



Parte 1

Política Social



Capítulo 2

Propuestas Necesarias Para el Sector Salud

Harald Beyer

Ingeniero Comercial, Universidad de Chile.

Candidato a Doctor en Economía de la Universidad de California, Los Angeles.

Investigador y Coordinador Académico del Centro de Estudios Públicos.

Email: *hbeyer@cepchile.cl*

I. INTRODUCCIÓN

Los indicadores que tradicionalmente se emplean para evaluar las políticas de salud en un país dejan a Chile en un muy buen pie. La tasa de mortalidad infantil no supera los 11 por mil, la expectativa de vida al nacer se empuja a los 75 años, la desnutrición infantil prácticamente no existe, casi el 100% de los partos son atendidos profesionalmente. Por estas razones, entre otras, Chile aparece muy adelante en los índices de desarrollo humano a pesar de que su ingreso per cápita aún no supera los US\$ 5.000. Por otra parte, difícilmente se puede sostener que los chilenos, aun los más pobres, no acceden a una atención de salud. Se podrá discutir la oportunidad o la calidad, pero el acceso no está en discusión. Crecientemente, y a pesar de las profundas reformas llevadas a cabo en las últimas décadas¹, hay una insatisfacción compartida en vastos sectores con el sistema de salud chileno. De ahí que en los últimos años se haya planteado con distintos énfasis la necesidad de llevar a cabo una reforma profunda en nuestro sistema de salud. Se está lejos, sin embargo, de alcanzar consensos en estas reformas, especialmente en el nivel político².

Más allá de las políticas específicas probablemente hay algunos elementos o principios generales sobre los cuales puede construirse una base de acuerdo más amplia para una reforma de la salud en Chile. El primero de estos elementos es la eficiencia en el gasto de los recursos públicos. El gasto público en salud se multiplicó 2,4 veces en los 90. El aporte fiscal lo hizo en el mismo período en 3,1 veces. El esfuerzo es inmenso y, por lo tanto, debemos velar que esos recursos se estén empleando bien. Ello supone preguntarnos si las instituciones, los incentivos y las regulaciones actualmente existentes apuntan en esa dirección. Un segundo principio que oriente las reformas debe velar por la transparencia de los sistemas público y privado de salud. Los derechos, las coberturas, los subsidios, entre otros muchos aspectos, en uno y otro sistema, deben estar claramente especificados.

Una integración razonable de ambos subsistemas es un elemento a la que una reforma de salud no puede renunciar. Un sistema dual no es bueno, tanto por razones de eficiencia como de equidad. Un cuarto elemento que debe reconocer toda reforma es que se debe aspirar a un plan

¹ Para un análisis de esas reformas véase, por ejemplo, Aedo (2000), Larrañaga (1999) y Miranda (1990).

² En el nivel técnico estos consensos son crecientes. Véase, por ejemplo, la propuesta del Grupo Multidisciplinario de Salud.

básico de salud equivalente para todos los chilenos sin que ello impida que aquellos que deseen hacerlo puedan adquirir planes que estén por sobre ese plan básico. Sólo así se asegura en salud la igualdad de oportunidades. Un quinto principio orientador es que los planes de salud puedan ser provistos competitivamente, lo que evita conductas monopólicas que perjudiquen a los ciudadanos. Este principio asegura que exista elección y que los ciudadanos no sean sometidos a sólo una opción. Un sexto elemento que debe contener la reforma es que no se debe permitir la discriminación por edad, sexo o riesgo médico de los beneficiarios. Sólo así se garantiza que las personas accedan a los planes de salud deseados. Por supuesto, esto no impide a los aseguradores ajustar sus primas a los riesgos percibidos. Finalmente, un elemento que no se puede descuidar es que el Ministerio de Salud tiene un papel en la provisión de bienes públicos y en la supervisión de los “compradores” y “vendedores” de salud que no se puede descuidar y que más bien se debe fortalecer. Eso supone un ministerio activo que vela por los intereses de los ciudadanos sin discriminar entre instituciones públicas o privadas.

Creemos que las propuestas que se planteen más adelante respetan estos principios generales. En los últimos años muchas instituciones o personas han estado pensando el sistema de la salud en Chile. Esos planteamientos han influido en el desarrollo de este trabajo³, aunque las propuestas específicas y énfasis que aquí se plantean responden a mi lectura de los antecedentes. En este sentido la próxima sección presenta un panorama general del sector de la salud en Chile. El objetivo no es hacer un diagnóstico del sistema de salud chileno sino presentar antecedentes y pequeños análisis de los mismos que ayudarán a ir delineando las propuestas que haremos en la tercera sección. Ahí se opta por plantear sugerencias muy específicas, planteando apenas parcialmente su justificación. Seguimos esta estrategia porque estimamos que precisamente de la sección 2 se desprende la necesidad de llevar adelante dichas propuestas. La última sección concluye con un cuadro que resume las propuestas principales de este trabajo.

II. UNA MIRADA PRELIMINAR AL SECTOR

La actual estructura del sistema de salud chileno fue establecida en sus aspectos medulares en 1981 y opera sobre la base de servicios y segu-

³ Específicamente las propuestas del Grupo Multidisciplinario de la Salud (1999), Aedo y Sapelli (1999) y Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza.

ros públicos y privados. Los beneficiarios se agrupan en dos subsistemas de salud. El más importante, en número, es el sistema público de salud (incluidas las instituciones que atienden al personal de las FF.AA. y de Orden), del cual dependen dos tercios de los 15,3 millones de chilenos. Este grupo está en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), servicio dependiente del Ministerio de Salud⁴, que coordina la demanda de salud de sus afiliados y se encarga de cancelar las atenciones recibidas por estos a los proveedores de salud. Para estos propósitos, Fonasa recauda las contribuciones de sus afiliados y el aporte fiscal que el Estado realiza en salud. Este es un fondo solidario con escasa transparencia en el sentido que los subsidios implícitos (positivos o negativos) no están demasiado claros.

El sistema público de salud también cuenta con una serie de proveedores de salud que se agrupan en 28 servicios de salud (más el Servicio de Salud del Ambiente) dando origen a una red de 192 hospitales de diversa complejidad y que están a cargo de las atenciones secundarias y terciarias. Esta estructura se complementa con una red de atención primaria compuesta por una red de poco más de 1.618 consultorios y postas rurales (1.106). La gran mayoría está en manos de las municipalidades. Los servicios de salud mantienen la supervisión técnica sobre estos consultorios pero no intervienen en su administración. Un total de 166 consultorios dependen de los servicios de salud. Las personas que están en Fonasa pueden elegir atenderse por dos modalidades. La institucional que permite el acceso a los consultorios de atención primaria en el caso de las enfermedades de menor complejidad y a los hospitales públicos en los casos de mayor complejidad. También existe la modalidad de libre elección que le permite a los beneficiarios de Fonasa acceder a una red de proveedores privados asociados a Fonasa. Esta modalidad la pueden emplear sólo los trabajadores que cotizan en Fonasa⁵. Los afiliados a Fonasa que tengan ingresos superiores al salario mínimo deben cancelar copagos en magnitudes proporcionales a su ingreso.

El segundo subsistema lo componen las instituciones previsionales de salud (Isapre). Éstas son instituciones privadas especializadas⁶ que ofrecen un “seguro de salud” a sus poco más de 3,3 millones de beneficiarios.

⁴ El personal de las Fuerzas Armadas, sus familias y los jubilados están adscritos a su propio sistema.

⁵ Un grupo importante de los beneficiarios de Fonasa son indigentes. Es decir, son personas no asalariadas de bajos ingresos. El hecho de que las personas con ingresos superiores al mínimo (los llamados grupos C y D) deban realizar un copago en la modalidad institucional puede provocar una subdeclaración de ingresos.

⁶ En este sentido no son aseguradoras.

El sistema está construido sobre la base de primas individuales⁷ y la libre elección de sus afiliados. Otro 12% de chilenos afirma satisfacer sus necesidades de salud en forma particular y no están registrados ni en una Isapre ni en Fonasa⁸.

En este marco, el Ministerio de Salud no sólo está a cargo de la regulación y la supervisión del sistema⁹, sino que ejerce un papel activo representando a “compradores” de salud, los afiliados a Fonasa, y simultáneamente a “vendedores” de salud, los hospitales públicos. Además ejerce, a través de la Superintendencia de Isapre, una supervisión específica sobre los “competidores” de Fonasa. No cabe duda que la posibilidad de conflictos de intereses en ambas dimensiones es una posibilidad latente.

