

Sistema de salud chileno: Funcionamiento, problemáticas y propuestas de reforma

David Debrott Sánchez*

Este trabajo aborda el funcionamiento del sistema de salud chileno, sus contradicciones y sus principales problemáticas. Analiza críticamente las opciones de reforma en debate y propone una opción alternativa, orientada a la desmercantilización de la salud: ésa es la perspectiva.

Elementos para el análisis del sistema de salud

Aspectos conceptuales

Los sistemas sanitarios son sistemas complejos (Rivas-Loría, 2006), por lo que su análisis tiende a ser parcial o a extenderse demasiado. Intentando evitar ambos extremos, se ha adoptado un enfoque conceptual que identifica los principales componentes del sistema (Tobar, 2000, 2015; Debrott Sánchez, 2014).

El análisis del sector salud considera tres grandes dimensiones. La primera es salud de la población, finalidad última de todo análisis. La segunda son las políticas sanitarias. La tercera, objeto central de este trabajo, es el sistema de salud. En cualquier sistema de salud intervienen tres grandes agentes que interactúan y cuyas formas de relación condicionan las políticas y los resultados sanitarios. El primero es la población, sus comunidades e individuos, quienes padecen necesidades de atención sanitaria y expresan (o no) la demanda por servicios. Luego, los proveedores de servicios sanitarios, quienes se organizan para satisfacer dicha demanda, sujeto a la finalidad intrínseca de cada organización. Finalmente, un conjunto de agentes que intermedian la relación usuario-proveedor: los seguros, las agencias gubernamentales y, en general, las diferentes instituciones de la seguridad social.

La relación entre estos agentes está determinada por las formas en que se organiza cada sistema de salud, pudiendo coexistir un mayor o menor grado de integración. En sistemas más integrados las características de la relación son más homogéneas y uniformes, mientras que en sistemas menos integrados las relaciones son heterogéneas y multiformes. De esta manera, un sistema sanitario puede estar constituido por varios subsistemas que coexisten, interactúan y generan resultados sanitarios variados.

* El autor agradece la colaboración de David López, integrante de Estudios Nueva Economía. Cualquier error u omisión es de responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas en este trabajo no comprometen a la institución en la que se desempeña su autor.

En general, y para efectos analíticos, cada subsistema se define por tres grandes componentes.

- Modelo de atención (interrogantes técnicas): ¿qué servicios cubrir?, ¿a quiénes cubrir?, ¿cómo realizar la prestación de servicios?, y ¿dónde realizar tales prestaciones?
- Modelo de gestión (interrogantes políticas): ¿cuáles son los valores que inspiran el sistema?, ¿qué rol juegan el Estado y el mercado?, ¿quién realiza la provisión de los servicios?, ¿qué tipo de regulación se establece?, ¿cómo se financian los servicios?, y ¿qué información se entrega a la población?
- Modelo de financiamiento (interrogantes económicas): ¿cuáles son las fuentes de financiamiento?, ¿qué nivel y composición de gasto es adecuado?, y ¿cómo se asignan los recursos?

Siguiendo a Tobar (2000, 2015), es útil un modelo empírico para clasificar los diferentes subsistemas, describiendo los esquemas de financiamiento y pago a proveedores que son predominantes en cada uno (Evans, 1981). En la práctica, este modelo integra el análisis de los tres componentes que acabamos de señalar y se resume en la tabla 1.

Tabla 1. Modelo de Evans: clasificación de los sistemas de salud basado en esquemas de financiamiento y pago.

Modelos de financiamiento			
		Público (obligatorio)	Privado (voluntario)
Modelos de pago	Directo del usuario	-	Modelo de pago directo
	Directo con reembolso	Modelo de reembolso p público	Modelo de reembolso privado
	Indirecto por contrato	Modelo de contrato público	Modelo de contrato privado
	Indirecto con integración vertical	Modelo de integración vertical público	Modelo de integración vertical privado

Fuente: Adaptado de Tobar (2000).

Datos relevantes

Estado de salud de la población

El estado general de la salud de los chilenos puede ser considerado bastante satisfactorio, al menos bajo los indicadores tradicionales (tabla 2). La expectativa de vida se encuentra muy por sobre el promedio global, el de los países del continente americano —incluyendo Costa Rica y Cuba, países latinoamericanos con buenos resultados sanitarios y sistemas de salud reconocidos por su calidad— y el promedio de la OCDE. Los niveles de mortalidad neonatal, si bien más altos que el promedio OCDE y que países como Cuba, Suecia y el Reino Unido, se encuentran en un nivel bajo. Incluso, la probabilidad de morir de enfermedades

crónicas, cuya prevalencia aumenta con un mayor nivel de ingreso, no es la más alta de la región, ni se encuentra por sobre el promedio de los países de la OCDE.

Sin embargo, al analizar indicadores sanitarios más específicos se observa una situación menos satisfactoria y en algunos aspectos preocupante. Los suicidios se ubican en el promedio de los países OCDE y de Europa, pero por encima del promedio mundial y de América, y muy por encima de Costa Rica o México. La maternidad en edad adolescente está en el promedio de América, por encima del promedio mundial y bastante por encima de Europa y los países OCDE.

El consumo de tabaco es uno de los más altos en la comparación, en hombres y mujeres. El consumo de alcohol es uno de los más altos a nivel de América y por encima del promedio mundial.

Esto pone en evidencia la debilidad de las políticas de prevención y promoción de la salud, salud mental y la preocupación por los determinantes sociales de la salud (Cuadrado, 2015). A pesar de esto, para un observador externo la condición de salud del país puede seguir pareciendo buena. Incluso, el bajo número de profesionales de la salud podría interpretarse como que el sistema de salud chileno es increíblemente eficiente.¹ De hecho, Bloomberg clasificó a Chile como el octavo país con el sistema de salud más eficiente del mundo en 2014, usando datos de gasto en salud y esperanza de vida.²

Análisis de este tipo, en la práctica, esconden una serie de hechos. Primero, que los principales aumentos en esperanza de vida se obtuvieron durante los años posteriores al establecimiento del Servicio Nacional de Salud (SNS) y del Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) en Chile y a la expansión de la cobertura pública; los avances posteriores han sido más lentos, se han debido principalmente al aumento del gasto de las familias y han tendido a un estancamiento durante los últimos años (gráfico 2). Segundo, que existen importantes desigualdades en acceso y estado de salud entre niveles de ingreso y grupos sociales. Estas desigualdades son reforzadas tanto por los seguros privados, que discriminan por riesgo a sus propios beneficiarios y a sus potenciales beneficiarios, como por la fuerte dependencia que el sistema tiene del gasto privado, incluyendo en buena parte el gasto de bolsillo de las familias para el pago de prestaciones y medicamentos, entre otros aspectos no cubiertos por los seguros de salud.³ Finalmente, no se considera el constante proceso de debilitamiento del sistema público, y el subsidio constante del fondo público y el Fisco a los proveedores privados con fines de lucro, a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE), de las prestaciones con Garantías Explícitas en Salud (GES) y de los pagos a sociedades médicas; proceso cuya eficiencia es, a lo menos, cuestionable.

1 Número de profesionales de la salud por cada 10 mil habitantes: Chile: 11,7; Global: 25,0; América: 32,3; Europa: 71,9; OCDE: 102,8.

2 Este ranking se elabora con el "Health Care Efficiency Index" realizado por Bloomberg con datos del año 2014. Véase <https://bloom.bg/2C9G7ii>.

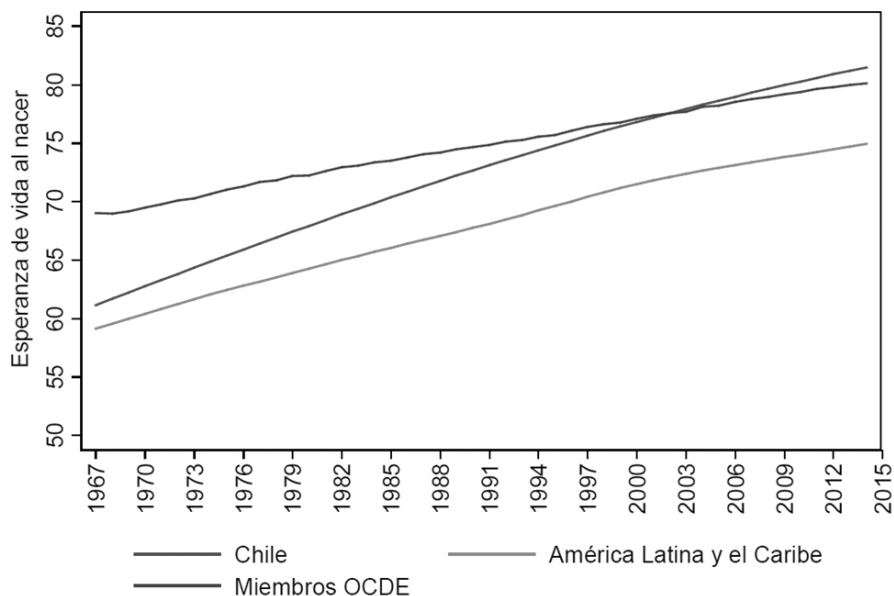
3 El gasto de bolsillo se refiere al gasto sanitario realizado en el momento en que un hogar se beneficia del servicio de salud, como, por ejemplo, honorarios médicos, facturas de hospital, compra de medicamentos, entre otros.

Tabla 2. Indicadores de salud, comparación internacional (2016).

	Expectativa de vida al nacer (años)	Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1000 nacidos vivos)	Probabilidad de morir de enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad crónica respiratoria entre los 30 y los 70 años (%)	Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100 mil habitantes)	Tasa de maternidad adolescente (por cada 1000 mujeres de entre 15 a 19 años)	Prevalencia de consumo de tabaco entre hombres mayores a 15 años (%)	Prevalencia de consumo de tabaco entre mujeres mayores a 15 años (%)	Consumo de alcohol per cápita (mayores de 15), en litros de alcohol puro, estimaciones proyectadas
Chile	80,5	4,9	11,9	13,0	51,5	40,0	36,0	9,3
<i>Regiones del mundo OMS</i>								
Global	71,4	19,2	19,4	11,4	44,1	—	—	6,3
América	77,0	7,7	15,4	8,9	51,7	—	—	8,1
Europa	76,8	6,0	18,4	13,8	17,6	—	—	10,2
<i>Países de América Latina</i>								
Costa Rica	79,6	6,2	12,2	6,9	61,2	18,5	8,3	5,1
Cuba	79,1	2,3	16,5	14,6	52,5	52,7	17,8	5,5
México	76,7	7,0	15,7	4,1	70,9	20,8	6,6	6,8
<i>Países OCDE</i>								
Total OCDE	80,3	3,3	13,1	13,4	21,1	—	—	8,9
República Checa	78,8	1,8	17,0	15,6	11,1	37,4	29	14,1
Polonia	77,5	3,1	20,0	20,5	14,0	32,4	23,7	11,5
Portugal	81,1	2,0	11,9	12,5	10,5	31,5	13,7	12,5
Suecia	82,4	1,6	9,9	13,2	5,1	20,4	20,8	8,7
Reino Unido	81,2	2,4	12,0	7,0	19,3	19,9	18,4	12,0

