

**SOLUCIONES COINCIDENTES
PARA EL SISTEMA DE SALUD CHILENO**

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULO I: RESUMEN COMPARADO DE LAS PROPUESTAS..... 3

1.1. Coincidencias en el Diagnóstico.....3

1.2. Coincidencias en las bases de la reforma.....3

1.3. Características de la propuesta de un nuevo modelo de salud.....3

CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE CADA ESTUDIO..... 5

1. UNA PROPUESTA DE CAMBIOS PARA EL SECTOR DE LA SALUD EN CHILE ... 5

1.1. Principales conclusiones del diagnóstico.....5

1.2. Los derechos de las personas en salud.....5

1.3. Las responsabilidades individuales y colectivas en el cuidado de la salud.....6

1.4. El modelo de cuidados de la salud.....6

1.5. Protección de la salud y su financiamiento.....8

1.6. La regulación..... 10

2. PODEMOS SUPERAR LA POBREZA Y LOGRAR MAYOR EQUIDAD..... 11

2.1. La situación actual..... 11

2.2. La propuesta: El Plan Garantizado de Beneficios de Salud, PGBS..... 11

2.3. Plan de salud pública..... 12

2.4. ¿Cómo se pone en práctica el nuevo plan de salud?..... 12

2.5. Reforma del sector público de prestadores..... 13

2.6. Fundamentos de las propuestas de salud..... 13

2.6.1. Antecedentes del sistema de salud..... 13

2.6.2. Eje de la propuesta: el Plan Garantizado de Beneficios de Salud..... 15

3. CHILE: ANTECEDENTES SOBRE EL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD Y ESCENARIOS POSIBLES A FUTURO. 19

3.1. El sistema de salud chileno al inicio de las reformas..... 19

3.1.1. Fundamentos y principios de la reforma de salud..... 20

3.1.2. La gestión del gobierno militar: bases para la desconcentración, descentralización y privatización del sector salud..... 20

3.1.3. La gestión del primer gobierno democrático: Recuperación del sistema público y reformas a la Ley de Isapre..... 22

3.1.4. La gestión del segundo gobierno democrático: Fortalecimiento del sector público de salud y bases de la reforma a la seguridad social de salud..... 23

3.2. Escenarios posibles de reforma..... 24

3.2.1. Síntesis actual del sector y diagnóstico de problemas estructurales..... 24

3.2.2. Visión de largo plazo del escenario de reformas..... 26

3.3. Escenarios propuestos para la fase de transición..... 27

PRESENTACIÓN

La Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social, CIEDESS, es una entidad creada en 1991 por la Cámara Chilena de la Construcción y 10 de las entidades que integran su Red de Acción Social, cuya misión es la de contribuir al perfeccionamiento y desarrollo de la seguridad social, labor que cumple a través de la investigación, el estudio y el intercambio de conocimientos, experiencias y tecnologías.

En el cumplimiento de sus objetivos, CIEDESS da especial prioridad al área de publicaciones como una forma de comunicar masivamente conceptos, ideas, realidades y propuestas que permitan plantear mejoras o nuevas estructuras en los programas de seguridad social en general.

La serie de publicaciones "Ensayos" tiene por objeto la publicación de artículos que contengan propuestas de mejoramiento a los programas chilenos de seguridad social, especialmente en aquellos aspectos que estén siendo más controvertidos por la opinión pública y en aquellos que es necesario afianzar los pilares de su estructuración.

En esta oportunidad, CIEDESS ha recopilado en un solo texto tres interesantes estudios sobre el sistema de salud chileno, en los que reconocidos especialistas en la materia formulan un diagnóstico del sistema vigente y una proposición de reforma para el mismo.

CIEDESS agradece muy sinceramente la labor realizada en este Ensayo por las señoras Emilia Araya y M^aElena Gaete y los señores Ricardo Villegas y Gonzalo Bustos.

Noviembre de 2000.

SOLUCIONES COINCIDENTES PARA EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

INTRODUCCIÓN.

El cambio de la legislación previsional en materia de salud reconoció al trabajador su derecho de elegir al administrador de sus cotizaciones entre el Estado – a través del Fondo Nacional de Salud- y las instituciones privadas organizadas para el otorgamiento de prestaciones médicas. Este es el comienzo del sistema privado de salud, en el que empresas – con o sin fines de lucro- por una parte, administran los recursos para el financiamiento de las prestaciones y, por otra, desarrollan la infraestructura para entregar las atenciones médicas y económicas que demanda su población.

Dentro de este marco se ha realizado la modernización del sector salud en Chile, correspondiéndole al Estado fijar las políticas de salud, supervisar su cumplimiento y administrar un sistema nacional para la población de menores ingresos, la que requiere de subsidios para cubrir los costos de su atención médica.

Las Isapre desde su creación, han desarrollado una red de atención en todo el país la que, unida a la ampliación en la cobertura de sus beneficios, ha posibilitado el acceso a la salud privada a una parte importante de la población, hecho que ha permitido al Estado concentrar su acción en el sector de menores recursos.

Estas instituciones han demostrado capacidad en la administración de los recursos destinados a la salud y han ampliado el espacio que el marco constitucional les reconoce en lo referido a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.

No obstante el notable desarrollo experimentado por las Isapre,, es indudable que la estructuración del sistema de salud chileno tiene aspectos significativos que son motivo de permanente debate, tales como, financiamiento de enfermedades catastróficas, atención médica de la tercera edad, situación de la atención primaria y hospitalaria estatal, segmentación de mercado y equidad, entre otros.

En consideración a lo expuesto diversos especialistas en la materia han planteado un diagnóstico del sistema vigente y una proposición de reforma para el mismo, contenido en los siguientes estudios:

- **Una propuesta de cambios para el sector de la salud en Chile.** Trabajo realizado por un grupo multidisciplinario de expertos del sector salud integrado por las siguientes personas: Cristián Baeza, Francisco Bayo, Rafael Caviedes, Mercedes

- Cifuentes, René Merino, Fernando Muñoz, Cesar Oyarzo, Héctor Sánchez, Jorge Villegas, Patricio Silva, Giorgio Solimano, Fabio Valdés y Marcos Vergara.
- **Podemos superar la pobreza y lograr mayor equidad. Una propuesta de política social para Chile.** Documento de Trabajo de la Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza cuyo capítulo 4 se refiere a Propuestas de Salud.
- **Chile: Antecedentes sobre el proceso de reforma del sector salud y escenarios posibles a futuro.** Publicación del Banco Interamericano de Desarrollo elaborada por el especialista Gustavo Zuleta.

En opinión del Presidente de la Asociación de Isapres A, doctor René Merino, en el discurso de inauguración del VI Seminario de Coyuntura organizado por esa Asociación, realizado en agosto pasado, los tres estudios contienen propuestas de cambio coincidentes en los aspectos esenciales que conforman el sistema.

CIEDESS ha estimado de interés presentar estos estudios en un documento que permita apreciar las semejanzas señaladas por el doctor Merino. Para ello, en el capítulo siguiente se presenta una comparación de los tres trabajos para lo cual se agruparon sus contenidos bajo tres conceptos: diagnóstico, bases de la reforma, principales características de la propuesta de un nuevo modelo de salud. En el capítulo segundo se expone el contenido de cada estudio, manteniendo la estructura de cada uno de ellos y presentando aquello que, en opinión de CIEDESS, es lo más relevante de destacar para los efectos de este Ensayo.

CAPÍTULO I: RESUMEN COMPARADO DE LAS PROPUESTAS.

Como se mencionara en la Introducción, los antecedentes que a continuación se exponen representan los planteamientos de 3 trabajos realizados en forma independiente, relativos a un diagnóstico del sistema de salud en Chile con el objeto de proponer reformas al mismo. Este capítulo muestra las coincidencias en los principales aspectos contenidos en cada uno de los estudios mediante un esquema que se ha dividido en tres grandes tópicos: diagnóstico, bases de la reforma y características de la propuesta de un nuevo modelo de salud.

1.1. Coincidencias en el Diagnóstico.

Los estudios coinciden en los siguientes aspectos del diagnóstico:

- Falta de integración entre el sistema público y privado para enfrentar integralmente los problemas de salud de la población.
- Existencia de una segmentación de la población por nivel de ingreso y de riesgo.
- Problemas relativos a ineficiencias productivas, financieras y de gestión en los proveedores públicos.

