

*El Sistema de Salud en Chile.
Análisis, 10 propuestas de cambios*

Instituto de Ingenieros de Chile
Comisión de Salud e Ingeniería

El Sistema de Salud en Chile.

Análisis, 10 propuestas de cambios

Instituto de Ingenieros de Chile

Comisión de Salud e Ingeniería

Carlos Kubik C.

Presidente

Alvaro Covarrubias R.

Alex Chechilnitzky Z.

Roberto Fuenzalida G.

Jaime Pinilla B.

Alejandro Pinto O.

Gonzalo Simón B.

Pedro Soto P.

Christian Villouta W.

Cristián Weissmann M.

2005

Índice

Resumen Ejecutivo	7
I. Introducción	13
Generalidades, Plan de Trabajo y Metodología	13
Expositores invitados:	14
Sr. Cristián Aedo, Economista, Profesor Universidad Alberto Hurtado y Universidad de Georgetown	
Sr. Claudio Sapelli, Economista, Profesor Universidad Católica de Chile	
Dr. Manuel Inostroza, Superintendente de Isapres	
Dr. Emilio Santelices, Presidente de la Corporación Médicos para Chile	
Dr. Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo de la Comisión Reforma de la Salud del Ministerio de Salud Pública	
Dr. Juan Luis Castro, Presidente del Colegio Médico de Chile, A.G.	
Sr. Ricardo Bitrán D., Presidente de Bitrán y Asociados	
II. Antecedentes Generales	17
II.1. Situación general en salud	17
II.2. Evolución de los costos	17
Chile, sector público y privado	
Experiencia internacional	
Salud Administrada	
II.3. Cambio en la morbilidad y envejecimiento de la población	21
Cambios epidemiológicos	
Enfermedades crónicas	
Distinción entre población activa y pasiva	
II.4. Sistema de Licencias Médicas	23
Curativas, maternas, crecimiento del gasto	

II.5. Competencia e integración de los sistemas público y privado	24
II.5.1. Financiamiento de la Salud Previsional	
Descrime o selección de riesgos	
II.5.2. Uso e integración de prestadores público y privados	
II.5.3. Incentivos al interior del Sistema de Salud	
Enumeración	
III. Experiencia Internacional	31
III.1. Definición de los Beneficios	31
III.2. Financiamiento	31
III.3. Aseguramiento	31
III.4. Proveedores	32
III.5. Administración de Hospitales Públicos	32
III.6. Organización y funciones más utilizadas	32
IV. La Reforma	33
IV.1. Ley de Autoridad Sanitaria	33
IV.2. Régimen de Garantías en Salud, AUGE	34
Características principales	
Garantías explícitas	
IV.3. Ley de Isapres	35
IV.4. Ley de Licencias Médicas	35
IV.5. Omisiones de la Reforma	35
V. Propuesta	37
Descripción general. Cambios específicos que se deben realizar en el sector salud	
V.1. Establecer una cobertura mínima explícita para toda la población	39
V.2. Modificar la gestión de los hospitales públicos	39
V.3. Incorporar el uso de herramientas tecnológicas de apoyo a la gestión en el sector de la salud	40
V.4. Establecer la portabilidad de los subsidios públicos	40
V.5. Incentivar el uso de la salud administrada o mecanismos similares	41
V.6. Apertura a privados en la construcción y administración de establecimientos de atención primaria	41
V.7. Creación de programas especiales para adultos mayores y enfermos crónicos	42
V.8. Control del gasto en Licencias Médicas	42
V.9. Actualización de los Programas de Prevención	43
V.10. Concordancia de la cotización y el aumento de cobertura y costo	43

Resumen Ejecutivo

El Instituto de Ingenieros de Chile, efectúa constantemente actividades de investigación y análisis, como una contribución a la discusión nacional en torno a temas que se visualizan relevantes y urgentes. Se estima que en el área salud existen tareas pendientes, siendo uno de los sectores que requiere de modernizaciones importantes. El presente trabajo analiza la situación actual del sistema de salud de Chile e identifica sus aspectos más destacados, revisa la experiencia internacional, tanto desde la perspectiva de los resultados como de las reformas que se están implementando, examina la reforma chilena en su proceso legislativo y efectúa propuestas conforme con los resultados obtenidos en este trabajo.

Para materializar los objetivos planteados, se invitó a profesionales y expertos en el sector salud, con el objeto de que efectuaran exposiciones y respondieran consultas de los integrantes de la Comisión y de miembros del directorio de la Corporación. Esta interacción, permitió obtener información que fue recopilada en documentos, que sirvieron de base para elaborar este informe.

Antecedentes generales

Los índices de salud de nuestro país son buenos, siendo el país con los mejores resultados de salud de Latinoamérica y con un nivel adecuado de recursos. En efecto, Checoslovaquia es el país ubicado en el lugar 30 en el ranking de salud de acuerdo a la OMS destinando US\$ 391 por persona al año, Portugal está ubicado en el lugar 32 destinando

US\$ 845 por persona al año y Chile ocupa el lugar 33 destinando US\$ 315 por persona al año.

Chile tiene un sistema de salud que opera desde Arica a Punta Arenas y cuenta con una infraestructura importante y adecuada en todos los niveles de complejidad.

El principal problema: La evolución de los costos

En Chile y el resto del mundo se está produciendo un importante incremento del gasto en atención de salud, independiente de cuál sea el sistema de financiamiento (por medio de impuestos o por cotización a seguros privados) y también independiente de la organización establecida (prestadores públicos, privados o una combinación de ambos).

En nuestro país el aumento del gasto en salud se ha producido tanto en el sector público como en el privado. Entre los años 1990 y 2001 se registró un crecimiento promedio anual de un 10,4% real en el sector público y de un 6,8% en el sistema privado de salud. Durante ese mismo período en Chile, las remuneraciones aumentaron en un 3,2% anual y el crecimiento económico del país –medido en términos del PIB– fue de un 5,7% anual. En consecuencia, el costo de salud crece a tasas superiores al crecimiento de la economía, y por lo tanto se corre el riesgo que más personas puedan quedar sin acceso a la salud en el futuro.

Las causas que motivan los incrementos de los costos de salud son: el progreso y mejoramiento de la medicina, la cual resuelve de mejor forma, más enfermedades; más información y mayores expectativas respecto de la atención de salud; el envejecimiento de la población y, el funcionamiento de los sistemas de salud con incentivos incorrectos, que empujan el sobreconsumo de prestaciones.

De las causas enunciadas, sólo se puede actuar para moderar el incremento del costo en el funcionamiento de los sistemas de salud público y privado, y aplicar medidas que incentiven modos de vida más saludables.

En el caso del Sector Público, la causa principal de su incremento en los costos y baja productividad es la rigidez de su estructura de gestión. El sistema privado de salud no contempla incentivos efectivos para controlar los costos, dado que los prestadores, al aumentar el número de prestaciones que hacen, obtienen mayores ingresos y los pacientes al recibir más actos de salud se sienten mejor cuidados.

Competencia minimizada

La legislación actual, establece que el Fonasa otorga una cobertura de salud semejante a todos sus cotizantes, cobrando un monto dependiente del ingreso de cada individuo. Las Isapres ofrecen múltiples planes y a mayor ingreso se tiene acceso a una mayor cobertura. La situación anterior establece incentivos para que la población de menor ingreso opte por Fonasa y la de mayor ingreso opte por una Isapre.

Por otra parte, cuando el riesgo esperado de un individuo aumenta, la cotización y la cobertura del Fonasa permanece inalterada, dado que esta institución compensa la diferencia de costo con el subsidio fiscal. Las Isapres establecen el precio de los planes proporcional al gasto esperado de cada beneficiario, esto es, a mayor riesgo –gasto esperado– aumenta el precio (o disminuye la cobertura) del plan de salud. Por esto, las personas de mayor riesgo optan por el Fonasa.

En nuestro país las personas pueden seleccionar entre el sistema público o privado. Sin embargo, esta libertad puede ser fuente de abuso por parte de las personas. Por ejemplo, si las Isapres no establecieran la restricción de limitar el ingreso

a individuos con enfermedades preexistentes, entonces la población del sistema público que está en una lista de espera para atención, podría inscribirse en una Isapre y recibir el tratamiento y luego retirarse de dicha entidad. Es evidente que este comportamiento implicaría una importante alza de los costos para las Isapres, que podría resultar en el fin del sistema privado. Por esto las Isapres efectúan una revisión de la carga de enfermedades de cada postulante a beneficiario, de tal forma de detectar enfermedades preexistentes.

En Chile hay dos sistemas de salud que no funcionan homogénea y coordinadamente y que casi no compiten entre sí, ya que lo que le ofrece el sistema de Isapre a la gente de mayor ingreso es superior a la oferta del Sector Público. A su vez, el sistema de Isapre es incapaz de ofrecer a la población de menor ingreso, una cobertura comparable con la oferta pública al no disponer de subsidios fiscales.

Cambio del perfil epidemiológico y envejecimiento de la población

Chile registra una transición desde una mayoría de enfermedades transmisibles, contagiosas, hacia enfermedades no transmisibles crónicas. Las enfermedades crónicas aumentan por los hábitos de vida y por el envejecimiento de la población. Respecto de este último aspecto, cabe tener presente que los adultos mayores (sobre los 60 años) al año 2000, representaban el 11% de la población de Chile, al 2020 se espera que sean el 16% de la población.

El envejecimiento de la población implica que la proporción de trabajadores activos respecto de la población no activa (menores de edad y mayor de 60 años) será menor, en consecuencia, la carga sobre los impuestos (o las cotizaciones de salud) que este grupo deberá soportar será mayor que la actual.

Licencias médicas

En nuestro país se destina actualmente alrededor de US\$ 370 millones anuales al financiamiento del subsidio por incapacidad laboral (licencias médicas), monto que registra anualmente un incremento importante. Este subsidio presenta serios problemas de diseño, que facilitan el abuso y el mal uso de este beneficio. La disminución del

abuso y mal uso, no sólo liberaría recursos para mejorar la atención de salud sino que además aumentaría la productividad laboral.

Integración de prestadores público y privados

Existe en el país una amplia red de prestadores de diferentes niveles y complejidades, tanto públicos como privados. Sin embargo, la forma como operan actualmente los sistemas de salud, no facilita la integración y coordinación de los prestadores. En efecto, la red pública sólo puede otorgar atenciones a los beneficiarios del sector público y sólo en condiciones especiales a pacientes privados. A su vez, los prestadores privados sólo pueden ofrecer sus servicios, a los beneficiarios del sector público, en la modalidad de Libre Elección y en forma muy limitada para algunas atenciones de alta complejidad de la modalidad Institucional.

De acuerdo a información del Gobierno, actualmente existe un déficit de alrededor de 50 Consultorios, principalmente por la movilidad de la población desde zonas rurales a urbanas; asimismo respecto de la infraestructura hospitalaria pública, las estimaciones indican que la brecha de inversión para los próximos diez años alcanza US\$ 600 millones. El hecho que los sistemas públicos y privados no operen integradamente, limita la viabilidad de invertir en muchas tecnologías, en aquellas áreas en las cuales las poblaciones de cada sector por sí solas, no tengan el tamaño suficiente para justificar dicha inversión.

Incentivos incorrectos al interior del Sistema de Salud

El Sector Salud público está estructurado en una atención primaria, básicamente municipalizada, en que cada Municipalidad administra un aporte mensual por persona entregado por el MINSAL. La salud primaria actualmente no está incentivada a la solución de problemas, sino a la derivación de pacientes.

Por otra parte en el Fonasa no hay un mecanismo de reclamo, no existe una Superintendencia que tome el caso, resuelva y obligue a la entidad pública a cumplir plazos o dar la cobertura que corresponda. Recién con la reforma se enfrenta este problema, creándose la Superintendencia de

Salud, la cual supervigilará al Fonasa, a las Isapres y a los prestadores de salud.

El sistema chileno tiene un beneficio “mandado”, esto es, el Estado establece la obligación de comprar una cobertura de salud, por esto, es válido revisar las coberturas mínimas obligatorias que deben otorgar el sistema público y el privado a sus beneficiarios, para evitar sorpresas frente a eventos de alta complejidad, establecer programas preventivos y minimizar la cobertura de baja complejidad y bajo costo.

Por último, mientras el subsidio estatal sólo opere para los beneficiarios del Sistema Público y por lo tanto impida que las personas puedan elegir al Sistema Privado, este último no podrá invertir en infraestructura para la población de menores ingresos y ofrecer así una alternativa a la actual red de atención. No existen incentivos que permitan al sector privado invertir en infraestructura para segmentos de menores ingresos, ya sea en asociación con la red pública o independientemente, dado que dicho sector no puede recibir ni en concesión ni por medio de convenios con el ámbito público a los beneficiarios de este último.

Experiencia internacional

Las tendencias que se observan a nivel internacional, en las reformas son:

- Se tiende a definir los Beneficios explícitamente a través de paquetes básicos.
- El Estado subsidia a la población pobre, focalizándose hacia la demanda y con prima ajustada por riesgo.
- Se permite la convivencia de aseguradores públicos y privados en competencia.
- Se permite que proveedores públicos y privados coexistan en competencia.
- Se otorga autonomía de gestión a los hospitales públicos, con facultad para contratar y administrar sus recursos.
- Las Reformas muestran una tendencia a la especialización de las funciones; el Estado, regula y controla, y organismos autónomos aseguran y proveen servicios de salud.

La Reforma

La Reforma al sistema de salud considera cambios en la estructura y organización del Ministerio de Salud entregándole mayor autoridad, simultáneamente buscando autonomía en la gestión de sus entidades dependientes; crea el Régimen de Garantías en Salud (AUGE) convirtiendo en derechos exigibles las coberturas consideradas prioritarias; se modifica la legislación de las Isapres, aumentando las exigencias de solvencia, transparencia y obligaciones a estas instituciones.