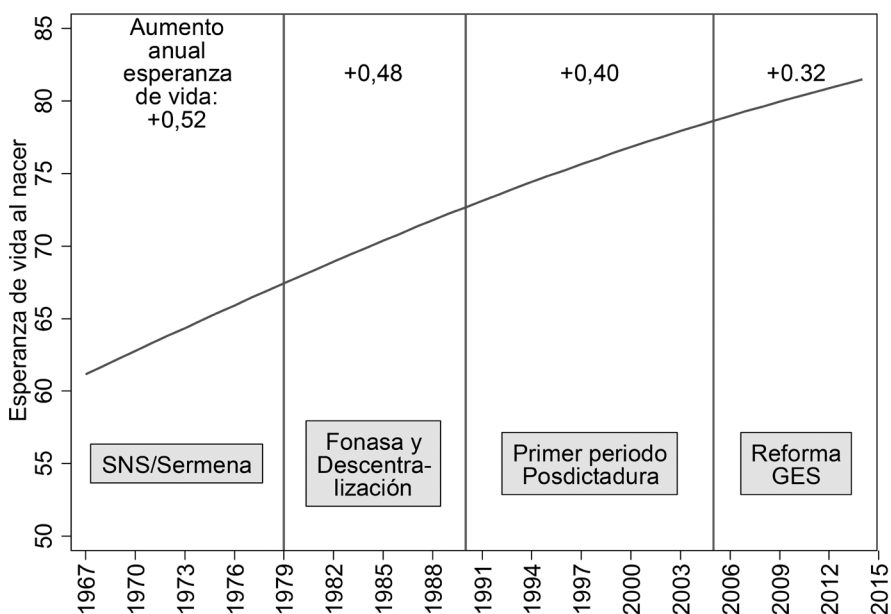
Fuente: Elaboración propia en base a *World Health Statistics 2016, Annex B*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Gráfico 1. Esperanza de vida al nacer, ambos sexos. 1967-2014, comparación internacional.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del World Development Indicators (Banco Mundial).

Gráfico 2. Esperanza de vida al nacer, ambos sexos, 1967-2014, según periodos del sistema de salud.

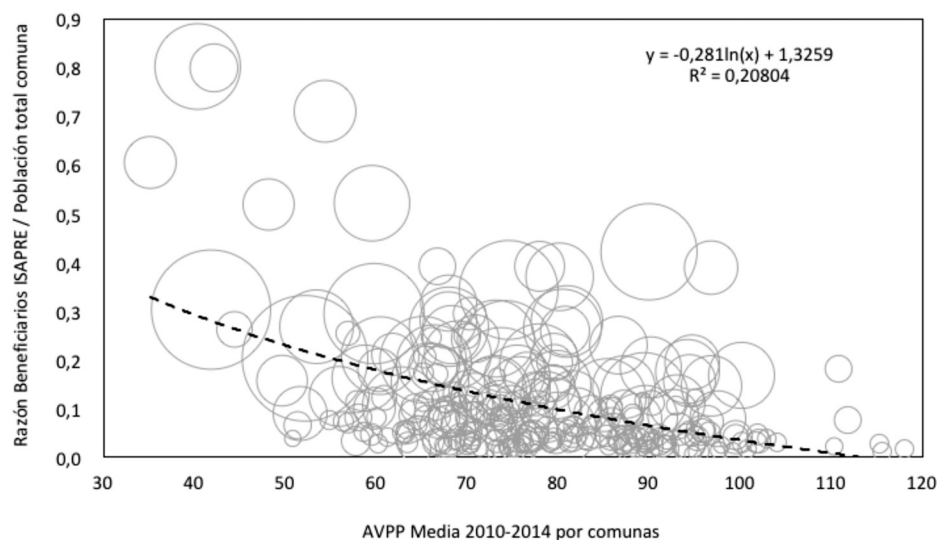


Fuente: Elaboración propia en base a World Development Indicators (Banco Mundial).

Desde fines de los años sesenta se puede ver en Chile una tendencia a alejarse del nivel de salud promedio del resto de América Latina y el Caribe, y a acercarse a los niveles de países de ingresos altos, o con un desempeño en salud históricamente alto, como Cuba. Este gran avance en bienestar se debe principalmente a las mejoras en el estado de salud durante el periodo de funcionamiento del Servicio Nacional de Salud, sistema de salud nacional y universal que cubría a la mayor parte de la población, establecido en 1952 (Goic, 2015; Birn y Nervi, 2016; Labra, 2014). Entre 1967 y 1979, el crecimiento anual de la expectativa de vida fue de 0,8%, equivalente a 0,52 años más de vida cada año (6,26 años totales). Durante el periodo de la contrarreforma neoliberal de la dictadura, el crecimiento en esperanza de vida se reduce a 0,7% anual, y sigue recortándose a 0,5% y 0,4% durante el periodo de posdictadura y tras la reforma AUGE/GES, respectivamente.

Los exitosos resultados agregados en salud que exhibe el país esconden importantes desigualdades que expresan diferencias socioeconómicas, las que a su vez son profundizadas por el sistema de salud. Como se puede observar en el gráfico 3, las comunas con mayor nivel de ingresos presentan un mejor estado de salud poblacional, y ambas cosas (ingresos y riesgos) incentivan la penetración del aseguramiento privado bajo una lógica de lucro. Por el contrario, aquellas comunas de menores ingresos presentan un peor estado de salud poblacional, lo que desincentiva el aseguramiento privado.

Gráfico 3. Estado de salud (Años de Vida Potencial Perdidos, AVPP) y grado de penetración de isapres por comunas.



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud (AVPP), la Superintendencia de Salud (Cartera Isapre) y el INE (población total).

Notas: Se incluyeron 255 comunas. El tamaño de la burbuja indica el tamaño poblacional total. La media simple de los AVPP para las comunas seleccionadas es 77,3 y a nivel país es de 71,9.

En las cien comunas con mayor población, las cinco que muestran peor estado salud son Recoleta (100,3), Molina (99,7), Lo Espejo (97,6), Conchalí (96,9) y San Miguel (96,8). En ellas, la penetración de las isapres se mueve entre el 4% en Molina y el 39% en San Miguel. En cambio, las cinco comunas con mejor estado de salud son Lo Barnechea (35,2), Las Condes (40,4), Maipú (41,8), Vitacura (42,2) y Concón (44,4). En estas, la penetración de las isapres está entre el 26% en Concón y 80% en Vitacura y Las Condes.

Si se ordenan por estado de salud, las cinco comunas que muestran peor estado de salud son El Carmen (118,2), Saavedra (115,7), Quirihue (115,3), Aisén (111,9) y Tocopilla (110,9). En ellas la penetración de las isapres está entre el 1% en El Carmen y Saavedra, y el 18% en Tocopilla. En cambio, las cinco comunas con mejor estado de salud son las mismas señaladas anteriormente y en el mismo orden.

Ordenadas por grado de penetración de las isapres, las cinco comunas que poseen mayor presencia son Las Condes y Vitacura (80%), Providencia (71%), Lo Barnechea (60%) y Ñuñoa (52%). En ellas el estado de salud (AVPP) se ubica entre el 59,5 en Ñuñoa y el 35,2 en Lo Barnechea. En cambio, las cinco comunas con menor presencia de las isapres son Tirúa, Teodoro Schmidt, Cholchol, San Ignacio y Saavedra con un 1%. En éstas, el estado de salud (AVPP) se ubica entre 115,7 en Saavedra y 90,0 en San Ignacio.

Políticas sanitarias

La implementación del programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) iniciado el año 2005 constituye la principal reforma en materia de políticas públicas de salud durante las últimas dos décadas. Las garantías corresponden al acceso a intervenciones sanitarias para determinados problemas y condiciones de salud; a una oportuna atención, estableciendo plazos máximos para cada intervención sanitaria; a una calidad acreditada de los prestadores que otorgan dichas intervenciones de salud; y a la protección financiera, con copagos fijos en cada una y un sistema de tope anual de copagos por grupo familiar (Escobar y Bitrán, 2014).

En la medida en que estas garantías explícitas se establecen por ley, tanto para los beneficiarios del sistema público como del privado, aspira a igualar las condiciones en los dos principales subsistemas de salud.

El modelo de las GES consiste en un proceso de priorización que permite establecer un conjunto de problemas y condiciones de salud para los cuales se hacen efectivas dichas garantías, dejando explícitamente no garantizados el resto de los problemas y condiciones sanitarias (Debrott Sánchez, Bitrán y Rebolledo, 2014). En la priorización intervienen un conjunto amplio de antecedentes, cuya lógica consiste en un análisis de bienestar, sujeto a una restricción presupuestaria (Gutiérrez, Giedion, Muñoz y Ávila, 2015).

Como punto de partida, se identifican los problemas que determinan las mayores causas de muerte y discapacidad. Se ordenan bajo el criterio de mayor carga de enfermedad y se analiza la carga atribuible a factores de riesgo (Minsal, 2008a). Luego se estudian las intervenciones sanitarias en uso para tratar cada uno de esos problemas y su efectividad (Minsal, 2008b). Aquellos problemas de salud que aportan mayor carga de enfermedad y que disponen de intervenciones sanitarias efectivas, son ordenados en base a criterios de costo-efectividad (Minsal, 2010).

En este punto, el modelo de priorización propone realizar un análisis para determinar la capacidad de oferta del sistema, especialmente del sistema público, para absorber esta demanda de servicios. En la práctica, este tipo de estudios se ha realizado de manera muy parcial y mediante métodos que no permiten determinar en forma simultánea la capacidad productiva del sistema. Éste es uno de los aspectos más débiles del proceso.

Otro aspecto que no ha sido bien abordado es la participación social en el proceso de priorización. El modelo propone validar y complementar este enfoque técnico sanitario y económico, con la opinión de los beneficiarios. En la práctica esto se ha traducido en un estudio de prioridades sociales reducido a la técnica de *focus group*, lo que resulta insuficiente para expresar la genuina participación social (Minsal, 2008c).

Con toda esa información, y con una propuesta de problemas y condiciones de salud a incluir en las GES, la ley establece como condición la realización de un estudio que permite estimar el costo de incluir dichos problemas de salud en las garantías explícitas. El punto de corte allí es la restricción presupuestaria que establece el Ministerio de Hacienda, fijando los recursos disponibles para garantizar tales intervenciones sanitarias en el sistema público (Minsal, 2016).

De esta forma, un subconjunto de los problemas sanitarios es priorizado por sobre otros para ser incluido en las GES, hasta que las condiciones financieras fiscales permitan ampliar o modificar las garantías. Este proceso se realiza cada tres años.

Más recientemente, durante el actual gobierno (Bachelet 2014-2018), se ha implementado la Ley Ricarte Soto. Esta nueva iniciativa de política pública sanitaria agrega un sistema de priorización que apunta a garantizar, también de forma explícita, una serie de diagnósticos y tratamientos de alto costo. Por esta vía se incluyen garantías para problemas de salud que no podrían ser incluidos bajo los criterios de priorización de las GES, ya que no cumplen necesariamente con el criterio de carga enfermedad, que es su punto de partida (Medina y Kottow, 2015).

Otra característica relevante es que la Ley Ricarte Soto establece garantías no solo para los beneficiarios de Fonasa e isapres, sino también para los beneficiarios de las instituciones de salud previsual de las Fuerzas Armadas y las de Orden y Seguridad Pública, no incluidos en las GES. Por otra parte, el financiamiento de las prestaciones proviene en su totalidad de recursos fiscales, incluso para los beneficiarios de las isapres.

