



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ECONOMÍA Y NEGOCIOS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN

ANÁLISIS CRÍTICO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

La Puja Distributiva y sus Consecuencias

SANTIAGO DE CHILE, ENERO 2014

SEMINARIO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
INGENIERÍA COMERCIAL, MENCIÓN ECONOMÍA

AUTORES:

PABLO BURIS P.

NICOLÁS BUSTAMANTE B.

JUAN PABLO ROJAS Z.

PROFESOR GUÍA:

Jorge Katz S.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro profesor guía Jorge Katz por su inagotable apoyo y avidez por compartir su inmenso conocimiento

A nuestras familias y amigos por el constante respaldo y la enorme comprensión

A quienes nos dedicaron su invaluable tiempo en entrevistas:

Elmer Torres y Patricia Barón, ASILFA

María Eugenia Salazar, Clínicas de Chile

Sergio Poblete y Alain Palacios, DESAL

Gonzalo Simón, ISAPREs de Chile

David Arce, Pfizer

Oscar Arteaga, Salud Pública UChile

Camilo Cid, Salud Pública UC

Manuel Inostroza, UChile

Alicia Núñez, UChile

Sylvia Galleguillos, UChile

RESUMEN EJECUTIVO

En términos científicos, las últimas décadas han representado uno de los periodos más fructíferos no solo en la creación de soluciones para la vida cotidiana, sino también en trascendentes avances en los estudios de salud y batalla contra ciertas enfermedades catastróficas. Este progreso ha permitido una mejora paulatina en el nivel de vida de la población a la vez que ha generado una demanda creciente de recursos por parte de los investigadores con el fin de solventar los gastos inherentes al desarrollo. Este mayor foco en la especificidad de la investigación responde igualmente a una creciente valoración por parte de las personas por extender su existencia, lo que vuelve a este bien uno relativamente inelástico haciéndose factible que cada avance, por muy caro que sea, encuentre un nicho en algún segmento de la población en algún lugar del mundo.

La exigencia creciente de recursos ha representado uno de los principales problemas que han debido enfrentar los gobiernos en materia de salud, esto no solo debido al aumento de los recursos que se requieren, sino principalmente a la segregación que existe entre aquellos que pueden costear los servicios - y vivir más sanos - y aquellos que deben intentar sobrevivir o esperar por una solución provista por el fisco. En particular Chile se destaca por poseer uno de los sistemas más desiguales de la región, gracias a que su sistema se fundamenta en gran parte en el gasto de bolsillo de los individuos.

El progreso científico entre otras causas han generado una tendencia creciente y sostenida de los costos de los servicios de salud, aun cuando en los últimos años esta se ha ralentizado - probablemente influenciado por las crisis internacionales imperantes - sigue representando una amenaza financiera generalizada. Este aumento en el nivel de costos no se ha visto compensado por un aumento proporcional en los ingresos que la gente percibe, situación que ha generado un gap que obligadamente debe ser suplido ya sea mediante aportes fiscales o endeudamiento individual: Año a año millones de personas caen bajo la línea de pobreza debido a lo complejo que les resulta solventar los gastos en salud.

Esta dramática situación es lo que ha motivado la escritura de este documento, generando el interés del estudio del mercado de salud pero - a diferencia de lo común - desde el lado de la oferta, comprendiendo como los agentes que participan en ella presionan por un

aumento de los costos agregados, ya sea esto para financiar la inversión en la que cada uno incurre, o simplemente para captar un mayor monto de rentas, fenómeno que denominaremos “puja distributiva”.

El estudio de este documento se realiza por medio de la taxonomía del mercado en tres sectores: El primero de ellos está representado por los prestadores de servicios de salud, quienes se encargan de proveer la infraestructura necesaria para que la gente sea atendida. El segundo agente vital lo componen los profesionales médicos, ya sean estos médicos generales o especialistas, quienes entregan servicios ya sea de manera independiente o estableciendo contratos con los prestadores antes mencionados. El tercer y último mercado en análisis lo componen los laboratorios y cadenas distributivas ya sea de origen local o internacional, quienes se enfocan en la investigación y producción de farmacos. El análisis individual de cada uno de ellos es complementado con la comprensión de cómo estos se interrelacionan y establecen pactos comerciales con el fin de posicionarse de mejor manera en comparación a sus pares.

Este intenso panorama se ha desarrollado con particular fuerza en Chile, principalmente justificado por un modelo de salud que permite la obtención de utilidades, y en el cual el gobierno ha intervenido precariamente. La principal problemática sin embargo, no se centra en la carencia de regulación, sino en los incentivos que el mismo modelo entrega a sus integrantes.

El estudio de la puja distributiva no representa un fin en sí mismo, sino una herramienta analítica que permite captar una serie de interrelaciones que el gobierno o ente regulador debe tener en consideración. Este instrumental analítico debe ser usado para proponer y reformar, es por esto que al final del documento mostramos nuestra alternativa de sistemas de salud como solución correctiva de los factores adversos que el actual modelo posee. Detallamos en definitiva, que nuestro actual modelo debe migrar a largo plazo a uno del tipo del Seguro Nacional de Salud, donde el rol que juega el estado aumenta considerablemente aunque no solo en financiamiento sino también como regulador y guiador de los objetivos del sistema.

CONTENIDO

Introducción	1
1. Desarrollo Histórico de un Sistema Inequitativo	8
1.1. Antecedentes Históricos: Etapa de la Beneficencia	11
1.2. Primer Periodo: Ciencia y Estado.	14
Creación del Servicio Nacional de Salud (SNS)	14
1.3. Segundo Periodo: Privatización y Mercado.	25
Reformas del Régimen Militar del General Augusto Pinochet	25
1.4. Tercer Periodo: Reformas de Continuidad.	30
Reformas en Democracia.....	30
AUGE/GES	33
Referencias del Capítulo	35
2. El Actual Sistema de Salud: Un Análisis del Gasto Agregado	36
2.1. Sistema Actual	36
Descripción Institucional.....	36
Mecanismos de Pago	39
El Gasto en Salud	44
El Gasto en Chile	45
Contraste Internacional	48
El Gasto de Bolsillo.....	53
2.2. Factores Determinantes del Crecimiento del Gasto	56
Nivel de Ingreso	57
El Factor Tecnológico	58
La Estructura Etaria.....	61
Factores Sistémicos	65

2.3. Modelos de Salud	68
El Modelo de Beveridge	70
El Modelo de Bismarck	73
Modelo del Seguro Nacional de Salud	75
Modelo de Gasto de Bolsillo	78
Referencias del Capítulo	80
3. La Oferta de Servicios de Salud	83
3.1. Prestadores.....	84
Descripción del Mercado	85
Interacción Público-Privada	87
Diferencias Público Privadas	92
Precios de Prestaciones	95
Concentración, Segmentación e Integración Vertical	105
Discusión	111
3.2. Médicos	112
Oferta Actual.....	115
Distribución.....	118
Formación	128
Otros Temas.....	141
Discusión	145
3.3. Fármacos	148
Laboratorios.....	150
Farmacias.....	156
Discusión	160
3.4. Interrelaciones.....	165

Referencias del Capítulo	169
4. Reformas al Sistema.....	172
4.1. Situación Actual.....	173
Diagnóstico al Aseguramiento	174
Diagnóstico a la Provisión	175
Diagnóstico Global	177
4.2. Modelos Factibles.....	178
El Modelo de Beveridge.....	178
Modelo del Seguro Nacional de Salud	180
El Modelo de Bismarck	182
4.3. Propuesta de Reforma.....	184
Financiamiento	185
Aseguramiento.....	187
Provisión	190
4.4. Transición	192
Referencias del Capítulo	195

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1.1 - Mortalidad Infantil y de 1 a 4 años en Chile.....	23
Grafico 1.2 - Gasto en Salud como proporción del Gasto Social Total	24
Grafico 1.3 - Mortalidad por Infecciosas Transmisibles en Chile	25
Grafico 2.1 - Gasto Total en Salud como proporción del PIB.....	46
Grafico 2.2 - Gasto en Salud en Chile desagregado según fuente de financiamiento	48
Grafico 2.3 - Gasto Total en Salud, composición como proporción del PIB. OECD.	49
Grafico 2.4 - Gasto Total en Salud, composición como proporción del PIB. Latinoamérica.....	51
Grafico 2.5 - Gasto Total en Salud, composición como proporción del PIB. Seleccionados.....	52
Grafico 2.6 - Gasto de Bolsillo como proporción del Gasto Total en Salud	54
Grafico 2.7 - Gasto en Salud per cápita en relación al PIB per cápita	58
Grafico 2.8 - Gasto en Salud, proporción del PIB en relación a la población de 65 o más años.....	62
Grafico 2.9 – Gasto per cápita como proporción del PIB per cápita por rangos etarios	63
Grafico 3.1 – Numero de Médicos	116
Grafico 3.2 – Habitantes por Médicos	120
Grafico 3.3 – Habitantes por Médicos Especialistas	123
Grafico 3.4 – Distribución de Médicos por Sector	125
Grafico 3.5 – Distribución de Horas Médicas por Sector	125
Grafico 3.6 – Habitantes por Médico	127
Grafico 3.7 – Matriculas y Titulados de Medicina.....	131
Grafico 3.8 – Proyección Titulados de Medicina.....	132
Grafico 3.9 – Cupos para Especialistas.....	137
Grafico 3.10 – Evolución Venta de Medicamentos.....	160

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 – Sistema de Salud de Chile.....	40
Figura 2.2 – Sistema de Salud Inglés	72
Figura 2.3 – Sistema de Salud Japonés.....	74
Figura 2.4 – Sistema de Salud de Canadá.....	77
Figura 3.1 – Estructura del Número de Médicos Activos.....	116

Figura 4.1 – El Modelo Beveridge	179
Figura 4.2 – El Modelo del Seguro Nacional de Salud.....	181
Figura 4.3 – El Modelo de Bismarck	183
Figura 4.4 – El Modelo de Salud Propuesto	185

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.1 – Evolución del Gasto Público en Salud.....	33
Tabla 3.1 – Prestaciones Según origen.....	86
Tabla 3.2 – Usuarios MLE y Prestaciones PAD	87
Tabla 3.3 – Comparación Costos Públicos vs Privados.....	94
Tabla 3.4 – Prestaciones Sistema Isapre	97
Tabla 3.5 – Variaciones Precio Promedio.....	99
Tabla 3.6 – Distribución Precios Privados	103
Tabla 3.7 – Segmentación de Prestadores.....	106
Tabla 3.8 – Compra a Prestadores Relacionados	108
Tabla 3.9 – Participación de Prestadores Privados	109
Tabla 3.10 – Médicos por Especialidad	118
Tabla 3.11 – Distribución de Médicos	119
Tabla 3.12 – Índices de Concentración	121
Tabla 3.13 – Escuelas de Medicina.....	128
Tabla 3.14 – Escuelas de Medicina y Matrículas.....	130
Tabla 3.15 – Médicos Especialistas	135
Tabla 3.16 – Becas para Médicos	136
Tabla 3.17 - Agrupaciones Farmacéuticas.....	154
Tabla 3.18 – Participación de Mercado Medicamentos.....	157
Tabla 3.19 - Composición del Gasto en Salud según Quintil.....	161

INTRODUCCIÓN

Desde inicios de siglo, diversos economistas han propuesto una amplia variedad de modelos teóricos con el propósito de incentivar el crecimiento de un país. Estos modelos han pretendido entregar “recetas” para un crecimiento sostenido a largo plazo por medio de la aplicación de ciertas reformas, las que sin duda varían en el foco productivo de cada economía, pero confluyen en la necesidad de la formación de un capital humano acorde al nivel de desarrollo que se pretende alcanzar.

Lo complejo de esta simple recomendación, es que la formación de un capital humano eficiente corresponde a un fenómeno multidimensional: No se trata solamente de entregar educación o especializar a los habitantes de una zona en el trabajo de cierto tipo de industria, sino de la provisión de una serie de garantías que permitan la correcta formación de este vital factor productivo.

Uno de estos factores fundamentales que intervienen en la formación del capital humano de un país es la provisión de servicios de salud: Una población más sana es, a su vez, la viva imagen de un trabajador más productivo o un estudiante con un mejor entorno para aprender, quienes a su vez logran perpetuar la inversión realizada en un aumento de productividad a largo plazo (Grossman, 2000). Las políticas de salud tienen un efecto directo en el aumento del bienestar de los individuos, a la vez que generan el desencadenamiento de una serie de mejoras e incremento en los niveles de eficiencia de las políticas que el gobierno pudiese aplicar.

Tal como Maslow lo plantea en su pirámide de necesidades, se hace imperioso que los niveles inferiores se encuentren satisfechos a fin de poder aplicar mejoras eficaces en los tramos superiores de ésta.

Precisamente, la salud de los individuos se corresponde con estos niveles inferiores – pero



fundamentales – de las necesidades humanas, siendo prácticamente obligatorio que el estado supla estos requisitos a fin de tener un mejor desarrollo en el resto de las aristas públicas que le competen, especialmente aquellas ligadas a la educación de la ciudadanía (la que se ve ligada a los tramos superiores de la pirámide).

En las últimas décadas hemos podido apreciar como el modelo capitalista ha logrado establecer una segregación en los individuos y las oportunidades a las cuales éstos tienen acceso, siendo fundamental la salud para poder lograr la corrección de ciertas ineficiencias del sistema: Mientras el capitalismo agudiza diferencias sociales (medida como diferencias en los ingresos per cápita), un sistema equitativo de salud logra equiparar la gama de oportunidades a la cual un individuo puede optar, mejorando su expectativas de desarrollo laboral. Enfatizando en ello, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial cada año hay 150 millones de personas que sufren enfermedades catastróficas, las que traen asociado un alto costo de tratamiento. De esa cifra, 100 millones de personas¹ caen por debajo de la línea de pobreza debido al endeudamiento en el que deben incurrir para mejorar su nivel de salud, lo grave de esta situación es que no estamos hablando solamente de un gasto en bienes de consumo, sino en derechos fundamentales de bienestar: La gente está cayendo en situaciones de extrema pobreza con el fin de lograr extender sus años de vida, a costa de que a su vez, estos se vean perjudicados al intentar “comprar” una mejoría.

La historia nos ha enseñado con bastante crudeza sobre las ineficiencias que ha generado la economía al utilizarse como herramienta política²: Las escuelas de economía siguen replicando una teoría que en (muchas) ocasiones no es aplicable empíricamente, modelos cuyos supuestos fundamentales no se cumplen y teoremas que solamente funcionan como experimentos de laboratorio: Es fundamental entender que muchas veces la solución, o equilibrio económico no siempre se alinea con el equilibrio social esperado, lo que hace necesaria la intervención de un tercero que garantice la provisión óptima. Este tipo de situaciones no están lejos a nuestro campo de acción como economistas, lo que hace

¹ De las cuales un 90% vive en países en desarrollo.

² Nos referimos en particular a los postulados neoclásicos detallados en el consenso de Washington.

necesario el estudio de los factores macro y microeconómicos que eventualmente podrían ayudar a corregir las ineficiencias en la provisión de servicios de salud.

Un ejemplo vivo de lo anterior es lo que se ha evidenciado en el mercado de la salud, cuya peculiaridad es que no se transa un bien de consumo, sino un derecho inherente a cualquier ser humano, por lo cual las ineficiencias en su provisión o excesos en el cobro no sólo generan pérdidas de bienestar, sino que pueden llevar al deterioro del nivel de vida e inclusive la muerte: La población valora el servicio, por ende quisieran que la oferta de prestaciones fuese superior a la que el mercado está dispuesto a proveer, sin embargo, ¿Hasta qué punto es ético analizar la provisión de un servicio vital como este solamente considerando las fuerzas de la oferta y la demanda? Existe innegablemente un conflicto ético al aplicar un precio que equilibre este mercado, sin embargo, no debemos olvidar que para que los seres humanos posean mejores niveles de vida, siempre se hace necesaria la investigación científica y la mejora de tecnologías y procedimientos, lo que intrínsecamente se ve asociado a mayores costos. Este costo adicional inherente a la innovación e investigación debe ser cubierto ya sea por los consumidores directos del producto o servicio, o en su defecto por el gobierno de turno. Lo controversial no es que existan costos, o que la gente pague una tarifa, sino el hecho de que muchos prestadores de salud se encuentran transando sus servicios a un precio muy superior al necesario para recuperar la inversión realizada. Lo anteriormente descrito se sustenta en la imperfección mercantil intrínseca de los servicios de salud, lo que permite que las rentas que se obtienen por las prestaciones sean bastante elevadas dado el relativo poder de mercado que poseen los oferentes.

El mercado de prestaciones de salud no solo se destaca por estos conflictos éticos, sino que existen ciertas características del sector que lo hacen particularmente distinto a cualquier otro:

1. Asimetría de información: El usuario del servicio de salud carece del conocimiento necesario como para determinar si la solución entregada por el médico es la correcta. A su vez, al momento de emitirse alguna prescripción médica, desconoce si es el medicamento más costo efectivo o de mejor calidad para resolver su problemática. El

costo de una decisión incorrecta es mucho más grande e irreversible que en otras situaciones: Si el doctor se equivoca en el diagnóstico uno podría inclusive tener algún riesgo vital, pero ¿Cómo discriminar entre las distintas opiniones de los doctores?

2. **Riesgo Moral:** Estamos ante una situación de riesgo moral cuando existe un tercer participante en el mercado (empresa aseguradora) quien cancela por el servicio recibido por el paciente. Los pacientes continuarán haciendo uso del servicio a medida que sientan que el beneficio recibido es superior a los costos que deben enfrentar. Esto nos llevará a una situación donde el individuo que se encuentra asegurado, tendrá incentivos para sobre demandar el servicio. El problema del sobre consumo es una consecuencia bastante ineficiente del riesgo moral, sin embargo este último es un problema en sí mismo: A medida que el individuo pague un monto menor al beneficio neto que puede recibir, este se verá incentivado a tomar actitudes riesgosas, lo que a su vez lo llevará a demandar aún más servicios de salud.
3. **Selección Adversa:** La selección adversa se produce cuando un gran número de compradores tiene información de su propia salud, información que el asegurador no posee. Si el asegurador establece el precio promedio para asegurar a un grupo entero, aquellos individuos que tengan un costo menor a ese resistirán cubrirse con ese plan. Dado que el resto de la población tiene costos sobre la media, el asegurador se verá obligado a elevar los precios, causando nuevamente una fuga de clientes con costos inferiores al nuevo equilibrio: Con este ejemplo se muestra que el sistema de salud, y en particular los planes que ofrecen a los aseguradores, tienden a concentrar a aquellos clientes con un relativo mayor costo y por ende mayor riesgo de salud. .
4. **Incertidumbre:** Existe incertidumbre en los servicios de salud en tanto que el cliente desconoce completamente cuales son los servicios que terminará consumiendo y cuáles son los efectos que estos tendrán en su salud. Esto puede llevar a una recomendación excesiva de prestaciones por parte del médico, medida de la cual el usuario no podrá discriminar si son necesarias o no. Esta falla de mercado es crucial, siendo el origen de la complejidad inherente del sistema (Arrow, 1963).

5. Catástrofe Financiera: El sistema de salud difiere del resto de los mercados dada su capacidad desestabilizadora de las finanzas de los usuarios. Es muy probable que una enfermedad logre descuadrar el presupuesto de un grupo familiar dado lo repentino del diagnóstico o los síntomas: Esto generará incentivos a la protección por medio de aseguradoras.

Los economistas que han decidido enfocarse en el estudio de la salud y sus ineficiencias, usualmente han realizado sus trabajos analizando la demanda de las prestaciones de salud y el gasto que los individuos realizan bajo circunstancias normales. Sin embargo, rara vez se ha hecho un análisis profundo de la oferta de salud en un país, esto debido principalmente a la carencia o complejidad en conseguir información suficiente para llegar a conclusiones sólidas. Este trabajo se ha aventurado a estudiar el mercado de salud desde la perspectiva de la oferta, a fin de entender desde allí los efectos que esta logra generar en los demandantes de servicios de salud, en su bienestar y en la equidad general del sistema.

En los últimos años hemos podido ver un aumento a nivel mundial del gasto en servicios de salud, sin embargo los ingresos de las personas no han crecido a una tasa tan elevada. De manera inevitable esto ha llevado a que el ítem “salud” tenga una participación cada vez mayor en el presupuesto familiar. Si bien hemos podido apreciar que en los últimos años se ha ralentizado el crecimiento de este tipo de gastos, continúa siendo preocupante la proporción del total que acapara, lo que hace cada vez más necesaria la intervención del gobierno como garante de este servicio para aquellos que no pueden solventarlo. Se hace necesaria la explicación de este aumento en el costo relativo de los servicios de salud, a fin de conocer si corresponde a una mejora en tecnología, conocimientos y procedimientos o si responde solamente a un aumento en las utilidades de los oferentes. Es precisamente esto, y sus consecuencias sobre la equidad del sistema, lo que ha motivado la redacción de este documento. Buscamos entregar una respuesta a esta incógnita analizando tres mercados que consideramos relevantes a la hora de explicar el gasto en salud: 1. Prestadores, 2. Médicos y 3. Laboratorios / Farmacias, sumado a un agente de gran importancia en el financiamiento, como son las aseguradoras.

Este análisis tripartito pretende demostrar que a lo largo de las últimas décadas ha existido una puja distributiva sobre los costos en salud, donde cada uno de estos agentes ha desviado - por diversas razones que explicaremos - una mayor cantidad de recursos hacia su propio mercado. La puja sobre los costos en salud no solo ha generado un aumento en el gasto de bolsillo de los individuos y una mayor participación estatal (obligatoria a fin de suplir aspectos críticos), sino que - lo que es más preocupante - ha tenido directa incidencia sobre la equidad del sistema y la calidad de los servicios entregados, generando un sistema con incapacidad de optar. Ciertos estudios han indicado que este tipo de situaciones no corresponden a un problema de presupuesto de una determinada nación, sino netamente a un fenómeno económico, en tanto a incentivos y asignación de recursos: Los agentes participantes tienen poder de mercado, o forman ciertos conglomerados que, dado el entorno legal, les permite capturar ganancias a partir de las cotizaciones obligatorias y aportes voluntarios de las personas así como de la imperfecta información que los consumidores enfrentan, situaciones que son características de los mercados donde existe un tercer pagador, ya sea en la forma de seguros privados o garantías públicas de salud.

La siguiente sección nos mostrará cómo ha sido la evolución del sistema de salud de Chile en las últimas décadas, enfocándose en la influencia que los modelos económicos aplicados en el país han tenido sobre la profundización y establecimiento de un sistema fundamentalmente inequitativo. A continuación realizaremos una descripción del sistema de salud actual, analizando sus principales características, virtudes y falencias por medio del estudio del nivel de gasto a niveles macro. En el cuarto apartado describiremos el contexto de organización industrial a fin de entender cómo se relacionan estos agentes y cuál es el entorno legal que legitima su comportamiento, dividido en tres secciones enfocadas en el estudio especializado de los tres mercados antes descritos. Una vez comprendido este fenómeno y el poder que cada uno de los agentes tiene sobre esta situación, mostraremos los efectos que esta presión sobre los costos genera en términos de eficiencia y equidad. Creemos fervientemente que el estudio de la puja puede servir como un medio para realizar otro tipo de análisis más profundo, por ende en los últimos dos capítulos realizaremos un análisis de las reformas que han sido propuestas en los últimos años considerando como soluciones el reestructuramiento del sistema y la alineación de los incentivos en pro de la

mejora en los niveles de salud de Chile, a fin de concluir con un breve marco teórico necesario para mejorar nuestro actual sistema de salud.

1. DESARROLLO HISTÓRICO DE UN SISTEMA INEQUITATIVO

Desde su génesis como ciencia social, la economía ha adicionado a su instrumental analítico importantes herramientas que han logrado profundizar el nivel de las conclusiones que se pueden obtener a través de ella. Esto ha llevado a que a lo largo de la existencia de esta ciencia social se hayan formado distintas perspectivas de análisis, o corrientes teóricas según el uso de uno u otro tipo de instrumento diferenciador. Una de estas nacientes relaciones simbióticas la encontró de la mano con la matemática, a través de la cual logró generar modelos predictivos que le permitían inferir si cierta decisión política era la más apropiada, o inclusive predecir de antemano si el fortalecimiento de cierto sector productivo generaría utilidades a unos cuantos años plazo.

Sin embargo, a corto andar la economía notó que existían ciertos ciclos o procesos que tendían a repetirse a lo largo de la historia³, así como nos encontraríamos con otros que ocurrían una sola vez, por lo cual los modelos no siempre responderían apropiadamente al contexto histórico vigente: El análisis histórico desde esta perspectiva, le dio la capacidad a la economía de proyectar ciertos sucesos futuros, entendiendo como estos fenómenos encontraban un factor de sustento en la historia. Es así que por medio del análisis de sucesos ya acontecidos, los economistas pueden tomar los cursos de acción apropiados a fin de no caer en los mismos errores del pasado.

En este trabajo pretendemos hacer uso de estas herramientas que la economía ha logrado recoger a través del tiempo a fin de analizar, desde una perspectiva histórica, como se produjo el desarrollo de nuestro actual sistema de salud. No buscamos solo describir los sucesos trascendentes, dado que el lector podrá encontrar un sin fin de autores que ya han descrito aquella temática, sino que buscamos realizar un análisis crítico de aquellas políticas que se aplicaron y el efecto directo que tuvieron sobre el actual sistema de salud que Chile posee.

³ Uno de los ejemplos trascendentes en esta temática es la obra de Fernand Braudel, quien realizó una serie de trabajos estudiando los efectos de la economía y la geografía en la historia actual. De él se desprende un análisis profundo de los procesos de “Larga duración” y las coyunturas históricas que generan cambios políticos, económicos y sociales.

Claramente la intención de este documento es realizar un análisis crítico y descriptivo del proceso de formación de un sistema de salud de la manera más objetiva posible, sin embargo entendemos igualmente, que quien analiza la historia no puede abandonar su esencia humana, siendo imposible ignorar el contexto social y cultural al que pertenece (Le Goff 1997). Lo anterior implica que si bien, nuestra intención es realizar un análisis imparcial de las políticas aplicadas, creemos que nos es imposible abandonar nuestra propia opinión, por lo cual el lector encontrará claramente diferenciada nuestra opinión de aquello netamente descriptivo.

Se hace trascendente evidenciar que el desarrollo de un sistema de salud es la consecuencia de la superposición de diversos factores como las creencias políticas, las ideologías y el contexto económico, por lo tanto su evolución corresponde a la sinergia entre estos factores, efectos que se apreciarán paulatinamente dependiendo de cuál de ellos sea preponderante en determinado periodo. En palabras del Dr. Jorge Jiménez:

“...la historia nos enseña que, en verdad, las revoluciones no existen, los cambios son graduales, predomina la reforma. Las revoluciones no son más que el mero cambio de poder de una persona o grupo a otro, muchas veces en forma violenta. Y por la historia sabemos que los cambios de poder, puño o metralleta en alto, no alteran substancialmente el estado de las cosas per se, al contrario, pueden empeorarlas.”

Así mismo, una reforma en salud corresponde a un proceso de corrección de ciertos factores específicos cuya solución será inevitablemente paulatina, gradual y progresiva, y sin duda llena de complejidades.

Este proceso de desarrollo gradual del sistema de salud evidentemente corresponde a la sumatoria de las reformas realizadas en los diversos gobiernos: Nos encontraremos con periodos donde la voluntad política por generar cambios diferirá según la importancia relativa que se le dé al desarrollo de un sistema de salud en Chile. Fundamentalmente nos interesa conocer la voluntad política que cada gobierno tuvo al realizar reformas y entender desde sus diversas ideologías si estos cambios fueron los más apropiados o no. Será necesario, bajo este contexto, entender desde la perspectiva histórica, si es más probable

lograr mejoras socialmente eficientes por medio de un sistema del libre mercado o a través de una participación activa del gobierno como proveedor de salud.

Para realizar nuestro análisis dividiremos esta sección en tres periodos temporales, los que a su vez dividiremos en ciertos subsectores en los cuales requerimos poner mayor énfasis:

La primera de estas etapas es la que va desde la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) hasta el abrupto término del gobierno de Allende en el '73, etapa donde apreciaremos un estado benefactor, con un rol activo en la provisión de salud, y esto no sólo a través de las vías convencionales sino también haciendo uso de nuevas estrategias sociales que lograban una mayor penetración de la política sanitaria.