El Régimen de Garantías reconoce explícitamente para el sector público y privado la necesidad de priorizar el destino de los recursos –siempre limitados– frente a una demanda siempre superior. Este reconocimiento permite incorporar racionalidad en la distribución de los recursos destinados a la salud. Asimismo, a contar del AUGE existirá en Chile una cobertura mínima explícita, ya que el AUGE tiene categoría de derecho exigible. Por lo tanto, existirán en Chile poblaciones con tres tipos diferentes de beneficios: los indigentes, que tendrán garantizado las atenciones del AUGE; la población cotizante del Fonasa, que tendrá garantizada las atenciones del AUGE y la cobertura de la modalidad de libre elección (la cual no tiene problema de oportunidad en la atención) y, la población de mayor nivel de ingreso, que podrá optar por recibir su cobertura garantizada en el Fonasa o en una Isapre.

Propuesta

Chile ha creado un sistema de salud, tanto en su vertiente pública como privada, que permite el acceso a la atención de salud de toda la población del país y la mayoría de la población registra elevados niveles de salud, con acceso a la educación, vivienda, agua potable, alcantarillado y alimentación adecuados. Sin embargo, el país está comenzando a enfrentar el problema que sufren actualmente los países desarrollados, esto es, el crecimiento de los costos de salud que aumentan por sobre el crecimiento económico. Por lo indicado, la organización de los sistemas de salud debe establecer incentivos correctos, esto es, que el propio sistema busque utilizar los recursos de la manera más eficiente posible, maximizando el ni-

vel de salud de la población. Es en este contexto, en el que se plantea la proposición general descrita a continuación.

Descripción general de la propuesta

La propuesta contiene dos aspectos básicos: la implantación de la competencia y la integración público-privada en el sistema de salud, para maximizar la eficiencia en el otorgamiento de las prestaciones y la creación de programas preventivos para toda la población, determinados de acuerdo a su efectividad.

La propuesta contempla que el Ministerio de Salud centralice las funciones de regulación, control y financiamiento subsidiario, definiendo la cobertura general obligatoria para toda la población, regulando y controlando los medicamentos autorizados para su uso en el país, acreditando a aseguradores y prestadores de salud, estableciendo los programas preventivos y definiendo los subsidios pecuniarios y no pecuniarios a otorgar.

Por otra parte, las funciones de Aseguramiento y Financiamiento de prestaciones de salud, deben ser entregadas a entidades públicas y privadas operando en competencia, otorgando la libertad a toda la población de elegir cualquier entidad previsional. La cobertura obligatoria y el monto del subsidio financiero a otorgar a la población de escasos recursos, debe ser igual para las entidades públicas y privadas y es definida y aportada por el Ministerio de Salud. La provisión de atenciones de salud debe ser realizada por proveedores públicos y privados en competencia, debiendo financiarse de acuerdo a la venta de sus servicios. Los prestadores serán acreditados por el Ministerio de Salud, facultándolos para operar y para ser oferentes de servicios para la cobertura obligatoria.

El sistema descrito, permite que el Ministerio de Salud concentre su actividad en la definición de las prioridades de salud de la población, sin las limitaciones derivadas del nivel de efectividad de su propia red y de su capacidad de inversión. Crea un importante nivel de competencia tanto a nivel previsional como de provisión de atenciones de salud, lo cual asegura un elevado nivel de eficiencia en ambos sectores.

Propuesta

Cambios específicos que se deben realizar en el Sector Salud

- Establecer una cobertura mínima explícita para toda la población.
- Modificar la gestión de hospitales públicos.
- Incorporar el uso de herramientas tecnológicas de apoyo a la gestión en el sector de la salud.
- Establecer la portabilidad de los subsidios públicos.
- Incentivar el uso de la salud administrada o mecanismos similares.
- Apertura a privados en la construcción y administración de establecimientos de atención primaria.
- Creación de programas especiales para adultos mayores y enfermos crónicos.
- Control del gasto en licencias médicas.
- Actualización de los programas de prevención.
- Concordancia entre la cotización y el aumento de cobertura y costo.

I. Introducción

Generalidades, Plan de Trabajo y Metodología

El Instituto de Ingenieros de Chile, durante su existencia que se prolonga por 117 años, ha efectuado múltiples actividades de investigación y análisis, con el objeto de realizar, como es su tradición, una contribución a la discusión nacional en torno a tareas que se visualizan relevantes y urgentes para el desarrollo del país.

En la actualidad, y tal como se ha tenido oportunidad de señalarlo en numerosos estudios previos, se estima que a consecuencia de los cambios a nivel mundial, políticos, socio-económicos, de las nuevas tecnologías de la información y comunicaciones, se están alterando las formas de trabajo; estos cambios también están afectando áreas y actividades de la economía del país que tradicionalmente y por diferentes motivos no han recibido los aportes que disciplinas como la ingeniería les pueden proporcionar.

¿Existen todavía modernizaciones pendientes en el sector salud?

Conforme con lo expresado, además de otros antecedentes y análisis que se efectuarán en este informe, es indiscutible que la salud es uno de los sectores que requiere de modernizaciones relevantes, existiendo tareas pendientes para que éste alcance el mismo nivel de desarrollo que el resto del país. Sin perjuicio de reconocerse que algunas de ellas ya se están realizando, como lo

demuestran las leyes que se han dictado últimamente, aún es posible advertir que falta abordar diversos temas de fondo y es en este contexto que el directorio del Instituto estimó necesario que una Comisión de Estudio realizara un diagnóstico y una proyección de las necesidades de cambio en esta área.

El trabajo de la Comisión se planteó como desafío revisar al menos los siguientes aspectos:

1. Situación actual del Sistema de Salud de Chile, para lo cual se requería revisar:
 - Índices de Salud de Chile.
 - Recursos Disponibles.
 - Marco Regulatorio.
 - Funcionamiento.
 - Diagnóstico.
2. Modificaciones relevantes requeridas por el Sistema de Salud de Chile, examinando para ello:
 - Coberturas y Garantías.
 - Financiamiento.
 - Gestión.
3. Reformas legales propuestas por el Gobierno, algunas de ellas materializadas.
 - Ley de Financiamiento de Chile Solidario y Reforma de Salud.

- Ley de solvencia de Isapres.
 - Ley de Autoridad Sanitaria.
 - Ley de Régimen de Garantías en Salud (AUGE).
 - Ley de Isapres.
4. Finalmente, formulación de las conclusiones y recomendaciones, al menos respecto de:
- Los aspectos fundamentales a modificar en el Sistema de Salud chileno.
 - Opinión respecto de la Reforma en proceso.

En resumen, el presente trabajo analiza la situación actual del sistema de salud de Chile e identifica los aspectos más relevantes, revisa la experiencia internacional tanto desde la perspectiva de los resultados como de las reformas que se están implementando, analiza la reforma en proceso legislativo y efectúa propuestas conformes con los resultados obtenidos.

En cuanto a la metodología utilizada para materializar los objetivos planteados, ésta consistió en invitar a destacados profesionales por cada uno de los temas que se definieron como prioritarios, con el objeto de que efectuaran exposiciones y respondieran consultas de los integrantes de la Comisión y de miembros del directorio de la Corporación que eran invitados a dichas reuniones. Esta interacción, permitió obtener por cada una de estas sesiones, información que fue recopilada en documentos que sirvieron de base para elaborar este informe.

Los expertos y autoridades invitados, expusieron sobre los temas que les fueron solicitados en las reuniones de la Comisión que se desarrollaron a finales del año 2003 y principios del año 2004 y a modo ilustrativo, junto con mencionarlos y citarlos expresamente en algunos acápite de este informe, se incluyen algunos de sus aportes, afirmaciones, interrogantes y datos que se han estimado relevantes para el desarrollo de este trabajo. El Instituto de Ingenieros de Chile y su Comisión de Salud e Ingeniería, agradecen especialmente el esfuerzo efectuado por los expositores que se mencionarán, por su gran aporte en el desarrollo de este trabajo.

Expositores invitados:

*Sr. Cristián Aedo, Economista,
Profesor Universidad Alberto Hurtado
y Universidad de Georgetown*

El Sr. Aedo indicó que la primera preocupación a nivel mundial, respecto del sector salud, es la eficiencia y el control de costos, dado el impacto macroeconómico que el incremento de la demanda por recursos para salud puede tener en el futuro.

Hay un déficit para inversiones en equipamiento de Hospitales Públicos

Por otra parte señala que, no obstante que Chile en términos de indicadores de salud está bastante bien, falta financiamiento de inversiones para reemplazo y equipamiento en Hospitales Públicos. En efecto, estudios del Gobierno indican que existe un déficit de US\$ 600 millones para cubrir las necesidades de inversión de los próximos diez años.

Además, en su exposición el Sr. Aedo destaca el tema de las licencias médicas, indicando la preocupante tendencia al alza que los gastos por este beneficio han registrado los últimos años.

Asimismo, resulta especialmente relevante el crecimiento en el número de Facultades de Medicina y Carreras afines, por lo cual el Sr. Aedo proyecta que la mayor disponibilidad de médicos y personal paramédico implicará una baja en este factor de costo.

Por último, señala el Sr. Aedo, que la búsqueda de eficiencia se producirá por medio del cambio entre la relación asegurador-prestador. Postula que se pasará desde la situación actual, en la que el asegurador compra prestaciones ofrecidas por los médicos e instituciones, a una en la cual se compartirá el riesgo económico involucrado en la atención de salud.

*Sr. Claudio Sapelli, Economista,
Profesor Universidad Católica de Chile*

El Sr. Sapelli revisó el actual funcionamiento del sector salud en Chile y destaca que en virtud del traspaso de importantes subsidios fiscales exclusivamente a la red pública, se crea de hecho un monopolio, en el cual la población de escasos recursos sólo pueden ser beneficiarios del Fonasa.

¿Es posible o recomendable la portabilidad de los subsidios en salud?

Lo anterior, limita la participación privada, las inversiones y la competencia. Señala, el Sr. Sapelli, que existen en el país otros sectores en los cuales se ha permitido que las personas sean las que elijan donde utilizar el subsidio fiscal, registrándose resultados favorables. En efecto, ejemplifica la existencia de subsidios portables en Vivienda y Educación.

Por otra parte, el Sr. Sapelli explica que en Chile existe un Mandato, esto es, una cotización de salud obligatoria del 7% de la remuneración con un tope de UF 4,2 mensuales; mandato respecto del cual no se norman adecuadamente las coberturas mínimas que deben existir. Indica a modo de ejemplo la cobertura de enfermedades catastróficas.

Por último, el Sr. Sapelli critica el mecanismo existente actualmente en el país respecto de las Licencias Médicas, señalando que “Chile es el más generoso”, ya que para una parte relevante de las licencias, otorga una cobertura de un 100% de la remuneración, sin un tope máximo de duración.

Dr. Manuel Inostroza, Superintendente de Isapres

El Dr. Inostroza informa sobre la Reforma. Comenta respecto de la integración Pública y Privada que la nueva legislación puede impulsar, la apertura de los hospitales públicos a pacientes no beneficiarios y la contratación de servicios de salud a oferentes privados.

Asimismo, el Dr. Inostroza indica que las garantías de atención incluidas en el AUGE, son en la práctica derechos exigibles, lo cual convierte en clientes a los actuales beneficiarios del sistema público. Estos derechos, postula el Dr. Inostroza, obligarán al sector público a mejorar o a perder a sus beneficiarios, los cuales serán atendidos por el sector privado.

Por otra parte, el Dr. Inostroza indica las funciones que tendrá la nueva Superintendencia de Salud, entidad que comienza su operación a contar de enero de 2005, destacando la acreditación de prestadores públicos y privados y la recepción y procesamiento de reclamos por parte de los beneficiarios del Fonasa y de las Isapres.

Dr. Emilio Santelices, Presidente de la Corporación Médicos para Chile

De acuerdo al Dr. Santelices, los desafíos principales de la industria son: identificar las oportunidades de crecimiento y desarrollo, esto es, distinguir necesidades no satisfechas por las carencias económicas que tiene la población de los suntuarios innecesarios que genera la medicina; aumentar la inversión en investigación y desarrollo, Finlandia destina un 4% del PIB a esta actividad y Chile un 0,55%, Alemania y Japón destinan 5 veces más que nuestro país; mejorar la capacitación del personal de salud; aumentar el uso de tecnologías de información y comunicaciones y crear un nuevo escenario de entendimiento entre cada uno de los actores del sector.

El Dr. Santelices aborda el tema de la reforma y destaca el déficit de inversión en infraestructura pública y la necesidad de incorporar a los privados.

Respecto del uso de tecnologías de información y comunicaciones, comentó que una encuesta en alrededor de 250 médicos, mostró que el 95% cree que estas tecnologías tienen que entrar en su práctica clínica, asimismo la encuesta indicó un promedio diario de utilización de Internet de 2 horas por profesional.

El Dr. Santelices destacó la desconfianza entre los actores del sistema de salud, entre pares, entre Isapres, entre clínicas, doctores, etc., situación que impide obtener una visión compartida. Por último, respecto de las eventuales concesiones hospitalarias, el Dr. Santelices indica que la discusión no es si esto va a ser privado o no, sino que el país tiene que efectuar una inversión y el Estado no tiene el dinero, tiene que recurrir a los privados y no tiene que confundir gestión con propiedad.

Dr. Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo de la Comisión Reforma de la Salud del Ministerio de Salud Pública

El Dr. Sandoval desarrolló una amplia exposición en la que abarcó muchos temas. En una primera instancia, se refirió al “incontenible gasto en salud”, indicando que éste es producto del cambio del perfil epidemiológico y de la medicina de la segunda mitad del siglo xx. Indica que desde los años '80 han surgido críticas en dos grandes ámbitos: al manejo financiero de los recursos destinados a salud y al modelo de atención. Esto

último, se refiere en términos generales a cómo se atiende la salud de las personas, desde lo promocional hasta lo curativo o los cuidados paliativos en las enfermedades terminales. Señala el Dr. Sandoval que existen mecanismos para el control de costos como el traspaso de riesgos. También señala que la coordinación con otros Ministerios es relevante, dando como ejemplo que en el país son obligatorias sólo 2 horas/semana de deporte en los colegios, no obstante la obesidad infantil registra un importante aumento.

