahorro neto.

iv) El ente pagador debe pagar el subsidio por el equivalente al total de la remuneración y por el total de los días estipulados en la o las licencias. Es cierto que puede modificar la licencia original acortándola, pero el trabajador puede apelar ante el Compin por esa modificación.

v) El Compin por razones obvias tiende a darle la razón al trabajador.

Y así, el sistema de salud se ve privado de otorgar prestaciones de salud por un monto altísimo.

Debe tenerse en cuenta que 23 días anuales de licencia médica consumen el 100% de la cotización de salud de ese año.

10. El costo creciente de la atención médica

El aumento del costo de producción de los servicios de salud por encima de la inflación y el consiguiente aumento del gasto en salud por encima del crecimiento de la población constituyen un fenómeno universal, que preocupa hondamente y del que Chile no ha escapado. Afecta tanto al sistema Isapre como al sistema estatal, si bien las causas en uno y otro caso puedan ser algo diferentes.

En general *se han identificado siete factores en el origen de este fenómeno,* los que actúan en forma conjunta y estrechamente inter relacionados.

i) Cambios demográficos que se traducen en un envejecimiento paulatino de la población con el consiguiente cambio en el perfil de las patologías más prevalentes. Es lo que se ha llamado la transición epidemiológica mediante la cual comienzan a emerger con cierta fuerza las enfermedades crónicas degenerativas, tumorales y los accidentes y violencias, todas de manejo diagnóstico y terapéutico de alto costo.

ii) El aumento de la demanda de servicios por una población cada vez más educada en el uso de estos servicios y cada vez más consciente de sus derechos a la salud, aunque, por desgracia, no más consciente de sus deberes para con su salud y la de los demás.

iii) El desarrollo y generalización en el uso de nuevas y costosas tecnologías, basadas en equipos que entran en rápida obsolescencia y que deben ser amortizados en breve tiempo. A ello se agrega una poderosa máquina publicitaria que recomienda su uso sin que su mensaje se base en evaluaciones científicas sobre su eficiencia.

iv) El aumento general del costo de los recursos básicos de producción de los servicios, incluidos insumos y mano de obra.

v) La falta de incentivos en los usuarios para controlar la demanda, ya que al estar o subsidiados por el Estado o cubiertos por seguros de salud presionan por una atención lo más completa posible, sin considerar el costo que lo paga un tercero (moral hazard)

vi) Una mala gestión que se traduce en ineficiencia en la

asignación y el uso de recursos costosos que son subutilizados. Esto se refiere tanto a recursos materiales como humanos.

vii) La demanda de servicios inducida por los prestadores motivada por incentivos económicos que los benefician en la medida que esa demanda crece.

Frente a los primeros cuatro elementos enumerados es poco o nada lo que puede hacer el administrador de salud.

Los cambios demográficos y el aumento de la demanda de una población con un mejor acceso a los servicios de salud tienen una dinámica propia un tanto inexorable.

Otro tanto puede decirse respecto de la incorporación de nuevas tecnologías y de los crecientes costos en la producción de servicios que cada vez son más complejos y sofisticados.

La demanda originada en el llamado «moral hazard» (riesgo ético) en poblaciones cubiertas por servicios que no representan un costo directo para el usuario puede y debe controlarse con los llamados co-pagos que representan un porcentaje del costo de la prestación que el usuario debe pagar al momento de requerirla.

La ineficacia en la gestión que es el factor que pesa con más fuerza en los sistemas estatales, obviamente debe intentar corregirse. Ello es, sin embargo, difícil de lograr en sistemas que están inmersos en una maraña de regulaciones burocráticas propias de la administración del Estado: plantas fijas de personal, inamovilidad en los cargos, presupuestos elaborados centralmente, imposibilidad de crear incentivos, etc..Es frente a este factor donde el sector privado tiene claras ventajas comparativas, que deben ser aprovechadas para el bien de la comunidad.

El *aumento de la demanda inducida por los prestadores* que se benefician económicamente con ella se da básicamente en dos situaciones:

- Cuando quien origina la demanda por un servicio es el proveedor de ese servicio. Es el caso de médicos que junto con ejercer como médicos clínicos son los propietarios de equipos, aparatos o tecnologías por cuyo uso cobran aparte.
- En los esquemas organizativos en que el pago se hace por acto médico, en que el profesional crea en el usuario la

necesidad de sobreconsultar. Este elemento se combina fuertemente con la demanda originada en el riesgo moral.

Este factor, en sus dos versiones, está fuertemente presente en la curva ascendente del gasto en el sistema Isapre y lo estará en cualquier sistema que opere sobre la base del pago por acto.

La *modalidad de médico clínico y empresario de tecnología* tiene fuertes connotaciones éticas y es por lo tanto muy delicada de abordar. Es probable que el Colegio Médico o las Sociedades Científicas respectivas debieran tomar cartas en el asunto.

En cuanto al pago por acto como factor inductor de demanda innecesaria debe enfrentarse eliminando esa modalidad. El extremo más drástico es ir derechamente al médico funcionario, sistema en que por la falta de incentivos se resienten la eficiencia del sistema y la calidad del servicio. Pueden intentarse modalidades mixtas con un sueldo base fijo más una variable por productividad. Pueden ensayarse sistemas de capitación. Sin embargo, el sistema que, al menos en teoría, aparece como *el más atractivo consiste en involucrar a los médicos ubicados en el nivel primario de atención en la gestión global del sistema.* Si los médicos de ese nivel tienen un incentivo para regular la demanda de los otros niveles, se habrá dado un paso importante en el control del gasto en salud. La experiencia en Estados Unidos con las HMOS así lo avala.

11. Cobertura en caso de desempleo

Los contratos entre las Isapre y sus afiliados establecen el pago de una cotización mensual convenida, que en el caso de los trabajadores dependientes es, como mínimo, un 7% de la remuneración que el empleador descuenta de ésta y entera en la Isapre. Si el afiliado pierde su empleo se pueden dar las siguientes situaciones:

i) Continuar cotizando en la Isapre con fondos propios en calidad de afiliado voluntario.

ii) Cotizar, también en forma voluntaria y de fondos propios, un 7% sobre un salario mínimo, pero en Fonasa, con lo que tiene acceso a las modalidades que ofrece esta institución, ya sea en la modalidad institucional o de libre elección.

iii) Adscribirse al Fonasa en calidad de indigente en cuyo caso podrá utilizar sólo la modalidad institucional.

7. La legislación en salud

Si bien todo sistema de salud debe enmarcarse dentro de un contexto legal, esa legislación debe ser lo menos restrictiva posible, especialmente si el actor principal es el sector privado. Un buen ejemplo de lo afirmado ha sido la trayectoria del sistema Isapre. Contra todo lo pronosticado (y haciendo frente a la peor recesión del siglo en 1981-83), el sistema tuvo un vigoroso despliegue y rápido crecimiento normado inicialmente por el DFL3 de 1981 del Ministerio de Salud. Con posterioridad la ley que creó la Superintendencia de Isapre introdujo una serie de regulaciones que, si bien no lograron frenar su crecimiento, incidieron en un aumento en los gastos de administración. Imperfecciones que el sistema aún tenía a fines de los '80 y que se pretendió corregir mediante un nuevo proyecto de ley que ha tenido una tórpida tramitación parlamentaria y que el mercado las ha ido corrigiendo de tal modo que el tal proyecto ya no es necesario.

Es el caso de carencias, exclusiones, preexistencias, sobrecotizaciones, situaciones catastróficas, etc..

Luego, para que el *sector privado extienda su participación en salud como actor protagónico en un sistema global basado en el subsidio a las personas y en la administración privada de la infraestructura de salud,* requiere de una legislación que sea amplia y no restrictiva y sobre todo que sea estable. Si el sector privado se involucra en un sistema como el bosquejado, necesariamente va a tener que realizar inversiones, que en salud son no sólo cuantiosas sino que proyectadas al mediano y largo plazo. Y si las reglas del juego no son claras y estables en el tiempo, el sector privado no se va a interesar por incursionar más profundamente en salud porque el país le ofrece otras opciones más atractivas.

Luego, estos aspectos legislativos son esenciales de considerar cuando se estudia el rol que el sector privado puede llegar a jugar en salud.

Para terminar

Respecto de dos sub-mercados que en el esquema esbozado tendrán que adquirir gran relevancia:

1. El mercado de la *infraestructura y de su administración.* El sector privado ha demostrado su capacidad de gestión en este mercado administrando en la actualidad más de 10.000 camas hospitalarias contenidas en clínicas generales y especializadas de tamaños variados y niveles de complejidad tecnológica acordes con la demanda. Además, administra complejos centros de diagnóstico y terapéutica ambulatorios, simples centros médicos, laboratorios, centros radiológicos, etc..
   Abocados a la administración de los establecimientos que hoy administra el Estado, se puede prever que en ellos una más eficiente gestión que, por ejemplo, disminuya el promedio de días-estada por egreso a cifras del orden de 4 o 5 días *producirá un incremento importante de la oferta de camas.* Ello, unido a la tendencia evidente de privilegiar las prestaciones ambulatorias, llevará al cierre de establecimientos que ya no serán rentables, sea por su tamaño, su obsolescencia o su ubicación que inicialmente obedeció más a razones políticas que técnicas.
   Se producirá, entonces, una racionalización de este oneroso recurso.

2. *El mercado de los prestadores,* especialmente los profesionales médicos, deberá también adaptarse a nuevos esquemas de trabajo impuestos por las necesidades del mercado. No extrañará que la práctica privada «químicamente pura», esto es pagada por acto médico, tienda a disminuir fuertemente y que el quehacer médico tenga que aceptar otros modelos que pueden ir desde la *funcionalización de los médicos, pasando por el pago por capitación o población asignada* para llegar idealmente a la involucración de los médicos en la gestión, lo que significa asumir algunos riesgos en oposición a sus ganancias.

En síntesis

No hay ninguna razón que impida al sector privado intensificar y extender el rol que actualmente juega en las áreas definidas como de atención en salud y más específicamente en atención médica. Para ello debe participar activamente en la administración de los subsidios estatales a la salud y de los establecimientos asistenciales.

En su nuevo rol encontrará, con seguridad, los mismos problemas que han debido enfrentar las Isapre y por eso se usó este sub-sistema como modelo de análisis.

El gran desafío estará centrado en el control de los costos crecientes de la atención médica originados, entre otros, por el envejecimiento de la población, las enfermedades catastróficas, la incorporación de nuevas tecnologías de alto costo y muy especialmente por la demanda innecesaria inducida por prestadores que profitan económicamente con ella y aceptada por usuarios que poco o nada tienen que decir al respecto si a ellos nada les cuesta: moral hazard. ●

Capítulo 4

LAS REFORMAS

REFORMAS DEL SECTOR SALUD

JOSE PABLO GOMEZ M.

Ingeniero Civil de Industrias, Pontificia Universidad Católica de Chile. Master of Arts in Economics, Georgetown University. Jefe del Departamento de Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud. Autor de diversas publicaciones en su especialidad.

1. Introducción

El fenómeno de la globalización hace que las tendencias y los nuevos paradigmas mundiales predeterminen nuestro diseño de futuro como país y como sector: estamos hablando de mayores expectativas de la gente, exigencias de mayor participación social, imperativo de eficiencia en el uso de los recursos, ensanchamiento de ámbitos para la iniciativa privada, desburocratización de los aparatos estatales, énfasis en el rol regulador de los estados, etc..

En el sector salud, la década de los noventa se ha caracterizado por una crítica incapacidad de los países para responder a los problemas y desafíos emergentes. El fracaso de las acciones, estrategias y estructuras tradicionales ha embarcado a la mayoría de ellos en procesos de revisión conceptual y reforma de los sistemas de salud.

Las reformas en salud constituyen, sin duda, una de las características del devenir de los países en la presente década.

Aun en los países más desarrollados se produce el enfrentamiento, aparentemente insanable, de dos situaciones contradictorias: la insatisfacción creciente de los usuarios por problemas de acceso y calidad de la atención y, por otra parte, la incapacidad de responder a ellas en situación de restricción financiera frente a los crecientes costos que la tecnología de resolución de problemas impone.