1.2. Coincidencias en las bases de la reforma.

Los estudios coinciden en los siguientes aspectos en las bases de la reforma:

- Creación de un plan mínimo de salud, con el objeto de establecer el beneficio base al que deben tener derecho los afiliados a este sistema.
- Estructuración de un sistema de subsidios dirigido a los sectores de menores ingresos, que no tengan ingreso suficiente para comprar el plan mínimo.
- Debe otorgarse autonomía a la gestión hospitalaria introduciéndose elementos modernos de administración en los hospitales.
- Debe entregarse una señal clara de una política dirigida a los usuarios a través de la atención primaria.

1.3. Características de la propuesta de un nuevo modelo de salud.

Los estudios plantean en términos generales una reforma que se caracteriza por lo siguiente en los aspectos de administración, financiamiento, beneficios y subsidios.

▪ Administración.

Al Ministerio de Salud le compete concentrarse en las funciones de formulación de políticas, definición y financiamiento de los bienes de apropiación colectiva y en garantizar una regulación del sistema prestador. En el Ministerio de Salud radicarían las funciones relacionadas con acciones de fomento y protección de la salud, mientras que la prestación de beneficios se efectuaría por FONASA, Isapre o instituciones aseguradoras de planes de salud.

▪ **Financiamiento.**

Al Estado le compete el financiamiento de bienes de apropiación colectiva y a las personas, según sus capacidades económicas, el de bienes de apropiación personal. En este sentido, se considera que al Estado le corresponde el financiamiento de las acciones de prevención primaria, dirigidas a promover estilos de vida saludable y protección de la salud cuya demanda no surge espontáneamente de las personas.

Por razones de equidad, el financiamiento de acceso a las intervenciones de apropiación colectiva e individual que la sociedad decida hacer obligatorias, debe ser progresivo. Esta progresividad debe manifestarse a través de la política de subsidios públicos en el sector y ser financiada con impuestos generales.

Se plantea un sistema competitivo de proveedores públicos y privados orientado a satisfacer la demanda y necesidades más importantes de acuerdo a los beneficios contenidos en el Plan Garantizado de Salud.

▪ **Beneficios.**

Se plantea que debe existir un plan de seguro obligatorio por sobre el cual las personas podrán adquirir beneficios adicionales. Dicho plan se ha denominado Plan Garantizado de Salud.

Se considera que las entidades deben asegurar cobertura de eventos catastróficos y todos aquellos no resueltos a escala individual en el Plan Obligatorio de Salud, en este sentido se plantea que los seguros deben ser de largo plazo para cubrir los riesgos de salud durante toda la vida de las personas.

▪ **Subsidios.**

En el caso de personas con bajos recursos, el Estado subsidiará su acceso al citado plan, mientras que para el resto de la población se obligará su adquisición en reemplazo del actual pago del 7% de cotizaciones de salud. Con esto se asegura a los beneficiarios del sector público un acceso a prestaciones de salud que quedan explícitamente señaladas, con plazos para el acceso a las prestaciones, y se terminan los planes insuficientes que ofrecen las Isapre, en caso de coberturas de alto costo.

En cuanto a la administración de los subsidios públicos para las prestaciones de carácter individual se plantea canalizar los recursos según la demanda, esto es, las instituciones que las personas elijan para adquirir la cobertura obligatoria.

CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE CADA ESTUDIO.

Este punto se ha desarrollado con aquellos antecedentes, que en opinión de CIEDESS, constituyen las principales ideas contenidas en cada trabajo correspondiendo, por lo tanto, en muchos casos a una transcripción de los planteamientos señalados.

1. UNA PROPUESTA DE CAMBIOS PARA EL SECTOR DE LA SALUD EN CHILE .

1.1. Principales conclusiones del diagnóstico.

A continuación se presentan los enunciados de las principales conclusiones emanadas del diagnóstico, a partir de las cuales se elaboró una propuesta que busca conciliar los principios de universalidad, equidad, solidaridad, libertad y eficiencia social sin que ninguno prevalezca en forma absoluta por sobre los demás.

- el sistema vigente no garantiza una protección adecuada y oportuna
- la estructura de financiamiento y subsidios segmenta a la población por nivel de ingreso y de riesgo
- el sistema presenta ineficiencias en su organización y en la asignación de recursos y su productividad
- los prestadores públicos presentan problemas de gestión y de eficiencia
- falta de integración público-privado
- regulación insuficiente o inadecuada

1.2. Los derechos de las personas en salud.

Sobre la base del planteamiento que señala que todas las personas tienen derecho a obtener dentro de la limitación de recursos y la organización de cada país, la protección de la salud física, mental y social al más alto nivel, se estima necesario acotar el rol del sector salud para fijarlos límites que éste tiene en relación con variables que no le son atingentes, como son: condiciones económicas, sociales, medioambientales y culturales.

Para hacer efectivos los derechos se requieren las siguientes condiciones:

- Derechos de las personas en salud deben ser explícitos y deben existir mecanismos para exigirlos
- Todos los chilenos deben participar en la construcción y diseño de su sistema de salud
- Contar con un sistema organizado de cuidados de salud que proteja a los individuos del riesgo de enfermar y que garantice acceso igualitario y oportuno a las atenciones de salud
- Contar con información oportuna y eficiente para ejercer derechos y responsabilidades en salud.

Por su parte, a estos derechos se le plantea la siguiente obligación: debe existir responsabilidad individual y colectiva frente al cuidado de la salud, la cual deberá

combinarse con el hecho que la limitación de recursos obliga que se definan políticas y mecanismos que permitan priorizar las necesidades que deben satisfacerse.

1.3. Las responsabilidades individuales y colectivas en el cuidado de la salud.

Si bien el estado de salud individual depende de condiciones genéticas, étnicas, género, comportamiento y estilo de vida, se debe reconocer que hay otros factores que trascienden el comportamiento individual, como lo son: el desarrollo económico y social, la cultura, las tradiciones, la higiene y las condiciones ambientales.

Con el fin de lograr un adecuado nivel de cuidado de salud de la población se deben realizar acciones en 4 niveles asociados a la prevención:

- Prevención primordial: referidas a las condiciones ambientales, económicas y sociales. Este ámbito no sólo corresponde a la responsabilidad del sector salud.
- Prevención primaria: está referida a acciones de fomento y promoción de estilos de vida saludables, incluye educación sanitaria, alimentación e inmunización.
- Prevención secundaria: referida a acciones de diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de enfermedades.
- Prevención terciaria: referida a acciones de rehabilitación integral.

Las necesidades derivadas de los cuatro aspectos indicados no constituyen la única razón de demanda de prestaciones, sino que las personas demandan otras relacionadas con sus preferencias y necesidades. Más aún, las derivadas de los dos primeros niveles de prevención, en general no corresponden a demanda espontánea.

Lo anterior, genera la necesidad que los sistemas organizados de salud sean capaces de articular en forma adecuada las acciones que se derivan de estos niveles de prevención y las que surgen de demandas de las personas, situación que genera tensión cuando se opera en un contexto con limitación de recursos.

1.4. El modelo de cuidados de la salud.

El modelo de cuidados de la salud debe dar cuenta de cómo se organiza la provisión de acciones de salud correspondientes a distintos niveles de prevención, lo que significa un equilibrio entre acciones de fomento y de protección con acciones curativas y de rehabilitación.

a) El modelo de cuidados de salud y su adecuación al perfil epidemiológico de la población.

Es necesario cambiar el modelo vigente por uno flexible que se adecue al perfil epidemiológico de la población y a las demandas de las personas

En la actualidad coexisten en el país problemas de salud propios del subdesarrollo, junto a problemas característicos de países desarrollados. Al mismo tiempo, existen brechas importantes de cobertura y calidad de las acciones de salud pública así como de los servicios de salud de las personas.

No existe una adecuada cobertura de salud pública a problemas del adolescente, el adulto mayor y de nuevos factores de riesgo.

b) Equidad de acceso y satisfacción de las personas.

El modelo de cuidados de la salud debe dar cuenta de los problemas de equidad en el acceso a los bienes públicos y servicios de salud de las personas.