El segundo periodo se corresponde con la llegada de la dictadura al poder, donde apreciaremos abruptos cambios estructurales ligados a la línea teórica generada por los economistas de Chicago: En esta etapa veremos a un estado mayormente ausente, quien confía en la correcta asignación de beneficios a mecanismos de mercado. Lo anterior justificó la creación de las ISAPRES, hito que sin duda marca uno de los sucesos más trascendentes del periodo en materia salud. Así mismo, la política macroeconómica expuesta que se instaura en el periodo, genera cierta inestabilidad en la cantidad de recursos con los que los proyectos sociales cuentan. Sin embargo, igualmente apreciaremos un aumento en los recursos gastados en salud, teniendo que analizarse el efecto social de este mayor gasto: ¿Fueron estos dineros dirigidos a los más necesitados? ¿Fue más eficiente en términos de bienestar la política de salud neoliberal?

La tercera etapa corresponde al retorno de la democracia con el gobierno de Aylwin en 1990. Aquí notaremos políticas mayormente de continuidad a lo que se había instaurado durante el Régimen Militar, no se apreciarán cambios fuertes hasta entrado el año 2005 donde se aprueba el plan AUGE de garantías explícitas de salud. Este periodo si bien en un comienzo representa un lento avance, creemos que es fundamental el cambio de voluntad política que se aprecia a inicios del siglo XXI, donde vemos a un estado que gasta una mayor cantidad de recursos y los dirige a aquellos que requieren de mayor ayuda.

El tema que planteamos en este trabajo no tiene que ver con alguna línea teórica de la economía, es decir, no estamos hablando de socialismo o capitalismo, sino más bien de una voluntad política a conformar un Estado de Bienestar: Hemos visto situaciones donde economías capitalistas han logrado desarrollar sistemas de salud provistos por el estado dado que comprendieron la importancia de este en el desarrollo del país. Con esto pretendemos plantear como hipótesis que gobiernos que deciden intervenir activamente en la política sanitaria de su país logran perpetuar resultados favorables en comparación a aquellos que han decidido dejar la asignación de este servicio mayormente al mercado.

1.1. Antecedentes Históricos: Etapa de la Beneficencia

Es durante el periodo de la Conquista y Colonia que se articulan los primeros intentos por mejorar la salud local: Los cabildos se encargaban de ciertas medidas de salubridad urbana que ayudarían a aminorar el nivel de enfermedades a la cual estaba expuesta la población, el control de los alimentos y bebidas, la provisión de agua potable así como la provisión de medidas profilácticas y curativas en épocas de epidemia, eran algunas de sus funciones.

Los primeros años de independencia fueron intensivos en gastos por mantener la libertad adquirida, así como existió un elevado costo financiero en la articulación del instrumental legal y corporativo de la naciente república. No sólo la salud, sino también la vivienda y otras urgentes necesidades sociales, debieron entregarse por completo a la benevolencia del privado, quién se encargó de establecer redes de ayuda solidaria y desinteresada a fin de proveer estos necesarios servicios a la población. Es vital mencionar que muchas de estas iniciativas desinteresadas por resolver el complejo panorama que atravesaba la población, fueron provistas, en parte, por organizaciones de origen extranjero principalmente de procedencia española, pero con un aporte igualmente plausible de los círculos italianos de inmigrantes, entre otros. Igualmente relevante en estos círculos de ayuda es la colaboración de la Iglesia, cuya misión logró generar la articulación de un sistema de prestadores sin lucro, cuyo financiamiento provenía de los aportes voluntarios provistos por los más ricos de la población. Sin embargo su establecimiento formal (aun cuando su función social ya contaba varias décadas) no ocurre hasta 1858 cuando se conforma la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos, organismo que en 1875

comenzaría a ser conocido como la Junta de Beneficencia, entidad que mantendría su esencia no lucrativa, recibiendo aportes de privados y subvenciones de origen fiscal.

Si bien la solución entregada por la Junta de Beneficencia lograba suplir en gran parte las carencias en salud que la población tenía, a finales del siglo XIX se hace evidente la necesidad de una mayor intervención del estado en la provisión de servicios de salud: Una serie de epidemias (como cólera y viruela) sensibilizan a la población ante la idea del fortalecimiento de instituciones que manejen de mejor forma estas catástrofes, sin embargo estas reformas requerían de una mayor recaudación de tributos, asunto que generó un amplio debate. Una de las respuestas casi inmediatas a esta problemática viene de la mano con la instauración en 1892 de lo que años más tarde se conocería como el Instituto Bacteriológico, cuya misión era funcionar como un centro productor de vacunas y medicamentos, a la vez que cumplía el rol de enseñanza de salud pública.

Desde finales del siglo XIX en adelante, la ciencia médica comenzó a experimentar uno de los periodos más fructíferos en tanto a desarrollos de conocimiento se refiere: Si bien Chile no vive este periodo como un generador de conocimientos, logra aprovechar esta abundancia por medio de la imitación y paulatina incorporación de las mejoras que el mundo occidental se encontraba impulsando. Los esfuerzos por aprender que realizaba el gobierno se manifestaban en la incorporación de profesionales extranjeros como guías en el proceso de creación de los sistemas de salud de la época, basta notar la importante influencia de la medicina francesa sobre nuestro país por medio del Dr. Lorenzo Sazie (1807-1865) quien haría aportes significativos e imprescindibles al desarrollo médico de la nación. Poco a poco en esta época se inicia la Medicina Científica junto con la incorporación de las nuevas tecnologías que facilitan el diagnóstico y los tratamientos.

Si bien en la época ya existían unos cuantos hospitales, primordialmente privados, todos ellos funcionaban sin una regulación del gobierno: En 1917 se crea el Consejo Superior de Beneficencia, y es recién en 1918 que se establece el primer código sanitario, cuya riqueza es que logra proveer de una estructura legal a los servicios de salud, el ejercicio de las profesiones médicas, el manejo de epidemias, producción de medicamentos, etc.

La llegada al gobierno del presidente Arturo Alessandri (1920-1925) representa probablemente uno de los puntos claves que garantiza la participación del gobierno en la provisión de servicios sociales: La política de Alessandri desde un comienzo va enfocada en favorecer a los más desprotegidos, es por esto que no sorprende que una de las mayores reformas de la época haya beneficiado solamente a los obreros. Con lo anterior nos estamos refiriendo al establecimiento del Seguro Obrero, el cual si bien nace como una solución previsional, llega a tener un importante rol en la atención primaria de salud por medio de la provisión de servicios a bajo costo para sus afiliados (casi el 80% de la población). Para el caso de la atención hospitalaria, era el mismo Seguro Obrero quien se encargaba de establecer convenios a fin de reducir los costos de bolsillo que debían cancelar sus afiliados.

A mediados de la década de 1920 se crea lo que hoy conocemos como “Ministerio de Salud”, quedando bajo su cargo todas las estructuras de prestación de servicios de salud existentes (Dirección General de Sanidad, Juntas de Beneficencia, Cajas de Seguro Obrero, entre otras).

En 1938 se dicta una de las leyes que logran perpetuar una perspectiva diferente en los sistemas de salud: Se crea la Ley de Medicina Preventiva, la cual sin duda fue pionera en su género no solo a nivel local, sino también internacional: Con esta ley el gobierno mostraba que los sistemas de salud no solo debían ser de carácter curativo, sino que los esfuerzos (y gastos) debían dirigirse igualmente a la prevención de enfermedades. En palabras del autor de la propuesta, Dr. Cruz Coke, la ley:

“(…) plantea, por primera vez una medicina de Estado, que dispone y distribuye los recursos en relación con su rendimiento máximo.”

Es recién en 1942 que el gobierno enfoca sus esfuerzos en beneficiar a través del sistema de salud no solamente a los obreros, sino también incluir a los empleados (media clase). Se crea el SERMENA (Servicio Médico Nacional de Empleados), que presta servicios preventivos a los afiliados a la caja de previsión de empleados públicos (CANAEMPU) y caja de empleados particulares (EMPART). Esto dará los indicios de la voluntad política por entregar un servicio socialmente justo, propuesta que estaba siendo impulsada por el Ministro de Salud de la época, Salvador Allende.

La inclusión de los empleados al servicio de salud en conjunto con una serie de propuestas adicionales representaban la intención de la creación de un servicio unificado de salud, proyecto de ley que fue enviado al parlamento en 1940 pero que tuvo que esperar cerca de 12 años en ser aprobado: En 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) entidad pública que además de unificar y articular los esfuerzos estatales por provisión de salud, venía a generar una serie de garantías y beneficios transversales a la población.

1.2. Primer Periodo: Ciencia y Estado.

Creación del Servicio Nacional de Salud (SNS)

Para esta sección, hemos tomado como hito histórico relevante la configuración del SNS en tanto a participación del gobierno se refiere: Si bien existe evidencia que desde 1928 el gobierno estaba realizando gastos directos en salud⁴, su intervención como articulador de un sistema unificado no se da hasta el establecimiento del SNS. Hasta entonces solo se tenía una serie de hospitales públicos y privados, los que configuraban un sistema descentralizado, el cual se preocupaba solamente de las necesidades locales: El SNS logra fusionar varias dependencias dedicadas a la salud pública en un único ente sanitario⁵. Lo relevante de este nuevo articulado es que se logra una importante cobertura del sector asistencial en el país, siendo dirigidos los esfuerzos de prestación principalmente a los obreros e indigentes.

Estas relevantes transformaciones responden necesariamente a la influencia que las nuevas ideologías imperantes en el mundo estaban teniendo sobre el aparato político de nuestra nación: Ya en la época era bastante conocido el funcionamiento del sistema de salud inglés *National Health Security (NHS)*, el cual destacaba por el importante rol que jugaba el estado en la configuración de las políticas del ramo. Adicionalmente los países desarrollados ya se encontraban bastante avanzados en términos de gobiernos interventores, no solo en diseño de políticas, sino más bien en la forma de Estados de Bienestar, por lo cual era conocida la

⁴ Cliometrics UC.

⁵ En caso de que el lector lo considere relevante, a continuación detallamos las instituciones que fueron fusionadas bajo el SNS: Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, Servicio Nacional de Salubridad, La Junta Central de Beneficencia, La Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA), La sección técnica de higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del trabajo, Los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades y el Instituto Bacteriológico de Chile.

existencia de los seguros de salud y desempleo que se hacían cada vez más comunes en las economías del primer mundo, beneficios que sin duda los gobernantes chilenos de la época perseguirían. Por otro lado es igualmente relevante la influencia de los postulados de Keynes, en tanto a que logró modificar la perspectiva del rol que debe mantener un gobierno para asegurar la estabilidad de una nación: Ahora no se trataba de un estado que en periodos de crisis cortaba los beneficios sociales, sino uno que veía en las obras públicas un motor reactivador del aparato productivo nacional.

El precario progreso social que se vio en las primeras décadas del siglo XX no correspondía a un “compromiso” nacido espontáneamente de los gobernantes, sino que usualmente se condecía con las presiones que los distintos grupos laborales y educacionales lograban generar. Esta época no es la diferencia, y vemos que así como tenemos un estado asistencialista, esto viene como consecuencia de que la población se había atrevido a reclamar por sus derechos: Este es el periodo donde las marchas en las calles se duplican y el número de sindicatos, a organización de estos, alcanza su máximo potencial.

Las organización de los sindicatos y las presiones que pueden generar los trabajadores y estudiantes han sido uno de los motores de cambios que ha presenciado la historia chilena: Son justamente las presiones generadas por estos grupos las que a comienzos de siglo XX permitieron el establecimiento de ciertas leyes laborales o participación del estado en asuntos sociales: Basta mencionar el Feriado dominical para el comercio obtenido en 1907, la regulación del trabajo infantil en 1912 o la conocida ley de la silla en 1914, entre otros. Entre los años 20 y 30, Chile (así como otros países latinoamericanos) enfrentó una inmigración constante desde España como consecuencia de la guerra civil. Este afluente de ciudadanos extranjeros representa igualmente la adopción e integración de los ideales y reformas que las colonias foráneas consideraban necesarias para construir un país más justo. Este representa sólo uno de los tantos fenómenos migratorios que experimentó Chile, los que sin duda ayudaron a mejorar la conformación de los sindicatos a la vez que fortalecieron los ideales anarquistas que se desprendían de la revolución. Es por esto que podemos concluir que gran parte del siglo XX, representa un periodo de cambios, principalmente motivados por la voluntad social de que estos se realicen, lo que llevará no

sólo a presiones en las calles, sino a una serie de manifestaciones “desde adentro” que orillarán al gobierno a actuar.

Desde mediados de 1961, se inicia un fenómeno bastante curioso: Comienza una serie de huelgas en el sector médico. A diferencia de otro tipo de presiones que se han generado a lo largo de la historia, esta huelga no tiene que ver solamente con una cuestión de ingresos de los profesionales, sino más bien con una reformulación íntegra del sistema de salud a fin de proveer de un servicio digno a los conciudadanos. Este conflicto llevaba un buen tiempo en la agenda pública, sin embargo se habían logrado acuerdos que no entregaban una solución apropiada a la problemática que se planteaba, lo que llevó a que los médicos agudizaran las medidas de presión. A finales del año 1962, las precarias soluciones entregadas por el oficialismo llevan a que la Federación médica rompiera relaciones con el gobierno: La postura de los médicos fue una orden de renuncia de todos los profesionales a lo largo del país a los puestos que ocupaban en el SNS. En Palabras de María Angélica Illanes:

“No se trataba de unos pesos más o menos: Aquí estaba en juego la salud colectiva y la medicina social, a la que junto con la educación pública se la menospreciaba. Llegado el D día en cuestión renunciaron unos 3.100 médicos. Se habló de la intención del gobierno de destruir la medicina social en Chile (...)

(...) Alessandri calificaba al movimiento de los médicos de “indecente” y afirmaba que era instigado por los demócratas-cristianos, los socialistas y la prensa “canalla” de la oposición. Alessandri intentó a todas luces construir barreras de contención a un movimiento social que, sin encontrar cauce, rebalsaba por todos los flancos. No obstante, su presencia desfasada jugó un rol decisivo: fue levadura fértil para la fiera y la ideología del cambio⁶.”

Este tipo de movimientos en el sector médico sin duda sorprenden, dado que durante la historia siempre este grupo profesional se ha presentado más bien como un freno al desarrollo de la salud social, a fin de maximizar sus propios beneficios: Sin duda lo que se pudo apreciar en la década del '60 fue la penetración de los ideales socialistas hasta los círculos más exclusivos de la población lo que llevó a que se dieran estas curiosas

⁶ “En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia (...). María Angélica Illanes Oliva. 2da Edición. 2010.

situaciones, profundidad ideológica que claramente irá a la par con el establecimiento de un gobierno socialista años más tarde.

Normalmente los programas de beneficios sociales, incluidos los de salud, habían articulado su provisión por medio de la división de clases sociales: La población era dividida en Obreros y Empleados. Los primeros de ellos usualmente eran dignos de recibir la ayuda estatal dado su precario nivel de vida, los segundos, en cambio, representaban a lo que actualmente veríamos como la clase media, quienes en términos políticos se asumía tenían los suficientes recursos como para no recibir una ayuda del gobierno. Contrario a lo que se creía, la situación económica de los empleados era por lo general muy precaria, sin embargo no tenían derecho a los beneficios a los que los obreros si lograban calificar. Lo anterior implicaba que los empleados no contaban con un sistema de medicina curativa que pudieran pagar sin caer en un grave endeudamiento: La única alternativa era recurrir al privado y asumir los costos de estas atenciones o en su defecto intentar atenderse por medio del sistema público de urgencia el cual no contemplaba costos para el usuario. Algo curioso de esta grave situación es que precisamente este grupo de empleados nunca se caracterizó por generar medidas de presión a fin de mejorar su situación, situación diametralmente distinta a la de la clase obrera: La falta de presión se tradujo directamente en una ausencia de política.

Es durante el gobierno de Frei que se logra la incorporación de los empleados al sistema médico del SNS, lo que se traduce en modificaciones a la configuración y financiamiento del SERMENA: Esto se traducía directamente en la incorporación de más de 1.200.000 personas a los beneficios sociales, lo que planteaba un panorama de igualdad transversal en la sociedad. Si bien la medida del Gobierno tuvo un avance en términos de igualdad, también trabajó directamente en la capacidad de decisión de los empleados, no todos debían obligatoriamente atenderse a través del SNS sino que tenían la libertad de escoger el centro médico que más les acomodase: El gobierno entregaría una subvención a la atención debiendo cancelar cada persona la diferencia del costo dependiendo de la prestación y lugar de atención.

Esta inclusión es la que genera la dualidad universal del sistema, permitiendo a cierto grupo de afiliados al sistema público atenderse a través del mercado privado de salud pagando la diferencia en costos que esto pudiese contemplar. Es aquí donde se genera la principal puja distributiva en salud de esa época, es decir los privados llevando gran parte del gasto de bolsillo de los pacientes, además del pago que el gobierno subvenciona por su atención: En los próximos años veremos más fortificada esta brecha debido a diferencias en la calidad de la salud ofrecida. Creemos que si bien el gobierno logró dar libertad de elección a los ciudadanos, una política de regulación de precios de los privados hubiera sido muy valorada a fin de no generar los incentivos a un sistema en el cual los más ricos pueden pagar una mejor salud.

Si bien la política de inclusión de los empleados era una decisión necesaria para el crecimiento de nuestra sociedad, esta generó un inmediato rechazo por parte del Colegio Médico: El SNS atravesaba por un complejo momento, los recursos no eran suficientes y el personal no daría abasto para brindar una atención de calidad a los beneficiarios. Si bien el alegato que implanta el Colegio Médico muestra quizás un apresuramiento del Estado, consideramos que este cambio estructural era necesario, y nos sorprende, a la vez que agrada la voluntad del gobierno por sacar esta situación adelante:

“Estamos en una economía de guerra. ¿Podemos seguir dejando desamparada a esa gente? ¿Es una razón aceptable El hecho de que no tengamos dinero? Estamos legislando para dar una estructura legal a una realidad. Sabemos que costará sacrificio... pero hay que salirle al paso a este drama (Ministro de Salud Dr. Ramón Valdivieso)”⁷.

Aunque la instauración de estos cambios generó un sin fin de conflictos entre el Estado y el Colegio Médico (entre otros), el proyecto se aprobó en el congreso, lo que dio origen a las modificaciones del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Tanto el gobierno, como el ministro en cuestión estaban conscientes que era necesario realizar cambios en el sistema de salud.

⁷ Ercilla, Santiago, julio 13,1965.

La década de los '60 se ve invadida por los modelos económicos de crecimiento como el de Solow, a partir del cual muchos economistas concluyeron que existía una imperante necesidad de desarrollar un capital humano estable a fin de generar un crecimiento sostenido a largo plazo. Es por esto que no sorprende que desde todas las aristas sociales se hayan generado presiones sobre la salud: Era evidente la interdependencia entre Salud, educación y crecimiento. El comprender el rol fundamental de esta simbiosis facultativa del crecimiento era sin duda un elemento fundamental de un gobierno desarrollista. La envergadura de las demandas sociales exigía no solo una intervención aislada del gobierno, sino la instauración de un Plan de Desarrollo que lograra coordinar todas las fuerzas productivas de la nación a fin de dar una respuesta a estas demandas. Este periodo logra a través de este planteamiento apuntar a la solución de los problemas estructurales que mantenían a Chile estancado en el subdesarrollo: La conciencia de la importancia del rol del estado marcaría la agenda social y política de los gobiernos de Frei y Allende.

Aun cuando en este periodo se puede apreciar a un gobierno activo en temáticas sociales, estas no lograron cumplir con las expectativas sociales: A finales del año 1968 y en 1969 se evidenciaba que la mayor necesidad de la gente era el poder. Era común escuchar que el gobierno de la DC había sido una mera "administración del orden establecido", esparciéndose la idea del agotamiento del sistema capitalista. Lo anterior culminó en una cada vez más creciente presión y movilización social, lo que sin duda sorprendía a un gobierno que había hecho cambios relevantes, dejándolo sin curso de acción posible.

Uno de los puntos de mayor crítica que recibió el gobierno fue justamente en lo que respectaba a la salud: El candidato Salvador Allende se había encargado de mostrar la crítica situación por la cual atravesaba el sistema: Desorganización, alta mortalidad infantil y por sobre todo ineficacia generalizada. Opinión que era compartida por el ministro del ramo del oficialismo, sin embargo este indicaba que era necesario diferenciar la situación de salud que se arrastraba por décadas y otra muy distinta eran los avances que se habían alcanzado por el gobierno en esta materia.

La crítica al gobierno de la DC en el momento fue muy dura, si bien los candidatos a la presidencia tenían razón en sus argumentos, el análisis histórico ha logrado mostrar que el

gobierno logró avanzar mucho, especialmente en su rol asistencial. Sin embargo, en medio de esta época de revolución, era complejo lograr satisfacer en su totalidad las expectativas que los habitantes poseían.

En septiembre de 1970 triunfan las propuestas socialistas en las urnas: Situación que si bien pudo haber sorprendido a uno que otro político, al mirarlo de una perspectiva histórica, se condice con la conciencia de revolución y poder que había adquirido el pueblo en aquellos años. Si bien el triunfo representaba el poder del pueblo, y una opción de revitalización de las políticas públicas, a su vez marcaba la huida o cierre de muchas industrias que temían por su estabilidad financiera, lo que generaba un panorama de incertidumbre para los nuevos gobernantes.

Uno de los aspectos más relevantes del advenimiento socialista al gobierno fue la presencia de la gente en las calles. Sin embargo esta imagen no se debía simplemente a una congregación pública con el fin de protestar o marchar, sino a la acción solidaria de la población⁸. Desde diciembre de 1970 se inician las “campañas”, las que contemplaban desde planes masivos de vacunación, pasando por propuestas para la disminución de la desnutrición y el raquitismo, diarreas infantiles, planes de apoyos y soluciones sanitarias, etc. El tema de la salud, había migrado desde un proveedor único a un sistema solventado y sustentado por los habitantes del país: “Por primera vez hemos incorporado a la comunidad en este trabajo”, indicaba el director del SNS Dr. Sergio Infante, quien se mostraba satisfecho con los resultados.

De aquí en más el crecimiento del número de políticas sociales relacionadas a la salud sin duda sorprendía: Se habían instaurado medidas para aminorar las diferencias regionales (tren de la salud 1971), así como se incentivaron las ayudas dominicales con especial énfasis en la atención y la educación de la salud. Las acciones sociales, se intensificaban durante invierno a causa de la aparición de enfermedades respiratorias y el empeoramiento de la calidad de las habitaciones de la gente más pobre. La acción en terreno si bien representaba un interés activo del gobierno, también hacía ver que existía una insuficiencia e ineficacia de los centros de salud.

⁸ Aunque debemos mencionar que esta época registró un aumento en las marchas con el fin de presionar por cambios sociales.

Si bien la activación de la participación social en la provisión de ciertas ayudas médicas era un punto vital de la propuesta política de Allende, un segundo punto clave era una reforma integral del sistema de salud como en ese entonces se conformaba: El gobierno de la UP planteaba la creación de un Sistema Único de Salud, el cual tuviese la capacidad de agrupar los sistemas de salud existentes en el país (de empleados, de las fuerzas armadas, de las universidades, etc.), prestando una atención pareja a toda la población, sin distinguir por capacidad de pago, o preexistencias de enfermedades. Es así como se instauró de la idea de la solidaridad en términos de distribución de riesgos y costos por medio de un sistema de pago que generase esta dinámica.

“Medicina socializada, una medicina que no separe a la gente en clases sociales para medicina de ricos y medicina de pobres. Una medicina con un servicio único, nacional e integrado, donde tenga derecho a atención médica el compañero Presidente y el más modesto campesino de la patria”⁹.

Aun cuando estricta y abrupta la propuesta de Allende, no era la primera vez que se planteaba la necesidad de unificar el sistema de salud. Sin embargo el panorama no se veía apropiado para incentivar tal reforma: Desde su fundación, el SNS arrastraba un grave déficit de recursos, situación que se profundizaba a medida que la demanda por prestaciones de salud aumentaba. Por ende una reestructuración del sistema de salud no solo se debía entregar a la voluntad política apropiada, sino también a la minuciosa tarea de hacer que este proyecto sea sustentable a largo plazo: El SNS debía atender al 75% de la demanda total de salud, para lo cual disponía de un poco más del 40% de los recursos del país, el 60% restante se gastaba en los sistemas privados de salud, lo que desde ya demarcaba como la gente con mayor recursos eran quienes podían “comprar” una mejor salud.

“Porque hemos visto que la comercialización de las prestaciones médicas corrompe el sentido ético y moral de la profesión, y la medicina se realiza en un

⁹ Presidente Salvador Allende, “Discurso de la primera convención de Médicos de la Unidad Popular. Clarín, 10 de mayo de 1971.

sentido esencialmente reparativo, mientras la prevención y la rehabilitación solo aparecen en el papel¹⁰ (...)”

“La demanda de las prestaciones de salud crece a ritmo acelerado, el egreso de profesionales calificados de salud crece a un ritmo muy lento y la distribución del número de profesionales que egresa cada año es injusta (por cuanto el S.N.S no estaba en condiciones de competir en sueldos con los sistemas privados). Muchos médicos, enfermeras, matronas y otros profesionales rechazan su ingreso al S.N.S., que tiene la obligación técnica y moral de cubrir las necesidades crecientes de salud de los grandes sectores rurales y agrupaciones sub-urbanas marginales”¹¹.

El contexto anterior nos deja entrever como era el panorama del SNS en la segunda mitad del siglo XX, destacando su similitud con los “hospitales de pobres” de la época de la colonia. Era bastante común ver maltratos por partes de los funcionarios, esperas interminables y aspirinas para matar bronconeumonías. Aun cuando el oficialismo había planteado reformas profundas, las denuncias de la época eran bastante similares a la que la prensa solía escribir durante los gobiernos predecesores.

Creemos que si bien las políticas del gobierno de Allende estuvieron correctamente dirigidas, la carencia de disciplina fiscal fue lo que no permitió que las reformas del sistema de salud se llevaran a cabo: La propuesta era justamente lo que el país necesitaba, sin embargo no se supo administrar los recursos, ni instaurar estas medidas paulatinamente a fin de no generar un déficit fiscal como la que se registró a finales del gobierno.

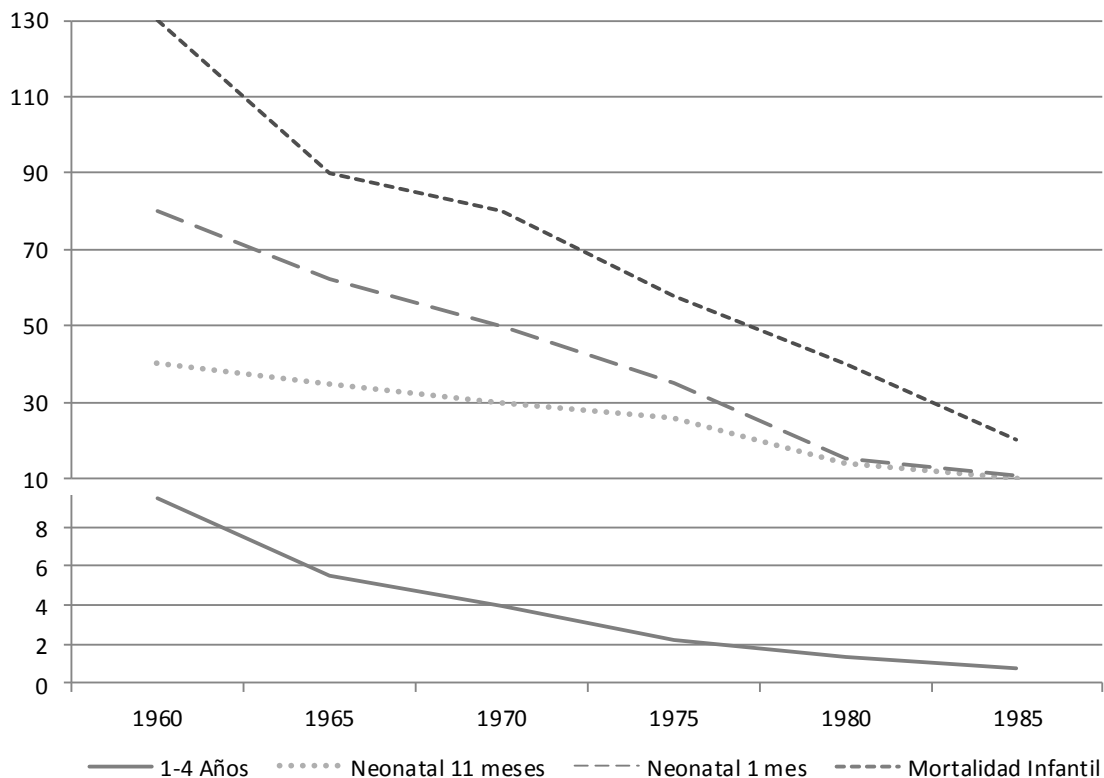
Como antes hemos mencionado, los procesos sociales, y en particular aquellos relacionados al establecimiento de un sistema de salud, no pueden ser atribuidos exclusivamente a las políticas de un solo gobierno, ya que son fenómenos paulatinos y que corresponden a la sumatoria de una serie de dimensiones según el contexto económico, político o religioso que la comunidad se encuentre atravesando.