Un sistema sanitario dual, segmentado y fragmentado

El sistema sanitario chileno está integrado por varios subsistemas, aunque sus principales características están determinadas por la interacción entre el sistema público (Fonasa) y el sistema privado (Isapres). De allí su carácter dual.⁴

Fonasa

Fonasa es el mayor agente de financiamiento y aseguramiento del sistema, concentrando un 73,2% de la población como beneficiaria (13,3 millones, según datos de Fonasa para 2015).⁵ Aunque es un fondo de la seguridad social público, ha adoptado características de seguro social que tienden a alejarlo del esquema clásico de fondo.

Su financiamiento proviene mayoritariamente y crecientemente de impuestos generales, que representaron el 60,4% del total de los recursos que administra (3,4 billones de pesos), según datos de la Ley de Presupuestos año 2016 (Dipres, 2015). Secundariamente, y con tendencia a la baja, recibe aportes de cotizaciones legales de trabajadores dependientes y cotizaciones voluntarias de trabajadores independientes, las que representaron un 35,7%. Los copagos, si bien existen, no constituyen una fuente de financiamiento relevante, al igual que otros tipos de ingresos. En consecuencia, corresponde a un modelo público obligatorio, con aportes mixtos (impuestos generales y cotizaciones), aunque predomina el financiamiento a través de impuestos.

Dependiendo de las características socioeconómicas de sus beneficiarios, estos pueden utilizar dos modalidades de atención diferentes. Los beneficiarios indigentes y carentes de recursos (no aportantes de cotizaciones) integran el grupo A y se atienden en la Modalidad de Atención Institucional (MAI); en tanto, los beneficiarios aportantes de cotizaciones y sus familias integran los grupos B, C y D, y pueden atenderse tanto en la MAI como a través de la MLE. Dichas modalidades de atención segmentan por ingresos a los beneficiarios al interior del subsistema público y establecen formas específicas de relación entre el fondo y los prestadores.

La *modalidad institucional* se caracteriza por un modelo de integración vertical público, en que el fondo transfiere recursos a los prestadores de la red pública mediante una combinación de mecanismos de pago por presupuesto histórico (Programa de Prestaciones Institucionales, PPI), por actividad (Programa

4 Una versión extendida, aunque no publicada aun, de este trabajo incluye la descripción de los subsistemas de Isapres cerradas, Mutuales de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, Capredena, Dipreca, los Seguros adicionales voluntarios de salud y el Gasto de bolsillo. No se aborda en este trabajo el análisis de las licencias médicas y los subsidios por incapacidad laboral que también son parte del ámbito del sector salud en Chile.

5 Véase la Cuenta Pública Participativa Fonasa 2015, disponible en <http://bit.ly/2Azuy6O>.

de Prestaciones Valoradas, PPV) y per cápita (Programa Per Cápita, APS), todos dentro de un marco presupuestario definido en la Ley de Presupuestos.

Los Servicios de Salud repartidos en el país, de los cuales dependen los hospitales y una mínima parte de la atención primaria, son financiados íntegramente bajo el esquema PPI-PPV. El PPI representa un 52% (1,6 billones de pesos) y el PPV el restante 48% (1,5 billones de pesos).⁶

La atención primaria, mayoritariamente municipal, es financiada mediante un esquema en el que predomina el pago per cápita complementado por programas específicos (1,4 billones de pesos, ver Debrott Sánchez e Ibáñez, 2014).⁷ En 2016, el 70% del financiamiento corresponde a pagos per cápita (837 mil millones de pesos), mientras el 30% corresponde a programas (351 mil millones de pesos).

El otorgamiento de las GES se financia bajo la modalidad institucional. Dado que se obliga a cumplir la garantía de oportunidad, una parte de los recursos del PPV son destinados a la compra al extrasistema, generalmente a privados con fines de lucro. Asimismo, otra parte de esos recursos son destinados a cumplir con la Ley de Urgencia.

A pesar de que Fonasa es una institución diferente de los Servicios de Salud que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, el modelo de relación predominante es de integración vertical, ya que los beneficiarios se encuentran adscritos a los territorios que tienen a su cargo tanto la atención primaria municipal como los hospitales y otros establecimientos ambulatorios de especialidad (Centros de Referencia, CRS, y Centros de Diagnóstico y Tratamiento, CDT), que son la puerta de entrada a la atención primaria. En consecuencia, más allá del mecanismo de pago específico en cada nivel, el fondo actúa como un agente de financiamiento, más que como un seguro de libre contratación con prestadores.

La *modalidad de libre elección* se caracteriza por ser un modelo público de reembolso a pacientes, aunque una muy pequeña parte opera bajo un modelo público de contrato. Los beneficiarios de los grupos B, C y D pueden acceder a prestadores del extrasistema, generalmente privados con fines de lucro, sin un mayor direccionamiento desde Fonasa. Una proporción menor de las atenciones ocurre en prestadores públicos inscritos para otorgar dichas atenciones.

En esta modalidad de atención, que ha crecido en volumen de atenciones y gasto a través del tiempo, son los beneficiarios quienes deciden dónde atenderse, lo que resulta contradictorio con el modelo de atención familiar y comunitario. Sin embargo, constituye una válvula de escape frente a las restricciones de oferta que existen en la MAI.

Adicionalmente, los beneficiarios enfrentan altos copagos que en el caso de la atención hospitalaria son extraordinariamente altos, dado que la cobertura

6 Si se incluye APS municipal, la participación PPI baja al 36,3% y el PPV al 33,5%. Excluye APS dependiente de los Servicios de Salud.

7 Representa el 30,3% del total de los recursos. Incluye APS dependiente de los Servicios de Salud (183 mil millones de pesos). No incluye aportes municipales.

financiera es bajísima y en determinadas prestaciones, como días de cama y derechos de pabellón, se permite además el pago directo de los beneficiarios a los prestadores privados. Más allá de la forma operativa en que ocurren los pagos, el mecanismo se puede caracterizar como un modelo público de reembolso en el que predomina el gasto privado de los beneficiarios.

Al interior de la MLE se deben diferenciar 62 atenciones de salud definidas como Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD). Si bien representan una parte menor del total de las atenciones, es importante considerar que han crecido en los últimos años. Este segmento funciona bajo un esquema donde el fondo cumple el rol de seguro, en un modelo de contrato público con prestadores privados, ya que negocia *ex ante* con los prestadores un arancel, otorgando mayores coberturas financieras y estableciendo copagos más reducidos y fijos. Los beneficiarios tienen la tranquilidad de saber lo que deberán pagar y el seguro transfiere el riesgo financiero al prestador.

Isapres

Las isapres ocupan el segundo lugar como agentes de financiamiento y aseguramiento del sistema, concentrando el 18,8% de la población como beneficiaria (3,4 millones, según datos de Fonasa para 2015). Se definen como instituciones de salud previsional y en la práctica son empresas de seguros privados que administran recursos públicos de la seguridad social. Casi la totalidad de los beneficiarios pertenece a las isapres abiertas (3,3 millones), las que representan el 97,3% del total de este subsistema, mientras que el 2,7% es beneficiario de las isapres cerradas (93 mil).⁸

Las isapres abiertas corresponden a un cuasimercado de aseguramiento de salud con oferentes que persiguen lucro; mientras que las isapres cerradas, si bien comparten la misma denominación, se pueden considerar como un seguro social vinculado al empleo de trabajadores de empresas públicas. Se diferencian, además, por no perseguir lucro como finalidad última de la organización.

El financiamiento proviene mayoritariamente de cotizaciones legales de trabajadores dependientes que deciden no aportar a Fonasa y de cotizaciones voluntarias que realizan trabajadores independientes. Estos aportes representan un 73,5% del total de los recursos para el año 2016 (1,6 billones). Por otra parte, los trabajadores dependientes aportan cotizaciones adicionales voluntarias, las que representan un 26,5% del total de los recursos (587 mil millones).⁹ La mayor parte de los trabajadores dependientes realiza estos aportes adicionales, por lo que se trata de un componente fundamental de su financiamiento.

⁸ Datos Superintendencia de Salud 2015 disponibles en <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-13565.html>

⁹ Datos 2015, Superintendencia de Salud.

En el caso de las isapres cerradas, existe un aporte adicional de los empleadores públicos que representa el 41,6% del total de los recursos en ese pequeño segmento, lo que determina una diferencia importante en el monto de recursos disponibles.¹⁰ Esto es el resultado de procesos de negociación colectiva que otorgan mayores beneficios a trabajadores públicos.

Los copagos constituyen una fuente de financiamiento relevante, a la vez que cumplen la función de restringir la demanda. Estos recursos representan el 38,2% del valor total de las prestaciones de salud que financian (Sánchez, 2017), los que, sin embargo, no aparecen registrados para efectos contables. En el caso de las isapres abiertas, por tratarse de empresas privadas de seguros, existen otros tipos de ingresos no del giro, los que muchas veces son significativos para explicar la utilidad global de cada empresa.

Dado que las isapres tienen la obligación de asegurar las mismas prestaciones de salud y, como mínimo, otorgar las mismas coberturas incluidas en la MLE de Fonasa, el pago de las licencias médicas y las GES, estas empresas definen planes de beneficios que mejoran esa cobertura financiera y agregan algunas prestaciones no incluidas en la MLE, entregando muy diversos niveles de cobertura financiera. Los diferentes planes de beneficios —7.610 en comercialización y 64.012 en stock el año 2016 (Sánchez, 2016)— son productos de seguro diseñados en función de un modelo de segmentación de mercado por nivel de ingresos y riesgos sanitarios individuales.

Históricamente, las isapres abiertas han segmentado su mercado objetivo hacia las altas rentas, evitando los altos riesgos y bloqueando los altos costos. Su esquema de tarificación es individual y consiste en un precio base por el plan de beneficios y un factor de riesgo asociado a edad y sexo. La prima GES, en la práctica, es un precio base que por ley no puede ser ajustado por riesgo y que se revisa trianualmente cuando ocurren los cambios del decreto que la modifica. La suma de estos componentes permite determinar el precio individual del plan de beneficios que luego será financiado, dependiendo de las características de los beneficiarios, por cotizaciones legales obligatorias y adicionales voluntarias. En el caso de las isapres cerradas, los aportes voluntarios, en general, son financiados por las empresas públicas.

En consecuencia, el modelo de financiamiento que prevalece en las isapres abiertas es uno privado voluntario, donde el Estado permite que las cotizaciones legales obligatorias sean aportadas a empresas de seguro privadas con fines de lucro, para financiar planes de beneficios diseñados en una lógica de segmentación de mercado y de tarificación individual por ingreso y riesgo (Uthoff, Campusano y Sánchez, 2012). En cambio, en el caso de las isapres cerradas el modelo de financiamiento es uno público obligatorio, en el que las cotizaciones legales obligatorias son complementadas con aportes de las mismas empresas públicas a las que pertenecen dichas isapres y sus trabajadores.

10 La cotización legal representa el 46,3%, y la adicional voluntaria del trabajador el 12,1%.

Isapres abiertas integradas. Las isapres abiertas pertenecientes a grupos económicos con fuerte presencia en el negocio prestador concentran el 82,5% de los beneficiarios y 80,5% del total de los ingresos del giro.¹¹ Su modelo de relación corresponde preferentemente a un esquema de integración vertical.

