



AGOSTO 2014

**INFORME DE
POLITICAS
PÚBLICAS
04**

**Tratamiento para un
enfermo crítico
Propuestas para el sistema
de salud chileno**

**ANDREA BUTELMANN
FABIAN DUARTE
NICOLE NEHME
GUILLERMO PARAJE
MARCOS VERGARA**

ANDREA BUTELMANN

Economista, Universidad Católica de Chile. Ph.D. en Economía, Universidad de Chicago. Académica de la Universidad Alberto Hurtado. Exministra titular del Tribunal de la Libre Competencia. Directora de Espacio Público.

FABIÁN DUARTE

Ingeniero civil matemático, Universidad de Chile. Ph.D. en Economía, Universidad de Yale. Académico de la Universidad de Chile. Director de Espacio Público.

NICOLE NEHME

Abogada, Universidad de Chile. Académica de la Universidad de Chile y de la Universidad Adolfo Ibáñez. Socia fundadora del estudio FerradaNehme. Directora de Espacio Público.

GUILLEMO PARAJE

Economista, Universidad de Córdoba. Ph.D en Economía, Universidad de Cambridge. Académico de la Universidad Adolfo Ibáñez. Miembro de la Red de Espacio Público.

MARCOS VERGARA

Médico, Universidad de Concepción. Magíster en Administración de Salud, Universidad de Chile. Doctor en Salud Pública, Universidad de Chile. Académico del Programa de Políticas y Gestión de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Miembro de la Red de Espacio Público.

Los firmantes agradecen el sustancial aporte de Eduardo Bitrán en la primera etapa de este proyecto de investigación, y la invaluable colaboración de Benjamín Mordoj y Felipe Jordán en la redacción de este documento.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| DIAGNÓSTICO: UN SISTEMA DE SALUD INEQUITATIVO E INEFICIENTE..... | 7 |
| Un sistema de aseguramiento segmentado, poco solidario e ineficiente | 7 |
| Primer problema: Descreme de Isapres deriva en un sistema segmentado, injusto e ineficiente..... | 8 |
| Segundo problema: Discriminación por edad y género continúa a pesar de su reconocida injusticia | 12 |
| Tercer problema: Cautividad de los usuarios impide el cambio efectivo de aseguradora | 13 |
| Cuarto problema: Información presentada impide comparar planes..... | 14 |
| Quinto problema: Barreras a la entrada para nuevos competidores atenúa competencia | 15 |
| Sexto problema: Incentivos al sobreuso del subsistema privado aumenta los costos | 17 |
| Problemas en la provisión pública de servicios | 19 |
| Séptimo problema: Potencial eficiencia de la gestión en red no se aprovecha debido al sistema de financiamiento | 19 |
| Octavo problema: Rigideces administrativas limitan la buena gestión de los recursos físicos y humanos..... | 22 |
| Noveno problema: Orgánica institucional limita la toma de decisiones estratégicas | 23 |
| PROPUESTAS..... | 25 |
| Hacia un seguro social equitativo y eficiente: un pilar solidario ampliable y un subsistema privado competitivo..... | 26 |
| Primera propuesta: Crear un Plan Garantizado Mínimo de Salud con un Fondo de Compensación entre ambos subsistemas..... | 26 |
| Segunda propuesta: Posibilidad de contratar planes alternativos estandarizados | 29 |
| Tercera propuesta: Planes adicionales suplementarios | 32 |
| Cuarta propuesta: Regular la integración vertical entre Isapres y prestadores..... | 32 |
| Hacia una provisión pública de salud de excelencia | 34 |
| Quinta propuesta: Modificar el mecanismo de financiamiento de la modalidad MAI del subsistema público y fomentar la gestión en red..... | 34 |
| Sexta propuesta: Revisar las políticas de inversiones y la gestión de recursos humanos y físicos..... | 36 |
| Séptima propuesta: Modificar la orgánica institucional de la provisión pública | 38 |
| CONCLUSIONES | 41 |

INTRODUCCIÓN

Los distintos medios de comunicación informan periódicamente sobre los miles de cotizantes de las Instituciones de Salud Previsionales (Isapres) que presentan recursos de protección contra estas reclamando una afectación de sus garantías constitucionales. Según las estadísticas del Poder Judicial, más del 78% de los recursos de protección del año 2012 fueron presentados contra Isapres y en casi la totalidad de los casos se resolvió a favor de los recurrentes.¹

Aunque el porcentaje de cotizantes que recurre a esta vía representa una fracción menor del total de usuarios, su actuar demuestra un malestar generalizado hacia el funcionamiento del sector privado de salud. Por eso, no sorprende que la Presidenta de la República haya convocado recientemente a una Comisión Asesora con el objeto de proponer un nuevo marco jurídico para este sector, justamente en respuesta a las deficiencias que exhibe y de las cuales los recursos de protección son solo un reflejo parcial.

Por otro lado, es habitual ver que los usuarios de la salud pública están resignados ante la constante congestión de hospitales y centros de salud públicos, normalmente durante el invierno, o ante las largas esperas para la atención de ciertas especialidades no consideradas dentro de las patologías del Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE). De hecho, según cifras del Ministerio de Salud, un 56% de los pacientes no auge lleva esperando más de un

¹ Cuenta Pública del Poder Judicial, 1 de marzo de 2013.

año por una cirugía.² En definitiva, existe acuerdo respecto de la necesidad de mejorar el acceso, la cobertura y la calidad del subsistema de salud pública.

Estos problemas se tomarán aun más complejos debido a la transición demográfica y epidemiológica que Chile está experimentando. En efecto, como consecuencia de la caída sostenida de la tasa de natalidad y la mayor esperanza de vida de los chilenos, se espera que en 2020 uno de cada cinco habitantes del país pertenezca a la tercera edad.³ En este nuevo escenario, patologías como cánceres y enfermedades cardiovasculares –que usualmente suponen tratamientos más prolongados y caros– representarán más de la mitad de las muertes por enfermedad en el país, lo que contrasta con el perfil epidemiológico de hace unas décadas, en que primaban morbilidades asociadas a infecciones.⁴ Este nuevo contexto provocará fuertes presiones sobre el sistema de salud en su conjunto a la vez que dará lugar a un uso creciente del mismo.

Por eso, es relevante detenerse a analizar el funcionamiento del sistema de salud en su conjunto –subsistema privado, subsistema público e interacción entre ambos– con el objeto de identificar los aspectos que limitan su capacidad para otorgar a todos los ciudadanos, sin distinción, soluciones dignas y eficaces de prevención y recuperación de la salud. Este informe presenta un análisis de algunos de los principales problemas del sistema de salud chileno, para luego desarrollar propuestas concretas de políticas conducentes a solucionarlos, con la posibilidad de ser implementadas en el corto y mediano plazo a través de las vías legales y reglamentarias que sean necesarias. Estas propuestas se inspiran en tres documentos de referencia encargados por Espacio Público a reconocidos expertos en distintos tópicos del área de la salud.⁵

Las propuestas que Espacio Público presenta en este informe responden a la necesidad de contar con un nuevo enfoque, que supere al que en los últimos años ha dominado en la elaboración de políticas públicas de salud. En síntesis,

² Unidad de Gestión de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Ver en <http://www.lasegunda.com/Noticias/Nacional/2014/05/934670/informe-revela-que-un-56-de-los-pacientes-no-auge-lleva-mas-de-un-ano-esperando-una-cirugia>

³ Organización Mundial de la Salud, Statistics, Country Profile: Chile, 2012.

⁴ Íd.

⁵ Guillermo Paraje, Eduardo Bitrán, Fabián Duarte y Manuel Willington, “El mercado de los seguros privados obligatorios de salud: diagnóstico y reforma”, diciembre de 2012 (en adelante, Paraje et al); Marcos Vergara, “Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile”, junio de 2014; Ricardo Bitrán, David Debrott y Paula Arpón, “Opciones de reforma a la seguridad social en salud en Chile”, julio de 2013 (en adelante, Bitrán et al). Todos estos documentos están disponibles en www.espaciopublico.cl.

se precisa de un nuevo pacto social en salud que garantice a toda la población un derecho básico como es la promoción y recuperación de la salud, y que tienda a eliminar las distinciones existentes basadas en las condiciones socioeconómicas e individuales de las personas. Esto supone diseñar, en la base del sistema, un pilar basado en una mayor solidaridad y no solo en el aporte individual de las familias (y sus consiguientes ingresos económicos), e implica, además, fortalecer la institucionalidad del sector público con el objeto de garantizar que esa solidaridad se materialice en prestaciones de salud dignas para toda la población.

Diagnóstico: Un sistema de salud inequitativo e ineficiente

En esta sección se ofrece un diagnóstico de las fallas del sistema de salud y luego se desarrollan los nueve problemas que se han identificado como relevantes en el diseño institucional vigente.

Un sistema de aseguramiento segmentado, poco solidario e ineficiente

El subsistema privado de aseguramiento posee dos características esenciales. En primer lugar, está fundado en una concepción individualista del aseguramiento, en el que solo comparten el riesgo personas con características similares dentro de un mismo plan, lo que deriva en un sistema con una solidaridad de riesgos muy reducida. En segundo lugar, confía a la competencia entre los actores del mercado el rol fundamental de otorgar soluciones de salud de calidad de manera eficiente.

Respecto de lo primero, el marco regulatorio vigente da lugar a una aguda segmentación del subsistema público y privado, que atienden a públicos distintos, sin solidaridad de riesgos entre sí, a pesar de que en la práctica el menor riesgo promedio de los usuarios de las Isapres es en gran medida resultado de la facultad que ejercen estas en los hechos para enviar a los usuarios más riesgosos y de menores ingresos al Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Adicionalmente, se ha venido expresando un creciente descontento entre los beneficiarios de las Isapres debido a las diferencias de costos que enfrentan pacientes de distintos grupos etarios y géneros. Gran parte de la ciudadanía aboga por inyectar mayor solidaridad al sistema.

Respecto de lo segundo, para que la competencia sea efectiva, es fundamental, entre otros aspectos, que los afiliados puedan elegir libremente entre los planes

de salud que les ofrecen las Isapres. Para ello, las personas deben tener la facultad de cambiarse de institución previsional sin mayores dificultades, luego de haber comparado adecuadamente las distintas opciones disponibles. Sin embargo, un número importante de beneficiarios se encuentra actualmente cautivo y, para el conjunto, la comparabilidad de las ofertas es extremadamente compleja, como se verá más adelante.