¹⁰ Manifiesto de 173 Alumnos de la UDEC. 28 de junio de 1971.

¹¹ Dr. Patricio Hevia “¿Hacia dónde va la medicina social?” Mensaje Nº201, Santiago, Agosto 1971, p 364.

GRAFICO 1.1 - MORTALIDAD INFANTIL Y DE 1 A 4 AÑOS EN CHILE
TASAS POR MIL
1960 – 1985

FUENTE: EFICIENCIA Y CALIDAD DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE. 1990



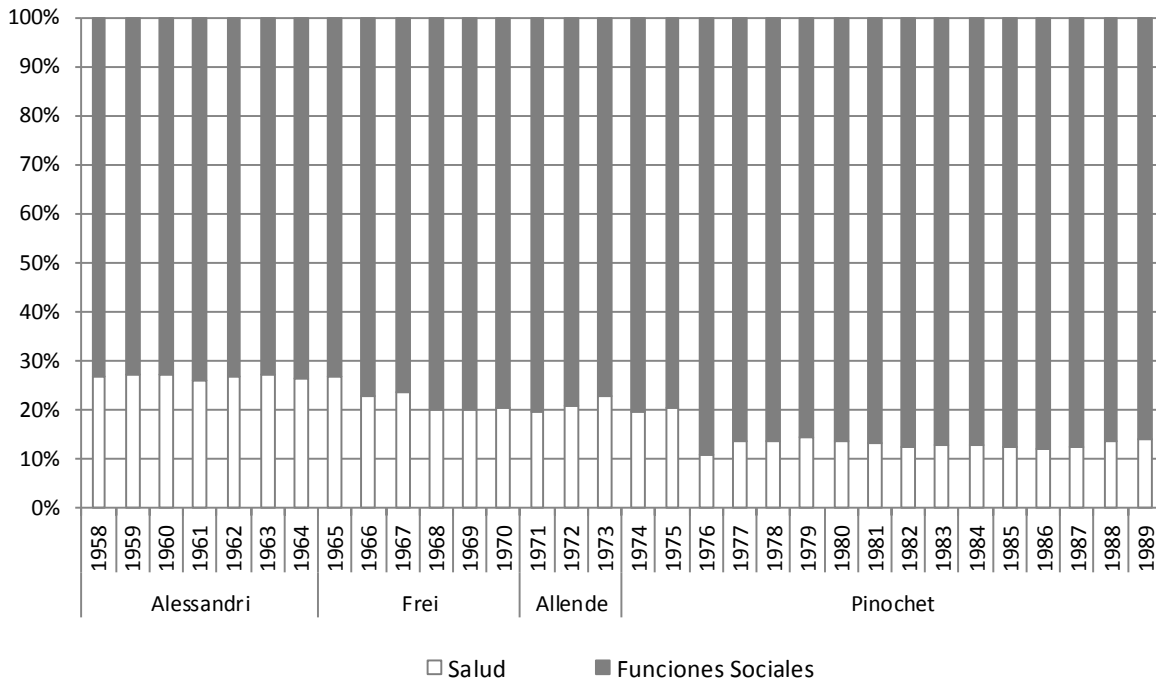
Es precisamente esto lo que hace complejo analizar la efectividad de las reformas que se aplican en cierto periodo de tiempo: A nuestro parecer las políticas impulsadas por el gobierno de Allende eran las apropiadas, sin embargo la gestión gubernamental no fue la que se necesitaba para garantizar el éxito. El gobierno socialista logró aumentar el gasto en ayudas sociales (incluida salud), sin embargo de igual manera la inflación alcanzaba máximos históricos lo que hacía poco sustentables las políticas impulsadas.

El Grafico 1.1 nos muestra que a lo largo del tiempo ha existido una tendencia a la baja en la mortalidad infantil, notándose un aceleramiento en la caída de este indicador a partir de la década de los '60. Si bien los efectos inmediatos no pueden apreciarse directamente, creemos que gran parte de la mejora de los indicadores, inclusive los que se registran durante el gobierno militar, se debe al fortalecimiento del sector salud por parte de los

gobiernos de Alessandri, Frei y Allende, dado que las cifras continuaron cayendo aun cuando el gasto destinado por el gobierno a ayudas sociales de este tipo había sido recortado lo cual se debe igualmente al fenómeno inercial de las mejoras en la calidad de vida, agua potable, urbanización y tratamiento de excretas, tal como se aprecia en el Grafico 1.2.

GRAFICO 1.2 - GASTO EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL GASTO SOCIAL TOTAL
1958 - 1989

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A CIFRAS CLIOMETRICS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE



“Cada año fallecen en Chile cerca de 40.000 personas que no debieron morir, porque sus enfermedades eran evitables y tratables. En 1962, 33.000 niños ni alcanzaron a sobrevivir el primer año de vida y de ellos 10.000 murieron por diarreas infantiles. Año a año 4.000 vidas de hombres y mujeres, en pleno periodo de actividad, son segadas por la tuberculosis y cerca de 10.000 personas enferman de tifoidea, enfermedad extirpada muchos otros países”¹².

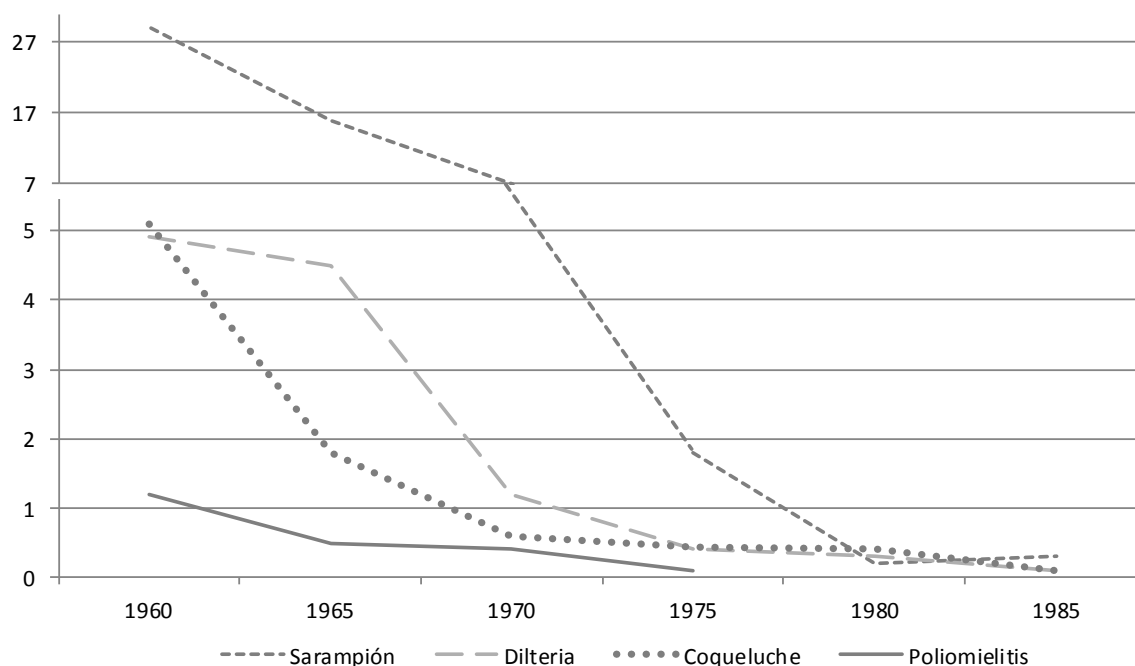
Tal como muestra el Grafico 1.3 se puede apreciar igualmente una abrupta caída en la muerte causada por enfermedades infecciosas transmisibles: Esto es el resultado conjunto

¹² Plan de salud, atención médica y medicina social Chile 1964. Cuadernos médicos sociales 2006. Vol 46 Suplemento 1. Colegio Médico de Chile.

de las políticas de educación, así como las soluciones básicas de urbanización que el estado se dedicó a entregar desde inicios de los '60: La provisión de agua potable, correcta eliminación y tratamiento de deposiciones, así como las mejoras en la calidad de las viviendas. Esto si bien representa un éxito para las políticas realizadas a lo largo del siglo XX, igualmente representa el cambio del patrón de enfermedades que la población enfrenta: Poco a poco la población migra de enfermedades infecciosas a aquellas de orden genético o neuronal, lo que representará grandes desafíos para los gobiernos que asumirán en la posteridad.

GRAFICO 1.3 - MORTALIDAD POR INFECCIOSAS TRANSMISIBLES EN CHILE
TASAS POR MIL
1960 - 1985

FUENTE: EFICIENCIA Y CALIDAD DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE. 1990



1.3. Segundo Periodo: Privatización y Mercado.

Reformas del Régimen Militar del General Augusto Pinochet

El segundo período de análisis contempla en su totalidad la dictadura de Pinochet a partir del golpe de Estado ocurrido el 11 de septiembre de 1973, el cual genera un quiebre en la historia y organización política de nuestro país. Se impone un régimen militar que trae

consigo una serie de reformas neoliberales con el fin de erradicar la herencia económica que el gobierno socialista había dejado.

En términos económicos y sociales el gobierno de Allende partió de buena forma: Se registraron resultados bastante favorables al aplicarse medidas como la ampliación del gasto fiscal, mecanismos de control de precios y nacionalización de ciertas empresas estratégicas. Sin embargo el elevado nivel de gasto y la precaria administración de las políticas instauradas terminaron ralentizando el crecimiento, llevando al país a un colapso económico e inherentemente social.

Las reformas estructurales aplicadas durante el gobierno militar fueron bastante diversas, en la medida que se evidenciaba el efecto que estas tenían sobre la economía y la sociedad. La aplicación del modelo neoliberal en Chile, ha atravesado por tres grandes periodos con diferentes acercamientos, diverso contexto externo, y notablemente diversos resultados en lo económico y social. De estas grandes divisiones del modelo, dos de ellas ocurren durante el gobierno de Pinochet (Ffrench-Davis, 2010).

La primera etapa de reformas se da entre los años 1973 y 1981 caracterizándose fundamentalmente por la aplicación intachable de los postulados neoclásicos. Las reformas estructurales del régimen militar orientaron a Chile a un sistema económico y social de carácter privatizado y descentralizado, exhibiéndose una reducción del tamaño del Estado al tomar un rol neutral. A la disminución del gasto público principalmente en educación y salud, se le suman otras características del período, como una extensa apertura comercial y financiera, eliminando las restricciones proteccionistas del período anterior (por medio de la reducción de los aranceles), y una desregulación de los mercados, dejando todo a libre disposición y equilibrio “automático” del mercado. Consecuencias de estos ajustes son principalmente el control de la inflación y mejoras en los términos de intercambio, a costa de un excesivo uso del ahorro externo y una cuantiosa reducción de las tasas de inversión, situación que generó a poco andar aumento en el desempleo, caída en los salarios y un empeoramiento de la distribución del ingreso.

Este compendio de reformas neoclásicas, en el más puro sentido de la palabra, y la inherente escasez de supervisión dada la confianza en la asignación eficiente que el

mercado realiza de los recursos, fue lo que propició que en 1982 se desatara la crisis de la deuda. La excesiva exposición de Chile a los shocks externos provenientes de la moratoria Mexicana, sumado a la poca experiencia para corregir este tipo de situaciones, implicó que nuestro país fuera uno de los más afectados de la región, registrando una caída del 14% del PIB, lo que sin duda desencadenó un colapso no sólo económico sino también social, debido a los altos niveles de pobreza que se registraban ya que se había llegado a tasas de desempleo del 30% de la fuerza laboral.

La situación vivida durante los años de crisis tuvo como consecuencia que se permitiera aplicar medidas económicas lejos del dogmatismo a fin de llegar a equilibrios más eficientes que los alcanzados por el mercado. Es gracias a esto que se genera la segunda etapa de reformas al modelo neoclásico, las que se dan entre los años 1982 y 1989: Este marco de modificaciones contemplaba la renegociación de la deuda externa, además de la intervención del gobierno en ciertos sectores estratégicos a fin de equilibrar el déficit externo y corregir la problemática local. Claramente el gobierno de turno recibió un trato preferencial por parte de las instituciones bancarias internacionales quienes propiciaron un panorama favorable para el fortalecimiento del sistema capitalista en Chile, ya que mientras este se mantuviera activo se alejaba la amenaza de una insurrección socialista en el país.

Ahora bien, el contexto descrito del período en análisis nos permite vincularlo y comprender de mejor manera los cambios a los que se enfrentó el sistema de salud chileno, donde las reformas neoliberales cambiaron el rol del Estado (descentralizando el sector público) y promovieron el sector privado. Tal vez en los primeros cinco años del régimen militar no hubo cambios considerables a nivel institucional, ya que se mantuvo al SNS, pero si hubo cambios en el financiamiento que este tenía, notándose una reducción significativa del gasto social en salud.

En el año 1979 comienza la reestructuración descentralizadora del sector público de salud con la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual sigue vigente. Este organismo opera sobre la base de los Servicios de Salud (que componían el antiguo SNS), y cuya función asignada es la provisión de salud a nivel secundario y terciario para toda la población. Sumado al SNSS, se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), como entidad

financiera para el sector público de salud, quien administra y distribuye los recursos a los distintos Servicios de Salud del país mediante distintos canales, además de administrar el mecanismo de libre elección (MLE) del antiguo SERMENA con recursos del descuento del 7% de los sueldos de los trabajadores (inicialmente de un 3%). Otras instituciones generadas en este año fueron la Central de Abastecimiento del SNSS (CENABAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP), reemplazando al Instituto Bacteriológico de Chile. Por lo tanto, el Ministerio de Salud toma un rol más bien normativo velando por el funcionar del SNSS y FONASA.

En 1980, se inicia el proceso de municipalización de la atención primaria de salud, cuyo objetivo era mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de la población a través de los consultorios y postas rurales por municipio, orden que era necesario dada la precariedad fiscal que atravesaba el gobierno y el aumento de eficiencia que se esperaba este nuevo orden brindara al sistema. Al año siguiente (1981), empieza la privatización de los servicios de salud, con la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), las que son aseguradoras privadas que administran la cotización obligatoria de quienes opten por el sistema privado, captando la demanda por aseguramiento de los sectores de mayores ingresos (quienes a su vez, son los de menores riesgos sanitarios). Estas entidades destacaron por ampliar significativamente el campo de la libre elección, aprovecharse de las oportunidades del mercado en base a la eficiencia, y recibir apoyos indirectos del Estado, con la creencia de que la competencia entre éstas mejoraría la eficiencia del sistema. En la práctica hemos observado que si bien se ha mejorado en eficiencia y en tecnología, ésta se concentra en el sector privado a expensas del público, quien en la actualidad concentra tres cuartas partes de la población.

La creación de las ISAPRES responde a la creciente necesidad por aumento de la inversión en servicios de salud, situación que podría ser corregida, según la creencia del gobierno, al asignar este rol a los empresarios privados quienes buscarían incentivos y oportunidades que facilitarían la mejora en la tecnología y calidad de atención. La interiorización de la competencia y el libre mercado a los sistemas de salud trae consigo la intrínseca necesidad de recatar utilidades, situación que llevó a que la afiliación de personas al sistema privado se hiciera solo previo análisis del riesgo del paciente (análisis de pre-existencias y finanzas), garantizando de este modo que el gasto que debían realizar las ISAPRES por sus afiliados

fuese el mínimo posible. Esta exclusión de personas riesgosas del sistema trae consigo la concentración de estas prestaciones de salud en el sector más acaudalado de la población, quienes son los que poseen mejor salud al poseer residencias de mayor calidad, mejor alimentación y mayores recursos disponibles. En conclusión, se crea un sistema dual, donde el sector público concentra a la población de bajos recursos y de alto riesgo, y el sector privado agrupa a los individuos de mayores ingresos y menores riesgos, lo que sin duda concreta el establecimiento inequitativo, poco solidario y con una escasa participación gubernamental.

A pesar de las desigualdades generadas por el sistema dual, según Haindl (2007) en “Chile y su desarrollo económico en el siglo XX”:

“...(las ISAPRES) contribuyeron a la generación de una red de hospitales, clínicas y establecimientos de salud privados en forma paralela al sistema de salud estatal...”

Otro cambio presente en el período ocurre en el año 1985 con la creación del Régimen de Prestaciones de Salud, donde por ley se fijaba una serie de características respecto al financiamiento, previsión y atención de salud, destacando la libertad que tiene cada individuo para optar por el sistema público o por el privado en cada una de las características ya mencionadas.

Todo este cambio institucional fue acompañado de un fuerte recorte en el gasto público en salud que se realizó durante este período, ya que según el pensamiento neoliberal los recursos se asignarían más eficientes a medida que el mercado los regulara. Es por ello que según esta perspectiva, la inclusión más fuerte del sector privado generaría el equilibrio de mercado para un sistema mucho más avanzado.

Dada la estructura política, social e institucional del régimen militar podemos entender que la reducción del tamaño del Estado enfocado en su rol sobre la provisión de salud, en conjunto con la validez en la entrada del sector privado, han generado un sistema desigual, en donde se segmenta y se discrimina por factores de riesgo y por niveles de ingreso, lo que

lamentablemente perpetúa hasta hoy, mostrando la eficiencia esperada solo en un sector del sistema.

1.4. Tercer Periodo: Reformas de Continuidad.

El tercer período de análisis contempla desde el retorno de la democracia hasta la actualidad. En él podemos presenciar 2 etapas, una basada en reformas “suaves” al modelo de la dictadura (década de los '90) y otra de cambios más profundos, basada en la reforma AUGE (desde el 2000 hasta ahora).

Reformas en Democracia

Sin duda el gobierno de Aylwin enfrentaba grandes desafíos, ya que no se trataba solo de regir el país democráticamente sino también de lograr corregir las ineficiencias que el modelo neoclásico había diezmando sobre la sociedad. El principal desafío del gobierno de la coalición de centro izquierda era sobreponerse al miedo de un nuevo advenimiento militar, por lo cual las primeras modificaciones o medidas políticas fueron más bien de continuidad, sin generar grandes cambios a fin de resguardar la tranquilidad política del país.

Es justamente esta cautela la que propició la continuidad del modelo dual, aun cuando se hacían evidentes las inequidades que este propiciaba: El gobierno se limitó a recuperar la infraestructura y el funcionamiento del sistema público de salud el cual se aquejaba de la falta de financiamiento y la baja capacidad de competencia contra el privado. Para ello, se tuvo que realizar grandes inversiones solventadas con préstamos internacionales. Esto iba en la búsqueda de resolver las falencias del sector público, mejorar su gestión, seguir con el proceso de descentralización, y buscar un equilibrio entre público y privado. Así, se trata de ajustar el modelo neoliberal a las necesidades de salud de la sociedad, resguardando el acceso al sistema. Producto de estas medidas se crearon Centros de Apoyo Diagnóstico y Centros Diagnósticos y Terapéuticos, como sustento a la recuperación física del sistema, principalmente en atención secundaria.

El sistema global de salud vigente mantiene básicamente las mismas características del modelo: financiamiento, organización y funcionamiento del modo en que fueron

estructurados en el período militar. Los cambios realizados por la Concertación – grupo gobernante desde el '90 – eran más bien de enfoque, donde se enfatizaban en criterios tales como equidad, participación y solidaridad a la hora de priorizar e implementar políticas públicas en salud.

El primero de los cambios fue en 1990, año que tuvo lugar la creación de la Superintendencia de ISAPRES mediante la aprobación de la ley homóloga, con el fin de regular de manera más firme a los seguros privados, sobre todo controlando los subsidios que éstas recibían. El crecimiento de las ISAPRES, sumado al volumen de recursos que manejaban y el gran impacto que tenían éstas sobre el desarrollo del sector privado de salud, hacían que fuese necesario la creación de un organismo de seguimiento y fiscalización, dotado de recursos para abordar todas las dimensiones de la actividad, altamente tecnificado y con independencia y autonomía.

En conjunto se aplicaron mecanismos de pago e innovaciones asistenciales, principalmente en la atención primaria de salud, las que fueron explicitadas en el Estatuto de la Atención Primaria en el año 1995. Luego, en 1997, otra ley generó cambios en el carácter que tomaba FONASA, entregándole atribuciones de un seguro público de salud con capacidad para comprar atenciones para sus asegurados. Con ello, se consolidó la separación de las funciones del aseguramiento y de prestación de servicios de salud.

Ahora bien, si queremos evaluar el desempeño en la salud del país en este ciclo, donde ya sabemos que la Concertación heredó un sistema de salud con indicadores mejores que el promedio de América Latina, podremos notar que aún siguen mejorando en comparación al período anterior. Esta situación, que ha sido la tónica durante los últimos 40 años (desde 1952), da a entender que las mejoras sanitarias son independientes de cierto modo de las políticas del régimen militar. ASI ES.

En la década del '90, Chile muestra altos niveles de cobertura, con un perfil de morbilidad y mortalidad parecido al de países con más del doble de ingreso. Nuestro país tiene una tasa de mortalidad general de 5,4 por cada 1.000 habitantes (menor al 5,8 presentado en 1988, y mucho menor al 14,8 de 1950), y un crecimiento vegetativo de la población que se ha mantenido estable durante esta etapa, fluctuando alrededor del 1,7% anual. La expectativa

de vida al nacer es de 75 años aproximadamente en este decenio (mayor a los 71,8 de finales de los años '80). La mortalidad infantil también mostró mejorías muy notorias, descendiendo de los 120 por cada 1.000 nacidos vivos en la década del '60, a los 12 por cada 1.000 nacidos vivos en 1994. Además cabe destacar que, afirmado por estudios del Ministerio de Salud considerando el quinquenio 1990 - 95, el nivel de saneamiento básico en Chile, en el contexto latinoamericano, se considera adecuado: se contaba con una disponibilidad del agua potable en las zonas urbanas de un 96,9% y en las zonas rurales un 73,3%; la cobertura de la red de alcantarillados era de un 70% en el sector urbano, aunque el 97% de las aguas servidas eran evacuadas a los cursos de agua sin tratamiento previo, dañando tanto al ecosistema y a las condiciones de salubridad en los lugares poblados próximos a estas afluentes de agua.

En términos de eficiencia y equidad, el sistema dual heredado de la dictadura no logró los resultados esperados. Esto de cierto modo, como ya se dijo en el período anterior, generó segmentación de la población ya que se discrimina por nivel de ingreso, género, edad, y por tal los sistemas denotarán diferencias en el gasto per cápita por beneficiario y diferencias en el número de prestaciones promedio recibida por beneficiario. Además de la inequidad del sistema global, también se observa ineficiencia en el funcionamiento del sistema público y privado: en el público la descentralización se vio frente a rigideces laborales y a problemas en la asignación de recursos que incentivaban la entrega de prestaciones médicas sin un estándar de calidad mínimo; en el privado, los principales problemas eran en torno a la falta de transparencia y competitividad de las ISAPRES, evidenciándose en la baja cobertura a las personas de menores ingresos, falta de respuesta a los enfermos crónicos y adultos mayores por la incuestionable discriminación y por el sobre aseguramiento de ciertos individuos, dándoles beneficios extras a estas entidades.

Respecto al rol subsidiario del Estado, se observa que el aumento del gasto público de salud¹³ por sobre el PIB, lo cuál era el primer paso para mejorar parte del problema de inequidad en el acceso a la atención en salud de los grupos más pobres. Pudo esto ser posible sin generar déficit fiscales dada la implementación de una reforma tributaria en el año 1990.

¹³ Ver Tabla 1.1

TABLA 1.1 – EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD
1899-1996

FUENTE: FONASA

Año	Gasto Publico*	%PIB	Variación	Aporte Fiscal*	%PIB	Variación
1989	\$ 387,035	2.0%		\$ 133,413	0.7%	
1990	\$ 385,821	2.0%	-0.3%	\$ 151,815	0.8%	13.8%
1991	\$ 439,283	2.2%	13.9%	\$ 188,457	0.9%	24.1%
1992	\$ 524,873	2.3%	19.5%	\$ 231,210	1.0%	22.7%
1993	\$ 587,826	2.5%	12.0%	\$ 271,928	1.1%	17.6%
1994	\$ 636,973	2.5%	8.4%	\$ 306,339	1.2%	12.7%
1995	\$ 689,335	2.4%	8.2%	\$ 334,751	1.2%	9.3%
1996	\$ 743,465	2.6%	7.9%	\$ 365,738	1.3%	9.3%

*Cifras en millones de pesos de 1996

AUGE/GES

La segunda etapa relevante del período en análisis comienza el año 2000 con la Reforma AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas), o actualmente llamado GES (Garantías Explícitas en Salud), la cual se sustenta en una serie de valores que busca el sistema manteniendo el rol del Estado de carácter subsidiario: equidad en el acceso a la atención de salud, oportunidad y protección financiera, eficacia en las intervenciones destinadas a promover, preservar y recuperar la salud, y en eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Los objetivos que esta norma plantea son:

1. Asistir la integración de los subsistemas público y privado bajo una lógica común, que tome como eje ordenador las reales necesidades y expectativas de los individuos.
2. Optimizar el acceso a la salud de los grupos más vulnerables, y también, acabar con la discriminación que afecta a mujeres, ancianos y menores (planes más caros o menor protección en el sistema ISAPRE).
3. Ajustar el modelo de atención y los servicios de salud ofrecidos al actual perfil biodemográfico de la población (la cual ha envejecido y afecta a enfermedades crónicas y degenerativas, dado el cambio en el patrón de las enfermedades), las tecnologías disponibles y la evidencia científica.

4. Extender la seguridad y confianza de las personas al sistema de salud, dando a conocer claramente sus derechos y deberes, abriendo canales de participación e incorporándolos activamente en su autocuidado.

5. Modernizar la organización, administración y gestión del sistema público, basado en el poder sanitario a la hora de conducir nuevas políticas y generar marcos de regulación, con FONASA como garante de protección financiera efectiva contra todo riesgo de enfermar de sus beneficiarios, y contando con una red asistencial de alta calidad tanto en lo técnico como en lo humano.

Lo anterior se pudo llevar a cabo mediante el cuerpo legal que respaldó esta serie de reformas: la ley de autoridad sanitaria y gestión (la que fortalece las potestades de la conducción sanitaria del Ministerio de Salud), la ley “corta” de ISAPRES (de mayor vigilancia y control), el régimen de garantías en salud (estableciendo un plan de salud obligatorio para ambos sistemas considerando un conjunto de enfermedades, sumado a las garantías tales como el acceso, la oportunidad, la calidad y la protección financiera), y modificaciones a la ley de ISAPRES (con el fin de mejorar la transparencia con las que éstas operan).

Aun así, estas reformas no buscaron eliminar la dualidad en el sistema creado en el régimen militar, sólo buscaron atenuar sus efectos al garantizar una atención de salud de igual calidad a toda la sociedad, independiente del tipo de seguro que tuviese el beneficiario.