Dada la complejidad del rubro asegurado, dicho esquema es complementado con contratos con prestadores no integrados, lo que les permite ofrecer prestadores hospitalarios preferentes y de atención ambulatoria para la libre elección, con un manejo adecuado del riesgo financiero y con copagos acotados para los beneficiarios. Este esquema es predominante en el otorgamiento de las GES.

Por cierto, dadas las características del subsistema privado, los beneficiarios tienen la posibilidad de atenderse en libre elección fuera de prestadores integrados y en contrato, asumiendo un mayor riesgo financiero por copagos. Desde la perspectiva de la isapre, el riesgo financiero se acota por la existencia de aranceles de referencia para las prestaciones y topes anuales de cobertura. En consecuencia, aquí se trata de un esquema de reembolso a pacientes.

Prevalece el pago por prestaciones, y es muy incipiente el pago por diagnósticos u otros mecanismos orientados a la contención de costos. Sin embargo, el esquema de integración vertical impone incentivos diferentes para los prestadores respecto de los esquemas de contrato y de reembolso. Mientras en estos últimos esquemas el prestador tiene fuertes incentivos a realizar mayor volumen de prestaciones, con la finalidad de maximizar sus ingresos, en el primero dependerá del rol que juega cada parte (seguro y prestador) en el equilibrio financiero global del grupo económico. Incluso, en el esquema de integración vertical, el rol de seguro de la isapre compite fuertemente con el rol de financiador de los prestadores. De allí que algunas de estas isapres mantengan esquemas de transferencia de recursos hacia los prestadores mediante prepagos, muy similares a los que utiliza Fonasa.

Isapres abiertas no integradas. A comienzos de 2017 solo dos isapres, y solo una de gran tamaño, no poseen relaciones de integración vertical significativas con prestadores. La isapre de mayor tamaño está orientada a un segmento de muy altas rentas, que privilegia fuertemente la libre elección y está dispuesto a pagar altos precios por el plan de beneficios. En este caso prevalece un esquema de pagos por prestaciones y un esquema de reembolso a pacientes en la atención ambulatoria y hospitalaria, aunque en esta última también funciona un esquema de contratos, principalmente para acotar el riesgo financiero del seguro.

En el caso de la isapre de menor tamaño, la que representa apenas el 0,6% de los beneficiarios y 0,3% del total de los ingresos, se trata de una antigua isapre cerrada perteneciente a una empresa pública.¹² A partir de su venta a privados,

11 Datos Superintendencia de Salud 2016 (beneficiarios) y 2015 (ingresos).

12 Datos Superintendencia de Salud 2016 (beneficiarios) y 2015 (ingresos).

esta isapre se abrió concentrándose en el segmento de más bajas rentas del subsistema y perfilándose como una alternativa a Fonasa. Su esquema se basa en la existencia de contratos con prestadores preferentes para acotar el riesgo financiero del seguro y garantizar copagos acotados, bajo un modelo con planes de beneficios muy limitados y precios bajos en torno a la cotización legal.¹³

Síntesis de los principales problemas que enfrenta el sistema sanitario

El sistema de salud chileno enfrenta una crisis de gran envergadura.¹⁴ Por cierto, no todos los problemas revisten la misma complejidad ni se derivan del carácter dual, segmentado y fragmentado que hemos comentado, pero la mayor parte se ven agravados por estas características.¹⁵

Figura 1. Esquema funcional simplificado del sistema sanitario.



Fuente: Elaboración propia.

La figura 1 permite ordenar el conjunto de problemáticas, sin la pretensión de ser exhaustiva.

13 Recientemente, esta isapre fue adquirida por un grupo económico norteamericano (Nexus Partners LLC) y su cartera será fusionada con Masvida, creando una nueva isapre que se llamará Nueva Masvida. Esta operación está ocurriendo al cierre de este artículo.

14 Véase el sitio web <http://www.saludentodas.cl/>, que reúne las presentaciones del último Congreso Chileno de Salud Pública y de Epidemiología 2016, titulado "Salud en todas: Enfrentando un modelo en crisis". Hay también otra visión global sobre el sistema sanitario en Nueva Mayoría (2014).

15 Una versión extendida de este apartado incluye los principales problemas en materia de formación de RRHH, formación de capital e insumos y evaluación de tecnologías sanitarias. Ver Debrott Sánchez (2018).

Financiamiento

Financiamiento contributivo compartido entre salud y licencias médicas. La cotización obligatoria de salud sigue siendo una fuente de financiamiento compartida. Al crecer relativamente más rápido el gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral, se reducen en términos relativos los recursos para financiar prestaciones de salud, profundizando el problema de sostenibilidad financiera del sector en un contexto de inflación de costos propios del gasto sanitario.¹⁶

Fragmentación de las fuentes de financiamiento y de su administración. En la medida en que el sistema está compuesto por diversos subsistemas, con diversas lógicas y finalidades, existe una enorme fragmentación de las fuentes de financiamiento. Independientemente de que se mezclan recursos provenientes de impuestos generales, contribuciones sociales de trabajadores y empleadores, y gasto de bolsillo de los hogares, el problema de mayor complejidad es que al realizarlo diferentes agentes se producen enormes ineficiencias en su administración.

Estancamiento de la capacidad contributiva de los trabajadores. El financiamiento proveniente de contribuciones sociales ha declinado en su capacidad de crecimiento, determinado principalmente por las características del mercado laboral. Esto no es algo coyuntural, sino una limitación estructural que se suma a la existencia de un tope de la renta imponible que entorpece el potencial redistributivo del financiamiento de la salud, a pesar de que ha aumentado en los últimos años.

Lucro con recursos de cotizaciones legales y de impuestos generales. El subsistema de las isapre se organiza en función de la obtención de utilidades por la administración de cotizaciones obligatorias de la seguridad social. Mientras, en el subsistema público, una proporción creciente de los recursos provenientes de impuestos y cotizaciones es destinada a la compra hacia prestadores privados con fines de lucro.

Elevado gasto de bolsillo y concepción errada de los copagos. Si bien el gasto de bolsillo se ha reducido, aún puede ser catastrófico para familias de ingresos bajos y medios que se atienden en la MLE de Fonasa. Esto desincentiva la voluntad de mantenerse en el sistema público, ya que se obtienen transitoriamente mejores coberturas en el subsistema de isapres. Por otra parte, persiste la errada concepción de que los copagos deben ser una fuente de ingreso del sistema, que contribuye en su financiamiento.

Aseguramiento

Carácter dual y segmentado del sistema. El sistema no cumple el principio básico de la seguridad social: los aportes dependen de la capacidad económica

16 Esto se ve agravado aún más por la existencia de un subsidio cruzado desde los SIL curativos de Fonasa y las isapres hacia las mutuales por enfermedades laborales que son financiadas como comunes.

de las personas y su uso de las necesidades de salud de la población. Además de la segmentación por ingresos, existe también la segmentación por riesgo de salud: se concentran en Fonasa las personas más riesgosas y de bajos ingresos, mientras que las isapres se quedan con las personas menos riesgosas y de altos ingresos. Esta dinámica se ve favorecida por una débil e inadecuada regulación respecto de la selección de riesgos, por la tarificación del seguro privado y por los mecanismos de reajuste de sus precios, en un esquema de seguros privados con fines de lucro.

Desigualdad del plan de beneficios. A pesar de los esfuerzos por homogenizar los planes de beneficios (GES, Ley Ricarte Soto), existe una importante desigualdad tanto entre el sistema público y el privado, y también al interior del sistema público. Esto expresa la desigualdad en la disponibilidad de recursos en cada segmento del sistema. En las isapres, los beneficios se determinan en función del precio del plan, especialmente la cobertura financiera de las prestaciones del plan complementario y los beneficios adicionales. En el caso de las diferencias al interior del sistema público, se derivan de la posibilidad o no de acceder a las dos modalidades de atención (MAI y MLE).

Tendencia a la fragmentación en el aseguramiento. Frente a los problemas en materia de aseguramiento, se han generado leyes y marcos normativos parciales y hasta cierto punto contradictorios, en contraposición al fortalecimiento global e integral del sistema de seguridad social de salud. El primer elemento en tal sentido son las propias GES (dilema GES versus no GES) y, más recientemente, la Ley Ricarte Soto (nuevo dilema en las lógicas de priorización). Actualmente se encuentran en evaluación varias iniciativas que tendrían consecuencias en este sentido: la Ley de Salud Mental y la Ley de Cánceres, entre otras.

Crecimiento desregulado de los seguros privados voluntarios de salud. También como respuesta a los vacíos en materia de aseguramiento, se ha desarrollado y profundizado el mercado de seguros privados voluntarios de salud. Estos complementan el esquema de aseguramiento de las isapres, en segmentos con mayor capacidad de pago. También han penetrado fuertemente segmentos de ingresos medios de Fonasa, aprovechando las debilidades de la MLE, y en los esquemas de las Fuerzas Armadas y de las policías, cuyos beneficios son muy precarios.

Vacíos de cobertura. Determinados bienes y servicios, como medicamentos, aparatos, atención de salud mental y dental, se mantienen al margen de los planes de beneficios obligatorios, lo que favorece su mercantilización y potencia el desarrollo de seguros privados voluntarios, además de ser uno de los focos del gasto de bolsillo.

Creciente demanda de servicios de cuidado. La transición demográfica y epidemiológica requiere un pronto abordaje del envejecimiento poblacional y la dependencia. Esta situación está creando una mayor presión de demanda y gasto en el sistema sanitario, para el cual estos servicios son inadecuados, escasos y caros.

Creciente autonomización y preeminencia de la función del seguro. Cada vez se da mayor relevancia a la función que cumplen los seguros de salud por sobre el rol que cumple la prestación de los servicios, siguiendo la tendencia global hacia la financiarización de la salud y subordinando el problema productivo real de la prestación de los servicios. Esto constituye un retroceso para Chile en relación a la concepción Beveridge de Seguridad Social, que inspiró la creación y desarrollo del Servicio Nacional de Salud (SNS) a mediados del siglo pasado.

Provisión

Dualismo y fragmentación global de la oferta. La coexistencia de los dos principales subsistemas de aseguramiento (Fonasa e isapres abiertas), con lógicas e incentivos contrapuestos, se reproduce con ciertas particularidades en la provisión, y su interacción provoca los peores resultados en el sistema en su conjunto. La restricción de la oferta pública (listas de espera quirúrgicas, de hospitalización y de atención de especialidad, de camas críticas y de servicios de apoyo) contrasta con el acelerado e inorgánico desarrollo de la oferta privada orientada por el lucro. Muchos beneficiarios del sistema público terminan atendidos en prestadores privados vía MLE, asumiendo elevados copagos y transfiriendo recursos públicos hacia el sector privado. Lo mismo ocurre en la MAI a través del GES para el cumplimiento de la garantía de oportunidad.

Ineficiencia productiva y de gestión a nivel micro y de redes. A nivel de establecimientos públicos se ha instalado una cultura que favorece y naturaliza la ineficiencia productiva. A pesar de las limitaciones, no existe coherencia entre la disponibilidad de equipamiento e infraestructura y la aplicación productiva de los recursos humanos. A nivel de redes públicas existe una débil coordinación, especialmente entre el nivel primario municipal y el nivel secundario/terciario. Se encuentra en crisis el modelo de municipalización de la APS, tal cual funciona hasta hoy.