Las brechas de cobertura y calidad, referidas a oportunidad de atención e infraestructura son más acentuadas para algunos sectores de la población, debido a la dificultad de acceso a las acciones de salud, insuficiencia de ingresos, o a una oferta que no se adecua a la diversidad territorial, perfil epidemiológico regional, ni a los sectores de mayor riesgo.

El modelo de cuidados de la salud debe garantizar satisfacción a las personas mediante un nivel adecuado de protección y una atención oportuna.

Además, se debe mencionar la insatisfacción de las personas por una sensación de inseguridad debido a falta de oportunidad de atención por parte de los prestadores públicos, expectativas crecientes de acceder a más y mejores servicios y a la inseguridad de mantenerse en el sistema privado cuando se llega a edad avanzada o al enfrentar enfermedades de alto costo.

c) Orientación del modelo de cuidados de la salud.

Debe facilitarse el cambio en el modelo de cuidados de la salud hacia un énfasis preventivo.

Actualmente el modelo se ha orientado a enfatizar las acciones curativas. En el caso del sistema privado se atribuye a que se basa en la decisión individual; en el sistema público a pesar de los esfuerzos por privilegiar la salud primaria, los niveles hospitalarios concentran una alta proporción de los recursos financieros y humanos.

El modelo que se defina se debe orientar a privilegiar la atención primaria.

d) El modelo de cuidados de la salud y la eficiencia en la asignación de recursos.

Es necesario organizar el modelo con una perspectiva de país. Debe ser flexible en su organización y financiamiento y contar con un marco institucional y de incentivos que permita la integración público-privada.

El modelo actual presenta ineficiencias a nivel global y de cada subsistema. Además, no considera integración de los sistemas público-privado.

Por otra parte, tiene serias dificultades para utilizar los recursos disponibles en el nivel adecuado.

e) Propuestas de política.

Los cambios propuestos se pueden efectuar mediante las siguientes transformaciones estructurales:

- El Ministerio de Salud debe concentrarse en las funciones de formulación de políticas, definición y financiamiento de los bienes de apropiación colectiva y en garantizar una regulación del sistema prestador.
- El Ministerio debe desprenderse de su injerencia excesiva directa en los Servicios de Salud.
- La provisión de servicios de salud debe ser ejercida por entidades públicas autónomas e instituciones privadas acreditadas.
- Los SEREMI de salud y los Servicios de Salud Regionales deben orientarse a su rol de autoridad sanitaria y articulación de redes asistenciales en sus respectivos territorios.
- El Ministerio de Salud debe desarrollar la institucionalidad necesaria para la gestión de recursos fiscales requeridos par el financiamiento de los bienes de apropiación colectiva a fin de asegurar y priorizar su financiamiento en forma privilegiada.
- El Estado debe desarrollar los mecanismos para promover la compra y venta entre aseguradores y prestadores públicos y privado.
- El Ministerio de Salud debe asumir el liderazgo para generar las mejoras tecnológicas que permitan una gestión moderna de los programas de salud pública.

1.5. Protección de la salud y su financiamiento.

a) Responsabilidad en el financiamiento.

Al Estado le compete el financiamiento de bienes de apropiación colectiva y a las personas, según sus capacidades económicas, el de bienes de apropiación personal.

Según los niveles de prevención que se han definido, se estima que le compete al sector salud en coordinación con otros sectores la responsabilidad sobre el financiamiento del nivel de prevención primordial.

Al Estado por su parte, le corresponde el financiamiento de las acciones de prevención primaria, dirigidas a promover estilos de vida saludable y protección de la salud cuya demanda no surge espontáneamente de las personas.

Las acciones de diagnóstico precoz, curativas y de rehabilitación por cuanto corresponden a las demandas de personas y decisiones de profesionales de la salud deben ser financiada conjuntamente por personas y Estado.

b) Elementos de diseño del sistema de protección ante la enfermedad y financiamiento.

El Estado debe garantizar que exista un arreglo colectivo que proteja a las personas frente al riesgo de enfermarse durante su vida.

Los problemas de la salud son un fenómeno impredecible y sus gastos muchas veces imprevisibles, razón por la cual se ha tendido a diseñar sistemas de financiamiento de la salud en que se obliga a las personas a contribuir. Esta exigencia se manifiesta ya sea a través de una contribución obligatoria o impuestos, compra obligada de un seguro o exigencia de un ahorro.

El Estado debe establecer la obligatoriedad para que los individuos contribuyan al financiamiento de las atenciones de salud dado que la imprevisión de las personas puede poner en riesgo el bienestar y la calidad de vida de la sociedad.

Se estima que los seguros de salud deben ser diseñados de modo tal que se minimicen los problemas de asimetrías de información, por cuanto en el caso de las personas, éstas pueden demandar a los prestadores acciones de salud que no son necesarias o bien ocultar enfermedades preexistentes.

Las entidades aseguradoras por su parte, pueden ofrecer planes con coberturas inadecuadas. En definitiva, las asimetrías de información se traducen en una sub o sobre utilización del sistema.

c) Equidad, solidaridad y subsidiariedad en el financiamiento.

El Estado debe hacer efectiva la equidad del sistema a través de establecer la solidaridad en el financiamiento. La solidaridad puede hacerse a través de impuestos específicos o generales, considerándose esta última una alternativa más adecuada. Sin embargo, con el fin de lograr la responsabilidad de las personas en el uso del sistema debe buscarse una mezcla entre fuentes de financiamiento que combinen el aporte solidario y el personal.

La solidaridad y la subsidiariedad son principios complementarios.

Con el fin de garantizar el derecho a la salud de todas las personas, el Estado debe definir el ámbito y orientación de los subsidios, los potenciales beneficiarios, el monto y la proporción en que serán financiadas sus necesidades, los mecanismos de asignación y la forma en que serán entregados los recursos.

d) Propuestas de política.

Los cambios propuestos en el Modelo de Cuidados de Salud requieren modificaciones en los siguientes ámbitos: progresividad y equidad en el financiamiento de la salud; origen del financiamiento y, diseño y gestión del sistema de protección.

e) Progresividad y equidad en el financiamiento de la salud.

Por razones de equidad, el financiamiento de acceso a las intervenciones de apropiación colectiva e individual que la sociedad decida hacer obligatorias, debe ser progresivo. Esta progresividad debe manifestarse a través de la política de subsidios públicos en el sector y ser financiada con impuestos generales.

f) Origen del financiamiento.

En lo que respecta a las acciones de fomento y protección de la salud así como a los demás bienes de apropiación colectiva, el Estado debe financiarlas a través de impuestos generales.

El financiamiento de los bienes de apropiación individual, principalmente las acciones de recuperación y rehabilitación, deben ser de cargo de las personas. Se propone transformar el actual 7% por la exigencia de contar con un determinado plan de salud obligatorio para los trabajadores dependientes e independientes.

En el caso de los subsidios, éstos deben ser financiados con cargo a impuestos generales.

g) Diseño y gestión del sistema de protección.

La reestructuración del sistema debe hacerse en la siguiente dirección:

- Se propone la creación de un Fondo de Bienes Públicos, bajo la tuición del Ministerio de Salud que financie las acciones de fomento y protección de salud, además de aquellas curativas y de rehabilitación que constituyan bienes de apropiación colectiva.
- Los seguros públicos y privados deben garantizar un nivel de protección social definido previamente.

Lo anterior requiere las siguientes condiciones:

- Que exista un plan de seguro obligatorio por sobre el cual las personas podrán adquirir beneficios adicionales. Dicho plan debe eliminar el copago diferenciado que existe en FONASA
- Que los cotizantes que requieran subsidios podrán optar por FONASA o aseguradores privados, siempre que exista una institucionalidad adecuada para la administración de subsidios.
- Que se creen las condiciones para que compita FONASA e ISAPRE a nivel del Plan Obligatorio de Seguros.
- Las entidades deben asegurar cobertura de eventos catastróficos y todos aquellos no resueltos a nivel individual en el Plan Obligatorio de Salud.
- Los seguros deben ser de largo plazo para cubrir los riesgos de salud durante toda la vida de las personas.