Referencias del Capítulo

- Allende, S. 1971. *Discurso de la primera convención de Médicos de la Unidad Popular*. Clarín.
- Arrow, K. 1963. *Uncertainty and the welfare economics of medical care*.
- Bitrán, R. 2013. *Explicit Health Guarantees for Chileans: The AUGE benefits Package*. UNICO Studies Series. No 21.
- Colegio Médico de Chile. 2006. *Plan de salud, atención médica y medicina social Chile 1964*. Cuadernos médicos sociales. Vol 46 Suplemento 1.
- Cruz Coke, R. 1995. *Historia de la Medicina chilena*. Editorial Andrés Bello
- Cruz Coke, E. 1938. *Medicina Preventiva y Medicina Dirigida*. Editorial Nacimiento.
- Ffrench-Davis, R. 2010. *Economics Reforms in Chile: From Dictatorship to Democracy*. Cap 1.
- Grossman, M. 2000. *The Human Capital Model*.
- Hevia, P. 1971. *¿Hacia dónde va la medicina social?* Mensaje N°201.
- Illanes, M^a. 2010. *En el Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia (...)*. Segunda Edición.
- Jiménez, J. *Política y Organizaciones de la Salud en Chile. Reflexiones históricas*. ARS Médica, Revista de Estudios Médico Humanísticos. Vol 5, No 5.
- Jiménez, J et al. 1990. *Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile*. CPU.
- Larrañaga, O. 2010. *Las nuevas Políticas de Protección Social en Perspectiva Histórica*.
- Larrañaga, O. 1997. *Eficiencia y equidad en el Sistema de Salud Chileno*. Naciones Unidas.
- Le Goff, J. 1997. *Pensar la Historia. Modernidad, presente y progreso*.
- Ministerio de Salud. 1994. *La Búsqueda de un Nuevo Modelo de Gestión de Servicio de Salud. Experiencia del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. 1990 - 1994*.
- Román y Muñoz. 2008. *Una Mirada Crítica en Torno al AUGE. Algunos Aspectos Generales y Valóricos*. Revista Médica Chile.
- Shmanske, S. 1996. *Information Asymmetries in Health Services: The Market can Cope*. The Independent Review, Vol. 1, No 2. pp 191 - 200.

2. EL ACTUAL SISTEMA DE SALUD: UN ANÁLISIS DEL GASTO AGREGADO

2.1. Sistema Actual

Descripción Institucional¹⁴

El sector salud chileno es fundamentalmente un sistema de carácter mixto. Existiendo un sub sistema público y otro privado. En términos de la organización general, el sistema público opera a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que a su vez está conformado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus Servicios Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI de Salud), 29 Servicios de Salud Regionales (SS), el Sistema Municipal de Atención Primaria, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública (ISP), La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) y la Superintendencia de Salud.

El subsistema privado lo conforman las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), las Mutuales de Seguridad, y una extensa red de prestadores con y sin fines de lucro que incluye centros médicos, clínicas, hospitales, laboratorios, farmacias, centros de especialidad así como consultas de médicos, especialistas y otros profesionales de la salud.

En términos del aseguramiento, los individuos tienen libertad de elección de un seguro público o privado, en tanto su capacidad de pago les permita tomar un contrato con el último de estos. Aquellos que se afilian al seguro público son distribuidos automáticamente en cuatro grupos distintos acorde a los ingresos imponibles que estos perciban y la cantidad de cargas que posean y entonces se determinan los copagos asociados a la atención institucional secundaria y terciaria:

1. Tramo A: Corresponde a aquellas personas que no reciben ingresos, ya sea por cesantía o algún tipo de discapacidad. Este tramo no tiene copagos asociados a la atención, por ende el estado cubre los costos en los cuales se incurra en su atención.

¹⁴ Información provista por la Superintendencia de Salud

2. Tramo B: Agrupa a aquellas personas cuyos ingresos imposables son inferiores al salario mínimo legal. Este tramo tampoco presenta copagos asociados a la atención.

3. Tramo C: Agrupa a aquellos trabajadores que perciban ingresos mensuales imposables superiores a \$201.001¹⁵ y menores o iguales a \$306.000. Este tramo considera un copago para la prestación de servicios del 10%. Si el afiliado posee 3 o más cargas automáticamente será asignado al Tramo B.

4. Tramo D: Agrupa a aquellos trabajadores que perciban ingresos mensuales imposables superiores a \$306.000. Adicionalmente considera un copago por prestaciones del 20% del valor. Si el afiliado posee 3 o más cargas automáticamente se le asignará al Tramo C.

Los beneficios que contempla la afiliación a una ISAPRE dependerá de cada contrato y situación en particular: Se considerarán las pre-existencias de enfermedades y la red de atención privada en la cual el afiliado desee atenderse, variando los copagos por atención según estos factores.

El Seguro Público de Salud provisto a través de FONASA cuenta con dos modalidades de prestación de servicios:

1. La primera de estas corresponde a la Modalidad de Atención Institucional (MAI) a través de la cual el afiliado recibe los servicios de salud utilizando la red pública de atención. Los beneficios a los cuales optan los afiliados utilizando la Modalidad de Atención Institucional, dependerán del Tramo en el cual se encuentren, subvención que ya mencionamos al detallar la configuración de los tramos.

2. La segunda modalidad considera la libertad en la elección del prestador de servicios de salud utilizando el beneficio fiscal, se le conoce como MLE (Modalidad de Libre Elección) y se pueden acoger a ella aquellos afiliados que se encuentren en los Tramos B, C y D. Si bien el afiliado tiene libertad de elección, la subvención que realiza el estado para esta modalidad es menor, por lo cual los afiliados deberán enfrentar copagos muy superiores a los que cancelarían a través de MAI.

¹⁵ Salario mínimo vigente al 2013.

Esto es que, FONASA funciona como un subsidio a la demanda en el caso de la libre atención, y como un subsidio a la oferta en el caso de la modalidad institucional.

Para el caso de las ISAPRES también existen diversas modalidades de atención, las que dependerán del tipo de plan que el afiliado posea, sin embargo estas pueden agruparse dentro de tres grupos:

1. Plan de Libre Elección: Con esta modalidad el beneficiario puede escoger el prestador que más le acomode en el mercado, cancelando copagos según la cobertura que su plan le entregue.
2. Plan Cerrado: Esta corresponde a una opción más económica, donde el afiliado recibe los servicios de salud de algunos prestadores previamente definidos en su plan. Si decide acudir a un prestador que no está incluido en su plan deberá asumir el costo íntegro de la atención.
3. Plan con Prestadores Preferentes: En este tipo de modalidad el beneficiario posee una red preferente de prestadores, en los que la cobertura de su seguro es mayor y por ende los pagos de bolsillo que realiza son menores. Si decide atenderse en un prestador externo la cobertura será menor.

El sistema se sustenta en cuatro fuentes o mecanismos de financiamiento:

1. La primera de estas es el aporte mensual obligatorio que realizan los trabajadores¹⁶, el cual corresponde al descuento del 7% de sus ingresos brutos. Adicionalmente aquellos trabajadores que contraten un seguro privado con alguna ISAPRE cuyo valor sea superior al 7% de sus ingresos brutos, deberán realizar una cotización adicional voluntaria.
2. El estado realiza subvenciones directas al sistema de salud, cuyos fondos tienen tres finalidades diversas: El ministerio de salud recibe aportes directos del gobierno a fin de financiar el levantamiento de infraestructura y la aplicación de ciertos programas de emergencia. FONASA recibe aportes fiscales a fin de subvencionar la oferta de prestaciones

¹⁶ Los trabajadores con contrato aceptan la rebaja automática del 7% de sus ingresos, aquellos que son independientes no están obligados a cotizar.

de servicios de salud. Adicionalmente, el gobierno realiza transferencias directas de dinero a las municipalidades, dado que son estas las encargadas de proveer el servicio atención primario de salud.

3. La tercera fuente de financiamiento se desprende de los copagos que los individuos deban realizar dependiendo del Tramo en el cual se encuentren en FONASA o de las especificaciones del plan provisto por las ISAPRE, o en el caso que no estén afiliados a ningún sistema pagan como particulares (el monto total del valor de la prestación).

4. Otra fuente de financiamiento corresponde a los aportes obligatorios que deben realizar las empresas en caso de accidentes laborales de sus trabajadores: Estos aportes se concentran en la contratación de seguros privados complementarios a los provistos por FONASA - ISAPRE o en contratos directos con mutuales de seguridad, las que representan centros médicos especializados (y con tarifas preferentes) en accidentes laborales.

En la Figura 2.1 se puede apreciar de mejor manera la configuración del sistema de salud de Chile, entendiendo de manera más sencilla como se establece el sistema dual de salud y como los aportes monetarios son distribuidos según la elección que hagan los trabajadores.

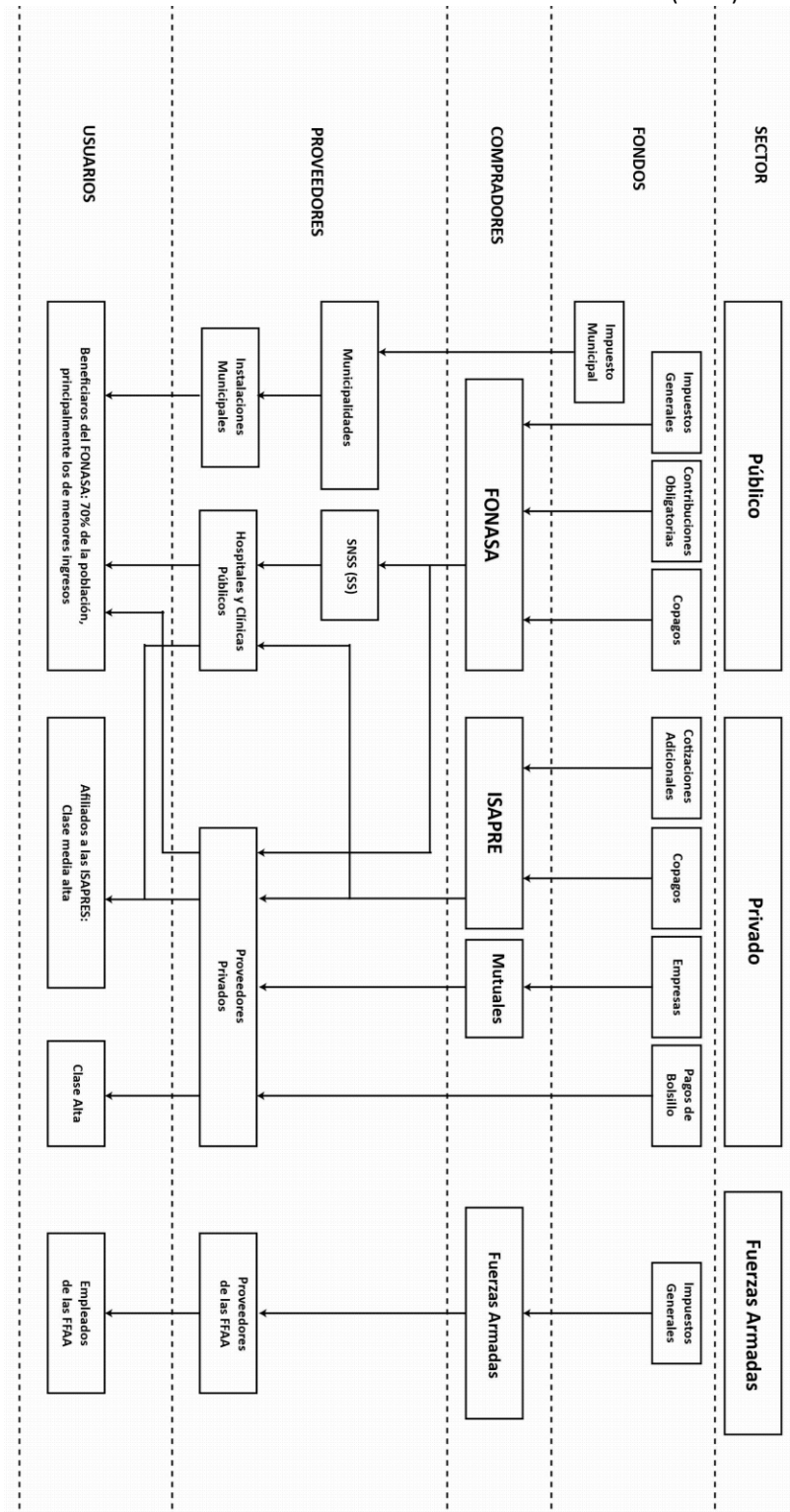
Mecanismos de Pago

Los mecanismos de pago¹⁷ del sistema de salud chileno son también interesantes de analizar desde la perspectiva de la asignación de recursos hacia los niveles productivos y de los incentivos que estos crean en los proveedores. Estos mecanismos de asignación son un instrumento estratégico dentro del sector para guiar el modelo hacia uno de mayor calidad, más equitativo y eficiente en el uso y distribución de recursos, influenciando el comportamiento de los proveedores. La equidad es el énfasis presente en la macro asignación de recursos, mientras que la eficiencia se alcanza en el nivel micro, efectivamente con los mecanismos de pago.

El seguro público y privado pagan en general a los prestadores privados, por acto o prestación (*fee-for-service*), esto es, de acuerdo al número de servicios prestados. Esta

¹⁷ Definido como los métodos de transferencia de fondos desde los compradores hacia los prestadores.

FIGURA 2.1 – SISTEMA DE SALUD DE CHILE
FUENTE: SISTEMA DE SALUD DE CHILE. BERECRIL-MONTEKIO ET AL (2001)



estructura de pago retrospectiva provee fuertes incentivos hacia la sobreproducción de prestaciones lucrativas vía inducción de demanda y posee altos costos administrativos, por tanto su capacidad de contener costos es limitada. Sin embargo, su principal ventaja radica en la libertad que otorga en los usuarios de seleccionar su prestador y por tanto en el adecuado y más eficiente nivel de acceso a la salud, en presencia de competencia. Y adicionalmente, provee el incentivo en los prestadores de mejorar la calidad (ya sea técnica o percibida, dependiendo de la transparencia y nivel de información con que los usuarios cuentan) para atraer más pacientes. Esto es que genera eficiencia en el nivel micro pero una ineficiencia macro derivada de la explosión en costos y la insostenibilidad a largo plazo.

El seguro público también paga a los prestadores institucionales en base a un pago por acto en los niveles de atención secundaria y terciaria para ciertos grupos de prestaciones con aranceles predeterminados, pero en su mayoría estos pagos se realizan en base a presupuestos históricos. Para el caso de la atención primaria, el pago es esencialmente per cápita ajustado por riesgo en base a las necesidades locales (municipios) y la prevalencia de enfermedades¹⁸.

En general, los sistemas de pago pueden clasificarse según dos dimensiones (Jegers et al, 2001). La primera dimensión indica la relación entre actividad e ingreso para el prestador, esto es, si el mecanismo es de carácter fijo o variable. La segunda apunta hacia el pago y su carácter temporal, esto es, si el pago se relaciona con costos actuales o futuros, haciendo del mecanismo uno retrospectivo o prospectivo. En un mecanismo retrospectivo los costos del prestador son reembolsados ex post con el correspondiente pago, lo que genera un incentivo a incrementar los costos. Mientras que en uno prospectivo, el pago a los prestadores es determinado ex ante sin existir relaciones con los reales costos y por tanto el incentivo es reducirlos vía eficiencia pero también vía reducción de la cantidad y calidad de los servicios entregados.

El mecanismo *fee-for-service* claramente permite identificar las actividades o servicios que se entregan teniendo cada uno de ellos un precio conocido ex ante. Por tanto es un mecanismo variable y retrospectivo. Este sistema requiere determinar el valor relativo de

¹⁸ Así como otros ajustes demográficos.

cada uno de estos ítems siguiendo sus efectivos costos y beneficios para permitir la correcta micro asignación de recursos, esto es que, los precios relativos deberían fielmente reflejar la costo efectividad relativa de las diversas intervenciones.

El mecanismo de pago per cápita (*capitation*) utilizado esencialmente en la asignación de fondos en la atención primaria es de carácter fijo (a nivel micro) y prospectivo. En contraste al pago por acto, genera en los proveedores el incentivo a reducir costos ya sea mediante la reducción de las prestaciones entregadas (eliminación de aquellas inapropiadas, tendencia a la sub prestación) o de la calidad de las mismas. Esto es, a la reducción de la demanda, por lo que el perfecto enfoque para conseguir este objetivo es el de la prevención si es que esta es más costo efectiva que las intervenciones posteriores. Con esto, también se consigue que la atención primaria sea un umbral que reduce o limita las transferencias de pacientes hacia niveles superiores de atención contrayendo el gasto significativamente (Apablaza et al, 2006). Dado que los ingresos de un prestador con este mecanismo dependen de cada paciente atendido, este sistema puede generar el incentivo a seleccionar por riesgo, esto es, a prestar servicios a pacientes con costos esperados menores en perjuicio de los más riesgosos. La solución a esto es la introducción de ajustes por riesgo como los existentes en muchas de las asignaciones del nivel de atención primario del país.

Los presupuestos históricos mayoritariamente utilizados en la asignación de fondos hacia los niveles de atención secundaria y terciaria del sector público son de carácter fijo (a nivel micro y macro) y prospectivo. Entre sus ventajas se considera la facilidad en su administración y el incentivo a la reducción de costos pero también generan desincentivos en la inversión (sobre todo en la introducción de innovaciones médicas), y selección y desplazamiento de pacientes (*patient shifting*)¹⁹.

La mezcla del mecanismo presupuestario y el pago por ítem de los niveles superiores de atención los impulsa hacia la producción de aquellos servicios con pago retrospectivo en detrimento de aquellos considerados en el presupuesto histórico. En primera instancia esto no supone un gran problema, ya que depende de hacia cual tipo de prestaciones se está desviando la producción. En el caso chileno, es preocupante ya que muchas de las

¹⁹ En presupuestos sectoriales cada zona tiene el estímulo a trasladar pacientes o intervenciones hacia otras.

intervenciones de carácter preventivo no tienen aranceles o valores especificados de antemano y por tanto se infiere su sub producción (Apablaza et al, 2006).

La disparidad en cuanto a foco e incentivos entre el nivel primario de atención y los superiores trae consecuencias en términos de eficiencia en la provisión de servicios de salud. En particular para la dimensión preventiva, donde los resultados se observan esencialmente a más largo plazo y por tanto los esfuerzos deben aplicarse a gran escala, esta divergencia provoca una desalineación en los objetivos entre los diferentes servicios y por tanto ineficiencias macro en la asignación de recursos hacia la medicina preventiva (Apablaza et al, 2006).

Otro aspecto importante a examinar de los mecanismos de pago dice relación con la distribución del riesgo financiero entre los diversos agentes del sector salud. Este riesgo funciona de forma inversa para el ente financiador que para el prestador. El mecanismo *fee-for-service* supone el mayor riesgo en el financiamiento mientras que la capitación pura (no ajustada por riesgos) y los presupuestos globales entregan la mayor parte del riesgo en los proveedores. Mecanismos intermedios comprenden que se comparta el riesgo entre ambos agentes encontrándose un equilibrio en el riesgo financiero (Castro et al, 2006). Entre estos se encuentran el pago por episodio y la capitación ajustada por riesgo.

La estructuración adecuada de las modalidades de pago de un sistema de salud debe comprender primero las ventajas y desventajas de cada modelo así como las consecuencias esperadas y las indeseadas. El modelo óptimo tendrá irremediamente ciertos *trade-offs* con los cuales lidiar. Los efectos finales de la modificación o introducción de un mecanismo de pago va a depender en gran medida del contexto en que se encuentre el sistema en términos de recursos disponibles para el sector, la calidad del ambiente competitivo (el nivel de competencia y capacidad de elección en el mercado) y de las oportunidades y restricciones de los proveedores para responder de la forma adecuada y esperada a los incentivos²⁰ (Lagenbrunner et al, 2009).

Adicionalmente, es necesaria la consideración de no sólo los incentivos monetarios en los prestadores, sino también de los no monetarios (educación médica, guías clínicas, uso

²⁰ La influencia de lobistas para mantener los actuales esquemas de pago puede ser importante.

estandarizado de tratamientos basados en la evidencia clínica, etc.) y de los enfocados en los usuarios (estructuración y funcionamiento adecuado del sistema de copagos) como estrategias de contención de costos que busquen mejorar la eficiencia técnica y distributiva global del sistema (WHO, 2007).

El Gasto en Salud

En términos generales, el sistema de salud se compone de cuatro agentes fundamentales: Compradores, aseguradores, prestadores y proveedores.

Los compradores de prestaciones de salud, entre quienes se incluye al gobierno, empleadores y personas naturales, son quienes proveen el financiamiento del sistema. Los aseguradores reciben fondos de los compradores y reembolsan a los prestadores según el tipo de servicio provisto: Entre estos últimos se incluye a médicos, hospitales, clínicas y laboratorios. El último eslabón de esta cadena está compuesto por los proveedores, quienes suplen el equipamiento y medicamentos necesarios a los prestadores.

Cabe destacar que cada peso que se desembolsa en servicios de salud representa un gasto para los pagadores (compradores y aseguradores) y a su vez una utilidad para los oferentes (prestadores y proveedores). En este sentido, los pagadores tienen el incentivo a querer reducir el gasto mediante estrategias de contención de costos, mientras que prestadores y proveedores se resisten ya que estas se traducen en una reducción en sus ingresos: Este es el principal conflicto que enfrenta la Economía de la Salud.

Es importante resaltar el rol dual que juegan los aseguradores al tener que encargarse de generar los pagos por prestaciones de servicios: Por un lado tienen incentivos para reducir los reembolsos a los oferentes, sin embargo, al mismo tiempo les es conveniente absorber mayores fondos desde los compradores que cotizan, a fin de rescatar una mayor parte de los excedentes del sistema. A su vez, entre prestadores y proveedores se produce una situación similar, dado que ambos pretenden acaparar una mayor proporción de los fondos que proveen los pagadores. Esto es que, las presiones distributivas no sólo se producen entre demandantes y oferentes, sino que además, en cada lado del mercado en forma independiente.

Estas presiones se deben al incentivo intrínseco de cada uno de estos agentes por perseguir rentas, pero adicionalmente, por la estructura del mercado o sub mercado en el que se encuentran, visto esto en términos de la organización industrial. Es decir, estas tensiones distributivas responden a cómo el mercado se va formando histórica e institucionalmente, ordenación que va otorgando distintos poderes de negociación a los diversos agentes y en consecuencia un panorama distributivo interesante de analizar por su carácter dinámico y sus consecuencias económicas en conceptos como eficiencia y equidad.

La información relevante de cada uno de estos mercados puede resumirse – aunque de forma insatisfactoria – mediante el análisis de los precios relativos de cada uno de ellos. El poder de negociación y la importancia relativa de cada agente debiese plasmarse en una estructura de precios relativos que otorgue rentas en función de estos parámetros. Es así como, presentándose una configuración variada de las organizaciones intramercado se va a obtener una distribución no uniforme de ganancias para los diversos agentes. Esta compleja situación se traduce en un intenso conflicto de intereses, donde veremos a los oferentes luchando por acaparar todo aquel excedente que desde los pagadores provenga, explotando todos los recursos que desde el marco regulatorio, institucional y de mercado emanen.

El Gasto en Chile

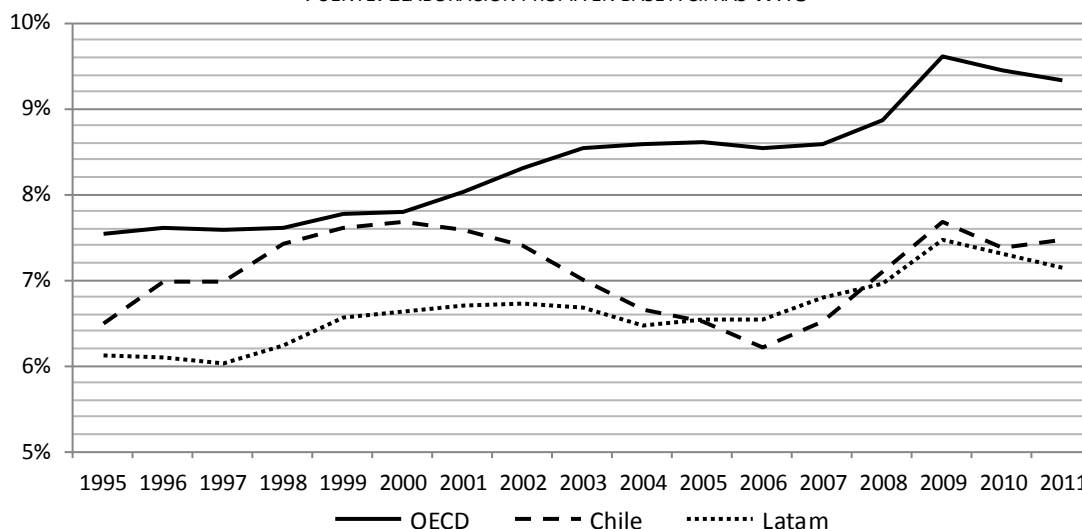
Estas presiones distributivas antes mencionadas se han materializado en un aumento sostenido del gasto en salud, fenómeno transversal a todas las economías y que ha sido el móvil de la redacción de este documento. En el Grafico 2.1 podemos apreciar la evolución del gasto en salud como proporción del PIB para Chile desde el año 1995 a la fecha y los promedios simples de 20 naciones latinoamericanas y de la OECD (datos obtenidos desde FONASA, World Health Organization y OECD). Si bien el alza es moderada (alrededor de un punto porcentual en dieciséis años), esta es sostenida sobre todo desde el 2004 en adelante (2003 para OECD y 2006 para América Latina) y refleja que el crecimiento en los gastos en salud supera el crecimiento económico promedio de los países. En los años 2009-2010 se produce un estancamiento en la evolución del gasto en salud, hecho motivado principalmente por la crisis financiera que afectó en esos años a gran parte de las

economías (Morgan & Astolfi, 2013). Sin embargo, se espera que la dinámica de crecimiento de los gastos en salud volverá muy pronto a sus niveles pre-crisis. Otro estancamiento también se aprecia desde el 99 en América Latina, hecho que pudo haber sido causado por los efectos de la crisis asiática en la región, sin embargo no hay pruebas concluyentes al respecto.

La tendencia creciente del gasto en salud se aprecia en mayor magnitud al revisar las proyecciones para el año 2050, en donde considerando un escenario de presión en los costos²¹ se espera que el gasto alcance el 16% del PIB para los países de la OECD. En un escenario de contención de costos (donde se asume que las políticas frenaran las presiones en el gasto) los ratios aumentarán de igual forma y el gasto será en promedio 13% del PIB (OECD 2006).

GRAFICO 2.1 - GASTO TOTAL EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL PIB

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A CIFRAS WHO



Para el caso de Chile, la OECD proyecta un crecimiento por sobre la media debido principalmente al cambio en el perfil demográfico, esto es, a la transformación de la población en una sociedad más longeva (muchos otros factores explican el incremento en gasto, en el siguiente apartado estos son explicitados). Para el 2060, el gasto público en salud alcanzará el 8% y 12% para los escenarios de contención y presión en los costos

²¹ Con esto nos referimos a que el crecimiento del gasto en salud seguirá superando el crecimiento económico en los mismos márgenes que lo ha hecho el último tiempo.

respectivamente. Sin embargo, también se espera que el gasto privado se mantenga constante o reduzca su participación, de esta forma, el gasto total en Chile debiese alcanzar el 12% y 16% para cada escenario, lo que representa más de 4 y 8 puntos porcentuales de incremento. Estas cifras son preocupantes en tanto cuestionan la sostenibilidad del financiamiento de la salud y ponen presión en la capacidad de los gobiernos y sus presupuestos de llevar a cabo políticas costo-efectivas. Cabe notar que si el aumento en el gasto público recae fundamentalmente sobre los aportes fiscales directos (el gasto público además incluye las cotizaciones al seguro público) significa entonces que menos fondos relativamente se están utilizando en políticas sociales de otra índole -en particular educación, vivienda y programas sociales- lo que podría generar conflictos políticos y sociales que traigan ambientes internos de incertidumbre.

El gasto público en salud generalmente se enfoca en la atención, protección y cobertura de la población más pobre, por tanto su efecto en términos de equidad es sin duda superior al del gasto privado. Además, el gasto fiscal directo permite enfocar las políticas según la estrategia sanitaria y los objetivos de política pública. La importancia del gasto público lo convierte en el mecanismo estratégico para modelar los sistemas de salud según los fines de la sociedad y guiarlos hacia el cumplimiento de estos propósitos.