Adicionalmente, los niveles de concentración del mercado chileno de aseguramiento privado de salud no parecen explicarse por las economías de escala de la industria.⁶ Además, en los últimos dieciséis años no ha ingresado ningún nuevo actor al mercado, lo que sugiere que existen condiciones que están limitando esa entrada. Dentro de estas condiciones, la integración vertical entre aseguradores y prestadores, la cautividad de los usuarios y la difícil comparabilidad de planes desempeñan un rol relevante.

La falta de competencia al interior del subsistema privado explicaría por qué las Isapres carecen de incentivos para inducir criterios de costo-efectividad en sus negociaciones con los prestadores. En efecto, los mayores precios de las prestaciones cobrados por los prestadores a las Isapres se traspasan a través de reajustes a los precios de los planes de salud, sin que ello signifique una pérdida relevante de cotizantes para cada Isapre.

Finalmente, la regulación ha fallado en la prevención del sobreuso del subsistema privado (sobre todo porque existen numerosos seguros complementarios con escasa regulación y baja lógica sanitaria), lo que resulta en un aumento del gasto en salud que no dice relación con una mejor solución a los problemas de salud de los usuarios de Isapres.

A continuación se desarrollan en profundidad los puntos anteriores.

Primer problema: Descreme de Isapres deriva en un sistema segmentado, injusto e ineficiente

En el modelo de negocio de las Isapres, la selección de usuarios de menor riesgo juega un rol fundamental, pues para el mismo precio de un plan, la Isapre gana más en la medida en que selecciona cotizantes que con menor probabilidad usarán el plan. Luego, si todas las aseguradoras operan de la misma forma,

⁶ Paraje et al, op. cit., p. 42. Estudios actuariales en Estados Unidos muestran que con 25.000 afiliados ya se agotan las economías de escala. Dicha escala es ampliamente superada por las Isapres.

queda un conjunto de clientes en los hechos no asegurados. Este fenómeno, que se conoce como descreme, en ausencia de otros elementos echaría abajo las bases sociales y solidarias que debieran sustentar cualquier subsistema de seguros, inclusive el privado. Sin embargo, la existencia de Fonasa como asegurador de última instancia permite que este mecanismo opere sin que los descremados queden a la deriva, pues el seguro público está obligado a darles previsión.

El descreme puede darse *ex ante*, cuando cada Isapre fija sus precios y materializa la posibilidad que tiene de rechazar la afiliación de usuarios con un perfil de alto riesgo, o *ex post*, a través de una estrategia en que la proliferación de planes juega un papel fundamental.

En el descreme *ex ante*, el que los precios de los planes estén fuera del alcance de la mayor parte de la población permite a las Isapres seleccionar de entrada a un conjunto del mercado con menores riesgos, habida cuenta de la alta correlación entre ingresos y riesgos⁷. A lo anterior se suma, como se indicó, la posibilidad de rechazar la afiliación de usuarios con un perfil de alto riesgo.

En el descreme *ex post*, juega un rol fundamental la capacidad que tienen las aseguradoras de subir cada año los precios de los planes y de hacerlo diferenciadamente por plan, con lo que alteran los precios relativos. De esta manera, si en algún plan de salud se ha agrupado un número relativamente importante de beneficiarios con riesgo alto, la Isapre podrá subir el precio de ese plan en una mayor proporción que el precio de los demás planes. En un contexto en que las Isapres pueden crear planes de salud a discreción y subir sus precios unilateralmente, el descreme se facilita notablemente: basta con crear planes de salud que separen a los afiliados relativamente riesgosos del resto y, posteriormente, subirles el precio hasta que se vean obligados a migrar a Fonasa, para que el descreme *ex post* se realice. Incluso sin estudiar exhaustivamente los planes vigentes -tarea imposible en el contexto de los límites de este Informe, pues se trata de miles de planes- parece probable que las diferencias entre muchos de ellos sean ínfimas, lo que podría explicarse

⁷ Existe una fuerte correlación entre ingresos y riesgos de salud esperados (las personas más pobres tienden a enfermarse más). Paraje et. al. Op. Cit.; pp.6-8. Los autores muestran esta correlación en base a: (i) las diferentes percepciones de salud de las personas (un buen predictor del estado de salud real) y su distribución según los quintiles socioeconómicos, independientemente del tipo de aseguramiento; y, (ii) la distribución en la frecuencia de uso de prestaciones médicas por quintil, donde destacan las diferencias en uso de especialistas y dentistas según el estrato socioeconómico de que se trate. En el mismo sentido, Bitrán et. al. Op. Cit.; p.7.

porque se trata de una estrategia para facilitar y llevar a cabo la selección *ex post*⁸.

Por otro lado, la jubilación ayuda naturalmente al descreme, dado que los menores ingresos recibidos suelen resultar insuficientes para sostener el costo de los planes. De esta manera, las Isapres se desprenden naturalmente de aquellos individuos que comienzan a tener un costo esperado mayor fruto de su edad.

Las distintas características de los cotizantes de ambos subsistemas son consistentes con lo planteado anteriormente. La Tabla 1 muestra que los cotizantes de las Isapres son mayoritariamente hombres, personas jóvenes y con alta renta, mientras que en el caso de Fonasa, la proporción entre hombres y mujeres se condice con la observada en la población, de modo que los cotizantes se distribuyen más homogéneamente entre los distintos grupos etarios y la renta promedio es aproximadamente un cuarto de la de los cotizantes de Isapres. Estas diferencias son el reflejo de un subsistema privado que selecciona fuertemente sobre la base de los riesgos de los cotizantes. Esto quiere decir que las Isapres son capaces de implementar estrategias exitosas de descreme del mercado reteniendo a aquellos individuos con menor probabilidad de uso de los seguros y enviando hacia el subsistema público –de cobertura obligatoria para quien lo solicite– a aquellos con mayor probabilidad de uso (mujeres en edad fértil, adultos mayores e individuos de menor renta o peor salud). Este diagnóstico no es nuevo. Por el contrario, existe abundante evidencia sobre estas prácticas de la industria y de sus consecuencias sobre el sistema de salud en su conjunto.⁹

⁸ Paraje et. al. Op. Cit.; pp.37-39.

⁹ Guillermo Paraje y Felipe Vásquez, "Health equity in an unequal country: the use of medical services in Chile". *International Journal for Equity in Health*, 11, p. 81, 2012. En el mismo sentido, ver Camilo Cid et al, "Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno", en Centro de Políticas Públicas UC, *Propuestas para Chile 2013*, pp.186-188, que contiene numerosa bibliografía sobre estos problemas.

Tabla 1. Características de cotizantes por subsistema

| Variable | Isapres | Fonasa |
|--------------------|--------------|------------|
| Hombres | 66% | 50% |
| Menores a 40 años | 50,3% | 40% |
| Entre 41 y 59 años | 38,4% | 33% |
| Mayor a 60 años | 11,3% | 27% |
| Renta promedio | \$ 2.098.908 | \$ 518.449 |

Fuente: Superintendencia de Salud, Fonasa, y Bitrán et al, op. cit.

Este resultado constituye un problema relevante por dos motivos. En primer lugar, porque mantiene una alta segmentación entre los dos subsistemas, lo que contradice las recomendaciones más usuales en materia de diseño de sistemas de salud a nivel comparado, que justifican un modelo de seguro social mancomunado, es decir, basado en subsidios cruzados entre personas con más y menos ingresos, la población joven y la adulta mayor, y entre los individuos más sanos y aquellos enfermos.¹⁰ Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso el énfasis justamente en la solidaridad como un objetivo de política pública necesario para alcanzar el ideal de cobertura universal de salud (CUS):

“La CUS requerirá normalmente de un grado de subsidio financiero no solamente de los ricos a los pobres, sino que también de los jóvenes y sanos a los más ancianos y enfermos. Un sistema obligatorio es necesario para garantizar que los ricos, jóvenes y sanos cumplan con sus obligaciones de justicia y equidad, pues de otro modo optarán por abandonar un esquema mancomunado que les haga pagar más de lo que aquellos efectivamente reciben, en términos de beneficios personales. Por lo tanto, se ha recomendado generalmente que los países avancen hacia sistemas de seguros obligatorios con mancomunación.”¹¹

En segundo lugar, si a lo anterior se suma la débil competencia entre las Isapres, estas obtendrán utilidades excesivas a partir de la estrategia de descreme. Es decir, la diferencia positiva entre la cotización y el gasto de los cotizantes de bajo

¹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS), “Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal, 2010”. Citado en Camilo Cid et al, op. cit. La OMS reiteró esta recomendación en su Informe Anual correspondiente al año 2013.

¹¹ Organización Mundial de la Salud, “Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage, 2014”, p. 34, traducido.

riesgo no cubrirá la diferencia negativa de los cotizantes de alto riesgo (principio básico de un seguro socialmente eficiente), sino que se transformará en renta para las Isapres en la medida en que estas sean capaces de expulsar a estos últimos del subsistema privado.

Un ejemplo puede servir para ilustrar la situación anterior: un profesional joven al inicio de su vida laboral cotiza en una Isapre. En el transcurso de su tiempo laboral permanece en ese sistema sin hacer mayor uso de su cobertura de salud. A pesar de que el precio de su plan de salud ha ido aumentando en el tiempo, sus ingresos se han ido incrementado a la par, con lo cual puede soportar los mayores costos asociados a la mantención de su cobertura. Posteriormente, al jubilar, sus ingresos se reducen al nivel de la tasa de reemplazo efectivo de su pensión, por ejemplo 50%. Sin embargo, el precio de su plan de salud sigue aumentando. Finalmente, a una edad avanzada, el precio del plan cobrado por la Isapre a ese afiliado es tal que su pensión le es insuficiente para cubrirlo. Ese cotizante debe entonces trasladarse hacia Fonasa. La pregunta que surge entonces es: ¿qué sucedió con los aportes que ese individuo, que ahora hará un uso intensivo del subsistema de salud público, hizo durante su vida laboral? La respuesta es que tales aportes han quedado en el subsistema privado, y más específicamente en la Isapre a la que se encontraba afiliado. Es decir, en lugar de financiar parte de su propio uso del subsistema público de salud, ese individuo ha cotizado buena parte de su vida en un subsistema que no contribuye a su mayor gasto durante su vejez.

Este ejemplo, que puede parecer improbable, es por el contrario una situación común, como lo muestra el porcentaje de mayores de sesenta años en las carteras de las Isapres (ver Tabla 1).

Segundo problema: Discriminación por edad y género continúa a pesar de su reconocida injusticia

Durante décadas el subsistema privado ha operado bajo una lógica extremadamente individualista de aseguramiento, de modo que solo comparten el riesgo aquellos individuos de la misma edad y género dentro de cada plan. Así, por ejemplo, parece normal entre los usuarios de Isapres que una mujer en edad fértil pague más del doble que un hombre de su misma edad ante el “riesgo” de que se embarace, a pesar de que por cada mujer embarazada hay un padre igualmente responsable. O, que un hombre octogenario pague más del quíntuple

por su aseguramiento que un hombre de treinta años, a pesar de que a todo joven le espera inevitablemente enfrentar la vejez¹².