La piedra angular del sistema de salud chileno es la cotización del 7% del ingreso para salud. Este porcentaje lo pagan todos los asalariados y jubilados con un tope de UF 60 (unos US\$ 1.650). Durante el año 2000 las personas tuvieron la posibilidad de contratar su plan de salud en una de las 17 instituciones de salud previsional abiertas (las Isapre) o en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa)¹⁰.

Ambos subsistemas operan con racionalidades muy distintas. En Fonasa no hay ninguna relación entre lo que se contribuye al sistema y lo que se recibe del mismo. La cobertura no está bien definida y los derechos de las personas están muy diluidos. Por ejemplo, una persona que requiere de una intervención quirúrgica no puede predecir el momento en el que ésta se realizará. En el caso de las Isapre, en cambio, los contratos están claramente precisados. Por otra parte, las primas de los seguros ofrecidos por estas instituciones privadas reflejan generalmente el riesgo de los beneficiarios que los contratan, aunque de una manera imperfecta al contemplar las primas sólo ajustes por edad, sexo y número de cargas. Pero, además, las Isapre pueden negar la venta de uno de sus planes. Así tienen la posibilidad cierta de discriminar por riesgo. Los planes de salud de las Isapre han contemplado tradicionalmente un beneficio máximo por evento, lo que en la práctica hace difícil que las familias puedan enfrentar las enfermedades catastróficas¹¹.

⁷ Hay contratos colectivos que se han establecido voluntariamente entre los trabajadores de una empresa y una Isapre, pero no hay mayor información sobre ellos.

⁸ Cifras estimadas a partir de los Boletines Estadísticos de Fonasa.

⁹ Para mayores detalles del actual sistema de salud y las reformas de los últimos años véase Aedo (2000).

¹⁰ Existen, además, nueve Isapre cerradas a las que acceden sólo los trabajadores de determinadas empresas.

¹¹ Díaz *et. al.* (1995) muestran que en el sistema privado de salud la proporción del copago crece con el costo del tratamiento del enfermo.

Recientemente las Isapre decidieron ofrecer seguros catastróficos que, sin embargo, han sido impugnados judicialmente por el Colegio Médico argumentando que son demasiado restrictivos, implican costos adicionales para los cotizantes y son de carácter cerrado; esto es, no permiten la elección de los proveedores. Aunque en principio estas críticas carecen de sentido, los seguros catastróficos ofrecidos efectivamente tienen características peculiares que sugieren que éstos fueron diseñados principalmente para salir al paso de las críticas que se le hacían al sistema¹². Diversas hipótesis se han planteado para explicar la ausencia de una cobertura catastrófica en las Isapre¹³. Entre éstas destacan que la población que se atendería en las instituciones privadas es de bajo riesgo.

A esta realidad puede agregarse que Fonasa es, en la práctica, una institución aseguradora de último recurso. De hecho, no cobra primas según el riesgo de sus pacientes y menos tiene períodos de exclusión. En este contexto a los afiliados de las Isapre les conviene recuperar su cotización obligatoria de 7% a través de un reembolso significativo en consultas y procedimientos de bajo costo. Una segunda línea de argumentación complementaria con la anterior plantea que como las Isapre están imposibilitadas de ajustar las primas al riesgo médico de las personas utilizan la política alternativa de establecer reembolsos máximos en cada evento médico. Por esto no deja de ser interesante que en Chile aparentemente hay un sesgo de selección en la decisión de asegurarse en el sector privado. Las personas con un peor estado de salud se afiliarían con una probabilidad más alta al sistema privado de salud (Sanhueza y Ruiz-Tagle, 1999).

Más allá de estas observaciones, no cabe duda que existe la percepción bastante arraigada de que el sistema privado tiene dificultades para ofrecer una cobertura aceptable a sus beneficiarios en caso de eventos catastróficos. Un aspecto de naturaleza distinta, aunque se tiende a confundir en el debate, es aquel que tiene que ver con la cobertura de la tercera edad. El seguro de salud, tal como está diseñado en la actualidad, es contingente a los eventos médicos y no contiene elementos de ahorro. De ahí que naturalmente deba ajustarse con la edad de los beneficiarios. Por un lado, la probabilidad de tener eventos médicos crece con la edad de las personas y, por otro, el costo de los eventos médicos que sufren los adultos mayores tienden a incrementarse. La única forma de financiar el mayor gasto

¹² En particular es extraño que éstos, en general, se hayan agregado a los planes actualmente existentes sin “sacrificar” algunos de los beneficios existentes en los planes contratados.

¹³ Véase Larrañaga (1999) y Díaz *et. al.* (1995) entre otros.

esperado es elevando la prima de los seguros. Fonasa, en cambio, es un fondo solidario que no ajusta sus primas manteniéndolas en un 7% de los ingresos, independientemente de la edad de los beneficiarios. Se redistribuye así desde los más jóvenes a los más viejos.

El ajuste de primas que ocurre en el sistema privado lleva, entonces, a un traslado al sistema público. Por ello, en las Isapre apenas un 4,5% de los beneficiarios son mayores de 60 años, lo que contrasta con el 11% de chilenos que supera esa edad. El ajuste de primas indudablemente que afecta la “legitimidad” del sistema privado, principalmente porque Fonasa no es “sensible” a los mayores gastos esperados en salud de los adultos mayores. Pero ello no hace necesariamente de esta situación un problema mayor.

Puesto en otros términos, si Fonasa ajustase sus primas al mayor gasto esperado de los adultos mayores, ¿se generaría un problema serio en el sistema de salud chileno? La evidencia no aparece apuntar en esta dirección. Ello a pesar de que el gasto médico individual de los mayores sería 3,4 veces superior al gasto promedio de los individuos entre 18 y 44 años¹⁴. En efecto, las simulaciones realizadas por Fischer, Mizala y Romaguera (1998) sugieren que para gran parte de la población los mayores gastos médicos no serían un problema, entendido éste como una caída en el ingreso per cápita neto de salud superior a un 30%. Los más jóvenes de menos educación podrían tener problemas si la rentabilidad del fondo de pensiones durante su vida activa es inferior al 6%, pero siendo estos problemas acotados no parecería razonable tratar de lidiar con ellos.

Como señalábamos más arriba la base del sistema de salud público chileno es la cotización del 7% de los ingresos. Ésta es una herencia del antiguo sistema previsional que rigió en Chile hasta 1981. Pero claramente no tiene ningún sentido. Por ejemplo, ¿por qué las personas están obligadas a asegurarse por un porcentaje de su ingreso en el sistema privado cuando éste no responde a una lógica redistributiva? El costo del seguro médico para una persona no depende de su ingreso a menos que se sostenga la descabellada tesis de que a mayor ingreso mayor es el riesgo médico de las personas. La contribución en función de los ingresos puede, además, ser ineficiente. Por una parte presenta la necesidad de multiplicar planes que se acomoden a los ingresos de cada persona más que a sus necesidades médicas reales. De hecho, habrían alrededor de 8.800 planes de salud en el sistema privado (Larrañaga, 1999), los que con seguridad se ajustan constantemente a los cambios de ingreso de las personas. Pero ello

¹⁴ Los datos provienen de Fischer *et. al.* (1998).

también le resta transparencia al sistema. La asimetría de información respecto de los planes entre aseguradores y afiliados lleva a que los últimos rara vez conozcan los alcances exactos de los planes contratados.

Por otra parte, como hay una obligación legal de asegurarse la autoridad debería estar interesada en que se privilegien ciertas dimensiones en la competencia que naturalmente se desarrollara en un sistema como el chileno. Pero en el contexto actual, la competencia entre Isapre no necesariamente se dará en las dimensiones pertinentes. Si las cotizaciones de una persona o del grupo familiar son superiores a sus gastos médicos esperados, las Isapre competirán por atraerlo ofreciéndoles beneficios “superfluos” (Larrañaga, 1999). En la misma línea se puede señalar que si bien las personas no pueden evitar cotizar un 7% sí “pueden pedir el dinero de vuelta” a través de una alta cobertura de eventos que tienen una alta probabilidad de ocurrencia como consultas médicas y exámenes de laboratorio. Pero en este caso la cobertura de los eventos médicos mayores se verá perjudicada. De aquí se desprende la necesidad de redefinir la contribución de salud en términos de un beneficio preciso que, por una parte, evite el sobreaseguro de las personas y, por otra, asegure la cobertura deseada por las autoridades¹⁵.