En consecuencia, la estructura del gasto en salud es relevante no sólo en términos de eficiencia, sino que además, la configuración público-privada determina la forma en que el modelo de financiamiento, atención y pago funciona. En el caso chileno, el Grafico 2.2 muestra el gasto desagregado según fuente de financiamiento desde el 2000 a la fecha. En él se muestra como el gasto público (la suma del aporte fiscal más las cotizaciones en el seguro público) ha aumentado de forma sostenida desde un 33% a casi un 45% de participación en el gasto total, guiado fundamentalmente por el aumento en los aportes directos del estado (comprende aportes al MINEDUC y Servicios de Salud, a las Fuerzas Armadas, y al Sistema Municipal de Atención Primaria), este último ha pasado del 20% al 30% de participación en el gasto total.

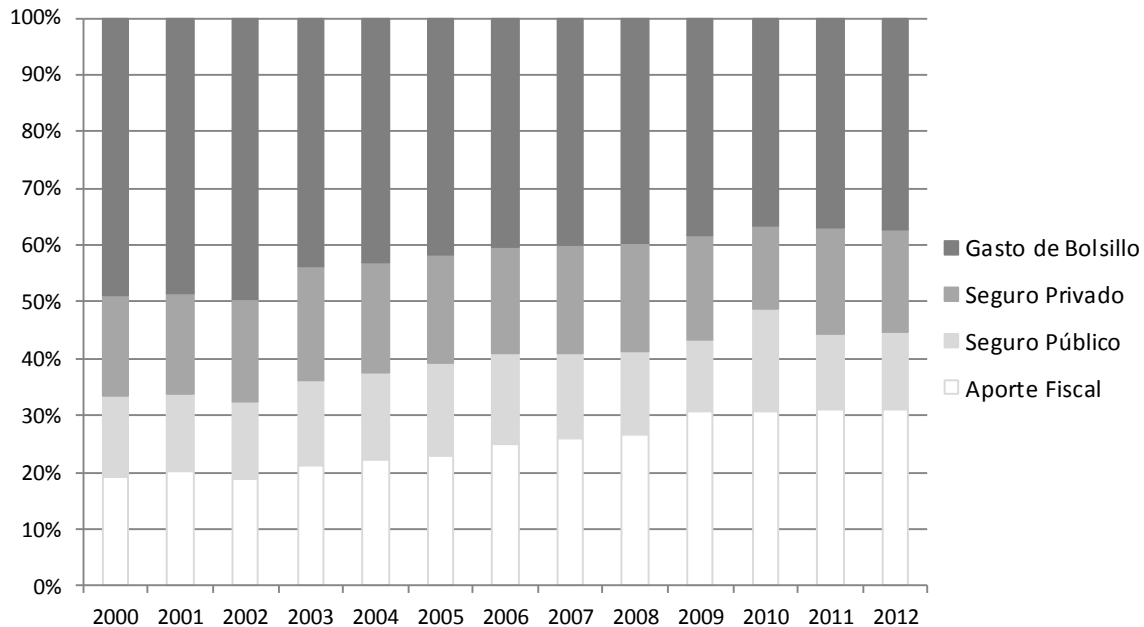
Las cotizaciones tanto al seguro público como a las ISAPREs mantienen su participación (14% y 18% del gasto total en salud respectivamente) y esto se debe a que los salarios, fuente de

ingresos de los seguros, crecen de forma similar al PIB (también se agrega el aumento en el número de cotizantes sobre todo en FONASA pero en el agregado las cotizaciones conservan su contribución).

El gasto de bolsillo, que comprende copagos a servicios asistenciales, prestadores privados y compra de medicamentos, se reduce desde un 50% al inicio del milenio hasta un 37% en el año 2012. Esta disminución es sustancial considerando que el gasto de bolsillo (*Out of pocket* por su denominación en inglés) es la fuente de financiamiento menos equitativa. Sin duda, este tipo de desembolsos genera desigualdad en el nivel y calidad de las prestaciones, ya que estos montos representan en las familias menos acaudaladas un gasto medular en proporción al ingreso de estos hogares. Luego se analizará el gasto privado, y en particular el de bolsillo, de forma más profunda.

GRAFICO 2.2 - GASTO EN SALUD EN CHILE DESAGREGADO SEGÚN FUENTE DE FINANCIAMIENTO
2012

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A CIFRAS FONASA



Contraste Internacional

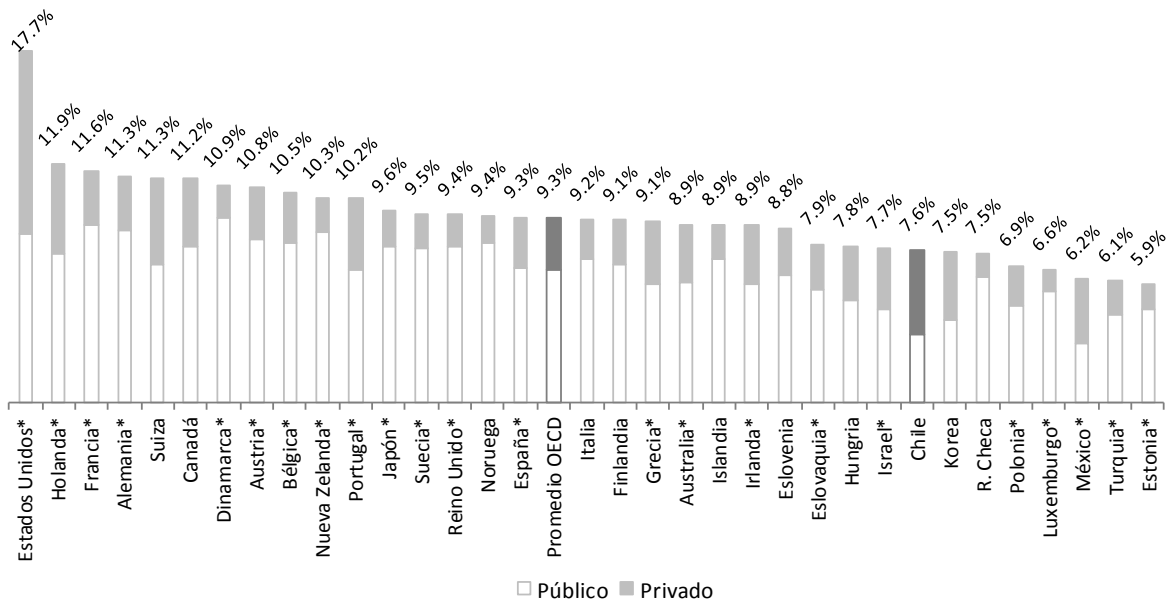
En general, las cifras anteriores muestran que el sistema de salud en Chile avanza hacia uno en donde el estado toma un rol más preponderante en el financiamiento y desplaza el gasto privado, en particular el de bolsillo. Ahora bien, ¿Cuáles son las cifras a las que el país debe

aspirar? Los contrastes más usuales son con naciones de la misma zona, sin embargo la entrada de Chile a la OECD hace necesario que se genere una comparación con este grupo económico igualmente. Estableceremos el contraste mediante la revisión de los Grafico 2.3 y Grafico 2.4, que muestran el gasto total en salud y su composición en proporción al PIB (respectivamente) para los países de la OECD y Latinoamérica.

En el Grafico 2.3 se aprecia que Chile está entre los países que menos recursos destina a salud en relación al producto interno bruto. La brecha con el promedio simple de los países OECD es de casi 1,7 puntos porcentuales. Es meritorio destacar sin embargo, que Chile posee un ratio similar a países de igual o incluso mayor ingreso per cápita (Eslovaquia, Israel, Korea y República Checa).

GRAFICO 2.3 - GASTO TOTAL EN SALUD, COMPOSICIÓN COMO PROPORCIÓN DEL PIB. OECD.
2012

*ÚLTIMA CIFRA DISPONIBLE ANTERIOR A 2012
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A CIFRAS OECD



Por otro lado, es interesante examinar la composición público-privada del financiamiento. En este ámbito, Chile destaca negativamente siendo el segundo país con menor gasto público como porcentaje del producto, y aquel que en términos relativos es quien menor gasto público en relación al gasto total posee: El 3.4% del PIB se destina a gasto público en salud lo que representa el 45% del gasto total. Esta posición es sólo superada por México,

cuyo gasto público en salud representa un 2.9% del PIB, correspondiendo al 47% del gasto total realizado en este sector.

Por el lado del gasto privado, Chile registra la cuarta cifra más amplia, siendo sólo superado por Estados Unidos²², Holanda y Suiza, países de elevado ingreso per cápita y elevado gasto total en salud. Curiosamente, en estos países el gasto privado representa sólo el 40% del gasto total - excepto en Estados Unidos quien alcanza un 52% - mientras que en nuestro país la cifra alcanza el 55%. A fin de contextualizar estos valores, es necesario mencionar que la composición público-privada promedio de los países OECD se mantiene en torno al 70 - 30.

El Grafico 2.4 muestra exactamente las mismas cifras anteriores pero para 20 países latinoamericanos (los de mayor población). En esta esfera comparativa Chile es representativo del promedio en cuanto a gasto total. En términos de la magnitud del gasto privado nuestra nación está entre las cinco o seis que mayor participación de este ítem poseen siendo superado por Brasil, Ecuador, Guatemala y Paraguay. La configuración público-privada promedio para Latinoamérica está en torno al 55-45 y por tanto Chile está muy por debajo (45-55).

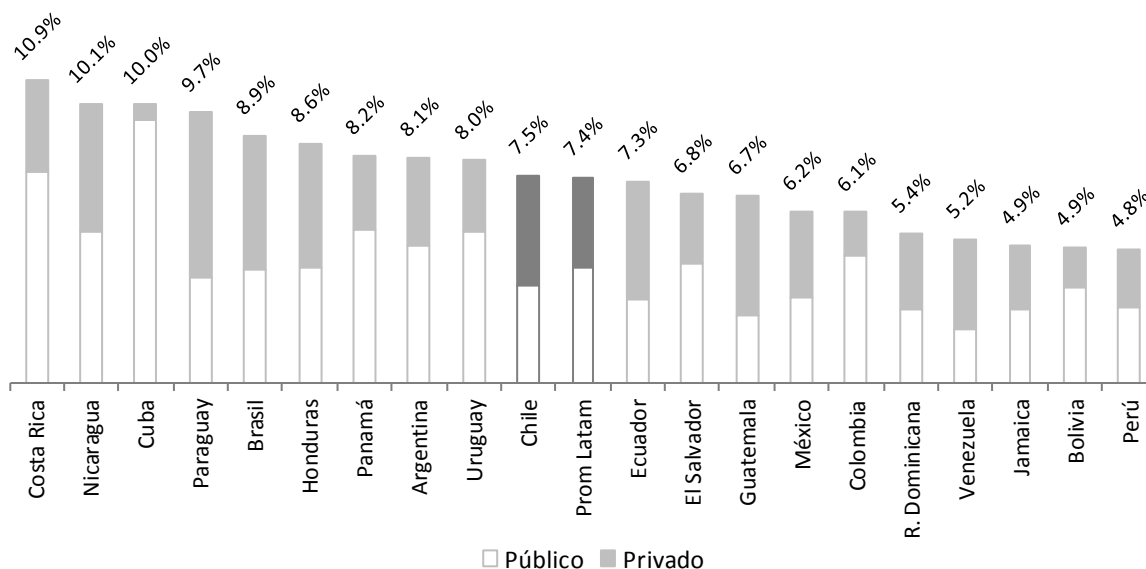
Aparecen legítimas dudas respecto a cuál es la composición público-privada ideal a la cual nuestro país debiese aspirar. La respuesta recae esencialmente sobre el modelo de salud que Chile quiere y necesita construir no existiendo una fórmula correcta aplicable en toda situación, más aún, esta configuración va a determinarse en la práctica por la voluntad política y el contexto histórico y socioeconómico pero debiera estructurarse según los objetivos sanitarios y como fin último según los objetivos sociales.

Una mejor aproximación a la organización público-privada óptima proviene desde la examinación de países con similar estructura, en particular de niveles de ingreso per cápita muy cercanos. Siguiendo esta lógica se escogieron 8 economías de particular interés por lo ya antes mencionado (Croacia, Hungría, Polonia Letonia y Lituania) y por otras razones de carácter comparativo (Argentina, Brasil y Uruguay).

²² Considerado un outlier en la distribución por su excesivo gasto privado.

GRAFICO 2.4 - GASTO TOTAL EN SALUD, COMPOSICIÓN COMO PROPORCIÓN DEL PIB. LATINOAMÉRICA.
2011

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A CIFRAS WHO



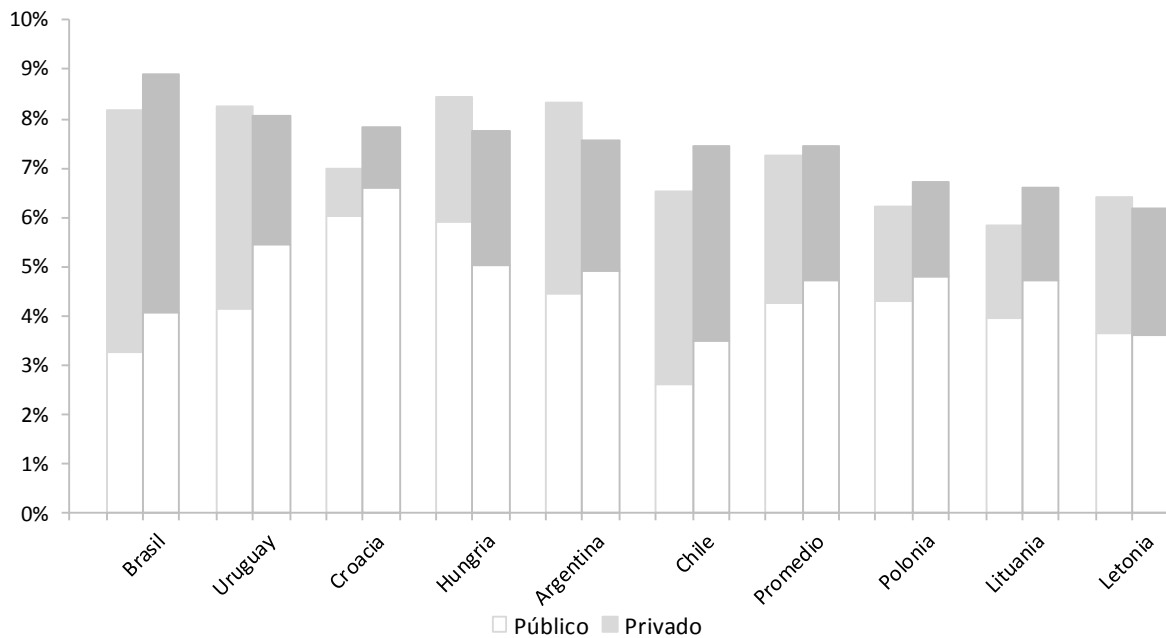
El Grafico 2.5 muestra el gasto total en salud y la desagregación público-privada en relación al producto para los años 2005 y 2011 para los ocho países seleccionados (ocho más Chile y más el promedio). En él se advierte el leve incremento promedio observado en el periodo de seis años de cerca de 2 décimas porcentuales (de 7.2% a 7.4%) y la dispar distribución de crecimiento en la que cuatro de nueve naciones reducen la participación del gasto y las restantes 5 lo aumentan en cerca de 8 décimas porcentuales promedio.

No obstante, una tendencia si es clara, sólo una nación reduce la participación del gasto público (Hungría en cerca de 1 punto porcentual) mientras que todas las restantes lo elevan en cerca de 7 décimas porcentuales (sólo Letonia mantiene la contribución del gasto público respecto al producto). Para Chile el incremento del gasto público es superior a la media, 0.9%. Respecto al gasto privado la situación es más variada, tres naciones disminuyen su participación (Uruguay y Argentina en más de un 1%), tres lo mantienen (entre ellos Chile), y en dos aumenta (aunque no más de 2 décimas porcentuales). La composición público-privada pasa de un 60-40 el 2005 a un 65-35 el 2011.

El escenario es claro e indiscutible, ha habido esfuerzos por incrementar la contribución del gasto público en el financiamiento de la salud y por reducir el privado. Asumimos que esto es producto de un deliberado esfuerzo por parte de los gobiernos de enfatizar el rol público en la salud y no responde tanto a circunstancias o dinámicas naturales del mercado.

GRAFICO 2.5 - GASTO TOTAL EN SALUD, COMPOSICIÓN COMO PROPORCIÓN DEL PIB. SELECCIONADOS.
2005-2011

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A CIFRAS WHO



En Chile la comprensión de este rol más participativo del estado se ha manifestado en la considerable alza en el gasto público y en la mantención del privado, aun cuando la brecha sigue siendo significativa respecto a la configuración del resto de naciones donde los fondos públicos alcanzan un mayor nivel. Este contexto plantea en Chile el desafío de seguir ampliando la contribución de fondos estatales, pero este aporte no debe ser solo en el ámbito del financiamiento sino que además en el ámbito estratégico, es decir, en la ordenación de los mercados de salud.

Cabe destacar que el gasto público no es sólo el aporte fiscal directo sino que también las cotizaciones del seguro público, en Chile las cotizaciones al sistema ISAPRE se consideran de carácter privado ya que son individuales y no cuentan con un componente solidario o de compensación. En este sentido, si los fondos del seguro privado funcionaran en base a las

solidaridad (las cotizaciones son en función del ingreso, pero los beneficios o bonificaciones son en función del riesgo y por tanto hay transferencias de excedentes entre cotizantes) entonces comenzarían a considerarse como financiamiento de origen público y en consecuencia la importancia de este sector aumentaría considerablemente llevándonos a una estructura pública privada más preferible.

El Gasto de Bolsillo

El gasto privado por su parte lo componen en general las cotizaciones individuales al seguro privado y el gasto de bolsillo, además de otros sistemas no públicos (en el caso de Chile las mutuales de seguridad) (Rannan-Eliya, 2008). Desagregar el gasto privado y extraer esencialmente la importancia del gasto de bolsillo dentro del gasto total es de suma importancia para el análisis global del financiamiento de la salud. Lo anterior proviene del hecho que el gasto de bolsillo impacta principalmente a los hogares de menores recursos donde el gasto en salud adquiere una proporción importante del presupuesto familiar, por tanto, su análisis entrega profundas conclusiones respecto a cuán igualitario es el acceso, cobertura y calidad de la salud.

El Grafico 2.6 muestra la participación del gasto de bolsillo en el gasto total en salud desde 1995 a la fecha. En Chile esta cifra ha mostrado una oscilante pero leve tendencia a la baja, lo que en principio es positivo, sin embargo las brechas con el resto de países siguen siendo significativas. En general, la tendencia global es a que se reduzca el gasto de bolsillo, lo que se ha logrado mediante políticas de financiamiento públicas más extensas ya sea aumentando la cobertura (bonificación) o proveyendo directamente de más prestaciones u otorgando más medicamentos de forma gratuita (el gasto farmacéutico representa en promedio más de un tercio del gasto de bolsillo) produciéndose el reemplazo o desplazamiento del gasto privado.

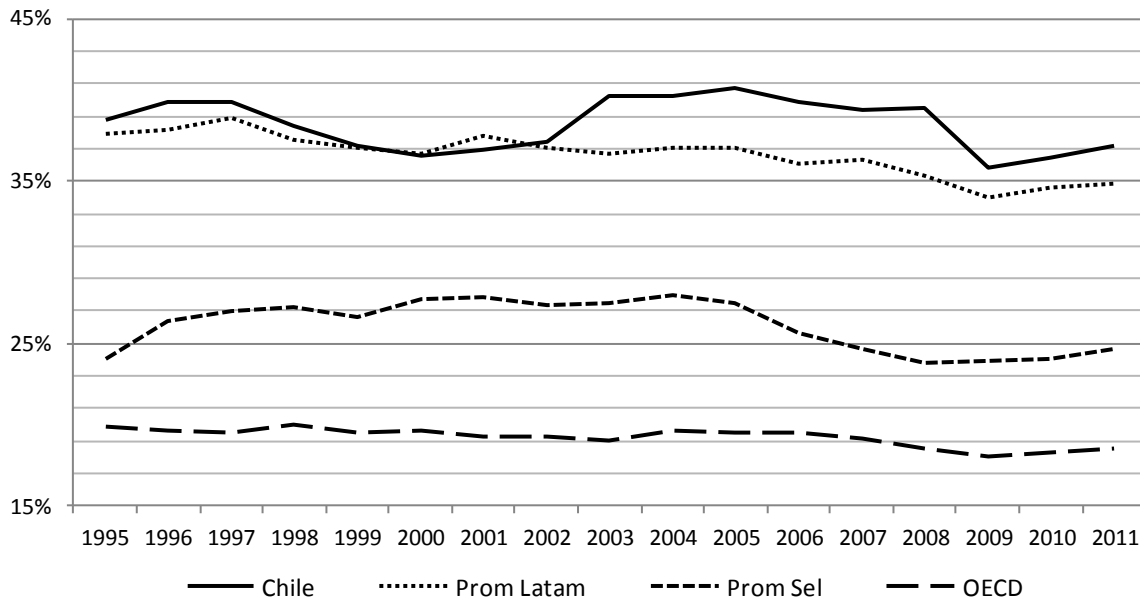
La OMS recomienda reducir la dependencia del gasto privado, en particular el gasto de bolsillo, en el financiamiento de la salud. El promedio OECD es inferior al 20 (18.5% en 2011). El gasto de bolsillo en Chile es incluso superior al promedio latinoamericano y más que duplica al promedio del club de los países ricos. Cuando establecemos el contraste con las economías seleccionadas por su similar condición económica a nuestro país observamos

más de 12 puntos porcentuales de diferencia en el último año, sin embargo a inicios del periodo analizado la brecha era de cerca de 14 puntos.

Estos datos muestran que la reducción del gasto de bolsillo en Chile está apegada a la tendencia internacional y que por tanto las brechas prácticamente se mantienen en términos relativos. Nuestro país posee una de las cifras más altas a nivel mundial, por tanto esfuerzos superiores deben hacerse para reducir estas diferencias. La inequidad que produce la fuerte participación del gasto de bolsillo radica en el hecho que la salud queda en función de la capacidad de pago de las personas (OECD, 2011). Una política pública efectiva es la que logra disociar esta capacidad con el riesgo sanitario, esto es que, independiente del poder adquisitivo las atenciones de salud deben otorgarse de forma preferente a quienes más lo necesitan (Van Doorslaer & Wagstaff , 1997).

GRAFICO 2.6 - GASTO DE BOLSILLO COMO PROPORCIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD
1995 - 2011

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A CIFRAS WHO



El aumento de los aportes estatales en salud no garantiza automáticamente la reducción del gasto de bolsillo, esto es particularmente cierto en países con reducida participación del gasto fiscal en el total de recursos destinados al sector. Esto porque mayor gasto del gobierno implica una ampliación de los servicios de salud disponibles pero si no hay cambios en la estructura de financiamiento, esto se traduce en mayor gasto privado con el fin de

obtener esos servicios. Por tanto es imperativo, mejorar la protección financiera en particular a los hogares de menores ingresos (donde el gasto de bolsillo impacta de forma más profunda) como complemento a la expansión del gasto público.

En general, el análisis del gasto agregado es una mera fotografía, y esto debe ser claramente expuesto, una perspectiva superficial que esconde todas las relaciones micro que van determinando el funcionamiento y comportamiento del sistema. Situar argumentos concluyentes respecto a agregados equivoca rotundamente el juicio ya que ignora la microestructura. Los agentes del mercado en decisiones individuales determinarán que prestaciones pagan y reciben y la forma en que el mercado se estructura establecerá las relaciones finales que ocasionaran los flujos de recursos.

Es necesario ser cuidadosos a la hora de postular argumentos concluyentes sólo en base a la proporción del PIB gastado en salud: Este análisis no provee nutrida información en cuanto a la calidad de la salud, sus resultados o de la distribución del consumo de servicios de salud. Así mismo, las comparaciones entre países, deben ser tomadas como referencias útiles, pero no como determinísticas a la hora de construir un plan de políticas a seguir: No es posible generar conclusiones concretas acerca de la calidad o eficiencia de un sistema de salud considerando solamente este factor. Ahora bien, el análisis del efecto de diversos factores en el gasto en salud puede contribuir en ámbitos como la eficiencia en la asignación y utilización de recursos y desde esto, establecer conexiones con calidad, desempeño y resultados.

En cuanto al nivel óptimo de gasto, las comparaciones internacionales, en particular las desviaciones respecto de la línea de regresión, no pueden asignarse como una señal de un uso o asignación ineficiente de recursos, y por tanto no tienen significancia normativa aun cuando se utilicen en la práctica como argumentos de política sectorial. La eficiencia en la asignación puede estudiarse en el marco de la evaluación económica de asignaciones alternativas, como comparar diferentes estrategias sanitarias dentro de un mismo país. Siguiendo esta lógica, aquellas políticas que busquen alcanzar mayores niveles de eficiencia en la provisión de los servicios de salud son las más apropiadas ya que no son políticamente

controversiales, esto dado que lo que intentan es mantener el nivel de output reduciendo el uso de recursos, por lo que contienen el gasto y mejoran el performance global del sistema.

Ahora bien, si las reformas que el sector salud requiere están relacionadas con el logro de objetivos ya sea sanitarios o sociales que difieren de los resultados actuales, entonces es urgente abrir el debate sobre qué sistema futuro de financiamiento y provisión es el apropiado y que gamma de fuerzas regulatorias y de mercado se usarán en la prosecución de estos propósitos. No existe respuesta o evidencia clara respecto del impacto de diversas estrategias en el gasto ni en resultados, la medida adecuada nacerá desde esta discusión ya que las experiencias internacionales han sido de aplicación exclusivamente local según las preferencias de cada nación y en consecuencia la estructuración de instrumentos e intervenciones son de inmensa importancia y requieren investigación futura.

La totalidad de los razonamientos antes expuestos han sido hechos analizando el gasto desde la perspectiva del financiamiento, esto es, del lado de la demanda. En particular, la configuración público-privada a la que se ha hecho alusión incorpora únicamente el origen de los fondos y no considera a qué manos llegan por el lado de los prestadores y proveedores. Este último análisis goza de una distintiva importancia ya que los costos o factores de oferta también son determinantes en el comportamiento y organización del mercado de salud y en especial en la determinación del gasto agregado.

2.2. Factores Determinantes del Crecimiento del Gasto

Ahora bien, si hablamos de los determinantes del alza sostenida del gasto en salud, la literatura clasifica estas fuentes en tres tipos: factores económicos, sociodemográficos, y factores sistémicos. En el primer grupo se encuentran principalmente el nivel de ingreso y la tecnología. En el segundo, características individuales y comportamientos, el ambiente físico y social etc. Mientras que en el tercero, se encuentran factores internos de la estructura de los mercados de salud con factores de oferta y factores de demanda. Los determinantes económicos y sociodemográficos si bien son externos al sistema de salud efectivamente tienen un impacto sobre este, en concreto, sobre el nivel de gasto.

Nivel de Ingreso

La literatura desde la década de los setenta ha intentado relacionar el gasto en salud con alguna medida del nivel de ingresos de un país, es así como en Newhouse (1977) se compara el gasto en salud per cápita con el PIB per cápita para un conjunto de países de la OECD y se encuentra que más del 90% de las variaciones del gasto en salud entre países se explican por el nivel de ingresos y adicionalmente, que la elasticidad ingreso es mayor que uno. En definitiva nos dice que factores distintos del ingreso tienen efecto marginal y que la salud es un bien de lujo.