En torno a este dilema se han ido desarrollando experiencias de solución que, si bien en su gran mayoría no son replicables, han generado nuevos paradigmas que hoy se asumen incluso más

allá de los límites del mundo occidental. Los más relevantes en el ámbito temático de este artículo son los siguientes:

a) A partir de la expansión y consolidación de modelos económicos y sociales que privilegian el mercado como asignador de recursos, a los estados corresponde el rol de orientadores del desarrollo de la industria de salud. *En escenarios de clara subsidiariedad, con criterios de focalización de recursos hacia sectores pobres marginados del mercado,* el Estado debe asumir complementariamente roles de financiamiento y prestación directa de servicios de salud.

b) La condición limitada de los recursos económicos frente al sostenido aumento de la demanda y de los costos en salud *obliga a los países a priorizar los objetos de gasto,* tanto a nivel público como individual y privado. Dichas prioridades deben ser establecidas de manera participativa, con el fin de posibilitar el control de las expectativas, la contención de la demanda y el enfrentamiento de alzas en los costos.

c) En coherencia con lo anterior, *los estados deben promover la eficiencia del gasto y la equidad en el acceso a los servicios de salud,* para lo cual es imprescindible definir con claridad los «productos» (atenciones, servicios o prestaciones) que la sociedad privilegie y sea capaz de solventar, así como las poblaciones clientes de tales productos.

d) El modelo económico social de mercado permite reducir en el sector salud la tradicional integración vertical, abandonando el Estado paulatinamente su participación en los primeros eslabones de la cadena productiva (fármacos, sueros, alimentos). A la vez, se puede *incrementar la eficiencia de los sistemas públicos de prestaciones por la vía de abrir ese ámbito al sector privado,* allí donde la competencia sea posible y beneficiosa para los usuarios.

e) La consolidación de la democracia como el marco más apropiado para el desarrollo económico y social exige que las políticas de salud sean debidamente informadas a la población y consensuadas a nivel de organizaciones políticas y sociales. Más aún, la *participación activa de la comunidad organizada en la prevención de enfermedades y fomento de la salud* está llamada a jugar un papel fundamental en

la economía de la salud, tanto a nivel de individuos como de naciones.

En Chile, la política social y económica de los gobiernos de la Concertación no ha sido ajena a estos paradigmas. A nivel global, el concepto de crecimiento con equidad sintetiza con claridad el imperativo ético de generar las condiciones para que los sectores pobres puedan incorporarse, con autonomía y dignidad, al modelo económico social de mercado adoptado por el país.

En la práctica, este principio ha servido de orientación para la articulación de las políticas económicas y sociales. Por una parte, *promoviendo la actividad privada como motor del desarrollo económico y*, por otra, *por la vía de la modernización del Estado*, garantizando probidad y eficiencia en el uso de los recursos que administra. La posibilidad de la equidad tiene mucho que ver con esto último, dado que dichos recursos están destinados a subsidiar a los sectores más pobres en la satisfacción de sus necesidades básicas.

En el sector salud, las políticas que impulsa la actual administración recogen esta integración de las políticas económicas y sociales del país, en cuanto a la búsqueda de una mayor eficacia en las políticas, de una mayor equidad en el financiamiento y en el acceso a la salud y el logro de una mayor eficiencia productiva.

Así, y concordante con los objetivos de este libro, el propósito de este artículo es presentar algunas reflexiones en torno al caso chileno en cuanto reforma del sector, de modo de analizar las *líneas de acción que, a la luz de la evolución del sistema de salud, aparecen como prioritarias.*

2. Reforma del sector salud

La historia del sector salud chileno está imbuida por la activa participación del Estado. A fines de la década de los '70, se produce una profunda reorganización de la seguridad social chilena, siendo salud una de las áreas más afectadas. En particular, en no más de un par de años, se crearon el Sistema Nacional de Servicios de Salud, Fonasa y las Isapre.

Se asignó como ámbito *para la responsabilidad del Ministerio de Salud* a todo el sector, tanto público como privado, en materias normativas y fiscalizadoras y en lo relativo a las acciones de tipo

preventivo y promocional. Por otra parte, tiene responsabilidad directa en el financiamiento a los beneficiarios del Estado e incluso en la provisión de prestaciones curativas.

Ello es punto de partida para el proceso de cambios iniciado en el sector a partir del advenimiento de la democracia, el que se describirá en este capítulo, para lo cual primero se presenta un brevísimo marco metodológico.

2.1 Marco metodológico para el diseño de líneas estratégicas

Para el diseño de los procesos de modernización es necesario realizar distinciones en cuanto a los ámbitos en los cuales diseñar y desarrollar acciones. Esto es especialmente relevante en contextos donde la complejidad de los problemas y sistemas de salud ha crecido, por ejemplo fruto de la incorporación del sector privado al mercado de seguros o por los cambios en los perfiles epidemiológicos. En este contexto las taxonomías de análisis son relevantes.

Gran parte de la experiencia internacional y la literatura en salud hoy reconoce —y sugiere— separar tres *grandes funciones en el sector:* función rectora, normativa y reguladora, función financiera y función ejecutora, las que a continuación se caracterizan, en términos generales:

- La *función rectora, normativa y reguladora,* asociada a la actividad ordenadora de los sistemas de salud, lo cual incluye por cierto lo legislativo, normativo y fiscalizador sobre las acciones de salud o con impacto en la salud de las personas.
- La *función financiera* asociada a la organización de los recursos necesarios para el financiamiento de las acciones de salud, lo cual incluye el desarrollo de sistemas de financiamiento que garanticen el acceso a la salud y la generación de mecanismos de cobro y pago que estimulen la eficiencia y calidad del uso y producción de las prestaciones.
- La *función ejecutora* asociada a la actividad proveedora de servicios.

La separación de estas funciones se sostiene en la factibilidad de proceder a evaluar de mejor manera la actuación de las entidades públicas y privadas respecto de estas funciones. De este modo, la función rectora se evalúa desde el punto de vista de la eficacia y eficiencia, así como también se evalúa desde la equidad la actuación de los estados en el financiamiento de la salud, por citar algunos ejemplos.

Adicionalmente, se reconoce en la actualidad *la existencia de tres mercados* (al menos) en una Industria de Salud. Estos son: un *mercado de aseguradores* de salud que compite por obtener las cotizaciones de los afiliados, un *mercado de prestadores o proveedores* que compite por los fondos de los asegurados en salud y un *mercado de insumos* de salud, los que incluyen desde los fármacos e insumos hasta los recursos humanos.

El Estado frente a estos tres mercados asume el rol de ejecutor de la función rectora, asumiendo el liderazgo y la conducción del desarrollo de la Industria. *De competencia exclusiva del Estado aparece sólo esta función,* por cuanto las funciones financieras y proveedoras pueden y son asumidas por entes privados en conjunto con entes públicos.

2.2 Líneas estratégicas

Desde la perspectiva planteada, cuando el Ministerio de Salud chileno se enfrenta a un proceso de cambios lo hace desde el punto de vista de los roles que asume, uno de los cuales constituye un aspecto de responsabilidad exclusiva del Estado.

Por ello, en adelante se asumirá dicha óptica, la del proceso de *cambios conducido por el Ministerio de Salud* como organismo de Estado, y donde los componentes del proceso tienen que ver con el perfeccionamiento de su actuación en cada uno de los campos delimitados por las funciones descritas.

Es por ello que se presentará *la reforma en ejecución como un proceso de fortalecimiento de roles asumidos por el ministerio,* a partir del contexto social y político vigente y del marco metodológico esbozado.

2.2.1 Fortalecimiento del rol rector

El rol rector del Estado en Salud asume tanto la forma de liderazgo en el diseño en el Sistema de Salud como el rol normati-

vo, del cual se derivan actos de fiscalización. Para efectos de este texto, se podría suponer que en el ámbito estrictamente legal, la plasmación de este rol da origen al Rol Regulador del Estado en Salud.

El paradigma de la rectoría es la de *orientar el desarrollo de la Industria de la Salud*, en beneficio de los individuos, tanto en lo que a mercados de prestadores como a los mercados de seguros y de insumos para salud se refiere.

Desde esta perspectiva, *se promueve la participación de actores múltiples en cada uno de los mercados*, no restringiendo el Estado su acción por el hecho de ser propietario de una gran cantidad de establecimientos asistenciales. *Se actúa como promotor de la competencia* en los ámbitos donde claramente existe eficiencia económica y social en ello.

Un buen ejemplo es la actividad curativa de alta complejidad, donde esta orientación implica garantizar el financiamiento de acciones con independencia de donde éstas se realizan, y tomando en consideración la garantía de calidad de los productos, de la prioridad que dichas atenciones tengan para el grueso de la población (y que se manifiesta como financiamiento subsidiario) y el costo que para la sociedad —en su conjunto— tenga el proveer de dichos bienes.

Bajo esta óptica el Ministerio de Salud ha asumido como líneas de trabajo las siguientes:

i) Redefinir modelo de atención.

Todo sistema de salud tiene explícita o implícitamente un modelo de atención que les da sentido a sus flujos financieros, a sus inversiones, a la estructura y crecimiento de sus recursos humanos. La mayoría de las veces, *la no explicitación de dicho modelo denota una «no definición»*, cuestión que determina a su vez una notable desorganización a nivel de sistema.

Por este motivo, en el entorno actual, la línea asumida por el ministerio en cuanto redefinición del modelo de atención es en extremo relevante. Redefinirlo implica asumir, en primer lugar, *abandonar la lógica autárquica de los «subsistemas» público y privado.* En efecto, al existir (abierta o encubiertamente) transferencia de pacientes, competencia en el mercado de insumos para salud, competencia en el mercado de recursos humanos, etc., se está observado una realidad no explicable por la separación tradicional pública

y privada. Esta primera consideración permite diseñar permanentemente estrategias de resolución de problemas de salud donde la *infraestructura pública y la privada son parte de un único sistema* y donde, por lo tanto, se promueve el desarrollo no sólo del aparato productivo de propiedad pública, sino también el privado.

En segundo y último lugar, porque el *modelo requiere y entrega orientaciones «marco»*, las cuales pueden incluir desde las prestaciones o atenciones consideradas más importantes hasta el rol y amplitud de la promoción y prevención de la salud o de la tecnología de resolución ambulatoria.

ii) Reformulación de los programas de salud

Como aspectos normativos específicos, el Minsal ha planteado *reformular y actualizar los programas de salud*. En primer lugar, porque los programas reflejan conjuntos protegidos de prestaciones y, por lo tanto, una repriorización de problemas de salud implica la redefinición de los programas.

En segundo lugar, porque al redefinirse los roles del Estado en salud se debe avanzar hacia una *estructuración programática centrada en metas y estrategias preferidas para enfrentar situaciones en salud*, superando la existente hasta la década de los '80 centrada en procesos y mezclas de factores.

Finalmente, porque se debe buscar que los programas de salud tengan un *ámbito de aplicación* que no es sólo el público sino también el privado, reconociendo las distintas realidades regionales (no sólo la nacional).

iii) Fortalecimiento de la función de control de fármacos e insumos.

Esta línea estratégica se justifica por cuanto es necesario cada vez más en el mercado de insumos (fármacos y tecnología en general) conocer y estandarizar las funcionalidades de dichos insumos, promover la disponibilidad de aquellos que demuestren ser costo-efectivos y desincentivar la producción o expendio de aquellos de impacto ambiguo o costo no afrontable.

Ello obligará a *revisar la normativa existente y el rol del Instituto de Salud Pública* en este ámbito específico, pues en el caso presente dicha regulación sobre el mercado de fármacos debe ser consistente con el desarrollo del sector farmacéutico y con la ley de patentes, así como propender a la reducción de costos de transac-

ción entre proveedores de prestaciones públicos y privados y proveedores de fármacos.

2.2.2 Fortalecimiento del rol financiero

En principio, el financiamiento del Estado puede estar dirigido a apoyar a los demandantes de servicios de salud o a los oferentes de ellos. En el escenario establecido por la opción de Economía Social de Mercado, el *rol de apoyo a la oferta* podría estar orientado básicamente al ámbito crediticio, mientras que *el apoyo a los demandantes* puede asumir varias formas simultáneamente:

i) Un rol subsidiario de la capacidad de pago de los pobres e indigentes.
ii) Un subsidio hacia prestaciones específicas de los no pobres.
iii) Principalmente por motivos meritorios (por ejemplo, el PNAC).
iv) La actuación como seguro público.

Ello lleva a considerar que, independiente de los instrumentos, el tipo de problemas a ser resueltos *no puede ser abordado sólo a partir del «subsidio directo a las personas»*, aun cuando sí a través de orientar los recursos hacia la solución de sus problemas y sus opciones manifiestas.

Todo lo anterior define como imprescindible una actualización de los mecanismos de asignación de recursos, *en la lógica de «pagar por salud»*, o más bien comprar productos (servicios o acciones) como parte de la cobertura de riesgo de enfermar de una población-cliente específica.

En el estado actual de exigencias sociales, la compra de prestaciones debe hacerse también con el *criterio de lograr ciertos niveles de equidad*, en el sentido de respetar predefiniciones de acceso, provisión o riesgo de enfermedad respecto de algún ideal (igualdad total, cierto estándar financiable). Dichas predefiniciones de equidad requieren también de ordenamientos o prioridades respecto de los objetos de financiamiento en salud, o más bien jerarquías reconocibles sobre los tipos de prestaciones, las coberturas y las poblaciones elegibles para el uso de mayores recursos en salud.