Crisis del modelo de atención integral, con enfoque familiar y comunitario. El modelo de atención se ha desdibujado y en muchas ocasiones no pasa de ser un anhelo que dista largamente de la realidad. Éste es el eje central de la problemática a resolver en el sistema, más allá de los problemas del aseguramiento y financiamiento.

Ineficiencia en la producción, derivada de incentivos inadecuados en la contratación de recursos humanos. La interacción con el sistema privado y las rigideces en los esquemas de contratación del sistema público han permitido la proliferación de las sociedades médicas. El hospital público se ha transformado de un proveedor directo de servicios a un agente de financiamiento, capturado por organizaciones médicas con fines de lucro.

Insatisfacción de la población. El sistema de salud en su conjunto es objeto de insatisfacción de parte de la población. En cada subsistema las causas son

diferentes, pero la mayor parte de ellas deriva de los problemas que genera la interacción entre los diferentes subsistemas.

Crisis de la capacidad de gestión y directiva del sistema público. A nivel de cuadros de gestión de establecimientos y de Servicios de Salud, así como a nivel directivo superior, se observa un creciente agotamiento en los liderazgos y en las capacidades de conducción del sistema.

Rectoría y conducción del sistema

Marco legal fragmentado y obsoleto. A pesar de la reforma de Autoridad Sanitaria y Gestión (2005), el marco legal es fragmentado. Tanto en materia de instituciones como de funciones, existen múltiples aspectos obsoletos e incongruentes.

Crisis de gobernanza. En los diferentes niveles del sistema se ha hecho evidente el deterioro del liderazgo y de la capacidad de dar direccionalidad estratégica al sistema y sus diferentes instituciones.

Debilidad de la función de rectoría y conducción. Las principales funciones del Ministerio de Salud (Minsal) se han debilitado por causas externas, pero también por deterioro de capacidad interna. Esto se expresa de forma dramática en la ausencia de institucionalidad y organización para la planificación de los servicios, en función de las necesidades de salud de la población.

Falta de centralidad en las prioridades de política sanitaria. Esto se manifiesta en la innumerable cantidad de microprogramas e iniciativas impulsadas desde el nivel central. También se expresa en una evidente inconsistencia de la organización ministerial en función de las necesidades del sistema sanitario. El Minsal no está organizado adecuadamente para responder a las tareas regulares y, simultáneamente, a la permanente contingencia.

Propuestas de reforma estructural desarrolladas en la última Comisión Asesora Presidencial

Antecedentes

Recién iniciado el gobierno de Piñera, en agosto de 2010, el Tribunal Constitucional dictó una sentencia¹⁷ que puso en jaque el funcionamiento de las isapres. Básicamente, estableció que la discriminación por riesgo sanitario, expresada en la forma de tarificación, es incompatible con la Constitución y conminó al Ejecutivo a enviar un proyecto que modificara la Ley de Isapres,

17 Rol 1710-10-INC (del 6 de agosto de 2010) sobre constitucionalidad del artículo 38 ter de la Ley de Isapres.

específicamente en aquella parte en que otorga facultades a la Superintendencia de Salud para fijar los tramos etarios de las tablas de factores de riesgo.¹⁸

Durante la campaña electoral que llevó a la Presidencia por segunda vez a Michelle Bachelet, la Nueva Mayoría debatió tangencialmente el tema. En el marco de la elaboración del programa el año 2013, el núcleo ligado a salud encargó a un grupo de economistas la formulación de una propuesta. La mayoría de dicho grupo optó por proponer la integración del sistema sanitario a través de la creación de un fondo de compensación de riesgos entre Fonasa y las isapres, descartando un mecanismo de solidaridad de ingresos.¹⁹

La propuesta presentada a la comisión de salud de la Nueva Mayoría fue rechazada por considerarse insuficiente para los desafíos del sistema sanitario y un riesgo para la continuidad del sistema público, abriendo nuevamente el debate sobre el subsidio a la demanda y la expansión del aseguramiento y provisión privadas con financiamiento público. Finalmente, el programa de gobierno recogió la preocupación por el tema, comprometiendo la creación de una comisión que propusiera alternativas de reforma al sistema privado. La decisión de postergar el debate estuvo fuertemente influenciada por la visión de que las prioridades de reforma del nuevo gobierno debían estar en educación, en la reforma tributaria y en la reforma de la Constitución (Nueva Mayoría, 2013).

De esta forma, en abril de 2014, se constituyó una Comisión Asesora Presidencial liderada por el economista Camilo Cid, la que reunió especialistas de distintas áreas, representantes de las isapres y de la asociación de clínicas. Del trabajo de esta comisión, que concluyó en octubre del mismo año, surgieron las dos principales propuestas de reforma estructural al sistema sanitario que se encuentran instaladas en el debate (Comisión Presidencial Isapres, 2014).

La opción del multiseguro

Un esquema de multiseguro inserto en los principios de la seguridad social, a diferencia del esquema actual, se caracteriza por la plena integración entre los seguros privados y el seguro público. Para que ello ocurra realmente es necesario terminar con los mecanismos de discriminación por riesgo e ingreso que caracterizan el sistema.

La discriminación por riesgo permite a las isapres seleccionar su cartera de beneficiarios, bloqueando la entrada a las personas con mayores necesidades en salud (enfermos crónicos, patologías de alto costo, adultos mayores). Quienes

18 Durante ese gobierno fueron dos los proyectos de ley que se enviaron al Congreso, además de la creación de igual número de comisiones asesoras. El proyecto más emblemático se conoció como Plan Garantizado de Salud (PGS).

19 La posición de minoría en dicho grupo apuntaba a terminar con el rol que cumplen las isapres en la administración de la seguridad social de salud, permitiendo su transformación en seguros voluntarios, y la creación de un seguro público universal.

logran ingresar al sistema de isapres, pero luego desarrollan enfermedades costosas, crónicas y envejecen, son impedidos de cambiarse de isapre, transformándose en cautivos. Por ello, un esquema de multiseguro inserto en la seguridad social debe terminar con la declaración de salud, permitiendo la movilidad entre el sistema público y el privado, y también al interior de los seguros privados.

Otro mecanismo que discrimina por riesgo es la forma de tarificación. Las isapres basaron su modelo de negocio en la posibilidad de cobrar precios diferenciados dependiendo del riesgo de sus beneficiarios, especialmente por edad y sexo. Un esquema de multiseguro inserto en la seguridad social no puede permitir que los seguros privados tarifiquen en función del riesgo, mientras el sistema público recibe aportes proporcionales al ingreso.

El mecanismo de reajuste de precios de las isapres, además de trasladar el costo y la ineficiencia al beneficiario, también contribuye a la segmentación por riesgo. En la medida en que los beneficiarios de alto riesgo se transforman en cautivos, la posibilidad de elevar los precios en forma diferenciada permite a la isapre expulsar del sistema a los que más lo necesitan, y el sistema público termina por asumir el mayor costo. En consecuencia, un esquema de multiseguro inserto en la seguridad social no puede permitir un mecanismo de reajustabilidad como el que hoy existe.

Hasta aquí, la propuesta de multiseguro no es muy diferente a otras que ya se habían levantado con anterioridad al trabajo de la Comisión Asesora Presidencial (2014). Incluso es la misma idea que fue propuesta a la comisión de salud de la Nueva Mayoría en 2013 y que ésta descartó. El instrumento que permite organizar un sistema de multiseguros bajo estos principios, consiste en un mecanismo de compensación de riesgos entre todos los actores del sistema (Fonasa e Isapres). De esta forma, al menos en teoría, ninguno de los agentes estaría interesado en segmentar su cartera, ya que recibirá recursos ajustados por el riesgo de su cartera.

Pero la novedad de la propuesta de multiseguro, que surgió de una de las posiciones de minoría en la Comisión Asesora Presidencial (2014), es que se debe terminar con la segmentación por ingresos.²⁰ Ésta, que a nuestro juicio es la principal forma de discriminación, consiste en que las isapres pueden fijar un precio a partir del cual ofrecen sus planes y los beneficiarios cuyos recursos de cotizaciones legales no alcanzan para cubrirlo, deben enterar dicho precio “mínimo” en base a cotizaciones voluntarias. En la práctica, esto lleva a que el 75% de la población de ingresos bajos y medios simplemente no pueda siquiera pensar en ejercer la libertad de elección que consagra la Constitución como derecho a la protección de la salud.

²⁰ Véase la página 195 del Informe. A pesar de que los representantes de las isapres votaron inicialmente en contra de esa opción, al finalizar el trabajo de la Comisión optaron por asumirla.

Pero, ¿cómo se consigue que las isapres funcionen en un nuevo esquema sin segmentación por ingresos? Para ello existen al menos dos alternativas.

La primera es tender a la homogenización de un plan de beneficios «básico» que permita a las isapres captar paulatinamente a la mayor parte de los cotizantes del sistema, dejando a Fonasa restringido a dar cobertura a carentes de recursos e indigentes (grupo A). Es decir, un sistema público para pobres y un gran sistema privado para los sectores medios y altos. Quienes hoy poseen mejores beneficios en el actual sistema de isapres, y eventualmente empeorarían en ese nuevo esquema, tendrán la posibilidad de contratar seguros voluntarios, lo que potencia además la expansión de mercado de seguros de salud fuera de la seguridad social (Ibáñez, 2017).

La segunda consiste en abrir totalmente el sistema de isapres, con o sin homogenización del plan de beneficios y sin alterar los precios de los mismos, sobre la base de que el Estado entregue un subsidio para que los beneficiarios de menores rentas puedan pagar el costo del aseguramiento privado.

En ambas alternativas, el mecanismo de solidaridad de los ingresos funciona de manera simultánea al ajuste de riesgos y consiste en que cada seguro recibe una cápita ajustada por riesgo, independiente de los ingresos de las personas. El fondo global se constituye con el total de los recursos aportados en función del ingreso y de los subsidios estatales.

Bajo estas dos alternativas, la compra de prestaciones ocurre teóricamente en una suerte de mercado competitivo, con prestadores públicos y privados.

La opción del seguro público universal

Un esquema de seguro público universal significa traspasar en su totalidad la administración de las cotizaciones legales de salud a Fonasa (o a una nueva institución pública que lo reemplace). De esta forma, Fonasa agregaría a sus actuales recursos las cotizaciones legales de los afiliados a las isapres, mientras las cotizaciones voluntarias quedarían liberadas para los usos que defina cada afiliado.

El seguro público otorgaría un plan de beneficios único y mejorado respecto del actual, especialmente en la cobertura financiera de la MLE. Con un gran poder comprador público sin fines de lucro, se esperan ahorros de costos al negociar convenios con los prestadores privados, además de estar disponible la red pública en la MAI.

Al estar toda la población cubierta por el seguro público, constituyendo un solo *pool* de riesgos, con igual regla de contribución y plan de beneficios, se elimina la segmentación y discriminación por riesgos e ingresos. Tampoco es necesario implementar mecanismos de ajuste o compensación, lo que simplifica la operación del sistema.