1.6. La regulación.

El marco regulatorio debiera basarse en al menos los siguientes aspectos:

- Definir los derechos de las personas en salud
- Desarrollar una institucionalidad que rijan al sector público y privado en lo que se refiere al aseguramiento y prestación de servicios de salud.
- Establecer un sistema de acreditación de planes privados de salud basados en la definición de categorías o niveles de referencia

- Responsabilizar al Ministerio de Salud de establecer un sistema de acreditación autónomo, obligatorio y exigible para los prestadores individuales e instituciones públicas y privadas.
- Orientar el sistema de acreditación de la industria de medicamentos y tecnología a proteger a los consumidores.

2. PODEMOS SUPERAR LA POBREZA Y LOGRAR MAYOR EQUIDAD.

2.1. La situación actual.

En el sector salud existe una profunda necesidad de cambios estructurales, ya que muchos de los problemas no han sido resueltos ni se han destinado los fondos, como ha ocurrido con otros sectores como la educación.

Algunos de estos problemas son:

- Carencia de una política coherente para enfrentar el problema en su globalidad.
- La estructura actual provoca segregación en la población.
- La población ha experimentado un cambio en la estructura de edades, disminuyendo los menores de 14 años, y aumentando los mayores de 65. También han variado las enfermedades más frecuentes, sin embargo el sector público de salud sigue con sus mismos patrones de atención.
- No se han modernizado los hospitales, consultorios y postas, a pesar del fuerte incremento del gasto.
- Problemas gremiales permanentes, sin que exista una política de recursos humanos que establezca remuneraciones adecuadas.

Estos problemas se traducen en la incapacidad del sistema para dar una atención oportuna y de calidad; en la inseguridad de muchos beneficiarios de Isapre debido a la insuficiencia de sus planes, y, en mala utilización de los recursos.

2.2. La propuesta: El Plan Garantizado de Beneficios de Salud, PGBS.

La propuesta plantea la formulación del PGBS, consistente en un conjunto de prestaciones de salud a las cuales tendrán derecho todos los chilenos, sin distinción, garantizado por el Estado, y que deberá contener todos los beneficios en un listado que incluya las tecnologías y procedimientos a utilizar en cada caso; los plazos en que se debe recibir la atención y los niveles mínimos de ésta.

El PGBS es un plan de atención individual y el qué se ofrece y cómo se ofrece constituye una política de salud nacional.

2.3. Plan de salud pública.

La salud pública chilena goza de un reconocido prestigio.

Por salud pública se debe entender la presencia del Estado en la promoción de la salud y bienes de salud públicos no cubiertos por la atención de carácter individual.

A diferencia de la atención de salud, el sistema público de salud en Chile goza de un reconocido prestigio por su buen nivel. La salud pública incluye atención individual y colectiva, por lo que ésta, sumada al PGBS, constituiría la política nacional de salud pública y privada.

2.4. ¿Cómo se pone en práctica el nuevo plan de salud?

Para implementar el PGBS se propone eliminar la cotización actual del 7%, y reemplazarla por la obligación de comprar un PGBS. El PGBS podrá ser ofrecido por instituciones intermediarias o aseguradoras de planes de salud y por quienes entregan los servicios de salud, esto es FONASA e Isapre.

Los derechos y responsabilidades de estas administradoras deben quedar estipulados legalmente, y será obligatorio para éstas ofrecer un plan a cualquiera persona que desee inscribirse, sin que pueda discriminarse por edad, riesgo o condición de salud, ya que el plan debe tener un carácter uniforme.

El plan deberá financiarse con cotizaciones o bien con impuestos, tema que deberá estudiarse detalladamente por comisiones especializadas. Una forma podría ser un sistema similar al que existe hoy en día, en que los trabajadores dependientes cotizan parte de su ingreso para adquirir un plan de salud, y donde FONASA subsidia las cotizaciones inferiores al costo establecido. Es así que, el Estado deberá financiar el plan de las personas de escasos recursos cuyos planes en las Isapre no alcancen para financiar los PGBS.

En este sistema, cada ente asegurador debe recibir un monto proporcional al gasto esperado del PGBS destinado a la población inscrita en sus registros. En la medida que existe correspondencia entre costos y usuarios atendidos, no existe problema de discriminación.

El fondo que se destine a los planes, proveniente de cotizaciones o impuestos, se divide en dos partes:

- Una que se distribuye entre las administradoras, a través de un pago por persona inscrita, que varía según el nivel de riesgo del grupo de afiliados.
- La segunda, se distribuye para efectos catastróficos.

Este diseño garantiza la solvencia de los entes administradores, y que toda persona sea bien recibida independiente del riesgo de salud que representen. Es decir, la propuesta no incluye la modalidad de subsidio a la demanda, si ésta se entiende como libre

disponibilidad de los fondos públicos. Los prestadores deben ser autónomos y responsables de los fondos que se les asignen.

Para quienes deseen beneficios de salud adicionales, las Isapre podrán ofrecerlos cobrando montos adicionales. El plan básico, sin embargo, será más rígido, porque tiene un presupuesto fijo.

2.5. Reforma del sector público de prestadores.

Los principales problemas del actual sistema de proveedores públicos de salud son:

- funciones centralizadas
- asignación de recursos de acuerdo a criterios de oferta y no según las necesidades de la población
- inexistencia de rendición de cuentas a los beneficiarios
- tarifas y precios distorsionados
- falta de disciplina financiera
- gestión de tipo burocrático

Los hospitales presentan numerosos problemas que pueden ser enfrentados otorgando autonomía a la gestión hospitalaria e introduciendo elementos modernos de administración.

La atención primaria debe entregar una señal clara de una política dirigida a los usuarios. Para ello es posible ampliar la modalidad de financiamiento por persona a entidades privadas sin fin de lucro bajo ciertas reglas preestablecidas.

La atención primaria debiera incorporar la atención de adolescentes y adultos mayores en aspectos preventivos y curativos.

2.6. Fundamentos de las propuestas de salud.

2.6.1. Antecedentes del sistema de salud.

a) Estructura y financiamiento.

El actual sistema de salud funciona sobre la base de una oferta pública y privada de seguros y provisión de servicios de salud.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el servicio descentralizado responsable de distribuir los recursos financieros del sistema público. La base productiva del sector la conforman 26 servicios de salud, responsables de las prestaciones secundarias y terciarias, ofrecidas a través de una red de centros hospitalarios y centros de atención abierta. La salud primaria está a cargo de servicios curativos que ofrecen prestaciones de baja complejidad. La gran mayoría de estos centros son administrados por las Municipalidades.

El sistema privado está conformado por compañías de seguros de salud (Isapre) y por productores de salud particulares, como clínicas, hospitales, y profesionales independientes que atienden tanto a los aseguradores de las Isapre como a los cotizantes del sistema público a través de una modalidad denominada de libre elección.

El acceso de la población a los servicios ocurre a través de una afiliación de carácter obligatorio. Todos los trabajadores dependientes y los pensionados tiene la obligación de cotizar el 7% de sus ingresos para el sistema de salud, sea público o privado. Las personas de bajos ingresos no adscritos al sector formal, ingresan al sistema público como indigentes.

La cobertura del sistema de salud es prácticamente universal puesto que FONASA es un asegurador de última instancia.

b) Los problemas del sistema privado de seguros de salud.

A 15 años de su creación el sistema de Isapre administra casi el 50% del gasto en salud. Opera como una modalidad competitiva de seguros, esto es compañías que compiten por los demandantes cobrando primas relacionadas con el riesgo del asegurado, estableciendo las condiciones del seguro en un contrato.

El sistema presenta problemas que son propios de sistemas de seguros de salud, y otros que son propios del sistema vigente.

En primer lugar, y dado que el cobro de la prima se efectúa en relación con el riesgo, es probable que una persona que estaba en el sistema cuando era joven y sus riesgos eran menores, al llegar a la tercera edad deba abandonar el sistema porque su nivel de riesgo ha aumentado.

Otro aspecto problemático es la falta de cobertura contra riesgos catastróficos, ya que los gastos más fuertes no son cubiertos por los seguros ofrecidos por las Isapre.

Por otra parte, el demandante del seguro de salud tiene dificultades de ingreso al sistema ya que se enfrenta a un gran número de compañías que ofrecen un número aún mayor de planes, ante los cuales existe gran desinformación. Un problema asociado son los elevados costos de la administración y ventas, los que llegan al 30% del gasto en prestaciones médicas del sector.

c) Las insuficiencias del sector público de salud.