Por otra parte, el Dr. Sandoval informa respecto de la falta de 50 nuevos Consultorios, ya que el Ministerio de Salud no puede enfrentar los frecuentes cambios poblacionales ocasionados por el traslado desde el campo a la ciudad.

Dr. Juan Luis Castro, Presidente del Colegio Médico de Chile, A.G.

El Dr. Castro critica el proceso de la reforma dado que a su juicio la participación médica ha sido mínima. Por otra parte, postula que los costos del AUGE están mal estimados y que son mucho mayores que lo informado, lo cual resultará en la imposibilidad de cumplir con los beneficios garantizados.

Expresa además que siempre ha habido priorización en el Sector Salud y lo demuestra, por ejemplo, la creación de los programas materno-infantiles en la atención primaria, que han sido muy exitosos.

Asimismo, señala el Presidente del Colegio Médico, que es factible el uso de la infraestructura pública para la atención de pacientes no beneficiarios durante la tarde, cumpliendo con las condiciones apropiadas, y “siempre que se pague el costo de oportunidad”. Por último, el Dr. Castro indica que los convenios público-privados son válidos “siempre que no se desnaturalice el propósito de los hospitales públicos”.

Los índices de salud de la población de nuestro país son buenos, situándonos con los mejores resultados de Latinoamérica

***Sr. Ricardo Bitrán D.,
Presidente de Bitrán y Asociados***

El Sr. Bitrán se refirió a las tendencias que contienen los recientes procesos de reformas en salud, tanto la situación mundial como el caso de Chile.

En la presentación el Sr. Bitrán revisó los cambios que en el financiamiento de los sistemas se están registrando en el mundo, pasando desde un subsidio a la oferta a uno a la demanda, y desde impuestos a cotizaciones para la seguridad social.

Por otra parte, informa respecto de los nuevos criterios con los cuales se establecen la relación entre los proveedores y aseguradores (públicos y privados), registrándose un mayor traspaso de riesgo hacia los prestadores. Asimismo, señala que los gobiernos reconocen, en las últimas reformas, la importancia de la focalización de los subsidios públicos, para lograr equidad y mejoramiento en los indicadores de salud.

Por último, el Sr. Bitrán, analiza los cambios registrados respecto de la gestión de los hospitales públicos, la organización y responsabilidad de los Ministerios de Salud; destacando la mayor participación privada en la gestión de la infraestructura pública y la concentración de las funciones Ministeriales en el diseño de políticas y planes de salud, en la fiscalización de los aseguradores y prestadores, y en el subsidio de los más pobres. Se presentan ejemplos de reformas efectuadas en diversos países.

II. Antecedentes Generales

II.1.

Situación general en salud

De acuerdo a la OMS, los resultados de salud de Chile lo ubican en el lugar 33 de 190 países y, simultáneamente, los recursos utilizados para alcanzar este fin, indican que respecto del resto de los países el nivel de gasto es adecuado. En efecto, Chile gasta US\$ 315 al año en salud por persona y el que lo precede es Portugal, país que gasta casi tres veces más de lo que gasta Chile (Tabla 1).

El índice “Logro Global de Metas en Salud” considera los resultados en salud, relacionados con la desnutrición y mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer; la distribución y la equidad, es decir, si toda esta población tiene la capacidad de acceder a la salud y la existencia de un sistema de salud relativamente consolidado, que esté funcionando con perspectivas de hacer las cosas que la población requiere.

Chile tiene un sistema de salud que otorga una cobertura desde Arica a Punta Arenas y cuenta con una infraestructura importante en todos los niveles de complejidad

A modo de ejemplo, la capacidad hospitalaria instalada –casi 43.000 camas– significa que el país está en condiciones de atender la demanda de hospitalización de a lo menos toda su población (Tabla 2). Respecto de la disponibilidad de médicos, el estándar recomendado por la OMS es de 1.100 personas por médico, registrándose

actualmente en Chile una relación de uno a mil. Al revisar otros aspectos del sector, la conclusión es que Chile no muestra, en general, un déficit relevante en el número de hospitales ni de recursos humanos.

Por otra parte, la oferta de vacantes para el estudio de la medicina y especialidades afines ha aumentado de manera importante las últimas décadas, asegurando la disponibilidad de profesionales en el futuro.

Propuesta de cambio 1:

Establecer una cobertura mínima explícita para toda la población

En 1996 existían 4.551 alumnos de medicina de pregrado, en las universidades chilenas, matrícula que alcanzó en el año 2002 a 6.704 alumnos. Esta situación se refleja de igual forma en la matrícula universitaria de pregrado para las carreras afines a la medicina. En el año 1996, la carrera de medicina era impartida por diez universidades, mientras que en el año 2002 son dieciséis las universidades que la ofrecerán.

II.2.

Evolución de los costos

En Chile se está produciendo un importante incremento del gasto en atención de salud, lo que también sucede en el resto del mundo, como lo muestra la Tabla 3.

País	Logro global metas de salud	Gasto total al tipo de cambio oficial (US\$/persona-año)
Japón	1	2.373
Suiza	2	3.564
Noruega	3	2.283
Suecia	4	2.456
Francia	6	2.369
Canadá	7	1.783
Dinamarca	8	2.574
Holanda	8	2.041
Reino Unido	9	1.303
Austria	10	2.277
Italia	11	1.855
Australia	12	1.730
Bélgica	13	1.918
Alemania	14	2.713
EE.UU.	15	4.187
España	19	1.071
Finlandia	22	1.789
Grecia	23	975
Israel	24	1.385
Irlanda	25	1.326
Nueva Zelandia	26	1.416
Singapur	27	876
Eslovenia	29	857
Checoslovaquia	30	391
Portugal	32	845
Chile	33	315

TABLA 1
Resultados en salud

Fuente: OMS, Informe Salud del Mundo, año 2000.

	Cantidad	Número de camas
Clínicas y centros médicos privados	232	11.298
Hospitales públicos	206	31.671
Consultorios de atención primaria	526	
Postas rurales	1.144	
Estaciones médico rurales	696	
Total	2.804	42.969

TABLA 2

Fuente: Asociación de Isapres.

País	Período	Aumento promedio anual
Canadá	1997-2000	6,00%
EE.UU.	1990-1999	6,50%
Nueva Zelandia	1980-1997	13,60%
Colombia	1997-2001	15,72%
Suiza	1966-1980	11,50%

TABLA 3

Fuente: Asociación de Isapres.

Los incrementos del gasto se dan independientemente de cuál sea el sistema de financiamiento que se tenga.

¿Por qué?

Esto es una norma, tanto para sistemas que se financian con impuestos, como Canadá por ejemplo, como también si tienen seguros privados.

Asimismo, entre 1960 y 1990 Gran Bretaña aumentó su gasto en salud desde un 3,9% del PIB a un 6,2%, situación parecida a la registrada por Francia entre 1960 y 1990, período en que pasó desde un 4,2% del PIB a un 8,9%.

El incremento del costo ocurre para los sistemas sin importar el tipo de institucionalidad existente (Tabla 4).

En Chile el aumento del gasto en salud se ha producido tanto en el sector público como en el privado.

El Gráfico 1 detalla la evolución del gasto *per cápita* del Sector Público, en la última década. En el año 1990 se gastaban \$ 40.000 por persona al año y el 2001 se había triplicado dicha cifra alcanzando los \$ 120.000 por persona al año. Esto es, un crecimiento promedio anual de un 10,4% real.

El Sistema Privado de salud, durante el mismo período registra un crecimiento anual de 6,8% (Gráfico 2).

TABLA 4

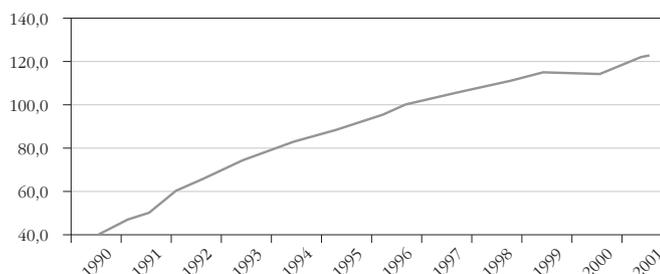
País	Sistema de financiamiento dominante
Canadá	(T) principalmente prestadores privados
Francia	(SS) prestadores públicos & privados
Reino Unido	(T) prestadores principalmente públicos
Suiza	(SP) prestadores principalmente privados
Estados Unidos	(SP) prestadores principalmente privados

Fuente: Sr. Cristián Aedo.

Nomenclatura: (SS) Seguridad Social; (T) Impuestos Generales; (SP) Seguros Privados.

GRÁFICO 1

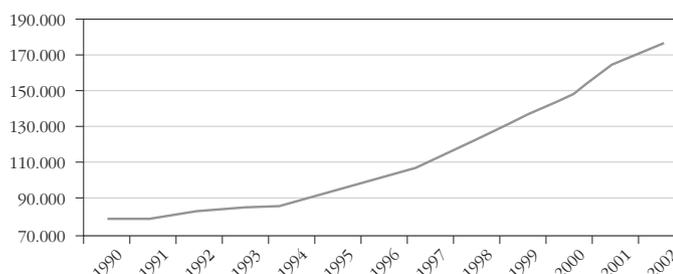
Gasto *per cápita* en el sector público (M\$ 2001)



Fuente: Asociación de Isapres.

GRÁFICO 2

Bonificaciones de salud por beneficiario en Sistema Isapre (Pesos de 2002)



Fuente: Superintendencia de Isapres.

El costo de salud creció anualmente entre 1990 y 2002 entre un 6,8% y un 10,4% en los sectores privado y público respectivamente, sin embargo, durante ese mismo período, las remuneraciones aumentaron en un 3,2% anual y el crecimiento económico del país –medido en términos del PIB– fue de un 5,7% anual. Por lo tanto, al crecer el costo de salud a tasas superiores que el crecimiento de la economía, más personas van a quedar sin acceso a la salud, ya que ni los recursos del país ni los recursos propios de muchos individuos van a ser suficientes para financiar los incrementos de los costos de la atención de salud.

Las causas que motivan los incrementos de los costos de salud son: el progreso y mejoramiento de la medicina, la cual resuelve de mejor forma una mayor cantidad de enfermedades; el funcionamiento de los sistemas de salud con incentivos incorrectos, que empujan el sobreconsumo de prestaciones; más información y mayores expectativas respecto de la atención de salud; y el envejecimiento de la población (este último aspecto será tratado especialmente más adelante).

De las causas enunciadas, el mayor efecto esperable en la moderación del incremento del costo, proviene de las intervenciones en el funcionamiento de los sistemas de salud, tanto del Sector Público como del Sector Privado Asegurador, ya que los otros aspectos son resultantes del desarrollo y los modos de vida actuales.

Entre las causas del aumento de los costos que sí sería posible remediar está la deficiente organización tanto del Sector Público como del Privado Asegurador, que trae como consecuencia un uso ineficiente de los recursos

En el caso del Sector Público, la causa principal de su ineficiencia es la rigidez de su estructura de gestión, que casi no ha cambiado en sus 52 años de vida. Esto queda de manifiesto con la gran disminución de la productividad que ha experimentado, ello como resultado de un importante aumento del gasto, el que se ha triplicado en la última década, frente a sólo un pequeño aumento

en la cantidad de prestaciones realizadas. Respecto de lo anterior, cabe destacar que la baja eficiencia del sector público no está en la capacidad de su personal, ni en la disponibilidad de recursos físicos o tecnológicos, aunque se invirtieran elevadas sumas en capacitación e infraestructura los cambios no serían relevantes. En efecto, administrar implica disponer de la facultad de distribuir y aplicar los recursos disponibles de acuerdo a las necesidades que la organización enfrenta en cada período. En el sector público, los directores de hospitales y de establecimientos ambulatorios, disponen de una baja posibilidad para decidir respecto de qué hacer con cada tipo de recurso y cómo hacer uso de dichos recursos humanos, físicos y financieros, ya que la legislación vigente no se los permite. Mientras esto no se modifique no se puede esperar un cambio importante en el nivel de gestión de esta infraestructura.

Por otra parte, el sistema de los aseguradores privados de salud (Isapre) no contempla incentivos al control de costos. Los prestadores tienen poderosos motivos para aumentar el número de prestaciones efectuadas, ya que ello redundaría directamente en sus ingresos, como consecuencia del cobro por atención realizada (*Fee for Service*). Por su parte los pacientes están en general contentos de recibir más actos de salud pues se sienten mejor cuidados, pero esto no les significa un importante mayor costo, ya que la mayor parte de la cuenta la paga la Isapre. A su vez las Isapres, ante el aumento de los costos, optan por subir los precios de los planes. No debe entonces llamar a sorpresa el aumento de las cotizaciones para salud de las Isapres, lo que sumado al aumento del desempleo y bajo crecimiento de las remuneraciones, ha traído como consecuencia la emigración de más de 1 millón de personas al Sistema Asegurador Público.

Salud Administrada

La “Salud Administrada” es un concepto que se viene aplicando en los países desarrollados, a lo menos en los últimos 30 años, como respuesta al incremento de los costos de la atención de salud y con el propósito de incorporar racionalidad en el uso de los recursos destinados a dicha atención, buscando alcanzar el mayor impacto en el bienestar de la población. No obstante el correcto propósito de la Salud Administrada, frecuentemente surgen críticas a este mecanismo, en general pro-

venientes de EE.UU., donde se acusa a las instituciones que la aplican de restringir el acceso a las prestaciones de la población beneficiaria.

Sin embargo, se debe considerar que la medicina actual puede solucionar más problemas de salud que los factibles de resolver con los recursos que los países y la mayoría de la población dispone para ello.