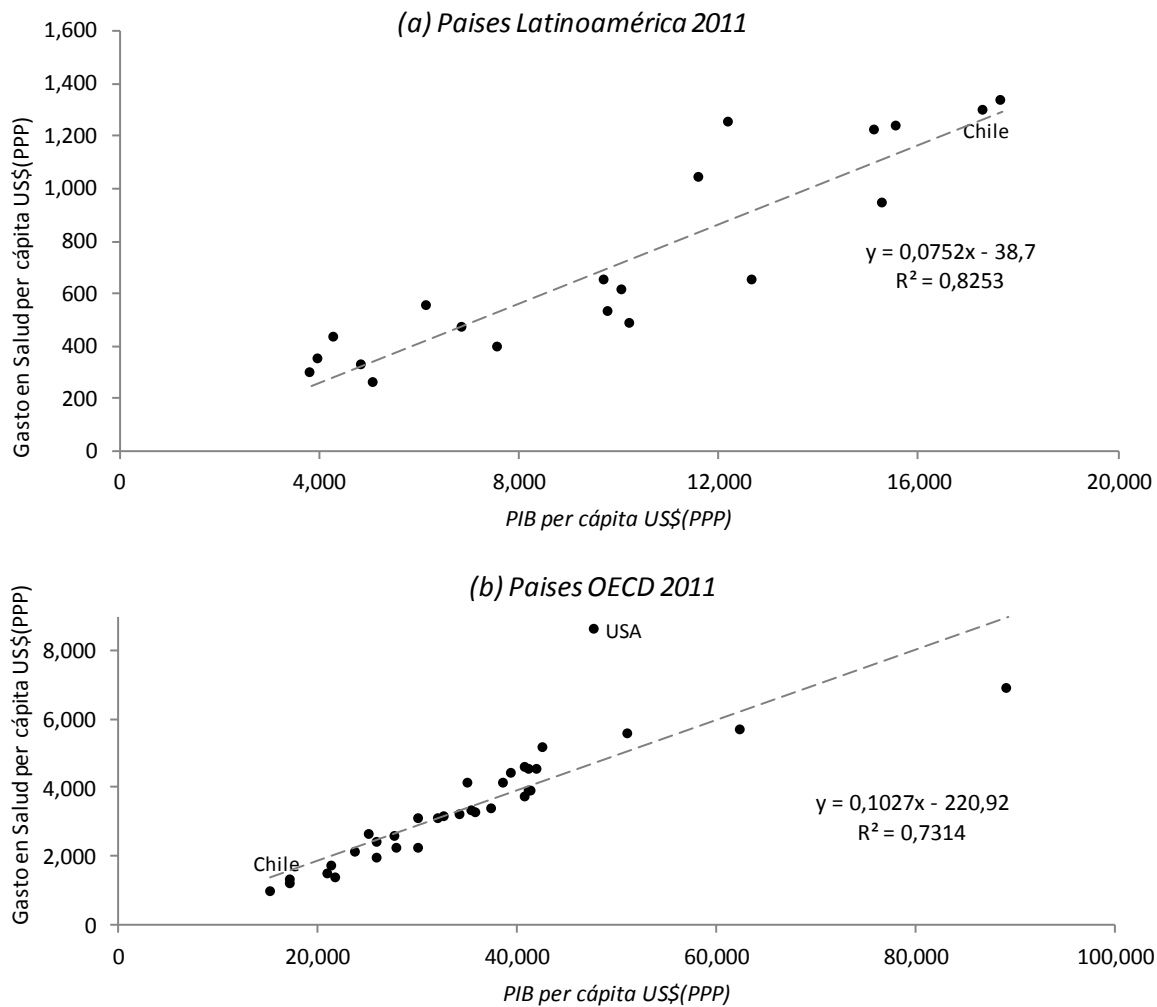
El Grafico 2.7 muestra el gasto per cápita en salud y el PIB per cápita, expresados en dólares PPP para los países de la OECD y Latinoamérica en el año 2011. En efecto, se aprecia la evidente relación positiva entre ambas variables para ambos grupos de países, además la estimación de la elasticidad ingreso es superior a uno y significativa. El gasto estimado en salud para Chile es de US\$1262 (PPP) utilizando las cifras latinoamericanas y US\$1747 (PPP) con las cifras OECD mientras que la cifra actual alcanza los US\$1292 (PPP). Esto es que, el nivel de gasto per cápita se ajusta al promedio latinoamericano pero está muy por debajo del promedio condicional OECD.

El anterior análisis establece una causalidad desde el ingreso hacia el gasto en salud sin embargo se ha mostrado que la causalidad inversa también tiene una base teórica. El producto estaría en función del gasto de forma que el nivel de salud (suponiendo relación directa con el gasto en salud) es un componente del capital humano y además a través de mejoras en la efectividad de las intervenciones que aumentan la oferta laboral y la productividad. De esta forma, las estimaciones de este tipo tendrían un problema de endogeneidad.

En Chile, esta relación entre ingreso per cápita y gasto per cápita es muy directa y concreta a lo largo del tiempo. El crecimiento del ingreso explicaría más del 80% de las variaciones en el crecimiento del gasto promedio por individuo. Esta relación es más robusta con el gasto privado (gasto de bolsillo en particular) que con el gasto público. Suena evidente entonces, que mientras el país genera más ingresos (esperando que la senda de crecimiento se mantenga estable por un periodo prolongado) más recursos son destinados al cuidado de la

salud, pero lo relevante de analizar es en cambio, si el crecimiento en el uso de estos recursos es superior al crecimiento del ingreso, y eso es lo que vemos al observar y proyectar que la participación del gasto total en salud en el producto aumentará sostenida y progresivamente.

GRAFICO 2.7 - GASTO EN SALUD PER CÁPITA EN RELACIÓN AL PIB PER CÁPITA
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A CIFRAS WHO



El Factor Tecnológico

Desde el artículo de Newhouse (1977) se inició una serie de investigaciones que intentaban dilucidar los principales factores del aumento en el gasto en salud, y que han otorgado un importante rol a la tecnología como explicación. Esta evidencia ha mostrado que durante

periodos prolongados de tiempo el desarrollo, adopción y difusión de nuevas tecnologías médicas es la causa primordial del crecimiento en el gasto. Sin embargo, es complejo determinar este rol por la complejidad de obtener una representación fiable para la tecnología.

La tecnología en una definición amplia, es la introducción de nuevas prácticas, procesos o productos médicos que vienen a alterar el mix de servicios de salud que se entregan y usan (Newhouse & Chernew, 2010). Existen entonces esencialmente tres tipos de innovaciones médicas: innovación de producto, de proceso, y organizacional. La primera dice relación con la introducción de nuevos productos que permiten la provisión de un nuevo servicio con nuevas cualidades o una nueva combinación de ya existentes. La segunda, dice relación con la capacidad de producir un bien o servicio existente a un menor costo. La última se relaciona con la reestructuración de los procedimientos internos para llevar a cabo la provisión de un servicio o con el nuevo conocimiento que se adquiere (en especial vía *learning-by-doing*) en una nueva aplicación de servicios ya existentes.

La innovación de procesos al reducir los costos de los servicios en general también contrae el gasto asociado a esos servicios ya que también reduce el precio (asumiendo una elasticidad precio menor a uno, consistente con los datos). La innovación de producto y de conocimiento (organizacional) por su parte influyen la demanda en el uso de las prestaciones nuevas, sin embargo su relación con el gasto no es obvia aunque puede afirmarse que incrementan el uso de estas prestaciones y por tanto el gasto. El impacto de la introducción de innovaciones también recae sobre el proceso completo de producción de servicios de salud. Esto es que la nueva tecnología puede hacer que servicios ya existentes incrementen o contraigan su uso, dependiendo del nivel de sustitutabilidad o verse desplazados hacia otros segmentos del mercado que antes estaban excluidos.

Existen esencialmente dos *approaches* para analizar el rol de la tecnología sobre los costos de la salud. El primer método, el residual a la *solow*, incorpora variables relevantes en el modelo y las relaciona con el crecimiento del gasto en salud, y el resto no explicado se asocia a la tecnología. Schwartz (1987) fue el primero en utilizar este método y concluir que el principal determinante del aumento del gasto en salud es el factor tecnológico.

Newhouse (1993) llegó a conclusiones similares argumentando que la principal causa del incremento en los costos era el crecimiento de las *capabilities* de la medicina (tecnología médica en un sentido amplio).

El análisis de otros factores que fomentan el desarrollo de la tecnología como el nivel de aseguramiento de la población fue analizado en Weisbrod (1991) estableciendo una especial relación entre la demanda por servicios de salud, el financiamiento de estos y el R&D del sector en que este último depende de la capacidad futura de los compradores de recompensar los gastos actuales de desarrollo, esto es del uso esperado de la innovación, mientras que la demanda depende del estado actual de la tecnología, o sea, del R&D de periodos anteriores. Peden & Freelan (1995) entregan un 70% de responsabilidad a los avances médicos (que incrementan costos) inducidos esencialmente por la cobertura de los seguros, en el gasto per cápita en salud. En general, el mayor nivel de aseguramiento desvía la introducción de la tecnología hacia innovaciones de producto más que de procesos, estando las primeras asociadas empíricamente a incrementos en costos, esto se explica en esencia por la existencia del tercer pagador, los individuos demandarán de igual forma prestaciones más modernas o sofisticadas sin importar el precio ya que solo tendrán que hacerse responsables por una parte de este, el copago.

Un segundo método intenta entregar un análisis más directo y significativo del rol de la tecnología en el crecimiento del gasto, esto a través de la evaluación de la contribución de la introducción de tecnologías específicas en el costo en el tratamiento de enfermedades concretas. Usando esta metodología ha podido contabilizarse el impacto de las innovaciones médicas y también se le ha otorgado el rótulo de principal factor causante del aumento en el gasto. Sin embargo esta metodología está impedida de evaluar el impacto agregado del cambio tecnológico sobre el gasto, ya que el análisis es relativo sólo al caso de estudio y no considera el efecto sobre servicios complementarios o sustitutos.

Al combinar la evidencia según ambas metodologías puede inferirse que la tecnología definida en un sentido amplio es el factor preponderante del incremento del gasto agregado (método residual) y que en el tratamiento de condiciones concretas la introducción de innovaciones clínicas también ha sido causante esencial del aumento en los costos.

La importancia en términos de política de saber administrar el cambio tecnológico en el sector salud recae principalmente sobre un sistema de financiamiento que pueda sostener el incremento en el gasto variando la actual forma en que las innovaciones son introducidas al campo médico.

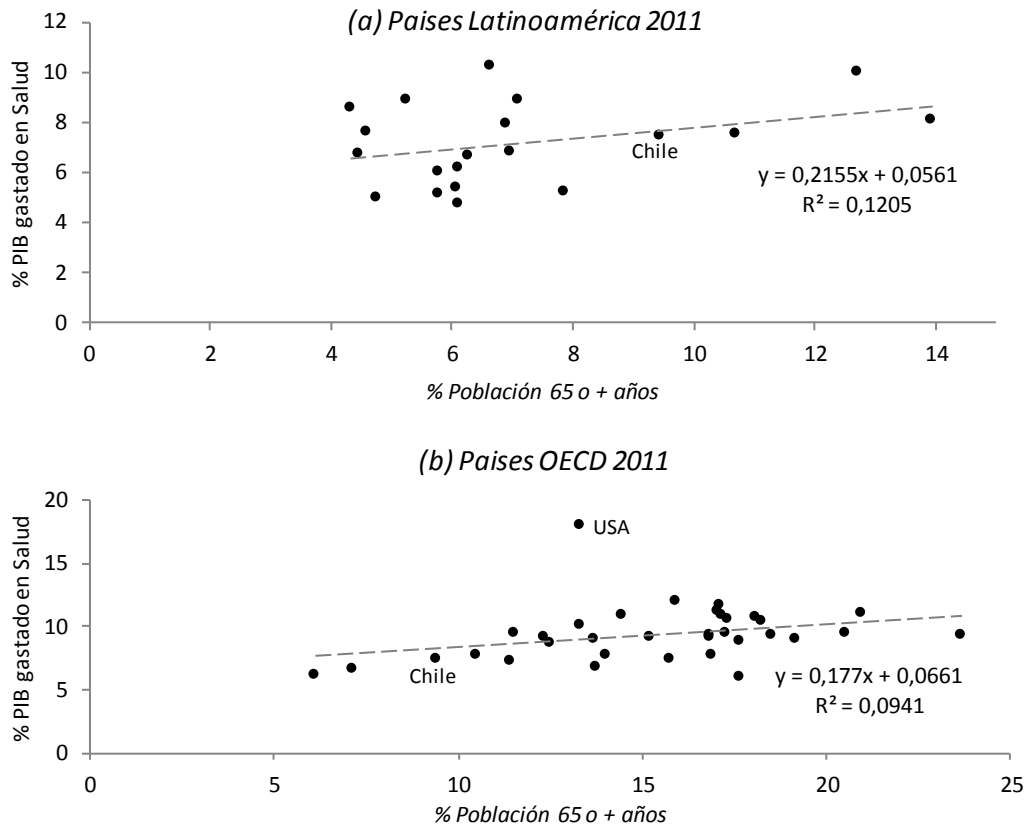
La Estructura Etaria

La estructura etaria por otro lado, dentro de los factores sociodemográficos, también ha sido incluida como causante del aumento en el gasto. En particular indicadores como la proporción de infantes (menores a 15 o menores a 5 años) y de ancianos (mayores a 60/65 años). El Grafico 2.8 muestra el gasto en salud como proporción del PIB y la proporción de población mayor a 65 años para los países OECD y Latinoamérica el 2011. Se evidencia una débil relación lo que es en principio contrario a la intuición que en edades últimas de la vida (ancianos) la tasa de morbilidad es mayor y por tanto el consumo de servicios de salud debiera ser a tasas más elevadas relativamente que el resto de la población.

Sin embargo, considerando el gasto per cápita en salud como porcentaje del PIB per cápita desagregado según rangos etarios para usuarios ISAPREs los años 2006 y 2012 (Grafico 2.9), se aprecia la intuición antes mencionada para Chile. Los tramos extremos de la distribución tienen un gasto sustancialmente superior²³, y el gasto en salud aumenta con la edad. Se aprecia también como el gasto femenino entre los 20 y 49 años es muy superior al de los hombres por encontrarse las primeras en la etapa fértil de su vida. También se aprecia la abrupta caída del gasto en las mujeres posterior a los 85 años. En síntesis, la tendencia general es decreciente para los primeros 25 años de vida y luego creciente hasta los 84 años, con un *peak* en los 30-34 años y una cancelación de la tendencia posterior a los 85 años, en particular la pendiente crece a tasas crecientes desde los 40 hasta los 74 años y a tasas decrecientes desde los 75.

²³ Para el primer grupo etario (0-14) no existen datos más desagregados para analizar el gasto per cápita de los infantes (0-5) o de los recién nacidos (0-1). Pero se infiere que este es muy superior al 5% del grupo (0-14).

GRAFICO 2.8 - GASTO EN SALUD, PROPORCIÓN DEL PIB EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN DE 65 O MÁS AÑOS
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A CIFRAS WHO



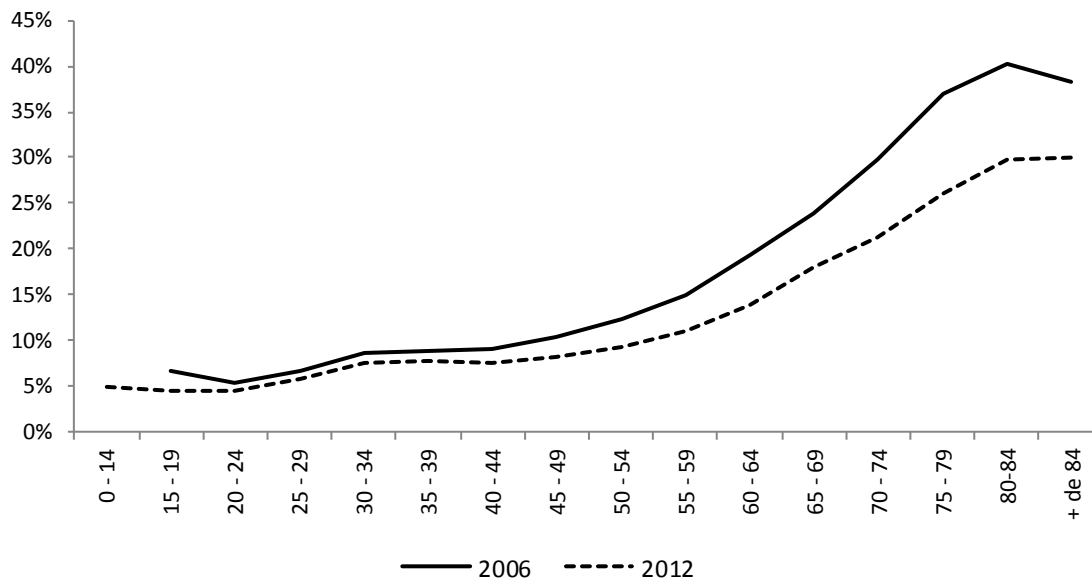
El gasto per cápita de los adultos mayores (+65) es de un 22% del PIB per cápita en 2012 y de un 30% el 2006. Cifra muy elevada si se compara con el 8% del gasto per cápita en relación al PIB per cápita de los adultos (20-64) el 2012 y con el 9% del 2006. Esto es que la población anciana gasta casi tres veces más que el promedio de la población adulta y más del doble que las mujeres en edad fértil²⁴(10% y 13% en los años 25-39 el 2012 y 2006 respectivamente). En los rangos 80-84 años, el gasto per cápita alcanza las cifras de 30% y 40% del PIB per cápita para 2012 y 2006.

La razón de estas enormes cifras para la población adulta mayor se debe a que por un lado este grupo etario demanda en promedio 2.5 veces más de prestaciones por beneficiario que la población adulta, y adicionalmente, estas prestaciones son de carácter más complejo y por tanto más costosas (precio promedio por prestaciones).

²⁴ La edad fértil de una mujer es entre los 15 y 49 años, sin embargo se escogió el rango 25-39 por ser el efectivamente con más probabilidad de contraer un embarazo y el que más gasto asociado contiene.

GRAFICO 2.9 – GASTO PER CÁPITA COMO PROPORCIÓN DEL PIB PER CÁPITA POR RANGOS ETARIOS
USUARIOS ISAPRES

* NO HAY CIFRAS DE USUARIOS EN EL RANGO 0-14 PARA EL AÑO 2006
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A CIFRAS SUPERINTENDENCIA DE SALUD



Hubiese sido interesante contrastar este patrón con los gastos del seguro público FONASA en prestadores privados (MLE), sin embargo sólo existían datos de montos bonificados (el reembolso que entrega el seguro) y no de los facturados (pago total por la prestación, incluyendo copagos del usuario) de forma que no era posible construir la variable de gasto que nos es relevante para el análisis.

La relación entre la edad y el gasto no es directa. El mayor gasto en salud se produce en el último año de vida, y los ancianos y niños tienen relativamente un mayor riesgo de muerte. En consecuencia, la edad por sí misma no explica el mayor gasto en salud sino que este es el resultado de una mayor concentración de individuos en su último año de vida dentro de los grupos infantiles y ancianos (Levisnsky et al, 2001).

Cuando se analiza el perfil demográfico como determinante del gasto en salud, se debe hacer la distinción del nivel del estudio, esto es, si la unidad de observación son individuos de un mismo país (micro-análisis) o si es el gasto agregado de una serie de países o de una serie de tiempo (macro-análisis) (Christiansen et al, 2006). Si se toma a todos los individuos en un periodo de tiempo (análisis micro) se evidencia la tesis que la población anciana gasta

significativamente más que la población adulta, sin embargo, si se toman las variaciones entre períodos de tiempo y las proyecciones futuras (análisis macro) la mayor proporción de población mayor a 65 años no es causante fundamental del incremento en el gasto en salud.

La evidencia ha mostrado que los factores demográficos poseen un poder explicativo marginal del crecimiento del gasto en salud (Reinhardt, 2003). El crecimiento del gasto per cápita en salud para la población anciana es menor que para la población adulta y los costos de los tratamientos en el último año de vida crecen a un ritmo similar a los costos generales del sistema lo que reduce considerablemente el impacto de la transformación de la población hacia una más longeva. Además, mientras la esperanza de vida aumenta, los años de invalidez (referida a la etapa final de la vida donde se presentan múltiples patologías y complicaciones) se mantienen constantes, esto es, el riesgo comienza a aumentar también a una edad más tardía, por tanto el gasto en esta etapa va haciéndose proporcionalmente menor en relación al periodo de vida anterior a la invalidez (Fries, 1980).

En Chile se ha producido un aumento considerable de la población anciana que ha hecho que la participación de individuos mayores a 65 años dentro del total de la población se eleve desde un 6% a principios de la década del '90 hasta casi un 10% en el año 2012. En efecto, el crecimiento de la participación se ha vuelto más pronunciado desde el '90 (en la década del '60 esta cifra alcanzaba el 5%). Esta tendencia podría ser preocupante en tanto ejerza presión sobre el gasto, sin embargo esta relación no puede demostrarse con los datos. La participación del gasto total en salud en el producto ha presentado vaivenes en torno al 7% desde el '95 a la fecha mientras que la población más longeva ha presentado el sostenido crecimiento que antes mencionamos. Aun así, la particularidad de este grupo de la población (en términos sociales, políticos y éticos) va indudablemente presionando y atrayendo recursos hacia sí y hace que sea relevante no sólo el nivel de gasto en ellos empleado sino también la calidad, oportunidad y eficacia de las prestaciones que se les otorgan, por esto la importancia de analizar este factor sobre todo considerando la evolución reciente y la proyectada de la estructura estaría del país.

Otro factores sociodemográficos, como el género (la población femenina gasta más en salud proporcionalmente sobre todo en la etapa fértil, aunque el gasto de los hombres es superior

en la etapa final de la vida), la condición genética (individuos con tendencias inherentes a ciertas patologías o con mayores probabilidades de contraer ciertas condiciones que afectan la calidad y esperanza de vida), los comportamientos individuales (la alimentación, actividad física, consumo de alcohol, cigarrillos y drogas) y el ambiente físico y social (factores como la disponibilidad de agua potable y sanitización, el clima, la exposición a enfermedades contagiosas o peligros tóxicos, así como el ambiente de trabajo, la exposición a la violencia, la urbanización, la desigualdad en ingresos, disparidades educacionales, etc.) si bien tienen un efecto causal que es sustentable teóricamente, la comprobación empírica ha mostrado una marginal o casi nula incidencia en el gasto en salud. Lo anterior puede provenir desde el hecho que estas variables están más asociados al nivel de salud global de la población y no directamente con la demanda por prestaciones. Así como también, que estos factores generan consecuencias de más largo plazo y complejas de aislar.

Factores Sistémicos

Los factores de demanda por otro lado, dentro de los determinantes sistémicos del crecimiento del gasto son problemas relativos a cómo se establecen los incentivos en los pagadores. El primero de ellos dice relación con el financiamiento de la salud, en particular el efecto del aseguramiento. La cobertura que proveen los seguros de salud y las variaciones de esta a lo largo del tiempo tienen un efecto sobre la demanda por prestaciones de los asegurados, ya que la existencia de un tercer pagador alivia la carga monetaria de los usuarios haciendo que el precio efectivo que pagan sea solo una proporción del precio real de la prestación. Adicionalmente, la estructura financiera, esto es, el origen - público o privado - del asegurador también posee una relación concreta con el nivel de gasto. También sistemas que se basan en mayor medida en un seguro social tienden a tener un mayor gasto per cápita que aquellos más basados en impuestos generales (Wagstaff, 2009).

La asimetría de información, propia de cualquier sistema de salud, genera desinformación en los pacientes en cuanto a la estructura de precios que impide una mejor comparación, y en cuanto a la delegación de las decisiones al profesional médico produciéndose el incentivo a inducir la demanda. Estas circunstancias tienden a elevar el gasto también.

Dentro de los factores de oferta se encuentra la capacidad global del sistema, esto es la oferta de profesionales médicos y de estructura médica (infraestructura como hospitales y también insumos clínicos). En este ámbito ocurre un singular efecto, primero, comunidades con mayor número de profesionales o de infraestructura médica tienden a gastar más vía mayor cantidad de prestaciones (por el fenómeno de demanda inducida) pero segundo, la escasez de oferta de servicios de salud eleva los precios de las prestaciones. Por tanto, el resultado final de la oferta de servicios es ambigua y dependerá de qué relación predomine, efecto precio o efecto cantidad.

No solo la oferta en términos absolutos es relevante, también lo es su distribución, en particular el mix de servicios de salud disponibles. La mayor proporción de médicos especialistas dentro del total de médicos es señalado como un factor que incrementa el gasto. Asimismo, la mayor proporción de prestaciones hospitalarias versus ambulatorias también aumenta los costos (Gerdtham & Jönsson, 2000).

El poder de mercado de los oferentes, esto es, la superior capacidad de negociación y grado de influencia de una organización es otro factor causante del incremento en el gasto en salud. También puede establecerse como la capacidad de un proveedor de incrementar los precios sin disminuir las utilidades y de esta forma aumenta el gasto vía un efecto precio (Bodenheimer, 2005).

Como factores globales del sistema de salud se considera primeramente la ausencia de los principios de libre mercado o libre competencia. La regulación gubernamental, la asimetría de información que se traduce en la escasez de transparencia del mecanismo de precios, la limitada facultad de elección individual, la consolidación y el poder de mercado local²⁵, etc. son ejemplos de escasez de competencia.

En segundo lugar se consideran los mecanismos de pago. Sistemas *fee-for-service* tienden a generar mayores costos que sistemas de capitación (Gerdtham et al, 1998). Se ha mostrado que la transformación desde sistemas de financiamiento basados en presupuestos hacia *fee-for-service* o *patient-based* generan un incremento tanto del gasto público como privado (Wagstaff & Moreno-Serra, 2010). La modalidad de pago por acto en general provee

²⁵ Los prestadores tienden a ser exclusivos en localidades actuando como monopolios.

incentivos a aumentar el volumen de servicios prestados más no su valor (en términos de efectividad), también a ofrecer más intensivamente prestaciones más complejas técnicamente y por esa razón más caras. Y finalmente, fragmenta el modelo de atención ya que el mecanismo no genera en el sistema la capacidad de coordinación necesaria para administrar de mejor forma los servicios y los costos, así como produce ineficiencias en la duplicación en el uso de recursos y altos costos administrativos.

El nivel de regulación en el sector salud es otro determinante del gasto agregado, en concreto, las instituciones y políticas aplicadas al sector poseen un efecto significativo sobre el nivel de eficiencia de los sistemas de salud y en consecuencia del nivel de gasto (Hernández & Moral-Benito, 2011). La regulación también afecta en la esfera tecnológica, la excesiva regulación podría desincentivar la innovación y la introducción de nuevas prácticas médicas. Los juicios por malas prácticas también elevan los costos ya que el riesgo al que se enfrentan los médicos hace que contraten coberturas de riesgo al respecto y genera un modelo de atención donde se provee de servicios innecesarios (duplicación de diagnósticos por ejemplo) para reducir la exposición a estos litigios, lo que es conocido como “medicina defensiva”.

En términos prácticos, otro factor importante a considerar – y que se relaciona con la escasez de información – es la insuficiencia con que se utiliza y aplica la evidencia clínica en la toma de decisiones tanto de pacientes, prestadores y aseguradores. Esto se evidencia en que en general no se conocen o no se establecen comparaciones entre los resultados de distintas intervenciones o tratamientos para una misma condición ni de los costos asociados a intervenciones alternativas y tampoco se tienen referencias claras de la efectividad de nuevos tratamientos para su introducción y difusión. De esta forma, las intervenciones que se usan podrían no ser las óptimas ni en términos de efectividad ni de costos, y además podrían no estar introduciéndose las necesarias, lo que se traduce finalmente en una producción subóptima de servicios de salud y en un evidente mayor gasto asociado.

En general, todos los factores antes mencionados, los relacionados al sistema de salud y aquellos externos, generan un efecto conjunto en el gasto global en salud. Efecto que es muy complejo de diferenciar, esto es, que el crecimiento del gasto no puede desagregarse

detallada y específicamente según la fuente o causa de esos incrementos sobre todo si el análisis es en base a agregados. Esfuerzos se han hecho por separar estas causas (Smith et al, 2009), sin embargo estos deben ser interpretados con precaución y en lo posible complementados con análisis a nivel micro.