La contribución en función de los ingresos y específicamente la posibilidad de un “seguro excesivo” seguramente amplifica la segregación que existiría entre ambos sistemas. Las inversiones del sistema privado reflejarían el hecho de que las contribuciones de los afiliados crecen con el ingreso. Probablemente en un mercado pequeño como el nuestro la infraestructura y planes resultantes serán demasiado caros para las familias de menos ingresos, lo que hará más difícil acomodar las demandas de salud de esos grupos. En cambio, esta acomodación se facilitaría si la atención de salud estuviese pensada no en términos del ingreso de los afiliados, sino en términos de un seguro médico básico. Cualesquiera que sean las causas¹⁶, tenemos dos subsistemas de salud claramente distinguibles. La segregación que de aquí surge es una de las principales críticas que se le hacen al sistema de salud chileno¹⁷. Las diferencias en la capacidad de pago de las personas no sólo se traduce en diferencias de gasto importante, sino que en la agrupación de los beneficiarios de uno y otro subsistema en nichos

¹⁵ Se entiende esto último en el sentido de que se impone coercitivamente la necesidad de contratar salud.

¹⁶ Que Fonasa funcione con un criterio redistributivo también ayuda a esta segregación.

¹⁷ Véase, por ejemplo, los argumentos en Celedón y Oyarzo (1998).

institucionales sin mayor relación entre ellos¹⁸. Por si a estas alturas no está todavía demasiado claro, los más acomodados contratarían su atención de salud con las Isapre y los menos acomodados se verían obligados a hacerlo con las instituciones del sector público. Que este “arreglo” se traduce en diferencias de gasto significativos entre las personas de uno u otro sistema queda en evidencia en el Cuadro 1.

CUADRO 1 GASTO POR BENEFICIARIO (\$ 2000)¹⁹

	Isapre	Sistema Público
1994	103.935	71.447
1995	108.428	79.703
1996	118.183	87.282
1997	129.335	93.708
1998	142.749	96.965
1999	155.961	99.384

Fuente: Elaborado a base de Boletines Estadísticos de Fonasa y Series Estadísticas de la Superintendencia de Isapres.

Las diferencias de gasto saltan a la vista. Son inferiores, sin embargo, a las que existían a comienzos de la década de los 90. Por ejemplo, en 1991 el gasto por beneficiario en el sistema público alcanzaba a \$ 42.795 y en las Isapre a \$ 96.227 (ambas cifras en pesos promedios del año 2000)²⁰. Las diferencias de gasto en términos proporcionales son menores en el bienio 1995-96, en el cual el gasto por beneficiario en las Isapres supera en un 36% al gasto por beneficiario en el sistema público de salud, muy por debajo del 125% de 1991. En este fenómeno no sólo influye el aumento en el gasto público en salud (Cuadro 2), sino que también la evolución de los beneficiarios en uno y otro subsistema (Cuadro 3)²¹. En efecto,

¹⁸ Si se sigue esta definición históricamente ha existido segregación en Chile. No sólo de ingresos sino que antes de las reformas de 1981 según organización social. Los empleados, por ejemplo, tenían un sistema de salud distinto a los obreros.

¹⁹ En el caso de las Isapre se excluye el gasto de administración y ventas del cálculo porque no corresponde en estricto rigor a gastos relacionados con la salud de los pacientes. En el caso del sistema público se excluye los gastos administrativos de Fonasa, los gastos en bienes públicos (incluido el Programa Nacional de Alimentación Complementaria) y los gastos centralizados en instituciones como la Subsecretaría de Salud o el Instituto de Salud Pública.

²⁰ Elaboración propia a base de estadísticas de Fonasa y Superintendencia de Isapres.

²¹ Las cifras de gasto público empleadas en el Cuadro 2 son algo distintas de las utilizadas para calcular el gasto por beneficiario del Cuadro 1. Por ejemplo, al descomponer por tipo de gasto la categoría de personal no distingue entre aquellos funcionarios que desempeñan labores administrativas de los que realizan labores propiamente médicas.

en los años señalados se consolida una reducción importante en el número de beneficiarios del sistema público de salud que respecto de 1990 alcanza a un millón de personas, las que se inclinaron fundamentalmente por dejar en manos de las Isapre su provisión de salud u optaron, en menor medida, por atenderse privadamente²².

CUADRO 2 EVOLUCIÓN Y COMPOSICIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD²³
(MILLONES \$ 2000 Y PORCENTAJES)

	1990	1992	1994	1996	1998	1999
Personal	37,1%	37,0%	42,7%	43,5%	43,3%	43,2%
Bienes y servicios	31,1%	29,1%	27,8%	29,1%	28,5%	29,3%
Libre elección	14,9%	13,2%	12,4%	12,3%	14,1%	14,4%
PNAC	8,9%	7,6%	4,8%	4,2%	2,8%	2,3%
Incapacidad laboral	5,7%	3,6%	3,2%	3,6%	6,1%	6,5%
Inversión	2,3%	9,5%	9,1%	7,3%	5,2%	4,4%
Gasto total	408.333	557.493	697.215	822.195	944.248	983.942

Fuente: Elaborado a base de Boletines Estadísticos Fonasa.

CUADRO 3 BENEFICIARIOS SEGÚN SUBSISTEMA DE SALUD
(Millones de personas)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Fonasa	9,73	9,41	8,79	8,54	8,64	8,64	8,67	8,75	9,14	9,40
Isapre	2,11	2,57	3,00	3,43	3,67	3,76	3,81	3,88	3,68	3,32
Otros	1,37	1,45	1,87	1,91	1,79	1,91	2,03	2,09	2,10	2,39

Fuente: Fonasa, Boletín Estadístico 1998 – 1999.

²² Otros comprende al personal de las Fuerzas Armadas y sus cargas. Su número aparentemente no ha experimentado variaciones importantes en el período. Los cambios, entonces, obedecerían fundamentalmente a un aumento en las personas que se atienden privadamente.

²³ El gasto considerado es aquel representado por los componentes señalados. Se excluye algunos gastos en bienes públicos y en la administración central del sector público de salud.

Estos cambios fueron acompañados de incrementos reales anuales de 12,4% en el gasto público en salud entre 1990 y 1996. Ambos fenómenos contribuyeron a reducir la brecha de gasto que separaba a ambos subsistemas. Esta tendencia se revirtió parcialmente en los años siguientes. Por una parte, el ritmo de crecimiento del gasto público en salud se redujo alcanzando a un 6,2% real anual entre 1996 y 1999. Paralelamente se revirtió la caída en el número de beneficiarios del sistema público de salud elevándose su número en 730.000 en el lapso de 3 años. Aquí no cabe duda que ha influido la desaceleración económica de fines de los 90, pero también una crítica creciente desde el sector público y de los gremios de la salud al sistema privado de salud. A esto se une una política de precios de la “aseguradora pública” (Fonasa) que guarda escasa relación con el riesgo y costo que le significa la población atendida (Aedo y Sapelli, 1999). En efecto, Fonasa cobra un 7% a sus afiliados independientemente del gasto esperado en salud que estos le signifiquen. Algo que las instituciones del sector privado no pueden hacer. Por supuesto, Fonasa no es insensible a la brecha entre cotizaciones y costos que su estrategia significa. Pero como no ajusta las primas termina exigiendo altos copagos en la modalidad libre elección que obliga a las personas a atenderse en la modalidad institucional. En esta modalidad operan como mecanismo de contención de costos las listas de espera.

El traslado de beneficiarios tiene impactos significativos en las diferencias de gasto entre subsistemas. Estos son, en general, de ingresos medios y contratan en el sistema privado planes de un costo promedio inferior al del resto de los beneficiarios de ese sistema. Por consiguiente, su retiro eleva el gasto promedio del subsistema privado. Su aporte al subsistema público, por otra parte, tiende a ser inferior a lo que ese sistema gasta en ese beneficiario reduciendo así el gasto promedio en este subsistema.

Aunque el sistema de Isapre es la opción mayoritaria sólo en los grupos de altos ingresos una proporción creciente de hogares de menores ingresos eligió en los 90 estas instituciones para satisfacer su demanda por atención de salud. Esta evolución sugiere una demanda latente que no se manifiesta en su totalidad, porque el subsidio implícito por beneficiario del subsistema público está atado a la oferta que ese propio subsistema provee. Que una proporción creciente de sectores medios se está incorporando al subsistema privado queda en evidencia en el Cuadro 4. La supuesta falta de equidad, entonces, no está sólo influida por las diferencias de ingreso de los participantes en uno y otro sistema, sino que también por la forma que se organiza institucional y financieramente el sector público. Un subsidio bien diseñado, sin embargo, no debería estar atado a la elección

CUADRO 4 BENEFICIARIOS POR QUINTIL DE INGRESOS

	Sistema público		Isapre		Otros	
	1990	1998	1990	1998	1990	1998
1	84,5	86,9	2,5	2,0	13,0	9,1
2	80,5	73,9	5,4	13,2	14,1	12,9
3	71,3	62,4	11,1	21,3	17,6	16,3
4	58,6	27,1	22,3	33,0	19,1	19,9
5	37,2	26,0	24,0	55,4	18,8	18,6
Total	68,7	61,8	15,1	23,1	16,2	15,1

Fuente: Ministerio de Planificación Nacional.

del individuo respecto de la organización de salud con la que se quiere atender. Esta ausencia de “portabilidad” en el subsidio lleva, además, a una falta de contacto entre los subsistemas público y privado.