Dicho de otra manera, los Sistemas de Salud operan en un ambiente de recursos escasos. Por lo tanto, ya sea que se haga consciente y explícitamente, o sea el resultado de acciones no planificadas e incluso desorganizadas, en cualquier caso se está efectuando una decisión de cuáles atenciones se otorgan y cuáles no. Es sabido que siempre que se deban efectuar actividades en un ambiente de recursos limitados se está obligado a administrar.

¿Es posible el desarrollo masivo de la Salud Administrada en Chile? ¿Cuáles serían sus ventajas?

La Salud Administrada aplica sistemas y técnicas que buscan asegurar una apropiada provisión de servicios médicos, en la oportunidad correspondiente, de una forma costo-efectiva. Para realizar esto, dirige la demanda de prestaciones hacia proveedores de niveles adecuados de calidad y precio, controla que las atenciones que se efectúen sean las que se requieren, minimizando las acciones innecesarias y establece programas especiales, otorgando prestaciones tradicionalmente no consideradas, pero con alto impacto en la salud de la población. Por último, y no obstante que la Salud Administrada puede organizarse de diversas formas, todas ellas tienen dos elementos comunes: un mecanismo para la autorización de las atenciones y restricción en la elección de los prestadores.

Actualmente se estima que en Chile existen sobre 100.000 personas (4% del mercado) cubiertas con planes de Isapres, los cuales operan con el sistema de Salud Administrada. La experiencia en Chile y en el resto del mundo muestra que, en general y sobre todo en los inicios de la oferta de la Salud Administrada, este mecanismo es aceptado por la población de ingresos medios y bajos, manteniendo la población de ingresos altos su cobertura a través del tradicional sistema de libre elección. Lo anterior explica por qué los planes diseñados bajo este criterio no han tenido una

penetración de mercado mayor, ya que durante los últimos años, por las razones explicadas anteriormente en este documento, los cotizantes del sistema Isapre de los segmentos de menor ingreso, se han trasladado al sistema público.

Se espera que en el futuro, cuando los prestadores y aseguradores, y especialmente la población y los profesionales médicos, conozcan más el sistema de Salud Administrada, éste se masifique, permitiendo que una mayor población pueda optar por dicho sistema.

Propuesta de cambio 3:

Incorporar el uso de herramientas tecnológicas de apoyo a la gestión en el sector de la salud

II.3. Cambio en la morbilidad y envejecimiento de la población

Chile registra un cambio en el perfil epidemiológico, esto es, una transición desde una mayoría de enfermedades transmisibles, contagiosas, hacia enfermedades no transmisibles crónicas, tanto orgánicas como la hipertensión y la diabetes, el aumento del colesterol con sus consecuencias posteriores como infartos, derrames cerebrales y otros; también las crónicas desde el punto de vista de la salud mental, como las depresiones y psicosis. Los sicóticos, por ejemplo, viven hoy día mucho más y eso significa que deben ser tratados por mucho más tiempo, lo que implica un manejo social distinto de esas patologías.

Una encuesta reciente muestra una prevalencia de hipertensión arterial, en los mayores de 14 años en Chile, de 34% a nivel nacional, tasa que el año 1992 era de 11%. Por otra parte, el 14% de los niños hasta los 14 son obesos y cerca de un 40% tiene sobrepeso. El sobrepeso en las mujeres de los dos quintiles de menor ingreso afecta a alrededor del 60%, en el quintil superior la obesidad y sobrepeso afecta a alrededor del 35%.

El impacto que estos cambios epidemiológicos tienen en los sistemas de salud es importante, tanto por la necesidad de modificar la oferta de atención como del financiamiento de la misma. Por ejemplo, si se aplicaran en Chile los criterios

de la American Heart Association, para el control de los niveles de colesterol, a más de dos millones de personas habría que darles estatinas, que son los medicamentos que hacen bajar el nivel de colesterol en la sangre. Un comprimido de estatina genérico, vale aproximadamente \$ 200 la pastilla al día, por lo tanto el país debería destinar sólo para este fin casi el 10% del presupuesto del Ministerio de Salud.

En el futuro, la proporción de trabajadores activos respecto de la población no activa será menor

Las enfermedades crónicas aumentan por los hábitos de vida y por el envejecimiento de la población. Respecto de este último aspecto, cabe tener presente que los adultos mayores (sobre los 60 años) al año 2000, representaban el 11% de la población de Chile, al 2020 se espera que sean el 16% de la población. Simultáneamente el grupo de 0 a 14 años ha disminuido su participación (Tabla 5).

Los resultados de la Tabla 5 se verifican para el sector público y el privado. Lo anterior, no obstante que los beneficiarios del sistema Isapre han disminuido en 1 millón cien mil personas entre el año 1997 y el 2003, el número de adultos mayores aumentó en ese mismo período.

La proporción de trabajadores activos respecto de la población no activa (menores de edad y mayor de 60 años) será menor, en consecuencia,

la carga sobre los impuestos (o las cotizaciones de salud) que este grupo deberá soportar será mayor que la actual. Lo indicado no tiene su origen en el aumento del costo por persona producto del envejecimiento promedio de la población, el cual entre el 2002 y el 2020 se proyecta que alcanzará un 12%, menos de un 0,65% anual, sino por el cambio de la proporción entre pasivos y activos. En efecto, si se considera a la población menor de 15 años y mayor de 60 años como dependientes, actualmente por cada activo hay un pasivo; para el 2020 se proyecta que habrá 1,3 pasivos por cada activo. Esto implica que si se mantiene el sistema de salud actual, los activos deberán incrementar su aporte impositivo para financiar esta mayor carga de personas pasivas. Sin embargo, tal situación puede no ser efectiva, ya que hay límites máximos de impuestos que se pueden cobrar, por sobre los cuales se reduce la tasa de crecimiento del país y se fomenta la evasión.

Por otra parte, los sistemas de salud deben considerar las condiciones especiales de los adultos mayores, en que su mayor fragilidad y dependencia exige que los sistemas de salud faciliten medios especiales para este grupo, de tal forma que puedan efectivamente demandar los servicios de salud que requieren. La dependencia de los adultos mayores se refleja en la Tabla 6. En ella se indica que casi el 50% de los adultos mayores requiere un gran apoyo para realizar labores rutinarias y que un 21% adicional requiere ayuda.

Grupo de edad	Censos				Proyección
	1970	1982	1992	2002	2020
Total	100	100	100	100	100
0-14	39	32	29	26	23
15-59	53	59	61	63	61
60 o más	8%	9%	10%	11%	16%

TABLA 5

Evolución según grupo de edad en Chile

Fuente: INE, Censos de Población.

Autovalente	32%
Autovalente con ayuda	21%
Dependencia parcial	30%
Dependencia total	17%

TABLA 6

Fuente: Perfil del adulto mayor en Chile, OMS.

Dado que los adultos mayores presentan una carga de morbilidad importante, son más demandantes de prestaciones y por lo tanto utilizan proporcionalmente más servicios de la oferta de salud disponible.

De acuerdo a los datos del sistema Isapres, la población mayor de 60 años demanda casi 30 prestaciones por persona al año, esto es el doble que el promedio general y el triple que la población joven. En base a esta información se puede determinar que los adultos mayores demandan el 21% de las prestaciones otorgadas por los sistemas de salud, porcentaje que alcanzará casi un 30% al año 2020, por lo cual el diseño de los programas de salud y la inversión en infraestructura debe considerar a esta población.

II.4. Sistema de Licencias Médicas

En Chile, el mecanismo de financiamiento de la salud contempla un seguro que no necesariamente guarda una relación directa con salud, pero que se debe revisar en esta área ya que su comportamiento afecta los recursos de salud: los subsidios por incapacidad laboral.

Actualmente Chile destina alrededor de US\$ 370 millones anuales para el pago de licencias médicas, cantidad que crece cada año.

El DFL N° 44 de Previsión Social de 1978 y DS N° 3 del Ministerio de Salud de 1984, que crea el subsidio de incapacidad laboral, permite que existan períodos durante los cuales algún individuo deba permanecer en reposo para recuperarse de alguna enfermedad.

Por esto, a cada trabajador se le otorgan dos beneficios: *un permiso* para ausentarse del trabajo en caso de ser trabajador dependiente, y *un medio para financiar* la pérdida de ingreso producida por el mismo ausentismo.

**Propuesta de cambio 4:
Establecer la portabilidad de los subsidios públicos**

Por ello, las licencias médicas obligan al empleador a autorizar el reposo requerido y así el trabajador no arriesga su trabajo por esta causa y durante la licencia médica el trabajador goza de *fuero*, esto es, no puede ser despedido. Por otra parte, el trabajo es normalmente remunerado en función de los días efectivamente trabajados, por lo cual los días de reposo por enfermedad no son pagados en la remuneración mensual de cada persona. Por esto, el subsidio por incapacidad laboral viene a pagar esos días de reposo, en sustitución de la remuneración.

En el período 1991-2001, el crecimiento del gasto en licencias referidas al niño menor de un año aumentó en 1229%, pero el número de nacimientos totales registró una disminución ¿Es ello relevante?

Ambos aspectos antes indicados, sin duda son necesarios para la recuperación de algún trabajador, sin embargo, frecuentemente se utilizan para fines distintos de los originales, restando de esta manera recursos a los sistemas público y privado de salud. En efecto, tanto en el sector público como privado, los recursos con los cuales se financian las licencias médicas curativas, son los mismos que se utilizan para entregar beneficios de salud, por lo cual los gastos excesivos en este subsidio disminuyen la capacidad de resolver problemas de salud en general.

Existen dos tipos de licencias médicas: las curativas y las maternas. Las primeras se utilizan en los casos de enfermedades comunes y son otorgadas por el sistema público, Isapres y Mutuales de Seguridad del Trabajo. El segundo tipo de licencias, las maternas, tienen por propósito beneficiar a las embarazadas, previo al parto, a las madres, posterior al parto y en caso de enfermedad del hijo recién nacido durante el primer año de vida de éste. Estas licencias son pagadas por el Fisco sin cargo a los presupuestos de salud.

En Chile, la licencia paga el 100% de la remuneración con un tope de 60 UF, sin límite de tiempo y a sola firma de un médico. En esta materia, a las entidades administradoras de este seguro se les permite controlar este beneficio, pudiendo aprobar la licencia, rechazarla o acortarla y el usuario puede apelar al COMPIN a una Comisión Arbitral.

A continuación se indica la evolución del gasto de los diferentes tipos de licencias médicas entre los años 1991 y 2001 (Tabla 7). Este cuadro muestra el importante crecimiento del gasto en licencias médicas.

Entre estos rubros, destaca el crecimiento del gasto en licencias referidas al niño menor de un año, las que han aumentado en dicho período en 1229%, no obstante que el número de nacimientos totales registró una disminución. El crecimiento antes indicado no ha tenido una explicación razonable. Los trabajadores chilenos no se enferman el doble de lo registrado hace una década, concluyéndose que existe un importante abuso en la utilización de este beneficio.

Disminuir el abuso y el fraude, no sólo libera recursos para mejorar la atención de salud sino que además aumentaría la productividad laboral

Actualmente, por concepto de licencias médicas curativas (excluyendo maternales y niño menor de un año), se pierden 17 millones de días al año, lo que equivale a 71 mil personas improductivas en ese período. Es evidente que cualquier mejora para recuperar parte de estos días perdidos será significativa en la productividad del país.

Una crítica importante que se hace al sistema de licencias médicas, es que tiene incentivos que favorecen las licencias más prolongadas, ya que si ésta es mayor de 10 días el trabajador recibe también el pago de los tres

**Propuesta de cambio 5:
Incentivar el uso de la salud administrada o mecanismos similares**

primeros días, lo que no ocurre en las licencias más cortas. Por otra parte, es muy difícil controlar la emisión de licencias injustificadas o francamente dolosas por parte de ciertos médicos.

II.5. Competencia e integración de los sistemas público y privado

II.5.1. Financiamiento de la Salud Previsional

La mayoría de los países, incluido Chile, establece cotizaciones obligatorias para salud y define coberturas mínimas, a las cuales toda la población tiene acceso. En Chile, esta cobertura mínima para toda la población está asegurada en el sistema público de salud, esto es, toda la población tiene garantizado el acceso al sistema público de salud, ya sea que cuenten con recursos para cotizar o que no dispongan de recurso alguno para pagar por su salud. A su vez, en el sistema público de salud opera directamente una infraestructura ambulatoria y hospitalizada, que otorga las atenciones que demandan sus beneficiarios, hasta donde los recursos humanos, físicos y financieros lo permitan. El financiamiento del sistema público tiene su origen principalmente en el aporte fiscal proveniente de los impuestos y las cotizaciones de sus afiliados, siendo ambos de monto equivalente. Es decir, el Fisco aporta la mitad del gasto del Sistema Público de Salud, siendo la otra mitad financiado directamente por los aportes de sus afiliados a través del 7% de sus sueldos o pensiones.

Por su parte, aquella porción de la población que cuenta con un nivel de ingresos mayor, puede elegir entre el sistema público y el sistema privado, utilizando la libertad de elección que la legislación vigente permite, optando por pagar su cotización

M\$ 2001	1991	2001	Diferencia	Crecimiento
Licencias curativas	89.446	179.890	90.444	101%
Licencias maternales	24.555	85.932	61.377	250%
Pre y Post Natal	22.385	57.091	34.706	155%
Hijo menor	2.170	28.841	26.671	1.229%
Total licencias	114.001	265.822	151.821	133%

TABLA 7

Fuente: Exposición Sr. Marcelo Tokman, Ministerio de Hacienda.

obligatoria en alguna Isapre. Como se comprueba en la Tabla 8, actualmente el 70% de los chilenos dependen del sistema de salud público.

La cobertura otorgada por el Sector Público está normada por ley y tanto el monto de la cotización mensual, como los copagos a desembolsar por cada prestación demandada, van en relación directa a la renta.

Existen dos modalidades de atención en el sistema público: la modalidad Institucional y la de Libre Elección. La atención Institucional se realiza en la red de establecimientos públicos y municipalizados y la de Libre Elección en prestadores privados en convenio con el Fonasa. Todos los beneficiarios del sistema público tienen derecho a ambas modalidades, salvo los indigentes que sólo tienen acceso a la modalidad institucional. Los afiliados al sistema público deben pagar el 7% de su renta mensual, hasta un tope de UF 4.2 mensual, salvo los indigentes que no cotizan.