El problema expuesto en el caso de intentar asociar el ingreso de un país con su gasto interno en salud, el de la endogeneidad, ocurre también al intentar encontrar relaciones significativas con otras variables que se cree pueden afectar este gasto. Por ejemplo, aun cuando se consideran exógenos, los aumentos en los niveles generales de morbilidad ya sea causados por conductas individuales o del entorno podrían establecerse como causantes del alza en el gasto, sin embargo, este incremento en el gasto vendría a otorgar las intervenciones y tratamientos a estos individuos y que en definitiva reduzcan estas complicaciones. Esta paradoja podría encontrar explicación en el carácter del sistema, si es que este está basado en una medicina de recuperación o una de prevención, en el rezago temporal entre la aplicación de tratamientos y sus resultados, y evidentemente en los niveles de eficiencia con que el sistema actúa (entendiendo que si el gasto adicional está enfocado en controlar o reducir estos cuadros pero estos siguen aumentando el gasto entonces no se están entregando los tratamientos efectivos, produciéndose una espiral inflacionaria sobre este).

En cuanto a los factores internos o sistémicos del sector salud, estos serán profundizados en los capítulos siguientes en cuanto sea relevante su análisis y explicación en cada uno de los submercados por el lado de la oferta.

2.3. Modelos de Salud

En la actualidad, los panoramas legales, financieros y políticos son altamente complejos dentro del sector salud. La necesidad de ajustar los sistemas de la mejor forma posible genera enormes desafíos para encontrar la vía óptima por la cual esta configuración resulte apropiada comprendiendo la inercia y las rigideces propias de un sector con evidentes intereses expuestos.

La definición específica de un modelo de salud en una nación recae esencialmente sobre el rol público, esto es, sobre el papel que juegan los entes gubernamentales en la determinación de la estructura del sector. Es así como la intervención estatal ya sea desde el ámbito regulatorio, o más directamente en el aseguramiento o provisión de los servicios de salud va cimentando una organización específica del modelo para cada país.

Esta particularidad de los sistemas de salud y que deriva de los contextos políticos, sociales y culturales, económicos, históricos y sanitarios crea dificultades en la comparación y el establecimiento de un “modelo” de salud. Sin embargo, muchas lecciones pueden absorberse desde este análisis en cuanto a distintos elementos particulares de la configuración global que responden a diversos objetivos que son comunes y horizontales a todo sistema de salud, y a pesar de las variaciones locales que cada modelo presenta, existe efectivamente un conjunto de patrones generales que estas siguen.

Conocemos de antemano que así como existen cerca 200 países, cada uno de ellos tiene un sistema de salud particular que busca responder de la mejor forma a las necesidades locales: Realizar un análisis de cada uno de ellos sería una tarea interesante pero innecesaria para este estudio, siendo más apropiado realizar una agrupación general en términos de la estructura fundamental que cada sistema persigue, entendiendo su finalidad y el rol que se determina al gobierno, sin caer en las particularidades de cada sistema.

Es así como en este apartado se presentan tres modelos de salud²⁶ de tres naciones internacionalmente reconocidos por su calidad (en cuanto a consecución de objetivos sanitarios y mejores resultados o *outcomes* en salud) y por su particularidad, y que son recurrentes en el debate sobre salud y que de hecho han servido como fórmula o ejemplo en la construcción de modelos en países menos desarrollados (o de conformación más tardía de un sistema de salud propiamente tal). Si bien realizaremos una ejemplificación de tres de estos modelos, en la parte final de este apartado presentaremos un caso especial de los sistemas de salud, que aun cuando se da mayoritariamente en las naciones más pobres del mundo, muchas veces ciertos vacíos de los sistemas permiten que ciertos microgrupos experimenten situaciones de este tipo.

²⁶ En base a Lameire et al, 1999.

El Modelo de Beveridge

Los países que aplican sistemas de salud basados en el modelo de Beveridge se caracterizan por poseer un servicio nacional de salud como ente principal de la organización y provisión de servicios de salud. El financiamiento del sistema se sustenta en la recaudación de impuestos de igual forma como es común que los países financien la educación o la seguridad pública. La denominación de este tipo de sistema se da en honor a William Beveridge (1869 - 1933) creador y propulsor de una serie de reformas sociales incluida la instauración de un sistema de salud más justo en Gran Bretaña.

Tal como antes mencionamos, el gobierno asume una participación fundamental no sólo en el financiamiento y administración, sino que igualmente en la provisión directa de los servicios de salud: En este tipo de sistemas gran parte de los hospitales son de propiedad del estado, adicionalmente algunos médicos son contratados directamente por el gobierno figurando estos como empleados públicos. Aun cuando el gobierno provee de servicios de salud públicos de calidad, se permite igualmente que los médicos ejerzan su profesión en sus consultas privadas cobrando aranceles previamente aprobados. El monopolio que posee el gobierno en términos de provisión de servicios de salud permite que los precios por prestaciones se mantengan en un nivel relativamente bajo lo que hace bastante simple el control de los valores reales que los médicos privados cargan a sus pacientes.

A fin de complementar esta explicación a continuación presentaremos un breve resumen del modelo de salud de Inglaterra, cuna del modelo de Beveridge, y que nos ayudará a comprender de mejor forma como este sistema se desarrolla y solventa.

Inglaterra

El sistema de salud Inglés se fundamenta en la cobertura universal para todos los residentes legales del país, esto implica que todos aquellos que cumplan con este requisito pueden obtener una atención gratuita en tanto el servicio sea obtenido mediante el sistema de salud nacional (NHS por sus siglas en inglés): La atención que provee el NHS no solo incluye visitas y atenciones médicas sino también servicios hospitalarios y subvenciones a medicamentos prescritos.

Dado que el servicio es en esencia gratuito, se dan pocos sucesos en los cuales exista un acuerdo de financiamiento compartido entre las personas y el fisco: La primera de estas situaciones se da con las prescripciones de medicamentos para tratar atenciones ambulatorias los cuales se encuentran sujetos a un copago de USD 12,23 por cada una, aunque bien es sabido que estos pueden ser adquiridos sin costo si la persona se atiende en el NHS. La segunda situación se da para el caso de los servicios dentales los cuales tienen por ley un copago máximo por tratamiento completo de USD 324.

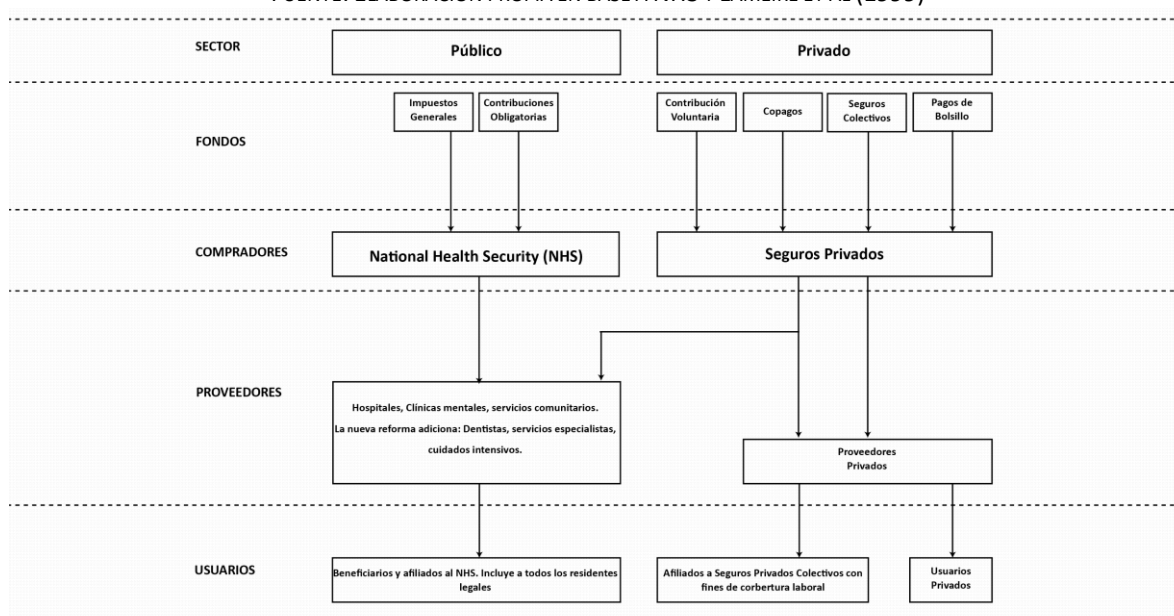
Aun cuando el sistema de salud Inglés lleva años funcionando con el fundamento del rol activo del gobierno en el financiamiento y provisión, a finales del año 2012 y bajo las condiciones instauradas en el *NHS Health and Social Care Act 2012* el sistema de salud inglés ha sufrido una serie de modificaciones que intentan solucionar cierta problemática asociada a la coordinación de los servicios de salud local, principalmente en aquello que tiene que ver con la minimización de las desigualdades en la salud de la población según su nivel de ingreso y capacidad de pago. Este objetivo se conseguirá mediante la delegación de la administración de los recursos en los gobiernos locales, aun cuando la supervisión, coordinación y generación de políticas se mantendrá a cargo del gobierno central.

Según las últimas cifras publicadas en el año 2010, el gasto en salud de Inglaterra bordeó el 9,6% del PIB. De este monto, el aporte fiscal directo medido por medio de las prestaciones entregadas a través del NHS bordea un 82% de ese monto, lo que sin duda refleja el alto interés y participación del fisco en el financiamiento de los servicios de salud. El financiamiento de los beneficios en salud que el gobierno entrega proviene principalmente de impuestos generales (76% del aporte fiscal), seguido de cerca por los descuentos de planilla que se realiza a los trabajadores por este concepto (18%). Adicionalmente existen ingresos adicionales que provienen de los copagos que pagan aquellos usuarios que reciben servicios por parte del NHS utilizando sus seguros privados.

Los servicios privados de salud se concentran principalmente en la compra de medicamentos y en la hotelería entregada por los hospitales privados para aquellos individuos que se atienden como particulares o por medio de un seguro privado de salud. Esto deja entrever que el financiamiento de este sector proviene de aportes mensuales

voluntarios y copagos asociados a los contratos de los seguros privados: Aproximadamente un 11% de la población posee un seguro voluntario, la mayoría relacionado a seguros catastróficos laborales (Office of Health Economics, 2012). Otra modalidad de seguros privados tiene que ver con aquellos de índole individual, los cuales no están regulados por el gobierno (en tanto a costos por prestaciones) y son excluyentes a los beneficios que el fisco entrega.

FIGURA 2.2 – SISTEMA DE SALUD INGLÉS
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A NHS Y LAMEIRE ET AL (1999)



Los países que aplican sistemas de salud basados en el modelo de Beveridge se caracterizan por poseer un servicio nacional de salud como ente principal de la organización y provisión de servicios de salud. El financiamiento del sistema se sustenta en la recaudación de impuestos de igual forma como es común que los países financien la educación o la seguridad pública. La denominación de este tipo de sistema se da en honor a William Beveridge (1969 - 1973) creador y propulsor de una serie de reformas sociales incluida la instauración de un sistema de salud más justo en Gran Bretaña.

La teoría económica nos permite comprender adicionalmente la razón de las grandes colas de acceso que se forman para recibir los servicios del NHS: La gente posee incentivos al

sobreconsumo, lo que sin duda genera ineficiencias en la prestación de los servicios a quienes realmente lo necesitan con urgencia.

El Modelo de Bismarck

Los modelos del tipo Bismarck representan una de las tendencias más potentes a nivel mundial, en tanto que el gobierno busca una cobertura universal sin necesariamente comprometerse en una provisión netamente pública de los servicios de salud: Aun cuando existen economías que compatibilizan la participación pública íntegra del estado, la estructura inherente del modelo permite externalizar ciertos servicios aprovechando el gran poder que el gobierno posee. Este tipo de modelos se basan en la existencia de seguros de salud, los que reciben financiamiento compartido tanto de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y aportes mandatorios para los empleadores. En este modelo los médicos y hospitales suelen pertenecer al privado (con y sin fines de lucro) bajo la creencia de que una regulación exigente puede lograr que estos trabajen a favor de los propósitos fiscales tanto como en un modelo de Beveridge.

La denominación de estos modelos se ha hecho en honor a Otto von Bismarck, primer ministro de Prusia, quien inventó el estado de bienestar como una medida de unificación de la Alemania del siglo XIX.

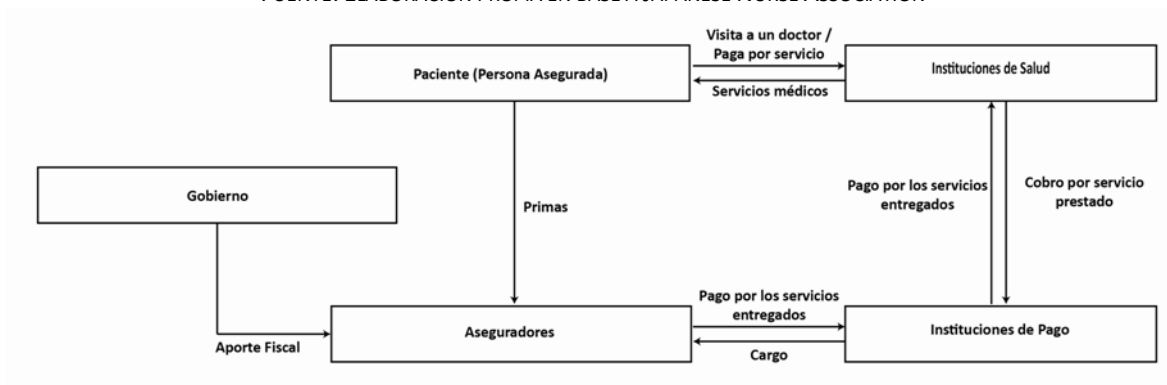
A continuación presentamos como ejemplo al Modelo de Bismarck una pequeña descripción del modelo japonés actual.

Japón

El sistema de salud japonés, tal como lo predice el modelo de Bismarck, se sustenta sobre la base de un sistema universal de salud, cuya planificación y regulación recae directamente sobre el Estado. El sistema se caracteriza por una fuerte competencia a nivel de aseguradores, alcanzando una cifra de 3.500 empresas que prestan este servicio: el gobierno cumple un rol de supervisor y regulador de los aseguradores y prestadores de servicio de salud.

FIGURA 2.3 – SISTEMA DE SALUD JAPONÉS

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A JAPANESE NURSE ASSOCIATION



Los empleados y trabajadores menores a 75 años de edad tienen la obligación de inscribirse en la cobertura provista por sus empleadores (situación que se da cuando las empresas son de gran tamaño y poseen seguros colectivos) o directamente a la asociación de seguros para la salud en caso de que trabajen en empresas de mediano o pequeño tamaño. Las personas menores a 75 años de edad que no se encuentren trabajando, o estén retiradas, desempleadas o figuren como trabajadores independientes, pueden obtener servicios de salud por medio de planes provistos por las municipalidades. El plan provisto por los aseguradores es el mismo según las disposiciones legales, la gente no puede escoger su plan. Si alguna persona desea contratar un seguro privado tiene libertad de hacerlo, aunque si en algún momento desea volver al sistema “público” deberá cancelar una multa retroactiva equivalente a las primas de dos años, pago que es excepcionado en caso de que la persona declare estar imposibilitada de cancelar aquella cifra. Sistema les prestará la atención en caso de que no puedan pagar).

Este modelo contempla un acuerdo de mutuo financiamiento entre los individuos y el fisco: Las personas afiliadas al sistema deberán cancelar el 30% del valor total de los servicios utilizados, excepto para el caso de niños y adultos donde los copagos son inferiores: El valor de las prestaciones se encuentra fuertemente vigilado, existiendo normativas y costos establecidos para ciertas enfermedades por parte del ministerio de salud, trabajo y bienestar.

Este sistema de salud, los beneficios y estructura que presenta sin duda se ven afectados por un factor característico del mercado de trabajo japonés: El *Lifetime employment*. En esta economía suele darse que una vez terminados los estudios secundarios de las personas estas buscan su primer empleo, el que trae implícito un acuerdo tácito de continuidad con tal seriedad que muchas veces llega a transformarse en un acuerdo laboral por toda la vida. Esto sin duda permite que la rotación de los puestos de trabajo sea menor, lo que hace más eficientes los recursos gastados por los empleadores en sus trabajadores, ya sea esto mediante capacitaciones o gastos en beneficios directos como por ejemplo en salud. Sin duda para el empleador el trabajador adquiere la calidad de un activo fundamental, que debe ser cuidado y mantenido con el fin de mantener su productividad y eficiencia (Koshiro 1983).

En el año 2009, 80,5% del gasto total en salud fue financiado por medio del seguro público de salud (OECD 2012). Para los planes que se obtienen por medio de los empleadores de gran tamaño corporativo, la prima cancelada fluctúa entre un 3 y un 10% de los ingresos laborales. Para el caso de aquellos trabajadores que trabajan en empresas de pequeño y mediano tamaño, el descuento mensual bordea el 10%.

La universalidad en la provisión de los servicios públicos de salud ha dejado un pequeño nicho a las prestaciones privadas, las que se han enfocado principalmente en servicios dentales de elevado costo. Históricamente los seguros privados de salud se han provisto como un complemento de los seguros de vida que la gente pueda tomar: Este usualmente paga un monto fijo de dinero mientras la persona está hospitalizada o requiere servicios dentales de urgencia. Más del 70% de los adultos posee seguros de este tipo.

Modelo del Seguro Nacional de Salud

El tipo de modelo del Seguro Nacional de Salud obtiene características de los dos sistemas que antes hemos mencionado: La provisión de los servicios es destinada a los privados, aunque el financiamiento es provisto por el gobierno mediante un público de afiliación obligatoria por el cual cada individuo paga una prima mensual. En este modelo el estado tiene el monopolio del aseguramiento de los ciudadanos, lo que sin duda le provee de un gran poder a la hora de negociar precios de servicios o mantener estos niveles en su punto

más bajo posible. La provisión de los servicios se encuentra siempre a cargo de los privados, lo que es permitido dado el escaso nivel de rentas que pueden rescatar dada la estrecha regulación que el gobierno impone.

Un ejemplo de este tipo de sistemas se puede apreciar en el modelo canadiense, el cual detallaremos brevemente a continuación.

Canadá

El sistema de salud canadiense se caracteriza por la descentralización en la organización, provisión, educación y acreditación de servicios y proveedores de salud. El financiamiento del seguro universal de salud está casi íntegramente en manos del sector público, la entrega de las prestaciones de salud se encuentra casi en su totalidad en manos del privado.

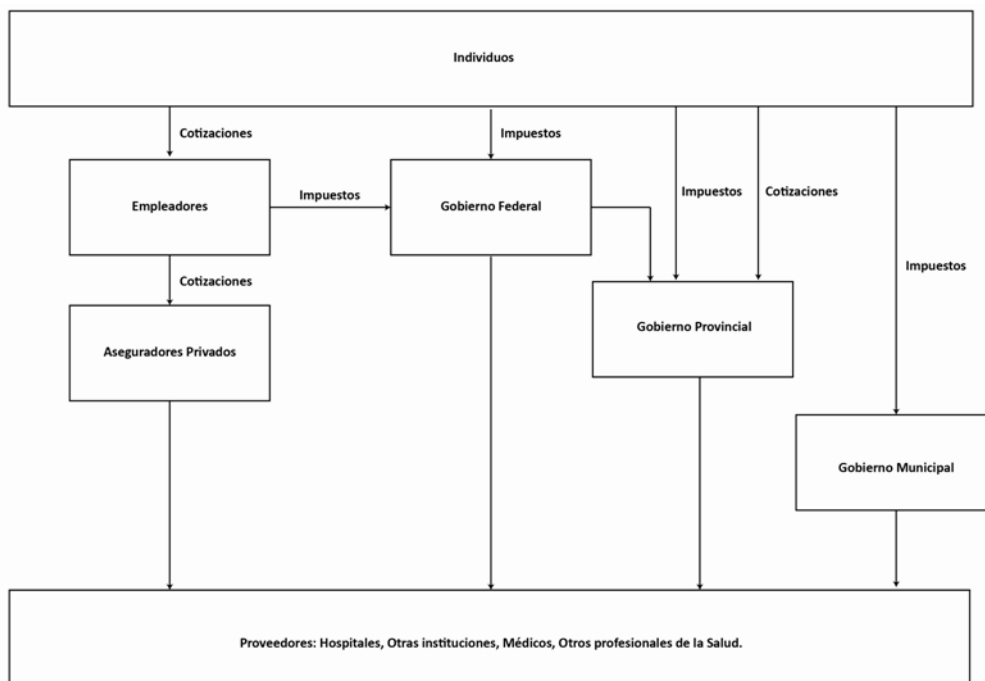
El servicio de salud canadiense se basa en cinco principios básicos establecidos en el *Canadian Health Act*, los que son²⁷:

- Administración Pública: Los planes de salud provinciales y territoriales deben ser operados y administrados por una autoridad pública sin fines de lucro, la que rinde cuentas al gobierno provincial o territorial.
- Amplitud: Los planes provinciales y territoriales deben asegurar todos los servicios médicos provistos por los hospitales, profesionales médicos y dentistas trabajando dentro de la configuración de un hospital.
- Universalidad: Los planes provinciales y territoriales deben dar derecho a todas las personas aseguradas a una cobertura de salud uniforme en términos y condiciones.
- Accesibilidad: Los planes provinciales y territoriales deben proveer a todas las personas aseguradas el acceso necesario a hospitales y médicos sin barreras financieras o de cualquier otro tipo.
- Portabilidad: Los planes provinciales y territoriales deben cubrir a todas las personas aseguradas cuando ellos se trasladen a otra provincia o territorio dentro de Canadá y cuando viajen al extranjero. Las provincias y territorios tienen ciertos límites en la cobertura por servicios provistos fuera de Canadá y pueden requerir una aprobación

²⁷ Información recopilada desde el sitio web del servicio de salud canadiense. www.hc-sc.gc.ca

previa para servicios de salud que no sean de emergencia entregados fuera de su jurisdicción.

FIGURA 2.4 – SISTEMA DE SALUD DE CANADÁ
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A HEALTH CANADA.



Las provincias y territorios canadienses administran sus propios servicios de salud universal cubriendo todo el territorio y población nacional. El gobierno federal entrega apoyo a los programas públicos mediante la transferencia de recursos condicional a que se cumplan los cinco criterios del *Health Care Act* antes mencionados. Casi dos tercios de la población poseen seguros privados que cubren aquellas aristas que el seguro público no logra financiar.

No existe financiamiento compartido para servicios de médicos, hospitales y diagnósticos provistos por el servicio público. Todas las drogas de prescripción provistas en los hospitales son cubiertas por el servicio público, con cobertura adicional variable para los pacientes ambulatorios según la provincia o territorio en que se atienda. Los médicos no tienen permitido cobrar valores superiores a la estructura de costos establecida por el gobierno federal.

El servicio público de salud se financia mediante impuestos generales. El gobierno central provee de fondos a las provincias y territorios mediante el acuerdo de transferencias directa de recursos que logra cubrir el 20% de los gastos promedio en los territorios y provincias.

Los servicios de salud privados se solventan principalmente con el gasto de bolsillo que realizan los usuarios. Los cuales se concentran principalmente en cuidado dental, instituciones no-hospitalarias (casas de cuidado), drogas prescritas, oftalmología, y medicamentos adquiridos *over-the-counter* (CIHI 2012). Normalmente los seguros privados son adquiridos mediante seguros colectivos de trabajo, donde el asegurador establece los valores y el nivel de reembolso asociado.

Modelo de Gasto de Bolsillo

Aun cuando este tipo de modelo no aparece regularmente en la literatura, es probablemente uno de los más masivos a nivel mundial, encontrándose principalmente en economías tercermundistas en las cuales los gobiernos y sus habitantes son tan pobres que no se pueden permitir el “lujo” de poseer un sistema de salud: En este tipo de modelos quienes tienen el suficiente dinero como para pagar el valor íntegro de una consulta médica privada es quien obtiene salud, y quien no puede cancelarlo debe intentar sobrevivir o simplemente morir.

Aun cuando es masivo y común ver este tipo de situaciones en las regiones rurales de África, China, India o Sudamérica, se da una situación similar e igualmente riesgosa en ciertos modelos que aíslan a los trabajadores independientes, quienes si no poseen los suficientes ingresos, deberán intentar soportar los dolores de una enfermedad.

No dedicaremos un mayor análisis a este modelo dado que nuestro fin último en este proyecto es entregar una propuesta de reforma al sistema de salud chileno, por lo que sería ilógico pretender destacar esta como una opción viable. Sin embargo hemos considerado necesario que el lector se encuentre en conocimiento de la existencia de este tipo de sistemas de salud a fin de comprender mejor las comparaciones que puedan hacer a nivel internacional.

La descripción de estos tres tipos de modelos (sin consideración del último) y sus ejemplos más emblemáticos serán de utilidad en la conformación de una propuesta de reforma del modelo nacional actual, destacando tanto las oportunidades como los riesgos que cada modelo presenta y cuales pueden efectivamente aplicarse en el contexto local con el resultado deseado. El Capítulo 4 ahonda en la reforma que el sistema de salud chileno debiese experimentar y en la transición hacia un modelo con mejores niveles de equidad y eficiencia.

Referencias del Capítulo

- Apablaza, R. et al. 2006. *Changing Health Care Provider Incentives to Promote Prevention: The Chilean Case*.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. & Annick, M. 2011. *Sistema de Salud de Chile*. Revista de Salud Pública de México. Vol. 53, Suplemento 2.
- Bodenheimer, T. 2005. *High and rising health care Costs*. Partes 1 - 4.
- Castro, R. et al. 2006. *El desafío de la capitación ajustada por riesgo en la Atención Sanitaria Pública Chilena*.
- Cid, C. 2011. *Financiamiento Agregado de la Salud en Chile: Año 2008*. Cuadernos Médicos Sociales (Chile).
- Canadian Institute for Health Information. 2012. National Health Expenditure Trends 1975–2012.
- Colegio Médico de Chile. *Contexto Histórico y Normativo del Sistema de Salud Chileno*.
- Christiansen et al. 2006. *Demographic Changes and Aggregate Health-Care Expenditure in Europe*.
- Fries, J. 1980. *Aging, natural death, and the compression of morbidity*.
- Gerdtham, U. & Jönsson, B. *International comparisons of health expenditure: Theory, data and econometric analysis*. En Handbook of Health economics. Vol 1. Cap 1.
- Gerdtham, U. et al. 1998. *The determinants of health expenditure in the OECD countries: a pooled data analysis*.
- Hernández, P. & Moral-Benito, E. 2011. *Health Care Expenditure in the OECD countries: Efficiency and Regulation*.
- Jegers, M. et al. 2001. *A typology for provider payment systems in health care*.
- Jönsson, B. & Eckerlund, I. *Macroeconomic Analysis of Differences in Health Care Expenditures*. En A Disease - Based Comparison of Health Systems. What is Best and at What Cost? Cap 6.
- Katz, J. y Muñoz, A. 1988. *Organización del Sector Salud: Puja Distributiva y Equidad*.
- Koshiro, K. 1983. Lifetime Employment in Japan: three models of the concept. Foreign Labor Development.
- Lagenbrunner, J. et al. 2009. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How - To Manuals*. World Bank.

- Lameire, N. et al. 1999. *Health Care Systems - an International Review: an Overview*.
- Levinsky, N.G. et al. 2001. *Influence of age on medical expenditures and Medicare care in the last year of life*.
- Moise, P. & Jacobzone, S. *Population Ageing, Health Expenditure and Treatment: An ARD Perspective*.
En A Disease - Based Comparison of Health Systems. What is Best and at What Cost? Cap 10.
- Morgan, D. & Astolfi, R. 2013. *Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors are most Affected?*
- Newhouse, J. 1977. *Medical-care expenditure: a cross-national survey*.
- Newhouse, J. 1993. *An iconoclastic view of health cost containment*.
- Newhouse, J & Chernew, M. 2012. *Health Care Spending Growth*. En Handbook of Health Economics. Vol 2, cap 1.
- OECD. 2003. *A Disease - Based Comparison of Health Systems. What is Best and at What Cost?*
- OECD. 2006. *Projecting OECD health and Long Term Care Expenditures: What are the Main Drivers?*
- OECD. 2011. *Burden of out-of-pocket health expenditure*. En Health at a Glance 2011: OECD Indicators.
- OECD. 2012. OECD Health Data 2012.
- OECD. 2013. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*.
- Office of Health Economics. 2012. *Compendium of Health Statistics*.
- Pauly, M., McGuire, T. & Barros P. 2012. *Handbook of Health Economics*. Vol 2.
- Peden, E. & Freeland, M. 1995. *A historical analysis of medical spending growth, 1960-1993*.
- Rannan-Eliya, RP. 2008. *National Health Accounts Estimation Methods: Household Out-of-pocket Spending in Private Expenditure*.
- Reinhardt, U. 2003. *Does the aging of the population really drive the demand for health care?*
- Smith, S. et al. 2009. *Income, insurance, and technology: Why does health spending outpace economic growth?*
- Schwartz, W. 1987. *The inevitable failure of current cost-containment strategies*.
- The Commonwealth Fund. 2010. *International Profiles of Health care Systems*.
- Wagstaff, A. 2009. *Social Health Insurance Vs. Tax-financed Health Systems: Evidence from the OECD*.