El emblemático fallo N°1710-10-INC del Tribunal Constitucional, de agosto del año 2010, marcó un importante precedente respecto del alcance de la aplicación de las tablas de factores para la fijación de los precios de los planes de salud, instrumento mediante el cual las Isapres cobraban diferenciadamente según edad y género bajo consideraciones de mayor riesgo. Sin embargo, y contrariamente a lo que muchos han interpretado, esa sentencia no prohibió la diferenciación absoluta de precios según edad y género –lo que resulta comprensible de acuerdo con el rol que posee el Tribunal Constitucional–, sino que limitó parcialmente el ámbito de libertad de las Isapres a este respecto y sometió el uso de esas diferencias a una exigencia de mayor fundamentación¹³. De hecho, los actuales artículos 170 letra n) y 199 del DFL 1/2006 mantienen la tabla de factores como un mecanismo para fijar los precios de los planes de salud.

Ahora bien, en la práctica, el fallo ha conducido al congelamiento de las alzas y bajas en los planes en relación con las tablas de riesgo, por lo que persisten las diferencias generadas con anterioridad. Adicionalmente, los nuevos afiliados siguen enfrentando discriminaciones basadas en criterios de edad y género, dado que las Isapres ofrecen un conjunto distinto de planes a cada grupo, circunstancia que propicia la discriminación. Por tanto, de avanzarse hacia un sistema de aseguramiento privado más solidario, en una lógica más acorde a la seguridad social, será imperativo reformar la regulación vigente también en esta materia.

Tercer problema: Cautividad de los usuarios impide el cambio efectivo de aseguradora

En la actualidad, parte importante de los beneficiarios del subsistema privado se encuentra cautivo en sus planes producto de su edad o de preexistencias que no serían cubiertas en caso de cambio (o que puedan justificar el rechazo a ser admitido por alguna otra Isapre). En un escenario conservador, se calcula que esa cautividad afecta a lo menos al 39% del total de beneficiarios de este

¹² Santiago Montt y José Luis Cárdenas, “La declaración de inconstitucionalidad del artículo 38 ter de la ley de Isapres: Mitos y realidades de un fallo histórico”. Anuario de Derecho Público UDP, p. 26, 2011.

¹³ *Íd.*

subsistema,¹⁴ lo que implica que, para más de un tercio de sus usuarios, la única alternativa disponible en los hechos a su actual Isapre, sería la de migrar hacia Fonasa. El problema es que, en muchas ocasiones, estos usuarios perciben que Fonasa no es una alternativa equivalente en calidad a su actual Isapre, lo que los hace proclives a aceptar las condiciones cada vez más gravosas aplicadas por la Isapre.¹⁵

Cuarto problema: Información presentada impide comparar planes

La adquisición de un seguro de salud es una decisión económica altamente compleja. Las variables que se deben considerar son muchas (coberturas, precios, copagos, red de prestadores, etcétera), a lo que se suma la dificultad de prever, al inicio de la contratación, las probabilidades con que se usarán las prestaciones ofrecidas. Esta difícil tarea se ve dificultada aun más por un conjunto de prácticas de las Isapres.

En efecto, es público y notorio que cada Isapre cuenta con un amplio número de planes de salud vigentes.¹⁶ Algunas de las diferencias de esos planes se reflejan en la existencia de planes grupales o individuales; planes expresados en unidades económicas distintas; planes comercializados a nivel nacional, solo en Santiago o en Regiones; y/o planes con uno o más prestadores de cobertura preferente o con modalidad de libre elección de los prestadores. Según las estadísticas disponibles, en diciembre de 2013 existían alrededor de 53.460 planes de salud vigentes, de los cuales el 26,9% (14.355 planes) era comercializado efectivamente por alguna Isapre. Esto quiere decir que, en

¹⁴ Superintendencia de Salud, "Estadística consolidada de movilidad de cartera del sistema Isapre" Un beneficiario puede calificarse como cautivo cuando pertenece a un plan de salud familiar en el que al menos un miembro del grupo de beneficiarios tiene más de sesenta años o sufre de una patología crónica. Camilo Cid et al, "Magnitud y características de la cautividad en el sistema Isapre". Superintendencia de Salud, 2009. Esta cautividad ha sido incluso reconocida por las propias Isapres, que han propuesto una autorregulación que tienda a eliminar algunos componentes de cautividad, aunque en una medida insuficiente. Lo anterior, dadas las exigentes condiciones que permitirían materializar el cambio de Isapre.

¹⁵ De hecho, el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia, en su sentencia N°57/2007, estableció: "Dadas las diferencias existentes entre los servicios provistos por el seguro privado y el público, en cuanto a los beneficios netos esperados por peso cotizado, al menos para una parte importante de la población no existirá la posibilidad de contratar un seguro privado (por ejemplo, aquellas personas con bajos ingresos y/o alto riesgo observable); mientras que para otra parte de la población Fonasa no será una alternativa relevante de elección (por ejemplo, personas con altos ingresos y bajo riesgo observable)".

¹⁶ Los planes vigentes comprenden los planes antiguos y los planes efectivamente comercializados. Los primeros son aquellos planes que ya no se comercializan, pero que mantienen al menos un cotizante adscrito.

promedio, cada plan activo tiene 35 cotizantes, mientras que cada plan antiguo tiene 29 cotizantes.¹⁷

Debido a lo anterior, la comparabilidad de planes de salud resulta en extremo difícil, incluso para los usuarios que cuentan con más información.¹⁸ Este fenómeno de diferenciación artificial fomenta la inmovilidad de los usuarios. No es inusual entonces que los cotizantes deban confiar en los asesores de las propias Isapres para determinar qué plan de salud elegir, lo que normalmente incentivaría la adopción de aquellas alternativas que resulten más rentables para la Isapre y redundará en pérdidas de bienestar para los beneficiarios.¹⁹ Esto es además consistente con la evidencia que muestra que las mejoras en la estandarización de los planes de salud redundan en beneficios importantes para los afiliados, producto de la mayor disponibilidad de información con que cuentan para elegir un plan de salud y para comparar las ofertas de las distintas aseguradoras.²⁰

Quinto problema: Barreras a la entrada para nuevos competidores atenúa competencia

Como se mencionó, llama la atención que en los últimos dieciséis años no haya entrado ninguna nueva Isapre al mercado. Sobre todo si se considera la sobresaliente rentabilidad de los actores incumbentes, que lograron en promedio durante el periodo 2008-2011 una rentabilidad sobre activos (índice usualmente usado para comparar la rentabilidad entre industrias) del 13%, en circunstancias en que rubros cercanos como los seguros generales, los seguros de vida o el sistema bancario no superaron el 2%.²¹ Es sorprendente que las empresas de estos rubros, que conocen de cerca el funcionamiento de los mercados de seguros, hayan decidido durante más de una década abstenerse de dar el salto hacia una sextuplicación de su retorno ingresando al mercado de Isapres.

¹⁷ Superintendencia de Salud, "Series Estadísticas. VI. Planes de Salud del Sistema Isapre, 2013".

¹⁸ Marlene Sánchez, "Análisis de los planes de salud del sistema Isapre". Superintendencia de Salud, junio de 2011, p. 3.

¹⁹ Marlene Sánchez, "Estandarización y simplificación de planes de salud de las Isapres. Propuesta preliminar de normativa". Superintendencia de Salud, diciembre de 2007, p. 2.

²⁰ Keith Ericson y Amanda Starc, "How product standardization affects choice: evidence from the Massachusetts health insurance exchange". NBER Working Paper Series, octubre de 2013.

²¹ Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, "Mercado de la salud privada en Chile", octubre de 2012, p. 102.

La explicación más aceptada apunta a que existen barreras de entrada al mercado de las Isapres, las cuales surgen de los elevados costos que deben enfrentar las empresas entrantes pero que no enfrentan las empresas incumbentes, que más que compensan los beneficios esperados de participar de la relevante rentabilidad del mercado. En este contexto, la integración vertical entre Isapres y prestadores puede actuar como una importante barrera de entrada.²² En la medida que los prestadores instalados no otorguen condiciones similares a las aseguradoras no relacionadas (es decir, que los precios de transferencia con sus prestadores integrados sean menores que los que pueda negociar un entrante), una Isapre entrante debe contar con una red propia de prestadores (lo que implica hundir un costo muy relevante), o bien, intentar competir con costos superiores.²³

Un estudio encargado por la Fiscalía Nacional Económica (FNE) a la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso a fines del año 2012 puso en evidencia la escala que ha alcanzado la integración vertical en Chile, mediante la demostración de las diversas relaciones de propiedad que algunas de las Isapres mantienen con ciertos prestadores relevantes de salud de distinto nivel de complejidad (clínicas y centros ambulatorios).²⁴ Este fenómeno de integración vertical ya se había discutido en el Congreso Nacional durante la tramitación de algunas reformas a la institucionalidad sanitaria. Tal es el caso de la Ley N° 20.015 del año 2005, que introdujo el actual inciso 1° del artículo 173 del Decreto con Fuerza de Ley N°1/2006 del Ministerio de Salud (DFL 1/2006), aplicable al sector privado de salud. Esa disposición señala que las Isapres “tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores”. En la práctica, las Isapres han efectuado una interpretación más literal que sustantiva de esta norma y han mantenido su relación de propiedad con prestadores a través de un esquema tipo holding en el cual una persona jurídica relacionada con la respectiva Isapre es la que controla a su vez al prestador de salud.

²² Claudio Agostini, Eduardo Saavedra y Manuel Willington, “Collusion among Health Insurers in Chile: Good, Bad, and Ugly Reasons in a Split Decision”, *Antitrust Chronicle*, julio de 2010.

²³ Fiscalía Nacional Económica (FNE), “Informe de Archivo de 18 de diciembre de 2013”, diciembre de 2013, pp. 27-29.

²⁴ Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, “Mercado de la salud privada en Chile”, octubre de 2012.