El sector público cubre alrededor del 70% de la población del país, y concentra la mayor parte de la infraestructura hospitalaria.

Este sistema funciona mediante un régimen de financiamiento de Reparto, que ofrece un nivel de prestaciones que no guarda relación con las cotizaciones. En principio, ofrece toda la gama de prestaciones de salud con excepción de los suentuarios.

Existen problemas de eficiencia asociados a la organización tradicional de la provisión pública: centralización de funciones, asignación de recursos a los establecimientos sobre la

base de criterios de oferta, ausencia de mecanismos de rendición de cuentas a los beneficiarios, uso de tarifas distorsionadas, falta de disciplina financiera, etc.

La problemática de la eficiencia de los hospitales públicos ha sido relevada en el marco de crecimiento de los recursos presupuestarios, donde el gasto público en salud se incrementó en un 95% en términos reales en el período '90-'96, sin embargo este incremento no fue acompañado de una mejora en la percepción que la población posee sobre la atención prestada en los establecimientos de salud del sistema.

La estructura de financiamiento orientada hacia la oferta favorece la organización burocrática, donde las formas y los procedimientos son más importantes que los resultados. Asimismo se atenta contra la gestión autónoma de los servicios de salud, ya que las decisiones se toman en instancias centralizadas.

La situación de los hospitales es especialmente preocupante. De acuerdo con una evaluación efectuada por expertos del sector, esas entidades son poco adaptables a las necesidades de los usuarios, y no poseen una definición clara de las prestaciones que deben entregar.

2.6.2. Eje de la propuesta: el Plan Garantizado de Beneficios de Salud.

El eje de la propuesta de salud es la formulación de un Plan Garantizado de Beneficios de Salud (PGBS), que se convierta en el conjunto explícito de prestaciones, tecnologías y condiciones de acceso al sistema de salud que será garantizado por el Estado. En el caso de personas con bajos recursos, el Estado subsidiará su acceso al citado plan, mientras que para el resto de la población se obligará su adquisición en reemplazo del actual pago del 7% de cotizaciones de salud. Con esto se asegura a los beneficiarios del sector público un acceso a prestaciones de salud que quedan explícitamente señaladas, con plazos para el acceso a las prestaciones, y se terminan los planes insuficientes que ofrecen las Isapre, en caso de coberturas de alto costo.

La extensión de las prestaciones que el plan obliga está relacionada con el nivel de desarrollo del país y la consiguiente disponibilidad de recursos. La extensión de los beneficios se estipula en un contrato donde se fijan las condiciones de acceso y los derechos de los usuarios. Las prestaciones del plan se determinan por las demandas efectivas de los usuarios, más medidas de prevención y promoción de la salud.

a) Estrategias técnicas para construir un PGBS.

Se pueden distinguir dos estrategias principales. Una parte desde las necesidades teóricas del grupo, que son definidas por expertos. La otra, parte de las demandas efectivas de la población.

Además de estas prestaciones definidas según las estrategias técnicas, las Isapre podrán ofrecer coberturas adicionales, las cuales serán voluntarias, y con un pago complementario al del plan básico. De esta manera, quienes deseen mantener sus actuales niveles de beneficios lo podrán hacer a través de estos planes de libre concurrencia.

Un punto importante a discutir es la administración de los subsidios públicos para las prestaciones de carácter individual. En la actualidad estos recursos son enviados a la red de establecimientos públicos donde se atiende la población beneficiaria de FONASA. Una solución es canalizar los recursos según la demanda, esto es, las instituciones que las personas elijan para adquirir la cobertura obligatoria.

b) Financiamiento y Organización.

En materia de financiamiento, se postula modificar la actual cotización del 7%, por el mandato de adquirir el plan garantizado de beneficios de salud. Este tendrá un costo que considerará las variables de edad, género y región, sin admitir otras relacionadas con los riesgos individuales.

De lo anterior se desprenden dos posibles formas de financiamiento: cotizaciones o impuestos generales. La primera alternativa significa trabajar con un esquema similar al actual, en que las personas financian el plan con una parte de sus ingresos, y en que FONASA subsidia en forma implícita a aquellos cuya cotización sea insuficiente para financiar el plan básico.

Las actividades de salud pública de carácter colectivo se agrupan en un Plan de Salud Pública que podrá ser ejecutado por aquellos que mejor garanticen su eficacia y financiado por impuestos generales.

Las actividades de salud pública de carácter individual quedan incorporadas en el P.G.B.S.

c) Reforma de las acciones de salud pública.

El PGBS estipula el acceso a las prestaciones de salud a todo ciudadano. El Estado debe asegurar a toda persona su adquisición, subsidiando a quienes no disponen de recursos necesarios, por lo tanto la reforma debe comprender, complementariamente, un **Plan de Salud Pública**, el cual garantiza esta presencia del Estado en el campo de la salud pública que no es cubierta por los planes de seguro de carácter individual.

Parece sensato postular que FONASA retenga la administración de los recursos públicos, al tiempo que guíe al conjunto de prestadores públicos hacia esquemas de gestión que favorezcan la mayor efectividad de los fondos fiscales. Al respecto debe lograrse una autonomía en la administración de los establecimientos de la red pública, los cuales son responsables por los recursos asignados. Lo anterior significa cambios estructurales en el sistema, puesto que mayor autonomía abre paso a que los administradores adecuen insumos y personal a las necesidades de la operación del establecimiento.

Un área que admite cambios en el corto plazo es la atención de salud primaria. Es factible que su modalidad de financiamiento, un monto según el número de habitantes inscritos en el consultorio, sea extensible a centros privados que acepten las reglas del juego: El esquema citado de financiamiento para atención gratuita, y la supervisión técnica por parte del servicio de salud correspondiente. Los requerimientos de infraestructura del sector son relativamente bajos, lo cual facilita la oferta de establecimientos.

En cuanto al área de hospitales y centros de atención más compleja, sin embargo, se debe inscribir el PGBS dentro del esquema de prestadores vigentes. Es importante visualizar cómo conciliar la operación de los prestadores con la efectiva garantía de las prestaciones que ofrecerá el plan. A este respecto se precisa desarrollar dos instrumentos: la posibilidad de opción para el usuario cuando la garantía de la oportunidad de la prestación no se ha cumplido, y el financiamiento para dicha opción. Tal práctica ya ha sido adelantada en el tratamiento de las listas de espera, con lo que se está indicando una tendencia de actuación.

El PGBS, en el contexto de la transición, se plantea como un instrumento para la reforma, puesto que va señalando los derechos que poseen los beneficiarios respecto de los aseguradores y proveedores y, dentro de estos últimos, los proveedores públicos que van transitando hacia su autonomía.

Un elemento central de la reforma es que el PGBS sea aceptado por todos los actores. Para ello, tal vez en el inicio lo más práctico es usar el actual plan de FONASA como PGBS e ir mejorándolo sistemáticamente en el tiempo, conforme existan mejoras en los niveles de recursos para su financiamiento.

d) Manejo del riesgo en el financiamiento del PGBS.

Todos los sistemas de salud del mundo contienen arreglos para financiar los gastos de salud de la población. Los elementos distintivos de la salud respecto a otro tipo de gastos son su naturaleza aleatoria, y su alto costo, con lo que nacen dos problemas: el financiamiento de la salud de las personas de bajos ingresos, y el financiamiento de los costosos tratamientos de salud. Hoy estos problemas se solucionan a través de la redistribución de la cotización de quienes tienen mayores ingresos a aquellos de menores ingresos.

La propuesta postula un sistema de manejo del riesgo que asegure el acceso a todas las personas al PGBS, a través de un pago que no discrimine por el estado de salud de la persona ni por su nivel de ingresos, pero que permite que los administradores operen en forma competitiva, recibiendo una compensación de mercado que reconoce el riesgo de salud de cada afiliado.

La propuesta entonces, establece una prima pareja para los afiliados –prima comunitaria– que cubre el riesgo de salud promedio de toda la población antes que el de grupos específicos, dejando de lado la actual fijación del precio por parte de las Isapre en virtud del riesgo médico de cada persona.