Los cotizantes de las isapres solo aportarían la cotización legal, quedando en su poder el equivalente a la cotización voluntaria. Con esos recursos, podrían adquirir seguros voluntarios que les permitirían mantener o mejorar las coberturas financieras que hoy poseen. Las isapres podrían reconvertirse en seguros voluntarios, junto a las compañías de seguros, y desarrollar un mercado que requerirá una nueva regulación.

El plan de beneficios universal mejorará a través del tiempo, incluyendo nuevas prestaciones y ampliando su cobertura financiera, en la medida en que el país disponga de mayores recursos.

Bajo este esquema, el seguro público opera como un monopsonio que compra prestaciones a prestadores públicos y privados, los que deberían funcionar con una lógica competitiva.

Limitaciones y críticas a las propuestas para responder a los desafíos del sistema

Si bien ambas propuestas implican una reforma estructural del actual sistema, y es probable que mejoren aspectos importantes, tienen limitaciones significativas para transformarse en la opción de reforma para satisfacer las necesidades de la población. En ambos casos se trata de perfeccionar y profundizar el funcionamiento de mecanismos de mercado en la provisión y el aseguramiento.

El funcionamiento del multiseguro se basa en la posibilidad de resolver los problemas de provisión a partir de la competencia entre seguros y entre prestadores. Se intenta reproducir una lógica competitiva en el mercado de provisión para conseguir la satisfacción de las necesidades de salud de la población. En cambio, el seguro público universal se basa en el reconocimiento de que no es posible ni beneficioso un esquema de competencia bilateral (seguros-prestadores), sino que se debe ejercer un poder de compra monopsonico sobre los prestadores para conseguir tal objetivo. Bajo ese esquema, a nivel de prestadores se fomenta la competencia entre los agentes públicos y privados.

Otro aspecto cuestionable en ambas opciones es la preeminencia del rol del seguro por sobre la provisión de los servicios. Ambas suponen que una mejor organización del aseguramiento resolverá los problemas que enfrenta el sistema, especialmente la inequidad e ineficiencia. En un esquema de multiseguro se confía en la competencia de los seguros como un mecanismo automático que hará transitar el sistema hacia un mejor equilibrio. En el esquema de seguro público universal, si bien se reconocen las fallas de mercado que impiden un funcionamiento competitivo de los seguros de salud, se confía en que un pagador único podrá imponer la competencia a nivel de prestadores. En ambos casos es la función del seguro la que organiza la provisión y la coordina con las necesidades de salud de la población.

Los problemas que hoy enfrenta el sistema de salud en su conjunto requieren una reforma estructural centrada en la satisfacción de las necesidades de la población, y eso apunta directamente a la organización de la provisión, más que al aseguramiento. Se trata de una reforma que coloque efectivamente a la salud como una necesidad social que debe resolverse colectivamente y fuera de la lógica del mercado. Se trata de avanzar hacia la real desmercantilización de la salud.

En consecuencia, hay dos importantes énfasis que debe considerar una propuesta de reforma estructural: primero, reconocer que en la provisión de servicios de salud debe prevalecer la colaboración por sobre la competencia; y, segundo, que en el sistema de salud la función de provisión debe recuperar su centralidad por sobre otras funciones del sistema, especialmente por sobre la función de aseguramiento.

Establecidos dichos énfasis principales, sin duda hay otros aspectos particulares de cada opción en debate que resultan cuestionables. En el caso del multiseuro, las dos alternativas factibles implican la profundización de la crisis del sistema público. En la alternativa de un plan básico “sin subsidio estatal”, Fonasa quedaría reducido a un programa asistencial para pobres y el financiamiento de la red pública se reduciría dramáticamente. En la alternativa “con subsidio estatal” hacia las isapres, Fonasa prácticamente deja de existir, la red pública tiende a su desintegración y el Estado se transforma en el principal financiador de las isapres y, por su intermedio, de los prestadores privados.

En el caso del seguro público universal, si bien el control sobre los recursos de cotizaciones y el aporte fiscal se encuentra consolidado en una única institución pública sin fines de lucro, ésta actúa como comprador hacia prestadores públicos sin fines de lucro, con un conjunto de restricciones y limitaciones, y hacia prestadores privados con fines de lucro que compiten con los prestadores públicos. En este esquema, la transferencia de recursos públicos hacia privados tenderá a incrementarse y la red pública seguirá debilitándose. A menos que se le dote de capacidad para ejercer, también, un poder de mercado hacia el seguro público y hacia su competencia privada.

Una nueva propuesta de reforma estructural a considerar

Reorganización del sistema de salud

La materialización de una reforma de esta naturaleza supone una transformación profunda de las instituciones que hoy existen en el sistema de salud y de sus relaciones con el sector privado. Para simplificar la exposición utilizaremos la figura 1. Dada la centralidad que posee la provisión en esta propuesta, su desarrollo se trata al final, al igual que las funciones de rectoría y conducción.

Funciones de apoyo

Financiamiento. El financiamiento del sistema de salud debe ser independiente del financiamiento de las licencias médicas, más allá que puedan persistir puntos de unión en materia institucional. Se debe terminar con la fragmentación de las fuentes de financiamiento y su administración, para lo cual es necesario centralizar la gestión y transitar en el largo plazo hacia un esquema basado en impuestos generales, disminuyendo los aportes de cotizaciones y especialmente el gasto de bolsillo. De esta forma, se quita presión de costos al mercado laboral y se introduce mayor solidaridad de ingresos. El financiamiento debe destinarse a satisfacer las necesidades de salud de la población, evitando que favorezca a agentes de mercado con fines de lucro.

Aseguramiento. En una primera etapa, las transformaciones en materia de aseguramiento juegan un rol muy relevante en la reorganización del sistema. Sin embargo, esto es algo transitorio y en el largo plazo la función del seguro debe tender a disiparse. El eje del sistema debe ser la provisión de servicios.

Para terminar con la dualidad y la segmentación del sistema, es necesario fusionar todos los fondos actualmente existentes (Fonasa, isapres, mutuales, etcétera) en un solo gran fondo público y universal. El fondo deberá cumplir estrictamente los principios de la seguridad social, donde los aportes están determinados por la capacidad económica de las personas y su uso por las necesidades de salud de la población.

La existencia de un único fondo permite terminar con la fragmentación del aseguramiento, y pierde sentido la dictación de leyes parciales, cada una con una institucionalidad diferente y muchas veces contradictoria. Se debe fortalecer de manera integral el plan de beneficios, el que por definición debe estar disponible para toda la población. El plan debe avanzar en la cobertura de servicios y bienes que hoy solo están cubiertos parcialmente en planes para sectores de altos ingresos. En cuanto a diseño y mejora del plan de beneficios, el rol del seguro público resulta relevante en la etapa de transición.

Uno de los aspectos que el seguro público debe resolver es la necesidad de organizar institucionalmente los servicios de cuidado. Se propone que el seguro de salud contribuya en la definición del plan de beneficios y aporte capacidades técnicas en materia de cuidados y dependencia. Es recomendable que este nuevo pilar de la seguridad social tenga un financiamiento independiente de salud y que la oferta de servicios se organice en forma independiente, aunque fuertemente coordinada con la prestación de servicios de salud.

Es necesario desarrollar una regulación para los seguros privados voluntarios de salud. Es importante tener presente que todos los países con ingresos medios y altos poseen una industria de aseguramiento por fuera de la seguridad social y en la medida en que existan vacíos de cobertura, esos sectores estarán dispuestos a pagar por este tipo de servicios. En la medida en que se desarrolle en forma

regulada, en armonía con la seguridad social y con una lógica sanitaria, estos servicios no debieran ser obstáculo para el fortalecimiento de un sistema de salud público universal.

Formación de recursos humanos. El sistema de salud se caracteriza por ser intensivo en recursos humanos, por lo que se hace doblemente relevante diseñar una política de formación coherente con la visión global del sistema que se pretende implementar.

El primer criterio es que la formación de los recursos humanos para salud debe desmercantilizarse, razón por la cual es necesario que las principales carreras de salud sean financiadas con recursos públicos y estén reguladas bajo directrices conjuntas de salud y educación. En el marco de este esfuerzo, es necesario planificar a mediano y largo plazo la formación de los recursos humanos para la salud, en función de las necesidades que tendrá el sistema. La oferta de vacantes y el perfil técnico-profesional debe ser orientado desde el sistema sanitario público.

Un aspecto particular en materia de formación se refiere a las capacidades de gestión y dirección del sistema. Es necesario dotarlo de capacidades institucionales propias que le permitan formar y acreditar tales competencias, basadas en la experiencia y mejores prácticas, más que en programas académicos con escasa conexión con la gestión y la toma de decisiones directivas en salud.

Es necesario rediseñar los incentivos, económicos y no económicos, orientándolos a fortalecer las áreas deficitarias y a generar el recambio en otras áreas. Lógicamente, esto supone un ejercicio de planificación como condición básica para hacer viable la desmercantilización.

Formación de capital. En materia de inversiones, también es necesario instalar capacidades de planificación con una visión de sistema sanitario nacional y no solo definir la cartera de inversiones. Esto implica visualizar los requerimientos de inversión pública en función de las necesidades futuras de la población y regular las inversiones en el sector privado. No es posible que las decisiones de inversión en infraestructura y equipamiento para la salud respondan a una lógica de lucro privado. Desde esta perspectiva, también se trata de avanzar en un proceso de desmercantilización.

El financiamiento de las inversiones sanitarias debe considerar estrategias de largo plazo, donde existan compromisos de Estado multianuales, como los que realiza el sector de defensa. El proceso de inversiones en salud justifica plenamente una medida de este tipo, lo que además da mayor certeza a todos los actores involucrados.

Es necesario dotar al sistema de capacidades de gestión de los proyectos de inversión, que hoy existen muy escasamente en el sector salud. Por la envergadura y complejidad de este tipo de procesos, es necesario repensar las instancias de coordinación entre salud, desarrollo social —que evalúa socialmente los proyectos— y obras públicas.

Un aspecto controversial son las concesiones. Ciertamente es un tema que requiere reflexión y un diagnóstico común. Sin embargo, por el déficit de infraestructura que existe actualmente y por los requerimientos que se prevé en las próximas décadas, así como por las restricciones fiscales objetivas que acompañarán al país en un horizonte de mediano y largo plazo (Ministerio de Hacienda, 2017),²¹ es necesario reconocer que la fórmula de concesiones para la construcción de establecimientos hospitalarios es necesaria, en complemento al esfuerzo fiscal, el que sin duda será insuficiente por sí solo. Este reconocimiento debe darse a la par de descartar completamente la fórmula de concesiones para la operación de los establecimientos.

Insumos y evaluación de tecnologías sanitarias. Además de la regulación del mercado privado de medicamentos (de venta al público), es necesario regular el mercado institucional (de venta a hospitales y clínicas). El objetivo es mejorar el poder monopsónico del sistema público de salud frente a la industria farmacéutica, consiguiendo ahorros de costos. Se debe ampliar la cobertura financiera hacia los medicamentos ambulatorios, reduciendo el tamaño del mercado privado de medicamentos y consiguientemente el gasto de bolsillo. Para ejercer este rol es necesaria una reforma significativa a la Cenabast, la que debería transformarse en un organismo completamente integrado a la red prestadora pública.