Un reciente Informe de la FNE describe en detalle esa relación de propiedad a nivel nacional, la que ha tendido a profundizarse en el último tiempo.²⁵ En dicho Informe se muestra también que si bien la concentración entre prestadores es inferior a aquella existente en el segmento de las Isapres, en la práctica la competencia entre prestadores está segmentada por distintas variables que tienden a diferenciar su oferta (segmento socioeconómico, ubicación, especialidades). Por ello, la estructura desconcentrada del mercado de prestadores no implica necesariamente que haya una competencia intensa entre ellos. Por otro lado, un reciente estudio de la Superintendencia de Salud cifra en 42% la participación de los prestadores institucionales verticalmente integrados en el total de prestaciones, lo que les otorga cierta influencia en la determinación de los precios de las distintas prestaciones y sus bienes y servicios asociados.²⁶

Los antecedentes presentados indican que, a pesar de que la regulación busca la desintegración vertical como mecanismo facilitador de la entrada de nuevos actores en la industria, en la práctica, y quizás aprovechando la poca precisión del tenor literal de la norma, la integración vertical ha continuado tomando fuerza como la estructura dominante de este mercado. Este hecho limita de forma importante el rol disciplinador que la potencial entrada de nuevos actores podría tener sobre las empresas incumbentes.

Sexto problema: Incentivos al sobreuso del subsistema privado aumenta los costos

Uno de los objetivos primordiales de un sistema de salud es solucionar los problemas de salud al menor costo posible, sin comprometer la calidad de las prestaciones otorgadas. Así, es esencial prevenir la sobreutilización del sistema tanto por el lado de los beneficiarios como del de los prestadores. El primer caso es conocido como riesgo moral, y se refiere al hecho de que los asegurados tienden a aumentar su uso del sistema una vez que cuentan con el seguro. El segundo caso se conoce como inducción de demanda, y se refiere a que los prestadores otorgan más servicios de los necesarios para solucionar el problema de salud del paciente con el objetivo de aumentar sus propios beneficios.

²⁵ FNE, "Informe de Archivo de 18 de diciembre de 2013", diciembre de 2013, Anexo II.

²⁶ Claudia Copetta, "Prestadores de Salud, Isapres y *holdings*: ¿relación estrecha?". Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, diciembre de 2013, p. 2.

Para gestionar el riesgo moral, se requiere que los usuarios del sistema internalicen al menos parte de los costos que implica su uso. Usualmente, esos costos se internalizan a través de los copagos, topes y deducibles que los usuarios deben efectuar para acceder a ciertas prestaciones.

Crecientemente, otras compañías de seguros generales y los propios prestadores ofrecen coberturas adicionales a través de seguros complementarios. Según cifras publicadas recientemente por la Asociación de Aseguradores de Chile, el número de personas cubiertas por algún seguro complementario se sextuplicó en la última década, pasando de 1.393.037 el año 2004 a 6.343.052 el año 2013.²⁷ Estos seguros complementarios disminuyen –e incluso eliminan– el copago y el deducible determinado por la Isapre. Lo anterior lleva a que tales copagos, que están diseñados para prevenir problemas de riesgo moral en este tipo de industrias (y con ello el alza en los costos generales del sistema), no sean capaces de guiar las decisiones de los pacientes y tiendan en cambio a fomentar las visitas a urgencias y especialistas, o la realización de exámenes complejos, más allá de lo que resultaría eficiente de no mediar este escenario. Así, las unidades de urgencias, lejos de utilizarse como centros de atención de patologías agudas o graves que requieren de atención inmediata, han pasado a transformarse en espacios para sortear las esperas asociadas a la disponibilidad de consultas médicas u otras atenciones ambulatorias.²⁸

Aunque no se dispone de cifras que den cuenta del grado concreto de relación entre seguros complementarios y sobreconsumo de prestaciones médicas, sí existe evidencia que la confirmaría. Esta sugiere que el riesgo moral se da principalmente en el sobreuso de prestaciones ambulatorias, pero no así en el de aquellas que requieren de una internación hospitalaria o de solución inmediata.²⁹

Por otro lado, existen fuertes incentivos para que los prestadores induzcan demanda con el objetivo de aumentar sus beneficios. El esquema mayoritariamente usado en Chile con el cual el asegurador remunera al prestador, del tipo “pago por servicio”, presenta incentivos para que el prestador otorgue más servicios de los necesarios. En la medida que las Isapres no

²⁷ Asociación de Aseguradores de Chile. Ver en <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2014/08/680-590692-9-el-38-de-los-chilenos-posee-un-seguro-de-salud-complementario-al-plan-de-isapre.shtml>.

²⁸ Marcos Vergara, op. cit., p. 15.

²⁹ Fabián Duarte, “Price Elasticity of Expenditure across Health Care Services”. *Journal of Health Economics*, 31, 2012, pp. 824-841.

enfrentan una presión competitiva relevante, simplemente traspasan esos mayores costos a sus beneficiarios a través de las primas, con lo que dejan de cumplir con el objetivo de minimizar los costos que se esperaría de los aseguradores en todo sistema de seguro.

Problemas en la provisión pública de servicios

El sistema de salud público, por su parte, ha sido concebido bajo la lógica de la gestión en red, dado que su correcta aplicación otorga al menos dos beneficios. En primer lugar, la gestión ganaría eficiencia al dejar las decisiones con efecto sistémico en el coordinador de la red y las relacionadas con la prestación de los servicios en el nivel de la producción de estos (hospitales, consultorios). En segundo lugar, permitiría modular la demanda eficientemente mediante el racionamiento de prestaciones complejas a través de una puerta de entrada al sistema (nivel primario). La gestión en red supone una población a cargo (estructura etaria y factores de riesgo conocidos, entre otros) y anticipación a la aparición de los daños.

Esta sección muestra que existen tres elementos clave que impiden que se materialicen dichos beneficios esperados: el sistema de financiamiento, las limitaciones administrativas para la gestión de los hospitales y la orgánica institucional del subsistema de provisión pública.

Séptimo problema: Potencial eficiencia de la gestión en red no se aprovecha debido al sistema de financiamiento

El subsistema público funciona sobre la base de un único asegurador, Fonasa, que centraliza todas las cotizaciones efectuadas por los afiliados, más el aporte fiscal. Este ofrece una cobertura única a todos sus beneficiarios, que se clasifican en cuatro grupos según los ingresos brutos imponibles y el número de cargas de cada cotizante. Por su parte, la prestación de servicios de salud está a cargo de prestadores públicos de distinto nivel de complejidad (atención primaria, secundaria y terciaria) a través de la modalidad de atención institucional (MAI), y de aquellos prestadores privados que se encuentren habilitados para prestar servicios a través de la modalidad de libre elección (MLE), usualmente, atenciones ambulatorias sujetas al arancel de referencia definido por Fonasa. En ambos casos, Fonasa actúa como el comprador de estos servicios tanto a los prestadores públicos como privados. La mayor parte del gasto en prestaciones –

el 85% al año 2011– se hace a través de la MAI, es decir, en prestadores públicos de distintos niveles de complejidad.³⁰ El porcentaje restante corresponde al financiamiento de prestaciones bajo la MLE, que solo pueden utilizar los grupos de mayor ingreso de Fonasa. Esto significa que, en lo principal, la actividad de esa institución está relacionada con la compra de servicios de salud generados en la red pública de prestadores en sus distintos niveles de complejidad. La modalidad de atención institucional de los prestadores públicos (MAI) hace de estos últimos el cliente principal.

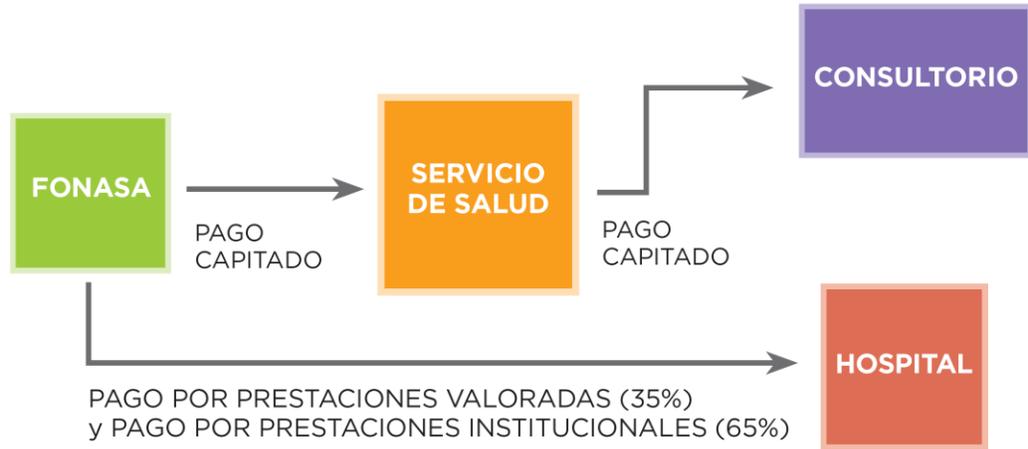
En el caso de la atención primaria de salud (APS) (consultorios, servicios primarios de urgencia y centros de salud familiar), Fonasa transfiere a través de los respectivos Servicios de Salud de las comunas a cargo de dichos servicios un pago capitado ajustado por factores de riesgo de la población. Las derivaciones de la APS a los hospitales no son financiadas con cargo a su presupuesto, sino que el respectivo hospital financia los diagnósticos o tratamientos solicitados.

En cambio, los hospitales se financian a través de dos vías: el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) y el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI). El primero funciona como un mecanismo de transferencias variables (según las prestaciones realizadas), mientras que el segundo opera como un complemento presupuestario histórico basal de la red del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). La composición PPV/PPI es muy variable: los institutos de mayor complejidad alcanzan al 90% de PPV, mientras que los hospitales tipo 4 (de bajo nivel de complejidad) pueden ser 100% PPI. Según las cifras disponibles al año 2011, el 65% de las transferencias totales a los hospitales lo eran a través del PPI.³¹

³⁰ Marcos Vergara, op. cit., p. 20.

³¹ Íd.

Figura 1: Financiamiento Actual



Fuente: Elaboración propia a partir de Marcos Vergara, op cit, pp 19-22.

El esquema de financiamiento descrito trae consigo varios problemas. En primer lugar, Fonasa no financia la gestión en red y los incentivos del sistema de financiamiento/compra actual pervierten la puesta en práctica de la ventaja comparativa principal de la oferta pública: la provisión a través de una red asistencial. Para que la gestión en red sea efectiva, se precisa que sea el gestor de la red (servicio de salud) el que compre los servicios prestados por los hospitales que conforman la red que gestiona. En la medida que los hospitales reciben directamente su financiamiento a partir de Fonasa, se limita seriamente el valioso rol que podrían jugar los servicios de salud como coordinadores de una red al servicio de su población a cargo. En la práctica, los servicios de salud intermedian pasivamente en una relación que es más bien directa, pero en la que, paradójicamente, los hospitales no se sientan nunca a negociar con su comprador Fonasa. Esta negociación con cada uno de los hospitales gestionados en red sería, por lo demás, impracticable. Y, volviendo al argumento principal, en una negociación directa con todos y cada uno de los hospitales gestionados en red, la posibilidad de gestión en red desaparecería.