El ministerio ha asumido la tarea del *fortalecimiento del*

seguro público, tanto en lo correspondiente a la identificación de grupos poblacionales donde focalizar los subsidios como en los aspectos de administración del mismo seguro (identificación y gestión sobre los ingresos —particularmente cotizaciones—, así como sobre los gastos). Ello, por cuanto una institución responsable de actuar como el ente financista del sector público debe poder:

i) Conocer *a su población beneficiaria y a su población cotizante.* Esto puede ayudar no sólo a diseñar mejor los esquemas de atención a los cuales tienen derecho dichos beneficiarios y cotizantes (planes),

ii) Construir *esquemas de distribución de recursos sobre bases equitativas,* con definiciones aceptadas técnica y políticamente.

iii) *Aprovechar la existencia de incentivos económicos en el comportamiento de los proveedores* a través del establecimiento de mecanismos de transferencia de recursos que privilegien resultados en salud más que la provisión de acciones. Esto ya se ha iniciado con la implementación del sistema de pago asociado a diagnóstico (PAD-PPP) y del sistema per cápita.

2.2.3 Fortalecimiento del rol ejecutor

Si hubiese que definir el espacio productivo del Estado en salud, podría partirse del entorno planteado por los principios de la economía social de mercado. En éste, la acción productiva es asumida por el Estado (en cualquiera de sus formas) sólo cuando los privados no pueden o no desean asumirla, pese a ser promovida por el mismo Estado. La actividad privada, así vista, es una alternativa para proveer bienes y servicios de salud.

Sin embargo, hoy *Chile debe hacerse cargo de una historia.* Existe una red asistencial de propiedad pública que coexiste con una gran cantidad de establecimientos privados, de modo de constituirse en una potencialmente poderosa red de atención de salud a la población, en la medida que se *articulen como alternativas competitivas.* Para toda esta red, el desafío es minimizar los costos de producción, de modo, que, a nivel país, los recursos destinados a salud puedan responder a necesidades (manifiestas o no) de los usuarios y no sólo a prioridades originadas en prestadores.

De este modo, y aun cuando persistan trabas para una competencia efectiva, *una tarea ineludible es el mejoramiento de la gestión a nivel de la red asistencial pública.* Como antecedente de la experiencia internacional se tiene que la privatización *per se* no contribuye a mejorar los niveles de eficiencia, de modo tal que esta vía no aparece en el corto plazo como una respuesta técnica razonable.

El *Ministerio de Salud ha asumido esta tarea con una serie de actividades y conductas,* entre las que se cuentan:

i) La aceptación y promoción de *locus de control externos al sector,* particularmente para la evaluación de la población de la acción tanto de proveedores como de planificadores.

ii) La *adopción de tecnologías de administración más modernas,* las cuales incluyen desde aprehensión de instrumental informático hasta capacitar a los directivos en administración.

iii) Adicionalmente, *la actualización de los sistemas de información y bases de datos,* de manera que se pueda contar con información oportuna y suficiente para mejorar la gestión.

iv) La adopción de prácticas como el *control de gestión rutinario, la evaluación de la productividad, la evaluación de proyectos,* etc..

v) El diseño de *marcos legales que permitan mayor movilidad entre los factores, en particular de las normas de contratación.*

vi) El desarrollo de *mecanismos para operativizar la descentralización,* como los Compromisos de Gestión.

vii) Una completa *modernización en el ámbito de las adquisiciones,* centrada en la transformación de la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabas) en una entidad intermediadora.

La reforma de Fonasa es factor clave de éxito en este proceso, no sólo por los incentivos asociados a los mecanismos de transferencia de recursos, sino que por su orientación de seguro público las compras de prestaciones que realice propendan a generar competencia entre distintos proveedores públicos y privados.

2.3 Acciones complementarias a las declaradas por el Ministerio de Salud

Las líneas estratégicas planteadas en el capítulo anterior son el punto de partida para muchas de las acciones que el Ministerio de Salud ha estado realizando. Sin perjuicio de ellas, parece pertinente esbozar dentro del mismo marco la realización de acciones, actividades o cambios de conducta que fortalezcan el proceso.

Sin embargo, la implementación de muchas de estas ideas se tienen que entender en un contexto donde las condiciones sociales y económicas sean apropiadas, cuestión que supera la voluntad y capacidad del propio ministerio, involucrando al sector privado en salud, a los partidos políticos y a los gremios del sector.

Coherente con este contexto, se debería iniciar formalmente el *análisis de otros aspectos del fortalecimiento del rol rector.* Entre ellos:

i) El desarrollo de un esquema de *prioridades de atención,* evaluables cada cierto tiempo, en el cual la población y el mercado sepan cuáles van a ser las acciones, actividades y/o gastos que la sociedad y el Estado privilegian.

ii) *El desarrollo, para cada mercado, de los marcos analíticos e instrumentos de regulación,* intervención y de orientación más apropiados, orientados a maximizar los beneficios provistos por la participación y la competencia en salud y a promover el desarrollo de la Industria de la Salud. Estos marcos analíticos e instrumentos, en aspectos específicos de la operación de los sistemas de salud, deben permitir *incentivar la autorregulación o la participación de otros en estas* tareas (como los consumidores organizados), así como permitir la desrregulación.

iii) En el ámbito específico de los *seguros privados,* el desarrollo de sistemas de información al usuario que le permitan ejercer la libertad de elección en condiciones de satisfacción creciente. A la vez, estimular el diseño de formas de seguro que propendan a la eficiencia social y hacia una mayor equidad (como podrían ser los seguros colectivos).

iv) En el ámbito específico de los *seguros contra riesgos laborales,* el análisis de la actualización del esquema de financiamiento y de provisión de prestaciones (donde apa-

recen como relevantes el monto de la cotización a las Mutuales) y la regulación de los ambientes de trabajo.

v) En el ámbito del *mercado de prestadores*, organizar un esquema confiable de intervenciones del Estado a nivel de la infraestructura asistencial (acreditación de los establecimientos), de los procesos productivos, de las características de las prestaciones (utilidad, funcionalidad y calidad), de las condiciones de expendio (información al consumidor) y de las condiciones de compra (restricciones al consumo o utilización), por citar algunos aspectos.

vi) Respecto de la *organización de la red asistencial* bajo el nuevo modelo de atención, la actualización de las *redes de referencia*, de modo de aprovechar las competencias de distintos establecimientos (públicos, privados o de FF.AA.) en la provisión de prestaciones.

vii) En el *ámbito de los recursos humanos*, el análisis de los mecanismos para promover la reducción de los grupos y prácticas monopólicas presentes.

viii) Finalmente, como aspecto adicional, *analizar la posibilidad de regular la demanda*, entendida como tal la acción destinada a orientar el consumo de bienes de salud por parte de las personas. Por ejemplo, procurar la máxima información orientadora a los usuarios respecto de los productos ofrecidos en los tres mercados citados, de la entrega de información sobre el cuidado de su salud a las personas, como parte de los esfuerzos preventivos o promocionales y la entrega de información actualizada respecto de las posibilidades de recuperación del status de salud frente a ciertos eventos o tecnologías.

En lo concerniente a la función financiera, el ministerio podría realizar complementariamente las siguientes acciones:

ix) Reconocer los beneficios que como Estado está entregando a la población descubierta por el esquema clásico de seguros, enfrentada a prestaci*ones de alto costo o tercera edad.*

x) Desarrollar instrumentos innovativos de equidad, *que estimulen la eficiencia y eficacia.* En particular, los avances en el diseño de sistemas de pago por resultados o por persona pueden ser complementados con la construcción de

planes básicos (o paquetes esenciales de salud), donde prestaciones (o pares de patologías-tratamientos) son priorizadas de acuerdo a criterios de costo-efectividad.

xi) Aproximarse a *resolver el problema que significa la coexistencia de un sistema de reparto con uno de seguros individuales* o más bien desarrollar alternativas organizacionales que resuelvan ciertos aspectos derivados de la no existencia de repartos similares entre los sistemas de seguros públicos y privados.

xii) *Establecer esquemas de copago* que induzcan preferencias de los usuarios por las prestaciones que el Estado ha considerado prioritarias, cuestión de nuevo no sólo centrada en el ámbito de lo público, por cuanto la potencia del instrumento permitiría favorecer todas aquellas prestaciones con características de bienes públicos o con externalidades sobre los afiliados.

Finalmente, *en el ámbito de la función proveedora*, el ministerio —con la colaboración del sector privado— podría desarrollar las siguientes acciones:

xiii) Elaborar *nuevos modelos de gestión*. Un área potencialmente interesante es la de la autonomía a nivel hospitalario, no como un problema de propiedad, sino de flexibilidad para el manejo de los recursos.

xiv) *Promover la incorporación a la red de salud de organizaciones no gubernamentales* (ONG) bajo criterios de complementariedad.

xv) *Desarrollar modelos de administración* —que no necesariamente impliquen cambios de propiedad— que reconozcan la predominancia de la gerencia técnica, y que permitan la introducción de «Directorios» preocupados de compatibilizar roles sociales con sobrevivencia económica de los establecimientos asistenciales.

xvi) *Desarrollar acciones orientadas a privilegiar la contratación de factores* en la manera que el mercado provea para minimizar costos y riesgos de adquisición. Por ejemplo, la utilización del *outsourcing* en informática o la compra de servicios anexos (desde vigilancia hasta laboratorios) son herramientas que hoy liberan a los proveedores de las exigencias de inversión, de modo que transfieren el riesgo a quienes más conocen esos ámbitos específicos.

xvii) Como resultado de la exigencia de lograr mayor eficiencia, *evaluar el reemplazo y cierre total o parcial de establecimientos asistenciales.* El resguardo lógico, siempre, es que ello no implique una merma en la disponibilidad de atenciones de salud para la población.

xviii) Finalmente, utilizar *auditorías de gestión* y, particularmente, *auditorías clínicas* como instrumentos evaluativos y orientadores.

3. Consideraciones finales del proceso de reforma

3.1 Características temporales y culturales del proceso

La forma en que los países aborden sus propios procesos de modernización o reforma estará necesariamente *determinada por sus prioridades de salud pública y por los contextos sociopolíticos, económicos y culturales de los mismos.*

En el caso chileno las prioridades han acotado el diseño de líneas estratégicas a la búsqueda de mayor equidad —principalmente en el acceso a la salud—, de mayor participación y de fortalecimiento de la descentralización, de modo que se ha decidido centrar la atención en el Sistema Público de Salud, tanto en lo preventivo y promocional como en lo asistencial, *en una primera etapa. Como una segunda,* el mejoramiento de las capacidades regulatorias del Estado en salud y búsqueda de complementariedad con el sector privado.

Adicionalmente, debe considerarse que los *procesos técnicos también implican reformas culturales.* La coyuntura ha mostrado, en particular, reiterados quiebres Colegio Médico-Ministerio, que impactan tanto en la percepción de riesgo de la población, en cuanto su situación de salud, como en el Gobierno por la aparición de focos de conflicto. A la vez, genera temor la complejidad del sector, lo cual inhibe —en el ámbito de lo público— a los que plantean y/o debieran ejecutar acciones derivadas de soluciones simples. Finalmente, en el ámbito de lo público, la orientación al usuario pareciera, en sí misma, una tarea que exige cambio cultural.

A partir de lo observado, tres grandes lecciones pueden ser relevantes:

1. En primer lugar, no puede negarse la *existencia de multipli-*

cidad de conflictos de intereses en estos procesos. Los trabajadores de la salud, los partidos políticos, la empresa privada, etc., se resienten cuando el *statu quo* respecto de las responsabilidades sobre la salud de la población es alterado. Frente a ello, y reconociendo que a partir de lo anterior se generan difíciles contextos socio-políticos, resulta recomendable diseñar los procesos de implementación con el máximo de realismo y con un esquema de prioridades tal que permita minimizar el impacto técnico y económico en casos de conflicto declarado.

Así también es necesario insistir en la estrategia de buscar acuerdos sobre la «imagen-objetivo» de los sistemas de salud, de modo de legitimar los procesos de cambio y sus resultados.

2. Se debe reconocer la incertidumbre asociada a la existencia de espacios de indefinición técnica en los procesos de cambio. Por ejemplo, no resulta fácil a los países redefinir el modelo de atención y reestructurar la red asistencial o decidir cambios en la administración del seguro público de salud. Frente a ello, no se pueden desaprovechar los espacios de cooperación internacional entre nuestros países, en cuanto escenarios semejantes donde las discusiones técnicas se planteen de manera menos ideologizada y menos influidas por la coyuntura de algún país específico.

3. Resulta cada vez mas necesario *el diseño de estrategias comunicacionales* apropiadas para viabilizar el proceso. En particular, la estrategia de presentación intrasector del Estado como «comprador» de factores (recursos humanos, insumos, tecnología, etc.) y de prestaciones, así como del Estado regulador de las acciones de privados en la búsqueda del bien común.

3.2 Oportunidades y desafíos

Lo anterior, es decir el plan de trabajo del Ministerio de Salud y su relación con el entorno, plantea una serie de desafíos globales y específicos. Entre estos últimos, la constante supervigi-

lancia del proceso de mejoría en la gestión y obtención de ganancia-les de eficiencia y equidad.

1. Entre los desafíos se encuentra el adecuado abordamiento, principalmente desde la óptica del Rol Rector del Estado en Salud de una serie de problemas estructurales que —al menos para la opinión pública y para la clase política— aparecen como pendientes.