Este fenómeno, además de contribuir a la supuesta falta de equidad del sistema de salud chilena, tiene impactos sobre la eficiencia del sistema y sobre la “actitud reguladora” de las autoridades de la salud nacional. Respecto del primer aspecto cabe decir que se pueden desaprovechar economías de escala importantes, duplicando inversiones que una mayor relación o competencia entre los subsistemas evitaría. Se incurre, entonces, en una salud más costosa de la que sería estrictamente necesaria. Una prueba concreta de lo que estamos señalando es que se ha estimado que en Chile sobrarían alrededor de 16.000 camas hospitalarias²⁴. La necesidad de establecer puentes entre ambos subsectores es evidente. Pero ello no pasa necesariamente por fusionar o uniformar ambos sistemas. Más bien supone una separación entre proveedores y compradores de salud que ofrezcan y comprendan un continuo de soluciones de salud para distintos grupos de población.

Respecto de la actitud reguladora de las autoridades de salud no cabe duda que la actual organización pública genera un conflicto de intereses en dichas autoridades. Son simultáneamente “compradores” de salud, a través del Fonasa, para los beneficiarios de la salud pública y “proveedores” directos de salud a través de los hospitales e indirectos a través de los consultorios de atención primaria²⁵. Los profesionales de la salud que laboran

²⁴ Tal sería la conclusión a la que habría llegado un estudio de la Universidad de Chile, citado en Caviedes (2000).

²⁵ Salvo los consultorios dependientes de los Servicios de Salud Central Metropolitano y Aysén, los consultorios de atención primaria se encuentran en manos de las municipa-

en los hospitales y consultorios han logrado organizarse sindicalmente muy bien y ejercen una presión significativa hacia las autoridades. Los beneficiarios, en cambio, no tienen organizaciones independientes que los representen adecuadamente. Esta asimetría lleva a que la autoridad en la práctica no tome el papel de defensor de los intereses de los beneficiarios de Fonasa. Ese papel sí lo adopta en el caso de los beneficiarios del sistema privado de salud. No hay en este caso conflictos visibles de interés²⁶.

Todo ello lleva a que los controles sobre los proveedores públicos de salud sean relativamente laxos por lo que no debe extrañar, entonces, la ausencia de mecanismos de rendición de cuentas en los hospitales públicos y la persistencia de presupuestos “blandos”. A ello se une el nombramiento “político” de los directores de los servicios de salud y de los directores de los hospitales públicos. Por último, existen rigideces laborales significativas que impiden una administración adecuada de los hospitales y consultorios.

La ausencia de competencia y la escasa rendición de cuentas en el sistema público afectan la eficiencia de las instituciones públicas de salud. La modalidad de libre elección es apenas un freno parcial a esta posibilidad, especialmente en el tratamiento de problemas médicos más complejos. El alto copago que, en estos casos, genera para sus beneficiarios hace de la modalidad institucional la única alternativa real. Ello significa depender de los hospitales del sector público. Por ello no debe extrañar que la modalidad de libre elección represente menos del 20% de los desembolsos del sistema público, aun cuando dos tercios de los beneficiarios del sistema público tienen derecho al uso de esta modalidad. Que la eficiencia del sector público deja mucho que desear queda en evidencia en el Cuadro 5.

El gasto público en salud era un 58% menos productivo en 1999 que en 1990. Si bien se puede argumentar que el congelamiento en términos reales del gasto público en salud durante los 80 (e incluso caída en algunas mediciones)²⁷ era insostenible, de modo que la productividad que se reflejaba en 1990 era artificialmente alta, no cabe duda que esta realidad representa un costo demasiado elevado para el país. Más aún cuando apa-

lidades. Las negociaciones salariales, la parte más significativa del presupuesto de estos consultorios, se realizan con el nivel central y no con los alcaldes respectivos.

²⁶ Incluso se puede argumentar que en algunas ocasiones la autoridad de salud ha estado más preocupada de los intereses de los gremios de la salud que de los beneficiarios del sistema de salud.

²⁷ En la década de los 80 el gasto público en salud habría alcanzado un peak en 1982 para luego caer en términos reales hasta 1987. En 1990 los niveles habrían sido similares a los de 1982.

CUADRO 5 PRESTACIONES VALORADAS/GASTO EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD (INCLUYE TRANSFERENCIAS MUNICIPALES Y EXCLUYE PNAC, SIL E INVERSIONES)²⁸

	Producción (1990 : 100)	Gasto (1990 : 100)	Productividad Gasto (1990 : 100)
1990	100,0	100,0	100,0
1991	103,4	119,6	86,5
1992	103,1	137,6	74,9
1993	102,7	160,7	63,9
1994	109,9	181,7	60,5
1995	107,9	198,4	54,4
1996	108,1	221,3	48,9
1997	109,6	239,8	45,7
1998	118,8	266,4	44,6
1999	122,0	290,1	42,0
Variación			
1990 -99	22%	190%	-58%

Fuente: Rodríguez y Tokman (2000).

rentemente tampoco refleja aumentos de calidad especialmente destacables en la atención de salud. Si durante el año 2001 se recuperaran los niveles de productividad del año 1990 se podrían entregar prestaciones adicionales valoradas en cerca de 1.000 millones de dólares. Esta cifra es similar a la cotización legal (7%) que recauda en la actualidad el sistema de salud privado. Como nada sugiere que los niveles de productividad en 1990 eran especialmente altos, la estimación de la pérdida económica que provoca esta ineficiencia seguramente es conservadora. Estos antecedentes reflejan, además, que aumentos en los recursos no necesariamente conducirán a una mejor salud si no se enmarcan en el contexto de instituciones adecuadas e incentivos correctos (Aiyer, *et. al.*, 1995).

Los serios problemas de gestión en los hospitales públicos que se desprenden del Cuadro 5, hace que estas esperas no se pueden atribuir, por ahora, a una supuesta escasez de recursos en la salud pública. Esta visión, naturalmente, es resistida por los gremios de la salud que estiman indispensable seguir incrementando los recursos en el sistema público de salud y ven en la supuesta escasez de fondos los problemas de la salud pública chilena. El Estado ha recogido parcialmente este planteamiento y ha elevado

²⁸ El autor de este trabajo llegó con información más parcial que la que aparece en este cuadro a tendencias similares. Se presentan éstas por considerarse más exhaustivas.

el aporte fiscal a la salud a un ritmo promedio anual de 13,5% entre 1990 y 1999 (Cuadro 6). Por esta razón el aporte fiscal pasó de representar un 40% de los ingresos del sistema público de salud en 1990 a un 52% en 1999. En el mismo período las cotizaciones de los usuarios crecieron a una tasa promedio de sólo 5,7%, dejando de ser la principal fuente de financiamiento del sistema público de salud.

CUADRO 6 INGRESOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD²⁹
(Millones de pesos del 2000)

	1990	1992	1994	1996	1998	1999
Aporte fiscal	178.258	240.944	369.586	443.875	513.953	556.137
Cotización	208.489	227.562	254.906	286.285	321.280	343.918
Cargo usuario	39.311	43.741	51.732	59.879	78.005	84.729
Ing. Operacionales	20.055	28.197	52.157	62.791	83.845	83.251
Total	446.113	540.444	728.382	852.831	997.083	1.068.036

Fuente: Elaboración propia a partir de boletines estadísticos de Fonasa.

Lamentablemente este aumento significativo de los recursos fiscales en salud no fue acompañado de mejoras sensibles en la cantidad y calidad de la atención y los problemas del sistema público de salud que mencionábamos más arriba no se han corregido. Por ejemplo, el sistema público continúa presentando demoras prolongadas en la atención de salud. Aunque las largas colas de los consultorios de atención primaria se suprimieron en su gran mayoría durante el año 2000³⁰, las atenciones de mayor complejidad aún tienen tiempos de espera prolongado³¹. Este es un factor que si bien no afecta en estricto rigor el acceso a la salud³², indudablemente representa una disminución en la calidad de atención a la salud. De hecho, a pesar de estos incrementos de recursos, la población en los 90 ha “re-

²⁹ Se excluyen otros ingresos de este cuadro por su carácter algo más errático a través del tiempo.