Es necesario entonces establecer dos puntos importantes para evitar malos entendidos posteriores:

- la cotización requerida tendrá como tope el valor de la prima comunitaria, la que por lo tanto no intenta redistribuir el ingreso.
- La operación de una prima comunitaria en un marco de seguros competitivos requiere que los aseguradores reciban un pago ajustado por el riesgo de cada afiliado. Así las personas pagan una prima homogénea y las compañías reciben el valor ajustado.

Los problemas de eficiencia asociados a un cobro parejo a los usuarios surgen en la presencia de riesgos endógenos, como el hábito de fumar, aspecto que difícilmente puede ser castigado en la prima ya que el individuo lógicamente lo negaría para obtener una prima más baja.

Por otra parte, la utilización de la prima comunitaria es funcional a establecer seguros de largo plazo. En efecto, tal práctica puede significar que el individuo se vea expuesto a un precio relativamente constante durante su vida.

e) Tratamiento de las cargas familiares.

El precio del PGBS está expresado en términos individuales, es decir, la misma prima a todas las personas que componen el grupo familiar a excepción de los menores que pagarían una fracción de ésta. La justificación es no discriminar contra las familias con hijos, ya que el gasto promedio en salud de los menores de 18 años asciende sólo al 32% del gasto promedio de los adultos.

f) Mercado.

Para garantizar la existencia de un mercado, se necesita compensar financieramente a los administradores que deberán proveer el seguro básico obligatorio, contra el pago de una prima independiente del riesgo individual de salud. La propuesta a este respecto consiste en ajustar las primas que reciban las administradoras de acuerdo al riesgo ex-ante de salud de la población afiliada, de manera que refleje de la forma más adecuada el gasto esperado de cada afiliado. Si este ajuste de acuerdo al riesgo ex-ante se realiza correctamente deberán desaparecer los incentivos a realizar las actuales prácticas de selección de riesgos.

g) Tratamiento de eventos catastróficos.

Al respecto, el diseño del PGBS posibilita establecer una estructura de seguro de segundo piso con relativa facilidad. Para tal efecto se precisa destinar una fracción del precio del plan de manera de formar una reserva para financiar los eventos catastróficos que enfrenten las administradoras. Esta reserva podría ser administrada por compañías de seguros que compitieran por los fondos disponibles, sin embargo una alternativa de seguro de segundo piso podría a la vez cumplir con un fin de reaseguro.

Este reaseguro operaría entonces cuando el gasto en financiar prestaciones cubiertas por el PGBS, exceda las prestaciones que el propio plan establece.

h) Las enfermedades preexistentes.

Es necesario que el sistema otorgue movilidad al afiliado que presente enfermedades preexistentes, para que éste pueda cambiar de aseguradora. Con esto se preserva la competitividad en el sistema. El problema surge cuando esta movilidad se ve restringida por el elevado aumento en las primas, lo cual ocurre en un contexto de primas libres.

Las personas que tienen enfermedades preexistentes a la creación del sistema y limitada capacidad de pago, tendrán derecho a un "bono de reconocimiento", financiado por el

Estado, equivalente al costo médico asociado a su enfermedad preexistente. Con este bono la persona puede contratar directamente un proveedor competitivo en el mercado para el tratamiento de su enfermedad, y acudir a un administrador de PGBS para asegurar otras patologías que pueda contraer. Otra opción es utilizar este bono para pagar una suma alzada al administrador de PGBS y que compense el valor que le significa un afiliado con una enfermedad preexistente.

3. CHILE: ANTECEDENTES SOBRE EL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD Y ESCENARIOS POSIBLES A FUTURO.

3.1. El sistema de salud chileno al inicio de las reformas.

a) Síntesis de las condiciones de salud hacia 1979.

Hacia 1979, Chile se encontraba en un proceso de transición epidemiológica en cuanto al perfil de enfermedades de la población. El 51% de las muertes se debían a tres razones: Enfermedades del aparato circulatorio (incluidas enfermedades al corazón y cerebro); tumores malignos; y accidentes y violencia. Otro 20% de las muertes estaba dado por enfermedades infecciosas transmitibles, respiratorias y perinatales.

En este cuadro de enfermedades, la tasa de mortalidad era de 6,9 por 1000 habitantes, con una esperanza de vida de 65,7 años. Por su parte la tasa de mortalidad infantil llegaba a 36,6 por 1000 nacidos vivos y, la mortalidad materna era de 73 por 1000 nacidos vivos.

b) Organización del sistema de salud existente.

El sistema se organizaba sobre la base de una fuerte presencia del sector público, donde prácticamente todas las acciones y decisiones estaban en manos del MINSAL. Así el SERVICIO NACIONAL DE SALUD(SNS) y el Servicio Médico Nacional (SERMENA) dependían de este ministerio.

En este esquema el SNS era el principal proveedor de atenciones hospitalarias y ambulatorias. Desde el punto de vista financiero el Estado contribuía con un subsidio en caso que hubiese un déficit como consecuencia de la insuficiencia de las cotizaciones de salud respecto de los costos de los servicios. Además, el Estado financiaba las prestaciones de salud de los indigentes.

Por su parte, SERMENA, como segunda institución pública de salud, era básicamente un organismo financiero que administraba los fondos previsionales para salud de los afiliados a las diferentes cajas de previsión existentes a la fecha, fondos que provenían tanto de empleados como de empleadores. La oferta de servicios se realizaba mayormente por médicos del sector privado previamente inscritos en SERMENA, y cuyos pagos se definían por aranceles fijados por la institución.

3.1.1. Fundamentos y principios de la reforma de salud.

La subsidiariedad del Estado sirvió de base para la descentralización y el traspaso de una serie de decisiones, tanto en el ámbito productivo como de manejo de los recursos financieros. Adicionalmente, las políticas contra la extrema pobreza se tradujeron en la focalización de recursos hacia aquellos sectores definidos como prioritarios, que en el caso de Salud significó un énfasis importante en la atención primaria y, dentro de ella, en la atención materno- infantil.

En la búsqueda de mayor eficiencia, se llevó a cabo una serie de reformas en la organización del sector público de salud, principalmente en la creación de 27 servicios de salud que desconcentraron la gestión del SNS, y la creación de FONASA, que integró la previsión pública de salud administrada por el SSS y las cajas agrupadas en SERMENA.

3.1.2. La gestión del gobierno militar: bases para la desconcentración, descentralización y privatización del sector salud.

Mediante DL 2763 de 1979 se delimitaron las funciones de los distintos organismos públicos, aumentando su grado de autonomía. Más tarde, con el DFL 1-3063 de 1980, se llevó adelante la municipalización de la atención primaria, como un claro intento por descentralizar la atención de salud. Por último, con el DFL 3 de 1981, se creó el sistema de Isapre, que pretendía sentar las bases de la privatización definitiva del sector.

El Decreto Ley N° 2763, de 1979.

Conforme a la separación funcional establecida en el DL 2763, el MINSAL es responsable de formular las políticas de salud y los planes y programas requeridos; coordinar los organismos y personas del sector; y, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas y planes.

Por su parte, la función de financiamiento la ejerce FONASA en su calidad de servicio público descentralizado, con personería jurídica propia. Pasa a integrar los diferentes regímenes de seguridad social en salud (SSS y SERMENA) y se responsabiliza por la cobertura de los indigentes. Así en su rol de continuador legal del SERMENA administra la modalidad de atención de salud denominada "libre elección" así como la "modalidad institucional".

Los Servicios de Salud pasan a ser unidades descentralizadas que ejercen la función productiva o de prestación de atención de salud mediante la gestión autónoma de los consultorios y hospitales públicos. Se buscaba que se generara en cada Servicio de salud un ente de administración global de la red de establecimientos públicos de salud con plena autonomía para gestionar los recursos humanos, financieros y de inversión.

En la práctica, el MINSAL a través de su oficina de Planificación y presupuesto siguió concentrando las decisiones sobre recursos humanos, físicos y gastos operacionales. FONASA, por su parte, solo asumió un rol de tesorería en la canalización física y contabilización de los recursos financieros desde el Ministerio a los servicios de salud y una labor de consolidación presupuestaria del sector frente al Ministerio de Hacienda., tal vez, el único espacio de autonomía fue la administración de la modalidad "libre elección". Los

Servicios de Salud no innovaron mayormente en la gestión de los establecimientos públicos asistenciales en el contexto de un predominio de presupuestos históricos donde el problema principal que se resolvía era cómo gastar los recursos y no cómo usarlos eficientemente.