Entre ellos se encuentran *ciertos aspectos de funcionamiento del sistema de seguros privados.* Del mismo modo, aun cuando políticamente no se proyecte modificar la municipalización, y los planteamientos técnicos al respecto —no estructuralistas— no lo consideren necesario, es claro *el problema de la capacidad de gestión de la salud a nivel de las municipalidades.*

2. Un segundo desafío es el de la *intersectorialidad,* no sólo al interior de los organismos del Estado (donde aparece crucial para las actividades de promoción de la salud la acción sobre lo educativo), sino también con el sector no gubernamental, cuestión que cubre desde las ONG en el nivel primario hasta la utilización masiva de la infraestructura

3. Se plantean como *desafíos propios del perfil epidemiológico actual* temas como la salud mental, no sólo asociada a la adicción al alcohol y drogas, sino también a todo el esfuerzo mental derivado de los procesos nacionales de rápido crecimiento (*stress,* por ejemplo) y la Salud Ocupacional. Pensado en términos monetarios y no necesariamente éticos, es relevante, así como la Salud Ambiental, por sus consecuencias en los acuerdos de libre comercio o en la aceptación de nuestros productos de exportación.

Luego, el desafío es no *caer en Chile en un sistema donde prime la separación de los sectores público y privado* (mantenido en los hechos *ex profeso* por ambos) y *donde la innovación a nivel de sistema está restringida a la tecnología productiva,* pero no a todos los aspectos de la gestión. Ello, en un escenario mundial de reforma de los sistemas de salud, donde está imperando la complementariedad público-privada en administración de seguros y en la provisión, fuertes financiamientos públicos, funcionamiento regulado de los mercados, etc..

Existe una serie de oportunidades para ellos. Entre las primeras, y tal vez la más relevante, es la creciente preocupación y

discusión sobre el sistema de salud como un todo. En último lugar, la comunidad internacional se ha mostrado interesada en el proceso chileno, aun con sus vaivenes, como modelo para América Latina o los países en desarrollo, de modo que se abre un espacio donde —desideologizadamente— se puedan conocer nuestras fortalezas y debilidades. Sólo así se podrá colaborar en el diseño de sistemas de salud de países con una situación general más desmedrada que la nuestra en salud.

Resumen ejecutivo: Reforma del sector salud

El fenómeno de la globalización hace que las tendencias y los nuevos paradigmas mundiales predeterminen nuestro diseño de futuro como país y como sector. Así, en el sector salud, la década de los noventa se ha caracterizado por una crítica incapacidad de los países para responder a los problemas y desafíos emergentes. El fracaso de las acciones, estrategias y estructuras tradicionales ha embarcado a la mayoría de ellos en procesos de revisión conceptual y reforma de los sistemas de salud. En torno a este dilema se han ido desarrollando experiencias de solución que, si bien en su gran mayoría no son replicables, han generado nuevos paradigmas que hoy se asumen, incluso más allá de los límites del mundo occidental.

Para el diseño de los procesos de modernización es necesario realizar distinciones en cuanto a los ámbitos en los cuales desarrollar acciones. Gran parte de la experiencia internacional y la literatura en salud reconocen y sugieren separar tres grandes funciones en el sector: función rectora, normativa y reguladora, función financiera y función ejecutora. La separación de estas funciones se sostiene en la factibilidad de proceder a evaluar mejor la actuación de las entidades públicas y privadas respecto de estas funciones.

Desde la perspectiva planteada, cuando el Ministerio de Salud chileno se enfrenta a un proceso de cambios lo hace desde el punto de vista de los roles que asume: el rol rector, el rol financiero y el rol ejecutor. Las líneas estratégicas planteadas son el punto de partida para muchas de las acciones que el Ministerio de Salud ha estado realizando. Sin perjuicio de ellas, parece pertinente esbozar dentro del mismo marco la realización de acciones, actividades o

cambios de conducta que fortalezcan el proceso. Ello es lo que se analiza en este trabajo.

En este artículo se plantea revisar la línea estratégica para el proceso de reforma del Sector Salud, desde la óptica del Ministerio de Salud. El desarrollo de estas líneas permite diseñar actividades adicionales a aquellas que el Ministerio de Salud está realizando como una manera de fortalecer el proceso de reforma.

En primer lugar, se plantea el contexto global en el cual se desenvuelve el Sector Salud. A continuación, se presenta el desarrollo de las líneas estratégicas de un proceso de reforma, y se concluye con la sugerencia de acciones complementarias a aquellas en realización. ●

REFORMAS AL SECTOR SALUD EN CHILE

Contexto, Lógica y Posibles Caminos*

PHILIP MUSGROVE

Economista, PhD en economía, Massachusetts Institute of Technology. MPA, Princeton University. BA, Haverford College. Experto en Economía de la Salud. Trabajó varios años en la Organización Mundial de la Salud. Actualmente es funcionario del Banco Mundial. Autor de numerosas publicaciones especializadas sobre la salud y sus determinantes económicos. Desde 1990 ha asesorado las reformas en salud en Chile y otros países latinoamericanos.

* Lo expresado en este trabajo refleja únicamente las opiniones del autor, no debiendo interpretarse como una posición oficial del Banco Mundial, de sus directores ejecutivos, ni de los países que representan.

1. ¿UNA, DOS, TRES REFORMAS?

Cuando se discute la reforma del sistema chileno de salud, lo más natural es concebirla como el conjunto de cambios introducidos o propuestos desde 1990, cuando el primer gobierno democrático reveló sus planes para el sector y comenzó a buscar cómo hacerlos reales. Según esta interpretación, las reformas realizadas durante los años ochenta, en particular la creación de las Isapre, no hacen parte del mismo proceso. Es más, se realizaron hace tantos años que ya *contribuyen a definir el sistema que las reformas más recientes proponen cambiar.*

Es cierto que hay dos ondas distintas de reforma, emprendidas en muy distintos contextos políticos y con diferentes lógicas y objetivos. Sin embargo, también se puede verlas como dos fases de una reforma más completa y compleja, que está lejos de definirse en su totalidad, y aun más lejos de finalizarse. Según esta perspectiva, en el largo plazo puede que haya más convergencia que divergencia entre las dos fases, con objetivos y mecanismos importantes en común. Acaso existe una secuencia hegeliana de tesis (*fortalecimiento del sector privado)* —antítesis *(reforma interna del sector público)*— y síntesis, que permita entender el proceso de reformas en el sector de salud en Chile.

Para que así fuere, sin embargo, tendrá que llegarse a una síntesis. Esto plantea la pregunta ¿dónde van las reformas actuales, o cuáles son sus caminos futuros posibles o probables? Surge también la interrogante ¿habrá una tercera onda de reformas, surgida inmediatamente de aquellas que están en curso, pero aún distinguibles de ellas? De ser así, no es posible anticipar que pase casi una década

entre la segunda reforma y la tercera, ni que se requiera un cambio político tan profundo como ocurrió entre la primera onda y la segunda. No *obstante, en diez años más no estará claro si hubo una reforma, muy extendida en el tiempo; o dos, en fases distintas, o tres.*

Este breve artículo no pretende entrar en detalle sobre ninguna de estas reformas, particularmente en lo que refiere a su contexto político. Tal tarea quede para los que conozcan mucho más a fondo el sector y su historia reciente. En este artículo se pretende *concentrar sobre el contenido y la lógica de la segunda o actual onda de reformas,* enfatizando las razones que le dieron origen y ciertas limitaciones importantes que plantean preguntas generales que el sistema de salud tendrá que contestar de una u otra manera. Por lo tanto, no es un análisis cuantitativo. El balance de logros actuales o potenciales con estas limitaciones lleva a una apreciación general de las reformas en curso: *¿son radicales o tímidas? ¿cubren ampliamente al sector o tienen un enfoque (y un impacto) restringido?* Tales juicios dependen no sólo del contenido específico de los cambios, sino del contexto político y económico en que se dan; en ambos casos se notan contrastes interesantes con otros intentos o ideas de reformas al sector salud en América Latina.

Parte de estas reflexiones se dedica a la consideración de cuatro preguntas generales, las que parecen cruciales para la definición de los posibles caminos futuros de las reformas y para los efectos que puede tener seguir uno u otro de ellos. Estas preguntas se refieren:

i) A la naturaleza de los subsidios a la atención de salud (a la oferta o a la demanda).

ii) Al papel del sector público como alternativa de los pobres y no-protegidos si tiene que ser el último recurso, y si debe ser el único.

iii) Al sistema de referencia y contra-referencia entre los distintos niveles de atención, y en particular los incentivos para referir más o menos, y en distintas circunstancias.

iv) A que los que se anticipan van a ser los principales problemas de salud, y del sistema de salud, en el futuro inmediato y de mediano plazo.

Esta discusión termina con algunas sugerencias sobre las posibilidades de una síntesis más eficiente y más equitativa que la actual.

2. FUENTES DE LAS REFORMAS INICIADAS EN 1990

La explicación más fácil de las reformas lanzadas por el gobierno de Aylwin sería que después de casi veinte años en que dominaba una vision política-económica que favorecía al sector privado y al mercado libre, *era tiempo de revertir esa tendencia y recuperar el papel histórico del sector público chileno.* Sin embargo, una explicación tan general sobresimplificaría la situación, y no daría cuenta de las circunstancias específicas que el Gobierno enfrentó al asumir el poder. Por lo tanto no ayuda mucho a entender el contenido de las reformas que se propusieron.

En forma muy resumida, y acaso superficial, se pueden distinguir dos grandes circunstancias que definieron el marco de las reformas. La primera es que las reformas de 1981 habían dejado de ser un intento y ya eran realidad: las Isapre existían y funcionaban, y con ellas se habían creado intereses fuertes de parte de los proveedores y de los consumidores. *No era opción acabar con ellas* y reconstituir un sistema de salud que admitiera la práctica privada, pero mantuviera un monopolio público del seguro de salud (interpretándose la provisión pública gratuita como una forma de seguro, adicional al papel de Fonasa). Esto no quiere decir que no hay lugar para reformar las Isapre, y, efectivamente, se ha tratado, hasta ahora sin éxito, de cambiar su *modus operandi.* Pero tales reformas, si algún día se realizan, harán parte de un cambio que definirá otro futuro para el sector, y no una vuelta al pasado.

La otra gran circunstancia era *un grado creciente de insatisfacción popular con el sistema público de salud.* No era solamente que el Gobierno aceptaba, de forma general, los cambios económicos del régimen previo, y en consecuencia concentró sus atenciones en los llamados sectores sociales, incluido el de salud. Era necesario demostrar una mejoría en ese frente para responder a la insatisfacción con el funcionamiento del sistema del cual dependía para sus atenciones de salud una gran fracción de la población chilena.

Es crucial notar que la *frustración con los servicios públicos no reflejaba un deterioro en el estado de salud, ni en la calidad médica de las atenciones.* Dependía mucho más de otros aspectos de calidad, como las largas filas para ser atendido, la falta de capacidad en los hospitales y centros de salud y en particular del congestionamiento de los hospitales con pacientes que en principio deberían atenderse en niveles inferiores del sistema. Al público no le importaba si estos

problemas eran fruto de una falta de recursos o de una ineficiencia técnica en su aplicación; tampoco, que las deficiencias del sector público resultaban de años de restricción presupuestaria, concentración en la atención primaria y preferencia financiera al sector privado. Quería soluciones, y si éstas no pudieron venir por debilitar el sector privado, tendrían que llegar a través de un fortalecimiento del sector público.

Estas circunstancias *determinaron los dos elementos claves del proyecto de reforma que el Banco Mundial entró a financiar parcialmente en Chile,*[*] a saber,

i) Una rápida restauración de capacidad en los hospitales públicos que se habían deteriorado.

ii) Un cambio en la manera de pagar por las atenciones públicas, vale decir de transferir recursos de los servicios regionales de salud a los hospitales y a los servicios municipales o primarios. Acaso la primera de estas acciones, la recuperación de capacidad operativa, no merece el nombre de «reforma». Sin embargo, hubo un elemento novedoso en su ejecución, porque las decisiones de dónde y cómo invertir se tomaron de una manera competitiva y descentralizada, reservándose al ministerio central solamente la aprobación y financiamiento de los proyectos propuestos por los hospitales.

De cierta forma, se puede decir también que estas dos grandes circunstancias *determinaron lo que las reformas excluían o dejaron de contemplar.* Esto es particularmente el caso respecto de la eficiencia de asignación de recursos del sistema público de salud, o sea, el conjunto de atenciones que ofrece y su relación con mejoramientos en salud, frente a los recursos utilizados. Toda la atención inicial en esta onda de reformas se dirigió a la eficiencia técnica (pero esto puede estar por cambiar). No hubo presión política para una mejor asignación de recursos, no solamente porque la insatisfacción del consumidor siempre tiene que ver con su propio problema de salud, sino porque el sistema chileno ya había llegado a una cobertu-

[*] El autor ha participado en este proyecto como asesor económico, desde sus primeras discusiones con el Gobierno en 1990, de donde deriva su conocimiento de las reformas chilenas.

ra reconocidamente alta, de ciertas atenciones de salud pública y los consecuentes índices bajos de mortalidad infantil, desnutrición, etc..