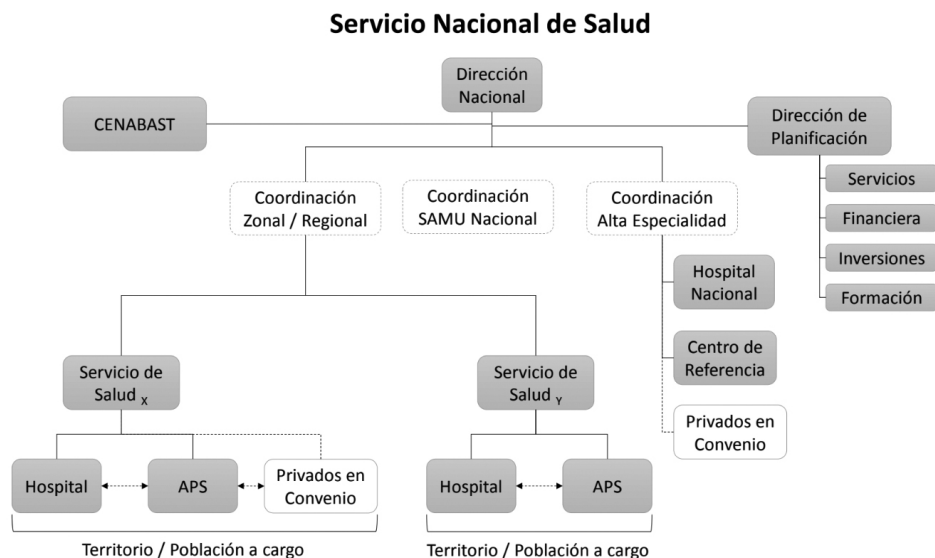
Es necesario dar un salto concreto en la implementación de una evaluación de las tecnologías sanitarias, especialmente en medicamentos. Esto requiere definiciones generales que pueden conducir a varias alternativas de organización, pero que podrían cumplir la misma finalidad.

Funciones estratégicas

Provisión y gestión de redes. La función clave en el sistema de salud es la provisión de los servicios y la gestión de las redes que se requieren para ello, porque es allí donde ocurre la satisfacción de las necesidades de la población. Este debe ser el foco de cualquier reforma estructural que busque mejorar la situación en beneficio de la mayoría de la población. La figura 2 permite ilustrar los principales elementos de la propuesta. Cabe señalar que este esquema organizacional pretende desarrollar lo que aparece en el centro de la figura 1.

21 El punto más bajo de la deuda bruta del Gobierno Central se registró en marzo 2008, con 3,4% del PIB. Al asumir Bachelet su segundo periodo, se ubicaba en 12,7% del PIB. A diciembre 2016 ha llegado a 21,3% del PIB.

Figura 2. Esquema organizacional de la función de provisión de servicios.



Fuente: Elaboración propia.

La base del sistema de salud la constituyen las poblaciones localizadas en sus territorios. Son esas poblaciones las que poseen necesidades de atención y demandan servicios, de allí que la opción propuesta es que el sistema se organice globalmente bajo el concepto de territorio y población a cargo. Esto no es nuevo y en buena medida hoy existe en el caso de atención primaria. Por las características del sistema que se proponen, la novedad es que ya no se trataría de la mayor parte de la población (beneficiaria de Fonasa), sino del total de la población del país.

El responsable de cada territorio y grupo de población a cargo es el Servicio de Salud. En la actualidad funcionan 29 Servicios de Salud a lo largo del país. El Servicio de Salud debe considerarse como una red de servicios autosuficiente en la mayor parte de la demanda sanitaria local. Para ello cuenta con hospitales de diferente complejidad, que prestan servicios de nivel secundario y terciario. Esta organización existe en la actualidad, aunque probablemente requiere una revisión en distribución territorial y lógicamente el reforzamiento en capacidad productiva.

Uno de los aspectos más relevantes de la propuesta es la urgente necesidad de terminar con la desarticulación de la atención primaria respecto de los Servicios de Salud. Esta propuesta consiste en trasladar la dependencia de la totalidad de los establecimientos de atención primaria a los Servicios de Salud correspondientes. Es necesaria una red de salud integrada (OPS, 2010) y la forma municipalizada que impuso la dictadura no permite su real integración, generando ineficiencias y descoordinación. Sin duda será necesario buscar fórmulas que

permitan resguardar las bondades que posee una atención primaria más cercana a la población y, especialmente, buscar formas de participación social, pero la necesidad de fortalecer una red integrada es clave en una propuesta de reforma estructural del sistema.

En la figura 2, el esquema del Servicio de Salud Y muestra la necesidad de contar con hospitales y centros de atención primaria plenamente integrados bajo la conducción de un Servicio de Salud, el que debe transformarse realmente en un gestor de su red.

En la misma figura, pero en el esquema del Servicio de Salud X, se considera el caso en que establecimientos privados podrían reforzar la red pública, sobre la base de convenios regulados bajo una lógica sanitaria y pública, y articulados a través de los Servicios de Salud. Esto permitiría transformar radicalmente la forma en que hoy funciona la MLE de Fonasa. La relación entre los privados y el sistema público cambiaría de manera importante, ya que las condiciones para el otorgamiento de atenciones de la MLE estarían garantizadas en contratos de mediano plazo entre cada Servicio de Salud y los organismos privados.

En la actualidad, y desde la desarticulación del Servicio Nacional de Salud que hizo la dictadura el año 1979, creando lo que hoy se conoce como Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), la coordinación de los Servicios de Salud ocurre a través del Ministerio de Salud, y en buena medida también a través de Fonasa. Desde la reforma del año 2005 que introdujo cambios en materia de Autoridad Sanitaria y Gestión, esta coordinación se realiza específicamente a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

En esta propuesta se introduce un cambio sustancial en esta materia, que permite hablar de la creación o refundación de un Servicio Nacional de Salud. Se trata de que la coordinación entre los Servicios de Salud se realice bajo un único organismo de dirección que agruparía a todos los Servicios de Salud del país. En la práctica ya no serían 29 Servicios de Salud independientes, sino que cada uno sería parte de un gran organismo público proveedor de servicios. Por ello, en la figura 2 la cabeza del organigrama corresponde a una Dirección Nacional del nuevo Servicio Nacional de Salud. Es altamente probable que para efectos operativos y de gestión sea necesaria la creación de algún nivel de coordinación a nivel de regiones o zonales, como hoy funciona Fonasa.

Coordinaciones o subdirecciones de este nivel podrían existir para servicios especializados como dispositivos de rescate, emergencias y atención prehospitalaria, lo que hoy conocemos como SAMU, y para las redes de alta especialidad. En este sentido, los Institutos Nacionales (hospitales especializados) y los Centros de Referencia nacional que funcionan al interior de algunos hospitales, deberían depender y ser coordinados centralmente, ya que responden a una demanda del sistema, más que a un determinado territorio.

Aquí también se puede visualizar la colaboración del sector privado, el que también integraría la red sobre la base de convenios de mediano plazo con una

regulación especial. Un ejemplo en este sentido es la forma en que funciona la red nacional de trasplantes, donde convergen prestadores públicos y privados, bajo la conducción del sistema público.

Otro elemento importante en esta propuesta es la reorganización de la dependencia de la Cenabast. Este organismo dejaría de depender directamente del Ministerio de Salud y volvería a ser parte, como fue en sus orígenes, del Servicio Nacional de Salud. El objetivo es que la mayor parte de la intermediación de medicamentos, insumos y otros bienes y servicios sea gestionada centralmente, dando cuenta de la demanda intermedia que realiza cada Servicio de Salud.

Por último, un proceso de desmercantilización supone la implementación de un vasto sistema de planificación que reemplace al sistema de precios en la asignación de los recursos. Por esta razón es necesario considerar, como una de las áreas estratégicas del Servicio Nacional de Salud, una dirección de planificación que agrupe a lo menos las áreas de planificación de servicios, financiera, de inversiones y de formación de recursos humanos. Cada una supone ámbitos de trabajo de gran envergadura y algunas de esas funciones hoy las cumple el Ministerio de Salud, por lo que se requiere un rediseño de dichas funciones y su reorganización en el sistema.

Las transformaciones planteadas deben contribuir a resolver, junto a múltiples otras medidas, los principales problemas detectados en el ámbito de la provisión y gestión de redes.

En primer lugar, apuntan a superar el dualismo y la fragmentación global de la oferta, donde la interacción de los dos principales subsistemas, con incentivos contrapuestos, genera una oferta que no da cuenta de las necesidades de salud de la población.

En segundo lugar, aunque es el punto de partida de cualquier reforma estructural del sistema, bajo este nuevo esquema organizacional integrado, con una dirección única y fuerte de la red, y con una atención primaria reorganizada y dependiente de los Servicios de Salud, es necesario revisar el modelo de atención. Es altamente probable que los objetivos y estrategias que se han intentado implementar bajo un sistema fragmentado en la provisión, funcionen de manera bastante diferente bajo este nuevo esquema.

En tercer lugar, es necesario impulsar una transformación cultural en la gestión de establecimientos y redes. Es urgente dar un salto en productividad y eso supone definir y operacionalizar lo que entendemos por eficiencia en la provisión de los servicios sanitarios públicos. El concepto de eficiencia privado, bajo una lógica de mercado con finalidad de lucro, claramente no es el paradigma a seguir. Sin embargo, es necesario hacerse cargo que la cultura instalada en nuestros hospitales públicos no contribuye a conseguir los objetivos de bienestar de la población. La integración de la atención primaria a nivel de Servicios de Salud también apunta a mejorar la gestión de las redes, aportando mayor costo efectividad en la solución global.

Es necesario redefinir los modelos de contratación de recursos humanos, especialmente médico. Este nivel de contratación y el mecanismo de pago que aquí se establece es infinitamente más importante que el mecanismo de pago que se establece entre el seguro y el prestador. Este diseño es complejo y con un sistema integrado requiere una visión global del problema, lo que sin duda será un punto de tensión y conflictividad que se debe considerar.

Para llevar adelante este tipo y volumen de transformaciones es necesario contar con un equipo directivo superior e intermedio con capacidades de gestión que hoy se encuentran muy debilitadas y con un nivel de cohesión en torno al proyecto muy alto. Dado que éste será un proceso largo, es necesario ir construyendo esa capacidad y esos liderazgos, así como ir demostrando con logros concretos lo acertado de la propuesta.

Por último, y quizá como el aspecto más relevante desde la perspectiva de la viabilidad política de la propuesta, es necesario revertir la percepción subjetiva y objetiva de la población y de los usuarios, respecto del sistema de salud y especialmente del sistema público. En dicho proceso la participación y el control social son elementos dinamizadores que permitirán conformar una fuerza social y política que sostenga tales transformaciones.

Rectoría y conducción del sistema. La función de rectoría, y especialmente la Autoridad Sanitaria, juega un rol clave en las transformaciones, ya que desde ahí son impulsadas y conducidas.

Para llevar a cabo estas transformaciones resulta prioritario construir un liderazgo colectivo, comprometido con la propuesta y con capacidad de dar direccionalidad estratégica al conjunto del sistema. Es importante entender que más allá de la propuesta técnica que debe ser elaborada, esta propuesta supone una opción política, una visión de la sociedad y del Estado que debe tener su expresión en equipos de trabajo cohesionados en torno al proyecto.