Las Isapres, a su vez, ofrecen una variedad de planes según la necesidad del afiliado, recibiendo como cotización el 7% obligatorio más aportes adicionales voluntarios.

Como se indicó anteriormente, la legislación vigente en el sistema de salud permite a las per-

sonas elegir entre dos opciones: el sector público y el sector privado. El primero financiado por cotizaciones más impuestos y el segundo financiado por cotizaciones.

Tal como se ha expresado, el subsidio fiscal para salud sólo se entrega al Sistema Público y, por lo tanto, las personas pueden gozar de este subsidio sólo si se adscriben a dicho sistema. Lo descrito da como resultado que sólo una parte de la población puede elegir su Sistema de Salud, ya que el resto no cuenta con los recursos adicionales para pagar por su propia cuenta el valor de su cobertura de salud. Para el año 2004, el presupuesto de ingresos del Ministerio de Salud se fijó en 1 billón quinientos diecisiete mil millones de pesos, de los cuales el 48% es aporte fiscal, 36% son cotizaciones y el 16% restante por venta de servicios y copagos de la Libre Elección del Fonasa. Lo anterior implica que para una amplia mayoría de los beneficiarios del sistema público, su pago por cotizaciones es inferior al valor del servicio recibido, por lo tanto no es factible elegir una Isapre, ya que por una cobertura equivalente tendría que pagar un monto muy superior. En efecto, si se considera que la cobertura que ofrece el sistema público, es equivalente al gasto promedio por beneficiario, entonces la cobertura es equivalente a \$ 11.250¹ por persona al mes, por

TABLA 8

	Total (Mill)	Porcentaje
Fonasa	10.5	70%
Isapre	2.7	18%
FF.AA.	0.5	3%
Otro	1.4	9%
Total	15.1	100%

Fuente: INE, Censo 2002.

¹ Se asume que el gasto de la administración central del MINSAL y sus entidades dependientes y los bienes públicos alcanzan aproximadamente Mill\$ 100.000 y se restan del presupuesto anual.

lo cual el subsidio público que reciben muchas familias es importante (Tabla 9).

La Tabla 9 muestra la diferencia entre la cotización aportada por una familia en función de su renta y los beneficios recibidos, asumiendo que la cobertura equivale al promedio del gasto del sector público por persona. Los resultados indican que para el caso de una familia de cuatro integrantes y una renta mensual de \$ 300.000, el subsidio mensual alcanza a \$ 24.000, en este caso el subsidio es mayor que su cotización (114%). Bajo estas condiciones, no existe la posibilidad de optar, ya que la opción privada será de un valor muy superior para dicho trabajador.

Aquella parte de la población que le resulta factible de elegir su sistema de salud, corresponde a aquella en la cual su cotización es superior al beneficio esperado en el sector público. En el caso

**Propuesta de cambio 6:
Apertura a privados en la construcción y administración de establecimientos de atención primaria**

de familias de tres o más personas, equivaldría a una renta superior a los \$ 500.000.

¿Bajo qué condiciones sería posible la implantación de un mecanismo de compensación de riesgos?

La situación anterior se extrema cuando se considera la diferencia de riesgo entre la población en virtud del sexo y la edad. En efecto, de acuerdo a la información de la Superintendencia de Isapres, los costos por atención de salud anuales por persona pueden variar entre \$ 112.631 en un hombre de 30 años y \$ 1.096.794 en un hombre de 75 años, asimismo la diferencia de costo esperado entre una mujer de 30 años y un hombre de la misma edad es de casi 3 veces (Tabla 10).

Conforme a la Tabla 10, las Isapres tarifican sus planes de salud en función del costo esperado, y por lo tanto el precio para una persona mayor puede llegar a ser varias veces el precio de una persona joven.

En caso de establecer una tarifa plana, esto es, sin diferencia por riesgo, se debe estudiar la im-

N° personas grupo familiar	Ingreso familiar mensual (\$)		
	200.000	300.000	400.000
3	\$ 19.750	\$ 12.750	\$ 5.750
4	\$ 31.000	\$ 24.000	\$ 17.000
5	\$ 42.250	\$ 35.250	\$ 28.250
Subsidio respecto de la cotización			
3	141%	61%	21%
4	221%	114%	61%
5	302%	168%	101%

TABLA 9

Monto del subsidio mensual aportado por el Estado

Fuente: Comisión Salud e Ingeniería, Instituto de Ingenieros de Chile.

Edad	Hombres	Mujeres
Menos de 20	154.540	149.932
20-34	112.631	301.831
35-44	160.272	307.959
45-55	228.931	339.688
55-64	380.568	422.445
65-74	683.852	573.237
75 y más	1.096.794	711.857
Promedio	182.146	271.380

TABLA 10

Costo anual promedio por atención de salud (\$ 2002)

Fuente: Superintendencia de Isapres.

plantación de un mecanismo de compensación de riesgos. En efecto, al establecer una tarifa plana, ésta corresponderá al promedio ponderado de la tarifa por riesgo, lo que necesariamente implicará que para algunos beneficiarios se registrarán importantes márgenes y para otros importantes pérdidas, incentivando a las instituciones a excluir a los beneficiarios con alto riesgo y a privilegiar a los de bajos riesgos. El mecanismo de compensación se aplica para evitar que suceda lo descrito, extrayendo los pagos en “exceso” de los bajos riesgos y subsidiando a los altos riesgos con aportes adicionales a la tarifa del plan establecida.

Tal como se indicó anteriormente, el sistema de salud chileno se caracteriza por la interacción de un seguro público con seguros privados de libre elección. Así como el sistema público es fuente de críticas, el sistema asegurador privado también lo es. En efecto, las críticas frecuentes a las Isapres son: “descreman” el mercado, manteniendo a los clientes con más recursos y menos riesgo de salud, dejando el resto a Fonasa; y, planes de salud con baja cobertura para enfermedades catastróficas. Estas críticas deben ser revisadas en función de la legislación vigente, de tal manera de determinar el origen de los problemas planteados.

Descreme o selección de riesgos

El Fonasa, ofrece una cobertura de salud semejante a todos sus cotizantes, cobrando un monto dependiente del ingreso de cada individuo. Las Isapres ofrecen múltiples planes, y en general, a mayor ingreso se tiene acceso a una mayor cobertura dependiendo de las características de sexo y edad de cada grupo familiar. La situación anterior establece incentivos para que sea la población de menor ingreso y más riesgosa la que opte por Fonasa, y la de mayor ingreso y relativo menor riesgo opte por una Isapre.

Lo descrito anteriormente, respecto de los incentivos presentes para elegir el Fonasa o una Isapre, se producen naturalmente. En efecto, a mayor nivel de ingreso de un individuo aumenta la cotización al Fonasa, el 7% de la renta, y simultáneamente,

aumenta el copago por las atenciones recibidas en la red pública. En el sector privado, al aumentar el ingreso también aumenta la cotización, pero como las Isapres pueden ofrecer múltiples planes, también aumentan los beneficios de dichos planes. En consecuencia, es natural que las personas de mayor nivel de ingreso seleccionen una Isapre, ya que de esta forma maximizan sus beneficios.

Por otra parte, cuando el riesgo esperado de un individuo aumenta, la cotización y la cobertura del Fonasa permanece inalterada, dado que esta institución compensa la diferencia de costo con el subsidio fiscal. Las Isapres, como se indicó anteriormente, establecen el precio de los planes en proporción al gasto esperado de cada beneficiario. En consecuencia a mayor riesgo –gasto esperado– aumenta el precio (o disminuye la cobertura) del plan de salud. Por esto, las personas de mayor riesgo optan por el Fonasa.

Por lo tanto, los individuos optan entre el Fonasa o una Isapre de acuerdo a su mejor conveniencia, considerando para ello la cobertura factible de acceder de acuerdo a sus ingresos disponibles.

¿Cuáles son los motivos por los que no existe una competencia entre el sector público y privado?

¿Es relevante?

Concordante con lo señalado anteriormente, las Isapres efectúan una revisión de la carga de enfermedades de cada postulante a beneficiario, de tal forma de detectar enfermedades preexistentes. En efecto, dado que en Chile operan simultáneamente un sistema público y un sistema privado, las personas pueden seleccionar aquél que les resulte más conveniente. Sin embargo, esta libertad también puede ser fuente de abuso por parte de las personas. En efecto, si las Isapres no establecieran la restricción de limitar el ingreso a individuos con enfermedades preexistentes, entonces la población del sistema público que está en una lista de espera para atención, podría inscribirse en una Isapre, recibir el tratamiento e inmediatamente retirarse de dicha entidad. Es evidente que este comportamiento implicaría una importante alza de los costos para las Isapres, que podría resultar en el fin del sistema privado.

Respecto de la crítica a la limitada cobertura de enfermedades catastróficas y tratamientos de alto

costo, esta situación fue abordada por las Isapres como autorregulación acordada con la SISP a contar del año 2000 y por ello, la mayoría de las instituciones incorporaron la CAEC (Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas) en sus contratos de salud, por lo cual este aspecto está solucionado en el sector privado.

En resumen, en Chile en la práctica hay dos sistemas, no hay uno solo, funcionando homogénea y coordinadamente. No se produce competencia de un sector con otro, ya que lo que le ofrece el sistema de Isapre para la gente de mayor ingreso es superior a lo que le ofrece el Sector Público. A su vez, el sistema de Isapres es incapaz de ofrecer a la población de menor ingreso una cobertura comparable con la oferta pública, por lo tanto el diseño elimina la posibilidad de competir de un sector con el otro en el grueso de la población.

II.5.2.

Uso e integración de prestadores público y privados

Existe en el país una amplia red de prestadores de diferentes niveles y complejidades, tanto públicos como privados. Sin embargo, la forma como operan actualmente los sistemas de salud no facilita la integración y coordinación de los prestadores.

En efecto, como se indicó anteriormente, el sistema público de salud mantiene una amplia red de atención en todo Chile, sin embargo, esta red sólo puede otorgar atenciones a los beneficiarios del sector público y sólo en condiciones especiales a pacientes privados. A su vez, los prestadores privados sólo pueden ofrecer sus servicios, a los beneficiarios del sector público, en la modalidad de Libre Elección y en forma muy limitada para algunas atenciones de alta complejidad de la modalidad Institucional. La información disponible indica que la bonificación de las prestaciones ambulatorias en la Libre Elección del Fonasa es adecuada, sin embargo, en las atenciones hospitalizadas es baja. A su vez, los servicios otorgados por la atención primaria se efectúan respecto de la población de acuerdo a su domicilio, lo cual impide la movilidad de las personas. Asimismo, la organización según niveles de complejidad, desde los consultorios municipales a los consultorios de mayor especialidad y en general adosados a los hospitales, también limita la movilidad de la población entre hospitales públicos.

El resultado de todo lo anterior es un bajo nivel de competencia entre los prestadores de ambos sistemas, lo cual tiene efectos importantes en la eficiencia y productividad, principalmente en el sector público, ya que en el sector privado al menos existe competencia entre sí.

Entre el sector público y privado de salud existen notables diferencias de productividad. ¿A qué se debe?

Conforme con lo indicado, y a modo de ejemplo respecto del funcionamiento del sector público, cabe destacar que los egresos de un hospital público son de 40 pacientes por cama al año, mientras que en las Clínicas Privadas, de complejidad comparable, es de 66 pacientes por cama, esto es: un 65% superior. No obstante, parte de esta diferencia de productividad tiene que ver con situaciones específicas distintas que el Sector Público debe enfrentar, como por ejemplo, los traslados desde regiones que obligan a asegurarse que esa persona vuelva bien, lo mismo sucede cuando la casa del paciente no está bien habilitada y por lo tanto también se retrasa el alta. Sin embargo, tales casos no explican la diferencia de un 65%, ya que esto significaría que la amplia mayoría de las personas que se están atendiendo son traslados remotos o con problemas similares a los descritos.

De acuerdo a información del Gobierno, actualmente existe un déficit de alrededor de 50 consultorios, principalmente por la movilidad de la población desde zonas rurales a urbanas; asimismo, respecto de la infraestructura hospitalaria pública, las estimaciones indican que la brecha de inversión (diferencia entre la inversión requerida y la disponible) para los próximos diez años alcanza US\$ 600 millones. Por otra parte, el hecho que los sistemas públicos y privados no operen integradamente limita la viabilidad de invertir en muchas tecnologías, en aquellas áreas en las cuales las poblaciones de cada sector por sí solas, no tengan el tamaño suficiente para justificar dicha inversión. Un ejemplo de esto es la Resonancia Nuclear Magnética, la que no está disponible en todas las ciudades del país.

II.5.3.

Incentivos incorrectos al interior del Sistema de Salud

A continuación se indican diversas situaciones en las cuales los incentivos no son los adecuados:

- a. El Sector Salud público está estructurado en base a una atención primaria, básicamente municipalizada, en que cada Municipalidad administra un aporte mensual por persona entregado por el MINSAL, monto que depende de la ubicación geográfica de cada Municipalidad. En relación a ese monto, el incentivo de la Municipalidad es gastar lo menos posible y derivar a la persona, esto es, la salud primaria no está incentivada a la solución de problemas sino a la derivación de pacientes.
- b. Por otra parte en el Fonasa no hay un mecanismo de reclamo, como en el caso del Sector Privado donde hay una Superintendencia, que actúa como juez, árbitro-arbitrador y define quién tiene la razón al existir conflictos entre los afiliados y las Isapres. En el Sistema Público no existe una Superintendencia que tome el caso y resuelva y obligue a la entidad pública a cumplir plazos o dar la cobertura que corresponda. Esto implica que la población de menores ingresos que se atiende en el Sector Público debe reclamar por mala atención por medio de un juicio en los Tribunales de Justicia, mientras a la población de más recursos, que está en el sector privado, es el Estado quien la defiende contra la Isapre.