El DFL N° 1-3063, de 1980.

En 1980 se implementó el traspaso de los consultorios de atención primaria hacia las municipalidades como órganos de gobierno de base comunal, como una forma de impulsar la descentralización política del país, promoviendo la participación de la comunidad local en la solución de sus problemas más frecuentes de salud. Paralelamente, se implementó un mecanismo de financiamiento que buscaba financiar los gastos operacionales de la atención primaria sobre la base de las atenciones prestadas, sin embargo, vicios de sobrefacturación y facturación de prestaciones inexistentes obligaron a introducir techos presupuestarios.

El resultado de esta gestión local ha sido experiencias positivas en algunas municipalidades, especialmente las con mayores recursos propios para financiar los déficit recurrentes del área de la salud, hecho que ha sido un permanente problema para muchas municipalidades. La principal crítica es haber desvinculado a los médicos de sus pares especialistas y perder posibilidades de desarrollo profesional en una red más integral de atenciones.

El DFL N°3, de 1981

Las Isapre fueron creadas respondiendo a una lógica de mayor competencia en la gestión de los sectores sociales, que buscaba dar opciones de elección a quienes aportan su cotización para salud, mediante la decisión de entregar el aporte a FONASA o a una institución privada de su elección. Mediante el aporte de las cotizaciones y la afiliación masiva de cotizantes se esperaba que estas instituciones desplazaran progresivamente al FONASA.

Desde su creación, las Isapre han tenido un creciente desarrollo, y hoy en día su cobertura alcanza a un 30% del total de la población, con alrededor de 4 millones de beneficiarios.

No obstante, el mayor problema de estas instituciones es que se crearon en una época en que no existía un gran conocimiento técnico sobre los seguros privados de salud. Además, por varios años crecieron al amparo de una débil legislación. En este contexto, se hicieron comunes prácticas como la selección de riesgo, dejando fuera de la cobertura por ejemplo, a las personas de la tercera edad, y prefiriendo a los afiliados de mayores ingresos. Así también, proliferaron los planes de salud ya que primó una lógica individual antes que colectiva en la negociación de los contratos.

Todo lo anterior ha incidido en la tendencia a la concentración que se observa en el mercado.

3.1.3. La gestión del primer gobierno democrático: Recuperación del sistema público y reformas a la Ley de Isapre.

Este gobierno se encontró con un sector público de salud con amplias necesidades de recursos y serios problemas de gestión. Había gran consenso en la coalición gobernante de la necesidad de recuperar la infraestructura física de los establecimientos públicos de salud, así como de avanzar en la reforma financiera y de gestión, en el entendido que era la única alternativa de atención de que disponía la población más pobre del país.

En paralelo, se le asignó prioridad a la reforma de la Ley de Isapre, por las deficiencias que aún persistían en el sistema.

Con el apoyo de créditos externos, el gobierno comenzó un plan que buscaba la racionalización funcional y de mejoramiento de la infraestructura.

En el terreno de las reformas financieras, se iniciaron los estudios técnicos orientados a cambiar la forma cómo se entregaban los recursos financieros en el sector. Se elaboraron los diseños técnicos de lo que se conoció como Presupuestos de Equidad y Compromisos de Gestión. Complementariamente, se trabajaron las bases técnicas de los mecanismos de transferencia de recursos para la atención primaria, conocidos como "per cápita" y el "pago asociado al diagnóstico", para la atención secundaria terciaria.

Lo más destacado de este período fue el esfuerzo en inversión en infraestructura física así como el esfuerzo técnico por diseñar mecanismos que incorporaran equidad y eficiencia en la gestión de los recursos del sector. No obstante, hubo la percepción de un lento avance en el sector en especial cuando se comparaba los importantes incrementos en recursos humanos con los pobres resultados en términos de mayores atenciones a la población usuaria.

Proyecto de reforma a la Ley de Isapre.

Un equipo formado por miembros del Ministerio de Salud (MINSAL) y de la Superintendencia de Isapre elaboró un texto legal que buscaba dar más transparencia y equidad al funcionamiento del sistema.

Entre las medidas destinadas a la transparencia destacaban la eliminación de prácticamente todas las restricciones a la cobertura como carencias y exclusiones, así como la definición precisa de las enfermedades preexistentes declaradas y no declaradas y las restricciones a su cobertura.

Desde el punto de vista de la equidad, el proyecto pretendía introducir un fondo de reserva para la salud de la tercera edad y que se financiaba con un 0,9% de la renta de los afiliados al sistema y que se descontaban del 7% , acumulando estos fondos durante la vida activa de los cotizantes para financiar sus mayores gastos de salud cuando lleguen a la tercera edad, y no verse así en la necesidad de retornar al Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Otra modificación importante en este sentido fue la introducción del concepto de excedentes de cotización, que pasaban a ser propiedad del afiliado para el pago de los

gastos de salud de su responsabilidad, como los copagos, cotizaciones en época de desempleo, etc.

La resistencia del gremio de las Isapre fue tan bien organizada, que logró unir a gran parte del conglomerado empresarial y a la mayoría de los parlamentarios en oposición al proyecto. Así, el gobierno se vió en la necesidad de retirar el articulado que hacía referencia al fondo para la tercera edad e igualmente el proyecto no fue aprobado, básicamente por la oposición al tema de la creación de los excedentes de cotización.

3.1.4. La gestión del segundo gobierno democrático: Fortalecimiento del sector público de salud y bases de la reforma a la seguridad social de salud.

a) Fortalecimiento del sistema público de salud.

Se puso en marcha un plan que contenía un conjunto de cambios dirigidos a fortalecer la gestión del sector, buscando generar un marco de mayor competencia interna entre el seguro y la provisión pública de salud.

De esta manera, el FONASA abordó la misión de transformarse en el seguro público de salud que tenía como objeto asegurar la mejor cobertura de salud para su población beneficiaria, cotizantes e indigentes.

Así se inició un plan dirigido a maximizar la captación de ingresos, con eficientes sistemas para evitar la evasión, y hacer más equitativa la asignación de recursos. Fue así como en 1994 se puso en marcha el financiamiento per cápita diseñado por el gobierno anterior, para todos los establecimientos municipales de atención primaria. Complementariamente, se inició un apoyo de gestión y sistemas destinado a que las municipalidades fueran inscribiendo a la población que atendían.

Actualmente el sistema per cápita sigue vigente y ya son muchas las municipalidades que cuentan con una base de datos de población adscrita.

Por otra parte, en enero de 1995, se realizó la primera negociación de los Presupuestos de Equidad entre el MINSAL y FONASA, con los directores de Servicios de salud, dando así inicio práctico a estos instrumentos que permiten una mayor ligazón entre recursos asignados y resultados.

En el plano de la provisión de servicios se inició un plan de ajuste estructural para aquellos servicios de salud con peor situación financiera, a fin de que pudieran saldar sus deudas y mejorar sus resultados operacionales con una serie de medidas de ajuste de gastos y generación de ingresos propios.

b) Nueva Ley de Isapre.

Hacia mayo de 1995, se logró el buscado consenso, sobre la base de imponer un tope máximo al total de cotizaciones legales que mensualmente podían destinarse a excedentes. Los excedentes se definieron como la diferencia entre el valor mensual de la cotización legal (7%) y el precio del plan de salud contratado. En todo caso los

excedentes que mes a mes se pueden destinar a esta cuenta se limitaron a un máximo de 10% del total de cotizaciones, quedando a disposición de la Isapre cualquier diferencia sobre este tope. Definitivamente quedó desechado el fondo de reserva para la tercera edad, con lo que si bien se logró el consenso, quedó una sensación de desencanto en el gobierno.

c) Las bases de la reforma de seguridad social en salud.

Consciente que los problemas de todos los sectores participantes del sistema de salud, públicos y privados, obedecían a una raíz estructural, el Ministro de la época formó una comisión interministerial que fue conocida como "Comisión de reforma de la seguridad social en salud", la que se abocó al diagnóstico de los principales problemas y a la elaboración de propuestas para su perfeccionamiento. A pesar del avance técnico y de su viabilidad política, gran parte del trabajo estuvo marcado por el conflicto con el gremio médico, y de los demás profesionales del área, al que posteriormente se sumaron las Isapre, lo que terminó por anticipar la salida del Ministro, con lo que se le restó prioridad al trabajo de la comisión, la que finalizó sus sesiones en marzo de 1997, con la entrega de los estudios elaborados, y sin lograr un clima de consensos.

d) El proyecto de Ley para la reforma de FONASA.