En resumen: las reformas iniciadas en 1990 tenían una lógica, y buscaron objetivos que pudieran haber caracterizado distintos contextos políticos y de salud. Pero se concibieron y se implementaron en un contexto dominado por un «objeto inamovible» —el sector de las Isapre— y una «fuerza irresistible» —la demanda popular para mejorar el sector público en cuantía importante de parte de quienes apoyaron al Gobierno. Lo interesante no es que se comenzaron a dedicar más recursos a ese sector, ni que se los utilizó, inicialmente, para restaurar capacidades (cualquier gobierno que enfrentara tales circunstancias habría tratado de hacer lo mismo.) Lo que *permite hablar de reformas, y no sólo de reacciones, es que se aprovecharon estas circunstancias para cambiar el funcionamiento del sector público y,* con ello, posibilitar una potencial tercera onda de cambios que afectarían a todo el sistema.

3. LÓGICA DE LAS REFORMAS ACTUALES

Para entender la lógica del cambio propuesto en el funcionamiento del servicio público vale recordar *cuatro características del antiguo sistema de pagos e incentivos* que las reformas en curso cambiarán:

3.1 Los pagos a los hospitales se basaban en la «atención prestada» (FAP) o pago por acto médico. Cuando el pago superaba el costo marginal de un acto, daba un incentivo perverso para prestar más atenciones, aunque tuviera poco o ningún efecto sobre la salud del paciente; premiaba la ineficiencia. Cuando el pago era menor que ese costo marginal, creaba un incentivo para limitar aun aquellos actos de alto valor médico. Sin embargo, *si nadie sabía lo que los actos costaban, ambos incentivos quedaban sin efecto,* y ni el presupuesto total ni la cancelación de los salarios fueron afectados.

3.2 Los pagos al sistema municipal de atención primaria en principio seguían la misma lógica, pero desde hace algún tiempo se les había puesto techo, de modo que *cualquier presión marginal fue transferida al municipio.* El principal efecto era crear un incentivo a la sobre-referencia, porque al mandar un paciente del nivel primario

al hospitalario, habría menos costo para el municipio, pero mayores ingresos por aumento de demanda para el hospital.

3.3 Además de los incentivos reflejados en los precios existía un sinfín de normas u objetivos que también eran remunerados. Los distintos incentivos financieros a veces eran contradictorios, y los propios directores de hospitales y centros no sabían en qué poner la prioridad.

3.4 Finalmente, todo y cualquier incentivo *operaban sin referencia al número y composición del personal asignado a una institución,* siendo éstas decisiones que no correspondían al director. Era algo así como premiar o castigar a un motorista por todo pequeño movimiento del timón, sin darle control del acelerador ni del freno.

Desafortunadamente, *no existe un sistema perfecto de pagar a los proveedores médicos:* cualquier mecanismo puede crear incentivos perversos, por la dificultad de especificar o motivar un grado óptimo de atención y de referir pacientes de un nivel a otro sin errores de tipo I ni de tipo II. No obstante, era posible mejorar el sistema público vigente. *Para los hospitales,* el cambio fue *la introducción del «pago asociado al diagnóstico» (PAD),* para aquellos problemas médicos de relativamente fácil clasificación, vinculándose el pago a la condición y no a los actos médicos específicos. El incentivo para economizar es obvio, siempre que el pago cubra el costo promedio de la atención correcta para el caso.

Para los servicios municipales se decidió admitir un pago fijo —en vez de reinstituir un pago por acto, o de instalar pagos por diagnóstico—, pero relacionarlo a la población supuestamente cubierta, definiéndose un *pago per cápita.* Este a su vez fue *modificado según edad y sexo,* para reflejar la variación de necesidades para el embarazo y parto, y para los ancianos, y *una modificación regional* que trata de tomar en cuenta la variación geográfica en los costos de la atención, debida principalmente a problemas de transporte y de escala, en las regiones más remotas y escasamente pobladas. A diferencia de lo que sucede con los hospitales, este cambio tendrá más impacto sobre la equidad del sistema que sobre su eficiencia. *No afecta el incentivo a la sobre-referencia,* aunque lo igualiza entre un servicio y otro.

La lógica inicial de la reforma en el modo de financiar los

servicios apuntaba a *corregir los precios y luego dejar que funcionaran como los únicos incentivos cuantitativos.* Si bien la estructura de precios es más complicada que antes —por las diferenciaciones por edad, sexo y región, y por el hecho de que el nuevo mecanismo del PAD no ha sustituido totalmente los pagos por acto médico—, esto se compensa por la eliminación de los incentivos relacionados a distintas atenciones que no fueron reflejados en los precios.

Sin embargo, lo más valioso de las reformas no es simplemente la reducción del número de señales a que quien toma decisiones tenga que responder, ni hacer que esas señales sean coherentes entre sí y con los costos reales. Importan otros dos aspectos que, es posible imaginarse, tendrán un impacto mayor en el largo plazo. Uno es, que con la introducción del PAD y la eliminación de las transferencias extra-presupuestales que solían financiar los hospitales, estas instituciones tendrán un incentivo *para conocer sus costos como nunca antes.* Y esto no sólo como un promedio: vale saber cuáles pacientes significan costos muy elevados, y por qué; vale calcular cuáles servicios están generando superávit que el hospital puede usar para financiar mayor cobertura de otros servicios.

Al iniciarse el nuevo sistema de pago a los hospitales, la reacción del personal generalmente era negativa. Implicaba más trabajo, porque se tenía que mantener paralelamente el sistema antiguo de información para asegurar que en los primeros seis meses de prueba ningún hospital recibiera menos recursos que los que habría cobrado con el mecanismo anterior; pero una vez que se concluía su aplicación, se comenzó a comprobar que ciertas informaciones valían y otras no y que muchos de los informes que antes se generaban y enviaban no tenían ninguna justificación real. En fin, *vale la pena generar información para usar allí mismo,* y no para mandarla al director del Servicio ni al Ministro de Salud. Esta pequeña revolución ha dependido mucho de la introducción de computadoras en los hospitales. «Sistemas de información» es una frase común en las discusiones de reformas, pero quiere decir poco si ello no está vinculado a cambios en los incentivos para el comportamiento gerencial.

Hasta aquí, la lógica de las reformas es muy descentralizadora. El otro aspecto novedoso de la reforma recupera alguna influencia del centro, pero de una nueva forma. Se trata de los «Contratos de Gestión», que en principio formarán la base para la presupuestación y para la evaluación del desempeño, tanto de las

instituciones individuales como de los servicios a que responden. Es todavía muy prematuro juzgar su impacto eventual, porque ni siquiera está definido su contenido. En un primer paso, los directores de hospitales están invitados a proponer los criterios para su propia evaluación, lo que permitirá muchas variaciones entre un servicio y otro. Es más, estos contratos crean el peligro de reintroducir toda suerte de criterios e incentivos, en contradicción con las señales implícitas en los precios. No obstante, la lógica de que debe haber un contrato relativamente explícito como base para juzgar los progresos representa un avance, y puede convertirse en un vehículo para ampliar las reformas, es decir, para la tercera onda de cambios. Este es particularmente el caso respecto de dos objetivos difíciles de alcanzar solamente con incentivos en la forma de precios: *un nivel óptimo de referencia y un énfasis en costo-efectividad de las atenciones.*

4. Limitaciones de las reformas actuales

Este conjunto de reformas ha sido acusado de muchos pecados, cardinales y veniales. Para quien quería una ampliación de financiamiento para el sector privado, la reforma es un paso atrás, pues refuerza y protege un sector público ineficiente e injustificado. Para quien esperaba una reconquista del terreno cedido al sector privado, la reforma puede parecer un fracaso o, al menos, un paso tímido. Sin aceptar ninguna de estas posiciones extremas, parece justo señalar tres limitaciones que las reformas en curso no han superado todavía.

4.1 En primer lugar, el problema con el sector privado no es que la reforma no lo haya acabado o controlado fuertemente, porque no habría razón, excepto ideológica, para hacerlo. *Las Isapre han introducido competencia en la provisión de servicios, lo que en sí es loable.* Las dificultades son dos:

i) La selección adversa o selección por riesgo es intrínseca a la competencia entre empresas aseguradoras: sólo puede ser evitada con un control que obliga a las empresas a aceptar a cualquier cliente que se quiera afiliar, acaso con alguna variación de primas, pero sin permitir la exclusión

de enfermos o ancianos u otro grupo por discriminación, ni de precios ni de atención.

ii) El financiamiento de las Isapre va en relación al ingreso del cliente; los subsidios involucrados en el sistema pueden fluir de pobres a ricos, mientras un financiamiento «solidario» de los servicios públicos hace que los ricos subsidien a los pobres.

Los dos problemas confluyen, con fuertes consecuencias para el sector público, en el caso de un cliente que paga a una Isapre durante sus años de buena salud, pero se vuelve una carga para el ministerio cuando es viejo y más propenso a enfermarse. Ambos son problemas de equidad, más que de *eficiencia,* lo que dificulta una reconciliación, y la reforma no los ha superado por razones políticas y no técnicas.

4.2 En segundo lugar, como ya se mencionó, la reforma no incluye elementos para mejorar la eficiencia ditributiva ni una restricción explícita de cuáles intervenciones serán pagadas y cuáles no; ni precios diferenciados u otros incentivos para premiar que se maximicen los resultados para salud, ni —hasta ahora— una presión en este sentido a través de los contratos de gestión. Es cierto, que al mejorar la eficiencia técnica se realiza un mayor beneficio en términos de salud por dólar gastado, y que sin esa eficiencia técnica es vano hablar de una buena asignación de recursos. No obstante, la *reforma es neutra respecto del costo-efectividad de las atenciones, y* los mejores rendimientos que busca se darían igualmente para servicios muy justificados y otros de poco valor.

4.3 En tercer lugar, la reforma es descentralizadora respecto de las decisiones médicas y a la generación y uso de información. Esto, como se dijo, puede tener consecuencias de peso para el sistema. Pero no se ha aplicado —todavía— una autonomía más completa para los hospitales, particularmente en lo que afecta la contratación y asignación del personal. Junto con esto viene la limitación de que los nuevos precios por PAD y por acto médico no cubren los salarios, que se continúan pagando aparte.

Vale notar, sin embargo, que estas no son limitaciones intrínsecas del diseño de las reformas. Al contrario, la superación de todas ellas está en la agenda del Gobierno actual. Sólo uno de esos

cambios —la introducción de énfasis en la eficiencia distributiva— está al alcance del Poder Ejecutivo, sin recurrir a modificaciones legislativas. Por lo tanto, la consecución de estos cambios constituiría realmente una tercera onda de reforma.

5. Apreciación de las reformas actuales: Radicales o tímidas, amplias o restringidas

Las tres limitaciones señaladas parecen justificar que se clasifiquen las reformas como *parciales, y hasta tímidas.* Esto es definitivamente el caso respecto de la estructura del sistema de salud, que las reformas no cambian: en ese sentido son más restringidas que la primera onda, que creó las Isapre y con ello cambió radicalmente el número y tipo de instituciones que componen el sistema, y las relaciones entre ellas.

La actual reforma chilena también podría juzgarse tímida en comparación con la reforma propuesta en la Ley 100 de 1993 en Colombia, que es aún más radical que la chilena de 1981. Esta abrirá espacio para aseguradoras privadas, financiado con fondos del seguro social o mandatorio, y con libre elección de los clientes, a semejanza de la creación de las Isapre, pero requerirá que eventualmente todo colombiano sea afiliado en una de estas instituciones; pagará tarifas discriminadas por edad, sexo y región, para que no haya discriminación o selección adversa y obligará que toda aseguradora ofrezca un paquete mínimo común de atenciones, con —inicialmente— sólo una distinción entre los pobres, que hoy no cotizan al seguro social y recibirán un paquete más limitado, y los cotizantes actuales que recibirán más.

Sin embargo, si se considera no los grandes bloques institucionales del Sistema, sino lo que ocurre dentro de cada uno de ellos, acaso las reformas chilenas implementadas o probadas hasta finales del 1994 no parezcan tan limitadas. La razón de ello es que la *reforma en la manera de pagar los servicios —y la introducción de sistemas de información modernos para apoyar el cambio— puede cambiar la cultura y el funcionamiento interno del sector público, en lo relacionado a los costos y a la responsabilidad por la gestión de los recursos.*

Esta posibilidad deriva de tres hechos:

i) El dinero recibido por una institución pública de salud *va*

a depender explícitamente de lo que hace (en el caso de los hospitales) *o de cuánta gente cuida* (en el caso de los servicios municipales). Deja de ser una transferencia (semi) arbitraria, poco relacionada con el desempeño o con el costo de los servicios. Y, siempre que se mantenga firme la lógica financiera de la reforma, deja de existir el recurso de gastar excesivamente y luego pedir más dinero.

ii) Por lo menos para aquellas atenciones pagadas por PAD *existe un fuerte incentivo para minimizar el costo en promedio.* (Al mismo tiempo que el hospital puede dedicar recursos adicionales a aquellos pacientes que parecen requerirlo, creando un subsidio implícito en función de la gravedad de los casos individuales.) El pago per cápita incluye el mismo incentivo, pero más generalizado, porque no distingue entre atenciones; el pago por acto médico no da ningún incentivo económico.

iii) Será mucho más fácil que antes *conocer los costos y relacionarlos con la gestión de las instituciones,* de modo que las propias instituciones se vuelvan dueñas de la información y la utilicen para sus propios fines y no porque el ministerio quiere saber.