³⁰ No es claro que la eliminación de las colas sea el resultado de una gestión más eficiente. Una parte de la espera parece haberse desplazado hacia los hospitales públicos y otra hacia los hogares.

³¹ Lamentablemente en Chile no hay antecedentes precisos, como si lo hay en otros países, que permitan comparar los cambios en los tiempos de espera de distintas atenciones que ocurren de un año a otro. La evidencia anecdótica sugiere que éstos no han cambiado mayormente y que en algunos casos se han alargado.

³² Sapelli y Vial (1998) sostienen que no hay mayores diferencias entre grupos de ingreso en el acceso a la salud en Chile. No es el objetivo del trabajo, sin embargo, evaluar la calidad de la atención de salud que recibe cada grupo de ingresos.

probado” sistemáticamente al gobierno en el campo de la salud³³. Por supuesto, para los gremios de la salud los recursos allegados son todavía insuficientes. Crecientemente, sin embargo, surgen voces críticas de estos planteamientos y hay cada vez un mayor reconocimiento de que existen problemas serios de gestión en el sistema público de salud.

Diversas iniciativas han sido emprendidas en los 90 con el objetivo de corregir los problemas de gestión. Sin embargo, los esfuerzos han sido tímidos o simplemente no han prosperado porque han contado con la férrea oposición de los gremios de la salud. Por ello, “a pesar de los avances, estas reformas no han introducido cambios de fondo en el sistema de salud.” (Celedón y Oyarzo, 1998.) No cabe duda que llevar adelante reformas profundas en el sector salud no es fácil en ninguna parte del mundo, pero si estas no se llevan a cabo la posibilidad de una buena gestión se aleja y los costos sociales del inmovilismo comienzan a crecer. Entre otros aspectos, porque paradójicamente estos nuevos recursos no sólo hacen a los beneficiarios de la salud pública más dependientes de dichos proveedores, sino que los van dejando sin capacidad efectiva de conminarlos a entregar una salud de mejor calidad.

Hay que generar, entonces, las condiciones para que todos los proveedores de salud, incluidos los públicos, sientan la presión de hacerlo bien. Por supuesto, esa presión no puede depender sólo de la buena voluntad de las autoridades. La eficiencia del sector público de salud no se determina exógenamente sino que ella se ve afectada por el diseño institucional que adopta el subsistema público de salud y la dirección a la que apuntan los incentivos. Así, por ejemplo, un financiamiento dirigido directamente a los hospitales públicos de salud inducirá una conducta muy distinta en ellos que si éste es dirigido a los potenciales beneficiarios. Avanzar, entonces, hacia instituciones que potencien la eficiencia del sector público sin renunciar al objetivo de alcanzar una atención de salud de calidad parece indispensable³⁴. Particular atención requiere el diseño de incentivos en toda organización. Si éstos no apuntan a la eficiencia, los costos del sistema de salud se incrementarán innecesariamente o en el marco de un presupuesto determinado³⁵ redundarán en una atención de menor calidad.

³³ Es la información que se recoge de las encuestas de opinión pública del Centro de Estudios Públicos. Rara vez ha superado la actuación del gobierno la nota 4 durante los 90.

³⁴ La burocracia del sector público de la salud se puede organizar de diversas formas. Unas son preferibles a otras. Sanhueza (1999), por ejemplo, presenta un marco conceptual para analizar cómo deben organizarse las burocracias del sector salud.

³⁵ De alguna manera, la ineficiencia en el sistema público de salud chileno está limitada por el presupuesto de la nación.

Aunque la hemos mencionado al pasar no hemos hecho un análisis mayor de la red de atención primaria que existe en el país. Los consultorios dependían hasta 1982 de los servicios de salud. A partir de ese año comenzaron a traspasarse a las municipalidades. El objetivo buscado era hacerlos más sensibles a las demandas de las comunidades locales. Aunque no hay evaluaciones precisas de su funcionamiento ni una comparación entre el desempeño de consultorios de dependencia municipal y aquellos que permanecieron en manos de los servicios de salud, la sensación es que hay problemas significativos. Por una parte, está la sensación arraigada en el personal de los consultorios de que al romperse el nexo directo con los servicios de salud (éstos conservan la supervisión técnica) su labor se ve disminuida, lo que conduce a una alta rotación y escasez de personal en ellos³⁶. Por otra parte, esta descentralización de la atención primaria que dejaba en manos de los alcaldes la gestión de los consultorios ha sido disminuida en importantes aspectos. Hay un sindicato nacional que negocia sus salarios con las autoridades centrales, impidiendo al alcalde definir un aspecto de gestión tan importante como éste. Como la fuente principal de financiamiento de los consultorios es el aporte que el gobierno central realiza a través de un per cápita que se ajusta por factores epidemiológicos, nivel de pobreza y la localización de la población beneficiada, las negociaciones salariales se reflejan aproximadamente en ese monto. El problema es más bien que ello no deja mayores márgenes al alcalde para afectar la gestión de los consultorios.

Al mismo tiempo, aunque se pretendía que las contrataciones en estos consultorios se rigieran por el Código del Trabajo, en la práctica, a través del Estatuto de Atención Primaria de la Salud Municipal, dichas contrataciones se rigen por criterios muy distintos a los contemplados en el Código. Por ejemplo, el Estatuto incorpora incrementos salariales por antigüedad y hace más difícil el despido que en el Código del Trabajo (en rigor sólo es posible por faltas a la probidad y ajustes en la dotación del consultorio que requieren justificarse ante los servicios de salud). En este marco, la rendición de cuentas frente a la comunidad local se debilita. La comunidad y su representante, el alcalde, tienen pocas herramientas para hacer efectivas sus demandas, lo que hace que los consultorios en la práctica funcionen con autonomía de las personas a las que supuestamente deben servir. El proceso de descentralización está, entonces, aún en pañales.

³⁶ La evidencia anecdótica de que las posiciones en estos consultorios son llenadas con médicos extranjeros es una prueba de ello.

Por último, en esta narración preliminar que sirve de base a las propuestas de la siguiente sección no podemos dejarnos de referirnos a los costos de salud. Hay una preocupación marcada en diversos países por el escalamiento que se estarían produciendo en los gastos de salud. Los cambios en el perfil epidemiológico de los países y en la expectativa de vida de los habitantes de esos países estarían haciendo más cara la salud. Este incremento en los costos no es, sin embargo, totalmente independiente de los incentivos e instituciones que existen en las organizaciones nacionales de salud. Chile parece estar en ese sentido en buen pie. Aunque las personas han elevado su gasto en salud en la última década (Aedo, 2000) ello parece ser el reflejo de que estos bienes son de alta elasticidad ingreso. El aumento de los ingresos familiares verificados en los últimos años en nuestro país habría provocado este aumento proporcional en los gastos médicos, pero no necesariamente una presión de costos.

Aunque se podría argumentar que la evolución que ha tenido la cotización adicional voluntaria en el sector privado, que ha pasado de un 7,5% de los ingresos totales de las Isapre en 1990 a un 18% en el 2000, constituye un reflejo de este incremento de costos, no puede olvidarse que la renta promedio de los afiliados al sistema ha crecido en el mismo período en sólo un 0,3% anual³⁷, muy por debajo del 3,8% que han crecido los salarios reales en la misma etapa. Los aumentos en la cotización adicional permiten cerrar esa brecha.

Los elementos que ayudan a esta contención de costos son los copagos que existen tanto en el sistema público como privado. La asignación de los recursos fiscales en salud en el marco de una tradición presupuestaria que se ha ido instalando en Chile que rechaza los déficits del sector público es otro factor que contribuye a esta contención de costos. Una eventual extensión de los subsidios per cápita que se asignan en la actualidad a la atención primaria (menos del 15% del gasto en atención de salud del sistema público) indudablemente contribuiría a la contención de costos en el sector salud. No nos parece entonces que este sea un problema significativo en la situación actual de la salud en Chile. Más aún creemos que algunas de las propuestas que planteamos a continuación permitirán fortalecer la contención de costos en el sistema de salud chileno.