En segundo lugar, como comprador y supervisor del equilibrio financiero de los hospitales –con magros resultados si se tiene en cuenta la deuda hospitalaria–, Fonasa cumple un rol que no es propio de un seguro, sino más bien de un administrador. Este rol lo desgasta y le impide concentrarse en las actividades

propias de un seguro, que deben enfocarse a garantizar el acceso oportuno y equitativo a servicios de calidad para sus afiliados.

En tercer lugar, el alto porcentaje de financiamiento vía PPI a los hospitales implica que parte importante del financiamiento de los prestadores públicos no tuvo como contrapartida compromisos exigibles de gestión ni estándares de calidad predeterminados que permitiesen incentivar la eficiencia y costo-efectividad de la atención sanitaria por parte de las entidades receptoras de esos fondos.³² Por eso, no existen incentivos fuertes para que los hospitales se hagan cargo íntegramente de las buenas o malas consecuencias de su gestión.

En cuarto lugar, el actual esquema de financiamiento que administra Fonasa no otorga incentivos al nivel primario de salud para que modere sus derivaciones hacia los hospitales, dado que el costo de dichas derivaciones no impacta en su presupuesto y, aun peor, el pago per cápita incentiva esa derivación.

Octavo problema: Rigideces administrativas limitan la buena gestión de los recursos físicos y humanos

Mediante las reformas al sector sanitario iniciadas el año 2002 se buscó avanzar en mecanismos que fomentaran la buena gestión de los hospitales públicos, transformando a muchos de ellos en establecimientos autogestionados en red (EAR). El objetivo era dotar a los hospitales de mayores grados de autonomía en su administración.³³

Sin embargo, en la práctica esa transformación no representó avances significativos. Por ejemplo, aquellos recintos disponen de escasos recursos para evitar el deterioro de su infraestructura y más todavía para realizar inversiones de reposición (por ejemplo, reemplazo de equipos), lo que les obliga a esperar a que estas se realicen el Gobierno central, con lo que deben descontinuar la prestación de servicios. Así, es la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través de los servicios de salud, la que toma las decisiones de inversión de modo centralizado, lo que lleva a que existan hospitales bien y mal dotados. Esto desincentiva a los hospitales a cuidar su capital y a preocuparse de su mantención y rendimiento.

³² Íd.

³³ También se estableció la figura de los establecimientos experimentales (EE). Un detalle de esta experiencia regulatoria se encuentra en Marcos Vergara, op. cit., p. 22 y ss.

A su vez, la gestión de los recursos humanos –que en lo sustantivo sigue a cargo de los servicios de salud– ha sido uno de los principales problemas del último tiempo, principalmente como consecuencia de la falta de algunas especialidades médicas, de la concentración de horas médicas en determinadas horas del día y de la consiguiente incapacidad de maximizar el uso de la infraestructura disponible. Un caso paradigmático es el de las horas médicas disponibles para cirugías y procedimientos. Usualmente, estas se concentran en las mañanas, con lo que se desperdicia la posibilidad de aprovechar el resto de los recursos durante el resto del día.³⁴

En general, los EAR enfrentan hoy una restricción en la dotación disponible de médicos especialistas y, atendida su escasez relativa (por ejemplo, anestesistas y utiólogos), un nivel de salarios que no es competitivo en comparación con aquellos que el profesional podría recibir en el sector privado. Para hacer frente, aunque sea parcialmente, a ambos problemas, los EAR han recurrido a mecanismos más o menos informales que no garantizan una adecuada administración de los recursos públicos y que más bien consisten en soluciones de emergencia que impiden una buena gestión de largo plazo.³⁵

Estas restricciones de dotación comprometen a otros estamentos del equipo de salud, y se verifica en la práctica la compra de servicios de enfermeras y técnicos paramédicos para completarlas, aun cuando en estos casos no se aprecian brechas de remuneraciones con el sector privado.

Noveno problema: Orgánica institucional limita la toma de decisiones estratégicas

Independientemente de lo que resulte en la práctica de la condición de EAR, la orgánica institucional del subsistema de provisión pública es frágil. En primer lugar, por la existencia de roles contrapuestos al interior del Ministerio de Salud. Dé el dependen la Subsecretaría de Salud Pública, encargada de autorizar,

³⁴ Íd., p. 25.

³⁵ Algunos de sus mecanismos son: i) desarrollar sus prestaciones con estándares inferiores a lo requerido; ii) hacer uso excesivo de horas extraordinarias, que son más caras; iii) promover la compra de servicios a privados y, iv) fomentar la generación de fundaciones o corporaciones de ayuda regidas por el derecho privado a las que se adquieren servicios de personal. Los últimos dos puntos han llevado a que un número creciente de remuneraciones se paguen con cargo al subtítulo 22 del Clasificador Presupuestario de Bienes y Servicios de Consumo, en lugar del 21, de Gasto en Personal. Ello permite remunerar a los profesionales sin considerar la escala de remuneraciones del sector público. Este fenómeno dificulta el control de la deuda hospitalaria, puesto que se usan indebidamente los recursos originalmente destinados para pagar a los proveedores de bienes y servicios de consumo (medicamentos, alimentos, material quirúrgico, servicios de aseo, etcétera). Marcos Vergara, op. cit., pp. 26.

regular y fiscalizar los servicios otorgados por los hospitales, y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, encargada de gestionar la red asistencial. Este hecho limita la capacidad para cumplir ambas funciones adecuadamente.

En segundo lugar, el carácter unipersonal de la cadena de mando dentro de la red pública (director de hospital que depende del director de servicio de salud, el que a su vez depende del subsecretario de Redes Asistenciales) hace que los encargados de tomar decisiones estratégicas clave para mejorar el funcionamiento de la red deban enfrentar de manera individual una gran responsabilidad, lo que puede desincentivar la toma de decisiones en el gestor hospitalario, sobre todo cuando se pueden ver afectados los intereses de los gremios del sector, y se sabe que los conflictos escalarán rápidamente. El sistema de gobierno hospitalario finalmente está en manos del Ministerio de Salud, que es el ente rector/regulador del sector, con lo que se confunden las funciones de las distintas agencias involucradas.

Por último, la profesionalización de los equipos de administración de los hospitales, por ejemplo a través del uso del Sistema de Alta Dirección Pública (ADP), es todavía una meta solo parcialmente lograda.

Propuestas

Considerando el diagnóstico anterior, Espacio Público ha elaborado siete propuestas de reformas para el sector salud, que se pueden implementar en el marco de una agenda de corto y mediano plazo. La mayor solidaridad de riesgos entre los sectores públicos y privados, en la forma que aquí se propone, debiese contribuir a una gestión más equilibrada del sistema en su conjunto, lo que transparentaría la distribución de los riesgos sanitarios entre ambos subsistemas.

Cabe destacar además, que a pesar de su profundidad, estas propuestas pueden ejecutarse a partir del diseño institucional actual, lo que permite evitar los riesgos asociados a la implementación de una institucionalidad completamente nueva. Entre otras cosas, ello supone mantener a las Isapres como oferentes de los planes obligatorios de salud, aprovechando su conocimiento y capacidad instalada, en lugar de limitar su rol únicamente a la comercialización de seguros adicionales de tipo voluntario, como también se ha propuesto³⁶ y como ocurre en otros países.³⁷ Lo anterior no obsta a que en el futuro pueda evaluarse la conveniencia de mantener dos subsistemas diferenciados en el pilar básico del sistema de salud, lo que en todo caso requerirá de una evaluación profunda a la luz de los antecedentes disponibles en ese momento.

Ahora bien, ninguna de estas propuestas podría, por sí sola, hacerse cargo de los problemas que en su conjunto explican la actual situación del sistema de

³⁶ Ver, por ejemplo, Fundación Creando Salud, "Propuestas para una reforma del aseguramiento en salud. Presentación ante la Comisión Asesora Presidencial para la Reforma del Sistema de Salud Privada", 15 de mayo de 2014.

³⁷ Tal es el caso, por ejemplo, de Canadá. Para una síntesis del régimen de salud de ese país, ver Marcos Vergara, op. cit, pp. 37-39.

salud. Así, cada una de ellas aisladamente puede ser necesaria, pero no suficiente para alcanzar la solución de los problemas presentados en el diagnóstico. De este modo, mientras no se aborden estas propuestas desde una dimensión global e interrelacionada, se arriesga seguir intentando corregir las deficiencias del sistema de salud a partir de soluciones que puedan resultar parciales y, por lo tanto, limitadas en cuanto a su efectividad.³⁸

Hacia un seguro social equitativo y eficiente: un pilar solidario ampliable y un subsistema privado competitivo

En esta sección se desarrolla una propuesta de aseguramiento dirigida a superar los problemas de equidad, eficiencia y falta de competencia identificados en el diagnóstico. Se propone la creación de un pilar solidario que asegure una cobertura mínima digna a todos los ciudadanos, que se financie a través de un fondo común entre los subsistemas público y privado, de modo que permita solidarizar los riesgos entre ambos. Adicionalmente, se propone aumentar la regulación de las prácticas del sector privado para asegurar condiciones de competencia efectiva entre las Isapres.

Primera propuesta: Crear un Plan Garantizado Mínimo de Salud con un Fondo de Compensación entre ambos subsistemas

En un primer nivel, se propone diseñar un Plan Garantizado Mínimo de Salud (PGMS) que opere en la base de ambos subsistemas de salud y que otorgue cobertura a toda la población. En síntesis, el PGMS es un plan de salud que asegura un conjunto de prestaciones mínimas, que al menos incluiría las actuales Garantías Explícitas de Salud (GES), que Fonasa y las Isapres deberían cubrir a sus beneficiarios, con copagos y precios máximos por prestación, e indicando la red de prestadores con los cuales la aseguradora habrá convenido otorgar las prestaciones vinculadas a este plan. La red de prestadores solo podrá estar conformada por instituciones debidamente acreditadas ante la autoridad

³⁸ En este sentido, la reciente propuesta de la Asociación Gremial de Isapres de Chile, que busca establecer un Fondo de Compensación al interior del subsistema privado de salud con el objeto de disminuir la cautividad de los beneficiarios por preexistencias, constituiría un caso de reforma insuficiente porque se ocupa únicamente de algunos de los problemas analizados en el diagnóstico, aun cuando avanza en la dirección correcta.

competente. Asimismo, el PGMS incluye un seguro catastrófico que se activaría en caso de que un grupo familiar supere un monto determinado de copagos al año. Este plan podría también contemplar prestaciones preventivas con copago cero o reducido para algunos grupos de la población.