Estos cambios son más sutiles que las reformas estructurales, pero acaso serán tanto o más importantes. Esto, aparte de que facilitan o preparan el camino para otros cambios de estructuras o de las reglas del juego dentro del sector público o entre éste y el sector privado. Y pese a todo dejan sin respuesta definitiva las cuatro grandes preguntas antes mencionadas.

6. PREGUNTA GENERAL: ¿SUBSIDIO A LA DEMANDA O A LA OFERTA?

Los defensores de las Isapre suelen criticar al sector público de salud porque representa un subsidio a la oferta que financia instituciones, sin conexión con la demanda que atienden. Proponen una ampliación del sistema Isapre, en que el dinero va asociado, en primera instancia, al individuo cotizante, que luego elige la empresa en que quiere depositar «su» dinero (y su propio dinero, si contribuye más que su cotización laboral) y su confianza. Tiene sentido este

planteamiento ¿o habrá razón para mantener un sistema mixto, en que parte del subsidio va a la oferta y parte es asociada a la demanda?, es decir para las atenciones individuales o clínicas porque *nadie discute la necesidad de subsidiar la oferta de los bienes públicos, que por su naturaleza no responden a demandas individuales.*

La respuesta a la pregunta viene en dos partes:

i) Las reformas en curso ya cambian una parte del subsidio, para hacerlo corresponder más a la demanda. *En el caso de los municipios, existe implícitamente un «bono» asociado a cada individuo* y diferenciado según edad, sexo y región, para pagar sus atenciones primarias. Comparado con el financiamiento de las Isapre, este valor se distingue por no corresponder al ingreso individual. Sin embargo, la demanda de atención primaria es mucho menos sensible al ingreso que la demanda de servicios de mayor complejidad, de modo que una uniformidad tiene sentido. En todo caso, la frase «subsidio a la demanda» no tiene que interpretarse como «subsidio proporcional al ingreso». *También en el caso de los hospitales, la reforma comienza a pagar más de acuerdo con la demanda,* porque relaciona las transferencias más explícitamente con la provisión de servicios. Y —al igual que en el sector privado— gran parte de la demanda para atención hospitalaria no se origina con el paciente, sino que es determinada por el médico. En uno y en otro caso, tanto municipal como hospitalario, el grado principal en que la reforma no llega a implementar un subsidio a la demanda, es que se continúan pagando los salarios, siendo que los pagos per cápita o por desempeño cubren solamente los demás insumos. Pero esta limitación también podría removerse, en la tercera onda de cambios.

ii) Parte de la respuesta es que *tendría mucho sentido un subsidio universal a la demanda, que ofreciera a todo chileno la elección de su asegurador en vez de asignársele uno.* La competencia en la provisión de atenciones tiene muchos argumentos para recomendarla, hecho que es reconocido en el sistema Fonasa de bonos para la atención privada, financiado parcialmente con fondos públicos. (Arreglo que demuestra cuánto subsidio a la demanda ya existe en el

sistema chileno de salud.) Además, la reforma colombiana propuesta ilustra que es posible estructurar un subsidio coherente y universal a la demanda.

Sin embargo, esta misma propuesta ilustra con claridad las dos condiciones que tiene sentido imponer para llegar a un sistema tal:

i) Una es *que el subsidio a los pobres*, los que no cotizan al seguro social en el sistema colombiano, o en el caso chileno, cotizan tan poco que no sirve para comprar una póliza Isapre y más vale recurrir al sector público, *tiene que venir de alguien.* De no ser factible un gran aumento al total de recursos públicos en el sistema, el subsidio a los pobres sólo puede financiarse con parte de la cotización de los no-pobres, es decir con un financiamiento solidario. (La propuesta colombiana es mixta en este sentido porque propone aumentar los recursos, pero también crear un «Fondo de Solidaridad y Garantía», al cual se canalizará parte de la cotización de los asegurados no-pobres.) Habría algo ingenuo en suponer que se pudiera extender a toda la población chilena una participación en las Isapre, sin ninguna contribución financiera de los ya cubiertos.

ii) La otra condición es que si el Estado va financiar un paquete de atenciones, tiene *derecho a participar en especificarlo,* tanto en el contenido de intervenciones médicas como en los términos de afiliación y separación de los asegurados. Esto no implica dictar el contenido de toda póliza, ni requerir una total uniformidad entre las aseguradoras. Sí implica *especificar un conjunto mínimo o básico de atenciones,* que en principio incluiría todas aquéllas cubiertas por el subsidio a la oferta. Esto, para asegurar un nivel aceptable de costo-efectividad de la atención, y para garantizar que todo cliente tenga acceso a los servicios más justificados. Todavía permitiría, desde luego, la venta de pólizas para cubrir atenciones menos básicas o más «discrecionales», con menos reglamentación del Estado. *También implica controlar la libertad de las aseguradoras de rechazar o deshacerse de clientes enfermos, viejos o por otros motivos no lucrativos.* Para que esa condición no obligue a pérdidas sistemáticas al

asegurar ciertos grupos poblacionales, se puede recurrir a *primas diferenciadas subsidiadas.* Esta es la lógica del per cápita diferenciado en la reforma de salud municipal chilena.

En las circunstancias actuales de Chile, *la pregunta no es si puede haber un subsidio universal a la demanda,* que obligaría a los proveedores públicos a competir para atraer esa demanda y de allí derivar sus ingresos. *La reforma ya ha tomado varios pasos en esa dirección,* entre otros permitir que se amplíe el uso de la capacidad pública hospitalaria para atender pacientes privados, y de requerir que se les cobre el costo de su atención. La verdadera pregunta es si el sector privado, y en particular las Isapre, estaría dispuesto a aceptar estas limitaciones para viabilizar el sistema que dice desear. A cambio de un mercado bastante mayor, ¿aceptaría la necesidad de un subsidio más solidario, en que el financiamiento tuviera menos relación con el ingreso individual? ¿Aceptaría la necesidad de incorporar, y luego de mantener afiliado a cualquier ciudadano que quisiera integrarse a dicho sistema? Es quizás la pregunta más política posible.

7. Pregunta general: ¿Sector público como único o último recurso?

La situación actual del sistema chileno de salud, que combina subsidios a la oferta con otros a la demanda, *descansa en un hecho primordial: el sector público es el último recurso de atención para todo el mundo.* Es este hecho, que posibilita a las Isapre el deshacerse de clientes no-remunerables, porque saben que esa gente no va quedar totalmente sin atención. Y es esta condición de último recurso la que podría *desaparecer bajo un régimen de subsidio general a la demanda,* porque entonces las instituciones públicas estarían vendiendo servicios a las aseguradoras y recibirían pacientes sólo si pudieran cobrar. Sería posible mantener el papel actual del sector público solamente si el Estado actuara como el último asegurador de todos, pagando las atenciones independientemente de cualquier cotización o prima.

Es cierto que para mucha gente este papel del sector público no es sino potencial, porque depende del sector privado para sus atenciones. Dado que el acceso al sector privado se posibilita por el

ingreso individual, el sector público termina siendo no sólo el último, sino el único recurso para los pobres. Esto explica claramente la insatisfacción política que impulsa las reformas actuales. Sin embargo, sería mucho más fácil *acabar con la situación de único recurso que con aquella de último recurso;* requiere solamente asegurar al pobre que pueda apelar a otros proveedores, y para eso basta un subsidio a la demanda que él aplique donde quiera. Siempre pueden haber *circunstancias de monopolio de la provisión pública,* por ejemplo en zonas de población pobre y dispersa, donde un proveedor privado encontraría poco mercado y aun el Estado tendría que subsidiar la oferta para asegurar su existencia. Pero salvo esos casos, puede quebrarse la dependencia, sin alternativas, de la provisión pública, y el pobre puede ser objeto de competencia, igual que el no-pobre.

Para eliminar la provisión pública como último recurso, en cambio, sería necesaria la *real universalización del subsidio a la demanda,* y no meramente una ampliación del mercado. Sería preciso un control suficiente de las aseguradoras, para que financiaran a todos, por lo menos en aquellas atenciones que la sociedad considere esenciales, sin la posibilidad de desviar sus clientes a la asistencia del Estado, lo que significa que sería necesario asegurar que la demanda ética —de que el Estado atienda a la gente cuando nadie más lo haga— fuera satisfecha por otros mecanismos. No todos comparten esa ética, y la proclamación común de un «derecho a la salud» sin más especificación es una ofuscación de la cuestión difícil subyacente. Pero no cabe duda de que el problema es real: que cualquier reforma, o mantiene el sector público como último recurso de la población o tiene que diseñar e implementar una alternativa. La actual reforma chilena, obviamente, ha optado por la primera vía.

8. PREGUNTA GENERAL: ¿QUÉ INCENTIVOS PARA LA REFERENCIA?

Tanto la cuestión de si subsidiar a la oferta o a la demanda, como aquella de si el Estado debe ofrecerse como el último recurso de atención, tienen que ver, entre otros aspectos, con *la cuestión de la referencia médica.* Esto porque la pregunta de quién es responsable por un paciente se expresa muchas veces en la decisión de referirlo a otro proveedor, institución o sector del sistema. Esta cuestión también se presenta dentro del sector público, donde la referencia va

desde el nivel primario y municipal hacia el nivel hospitalario y nacional.

En todos estos casos, la dificultad es de diseñar incentivos apropiados, *para evitar tanto la sobre-referencia y el uso excesivo del hospital, como la sub-referencia, o la retención del paciente en un nivel inferior cuando necesita ser hospitalizado.* Los riesgos son asimétricos, porque en un caso el peligro es más bien económico o de mal gasto de recursos, mientras en el otro el peligro es principalmente médico, o riesgo para el paciente. Desafortunadamente, no parece existir un sistema simple de incentivos que evite ambos tipos de error con alta precisión. Sin embargo, cualquier reforma que pretenda buscar simultáneamente el bienestar del paciente y la eficiencia del sistema tiene que enfrentar este problema.

El sistema chileno de salud en 1990 parece haber ofrecido incentivos más para la sobre-referencia que para la sub-referencia, aunque no haya datos con qué confirmar esta tendencia. Esto, en parte porque el sector privado podía deshacerse de pacientes que iban a requerir hospitalización en lugar de tratarlos en consulta ambulatoria. Pero esto sólo era o es posible porque el sector público subsidiaba la oferta, de modo que gran parte del presupuesto hospitalario no dependía de la producción y porque su papel como último recurso de la población hacía que se recibiera a los pacientes sin (mucha) preocupación de quién iba pagar por ellos. *Dentro del sector público es difícil discernir la dirección neta de los incentivos,* en parte porque, como se mencionó, éstos eran tantos y tan variados. Ni la atención primaria ni los hospitales recibían, a través de los pagos Fapem y FAP, el costo marginal total de las atenciones. *Cada nivel tenía, por lo tanto, un incentivo financiero para dejar a los pacientes en el otro nivel, que podía coincidir o no con los incentivos médicos.* Esta situación contribuyó a lo que se observara en varios hospitales, que colaboraron con los servicios municipales para suplir las fallas de éstos, hasta enviando su personal a trabajar en las clínicas de atención primaria, para evitar una excesiva carga de hospitalización.

Las *reformas en curso no han logrado resolver el problema de la referencia,* lo que no es una crítica severa: el problema acaso no tiene solución, sino algún equilibrio entre los dos errores que se pueden cometer. Efectivamente, las reformas han facilitado la sobre-referencia por algunos cambios, y la han desestimulado por otros. *En la primera categoría* está el cambio a un sistema estrictamente per cápita para la atención municipal y unos precios para los hospitales que

cubren los costos marginales (no asalariales) de las atenciones. Ahora el servicio municipal no recibe menos, ni paga más, al referir un paciente al hospital, mientras el hospital recibe más por recibirlo y tratarlo. Si hay algún efecto neto, ha de favorecer la referencia. En la otra categoría está el cambio para cobrar más sistemáticamente a los pacientes afiliados con Isapre, lo que debería frenar las referencias entre sectores, pero no está claro si habrá un efecto sobre la hospitalización total. Además, con ofrecer más camas públicas para este mercado, el sector estatal acaso estará estimulando la referencia.