³⁷ Por supuesto, esta cifra está influenciada porque la cotización legal máxima es de UF 4,2

III. PROPUESTAS ESPECÍFICAS PARA REFORMAR EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Las propuestas específicas que planteamos se enmarcan en los principios que hemos enunciado en la introducción y tienen sus antecedentes en la sección anterior. Las propuestas reestructuran de una manera significativa el sector de la salud en Chile. Parece imprescindible fortalecer institucionalmente al sector público entregándole mayor autonomía a sus organizaciones pero también asegurándose de que rindan cuenta de sus actos y de sus decisiones. Ello es indispensable para eliminar prácticas ineficientes y burocráticas. Este fortalecimiento institucional supone separar claramente, además, la compra de la venta de salud en el sector público. Por último, los planteamientos que aquí se hacen redefinen radicalmente el mandato en salud; esto es, el producto que el Estado le obliga a sus ciudadanos a adquirir. Esto va acompañado de una definición más transparente de los subsidios públicos y en la introducción de competencia en la provisión del servicio a los actuales beneficiarios de Fonasa. Creemos que las reformas planteadas aquí no pueden esperar más, pero estamos conscientes de que requieren de afinamientos que sólo la práctica permitirá ir llevando a cabo. De ahí la importancia de ir introduciéndolas gradualmente. Lo importante es, sin embargo, que la estructura final esté clara. Las reformas aquí propuestas posiblemente serán resistidas por los gremios de la salud. Pero serán tremendamente beneficiosas para la comunidad y por eso creemos que pueden contar con un gran apoyo en grupos sociales amplios.

a) Cambios en el mandato y la estructura de financiamiento de la salud³⁸

1. La cotización obligatoria: proponemos eliminar la obligación de cotizar el 7% de los ingresos para adquirir un seguro de salud. Esta obligación se reemplaza por la obligación de adquirir un plan básico de salud. El Grupo de los 13 o Grupo Multidisciplinario del Sector Salud³⁹ ha propuesto el reemplazo de esta cotización por la obligación de adquirir un plan obligatorio de salud⁴⁰. Éste correspondería

³⁸ El financiamiento y el diseño del mandato de salud están íntimamente relacionados y por eso se tratan de manera conjunta.

³⁹ Véase el documento "Una propuesta de cambios para el sector de la salud en Chile".

⁴⁰ Esta medida se implementó en Holanda en 1988 y posteriormente en Colombia en 1993. En Chile fue propuesta por primera vez en un trabajo conjunto del Departamento de Economía de la Universidad de Chile y Bitrán y Asociados.

a un nivel de protección que la sociedad definiría. Las dificultades prácticas y políticas que supone definir dicho plan lo hace, sin embargo, poco atractivo. Nos parece más razonable definir un verdadero seguro de salud que cubra íntegramente los gastos anuales de salud de una persona después de que éstos superen un determinado monto⁴¹. Así se incorpora un deducible que ayuda a la contención de costos. Lo más razonable, dadas las diferencias de ingreso en el país, es que el deducible se fije en términos de proporciones del ingreso de los cotizantes. Hay que reconocer, sin embargo, que esta posibilidad puede ser engorrosa. Por otra parte, en el caso de las personas de bajo ingreso este deducible podría satisfacerse rápidamente lo que incentiva el sobreconsumo posterior. Para evitar esta posibilidad se podría incorporar complementariamente un deducible ya no por gasto anual sino por evento de forma de frenar la posibilidad de sobreconsumo. Una propuesta de esta naturaleza es la que realizaron Feldstein y Gruber (1994) para Estados Unidos. Específicamente mostraron que las personas que tienen que pagar un pequeño deducible en cada evento gastan menos en salud que aquellas que no tienen esa obligación, sin que ello afecte su estado de salud⁴².

2. El diseño del seguro obligatorio: los gastos asociados a los eventos médicos que pueden afectar a los beneficiarios del seguro dependerán indudablemente de una serie de características anexas al tratamiento mismo. Un ejemplo típico es la hotelería. De esta forma se deben definir adecuadamente las características básicas que tendrá el tratamiento que se otorgará a los pacientes en cada evento médico. Naturalmente esto puede llevar al diseño de seguros con atención cerrada. De hecho esto se hace imprescindible para definir el subsidio que entregará el Estado para cubrir los eventos médicos catastróficos de los chilenos que no tienen los recursos suficientes para financiar su atención de salud⁴³. La libertad de elección que existe en la actualidad en el sistema privado de salud y parcialmente en el

⁴¹ Esto apunta en la dirección de la propuesta de Aedo y Sapelli (1999).

⁴² A una conclusión similar llegaron Newhouse *et. al.* (1993) en el experimento de seguros desarrollado por la Rand.

⁴³ Los seguros con atención cerrada también son una forma de controlar los abusos en el sistema una vez que se ha superado el deducible. Ésta, de hecho, es la propuesta de Aedo y Sapelli (1999) para evitar el sobreconsumo de salud una vez que se ha satisfecho el deducible.

sistema público tenderá a limitarse a la elección entre planes de salud cerrados.

3. Los subsidios: una proporción importante de las familias chilenas no cuenta con los ingresos suficientes para financiar un plan de salud razonable. Ellos tendrán en este nuevo esquema el derecho de contar con un subsidio que cubrirá el costo del nuevo seguro definido más arriba. Los beneficiarios de este subsidio serán los actuales beneficiarios de Fonasa, en una proporción que no supere la diferencia entre el costo del seguro básico y el 7% que se cotiza actualmente. De esta manera se asegura una progresividad en el subsidio y un ajuste automático cuando cambian los ingresos de las familias o el tamaño de éstas. Este subsidio será portable (excepto por un período de transición que se explica más adelante), esto significa que la persona podrá cambiarse de institución aseguradora llevándose con ella el monto del subsidio. Para evitar la posibilidad de discriminación por riesgos, se introducirán mecanismos de ajuste de riesgo⁴⁴. Si bien éstos no son fáciles de implementar se pueden complementar con medidas que faciliten esta tarea. Por ejemplo, el subsidio implementado podría financiar un reaseguro que garantice que las personas se puedan “mover” con el valor presente del mayor costo que le significa una enfermedad catastrófica. Pero, además, se debe impedir que las aseguradoras discriminen por riesgo. Para estos efectos las aseguradoras no podrán negar la venta de un plan de salud a los afiliados que lo requieran. Esta alternativa le da más transparencia al mecanismo de seguros porque obliga a las aseguradoras a revelar el costo esperado que le significa atender a las personas más riesgosas facilitando la implementación de mecanismo de ajuste de riesgo.
4. Tratamiento tributario: la cotización obligatoria del 7% se puede deducir en la actualidad del salario imponible. Con la eliminación de la cotización el beneficio tributario se pierde. Proponemos que exista la posibilidad de deducir de la base imponible un monto equivalente al seguro básico. Las rentas de más altos ingresos tendrán un crédito que seguramente será menor que el actual beneficio. Se recomienda que esa diferencia se incorpore en un fondo para financiar

⁴⁴ En la línea de lo planteado por Baeza y Copetta (2000).

los eventuales ajustes de riesgo que se deban hacer para asegurar la portabilidad de los subsidios a la salud.

5. **Redistribución:** la falta de equidad del sistema se atenúa a través de la definición de este seguro básico que cubre todos los gastos médicos mayores de una familia afectada por una enfermedad. Por supuesto, no se impide a las personas de más ingresos contratar un seguro por encima de este plan básico. Este plan se financia con recursos generales de la nación, lo que significa una redistribución significativa de las personas de más ingresos a las de menos ingresos. Eso ocurre en la actualidad pero no está debidamente potenciado. El cotizante promedio de Isapre paga en impuestos en la actualidad 3,4 veces más impuesto que un cotizante de Fonasa. Si se comparan las personas de mayores ingresos solamente de ambos sistemas los cotizantes de Isapre pagan entre 5 y 8,4 veces más impuestos que los de Fonasa. Si la comparación se hace al nivel de los de menores ingresos de ambos grupos la cifra es de 2,3 veces⁴⁵. Con la redefinición del mandato propuesta esta acción redistributiva se racionaliza y potencia.

No hemos estimado si el cambio en el mandato de salud requerirá de recursos adicionales a los actuales. Pero, las ganancias en eficiencia que estas propuestas deberían traer consigo aportan un colchón inicial.

6. ¿Copago o deducibles para los más pobres? Legítimamente para algunos la posibilidad de que los más pobres tengan que pagar parcialmente, aunque sea un monto pequeño, por la atención de salud no es una opción⁴⁶. Algunas alternativas se pueden discutir para evitar que este grupo realice contribuciones. La más directa, es mantener, con las perfecciones que se señalan más adelante, el ingreso al sistema de salud a través de los consultorios. El gasto implícito en esos consultorios por beneficiario se contabilizaría como deducible. Las enfermedades de mayor complejidad se atenderían con cargo al seguro básico catastrófico. El sobreconsumo se limitaría a

⁴⁵ Para realizar estos cálculos se utiliza la CASEN 98. Ésta presenta ingresos netos por lo que el pago de impuestos a la renta sólo se ha aproximado al no tener información exacta de las cotizaciones previsionales y de salud efectivas de cada cotizante. En el caso del pago de impuestos indirectos se han utilizado las estimaciones realizadas por Fontaine y Vergara (1997).