Parece existir cierto consenso en que la introducción de un PGMS que funcione como un pilar básico solidario del sistema de salud constituiría una política pública deseable y necesaria,³⁹ entre otras razones, porque supondría transitar hacia un sistema de seguridad social más inclusivo, en línea con las recomendaciones que entidades como la Organización Mundial de la Salud han efectuado para países con ingresos similares a los de Chile.

Ahora bien, para garantizar tanto el funcionamiento como el cumplimiento de sus objetivos, el diseño regulatorio del PGMS debe incorporar, a lo menos, los siguientes elementos:

1. El PGMS constituiría el mínimo de prestaciones que todo asegurador, sea este Fonasa o las Isapres, debiera ofrecer a toda persona que se lo solicite, independientemente de su condición de salud o de la de su grupo familiar. Es decir, en este nivel básico existe una obligación de aceptar la afiliación de todo cotizante (junto a sus cargas) que lo solicite. La idea es impedir el descreme o selección de riesgos a través de mecanismos como la negativa de afiliación, las preexistencias y los periodos de carencias.
2. El PGMS incorpora todos los servicios y bienes que sean necesarios para lograr la superación o mitigación de una enfermedad que se encuentre dentro de la cobertura. Esto supone incluir dentro de la cobertura no solo las prestaciones propiamente tales, sino que, al menos para algunas de las patologías más prevalentes, también los fármacos necesarios para su tratamiento (de modo similar a como ocurre hoy con las patologías que forman parte de las GES).
3. Para financiar el PGMS se sugiere agrupar a la población en los siguientes cuatro tramos:
 - a. *Primer tramo.* Menores de edad. Este grupo podría ser subsidiado.
 - b. *Segundo tramo.* Indigentes y otras personas sin ingresos económicos.

³⁹ Ver "Informe de la Comisión Asesora Presidencial de Salud", diciembre de 2010.

- c. *Tercer tramo.* Grupos familiares cuya cotización mínima no resulte suficiente para financiar el PGMS.
 - d. *Cuarto tramo.* Grupos familiares cuya cotización mínima sí resulte suficiente para financiar el PGMS y que cuenten entonces con excedentes por sobre el tope legal que se defina.
4. El segundo tramo contaría con subsidios totales, mientras que el tercero tendría subsidios parciales por parte del Estado para poder financiar el PGMS. Dichos subsidios no serían *portables* hacia las Isapres. En consecuencia, los beneficiarios de esos subsidios permanecerían adscritos a Fonasa y serían atendidos en la red de prestadores definida por esta bajo la modalidad MAI o MLE (según pertenezcan al tramo con subsidio total o parcial).
 5. Luego, en el esquema que se propone, podrían ser beneficiarios de alguna Isapre los grupos familiares que pertenezcan al cuarto tramo o aquellos clasificados bajo el tercer tramo, pero que renuncien al subsidio parcial otorgado por el Estado. Por otro lado, los individuos que pertenezcan al segundo o al tercer tramo (y que soliciten el subsidio), deberían inscribirse como beneficiarios de Fonasa. Finalmente, el primer tramo se incorporaría al régimen al que pertenezca su grupo familiar.
 6. El precio del PGMS consistiría en una tarifa máxima fijada por un órgano técnico, en el marco de un procedimiento regulatorio similar al utilizado en otras industrias, pero ajustado a las necesidades y particularidades de este sector. Este órgano debería también establecer las prestaciones cubiertas por el PGMS y los copagos mínimos y máximos que correspondería pagar a cada afiliado en la red de prestadores que las Isapres y Fonasa designen.
 7. Para la gestión de los recursos percibidos por el PGMS, se crearía un Fondo de Compensación de Riesgos (FCR) que incorporaría en primera instancia a los actuales beneficiarios de Isapres y a aquellos beneficiarios que, tras aprobarse la reforma, sean clasificados bajo el cuarto tramo. El FCR tendría por objeto recolectar los fondos y compensar entre las distintas Isapres y Fonasa los riesgos que cada aseguradora tenga en su respectiva cartera. Así, el FCR calcularía los ingresos que corresponden a cada aseguradora en función de los costos esperados de los beneficiarios de su cartera (definición *ex ante*). Posteriormente se podrían realizar algunos ajustes en caso de que aumentaran los costos por determinados

eventos (ajustes de tipo *ex post*), aunque siempre con mecanismos que desincentiven el sobregasto en prestaciones por parte de una Isapre en particular, para lo cual se transferiría solo una fracción de la diferencia entre el gasto efectivo y el esperado.

Segunda propuesta: Posibilidad de contratar planes alternativos estandarizados

Este nuevo régimen admite un segundo nivel de planes alternativos estandarizados (PAE), que complementarían al PGMS —es decir, no admitiría coberturas inferiores a este— y que podrían ofrecerlos tanto las Isapres como Fonasa en un régimen de libertad de precios. Pero, con el objeto de evitar la proliferación de planes como ocurre actualmente y la complejidad de la información asociada a cada plan y su comparabilidad, la cantidad de planes alternativos autorizados debe reducirse, y sus características, prestaciones y la unidad monetaria en que se expresen deben ser estandarizadas. Los PAE en ningún caso supondrán un obstáculo para que cualquier afiliado solicite únicamente el PGMS a una Isapre, por lo que no podría condicionarse la compra de este último a la adquisición de un PAE.

La finalidad de los PAE sería permitir a los beneficiarios adquirir coberturas para patologías adicionales a las establecidas en el PGMS (por ejemplo, mayor número de consultas kinesiológicas, psiquiátricas, etcétera). En todo caso, con el objeto de gestionar adecuadamente el riesgo moral hoy inducido por los seguros complementarios, los PAE no podrían en ningún caso reducir el gasto de bolsillo de los copagos establecidos para el PGMS en virtud del procedimiento de regulación tarifaria descrito en la primera propuesta.

Por su parte, la venta de PAE podría admitir rechazos fundados por parte de las aseguradoras, aunque sobre la base de causales predeterminadas en la regulación que al efecto se dicte (por ejemplo, determinadas y particulares preexistencias).

CUADRO 1. FINANCIAMIENTO DEL PGMS

Para financiar el plan se propone mantener el esquema de una cotización obligatoria sobre los ingresos del trabajo con tope, con subsidios para quienes no logren cubrir con su cotización el costo del plan y elijan a Fonasa como asegurador. Dichos subsidios podrían financiarse a través de dos fuentes:

1. Con el aporte fiscal a Fonasa y los excedentes provenientes de quienes poseen una cotización obligatoria mayor al costo del plan (“primera opción”), o
2. Solo con el aporte fiscal a Fonasa, que sería igual a la suma del aporte fiscal y los excedentes contemplados en la opción anterior, financiado mediante impuestos generales (“segunda opción”). En este caso, los cotizantes con excedentes podrían usarlos en gastos de salud (consultas privadas, contratación de PAE o PAS o medicamentos).

En ambas opciones se solidarizan los riesgos, ya que la contribución familiar no depende de la condición de salud de los integrantes del grupo familiar.

En Espacio Público valoramos la diversidad de visiones siempre que se encuentren adecuadamente fundamentadas, y en lo relativo a este punto, hay divergencia en la mirada de quienes suscriben este informe.

A favor de la primera opción, respaldada por Guillermo Paraje y Fabián Duarte, se presentan los siguientes argumentos:

1. Mayor equidad en el aseguramiento: esta opción garantiza la solidaridad de ingresos dentro del universo de cotizantes. Además, todos recibirían el mismo aseguramiento por su contribución, lo que implica que exista equidad horizontal y vertical en el aseguramiento del PMGS.
 - a. Equidad vertical: las personas con diferentes ingresos contribuyen de manera diferente para obtener el mismo aseguramiento (el PGMS), de modo que personas con mayor capacidad contributiva contribuyen al financiamiento del plan de aquellos con menor capacidad. Este esquema se “rompe” al llegar al tope imponible, lo que atenúa el resultado general.
 - b. Equidad horizontal: individuos de igual ingreso contribuyen con el mismo monto al FCR y reciben el mismo producto (el PGMS). Esto contrasta con la segunda opción, en la que quienes tienen excedentes y una buena condición de salud podrían agregar a sus beneficios PAE o PAS por el mismo aporte, mientras que aquellos que no tienen una buena salud, podrían no acceder a PAE o PAS por su condición de salud. De esta manera, individuos con peor condición de salud recibirían un aseguramiento inferior.

2. Mejor aseguramiento de fondos para salud: dado el principio de no afectación que rige en el sistema tributario, los fondos recaudados por impuestos generales siempre deberán “competir” con otros bienes y servicios públicos que el Estado deba proveer (y este proceso es permanente). La primera opción, al contar con cotizaciones destinadas directamente al FCR, aseguraría de mejor manera la disponibilidad de fondos para el sistema de salud.
3. Mayor eficiencia en la recaudación: constituye una ventaja de la primera opción el hecho de que los fondos no deban pasar por la Dirección de Presupuestos, sino que sean centralizados directamente en el FCR, lo que implica un ahorro de los “costos de transacción” asociados al paso de los fondos por el aparato presupuestario.
4. Impacto fiscal nulo (respecto del statu quo): esta opción no contempla aumentos en la carga fiscal debido a que son los individuos con contribuciones mayores (excedentes) los que aportan a financiar los subsidios.

A favor de la segunda opción, respaldada por Andrea Butelmann, se presentan los siguientes argumentos:

1. Mayor equidad en el financiamiento: ingresos equivalentes a los obtenidos de los excedentes podrían recaudarse de una manera potencialmente más equitativa en términos de equidad tributaria vertical y horizontal a través de impuestos generales.
 - a. Equidad vertical impositiva en el último decil: en términos de la recaudación, el uso de los excedentes para financiar los subsidios, contemplado en la primera opción, es equivalente a un impuesto. Dicho impuesto tiene una tasa media igual a cero para quienes no presentan excedentes, que luego crece cuando se presentan excedentes y la cotización legal es menor al tope, y finalmente cae para los ingresos mayores a dicho tope. Si se obtuvieran ingresos equivalentes aumentando el impuesto a la renta, se podrían obtener los mismos recursos con una carga distribuida más progresivamente dentro del decil más rico.
 - b. Equidad horizontal impositiva: al financiarse exclusivamente a través de los ingresos del trabajo, la primera opción implica que individuos con igual ingreso total, pero con una proporción distinta de este proveniente del trabajo, no contribuirán lo mismo. Por otro lado, si bien la recaudación a través del sistema tributario presenta tratamientos dispares entre los ingresos del trabajo y el capital, los impuestos sobre los ingresos provenientes de esta última fuente no son irrelevantes. Por tanto, al menos en lo que respecta al tratamiento entre ingresos del trabajo y el capital, la segunda opción podría presentar mayores niveles de equidad horizontal.
2. Impacto nulo sobre las cotizaciones (respecto del statu quo): esta opción no contempla cambios en la propiedad sobre las cotizaciones, pues los fondos se conseguirían a través de impuestos generales.