Lo interesante de esta cuestión no es lo que las reformas han hecho hasta ahora; es que al enfrentar el problema de la referencia como un problema de eficiencia sistémica se estimulan consideraciones de otras posibles reformas o cambios en la gestión del sistema. Los contratos de gestión, por ejemplo, podrán incluir estímulos o contra-estímulos para la hospitalización, y podrán fortalecer o sistematizar la colaboración entre niveles hospitalario y primario. Más profundamente, se puede pensar en *adoptar un sistema en que sería el nivel primario,* y no el ministerio o Fonasa, *que compre servicios a los hospitales,* al estilo británico actual. Una vez que existan precios que reflejan los costos marginales totales —y más aún, cuando aquellos precios incorporen los salarios— hay más libertad para situar o transferir el presupuesto inicial, que el mercado interno del sistema luego redistribuiría entre niveles, instituciones y procedimientos. Pero la resolución del problema de referencias dependerá, en mayor grado, de cómo se resuelven las cuestiones del papel del sector público y de su relación con el sector privado de salud.

9. PREGUNTA GENERAL: ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES PROBLEMAS FUTUROS?

Las reformas al sector salud de cualquier país raras veces son promovidas o justificadas solamente para atender los problemas actuales del sistema, por muy graves que sean. Casi siempre, se alega *que las reformas son imprescindibles porque el sistema va enfrentar nuevos problemas en el futuro,* para los que tiene que agilizarse o prepararse. Comúnmente, se cita entre estos desafíos futuros el envejecimiento de la población, que aumentará la carga de enfermedades crónicas y costosas de tratar; también se suele nombrar el cambio tecnológico acelerado, que hará obsoleto mucho del

equipamiento y conocimiento en el sector y que requerirá nuevos modos de decidir e implementar las inversiones, tanto humanas como físicas.

No hay duda que estos desafíos también se presentan en Chile. *Ya se han hecho estimaciones de la carga futura de enfermedades crónicas y accidentes,* que muestran cuán difícil será prevenir estos problemas, y, por lo tanto, cómo podrá aumentar la demanda de tratamientos. Por otra parte, ningún sistema de salud escapa del rompecabezas de cuánto y cómo invertir en salud, problema que se agudiza en un sistema tan mixto como el chileno, en que el sector público no ejerce control sobre las inversiones del sector privado, pero puede ser afectado por las demandas que esas inversiones desatan luego.

Sin embargo, sería errado ver las reformas actuales —o las de los ochenta, o las que se contemplan para el futuro inmediato— como respuestas anticipadas a estos desafíos del porvenir. Su lógica y sus chances de éxito serían idénticas si mañana el progreso tecnológico se detuviera, y si la población del país dejara de crecer, envejecer o mudar de otra forma. El impacto de estos cambios es importante por una razón simple: ambos tienden a aumentar los gastos en salud, aunque éstos también tenderían a aumentar en condiciones más estáticas, siempre que el ingreso nacional creciera y hubiera demanda pública para mayor protección. Frente a este hecho, la pregunta es ¿qué hacen, o proponen, las reformas para detener o controlar el incremento de la fracción del producto bruto que se dedique a salud?

La respuesta a esta pregunta es que han hecho *poco, y que en ciertos aspectos pueden haber facilitado un incremento más rápido del gasto.* (Esto, claro está, no necesariamente es malo: *nadie sabe cuánto una sociedad «debe» gastar en salud,* ni hasta qué punto las inversiones en salud valen más que aquellas en educación, infraestructura física u otros sectores.) La reforma de 1981 creó un estímulo en este sentido porque aseguró que los cotizantes de mayores ingresos pudieran dirigir toda su contribución al seguro de salud, mientras los de menores ingresos seguían dependiendo de un sector público que requeriría de más fondos si fuera a atenderlos con los mismos recursos promedios que antes. Esta presión fue controlada hasta 1990, por la reducida inversión en las instalaciones públicas, pero volvió a sentirse con el cambio de Gobierno y la necesidad política de una recuperación. Más recientemente, las reformas actuales *han*

buscado aumentar la eficiencia interna del sector público, pero sólo en el sentido técnico: no hay controles sobre la asignación entre distintas intervenciones, y el principal instrumento de control de gastos sigue siendo el presupuesto global del ministerio. Los problemas de pago por desempeño y los incentivos a la sobre-referencia que se mencionaron crearán presiones hacia mayores dispendios; pero acaso éstas no serán peores que las presiones que se generaron en el antiguo sistema, donde la relación entre producción y pago era más débil y el eventual presupuesto más arbitrario y más alejado de un contrato entre quien paga y quien provee.

A lo que las reformas actuales *sí apuntan es hacia un sistema público más adaptado a la competencia y a una gestión moderna.* En el largo plazo, este cambio debería contribuir a controlar los gastos no necesariamente deteniendo el recurso total gastado, pero sí aplicándolo con mayores resultados para la salud. Pero tal efecto podría ser reforzado o anulado por las potenciales reformas de una tercera onda, como por ejemplo el pasar a un *sistema universal de subsidio a la demanda.* Todo dependería de las reglas específicas del juego, que al final es una cuestión política: distintas sociedades llegan a muy diferentes niveles de gasto en salud, aun utilizando los mismos instrumentos, por algún tipo de pacto o acuerdo social sobre el valor social de la salud y el papel del Estado en definirlo. Es así como Canadá gasta 50 por ciento más, como fracción de su producto nacional, que Inglaterra, con sistemas de financiación semejantes, mientras Estados Unidos, con otro sistema mucho más mixto, gasta 50 por ciento más que Canadá.

10. Posibles caminos futuros de una reforma continua

La experiencia reciente de los países ricos indica que ningún sistema de salud es permanente, y que su *reforma es un proceso más bien continuo que definitivo.* Sin embargo, es también evidente que toda reforma pasada condiciona cualquier intento que se produzca posteriormente: nada es desechado por completo. Chile también ilustra estas tendencias: las reformas de los ochenta no eran la última palabra, pero cambiaron el sistema de un modo tal que las reformas actuales no pueden deshacerlo sino parcialmente. Frente a una dinámica tan complicada parece muy arriesgado pronunciarse sobre el

camino futuro del sistema chileno de salud. No obstante, parecen válidas tres conclusiones sobre ese futuro

10.1 *Nada indica que en términos estructurales, el sistema «tiene que ir» por cualquier camino en particular: no es evidente ninguna necesidad histórica.* Quiere decir que el sistema puede quedarse más o menos como está por mucho tiempo más, con un sector privado fuerte, un sector público nacional a nivel hospitalario, y un sector municipal de atención primaria Para nada importa que un sistema sea considerado «fragmentado», «descoordinado», «incoherente» u otro adjetivo peyorativo, ni que para varios observadores sea «obvio» que deberían recombinarse los sistemas nacional y municipal, o acabar con las Isapre, o bien universalizarlas. Estas y otras opiniones simplemente *muestran que si bien el sistema actual no es del agrado total de todos no comprueban que no representa un equilibrio político relativamente estable y duradero.* Esa visión es consistente con la caracterización de las reformas actuales como parciales o hasta tímidas, pero no por eso marginales al funcionamiento del sistema, a diferencia de su estructura.

10.2 Aunque la estructura fundamental no cambie más por mucho tiempo, esto no equivale a que el sector público va ser estático o quedarse en los moldes tradicionales. En parte, es precisamente por la ausencia de grandes cambios estructurales, que éstos dentro del sector estatal parecen tan naturales y necesarios. Y se están dando esos cambios, hacia la modernización y la descentralización, con consecuencias todavía menores, pero, a la larga, acaso grandes e imprevisibles. *El sector público chileno de salud de las próximas décadas casi seguramente será más —y más explícitamente— competitivo y eficiente que en el pasado,* y ni sus defensores ni sus detractores querrán verlo caer de vuelta en un estado en que los costos no importan, o en que se ilusiona con ser «el» sector de salud. Este estado todavía no ha llegado plenamente, por las *limitaciones ya mencionadas: las nuevas formas de pago no cubren los salarios, la autonomía de los servicios y hospitales deja mucho que desear, continuará habiendo resistencia al abandono del viejo modelo,* etc.. Pero la modesta y sensata reforma probablemente irá reduciendo las resistencias, y con ser un poco menos modesta —pero no menos sensata— podría emprender una consolidación mediante los cambios que ya están en consideración y que se podrían denominar una tercera onda de reformas.

10.3 Estos dos pronósticos sugieren la gradual absorción de cambios en el sector público, sin que se muden fundamentalmente sus relaciones con el sector privado, continuándose un sistema mixto de subsidios a la oferta (ya con más atención a la demanda) como también a la demanda. Sin embargo, parece haber cierto espacio para un camino más diferente y más interesante. *Ese sería la extensión, o hasta universalización, del subsidio a la demanda, de seguros explícitos en vez del se*guro implícito provisto por los servicios públicos, *con libre elección* de (casi) todo ciudadano para afiliarse. Hay dos obstáculos en este camino, que son serios pero acaso no inamovibles:

i) Uno es de orden financiero: no parece factible aumentar tanto el gasto público en salud como para ofrecer a todos el tipo de seguro que los clientes de las Isapre ya tienen. Una simple nivelación hacia arriba no es viable. Esto plantea la necesidad de especificar qué grado de subsidio podría ser ofrecido a los menos ricos, y con qué grado de subsidio derivado de los más ricos. Dicho de otro modo, es una cuestión de si la nivelación podría ser incompleta, y si parte de ella podría hacerse hacia abajo. La viabilidad o no de tal cambio es muy complicada por el hecho político de que quien contribuya al seguro que financia mayormente a las Isapre considera que esa cotización es «su» dinero, sin admitir que económicamente es un impuesto como cualquier otro.

ii) El otro obstáculo es aún más explícitamente político, porque se trata del papel del Estado y particularmente su grado de control sobre el sector privado. *Pasar a un sistema generalizado de subsidio a la demanda es ofrecer a este sector un mercado potencialmente mucho mayor, para el cual tendría que competir, no sólo dentro de sí, sino también con un revigorizado sector público.* Este podría competir en la provisión y/o en el papel de asegurador, como en parte ya sucede. Lo que es mucho más importante es que esa extensión del mercado privado potencial de seguros y de atenciones requeriría una mayor intrusión del Estado en *controlar la afiliación,* porque sin esa intrusión el sistema no podría ser universalizado y sería sujeto a abusos desde el punto de

vista de la equidad (por muy eficiente que pudiera ser). Es también probable que habría necesidad de una intrusión del Estado *en especificar el contenido del seguro,* por lo menos en lo que dice relación a un paquete mínimo universal de servicios, por razones de equidad pero también de eficiencia.

Este cambio requeriría un especie de *pacto social,* en que el Estado renuncie o limite su papel de último recurso en salud, deje de ser el único recurso del pobre, y *admita que las instituciones públicas compitan por los fondos públicos, no sólo entre sí sino con los proveedores privados.* El sector privado, por su parte, tendría que admitir limitaciones en su libertad de escoger sus asegurados y discriminar entre ellos, y de construir los paquetes de atenciones como quisiera. Parecen darse los elementos para pérdidas para uno y otro sector, más que compensados por ganancias. Lo interesante para esta posibilidad es que tanto las reformas de la primera onda como las de la que está en curso han contribuido para posibilitar un pacto semejante, el que mudaría mucho el comportamiento del sistema chileno de salud, sin requerir mayores cambios en su estructura institucional. ●

ANEXO

Principales conclusiones de los artículos de este volumen

Principios rectores de los sistemas de salud

Rafael Caviedes D.

En este trabajo el autor analiza en primer término los principios tradicionales de la seguridad social y de los sistemas de salud que son:

i) La universalidad, subjetiva y objetiva
ii) La integridad o suficiencia
iii) La solidaridad
iv) La unidad

A continuación se plantean los nuevos principios rectores de los sistemas de salud que son:

i) Libertad individual: de elegir el sistema de salud, de elegir el profesional o institución, de destinar recursos a la medicina.
ii) Justicia y equidad
iii) Subsidariedad

El rol regulador del Estado en el sistema de salud

Osvaldo Jara G.

1. En cuanto al diseño del sistema público: profundizar el rol de intermediación a través del seguro público de salud (Fonasa) y de los seguros privados (Isapre). El intermediador puede desarrollar mejores controles de calidad y de costos sobre los prestadores.

2. En cuanto al financiamiento de bienes y servicios por parte del Estado.

2.1 Sobre sus instituciones: Diseño de un cuasi-mercado al interior del sector estatal, con definición de una política de incentivos institucionales acordes con sus objetivos.

2.2 Regulación que realiza por ser un comprador a gran escala. Para este efecto, es fundamental el esfuerzo de gestión para realizar buenos contratos y establecer criterios para garantizar una adecuada gestión de los recursos públicos.

2.3 Oportunidad de mejorar la equidad. Revertir la estructura actual de asignación del presupuesto. En vez de realizarlo en base al gasto histórico, debería hacerse fundamentalmente en estimaciones de demanda (más cercanas a las reales necesidades de la población).

2.4 Regulación y resolución del sistema de prestaciones. En el sector público los niveles de resolución están determinados por el desarrollo histórico de los centros prestadores. Es necesario ser más explícito en las prioridades y en el destino de los recursos en la red asistencial.