El proceso de reforma del sistema de salud ha revisado este problema y a contar del 1° de enero de 2005 está en operaciones la nueva Superintendencia de Salud a la cual podrán recurrir tanto los beneficiarios del sector público como privado para resolver los conflictos de cobertura que surjan.

Respecto de la operación de esta nueva Superintendencia falta por reconocer si tendrá la independencia suficiente para poder actuar adecuadamente respecto de los beneficios del Fonasa.

- c. Como se indicó anteriormente, el sistema chileno tiene un beneficio “mandatado”, esto es, el Estado establece la obligación de comprar una cobertura de salud, pero da opciones: sector público o privado, y en el sector pri-

Propuesta de cambio 8:
Control del gasto en licencias médicas

vado existen coberturas alternativas. Uno de los objetivos del mandato es evitar que aquellos que pueden pagar por su salud, se aprovechen de los subsidios que existen para aquellos que no cuentan con recursos.

En efecto, sin el mandato, personas con recursos podrían no comprar un seguro y después al enfermarse recurrir al Sector Público. Sin embargo, esta necesidad de forzar la compra de una cobertura de salud, crea condiciones que facilitan el uso de prestaciones, ya que la propia cobertura disminuye el precio (copago) de las prestaciones y esto termina encareciendo la salud. Además, dado que existe una amplia libertad en el diseño del seguro y la persona mandatada puede comprar cualquier cobertura, es posible que dicha cobertura privilegie las atenciones de bajo costo y baja complejidad y no las catastróficas. Por otra parte, la prevención ha sido un aspecto en continuo debate, sobre todo en el sector privado, sector respecto del cual se señala que no cubre este tipo de atenciones.

Conforme con lo anterior, es válido revisar las coberturas mínimas obligatorias que deben otorgar el sistema público y el privado a sus beneficiarios, para evitar sorpresas frente a eventos de alta complejidad, establecer programas preventivos y minimizar la cobertura de baja complejidad y bajo costo, priorizando aquellas actividades más costo-efectivas.

En este contexto el actual Presidente del Colegio Médico de Chile ha expresado que “Siempre ha habido priorización en el sector salud”.

- d. El sistema de Libre Elección –tanto público como privado– tiene incentivos mal planeados. En efecto, el sistema de libre elección implica que el beneficiario escoge al prestador, en general, de una amplia variedad de oferentes. Esta situación resulta en que los prestadores pasan a ser oferentes de prestaciones de salud y no de soluciones para problemas de salud, asimismo dificulta al Fonasa y las Isapres la posibilidad de establecer convenios que propendan al control de costos. El sistema de salud que realmente contiene los costos son los “Sistemas de

Salud Administrada”. En estos sistemas, los incentivos están correctamente puestos y el asegurador transfiere parte del riesgo al prestador, así, el médico y el hospital tienen interés en actuar en forma eficiente, en prevenir, atender en forma rápida y que las personas no se agraven.

- e. Por último, mientras el subsidio estatal sólo opere para los beneficiarios del Sistema Público y por lo tanto impida que las per-

sonas puedan elegir al Sistema Privado, este último no podrá invertir en infraestructura para la población de menores ingresos y ofrecer así una alternativa a la actual red de atención. No existen incentivos que permitan al sector privado invertir en infraestructura para segmentos de menores ingresos, ya sea en asociación con la red pública o independientemente a ella.

III. Experiencia Internacional

Tal como se indicó anteriormente, la experiencia internacional muestra que independientemente de cuál sea el país, en la mayoría de ellos los sistemas de salud están con problemas, y en la mayoría de estos países continuamente se están discutiendo oportunidades de reforma, tanto en lo que respecta al nivel macroeconómico de controlar los gastos, para que no consuman un porcentaje muy importante del PGB, como también en tratar de introducir cambios que vayan en la línea de mejorar la eficiencia económica.

A continuación se resumen las tendencias que se observan a nivel internacional, en las reformas e ideas que se presentan.

III.1. Definición de los Beneficios

Tradicionalmente los Beneficios eran definidos ambiguamente, como: “El gobierno dará todos los servicios que pueda”. Las reformas tienden a definir los Beneficios explícitamente a través de paquetes básicos.

Ejemplos:

- Colombia Ley 100, con paquetes básicos POS y POS-S.
- República Dominicana, El Salvador, Nicaragua, Panamá con paquetes básicos de atención primaria.
- Reino Unido: *The Patient's Charter* (La carta del paciente).

III.2. Financiamiento

El mecanismo más frecuente es que el Estado financie la provisión en establecimientos públicos con subsidio a la oferta. Las Reformas están modificando esto, estableciendo al Estado como fuente de subsidios sólo para la población pobre, con subsidio focalizado hacia la demanda y con prima ajustada por riesgo.

Ejemplos:

- Colombia Ley 100.
- Nicaragua INSS (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social).
- Canadá: El gobierno compra, los privados producen.
- Reino Unido: *Purchaser-provider split*: Entre National Health Service comprador y Hospital Trusts (separación entre el comprador y el proveedor).

III.3. Aseguramiento

El aseguramiento ha permanecido en manos de un gran sistema público, con ciertas ineficiencias y con aseguradores privados múltiples y no regulados. Las reformas están permitiendo la convivencia de aseguradores públicos y privados que compitan (al igual que proveedores públicos y privados) en ambiente de competencia regulada.

Ejemplo:

- Colombia.

III.4. Proveedores

En general la mayoría de los proveedores ha estado en manos del Estado, a través del Ministerio de Salud e Instituto de Seguridad Social, con problemas de financiamiento, eficiencia y calidad. Las Reformas están permitiendo que proveedores públicos y privados coexistan y compiten (al igual que aseguradores públicos y privados) en ambiente de competencia regulada.

Ejemplo:

- Nicaragua INSS.

III.5. Administración de Hospitales Públicos

Tradicionalmente los hospitales públicos operan con esquemas rígidos de gestión, sin flexibilidad administrativa. Las Reformas entregan a los hospitales públicos autonomía de gestión, con facultad para contratar y administrar sus recursos.

**Propuesta de
cambio 9:
Actualización
de los programas de
prevención**

Ejemplo:

- Reino Unido.

III.6. Organización y funciones más utilizadas

En la actualidad, generalmente el Ministerio de Salud centraliza las funciones de financiamiento, provisión, regulación y control. Las Reformas muestran una tendencia a la especialización de las funciones:

- Regulación y control (Rol Rector): Ministerio de Salud.
- Salud pública: Ministerio de Salud.
- Regulación y control: Superintendencia de Salud (especialmente del aseguramiento) y participación ciudadana (“contraloría social”).
- Aseguramiento y financiamiento: Aseguradores públicos y privados operando en competencia.
- Provisión: Proveedores públicos y privados en competencia.

IV. La Reforma

La Reforma al sistema de salud impulsada por el Gobierno abarca muchos aspectos, considerando: cambios en la estructura y organización del Ministerio de Salud, entregándole mayor autoridad a éste y, simultáneamente, buscando autonomía en la gestión de sus entidades dependientes; la creación del Régimen de Garantías en Salud (AUGE), el cual convierte en derechos exigibles coberturas consideradas prioritarias para el Gobierno; modificación en la legislación de las Isapres, aumentando las exigencias de solvencia, transparencia y obligaciones a estas instituciones y, por último, modificando el actual sistema de licencias médicas.

De acuerdo a lo expresado por el Dr. Manuel Inostroza, actual Superintendente de Isapres, la Reforma considera los siguientes aspectos: Integración Pública y Privada, convertir en clientes a beneficiarios por medio de garantías exigibles y con esto aumentar competencia en el sector público, crear un mecanismo de acreditación de prestadores y establecer un sistema de recepción de reclamos para los beneficiarios del Fonasa en la nueva Superintendencia de Salud.

IV.1.

Ley de Autoridad Sanitaria

La reestructuración del Sistema Público de Salud, implicará separar funciones. Por un lado, las funciones de salud pública, que quedan encargadas a un Ministro y a un Subsecretario de Salud Pública. Esta función tendrá una línea presupuestaria di-

recta desde la Dirección de Presupuesto al Ministerio de Salud y estará encargada de la protección de la salud de la población y de contribuir a la regulación de los mercados, buscando asegurar la calidad de las prestaciones.

La Superintendencia de Prestaciones queda como aquella que supervisa los Servicios de Salud, donde los Directores de Servicio mantienen las atribuciones de gestión actuales, pasando las de autoridad sanitaria a los SEREMIS. Estos últimos pasan a ser la autoridad sanitaria de cada región.

El otro cambio son los hospitales autogestionados, a los cuales se les permite un mayor grado de gestión de su presupuesto y de su personal. Sin embargo, esta mayor libertad de administración es limitada; en palabras del Dr. Inostroza: “No tienen un manejo total y no queremos que lo tengan en su desarrollo institucional, porque la experiencia de los ingleses es muy clara, se desarrollan aquellos hospitales donde, por ejemplo, hay un gran cirujano de vesícula, y se empieza a desarrollar esa área en desmedro de las otras...”.

Los cambios en la gestión son insuficientes y por ello se mantendrá en gran medida la inflexibilidad actual

Otro tema de la ley de autoridad sanitaria es el de la gestión del personal. Se mejoran las jubilaciones. La edad promedio del sistema de salud es 47 años y hay Servicios como el de La Araucanía con 57 años. La edad promedio de la fuerza de

trabajo en Chile es 37 años. Esto genera alto ausentismo, bajo nivel de capacitación, resistencia al cambio y mucha gente en edad de jubilar que no se retira porque la pérdida de ingreso sería muy relevante.

Asimismo, se crean estímulos colectivos por cumplimiento de metas por servicio y también estímulos individuales, además se regula la calificación anual del personal al establecer que un tercio de aquél no obtiene el estímulo financiero y que además por no tenerlo, esto obliga a calificarlo en lista dos o tres. Además el primer tercio recibe más que el segundo.

No obstante las medidas de gestión que contribuyen a mejorar la situación del sector público, se mantiene el marco del Estatuto Administrativo, Ley N° 18.834, lo cual implica que se mantiene en gran medida la inflexibilidad actual.

IV.2.

Régimen de Garantías en Salud, AUGE

El AUGE es un plan que garantiza la atención de una selección de patologías, en función de las prioridades sanitarias, esto es, las que más daño causan desde la perspectiva de los años de vida perdidos y de los años con discapacidad.

Características principales

La llamada ley del AUGE, que es en realidad la Ley del Régimen de Garantías en Salud, implica cambios fundamentales en el sistema de salud del país:

- 1° Transforma a la población beneficiaria del sector público desde pasivos receptores de beneficios públicos, a demandantes de servicios con derechos exigibles.
- 2° Traspasa la responsabilidad por la oportunidad de atención desde los hospitales públicos hacia el Fonasa. Hasta hoy las listas de espera por atención se registran, administran y se responsabiliza a los hospitales públicos, manteniendo cada uno de ellos una lista particular. En efecto, el Régimen de Garantías en Salud responsabiliza al Fonasa de la obligación de cumplir con la atención requerida, en la oportunidad que corresponda de acuerdo a cada patología, debiendo, por lo tanto, el Fonasa buscar los prestadores que den solución oportuna, ya

que en caso de no cumplir, será la Superintendencia de Salud la que establecerá el prestador a utilizar, sea público o privado. Surge, en consecuencia, una instancia de competencia para los prestadores públicos. Si un ciudadano estima que no se han cumplido las garantías que esta Ley le otorga, tendría que solicitar una mediación contemplada en la ley o demandar al Estado a través de la Justicia Ordinaria.

- 3° El Régimen de Garantías reconoce explícitamente para el sector público y privado de salud la necesidad de priorizar el destino de los recursos –siempre limitados– frente a una demanda siempre superior. Este reconocimiento permite incorporar racionalidad en la distribución de los recursos sociales destinados a la salud.

Garantías explícitas

Se garantiza la atención de salud a través de cuatro aspectos:

1. **Acceso:** A los beneficiarios de los sectores público y privado se les otorga acceso, garantizándolo por medio de un derecho consagrado en la ley.
2. **Calidad:** Se les garantiza la calidad de la atención por medio de la acreditación de los prestadores que son facultados para otorgar las atenciones del régimen.
3. **Oportunidad:** Se establecen plazos máximos de atención y los medios para su exigibilidad.
4. **Protección financiera:** Se crea una cobertura financiera tal que asegura el financiamiento de patologías graves.

En la práctica, a contar del AUGE habrá en Chile una cobertura mínima explícita y no una declaración de intenciones, ya que el AUGE tiene categoría de derecho exigible. Por lo tanto, existirán en Chile tres tipos de poblaciones diferentes: los indigentes que tendrán garantizado las atenciones del AUGE; la población cotizante del Fonasa que tendrá garantizada las atenciones del AUGE y la cobertura de la modalidad de libre elección (la cual no tiene problema de oportunidad en la atención), y la población de mayor nivel de ingreso que podrá optar por recibir su cobertura garantizada en el Fonasa o en una Isapre.

IV.3. Ley de Isapres

A continuación se indican los aspectos más relevantes considerados en la ley:

- Dada la obligación para las Isapres de dar AUGE, el plan actual de salud pasa a denominarse plan complementario y se establece que el mínimo será la cobertura financiera de Fonasa Libre Elección.
- Precios planes Isapre. Para el AUGE el precio debe ser parejo o nivelado por sexo y edad. El Precio del plan Complementario libre y de acuerdo a riesgo. Los cambios de Precio del AUGE se aplican cuando éste se modifica por decreto (cada tres años) y el precio del plan complementario anualmente. Se crea un sistema de regulación de precios de la cartera, que establece la obligación de informar el incremento de precios promedio que se aplicará en el año siguiente y se limita el alza dentro de una banda con un máximo de un 30% sobre el promedio de cada Isapre.
- La Declaración de Salud se hace parte esencial del contrato y obliga al afiliado a declarar fidedignamente. Las enfermedades preexistentes sólo estarán excluidas para el plan complementario.
- Integración Vertical. Se eliminó del giro de las Isapres la posibilidad de otorgar directamente las prestaciones.
- Se obliga a las Isapres a mantener el contrato de salud cuando fallece el cotizante y a permitir paso de beneficiario a cotizante.