Tercera propuesta: Planes adicionales suplementarios

En un tercer nivel, podría permitirse a distintos actores (compañías de seguros generales, prestadores, Isapres) la comercialización de planes adicionales suplementarios (PAS), también en un régimen de precios libres. El objeto de estos se sería mejorar ciertas condiciones accesorias que usualmente no inciden en la eficacia sanitaria de la prestación, pero que igualmente son atributos valorados por un segmento de los beneficiarios (por ejemplo, mejoras en hotelería).

Al igual como sucede con los PAE, los PAS tendrían como límite el no poder ofrecer una reducción de los copagos mínimos establecidos para el PGMS, de modo de no interferir en la gestión del riesgo moral. Los PAS admitirían que sus oferentes nieguen su comercialización sobre la base de criterios fijados autónomamente por esos agentes. Es decir, se trataría de un ámbito en el cual existiría una menor regulación en comparación a los dos restantes niveles.

Cuarta propuesta: Regular la integración vertical entre Isapres y prestadores

Como se indicó en el diagnóstico, la integración vertical entre Isapres y prestadores limitaría la entrada de nuevos actores, a la vez que agravaría las fallas de mercado existentes. Una desintegración vertical efectiva o al menos la regulación adecuada de las situaciones de integración vertical, junto al efecto de las propuestas anteriores sobre la capacidad de los cotizantes para abandonar su Isapre y afiliarse a un nuevo actor (al poder comparar fácilmente las opciones ofrecidas y no encontrarse cautivos), disminuiría notablemente las barreras de entrada al mercado e inyectaría por tanto una sana presión competitiva sobre las empresas incumbentes.

Más aun, en un escenario en el cual la fijación de tarifas del PGMS será determinada por un órgano regulador, existe el riesgo de que prestadores e Isapres verticalmente integrados tengan incentivos comunes a declarar costos artificialmente altos por concepto de prestaciones. Lo anterior, considerando que todo mayor costo de las prestaciones incidiría a su vez en la tarifa del PGMS que fijaría la autoridad, y que constituiría el ingreso de la Isapre. Por el contrario, en ausencia de esa integración, la Isapre carecería de incentivos para refrendar ante el regulador los eventuales costos artificialmente altos que informen los prestadores. Esto permitiría que los procesos tarifarios para la fijación del PGMS

sean más transparentes, con menos asimetría de información y ajustados a los verdaderos costos esperados del sistema.

Dados esos objetivos, una desintegración vertical efectiva entre los segmentos asegurador y prestador parece necesaria.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de enfrentar algunas dificultades en la consecución de esa desintegración, como estrategia de segundo mejor se sugiere la implementación de un conjunto de medidas destinadas a impedir que esta forma de organización integrada redunde en mayores costos para el sistema en su conjunto. En concreto, se recomienda que un escenario que permita la integración vertical considere, a lo menos, las siguientes medidas regulatorias de carácter preventivo:

1. Obligación de contratación abierta no discriminatoria para los prestadores relacionados con Isapres. Los prestadores vinculados a Isapres no podrían negar la celebración de convenios a aquellas aseguradoras que no se encuentren relacionadas con su grupo económico. Al mismo tiempo, los términos de esa contratación debieran ser equiparables a aquellos otorgados a la Isapre relacionada, y cualquier diferencia debiera a su vez estar sustentada en razones objetivas, generales y públicas, fijadas con antelación en los respectivos convenios (por ejemplo, escalas de contratación para efectos de descuentos incrementales).
2. Contabilidad regulatoria. Los prestadores serían sometidos a la obligación de llevar una contabilidad regulatoria, debidamente auditada, que permita a la entidad a cargo de fijar las tarifas del PGMS acceder directamente a información confiable y detallada sobre los reales costos asociados a la provisión de las prestaciones de salud vinculadas a ese plan básico. Adicionalmente, la entidad que recolecte esta información debería sistematizarla y publicarla para aumentar la transparencia hacia la ciudadanía respecto de la relación entre los prestadores y las aseguradoras.

CUADRO 2. MODIFICACIONES AL SUBSIDIO DE INCAPACIDAD LABORAL

Según las cifras disponibles, el subsidio de incapacidad laboral (SIL) representa una parte relevante de los costos totales del sistema de salud.⁴⁰ En consecuencia, se propone reformular el SIL con el objeto de hacer más eficiente su funcionamiento. Para ello es necesario eliminar el actual deducible de tres días para toda licencia médica por incapacidad, sin distinción en cuanto a su extensión. Pero, al mismo tiempo, se recomienda introducir un régimen de copagos del SIL por parte de los afiliados, particularmente en relación con aquellas patologías que no resulten objetivamente comprobables.⁴¹ Se estima que estas propuestas –fin a los deducibles según extensión de las licencias y copagos para algunas patologías– contribuirían a desincentivar el abuso que se hace del sistema y, consecuentemente, el incremento artificial de los costos asociados a su funcionamiento.⁴²

Hacia una provisión pública de salud de excelencia

En esta sección se propone una modificación al esquema de financiamiento y al sistema de gobierno del sector público, junto con aumentar las atribuciones para la gestión de los hospitales y hacer modificaciones a la gestión de la red. Estas medidas permitirán dar el salto hacia una provisión pública con una gestión en red de excelencia.

Quinta propuesta: Modificar el mecanismo de financiamiento de la modalidad MAI del subsistema público y fomentar la gestión en red

Se propone rediseñar el sistema de financiamiento actualmente aplicable al sector público de salud, para que sea consistente con una gestión en red de la modalidad MAI. En el esquema que se propone, los servicios de salud (gestores de red) recibirían un financiamiento per cápita ajustado por el riesgo de

⁴⁰ Dirección de Presupuestos, "Subsidios por incapacidad laboral por enfermedad y medicina curativa: estado actual y desafíos", diciembre de 2011, pp. 15-22. En el mismo sentido, ver Marcela Pezoa, "Licencias médicas -gasto por subsidio por incapacidad laboral (S.I.L.)". Superintendencia de Salud, Departamento Estudios y Desarrollo, 2010.

⁴¹ Fabián Duarte y Michael Dworsky, "Claim Rejections in Chile's Private Sickness Insurance System: Are Large Disparities across Health Conditions Optimal?" (no publicado). Se puede disponer del documento solicitándose a los autores.

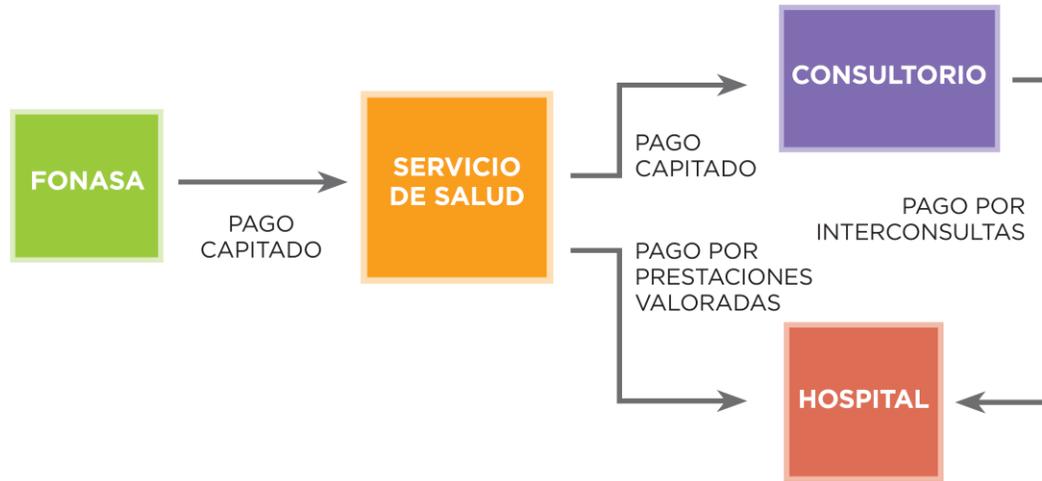
⁴² Paraje et al, op. cit., p. 57-58.

enfermarse, la atención primaria de salud (APS) percibiría un aporte per cápita más un fondo para la compra de interconsultas, mientras que los hospitales EAR recibirían pagos empaquetados de prestaciones (PEP) a través de los respectivos servicios de salud.

En concreto, el sistema operaría de la siguiente forma:

1. Pago capitado a los servicios de salud. Se propone un esquema escalonado en dos niveles. Para que funcione, los recursos se asignarían globalmente a los servicios de salud en calidad de gestores de la red (provenientes desde Fonasa, que mantendría su rol de recaudación y su rol en la modalidad de libre elección, MLE), sobre una base capitada – esto es, según su población a cargo (equivalente a la suma de inscritos en la APS)– ajustada por variables de equidad y riesgo de enfermarse de esa población.
2. Pagos en el primer nivel. En un primer nivel, el servicio de salud asignaría, también en forma capitada y con los mismos ajustes, un monto a las respectivas APS (hoy comunas), que incluiría recursos tanto para atención primaria como para derivación a interconsultas de especialidad. Estos últimos recursos debieran centralizarse en un Fondo de Compra de Interconsultas (FCI) administrado por las APS, que podría ser virtual (residir en una cuenta ad hoc del servicio de salud). Con el objeto de incentivar el uso racional de estos pagos y de evitar la sobrederivación, en el caso de existir excedentes en el FCI, estos podrían considerarse fondos de libre disposición por la APS.
3. Pagos en el segundo nivel. En este esquema, los hospitales financiarían las interconsultas con los fondos provenientes de la APS desde el FCI por interconsultas resueltas exitosamente (incluidos los controles al paciente) y adecuadamente contrarreferidas. Además, los servicios de salud financiarían los tratamientos sobre la base de PEP. Es decir, se trataría de un esquema similar al de los pagos asociados a diagnósticos u otras formas de paquetización de las prestaciones.

Figura 2. Modelo de financiamiento propuesto



Fuente: Elaboración propia a partir de Marcos Vergara, op. cit., p. 43.

Así, esta propuesta transferiría el riesgo a las instituciones con población a cargo (APS y servicios de salud), dado que las obligaría a administrar un presupuesto preestablecido. Lo anterior entregaría los incentivos correctos para una gestión eficiente en red, pues en la práctica son estas instituciones las que gestionan en red, pues modulan demanda (por ejemplo, controlan bien los riesgos cardiovasculares de la población a cargo). Por otro lado, transferir el riesgo de la interconsulta a la APS permite corregir los actuales incentivos a la sobrederivación.