3. Rol regulador en relación con la operación de los mercados.

3.1 Existen fuertes barreras de entrada en algunos mercados de recursos humanos de la salud.

3.2 Necesidad de obtener un mayor conocimiento sobre el mercado del trabajo en salud, fundamentalmente para abordar diferentes políticas como las de remuneraciones y de incentivos.

3.3 Estimular una mayor competencia en el mercado de insumos médicos, (responsables en parte de la espiral de costos).

3.4 Control de calidad de los servicios de salud y de los insumos. A través de convenios de colaboración científico-técnica con las universidades y centros de investigación, dentro y fuera del país. (Reformular rol del Instituto de Salud Pública).

Recursos humanos para el sector salud

Gabriela Venturini R.

En este capítulo se presenta el complejo problema de la planificación de recursos humanos en salud, su relación con las necesidades y demandas de salud de la población y los cambios previsibles de esta situación al mediano plazo, en el marco de la transición epidemiológica.

La complejidad del recurso humano se caracteriza presentando algunas de las profesiones que prestan servicios de salud. Se hace énfasis en la profesión médica revisando antecedentes de la formación de este recurso, los condicionamientos de la práctica profesional y el dilema de la confrontación medicina general vs. medicina de especialidad.

Se reitera la limitación que representa para la planificación y proyección de recursos humanos la carencia de información confiable, actualizada y veraz y la necesidad de impulsar un sistema de información que permita trabajar con datos menos inciertos y que sea accesible a todos los usuarios.

Se proponen algunas líneas no tradicionales de desarrollo de recursos que podrían contribuir a paliar los déficit más evidenciables en tiempos más reducidos.

Recursos humanos

1. Redefinir los roles y funciones de los diferentes grupos profesionales y de colaboración, a la luz de los nuevos programas de salud y sus actividades. Delegar y reasignar funciones de acuerdo a los nuevos modelos de atención en salud.
2. Formar recursos humanos de nivel intermedio para algunos campos profesionales cuyos déficit cuantitativos requieran muchos años para ser superados.
3. Incorporar la capacitación a la gestión del recurso humano.
4. En el caso del recurso humano médico, redefinir el tipo de profesional que asumirá la atención de la población adulta e infantil, en cuanto a promoción y protección de la salud, en función de la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas.

5. Revisar la filosofía y metas de formación de pregrado del médico.
6. Generar en el Sistema Público de Salud los estímulos e incentivos para que sus profesionales y personal se mantengan en él, como campo de trabajo.
7. Encontrar mecanismos de cooperación e integración entre el sector público y privado para incrementar la formación de especialistas necesarios para la sociedad.
8. Generar un sistema de información integral de recursos humanos, en el que colaboren todos los sectores que participan en su formación, captación y utilización.

Financiamiento de la salud: Proposiciones de reforma

Cristian Aedo I.

1. Establecer prioridades explícitas en salud para proceder a asignar los recursos en salud. La metodología de priorización se utilizará para definir una canasta básica de salud, la cual cubre como mínimo las necesidades de salud de las personas y que esté contenida en los planes de salud que ofrecen tanto el sector público como el sector Isapre.

2. Rebajar el porcentaje de cotización obligatoria actual para salud por debajo del 7% actual o, de manera alternativa, bajar el tope de cotización por debajo de las 4,2 UF mensuales.

Otra posibilidad, es considerar reemplazar la obligatoriedad de destinar un 7% de la renta imponible para la compra de un seguro de salud obligatorio que, como mínimo, cubra las necesidades de salud del individuo y su familia.

En ambas proposiciones eliminar la exención tributaria (impuesto a la renta) asociada a la cotización obligatoria para salud.

3. En cuanto a esquemas de participación en el costo.

Diferenciar en la estructura de copago, deducibles o coberturas de acuerdo a la efectividad técnica de los distintos procedimientos médicos.

4. En el pago asociado a diagnóstico, y a objeto de atenuar el riesgo financiero para los Servicios de Salud, se sugiere que Fonasa

comparta parte del riesgo financiero que significa resolver las necesidades del paciente. No tan sólo entregando una suma alzada por caso resuelto sino que participando en algún porcentaje del costo marginal de la atención.

5. Proceder a perfeccionar el mecanismo del pago asociado a diagnóstico: aumentando la cobertura de diagnósticos, incluyendo enfermedades complejas, incorporando el sistema de remuneraciones en el pago.

Ofrecer el desarrollo de esta metodología de pago a todos los prestadores, lo cual incluye su eventual adopción en el sector privado.

6. En cuanto a la asignación de recursos para la atención municipalizada, basada en la aplicación de un pago per cápita por población adscrita, se especifican sus tres pilares básicos: la determinación del costo de un plan de salud familiar; la inscripción de la población beneficiaria del sector público y la definición de compromisos de gestión.

La salud ocupacional en Chile

Alfredo Grasset M.

El artículo recoge algunas críticas al régimen de Seguridad Social consagrado en la Ley 16.744 y específicamente al sistema de Mutualidades.

1. Las Compañías de Seguros sólo se limitaron en su épocas a reembolsar gastos. No realizaron la importante labor de prevención de riesgos que garantiza el seguro vigente.

2. Dejar la cotización libre sujeta a la negociación entre entidades administradoras y empleadores tiene varios riesgos: elevar sus tasas de cotización y no vincularlas con las tasas de riesgos efectivo, como es hoy día.

3. Se estima que las barreras de ingreso al sistema de Mutuales deben ser mínimas. Hoy se consideran barreras relativas:

el requisito de ingreso de 20.000 trabajadores, el tener que disponer de servicios médicos adecuados y su característica de instituciones sin fines de lucro.

4. En cuanto a las reservas técnicas hoy están constituidas en inversiones en clínicas y en equipamiento y no en instrumentos financieros.

5. En cuanto a la competitividad, ésta radica en la calidad de los servicios de prevención de riesgos y en la oportunidad y calidad de la atención médica entregada a los trabajadores accidentados o enfermos. Existe alta competencia entre las tres Mutualidades en funciones.

6. Se dan argumentos relativos a la conveniencia de mantener diferenciados el régimen de salud común y el de salud ocupacional.

7. Se propone la desaparición de la administración estatal del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y dejar la administración en Mutualidades de Empleadores, flexibilizando las condiciones de ingreso a dicho mercado.

Se propone finalmente la constitución de un Consejo Nacional de Salud ocupacional, asesor de las autoridades del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y el de Salud.

El sector privado en salud

Francisco Quesney L.

1. Se definen cuáles son las funciones o áreas propias del Estado e inherentes a su calidad de tal y aquellas en que su responsabilidad es primordial.

2. Se señala la mayor eficiencia de gestión en salud del sector privado. Se explica en el hecho que el administrador público está impedido de usar atributos y herramientas propios del sector privado (Razones estructurales del sector público).

3. El sector privado debe intensificar su participación activa en la administración de los subsidios estatales a la salud y de los establecimientos asistenciales de la red pública.

4 El gran desafío del sector está centrado en el control de costos crecientes de la atención médica. Se identifican siete factores en el origen de dicho fenómeno.

5. Para que el sector privado extienda su participación en salud, la legislación requiere ser amplia, no restrictiva y estable.

6. Se explicitan y analizan los problemas del sistema Isapre, en la perspectiva de una gestión global del sector privado en salud y a la luz de cómo esos problemas los enfrenta el sistema operante hoy en día.

7. El autor considera que más que plantear el subsidio a la oferta, se trata de transferencia directa a la infraestructura pública. El subsidio a la demanda debiera más propiamente llamarse subsidio directo a las personas.

Reformas del sector salud

José Pablo Gómez M.

1. Se propone abandonar la lógica de los «subsistemas» públicos y privados. En consecuencia, al redefinir el modelo de atención, la infraestructura pública y la privada son parte de un único sistema cuyo desarrollo se promueve.

2. Reformular y actualizar los programas de salud, centrándolos en metas y estrategias seleccionadas para enfrentar las nuevas situaciones de salud, recordando que su ámbito de aplicación no sólo es «público» sino también privado.

3. Fortalecer la función de control de fármacos e insumos, promoviendo la disponibilidad de aquellos que demuestren ser costo efectivos (Revisión del rol del Instituto de Salud Pública).

4. El ente financista del sector público debe conocer su población beneficiaria y su población cotizante, construir esquemas de distribución de recursos sobre bases equitativas, con definiciones aceptadas técnica y políticamente.

Aprovechar la existencia de incentivos económicos en el comportamiento de los proveedores a través de transferencias de recursos que privilegien resultados en salud más que la provisión de acciones.

5. Mejorar la gestión a nivel de la red asistencial pública:

- Adopción de tecnologías de administración «modernas» (Sistemas de información)
- Capacitación de directivos en administración
- Diseño de marcos legales para mayor movilidad en las contrataciones.
- Compromisos de gestión para operativizar la descentralización
- Modernización en el ámbito de las adquisiciones

6. El autor plantea 17 aspectos complementarios que fortalecerán el proceso de reforma, entre ellos los siguientes:

- Desarrollar marcos analíticos e instrumentos que incentiven la autorregulación o la participación de otros en estas tareas (Como los consumidores organizados).
- Promover, en el ámbito de los recursos humanos, el análisis de los mecanismos para reducir los grupos y prácticas monopólicos presentes.
- Construcción de planes básicos o paquetes esenciales de salud, con priorización de acuerdo a criterios de costo-efectividad.
- Incrementar la autonomía a nivel hospitalario, para flexibilizar el manejo de sus recursos.
- Desarrollar modelos de administración que reconozcan la predominancia de la gerencia técnica y que permitan la introducción de «Directorios» que compatibilicen los roles sociales con la sobrevivencia económica de los establecimientos asistenciales.

- Privilegiar la contratación de factores para minimizar costos y riesgos de adquisición, (compra de servicios).
- Evaluar el reemplazo y cierre total o parcial de establecimientos asistenciales (Sin mermar la disponibilidad de atenciones de salud para la población).

Reformas al sector salud en Chile: Contexto, lógica y posibles caminos

Philip Musgrove

En cuanto a los posibles caminos futuros de la reforma en salud en Chile, el autor considera al menos tres conclusiones.

1. Nada indica que en términos estructurales, el sistema de salud tenga que ir por cualquier camino en particular: no es evidente ninguna necesidad histórica de ello.

El sistema actual no es del agrado total de todos, lo que no significa que no represente un equilibrio político relativamente estable y duradero.

2. El sector público chileno de salud de las próximas décadas será más competitivo y eficiente que en el pasado. Las limitaciones todavía existentes tienen que ver con que las nuevas formas de pago no cubren los salarios; la autonomía de los servicios y hospitales es insuficientes, etc. (necesidad de una tercera onda de reformas).

3. Un camino diferente e interesante sería la extensión, o hasta universalización, del subsidio a la demanda.

Seguros explícitos provistos por los servicios públicos, con libre elección de (casi) todo ciudadano para afiliarse. Este camino tiene un obstáculo financiero por el aumento del gasto público en salud para ofrecer a todos el tipo de seguro que los clientes de las Isapre ya tienen. El otro es un obstáculo político, que el Estado renuncie o limite su papel de último recurso en salud. Deje de ser el único recurso de los pobres y admita que las instituciones públicas compitan por fondos públicos, no sólo entre sino con los proveedores privados. El sector privado, por su parte, tendría que admitir limitaciones en su libertad de escoger a sus asegurados y discriminar entre ellos, y en la confección de los paquetes de atenciones. ●

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 salud en Chile: Evolución y perspectivas
Ernesto Miranda R. (editor)

Chile hacia el 2000. Ideas para el desarrollo
Felipe Larraín B. (editor)

Se discute hoy en todo el mundo sobre modelos de atención en salud, sistemas de financiamiento, estructura y organización. Este libro reúne trabajos de reconocidos expertos en salud pública que cubren desde distintos ángulos los aspectos fundamentales de estos temas.

Probablemente en la salud es donde pueden registrarse los mejoramientos de bienestar que la gente percibe como más concretos. La «reforma» de la salud es una demanda de la gente.

Los expertos que han contribuido a este libro tratan el tema de la reforma con seriedad y profundidad. Aunque podamos discrepar con algunas de las propuestas que se plantean en este libro, los ocho artículos que lo componen hacen una contribución muy importante y valiosas propuestas para mejorar la salud de los chilenos. Una característica muy útil para la formación de políticas es la de tener, como en esta obra, planteamientos concretos que, aunque debatibles, centran la atención sobre aspectos más importantes en los que es necesario progresar.

El prólogo del doctor Juan Giaconi presenta un magnífico sumario del contenido de esta obra. Al leerlo, se despierta el interés por revisar cada uno de los capítulos que contiene, en los que se encuentra un análisis muy valioso por su pertinencia y profundidad.

Carlos Massad A.
Ministro de Salud

CENTRO DE ESTUDIOS PUBLICOS
Monseñor Sótero Sanz 175
Santiago de Chile