⁴⁶ En los programas de vivienda ello existe.

través de la atención cerrada que representan los consultorios. Otra opción la constituye la contratación de un plan básico complementario de salud por un monto equivalente al deducible y que permita satisfacer atenciones básicas de salud. Esta propuesta, sin embargo, puede incentivar fuertemente el sobreconsumo por las razones antes señaladas. Finalmente, una alternativa de creciente uso en distintas regiones del globo son las cuentas de ahorro para la salud. Las familias en este caso aportan por un período determinado a estas cuentas hasta alcanzar un monto de, por ejemplo, un 60% del deducible. La cuenta sólo se podrá emplear en gastos de salud. La fuente de financiamiento más razonable es una cotización adicional a las actualmente vigentes. Se aporta un monto fijo todos los meses hasta completar el valor definido. Estas cuentas tendrían que ser administradas por las mismas instituciones que ofrecen el seguro catastrófico, las que, sin embargo, podrían delegar esa administración en otras instituciones⁴⁷. Un camino más radical consiste en aprovechar que en la cotización del 10% para el fondo de pensiones, a pesar de ser de capitalización individual, hay un componente significativo de impuestos (Torche y Wagner, 1997). Se podría flexibilizar, entonces, la cotización de ese 10% cada vez que la cuenta de ahorro de salud no alcance el monto requerido. Por ejemplo, un monto de entre un 10 y un 15% de la cotización obligatoria se podría redirigir mensualmente hacia las cuentas de ahorro de salud. Esto ocurriría hasta que se complete el valor proporcional del deducible antes señalado. En este caso, sin embargo, parece más razonable que la administración de las cuentas la realicen las Administradoras de Fondos de Pensiones. Por supuesto, siempre existe el riesgo de abusar de un sistema que tiene otra finalidad y que ha funcionado adecuadamente. Podrían plantearse muchas otras medidas tan loables como la aquí sugerida, lo que terminaría desnaturalizando el sistema privado de pensiones. Pero, en este caso, quizás es un riesgo que vale la pena correr.

7. Desregulación de la oferta de seguro: en el evento de que los seguros de salud sean principalmente destinados a cancelar eventos catastróficos parece razonable que el seguro pueda ser ofrecido por

⁴⁷ Es importante asegurarse que el costo de administración de este sistema no sea excesivo. La pronta vigencia del seguro de desempleo debería arrojar luces sobre los potenciales costos de estas cuentas.

aseguradores generales y no exclusivamente por instituciones especializadas como son las Isapre. La mayor competencia a la que esta realidad daría lugar indudablemente iría en beneficio de la población.

8. La transición: las personas que están en la actualidad en Fonasa se agruparán en organizaciones autónomas de salud de carácter regional (ver más adelante) que contratarán el seguro catastrófico con hospitales públicos. Después del primer año estas instituciones procederán a contratar con instituciones privadas la administración de los seguros establecidos para sus afiliados. Para estos efectos licitarán cada seis meses el derecho a administrar el seguro de un 25% de sus afiliados⁴⁸. Este proceso concluiría después de dos años. Posteriormente las personas podrán abandonar sus nuevas aseguradoras respondiendo a condiciones del mercado asegurador. La portabilidad del subsidio no se pierde en este proceso.

b) Reestructuración de las instituciones públicas de salud

1. Los hospitales: la dualidad que mantiene el Ministerio de Salud en la compra de salud, a través de Fonasa, y venta de salud, a través de los hospitales, debe terminarse. Para estos fines se creará un consejo especializado que esté a cargo de la administración general de los actuales hospitales públicos. Este consejo debe ser autónomo del Ministerio de Salud. Los consejeros durarán 5 años en sus cargos y serán nombrados por el Presidente con el acuerdo del Senado. Esta institución tendrá a su cargo el nombramiento de un directorio para cada hospital. Definirá, además, los criterios generales de administración de estos hospitales y evaluará la conveniencia de convertirlos en sociedades anónimas o eventualmente privatizarlos. Los directores podrán ocupar cargos en uno o más hospitales siempre que éstos no sean “competidores”. Los directorios serán responsables por el desempeño de esos hospitales. Nombrarán a la autoridad superior (o autoridades superiores en caso de que el directorio decida separar la dirección ejecutiva de la dirección médica del hospital). Durarán en el cargo hasta que cuenten con la confianza del Consejo de Administración de los hospitales públicos.

⁴⁸ La idea de avanzar hacia primas comunitarias y no individuales hace atractivo esta posibilidad.

Los hospitales no recibirán fondos públicos de manera directa. Sólo lo harán a partir de los convenios que establezcan con las aseguradoras privadas de salud e inicialmente con las organizaciones autónomas de salud que se crearán a partir de Fonasa. Estas últimas organizaciones les garantizarán ingresos similares a los que reciben en la actualidad por un año. A partir de ese momento un monto decreciente. Después de tres años los hospitales no tendrán recursos asegurados. Por supuesto, el proceso de transición se puede alargar, pero más allá de cinco años parece inconveniente. Es crucial que las autoridades de salud no traspasen directamente recursos a los hospitales. Los presupuestos “blandos” o las deficiencias en la regulación de estas instituciones han hecho difíciles las reformas de salud de América Latina⁴⁹. La posibilidad de que los gremios de la salud se opongan tenazmente a estas reformas es algo que no se puede descartar. No cabe duda que pierden poder al trasladarse el ámbito de la negociación legítima entre empleador y empleado al nivel de las nuevas unidades autónomas. El nivel central no tendrá ninguna injerencia en estas negociaciones en este nuevo esquema.

2. Los profesionales y trabajadores de la salud: estos gozan de una normativa laboral distinta de los demás trabajadores del país, la que rigidiza en demasía las relaciones laborales al interior de las diversas unidades de salud. Es imprescindible reformular los estatutos de los profesionales de la salud. Para esto proponemos asimilar a los profesionales y trabajadores de la salud al Código del Trabajo. Ello le permitiría a los directores de los nuevos hospitales autónomos mayor libertad en la determinación de los salarios y en la contratación y despido de empleados. Esto también es imprescindible que ocurra en los centros de atención primaria. Sin una mayor autonomía de gestión en hospitales y consultorios difícilmente se alcanzarán niveles de eficiencia satisfactorios de los que en la actualidad estamos muy lejos. Paralelamente, se deben eliminar todas las rigideces que existan en la compra de insumos, decisiones de inversión y otras que típicamente afectan la administración de los hospitales.
3. Fonasa: se reestructura en dos divisiones. La primera será la responsable de la administración de los recursos públicos. Su responsabilidad mayor es recibir los recursos contemplados en el presupuesto y asignar los subsidios a las instituciones aseguradoras que hayan elegido los beneficiarios de esos subsidios. Administrará, además, los

⁴⁹ Lo desprendemos del análisis de Sojo (2000).

ajustes de riesgo pertinentes de modo de asegurar que los subsidios contemplados efectivamente tengan las características deseadas de portabilidad y ésta no se afecte por una eventual discriminación por riesgo. La segunda división supone la creación de organizaciones autónomas de salud (OAS) de carácter regional (puede haber más de una por región o una para dos regiones). Estas instituciones administrarán los recursos de salud de los actuales beneficiarios de Fonasa. Dichos recursos se componen del seguro básico de salud en el caso de los no cotizantes indigentes, del seguro proporcional en el caso de los beneficiarios de mayores ingresos y de las contribuciones de estos últimos beneficiarios. Estas instituciones contratarán estos seguros inicialmente con los hospitales de su región⁵⁰. Pero después del primer año, de acuerdo a lo que hemos descrito más arriba, las decisiones le irán correspondiendo a los nuevos aseguradores. Se elegirá aleatoriamente cada 6 meses un 25% de los beneficiarios y se licitará la gestión de seguros al sector privado. Después de tres años estas instituciones se extinguirán.

Una propuesta tan radical en este ámbito se hace necesaria por las enormes dificultades que ha debido enfrentar Fonasa en sus procesos de modernización. Termina siendo capturada por los prestadores públicos y por intereses fiscales (Baeza y Copetta, 2000). La atomización de los “compradores” públicos de salud reduce ese riesgo y la posterior licitación de “carteras de beneficiarios” lo elimina.