Lo anterior también determina la centralidad de las políticas sanitarias a impulsar y las formas organizativas internas del Ministerio de Salud. Un proceso de estas características no es compatible con una organización hipertrofiada, que se diluye en múltiples tareas y permanentes contingencias. Se requiere una revisión y una racionalización profunda de las funciones que deben estar ubicadas en el nivel central y de aquellas que, al menos transitoriamente, deben ser reubicadas al interior del sistema. Algunas líneas de acción en este sentido se desprenden de las propuestas de transformación que ya hemos señalado, particularmente en la función de provisión y gestión de redes.

Es necesario revisar el marco legal que rige al sector, incluso aquellas reformas introducidas el año 2005 en la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión. Una de las prioridades en esta materia es el fortalecimiento real de la función de rectoría y conducción del sistema, donde la capacidad de planificación, en especial de la provisión, está casi ausente y en este esquema ocupa un rol clave en el proceso de desmercantilización de la salud.

Sobre el proceso de transición

La materialización de una propuesta de reforma estructural, que involucra este conjunto enorme de transformaciones en prácticamente todo el sistema, es sin duda un proceso de largo plazo. En el marco de la Comisión Asesora Presidencial (2014), cuando se debatió sobre la idea de un seguro público universal, el horizonte temporal para que ello ocurriera realmente era de unos diez años.

Construir un sistema nacional de salud integrado, basado en un Servicio Nacional de Salud unificado y financiado a través de impuestos generales, tardará como mínimo esos mismos diez años. De allí que su posibilidad de concreción depende de la construcción de una alianza política y social de largo plazo, que involucre la conducción del país y las mayorías parlamentarias que la hagan posible. En este sentido, la propuesta solo es viable como parte de un proyecto político de transformación social en Chile.

Teniendo claridad sobre los objetivos estratégicos que se pretenden conseguir en el largo plazo, es necesario explicitar los espacios de flexibilidad táctica que considera la propuesta, y que son justamente los que contribuyen a dar viabilidad política a una transformación de tal magnitud.

El seguro público universal

En los últimos años, la opción de reforma estructural que ha ganado espacio y ha logrado permear a algunos sectores sociales y populares es la creación de un seguro público universal. Esta propuesta conlleva ciertos cambios que pueden beneficiar a la población, sin embargo, no apunta en su esencia a terminar con la salud como mercancía, ni tampoco pone el foco en la provisión.

A pesar de esta evaluación crítica, resulta tácticamente adecuado converger en instancias y proyectos programáticos que permitan avanzar en su concreción. Cualquier proceso de construcción de un Servicio Nacional de Salud público e integrado supone la mancomunidad de todos los fondos de salud en un único fondo universal y público. Una vez que eso ha ocurrido, el debate sobre el rol del seguro es inevitable.

El rol del sector privado

Un sistema sanitario integrado y un Servicio Nacional de Salud no son incompatibles con la colaboración del sector privado. En la actualidad, en el ámbito de la provisión los puntos de contacto entre el sector público y el privado son múltiples, y las formas en que la relación se da son muy variadas. Lo que se busca es que la relación sea regulada y sobre la base de que la finalidad del sistema sea satisfacer las necesidades de salud de la población.

En materia de provisión, los privados podrían y deberían integrarse a través de convenios con los Servicios de Salud para colaborar en la satisfacción de la demanda y para garantizar la posibilidad de libre elección, pero en un marco favorable a las personas y a las finanzas públicas. Lo mismo debiera ocurrir a nivel de redes de alta especialidad y camas críticas, donde se refleja el mayor déficit del sistema público.

La colaboración y no la competencia con el sector público no solo es deseable, sino que muy necesaria, especialmente durante el proceso de transición hacia el nuevo sistema sanitario integrado.

En materia de aseguramiento, las isapres dejarán de administrar las cotizaciones legales. Sin embargo, las empresas que hoy día operan allí poseen un espacio de mercado en el nuevo esquema. Este segmento es hoy ocupado por las compañías de seguros, pero lógicamente las isapres poseen un mejor conocimiento de la industria y podrán rápidamente reconvertirse en seguros voluntarios, bajo un nuevo esquema de regulación.

Hacia un esquema de financiamiento basado en impuestos generales

Disminuir el gasto de bolsillo y sustituir las cotizaciones de salud por financiamiento basado en impuestos generales, son cambios de gran envergadura y necesariamente serán de largo aliento. Por la magnitud de los recursos que involucran, se hace necesario implementar una reforma tributaria que permita ampliar la recaudación y dar sostenibilidad financiera al sistema.

Una estimación preliminar permite determinar que el total de las cotizaciones legales de Fonasa y las isapres representa, con cifras para 2015, un 12,3% del total de la recaudación tributaria del país. Si se le descuenta un punto porcentual que debería ser destinado a financiar licencias médicas, esta participación baja a 10,6%, unos 2,9 billones de pesos. Esta cifra representa el 1,9% del PIB para el mismo año.

Sin embargo, esta es una estimación muy preliminar porque los efectos de pasar de cotizaciones a impuestos son variados a nivel fiscal y especialmente a nivel macroeconómico. Eliminar las cotizaciones reduce el costo de producción de las empresas y por esa vía aumenta la competitividad, generando un potencial de mayor crecimiento, el que a su vez permite mayor recaudación. Con todo, ésta es una medida que debe implementarse gradualmente y que en la práctica no constituye un aumento de recursos, sino que un cambio de la composición en las fuentes de financiamiento.

Gradualidad temporal y espacial

Por la naturaleza compleja de las transformaciones que aquí se proponen, el proceso de transición será largo y resulta prudente que así sea, para ir consolidando los logros e ir adecuando los pasos tácticos en cada escenario. Por

esta razón, es lógico pensar que un programa de gobierno debe señalar claramente qué aspectos de la propuesta llevará a cabo y qué aspectos serán postergados.

Asimismo, es posible visualizar que algunas de estas transformaciones, aunque sean parciales, pueden ser *piloteadas* en determinadas regiones donde se den condiciones especiales para ello. En la medida en que dichas experiencias sean bien planificadas e implementadas, podrían generar un importante efecto demostración que contribuiría a dinamizar el proceso global de transformaciones.

Referencias

- Birn, A. E. y L. Nervi (2016). Las raíces políticas de la lucha por la justicia en salud en América Latina. *Medicina Social*, 9 (3), 251-255. Disponible en <http://bit.ly/2BgONWB>.
- Comisión Presidencial Isapres (2014). *Informe Final de la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Privado de Salud*. Octubre, 2014. Disponible en <http://bit.ly/2j1Xrom>.
- Cuadrado, C. (2015). El desafío de los sistemas de salud en el siglo XXI: ¿cómo incorporar el enfoque de los determinantes sociales de la salud? *Medwave*, 15 (9): e689.
- Debrott Sánchez, D. (2014). *Consumo efectivo de los hogares en salud: Resultado de estudios piloto en seis países de América Latina*. Serie Estudios Estadísticos núm. 83. Santiago: Cepal.
- Debrott Sánchez, D., R. Bitrán y C. Rebolledo (2014). *Procesos de priorización en salud y prestaciones no priorizadas ni explícitas: La evolución de algunas prestaciones trazadoras en Chile*. Serie Políticas Sociales, núm. 201. Santiago: Cepal.
- Debrott Sánchez, D. y C. Ibáñez (2014). *Análisis y propuesta de financiamiento de la atención primaria de salud municipal*. Instituto de Análisis de Políticas Públicas y Gestión, Asociación Chilena de Municipalidades. Julio, 2014.
- Debrott Sánchez, D. (2018). *Desafíos que enfrenta el sistema de salud chileno*. Cuadernos Médico Sociales (Chile) 2018, 58 (N°1): 49-53.
- Dipres, Dirección de Presupuestos (2015). Ley de presupuestos del sector público año 2016. Ministerio de Hacienda de Chile. Disponible en <http://bit.ly/2ymLgk7>.
- Escobar, L. y R. Bitrán (2014). Chile: Las Garantías Explícitas de Salud. En U. Giedion, R. Bitrán e I. Tristao (eds.), *Planes de Beneficios en Salud de América Latina: Una comparación regional*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Evans, R. (1981). Incomplete Vertical Integration: the distinctive structure of the health care industry. En J. Van der Gaag y M. Perlman (eds.), *Health, Economics and Health Economics*. Amsterdam: Elsevier.

- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: Una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143 (6): 774-786. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>.
- Gutiérrez Sourdis, C., Ú. Giedion, A. L. Muñoz y A. Ávila (2015). *Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud: Nota 2: Un enfoque sistémico*. Nota técnica núm. 838, Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en <https://publications.iadb.org/handle/11319/7097>.
- Ibáñez, C. (2017). Caracterización del mercado de seguros complementarios de salud en base a la encuesta CASEN 2015. Documento de Trabajo. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud. Abril, 2017.
- Labra, M. E. (2014). Las políticas de salud en Chile y en Brasil. Apuntes para una comparación. *Revista de Ciencias Sociales*, 6 (2).
- Medina, S. y M. Kottow (2015). Ética de la protección y Ley Ricarte Soto: de heridas y parches. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19 (3): 305-312. Disponible en <http://bit.ly/2ABYUdT>.
- Ministerio de Hacienda (2017). Informe de Estadísticas de la Deuda Pública, a diciembre 2016. Marzo, 2017. Disponible en http://www.dipres.gob.cl/594/articles-158432_doc_pdf.pdf.
- Minsal, Ministerio de Salud de Chile (2008a). Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Informe Final. PUC. Julio, 2008.
- . (2008b). Estudio de Selección de Intervenciones preparado por la Unidad de Medicina Basada en Evidencia y por el Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile el año 2007.
- . (2008c). Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud. Diciembre, 2008.
- . (2010). Estudio Costo-Efectividad de Intervenciones en Salud. Mayo, 2010.
- . (2016). Estudio de Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas – 2015. Enero, 2016.
- Nueva Mayoría (2013). *Programa de gobierno Michelle Bachelet 2014-2018, Chile de todos*. Octubre, 2013.
- . (2014). La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos. *Documento Final (v2)*. Comisión Nacional de Salud. Marzo, 2014.
- OPS, Organización Panamericana de la Salud (2010). Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. *Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*, núm. 4. WDC. Mayo, 2010.
- Rivas-Loría, P. (2006). *Lineamientos metodológicos, perfiles de los sistemas de salud, monitoreo y análisis de los procesos de cambio/reforma*. Edición Especial 18, Washington DC, OPS.

- Sánchez, M. (2016). Análisis de los planes de salud del sistema Isapre, a enero 2016. Documento de Trabajo, Superintendencia de Salud. Mayo, 2016.
- . (2017). Coberturas financieras de los planes complementarios de salud de Isapres abiertas. Documento de Trabajo, Superintendencia de Salud. Marzo, 2017.
- Tobar, F. (2000). “Herramientas para el análisis del sector salud”. *Medicina y Sociedad*, 23 (2), 83-108.
- . (2015). “Módulo 2: Modelos de organización de los sistemas de salud”. Gestión territorial integrada para el sector salud, 23.
- Uthoff, A., R. Campusano y J. M. Sánchez (2012). El mercado de seguros de salud: Lecciones sobre el conflicto entre equivalencia y solidaridad. *Revista Cepal*.