En resumen, se hace más transparente la cobertura mínima obligatoria a otorgar por cada Isapre y se establece un mecanismo de cambio de precio que impide que cada Isapre pueda aplicar alzas importantes de precios a grupos pequeños de cotizantes.

IV.4. Ley de Licencias Médicas

A continuación se indican los aspectos más relevantes considerados en la ley:

Propuesta de cambio 10: Concordancia entre la cotización y el aumento de cobertura y costo

- Se extiende la cobertura desde atención en el hogar a la atención hospitalizada, para licencias por enfermedad del niño menor de un año.
- El médico deberá detallar al emitir una Licencia Médica: Lugar de reposo; Diagnóstico y los procedimientos para llegar a él; El carácter grave; Necesidad de los cuidados.
- Se ha incluido a las licencia médicas dentro de los certificados y permisos cuya falsificación y uso malicioso está sancionado con penas previstas en el Código Penal.
- Se faculta al Fonasa para aprobar, rechazar o modificar las licencias médicas (incluyendo maternales) y pagar los subsidios por incapacidad laboral de los beneficiarios del sistema público, reemplazando a los Servicios de Salud (COMPÍN) y Cajas de Compensación en dicha función.
- Se mantienen los COMPÍN como instancia de apelación de las resoluciones del Fonasa y de las Isapres.
- Se Faculta a la Superintendencia de Salud para sancionar a las Isapres por incumplimiento de normativa e instructivos sobre la materia y de instruir sumarios administrativos respecto de Fonasa y COMPINES por iguales incumplimientos; también para sancionar a los profesionales que emitan las licencias médicas sin fundamento médico y éstas fueran rechazadas por disponer reposo injustificado.
- Se extiende de tres a cinco meses de remuneración, el período considerado para la determinación de la base de cálculo.
- Se establece un período de carencia de dos días para todas las licencias cualquiera sea su duración (se excluye pre y postnatal), reemplazando la carencia de tres días para las licencias de menos de 11 días.

IV.5. Omisiones de la Reforma

Se considera que la Reforma, no obstante efectúa muchos cambios relevantes para el sistema de salud del país, omite algunos aspectos muy importantes, respecto de los cuales existe concordancia técnica.

En efecto, el proyecto no establece subsidios portables, por el contrario, aumenta los impuestos y el aporte fiscal al Fonasa, por lo que se espera una disminución del sector privado de salud, disminuyendo la libertad de elección. Tampoco

modifica sustancialmente la gestión de la red pública ni permite una amplia apertura a venta y compra de servicios a privados, por lo que no crece la competencia para mejorar la gestión.

V. Propuesta

Los países enfrentan diferentes problemas de salud en directa relación con su progreso socioeconómico. En efecto, los países muy pobres tienen una morbilidad asociada principalmente a enfermedades infectocontagiosas y, simultáneamente, tienen sistemas de salud con un bajo desarrollo. Por esto, la actividad del sector salud de estos países se debe concentrar en programas de educación, alimentación, prevención y vacunación y la implementación de servicios de agua potable y alcantarillado. Al mejorar la situación económica de los países, los sistemas de salud incorporan en mayor o menor grado la atención curativa básica, creando la infraestructura correspondiente. Inicialmente se tratan las condiciones de salud y enfermedades de mucha prevalencia, como las enfermedades infectocontagiosas (por ejemplo, diarreas infantiles) y los partos. A medida que los países disponen de más recursos se van incorporando las cirugías de mayor frecuencia (por ejemplo, la colecistectomía-vesícula). Este aumento de la complejidad de los sistemas de salud, crece exponencialmente cuando los recursos disponibles de los países permiten comenzar a integrar medios de tratamiento y diagnóstico más avanzados, lo cual crea un importante problema de selección de inversiones.

En efecto, la gran variedad de herramientas terapéuticas y diagnósticas actualmente vigentes, hacen difícil evaluar y priorizar el impacto que cada una de estas tecnologías y procedimientos tendrá en la salud de la población. Además, esta situación se ve empeorada por el importante impacto político que los problemas de salud tienen.

En consecuencia, en los inicios del proceso de desarrollo de los países es muy evidente reconocer cuáles son las prioridades que deben enfrentar los sistemas de salud, sin embargo, a medida que los países avanzan en su nivel socioeconómico y la población mejora su nivel educacional y de acceso a información, esto se hace más complejo, principalmente por la amplia variedad de opciones que surgen y la dificultad para analizar el problema desde una perspectiva técnica.

El país está comenzando a enfrentar el problema que sufren actualmente todos los países desarrollados: el crecimiento de los costos de salud que aumentan por sobre el crecimiento económico y el de las remuneraciones ¿Es posible corregir esta situación?

Chile ha llegado a una situación en la cual el nivel socioeconómico permite a una parte relevante de la población acceder a un nivel de salud comparable con los países desarrollados y simultáneamente ha creado un sistema de salud, tanto en su vertiente pública como privada, que permite el acceso a la atención de salud a toda la población del país. La situación actual en Chile, muestra una mayoría de la población con elevados niveles de salud, con acceso a la educación, vivienda, agua potable, alcantarillado y alimentación adecuados. Asimismo, la población tiene acceso a la atención de salud casi en cualquier punto del país y medios de derivación para resolver parte importante de la morbilidad actual. Sin embargo, el país está comenzando a enfrentar el problema que sufren actualmente todos los países desarrollados, esto

es, el crecimiento de los costos de salud que aumentan por sobre el crecimiento económico y el de las remuneraciones, lo que puede provocar importantes conflictos políticos y graves consecuencias macroeconómicas.

Como se indicó anteriormente en este documento, las causas que explican este crecimiento de los costos son: el progreso y mejoramiento de la medicina, la cual resuelve de mejor forma más enfermedades; más información y mayores expectativas respecto de la atención de salud; el envejecimiento de la población y, el funcionamiento de los sistemas de salud con incentivos incorrectos, que empujan el sobreconsumo de prestaciones. De las causas indicadas, sólo se puede actuar respecto de la organización de los sistemas de salud, buscando establecer incentivos correctos, esto es, que el propio sistema busque utilizar los recursos de la manera más eficiente posible para maximizar el nivel de salud de la población.

Es en el contexto descrito en el que se plantea la proposición general que se describirá a continuación.

Descripción general de la propuesta

Las bases respecto de las cuales se construye la propuesta son dos:

1. La implantación de la competencia en el sistema de salud (entre sectores público y privado) para maximizar la eficiencia en el otorgamiento de las prestaciones de salud, y
2. La creación de programas preventivos obligatorios para toda la población, establecidos de acuerdo a su costo-efectividad.

Para lograr lo anterior se deben considerar los siguientes aspectos:

- a. Modificar las responsabilidades y funciones de los actores.
- b. Establecer una cobertura general obligatoria para toda la población.
- c. Otorgar la libertad de elegir su entidad previsional de salud a toda la población, y
- d. Abrir para la inversión y operación de la red prestadora pública a actores privados.

La propuesta contempla que el Ministerio de Salud concentre sus actividades en 3 funciones, a saber: de regulación, control y financiamiento. Consecuente con ello definirá:

- la cobertura general obligatoria para toda la población,
- regulará y controlará los medicamentos autorizados para su uso en el país, y
- acreditará a aseguradores y prestadores de salud, estableciendo los programas preventivos obligatorios y definiendo los subsidios pecuniarios y no pecuniarios a otorgar.

Al establecer en la cobertura obligatoria programas preventivos para toda la población, también obligatorios, se crean las condiciones para que éstos puedan abarcar a una parte importante de la población.

Por otra parte, la propuesta considera que las funciones de Aseguramiento y Financiamiento de prestaciones de salud sean entregadas a entidades públicas y privadas operando en competencia, otorgando la libertad a toda la población de elegir cualquier entidad previsional. Tanto la cobertura obligatoria como el monto del subsidio financiero a otorgar a la población de escasos recursos, para permitir a esta población la compra de dicha cobertura obligatoria, es igual para las entidades públicas y privadas y es definida y aportada por el Ministerio de Salud.

Asimismo, la propuesta considera que la función de Provisión de Atenciones de Salud sea realizada por Proveedores públicos y privados en competencia. Los proveedores públicos y privados podrán establecer autónomamente los convenios con las entidades previsionales, debiendo financiarse de acuerdo a la venta de servicios. Todos los prestadores serán acreditados por el Ministerio de Salud, facultándolos para operar y para ser oferentes de servicios para la cobertura obligatoria.

El sistema descrito, permite que el Ministerio de Salud concentre su actividad en la definición de las prioridades de salud de la población, sin limitaciones impuestas por el nivel de efectividad de la red propia y su capacidad de inversión. Crea un importante nivel de competencia tanto a nivel previsional-asegurador como de provisión de atenciones de salud, lo cual garantiza un elevado nivel de eficiencia en ambos sectores y asegura el

otorgamiento de un programa de salud preventiva para toda la población.

PROPUESTAS:

Cambios que se deben realizar en el sector salud

V.1.

Establecer una cobertura mínima explícita para toda la población

Tal como se indicó anteriormente, es prudente establecer mínimos obligatorios que deben cumplir las coberturas de salud de los sectores público y privado, de tal manera de asegurar que las áreas relevantes de bonificación, que eventualmente pudieran quedar excluidas o que no resultan interesantes de incluir para un asegurador individual, queden efectivamente contempladas para toda la población o población relevante. En este sentido se deben priorizar las coberturas preventivas (en aquellas áreas donde la información es clara respecto de los resultados) y las coberturas catastróficas, privilegiando la existencia de copagos adecuados para el resto de las prestaciones, de tal forma de moderar la demanda por atención de salud.

V.2.

Modificar la gestión de hospitales públicos

El 60% de los gastos del sector público se destina a los hospitales, por lo cual es relevante maximizar el rendimiento de estos recursos. Para lograr lo anterior se deben introducir a lo menos dos condiciones básicas, a saber: la competencia y la flexibilidad en la gestión. Sin estas condiciones, cualquier cambio para aumentar la eficiencia de los hospitales públicos probablemente fracasará o en el mejor de los casos tendrá efectos limitados. La creencia que por el solo imperio de la Ley del AUGE, que da garantías explícitas de atención adecuada, se va a lograr un mejor servicio a los enfermos pobres parece ingenua, teniendo en consideración que la rigidez de la estructura organizativa del Sistema Público de Salud no se ha tocado en esta reforma.

Por otra parte, existe una falta de capacidad de inversión en el sector público, y dificultades para su integración con el sector privado, lo cual limita

el mejoramiento de la infraestructura pública y de la inversión en regiones, principalmente en alta tecnología.

Para mejorar lo anterior, se deben efectuar las siguientes acciones:

1. La concesión de hospitales nuevos o antiguos que requieran inversión importante.
2. La contratación de servicios a establecimientos privados incluyendo las Mutuales de Seguridad.
3. Cambiar la Ley de Accidentes del Trabajo para que el Sistema Público (SNSS e INP) deje de dar este seguro, obligando a que todos los empleadores deban afiliar a sus trabajadores a las Mutuales, las que tienen una gran capacidad ociosa. De esta manera se liberan importantes recursos dentro de los Hospitales Públicos y al mismo tiempo se mejora la atención a los trabajadores.

Asimismo, es necesario considerar que las instalaciones hospitalarias propias de las Mutuales, las cuales originalmente tenían por propósito resolver la atención requerida por los trabajadores frente a accidentes del trabajo y por enfermedades profesionales, actualmente han dejado de prestar servicios exclusivamente en esta área, abriendo la infraestructura a una amplia variedad de atenciones. No obstante lo positivo para el país de que exista una mayor oferta hospitalaria, mayor competencia y capacidad de inversión, se debe cautelar que no existan condiciones para algún sector que distorsionen la sana competencia.

Respecto de lo anterior, cabe tener presente que las Mutuales reciben una parte importante de sus ingresos por efecto de una cotización establecida por ley, y sus servicios se entregan principalmente a través de la red hospitalaria propia. Por otra parte, la operación de cualquier hospital es particularmente sensible al nivel de ocupación del mismo, lo cual permite que una vez alcanzado el punto de equilibrio, las atenciones adicionales puedan ofrecerse a precios más bajos.

Por todo lo anterior, al contar las Mutuales con una base de atención fija –los accidentes laborales y enfermedades profesionales

financiadas con una cotización— les permite ofrecer la capacidad ociosa de su infraestructura a costos marginales, siendo esto una ventaja relevante para estas instituciones respecto de las Clínicas Privadas.

Consecuente con lo anterior, es importante revisar las actuales barreras a la entrada para la creación de nuevas Mutuales, de tal manera de asegurar que existan las condiciones para que el nivel de competencia en este sector sea el adecuado. A modo de ejemplo, la ley establece que para formar una Mutual se deben juntar empresas con a lo menos 20.000 trabajadores, existe responsabilidad solidaria entre las diversas instituciones (lo cual puede ser modificado estableciendo obligación de reservas mínimas obligatorias para cada Mutual), y las instituciones deben ser sin fines de lucro. Los tres aspectos nombrados no tienen una justificación técnica en la actualidad.

4. La apertura de la red pública para la atención de privados.

Respecto de este tema el Dr. Castro, actual Presidente del Colegio Médico, plantea que “es factible el uso de infraestructura pública en la tarde, siempre que se pague el costo de oportunidad” y agrega que “los convenios públicos-privados son válidos siempre que no desnaturalice el propósito de los hospitales públicos”.

5. La transformación de la red pública desde servicios públicos a empresas estatales autónomas con regímenes laborales iguales al del resto de los trabajadores chilenos, es decir sujetos al Código del Trabajo y no al Estatuto Administrativo.

V.3.