4. Reestructuración del Ministerio de Salud: el nuevo ministerio tendrá después de implementada estas reformas un papel más preciso. Por un lado, mantendrá las acciones de bien público que realiza ahora a través de diversos programas: vacunaciones, programa nacional de alimentación complementaria, etc. Por otra parte, una labor más precisa de defensa de los intereses de los consumidores de salud. Dejará de tener el conflicto de intereses que tiene en la actualidad como comprador y proveedor de salud, porque se desprenderá de la operación del sistema. Se hace indispensable adaptar las instituciones del Ministerio de Salud a esta nueva realidad. Por ejemplo, en este nuevo esquema los servicios de salud como están concebidos en la actualidad pierden su sentido. Una fusión entre los servicios de salud y las secretarías regionales ministeriales parece razonable, con-

⁵⁰ Dado que en la actualidad la transferencia de los recursos a los hospitales no se hace sobre una base per cápita pueden haber cambios significativos en el presupuesto de los hospitales que tal vez inicialmente deban compensarse.

- solidando las nuevas instituciones como las autoridades sanitarias regionales. Las funciones del ministerio dejan de ser operativas y pasan a ser normativas y fiscalizadoras.
5. Marco regulatorio: es indispensable que se consolide una institución regulatoria fuerte e independiente de los intereses sectoriales. Dos son las áreas en las que se debe concentrar la supervisión de la autoridad. Una es la continuación de lo que realiza actualmente la Superintendencia de Isapres. En un ambiente más desregulado, esta Superintendencia debe adaptarse a esta nueva realidad. Ofrecerán seguros de salud en este nuevo ambiente empresas que no están dedicadas exclusivamente a esta área. Por otra parte, la reorganización de los hospitales públicos hará necesario el establecimiento de un ente regulatorio que supervise a éstos y otros productores de salud. Esta labor, que en la actualidad cumplen los servicios de salud prácticamente por relaciones de autoridad, deberá modificarse sustancialmente en el futuro. La opción es crear una superintendencia de proveedores de salud o alguna otra instancia que supervise el funcionamiento de esas instituciones, velando por la calidad técnica de sus prestaciones.
 6. Consultorios de atención primaria: estos seguirán recibiendo inicialmente los per cápita que reciben actualmente. Pero después del primer año, los actuales beneficiarios se llevarán estos recursos al momento de abandonar las OAS. Mantendrán estos recursos sólo si son capaces de satisfacer a las nuevas instituciones aseguradoras, las que a su vez mantendrán a sus “clientes” sólo si entregan un buen servicio. Esto hace absolutamente necesario que estos consultorios adquieran autonomía y flexibilidad para asociarse, por ejemplo, con los nuevos hospitales públicos o con otros proveedores de salud. Los bajos requerimientos de infraestructura en la atención primaria y la relativamente fácil verificación de la calidad de los servicios hacen de ésta un área de mucha competencia potencial que beneficiaría directamente a los actuales afiliados a Fonasa.

IV. CONCLUSIONES

Las potenciales ganancias de eficiencia que se lograrían en el sector de la salud hacen de este sector una fuente significativa de reformas estructurales. Estas reformas elevarían la calidad de la atención de salud introduciendo de paso una mayor equidad y legitimidad en el sistema de

PROPUESTAS FUNDAMENTALES

	Urgente	Menos Urgente
Creación de un Consejo de Administración de los hospitales públicos	X	
Nombramiento de directorios responsables de la gestión de los hospitales públicos	X	
Término de la cotización del 7% y su reemplazo por la obligación de contratar un seguro básico que cubra eventos catastróficos	X	
Portabilidad del subsidio de modo de asegurar competencia en la provisión de salud	X	
Integración de los trabajadores de la salud a la normativa contemplada en el Código del Trabajo	X	
A partir de Fonasa se crea una institución que administra los recursos públicos y asigna los subsidios.	X	
A partir de Fonasa se crean las organizaciones autónomas de salud que transitoriamente administran los seguros catastróficos de los actuales beneficiarios de ese Fondo.	X	
Introducción de competencia en la atención primaria		X
Desregulación de la oferta de seguros		X
Creación de un nuevo marco regulatorio. Supone adaptar la Superintendencia al control de una oferta más variada de aseguradores y la creación de una nueva entidad que supervise a los hospitales públicos y a los proveedores privados de salud.	X	

salud chileno. Las propuestas fundamentales, que requieren de cambios legales sustantivos, se resumen en la tabla siguiente. Éstas van acompañadas de otras propuestas menores que están en el texto pero que se han obviado de la tabla porque son necesarias para complementar las que aquí se presentan.

La reforma de la salud es una tarea urgente. Nuestros buenos indicadores de salud pueden ser potenciados por una nueva estructura que garantice que la gente tendrá una salud oportuna, de una calidad razonable y sin sorpresas financieras. Creemos que para que ello sea posible se requieren cambios institucionales profundos. De esta naturaleza son los que hemos propuesto.

Referencias Bibliográficas

- Aedo, Cristián, 2000, “Las reformas en la salud en Chile”, en Felipe Larraín y Rodrigo Vergara, (eds.), *La Transformación Económica de Chile*, Santiago: Centro de Estudios Públicos.
- y Claudio Sapelli, 1999, “El sistema de salud en Chile”, *Estudios Públicos*, 75 Invierno.
- Aiyer, Sri-ram, Jamison, Dean y Juan Luis Londoño, 1995, “Health policy in Latin America: progress, problems and policy options”, *Cuadernos de Economía*, año 32, N° 95, abril.
- Baeza, Cristián y Claudia Copetta, 2000, “Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo en el contexto de portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile”, Santiago: Claiss.
- Caviedes, Rafael, 2000, “Crónica de la salud en el Chile de fin de siglo”, en Rafael Caviedes, editor, *Síntomas del sistema de salud chileno*, Santiago: CIEDESS.
- Celedón, Carmen y César Oyarzo, 1998, “Los desafíos en la salud”, en Cortázar, René y Joaquín Vial, *Construyendo Opciones: Propuestas Económicas y Sociales para el Cambio de Siglo*, Santiago: Cieplan y Dolmen.
- Díaz, C. A., Gazitúa, R., Torche, A. y S. Valdés, 1995, “Cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema de Isapre”, Informe Final, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Feldstein, Martin y Jonathan Gruber, “A major risk approach to health insurance” *Working Paper Series* N° 4852, National Bureau of Economic Research.
- Fischer, Ronald, Mizala, Alejandra y Pilar Romaguera, 1998, “Alternativas de financiamiento de la salud en el sistema privado para la tercera edad”, *Serie Economía* N° 34, Centro de Economía Aplicada, Universidad de Chile. Marzo.
- Fontaine, Bernardo y Rodrigo Vergara, 1997, “Una propuesta tributaria para el crecimiento”, *Estudios Públicos*, 67 Invierno.
- Fundación Nacional de la Pobreza, 1999, “Propuestas para la futura política social”, Santiago.
- Larrañaga, Osvaldo, 1999, “Health sector reforms in Chile” en Guillermo Perry y Danny Leipziger, 1999, *Chile: recent policy lessons and emerging challenges*, Washington: D.C., World Bank.
- Londoño, Juan Luis y Julio Frenk, 1997, “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”, *Documento de Trabajo* N° 353, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Miranda, Ernesto, 1990, “Privatización y descentralización del sistema de salud chileno”, *Estudios Públicos*, 39 Invierno.
- Newhouse, J. P. y The Insurance Experiment Group, 1993, *Free for all? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment. A Rand study*, Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Rodríguez, Jorge y Marcelo Tokman, 2000, “Resultados y rendimientos del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-99”, Serie Financiamiento del Desarrollo, CEPAL, diciembre.

- Sanhueza, Ricardo, 1999, "Functional decentralization of the health care bureaucracy", Documento de Trabajo, Departamento de Economía, Universidad de Chile.
- _____ y Jaime Ruiz-Tagle, 1999, "Choosing health insurance in a dual health care system: the Chilean case", Departamento de Economía, Universidad de Chile. Julio.
- Sapelli, Claudio y Bernardita Vial, 1998, "Utilización de prestaciones de salud en Chile: ¿Es diferente entre grupos de ingreso?", *Cuadernos de Economía*, Vol. 35 N° 106, diciembre.
- Sojo, Ana, 2000, "Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Chile y Costa Rica". Serie de Políticas Sociales, CEPAL. Julio.
- Torche, Arístides y Gert Wagner, 1997, "Valoración individual de un beneficio mandado", *Cuadernos de Economía*, Vol. 34, N° 103, diciembre.