Sexta propuesta: Revisar las políticas de inversiones y la gestión de recursos humanos y físicos

Ante la improbabilidad de contar para los EAR con un marco jurídico-administrativo distinto al Estatuto Administrativo, que las organizaciones de trabajadores consideran necesario mantener e incluso profundizar, nos parece necesario incorporar algunas reformas en materia de inversión de infraestructura, selección directiva, inversiones en equipamiento y gestión de recursos humanos. En concreto, deben implementarse las siguientes medidas:

1. *Actualizar la infraestructura física de la red de salud pública:* El sector se encuentra en una situación “paupérrima” desde el punto de vista de la infraestructura, como ocurre por ejemplo con el Hospital del Salvador. Para ofrecer una salud pública de calidad es fundamental iniciar cuanto

antes el esfuerzo conducente a la modernización de la infraestructura. En ese sentido, el plan de inversiones del actual gobierno es oportuno y presenta montos adecuados respecto a las necesidades urgentes del sector.⁴³

2. *Conservar el activo fijo:* En paralelo, se requiere realizar el gasto apropiado y suficiente para el mantenimiento del edificio y de los equipos que constituyen el capital del sector, los que se deterioran rápidamente año tras año porque los recursos son insuficientes y porque los gestores hospitalarios no tienen incentivos para cuidar el capital que resulta de las inversiones que terceros realizan. Esto supone otorgar mucho más espacio para la utilización del subtítulo 29 del Clasificador Presupuestario propio de cada hospital para las inversiones de reposición⁴⁴ y para la actualización del capital depreciado año tras año.
3. *Profundizar los cargos concursados bajo el sistema de ADP:* En la actualidad, solo la Dirección y Subdirección Médica son concursadas a través del mecanismo de ADP. Con el objeto de contar con profesionales de alto nivel en cada hospital, se sugiere ampliar esa concursabilidad a todas las subdirecciones que existen al interior de los mismos. Al mismo tiempo, para fomentar la participación de buenos directivos, se recomienda ajustar las remuneraciones para hacerlas equiparables a las del sector privado.
4. *Autogestionar los recursos humanos:* Se propone realizar la transferencia definitiva de la gestión de recursos humanos desde los servicios de salud a los hospitales, pues son estos últimos los que conocen de mejor forma sus propias necesidades de personal y equipamiento.
5. *Dotación:* Las dotaciones de personal deben ajustarse a los estándares en uso, a los nuevos proyectos y a las nuevas necesidades.
6. *Incrementar la oferta de especialistas:* Además de ser un reflejo de la escasez general de médicos especialistas en el mercado laboral, su ausencia en los establecimientos públicos evidencia que dichos profesionales prefieren mantenerse en el sector privado dadas las

⁴³ Ver <http://impresa.elmercurio.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=2014-08-16&dtB=19-08-2014%20:00:00&PaginaId=10&bodyid=3>.

⁴⁴ Decreto Supremo N° 854, de 2004, del Ministerio de Hacienda. El subtítulo 29 es aquel que contempla la adquisición de activos no financieros.

mejores remuneraciones relativas que este les ofrece. Para resolver este problema, se propone una estrategia que actúe en dos niveles simultáneos, y que sería consistente con aquella que el actual Gobierno ha anunciado. En primer lugar, se propone incrementar sustancialmente las becas de formación de especialistas, incluyendo a especialistas en APS, y fomentar la incorporación de médicos extranjeros que deseen trabajar en el país.

En segundo lugar, se recomienda mejorar las remuneraciones de los médicos, poniendo el foco en las especialidades más escasas, de modo de cerrar las brechas existentes respecto del sector privado. Sin perjuicio de lo anterior, en la medida que esa mejora no se realice en paralelo al incremento de la oferta de especialistas (tanto en formación como en incorporación de profesionales extranjeros), es probable que el resultado sea un aumento equivalente de las remuneraciones en el sector privado y un consiguiente aumento de costos para el sector público, sin un correlato en mayor dotación de médicos.

Todas estas medidas debieran terminar con los mecanismos actualmente utilizados por los hospitales para resolver los problemas de dotación y salarios existentes, y contribuir a la gestión transparente y adecuada de los recursos públicos, además de permitir la definición de estrategias de administración en horizontes más amplios de tiempo, en oposición a una gestión basada en la resolución de permanentes déficits en un contexto de rigidez regulatoria.

Séptima propuesta: Modificar la orgánica institucional de la provisión pública

De avanzarse hacia la gestión en red del subsistema público, será necesario perfeccionar la orgánica institucional del subsistema de provisión pública para que la mayor independencia de los hospitales se acompañe de mejores mecanismos de monitoreo de la red y una visión estratégica robusta de su desarrollo.

En primer lugar se recomienda otorgar más independencia a la función de la Subsecretaría de Redes Asistenciales respecto del Ministerio de Salud,

reservando a este último los aspectos relacionados con las denominadas “funciones esenciales de salud pública”.⁴⁵

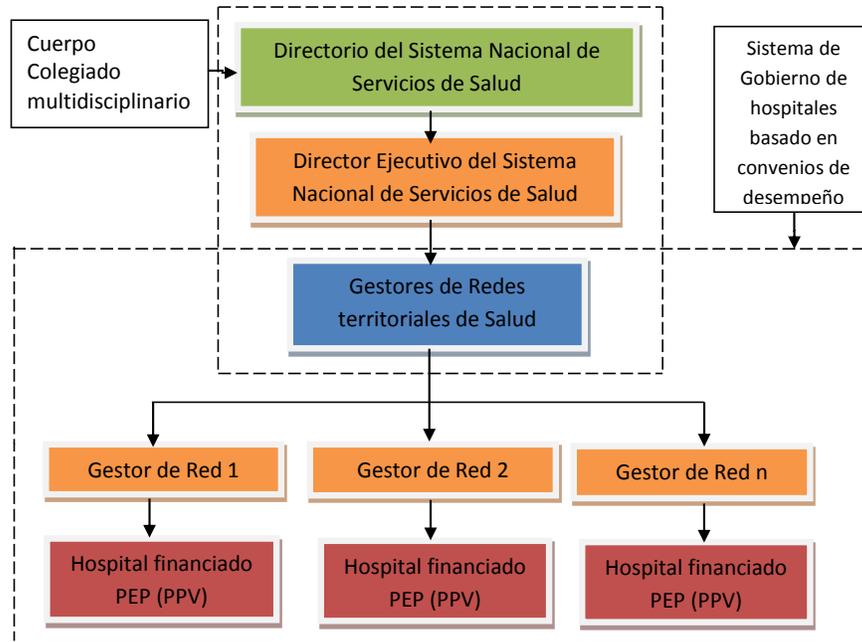
Adicionalmente, si prospera la idea de cambiar los mecanismos de financiamiento para la gestión en red, se requeriría instalar en la Subsecretaría de Redes Asistenciales un sistema de gobierno con una figura del tipo ex Servicio Nacional de Salud (Figura 2), con un directorio multidisciplinario que minimice los riesgos de las decisiones, que evite la captura y que posea la capacidad institucional de garantizar el equilibrio financiero y la buena productividad de la totalidad de la red. En el nivel hospitalario, la relación “comprador-prestador” entre el hospital y el servicio de salud debería materializarse a través de un sólido compromiso de gestión. De este modo, el foco de la relación estaría en la gestión de los hospitales, elemento sustantivo de provisión de servicios a los beneficiarios. De paso se brindaría, en concordancia con la propuesta anterior, la suficiente autonomía a los hospitales para que gestionen los recursos necesarios para generar los resultados (servicios, prestaciones, paquetes) de ese compromiso.

Del director ejecutivo, que respondería directamente al directorio, dependerían los servicios de salud o gestores de red, los que, en un modelo de financiamiento como el explicitado, organizarían la gestión en red para su población a cargo.

Un órgano como el que se propone contribuiría a otorgar a la Superintendencia de Redes Asistenciales una visión más amplia respecto del funcionamiento de los distintos servicios de salud y de los establecimientos dependientes de estos. Además, sumando al órgano propuesto los cambios sugeridos respecto del sistema de financiamiento y la gestión de los hospitales, se empoderaría a los directores de los hospitales en la toma de decisiones estratégicas, ya que estarían definidos con claridad los roles de cada institución dentro del sistema.

⁴⁵ Dentro de las funciones esenciales de la salud pública se reconocen la vigilancia, investigación y control de riesgos y daños; la regulación y fiscalización; la evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios; el desarrollo de los recursos humanos y la capacitación, entre otras. Ver Fernando Muñoz et al, “Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8, julio/agosto de 2000.

Figura 3. Sistemas de gobiernos corporativo desconcentrado



Conclusiones

Este Informe ofrece un diagnóstico acerca del actual funcionamiento del sistema de salud y de sus deficiencias. Junto a lo anterior, propone reformas destinadas a corregir las deficiencias identificadas, las que se materializan en siete propuestas concretas.

A pesar de ser este un Informe ambicioso en sus alcances, en tanto sus propuestas implican realizar algunos cambios en la forma de entender parte del sistema de salud del país, es a la vez respetuoso de ciertas bases institucionales sobre las cuales este sistema se ha construido y ha funcionado durante las últimas décadas. Sin embargo, ello no obsta a que esas mismas bases permitan sustentar un nuevo pacto social en salud que busque corregir aquellas fallas relevantes que se han ido evidenciando durante el transcurso del tiempo y que han conspirado contra la comprensión del sistema de salud como uno solidario entre sus beneficiarios.

En concordancia con la aspiración de **Espacio Público** de contribuir a la construcción de políticas públicas de calidad para el país, es altamente deseable evaluar en el mediano plazo el éxito de las propuestas implementadas para la solución de los problemas identificados. De este modo se podrá determinar qué aspectos se deben perfeccionar o modificar para mejorar aun más la efectividad y eficiencia de estas políticas.

Con este Informe, **Espacio Público** espera contribuir al debate respecto de cuál es el sistema de salud que Chile requiere para el futuro próximo. Al mismo tiempo, busca transmitir la aspiración de que el país cuente con un verdadero sistema nacional de salud, más solidario entre sus subsistemas, de modo tal que el acceso, la calidad y la cobertura de los servicios de salud entregados a los ciudadanos no esté basado en sus condiciones socioeconómicas o individuales, sino en su igual dignidad intrínseca, cuestión esencial en una sociedad democrática que propende al bienestar de todos sus habitantes.