Incorporar el uso de herramientas tecnológicas de apoyo a la gestión en el sector de la salud

La realidad actual del uso de tecnología en el sector de la salud es relativamente baja, y muy diversa. Hay una proliferación de sistemas propietarios, que no conversan entre sí, y que no permiten, por ejemplo, generar estadísticas de gestión adecuadas. Es relevante incorporar a la discusión el hecho que es necesario incorporar el uso de es-

tándares abiertos de comunicación entre sistemas informáticos, ya que su uso permitirá lograr que la información pueda circular en forma eficiente en el sistema sanitario.

Es relevante indicar que la falta de uso de tecnología de apoyo a la gestión es mucho más grave en el sector público que en el privado. Es así como en los hospitales públicos muchos procesos son manuales y de existir sistemas informáticos su uso no es extendido, siendo en general sistemas tecnológicamente obsoletos.

Adicionalmente, es relevante la incorporación de sistemas que permitan la gestión en red, ya que tanto el sector público, con sus Centros de Atención Primaria y Hospitales, como el sector privado, necesitan poder “gestionar” en forma eficiente la circulación de pacientes en la red asistencial. Esta gestión en red debe realizarse necesariamente con apoyo tecnológico, por ejemplo para el manejo de las “interconsultas” (Referencia y Contrarreferencia médica), evitando papeles innecesarios, logrando centralizar información, dejándola mucho más disponible, con posibilidades de efectuar gestión epidemiológica o administrativa en la red, con información actualizada y confiable.

En resumen, el enfoque de mejora en la gestión, debe considerar el uso eficiente de tecnologías de información, que además tome en cuenta la ventajosa realidad en materia de infraestructura de telecomunicaciones con que cuenta el país, y de esta forma disponer de procesos más eficientes y de mejores indicadores para monitorear la salud de la población, disminuyendo la presión por los aumentos de costos.

V.4.

Establecer la portabilidad de los subsidios públicos

Para los efectos del presente documento, se entiende por portabilidad de los subsidios públicos, el cambio desde el actual subsidio a la oferta hacia un subsidio a la demanda. Esto es, la entrega de los subsidios directamente a las personas que lo requieren, permitiendo que sea cada individuo el que elija libremente el sistema previsional de su conveniencia.

En virtud que los recursos disponibles en el sector público para atender a su población beneficiaria son suficientes para que dicha población

reciba la misma atención que en el sector privado; que, la tendencia de crecimiento de los costos de salud tanto para el sector privado como para el público son alarmantes y, que por último que el sector público no ha sido capaz de obtener los recursos de inversión para mantener y operar adecuadamente la red pública de atención, se propone la integración público-privada y el aumento del nivel de competencia en las áreas del aseguramiento y la prestación. Para lograr lo anterior, se debe permitir a la población de menores recursos, la portabilidad del subsidio público y de esta forma que disponga de la misma capacidad de elección que actualmente tiene la población de mayores ingresos.

En efecto, si se valoran los servicios que reciben los usuarios de Fonasa a precio privado, se verificará que reciben la misma cantidad de dinero en un año que idénticos servicios otorgados por el sector privado, por lo tanto el esfuerzo económico que se está haciendo en ambos sistemas es igual. Entonces, los problemas están al nivel de servicio, tanto por calidad de atención como por oportunidad.

Por otra parte, el efecto proyectado de la tendencia creciente del costo de salud durante los próximos años indica que si se asume que los costos de salud crecen al 6% anual (menos que lo registrado los últimos años) y que las remuneraciones lo hacen a un 3% anual, para el 2020 el sector público deberá más que triplicar el aporte fiscal actual para absorber dichas alzas y los afiliados a las Isapres deberán cotizar el 15% de su renta para mantener su cobertura actual.

Por último, el sector público registra una falta de recursos de inversión. Lo anterior, no obstante que la población del año 1980 al 2002 creció de 11.2 millones a 15 millones, un 37%, pero la población del sector público permaneció constante; el resto se atendió en el sector privado, en caso contrario el déficit de inversión sería muy superior.

El permitir la portabilidad de los subsidios que las personas reciben del Estado permitirá introducir la competencia entre prestadores de salud, que es el instrumento más efectivo para obtener la oferta de buena atención para los usuarios. Adicionalmente, la portabilidad tendría un poderoso efecto psicosocial al convertir a los beneficiarios desde sujetos pasivos del monopolio prestador estatal, a clientes activos que puedan elegir a aquellos prestadores que mejor los atiendan,

pagando con los subsidios recibidos. Esto terminaría con el humillante concepto de “indigencia” en salud.

Este mecanismo, el subsidio a la demanda en el campo de las políticas sociales, sólo en el área de la salud ha quedado fuera. La vivienda hace muchos años que lo aplica y en educación ha pasado lo mismo. El dinero que reciben los niños, sigue a los niños, o sea es portable. En otras palabras, este sistema tiene un efecto positivo en extremo y es que premia a aquel prestador que mejor sirve a la población, en lugar de mantener a la población atada a un prestador en particular, monopolístico, que puede atender mal sin sufrir las consecuencias. La experiencia mundial indica que los monopolios son ineficientes y dan mal servicio a sus usuarios. La libertad y la competencia, en la inmensa mayoría de los casos, usa mejor los recursos y otorga un mejor servicio a sus clientes.

V.5.

Incentivar el uso de la Salud Administrada o mecanismos similares

Los incentivos presentes en el sistema tradicional de la libre elección, han mostrado no ser efectivos para el control de los costos, dado que los prestadores actúan dentro de mercados y se requiere que las inversiones tengan un rendimiento adecuado, esto induce a multiplicar las prestaciones. Esto no sucede con los seguros, porque éstos mientras menos prestaciones consuma la gente, mejor. Entonces, el problema es cómo controlar a los prestadores. Por ello, basado en la evidencia científica, se concluye que deben estandarizarse diagnósticos y tratamientos, estableciendo el uso de protocolos de atención, “paquetes” a precios conocidos y otros mecanismos de traspaso de riesgos (*per cápita*).

V.6.

Apertura a privados en la construcción y administración de establecimientos de atención primaria

Una de las razones por las cuales Chile ha tenido tanto éxito en alcanzar altos niveles de salud, es que ha sabido aplicar la atención primaria, alcanzado con ella una amplia cobertura y estableciendo programas preventivos adecuados. Consecuente con lo anterior, se debe continuar con esta estrategia. Sin embargo, se debe tener presente

que la atención primaria básica que se ha utilizado hasta hoy no será igual de efectiva en el futuro, ya que las patologías a enfrentar serán diferentes (desde la desnutrición infantil a la obesidad, de las enfermedades transmisibles a las crónicas y degenerativas, de la mínima complejidad con escaso apoyo diagnóstico a exámenes de laboratorio e Imagenología, etc.). Asimismo, la movilidad de la población demanda actualmente que la atención primaria sea capaz de seguir a esta población, cerrando centros de atención y estableciendo centros nuevos con mayor oportunidad. Por último, hay que reconocer que no existe competencia en la actual atención primaria municipal.

Por todo lo indicado, se debe abrir la inversión y operación de centros de atención primaria a organizaciones privadas, aumentando con esto la competencia en el sector.

V.7.

Creación de Programas Especiales para adultos mayores y enfermos crónicos

Las enfermedades crónicas sólo cuando se complican deben llegar a un hospital. La mayoría de la atención de pacientes crónicos debe efectuarse en un sistema primario, en el que entre otros aspectos se debe convertir a dichos pacientes crónicos en pacientes expertos y que apliquen el autocuidado permanentemente.

Actualmente, la orientación de los sistemas de salud estatales, especialmente la atención primaria y secundaria, prioriza principalmente lo materno infantil y la cirugía general, y corresponde a una oferta organizada para enfrentar una realidad sanitaria de acuerdo a las necesidades de los años 80 y anteriores. En consecuencia, el sistema no está preparado para atender al adulto mayor. Los adultos mayores presentan una alta carga de morbilidad crónica y mental. Por ejemplo, la depresión en el adulto mayor, según informa la OMS en Chile, alcanza un 23,9% de prevalencia, con un 6,9% de depresión severa.

Es necesario aumentar el número de médicos especialistas en geriatría que en Chile es muy inferior a la de otros países en vías de desarrollo.

Por lo indicado, se debe dar prioridad en la atención primaria, a las enfermedades crónicas y degenerativas que afectan a las personas mayores,

estableciendo programas especiales para este grupo e incentivando el desarrollo de conocimiento en esta área.

Es notable que en Chile los médicos capacitados en geriatría sean apenas 18 especialistas, lo que representa el 1,15 por 100.000 mayores de 60 años. Esta cifra es muy inferior a la que tienen otros países desarrollados e incluso en vías de desarrollo. Panamá, por ejemplo, cuenta con 6,37 médicos geriatras por 100 mil habitantes, cifra que es superior a las de Brasil 3,13 y México 2,6.

Tal como se indicó precedentemente, es predecible un agravamiento del problema de los adultos mayores en el futuro, los cuales serán proporcionalmente más, demandarán más prestaciones y por más tiempo. En consecuencia, es prudente anticipar soluciones:

Respecto del tema del alto costo de los planes de salud que deben pagar los adultos mayores en las Isapres, se debe permitir que las personas puedan cotizar adicionalmente para el futuro, como un mecanismo de ahorro voluntario, antes de cumplir la edad para pensionarse, para nivelar las primas y también, posteriormente, para pagar el mayor precio. Por lo tanto, se deben dar las facilidades a cada individuo para que pueda cotizar por un monto mayor al 7% actual, deducible de impuestos, tanto previo a la edad de pensionarse como posteriormente.

V.8.

Control del gasto en Licencias Médicas

Como se indicó en el inicio de este informe, el gasto en licencias médicas es elevado en el país y su evolución creciente y en parte injustificada. El origen de lo anterior es lo elevado de este beneficio comparado con el resto del mundo, llegando incluso a reemplazar el 100% de la renta sin límites de duración, con la sola autorización de un médico.

Asimismo, este beneficio es legal y no contractual como en EE.UU., donde se establecen reglas y condiciones para recibir un subsidio, por ejemplo, opera un cuerpo de médicos especiales. En Chile, un médico que no tenga la especialidad de siquiatra puede emitir una licencia por estrés o depresión.

Los cambios que requiere este subsidio son:

- Límites de duración. El máximo número de días de la licencia médica de una persona por un mismo diagnóstico en el período de 1 ó 2 años, posterior a lo cual la persona debe acogerse a jubilación.
- Copago, el beneficio debe apoyar al trabajador y no sustituir la renta, lo cual incentiva el abuso y el fraude. (Cabe tener presente que Japón paga un 60%, España entre 60% y 75%, Italia entre 50% y 67% y Suecia 75% de la remuneración durante estos períodos).
- Establecer sanciones tanto a los beneficiarios como a los profesionales médicos que abusen de este subsidio.
- Permitir algún nivel de flexibilidad en los niveles y condiciones para recibir estos beneficios. Por ejemplo: poder mejorar la cobertura de salud a cambio de limitar la licencia a una proporción menor de la renta o someterse a la verificación de un cuerpo médico especial.

V.9. Actualización de los Programas de Prevención

Los programas preventivos aplicados en el país no reflejan la situación vigente. En efecto, la obesidad, la diabetes, la hipertensión, el tabaquismo, el control del colesterol, el SIDA y la drogadicción, entre otros, son patologías o condiciones de salud que actualmente representan amenazas relevantes al nivel de salud de Chile. Lo anterior requiere de una acción coordinada de diferentes sectores del país, en especial de salud y educación, para incentivar hábitos de vida saludable.

Por ejemplo, el Ministerio de Educación establece dos horas de gimnasia semanales en enseñanza básica y la alimentación que da la JUNAEB entre el desayuno escolar y el almuerzo suman 1500 calorías; con un poco más que comen en la casa, ya están sobrepasados en los requerimientos mínimos diarios y si además de eso son sedentarios, entonces el resultado es la obesidad infantil.

V.10. Concordancia entre la cotización y el aumento de cobertura y costo

En Chile la cotización obligatoria para salud –7% de la remuneración– se estableció en 1986 y a contar de ese año no se ha modificado. Sin embargo, la atención de salud ha cambiado de manera importante durante este período, como lo demuestran los importantes aumentos de costos de dicha atención. Actualmente en el sistema público la cotización pagada por los cotizantes es de un 7% de la renta, pero si a esto se le suma el aporte fiscal, dicha “cotización” corregida sobrepasa el 12%. En las Isapres la cotización actual equivale a un 9,6% de la remuneración.

Colombia, por ejemplo, que tiene un ingreso *per cápita* 60% del chileno y la cotización de salud es 12% del ingreso y el promedio en Latinoamérica, si se toma Argentina y Colombia, es de 9%.

Como los beneficios en el sector público no están indexados a la cotización, la presión por subir los beneficios es constante. Por el contrario, si cada vez que se aumentaran los beneficios, simultáneamente se aumentaran las cotizaciones obligatorias, habría mayor conciencia del costo y por lo tanto sería más probable poder efectuar los cambios para alcanzar dicho resultado.

Por otra parte, y como se indicó anteriormente, se proyecta que el cambio de la relación entre la población activa y pasiva, en caso de mantener sin modificaciones el sistema actual de financiamiento del sector salud, obligará a subir los impuestos o a aumentar las cotizaciones de los futuros trabajadores. Asimismo, pondrá en riesgo de desmejorar la cobertura de salud de los actuales activos, futuros pasivos. Permitir e incentivar, por ejemplo aumentando la exención de impuestos, una mayor cotización para salud, creando un “ahorro” con este fin, ya sea por medio de cuentas o de “primas niveladas”, asegurando así una mejor cobertura de salud a los futuros pensionados y presionando menos el alza de los impuestos de los futuros trabajadores activos.

Las propuestas de cambio analizadas precedentemente, plantean modernizar el sistema de salud del país, utilizando los conocimientos actuales vigentes en medicina, economía y organización, de tal manera de asegurar el mayor nivel de bienestar a la población que permitan los recursos disponibles.