En 1997, el gobierno propuso la eliminación gradual del subsidio de 2% creado para favorecer a las personas de menores rentas para que pudieran afiliarse a una Isapre e incentivar el desarrollo de este sistema. Por problemas de focalización y por la relativa madurez del sistema Isapre, se planteó su eliminación y canalizar dichos recursos al fortalecimiento del sistema público de salud.

La campaña de las Isapre marcó las ineficiencias del sector público de salud, al que llegarían las personas que gozaban del subsidio, lo que obligó al gobierno a complementar esta decisión con un proyecto de modernización del FONASA para fortalecerlo en su rol de seguro público de salud, proyecto de Ley en actual trámite parlamentario.

A la espera de esta modificación legal, el FONASA ha sido una de las instituciones que más ha innovado en su gestión. Por ejemplo, estableció una carta de compromisos con sus usuarios que se han visto concretados en iniciativas como el Programa de Oportunidad de la Atención que garantiza una rápida solución a casos que requieren atención hospitalaria y, el Programa de Prestaciones Complejas que protege a los beneficiarios frente a eventos catastróficos de salud.

3.2. Escenarios posibles de reforma.

La llegada de un nuevo gobierno en marzo de 2000, hace presumir una voluntad del ejecutivo para impulsar reformas integrales en el sector salud.

3.2.1. Síntesis actual del sector y diagnóstico de problemas estructurales.

En este punto se entrega un panorama sintético de la realidad sectorial actual.

a) La situación actual.

Chile posee un sistema de salud relativamente avanzado y exhibe lugares de vanguardia en índices de salud de su población.

El subsistema público.

En la actualidad, el Estado a través del MINSAL, ejerce el rol normativo, regulador y supervisor del sistema de salud en su conjunto. Por su parte la función de seguro público de salud, financiado por cotizaciones previsionales y aportes fiscales corresponde a FONASA. Complementariamente, el Sistema de Servicios de Salud (SSS) a través de sus 27 servicios regionales, apoyados por la subsecretaría de Salud, se responsabiliza por las prestaciones de salud.

De esta manera, las acciones de fomento de la salud con características de bienes públicos, se proveen gratuitamente. Adicionalmente, las atenciones de recuperación y rehabilitación, se otorgan a la población beneficiaria, compuesta por los cotizantes de FONASA y por los indigentes, y residualmente por cotizantes de Isapre, así como los que no tienen previsión.

El subsistema privado.

Como alternativa al FONASA, y con cargo a la cotización legal para salud, las Isapre administran los seguros previsionales, de carácter principalmente curativos, en conjunto con los subsidios por incapacidad laboral debido a una enfermedad común.

Los prestadores médicos, otorgan directamente atenciones para la recuperación y rehabilitación de la salud a los beneficiarios de Isapre, como también entregan atención especialmente de carácter ambulatorio a los beneficiarios de FONASA, bajo la modalidad de libre elección.

b) Problemas estructurales prevaletentes.

Problemas de equidad.

Aún cuando se reconoce que el esquema de financiamiento de la salud en Chile tiene un carácter progresivo, al financiar la salud de los más pobres con cargo a impuestos generales, se hace difícil sustentar en el largo plazo un modelo en el que FONASA, por su carácter solidario, siga sustentando sólo a los beneficiarios de menores ingresos y con mayor riesgo médico relativo, y las Isapre, a los más sanos y de mayores recursos, sobre todo cuando los beneficiarios de Isapre con enfermedades catastróficas o que envejecen se ven obligados, muchas veces a emigrar a FONASA. Adicionalmente, no parece sustentable un modelo económico de reparto para FONASA, ya que no se señalan con claridad los derechos de los beneficiarios y en un contexto de recursos siempre escasos, tal opción de seguro opera con restricciones cuantitativas a nivel de la provisión de servicios.

Problemas de Eficiencia.

Bajo este punto de vista es insostenible que en el largo plazo las Isapre continúen utilizando la negociación individual de los planes de salud.

En el caso particular de los enfermos catastróficos, esta situación representa, en la práctica, la obligación de retornar a FONASA, por no poder asumir los altos copagos por sus atenciones con proveedores privados.

Por otra parte, la estructura burocratizada de la oferta y financiamiento de los proveedores públicos es proclive a ineficiencias productivas y tiende a ser insensible a las necesidades y preferencias de la población usuaria.

También resulta ineficiente que las decisiones de inversión en infraestructura médica con impacto de largo plazo se sigan adoptando en una lógica de compartimentos estancos o de sistemas duales, sin mayores posibilidades de compra y venta de servicios entre los sectores público y privado de provisión.

3.2.2. Visión de largo plazo del escenario de reformas.

Los desafíos de reformas a la seguridad social de salud sugieren avanzar hacia el establecimiento de nuevos arreglos institucionales de estructura y organización, así como de financiamiento y de incentivos que permitan alcanzar una mayor equidad y eficiencia en la cobertura. Dichas reformas deberían tender a terminar con la híbrida modalidad actual y las pérdidas de bienestar económico que conlleva.

A continuación se describen los lineamientos del trabajo a este respecto desarrollado por el MINSAL y el Departamento de Economía de la Universidad de Chile durante la gestión del Ministro Carlos Massad.

a) La función de seguro del sistema de salud.

Se busca integrar las actuales ventajas del sistema de Isapre (diversidad, competencia y orientación al usuario), con los elementos de solidaridad que subsisten en el sistema de FONASA (prima comunitaria, ajustes por riesgos capitados, obligaciones de largo plazo con la población). Para esto toda persona, con independencia de sus características de ingreso, sexo, edad, o cualquier otra variable de discriminación, debe poder elegir libremente su institución aseguradora, Isapre o FONASA, para que le otorgue los beneficios de cobertura de un Plan Garantizado de Beneficios de Salud PGBS, de manera que se cambiaría el actual mandato de aportar el 7% del ingreso, por el de adquirir el PGBS en una institución de seguro, sea pública o privada.

Como cobertura, el PGBS aseguraría el acceso básico a las prestaciones de salud de tipo individual, con características de bien privado.

Junto al PGBS, el estudio propone también el Plan de Salud Pública, PSP, que incluye actividades de protección y promoción de la salud, financiado por el Estado y de responsabilidad de los servicios de salud. Adicionalmente se recomienda promover seguros

de carácter complementario y de naturaleza voluntaria a todos los cotizantes del PGBS que no sean subsidiados por el Estado, buscando por esta vía el acceso a beneficios de hotelería, tecnología médica, y prestaciones exclusivas por sobre las establecidas en el PGBS.

En cuanto al financiamiento, la mencionada propuesta sugiere que la prima sea independiente del riesgo individual de salud, pagando todos un precio igual, con excepción de las cargas familiares que podrían pagar un precio menor.

b) La función de provisión de servicios.

Se plantea un sistema competitivo de proveedores públicos y privados orientado a satisfacer la demanda y necesidades más importantes de acuerdo al PGBS. Esto significa conferir a los hospitales públicos la calidad de autónomos. Así podrían competir por contratos con aseguradores o de prestaciones directas con la población. Junto con esto se debe mejorar la gestión de los consultorios aprovechando economías de escala creando corporaciones municipales de salud entre comunas vecinas.

Se propone una amplia libertad para que las instituciones de seguros establezcan convenios con los prestadores de salud.

c) Regulación.

Se propone que exista una institucionalidad especializada que en conjunto con el MINSAL realice funciones de supervisión y regulación explícita. Así, se postula una Superintendencia de instituciones de seguros de salud, rol que puede cumplir la actual Superintendencia de Isapres.

Los actuales Servicios de Salud se encargarían de monitorear la calidad de atención y de satisfacción de los usuarios en el ámbito de la provisión de servicios.

3.3. Escenarios propuestos para la fase de transición.

Este escenario se encuentra dominado por la transición de los hospitales públicos hacia su autonomía, el diseño de un nuevo plan de financiamiento y la creación de la nueva institucionalidad o la adaptación de la actual.