Wagstaff, A. & Moreno-Serra, R. *System-wide impacts of hospital payment reforms: Evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia.*

Weisbrod, B. 1991. *The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment.*

WHO. 2007. *Technical Briefs for Policy Makers. Provider Payments and Cost-Containment lessons from OECD Countries.*

Xu, K. & Holly, A. 2011. *The Determinants of Health Expenditure: A Country - Level Panel Data Analysis.*

3. LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

El estudio realizado en los dos capítulos anteriores debe ser entendido como una contextualización que entrega el panorama y los conocimientos necesarios al lector para confluir a la temática central del trabajo tratada en este capítulo. Se torna imposible abordar un tema tan específico como el análisis de los costos por el lado de la oferta sin que el lector estuviera alineado en los conceptos y problemáticas que presenta el sistema de salud: Sin duda en esto ha sido vital el estudio de la evolución histórica y el análisis macro del modelo vigente para entregar la mirada global previa al análisis en detalle.

La presente sección entrega una descripción, análisis y crítica de los tres submercados que componen el agregado de salud: Es en este punto donde comprenderemos cómo se generan las presiones sobre los costos del sistema así como otros efectos en variables como el acceso, la calidad y la cobertura. De igual modo comprenderemos que existirán efectos directos sobre el gasto de bolsillo de la población así como presiones para absorber la mayor cantidad de recursos posibles proveniente de los beneficios fiscales y las cotizaciones.

La base del análisis se sustenta en el estudio de la competencia intra mercado, en particular de cómo el *imperfect competition* domina estos mercados, entendiendo que cada uno de estos participantes cuenta con ciertos factores que les permite ejercer presión y ubicarse en una posición ventajosa respecto al resto y en su conjunto respecto a la demanda. En este ámbito resulta esencial comprender los incentivos que dirigen a los agentes para posteriormente entregar las modificaciones que desvíen estos hacia lo socialmente óptimo.

Si bien el análisis individual de cada uno de ellos es vital para comprender la puja distributiva, se hace necesario complementar esto con un estudio integrado, donde se puedan rescatar los efectos cruzados y entender cómo se configura el panorama agregado de costos: Acotaciones que serán entregadas en la última sección de este capítulo.

3.1. Prestadores

El carácter mixto en la provisión del sistema de salud chileno lo hace uno interesante de analizar sobre todo considerando las interacciones y el nivel de complementariedad de ambos subsectores. Por un lado, el sistema tiene un agente que funciona con cuasi precios administrados, esto es, con presupuestos globales en su mayoría y en donde la competencia es nula. Y por otro, un sector privado con una enorme distribución de precios que parecen no responder a una estructura simple y por tanto tampoco competitiva.

Esta dualidad, que también se presenta desde el lado del financiamiento, genera una serie de incentivos en el comportamiento de los proveedores. Incentivos que provienen de las interacciones del mercado pero que también responden a diversos arreglos institucionales y estructuras regulatorias.

La existencia en paralelo de estos dos sub sectores también genera consecuencias en el acceso, cobertura y calidad de la atención en tanto la fragmentación segmenta a la población en base a variables como el ingreso y el riesgo sanitario. Analizar la equidad del sistema considerando esta arista resulta esencial en la conformación de políticas de solución al respecto.

No solo la dualidad público privado es relevante en el análisis del mercado de prestadores, sino que también hay una serie de aristas de importante magnitud que afectan la forma en que se estructura el sector. Una de estas es el nivel de competencia.

Es por esto que este segmento del capítulo pretende constituir el análisis en base a la competencia y a la mixtura público privada, se examinarán diversas cifras y modelos con el fin de evaluar el carácter competitivo del mercado de provisión de servicios de salud. Esta competencia inicialmente se analizará en base a precios, el tradicional nivel de competencia de mercados comunes. Sin embargo también se añaden otros aspectos como la cantidad y la calidad del cuidado de la salud. Es sabido que encontrar una estructura de precios sencilla (estilo mercados de *commodities*) en el sector salud es casi imposible dada las particularidades de este, que son en definitiva las fallas de mercado habitualmente enseñadas en las clases de economía y que en este sector abundan. Por tanto pretender

que el mercado de la salud se estructure completamente en base a los principios de la libre competencia es irrisorio, las políticas sanitarias deben considerar este asunto como premisa esencial. Sin embargo también se debe entender que ciertas características de un mercado competitivo pueden efectivamente plasmarse en la estructura del sector salud y hacerlo más eficiente así como equitativo.

Esta escases de competencia podría estar generando una absorción de excedentes²⁸ por parte de los oferentes, hecho que sería eventualmente una causa esencial del incremento en el gasto en salud ya que son estas interacciones micro las que generan los movimientos de recursos más importantes, más que la que generan otros diversos factores agregados.

En particular para el presente documento es esencial establecer las consecuencias que la falta de competencia del mercado de prestaciones (considerando el contexto dual) genera, principalmente en términos de eficiencia, calidad y equidad a nivel global así como las políticas necesarias al respecto para solucionar estos asuntos.

Descripción del Mercado

Como bien se ha expuesto, el mercado de provisión de atenciones en salud es de carácter mixto y este rasgo provoca una estructura con subsistemas que actúan casi de forma paralela. En cuanto al mercado privado, este está compuesto en su mayoría por prestadores con fines de lucro (*for-profit providers*), dentro de estos están centros médicos, clínicas, clínicas especializadas y consultas privadas. El subsistema público está compuesto por los 28 servicios de salud que administran la red asistencial local y los consultorios de administración municipal que proveen de atención primaria a las comunidades. Entre las instalaciones del sector público se encuentran los centros de atención primaria (consultorios) administrados y financiados por los municipios, los complejos asistenciales de atención secundaria ambulatoria y los hospitales de atención terciaria presentándose una enorme distribución en cuanto a recursos y nivel de especialización (Apablaza et al, 2011).

²⁸ Absorción de recursos al trasladarse a mayores copagos de los usuarios o a mayor gasto de las aseguradoras que finalmente se trasladan en aumentos en los precios de las primas.

Los prestadores públicos en general proveen de atención a la mayoría de la población nacional (casi un 80% de la población está adscrita al seguro público) mientras que los privados abastecen de servicios tanto a afiliados a las ISAPREs y a FONASA en la modalidad libre atención (a la cual pueden acceder en teoría todos los cotizantes y sus cargas de FONASA pero que en su mayoría es utilizada por los grupos C y D que cuentan con más de 5 millones de personas). La red pública de atención además, se extiende en general dentro de todo el territorio nacional mientras que los prestadores privados están concentrados principalmente en áreas urbanas y aun mas, los prestadores institucionales tienden a ubicarse solo en grandes ciudades.

En Chile anualmente se utilizan más de 200 millones de prestaciones que en su compra están repartidas entre las dos modalidades de FONASA (institucional y libre elección) y las de los seguros privados. Las cifras institucionales para el año 2010 alcanzaron los 110 millones de prestaciones. Estas cifras no incorporan las prestaciones del sistema de atención primaria municipal que se estima superen los 50 millones de prestaciones anuales para el año 2012.

TABLA 3.1 – PRESTACIONES SEGÚN ORIGEN
2010

FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE SALUD

	Públicos	Privados	%Privados	Total
Atenciones médicas	24,720,831	26,941,208	52.1%	51,662,039
Exámenes de diagnóstico	75,351,850	44,101,084	36.9%	119,452,934
Procedimientos	4,713,872	22,434,248	82.6%	27,148,120
Intervenciones quirúrgicas	950,940	657,105	40.9%	1,608,045
Días Cama	6,761,756	1,319,156	16.3%	8,080,912
Total	112,499,249	95,452,801	45.9%	207,952,050

Para el 2012 (último año con la serie completa desagregada de prestaciones) más de la mitad de las prestaciones son en la modalidad institucional, un quinto en la modalidad libre elección y un cuarto en ISAPREs. Esta diferenciación permite establecer claramente la cantidad de prestaciones provistas por prestadores público y privados, se infiere entonces

que actualmente un 60% de las prestaciones provienen de prestadores públicos y que el resto (más de 100 millones de prestaciones) proviene de entes privados²⁹.

Los usuarios del sistema de salud prefieren en mayor medida la utilización de prestaciones provistas por el sector privado en desmedro del público especialmente en consultas y procedimientos, la participación porcentual de este tipo de prestaciones en el total de prestaciones ha venido aumentando considerablemente y por sobre el resto de prestaciones que otorga el sector privado. Y estos incrementos son meramente un aumento en la tasa de uso por beneficiario más que los aumentos en población beneficiada que han sido más bien reducidos.

TABLA 3.2 – USUARIOS MLE Y PRESTACIONES PAD
2010-2012

FUENTE: FONASA

	2010	2011	2012
MLE	4,174,200	4,370,951	4,719,636
PAD	96,134	102,813	112,113

En el tiempo se espera que la participación del sector privado en el volumen de prestaciones por lo menos se mantenga, y esto debido principalmente a, como ya dijimos, el aumento en la tasa de uso de usuarios FONASA MLE en atención médica y procedimientos y en donde destaca además el crecimiento de la demanda por intervenciones quirúrgicas con la modalidad PAD (pago asociado a diagnóstico) que es una suerte de paquete con un precio final previamente conocido y más importante aún con un copago preestablecido.

Interacción Público-Privada

La interrelación entre prestadores públicos y privados puede guiar al mercado hacia diferentes asignaciones provocando distintos resultados y que van a depender de los instrumentos que cada sub sector tenga disponible y de los incentivos así como de los resultados deseables.

En el mercado de provisión de salud, a diferencia de un mercado usual, el precio no es el único mecanismo de ajuste, esto es, que no es la única variable que conduce al equilibrio

²⁹ Cifras obtenidas desde FONASA y Superintendencia de Salud.

entre oferta y demanda. Los tiempos de espera también funcionan como un ajuste de convergencia en el mercado, actúan como un precio no monetario en el sector y esto más se acentúa cuando la existencia de seguros (tercer pagador) y de provisión pública gratuita distorsiona el precio final pagado por los usuarios o incluso lo remueve completamente de la toma de decisiones del paciente (Pita Barros & Siciliani, 2012).

La forma en que los sectores público y privado de provisión usan estas variables es distinta. El sector público tiende a depender más de los tiempos de espera (los copagos son en su mayoría nulos o muy reducidos) mientras que el sector privado se sostiene más de la forma inversa (los tiempos de espera suelen ser reducidos).

Esta estructuración distinta para cada subsistema afecta la forma en que los usuarios toman decisiones respecto al uso de prestaciones. El siguiente modelo plantea como los individuos toman la decisión entre una provisión pública o privada de las intervenciones que demandan. Primero, definimos que existen básicamente dos márgenes de interacción, el primer margen supone que las prestaciones son provistas por ambos sectores (esto es que pueden ser vistos como sustitutos económicos) pero que difieren en el precio (monetario y no-monetario) y en la calidad. El segundo margen supone que los servicios privados proveen además de atenciones que el sector público no cubre y por tanto para algún conjunto de prestaciones pueden ser vistos como sectores complementarios pero la interacción aún existe ya que la provisión pública (en particular el nivel de cobertura) podría eventualmente desplazar la privada.

La elección del individuo en caso de enfermedad³⁰ es entonces o asistir al sector público de forma gratuita (o pagando un precio reducido) o asistir al sector privado efectuando un copago p (que va a depender del seguro que el individuo posea). La utilidad del individuo va a conformarse entonces en base al beneficio que obtiene en términos estrictamente médicos de la atención de salud b , la calidad de las intervenciones recibidas q , el nivel de *amenities*³¹ a , el tiempo de espera t , el ingreso neto de impuestos y primas y , y el copago efectuado p . De esta forma se define $u(b,q,a,t,y)$ como la función de utilidad del paciente la

³⁰ Asumiendo perfecta información.

³¹ Definidas como el servicio, equipamiento o instalaciones provistas con el fin de proporcionar confort al paciente.

cual es creciente en beneficio, calidad, *amenities* e ingreso y decreciente en tiempos de espera.

Asumimos también que el sector público solo proveerá de atención en aquellas intervenciones que presenten el mayor beneficio dado su presupuesto (y otras restricciones políticas o éticas). Agregando esto al modelo asumimos que existe provisión pública solo si $b > b^{pub}$ siendo este último el nivel de beneficio que hace que el sector público entregue la provisión.

Ahora nos ubicamos en el caso en que $b > b^{pub}$ y por tanto la prestación es cubierta por el prestador público. Si un individuo con beneficio b e ingreso y asiste al prestador público su utilidad será $u(b, q^{pub}, a^{pub}, t^{pub}, y)$, si por el contrario asiste al sector privado su utilidad será $u(b, q^{pri}, a^{pri}, 0, y-p)$, esto es que no habrá tiempo de espera y existirá un copago³². Respecto a la calidad y el nivel de *amenities* los contrastes entre sectores son distintos, no se puede asumir de antemano qué subsistema presenta mejor calidad pero si se puede asumir que el nivel de *amenities* es mayor en el sector privado. De esta forma el individuo busca atención en el sector privado si $u(b, q^{pub}, a^{pub}, t^{pub}, y) < u(b, q^{pri}, a^{pri}, 0, y-p)$. Asumiendo separabilidad aditiva de la función de utilidad: $u(b, q, a, t, y) = b + F(q) + f(a) - g(t) + U(y)$ la condición final puede escribirse como:

$$F(q^{pri}) - F(q^{pub}) + f(a^{pri}) - f(a^{pub}) + g(t) > U(y) - U(y-p)$$

La decisión del individuo de atenderse en el sector privado será solo si la ganancia en utilidad respecto de la calidad (eventual mejora), el mayor nivel de *amenities* y la reducción en tiempo de espera compensa la pérdida de utilidad por el precio pagado. En este primer margen la atención será provista por ambos sectores y la atención privada será demandada por aquellos individuos que valoren las *amenities* y la reducción en tiempos de espera por sobre el copago que deben efectuar. El sector privado debe en consecuencia hacer esfuerzos por atraer pacientes en estos ámbitos.

³² No habrá tiempo de espera o este será sustancialmente menor que el del sector público. En el sector público no habrá copago o este será sustancialmente menor que en el sector privado.

En este sentido la intuición nos dice que individuos de mayor ingreso valoran más o están dispuestos a pagar más por recibir *amenities* que los más pobres y por tanto el sector privado tenderá a atender en mayor medida a los primeros sobretodo en prestaciones de carácter más electivo donde los tiempos de espera del sector público son mucho mayores. Ahora bien en cuanto a calidad y tiempos de espera, para ciertas enfermedades podría existir una priorización del sector público (que haga que la atención sea más expedita o urgente) y la existencia de hospitales especializados de mayor calidad, y en este sentido un individuo asistirá al sector privado solo motivado por su valoración de las *amenities*.

Estas conclusiones del modelo nos llevan a encontrar explicación en la creciente demanda por atención médica y procedimientos del sector privado (carácter electivo con tiempo de espera casi nulo) y por intervenciones quirúrgicas modalidad PAD (*amenities* a precios razonables) aun cuando estamos hablando de esencialmente población FONASA que posee menos ingresos que la población ISAPRE pero el contraste relevante es entre los grupos C y D y la población más pobre del seguro público.

Respecto al segundo margen, para aquellas prestaciones que el sector público no provee la única opción para aquellos individuos que enfrentan $b < b^{pub}$ (la atención no es provista por el sector público), es asistir a prestadores privados o no recibir tratamiento alguno. La decisión de atenderse se produce si: $u(b, q^{pri}, a^{pri}, 0, y-p) > u(0, 0, 0, 0, y)$ la cual se reduce a: $F(q^{pri}) + f(a^{pri}) + b > U(y) - U(y-p)$. Lo relevante de esto es lo que sucede cuando el sector público varía el umbral de atención b^{pub} , estas acomodaciones van evidentemente a cambiar también el conjunto de atenciones provistas por el sector privado, por ejemplo si se reduce el umbral (mas tratamientos son provistos por el sector público) se producirá un *crowding-out*, el sector privado va a otorgar menos prestaciones las cuales serán provistas por el público.

En resumen, las características de la atención pública como la calidad, el nivel de *amenities* y los tiempos de espera van a determinar la existencia de un sector privado suplementario en el primer margen y el nivel de cobertura a distintas intervenciones lo hará en el segundo. Esto nos lleva a decir que la existencia y estructura del sector privado de prestaciones

depende totalmente de cómo se estructure el sector público en ámbitos como el financiamiento, modelo de atención y regulaciones.

Que el mercado privado local de prestaciones se haya estructurado en base al marketing, la diferenciación de producto y la introducción de nuevas tecnologías y sofisticaciones (*amenities*) y que estas no se basen necesariamente en la calidad técnica y resultados clínicos, se argumenta sobre la base del modelo antes visto, los agentes privados en su persecución por rentas deben capturar a este tipo de usuarios de altos ingresos que valoran las *amenities* y a aquellos que no soportan los tiempos de espera del sector público y están dispuestos a pagar por atención expedita en prestaciones electivas, esto sumado a que la calidad no es directamente observable por el usuario³³ y por tanto tampoco comparable entre sectores. Si esto es resultado de la legislación y del modelo de salud que se promueve a través de esta, es por lo menos discutible, es más bien un resultado evidente de la estructura e incentivos que enfrentan los individuos e instituciones y responsabilizar éticamente a uno u otro sector evidencia un poco entendimiento del accionar de los agentes y de la real estructura a nivel micro.

Por otro lado, esta estructura de mercado también va a influenciar como el sector público se comporta, en particular como responde a incentivos. En el caso que la demanda por atención del sector público posea una elevada elasticidad en los tiempos de espera³⁴ el sector privado cubrirá en mayor medida esas prestaciones y esto generará además que el primero tenga el incentivo a aumentar aún más esos tiempos para reducir costos, esto es que, el incremento en tiempos desplazará pacientes hacia el sector privado por lo que el público otorgará menos prestaciones que son marginalmente las más costosas³⁵. Si adicionalmente el sector privado funciona con precios regulados esto aumentará la elasticidad en tiempos de espera³⁶ haciendo que el tiempo de espera óptimo para el sector público sea aún mayor. En definitiva, la estructura y el grado de competencia del sector privado también influyen las decisiones del sector público sobre todo en términos de eficiencia.

³³ La calidad percibida se relaciona más con las *amenities*, la calidad que el modelo refiere es la calidad técnica.

³⁴ El usuario es más sensible a cambios en estos tiempos, es decir que los tolera en menor medida.

³⁵ El hecho que los tiempos de espera sean largos es en mayor medida por la escasez de recursos y personal disponible, y para reducirlos se deben contratar estos factores a precios muy elevados.

³⁶ Ya que la elasticidad precios se reducirá.

Diferencias Público Privadas

Existe una amplia literatura que intenta evaluar si es que el origen de la propiedad de los prestadores hace que se produzcan diferencias en su comportamiento. Las aéreas de análisis son esencialmente la calidad, eficiencia en costos y selección de pacientes. Una de las características diferenciadoras es el sistema de pago (véase Mecanismos de Pago, capítulo 2), el sector privado funciona con el mecanismo *fee-for-service* mientras que el público lo hace sobre presupuestos históricos y capitación en su mayoría, esto genera en los prestadores privados una menor restricción por volumen y por el contrario un incentivo hacia este. Otra diferencia es en el uso que puede hacer un hospital de las utilidades, el sector público está obligado a reinvertir los excedentes (en particular en los presupuestos de los hospitales públicos sucede que cuando la administración da cuenta de la existencia de estos excedentes tiende a gastarlos todos en un último periodo previo a la renovación existiendo un desbalance temporal de recursos dentro de un mismo año) mientras que el sector privado se apropia de estos y distribuye hacia los propietarios, esto genera evidentemente incentivos distintos a la hora de generar ganancias de eficiencia que reduzcan costos por la distinta motivación por apropiarse de esos excedentes. Otra característica diferenciadora y que es de elevada importancia es el nivel de motivación o altruismo aplicado a la práctica médica y que va a caracterizar la forma en que se estructuran los objetivos (en particular mera búsqueda de utilidades monetarias o de una utilidad agregada que involucre resultados y bienestar de los pacientes) (Lakdawalla & Philipson, 2006).

Todas estas diferencias sin duda tendrán un impacto en la estructuración de cada sector de forma independiente pero también en la interacción como antes ya se expuso.

Las cifras y datos a utilizar en este apartado provienen de un estudio de costos de FONASA del año 2012 realizado con el fin de mejorar la eficiencia (en particular perfeccionar la política de compra) del sector público y determinan futuras políticas de financiamiento estable, y que estima el costo promedio de 130 prestaciones de particular relevancia (en términos de montos facturados, volumen de prestaciones y prioridad) en 28

establecimientos de salud de distinta complejidad, localización y uso de recursos, y los contrasta con el arancel MAI.

Como resultados generales se encontró que en más del 60% de las prestaciones analizadas el costo real promedio superaba el arancel MAI pero esta cifra no es preocupante debido a que este arancel no determina el financiamiento de los hospitales sino que es más bien de referencia. Además se encontró una gran dispersión de costos para los distintos establecimientos explicada en gran medida por las diferencias en complejidad (hospitales especializados y consultorios de atención primaria en una misma muestra).

Lo fundamental de este análisis es la capacidad de contrastar el costo promedio real de las prestaciones del sector público con aquellas del sector privado³⁷. En este ámbito la mayoría de prestaciones del sector público³⁸ tienen un costo promedio entre el 33% y 99% del precio promedio del sector privado y en solo cinco el costo supera al precio privado³⁹, estas cinco prestaciones se refieren a exámenes de diagnóstico.

Ninguna atribución, sin embargo, puede asignarse a la eficiencia como determinante de los diferenciales ya sea de los establecimientos públicos entre sí como con los privados ya que ningún ajuste se realizó ya sea por complejidad, riesgo o contexto.

La utilidad del informe recae esencialmente sobre la construcción que se puede hacer desde este de canastas de precios utilizadas para el mecanismo PAD a prestadores privados o el PPV a prestadores públicos y los valores GES, y también en cierta medida para ajustar y actualizar el arancel MLE que determina la cobertura de usuarios FONASA para compra de prestaciones privadas.

El impacto de la dualidad público privada sobre principalmente el nivel de gasto y la eficiencia de este es de una magnitud relevante de analizar. La participación privada ha ido absorbiendo la pública ya sea por razones de ineficiencia relativa de este último, hecho plasmado en los tiempos de espera, o por la creciente demanda de parte importante de la

³⁷ Ver Tabla 3.3

³⁸ El estudio escoge 45 prestaciones de mayor comparabilidad entre sectores.

³⁹ Los precios privados se calcularon como los precios promedios pagados por ISAPREs recortados en más y menos una desviación estándar, es una forma de corregir por calidad y diferencias en lo que específicamente incluyen las prestaciones.

población del seguro público que en la modalidad libre elección escoge comprar prestaciones del sector privado, hecho fundamentalmente explicado por la mayor valoración de las *amenities* y la mayor capacidad de pago.

TABLA 3.3 – COMPARACIÓN COSTOS PÚBLICOS VS PRIVADOS
PRESTACIONES SELECCIONADAS
FUENTE: SALUD PÚBLICA UC.

Prestación	Costo Público	Costo Isapre	Razón
Consulta especialidad	6.707	18.704	36%
Consulta urgencia	12.487	24.064	52%
Día cama adulto uci	331.490	354.047	94%
Día cama adulto uti	178.653	305.573	58%
Grupos sanguíneos	3.239	3.096	105%
Hemograma	3.066	3.283	93%
Recuento plaquetas	1.791	1.574	114%
Perfil lipídico	3.167	6.082	52%
Glucosa	1.397	1.452	96%
Nitrógeno ureico	1.582	1.492	106%
Perfil hepático	2.813	10.145	28%
Urocultivo	4.070	3.862	105%
Tórax simple	5.566	12.114	46%
Cerebro	16.308	83.907	19%
Eco tomografía abdominal	11.245	31.135	36%
Cráneo-cerebro	66.839	196.761	34%
Hemodiálisis	41.981	57.920	72%

Esta ineficiencia del sector público es sólo en tiempos de espera, los costos como ya se vio están muy por debajo de los precios del sector privado, aunque en estricto rigor estamos comparando costos relacionados a los inputs del proceso productivo con precios finales relacionados a los outputs y estos últimos sin conocer además los márgenes que rentan los prestadores privados. Aun así, es posible asignar esta circunstancia como razón del aumento en el gasto agregado en salud, se están comprando cada vez más prestaciones en el sector más caro. Es curioso además observar que esta migración público privada se ha producido estrictamente en la libertad del consumidor aun cuando el seguro público imponga fuertes incentivos a que sus afiliados utilicen las instalaciones de su sector imponiendo baja cobertura relativa (fuertes copagos) si la compra se hace a prestadores privados.

Siguiendo esta lógica y con el fin de reducir alzas excesivas en el gasto se requiere un potenciamiento del sector prestador público en términos de eficiencia en el manejo de las listas de espera, de esta forma se reduce la migración hacia el privado. Sin embargo, y como antes ya hemos mencionado, esta circunstancia del mercado genera el incentivo económico en el sector público de no efectuar esfuerzos por reducir los tiempos de espera ya que hacerlo significa costos particularmente elevados y que son marginalmente mucho menores en el sector privado, explicados por la capacidad ociosa de cada sector (si en el público hay tiempos de espera elevados es por la total ocupación de la capacidad). El Bono AUGE viene de una u otra manera a recoger esta lógica que no está suscrita en principio a ninguna ideología pro mercado que intente hacer que la participación del sector privado aumente sino que responde totalmente a una política cortoplacista en términos de eficiencia, no obstante no es razonable en el largo plazo, la explosión en gasto hará el sistema insostenible y es imperioso que como mirada estructural esta migración no siga sucediendo. Ahora bien, si se cambian los incentivos con que cuentan los prestadores privados (a la sobre prestación, oferta de *amenities* y mejoras sólo en la calidad percibida) evidentemente su participación podría no ser un problema en el largo plazo y la complementariedad público privada podría funcionar a fin de solventar los actuales conflictos de eficiencia y equidad.

Precios de Prestaciones

El gasto en salud tiene evidentemente dos componentes, precio y cantidad. Esto es que, un mayor nivel de gasto puede producirse ya sea por alzas en el precio o por aumentos en los volúmenes tranzados. En particular, es relevante analizar cuál de los dos componentes explica en mayor medida las variaciones del gasto y determinar qué efecto es el que predomina: efecto precio o efecto cantidad.

Ahora bien, los precios así como las cantidades del mercado de la salud son ambiguos de especificar, las atenciones o procedimientos para el cuidado de la salud no son categóricamente especificables y los precios no están clara y detalladamente definidos para cada producto o servicio (pues estos no están claramente determinados) y más aún, la estructura de precios no responde al arreglo corriente de otros mercados más usuales (con bienes relativamente homogéneos o con un mecanismo de precios sencillo de concebir).

Aun así, esfuerzos comparativos se han hecho para poder establecer contrastes fidedignos y que puedan ser utilizados en análisis posteriores. En Chile, el SERNAC fue el ente encargado de recopilar precios de lista y en convenio del sector privado de una serie de prestaciones ambulatorias y hospitalarias ofrecidas por prestadores institucionales (clínicas, hospitales y centros médicos) el año 2011 en la región metropolitana, a su vez todas las transacciones del sistema ISAPRE son registradas por la superintendencia de salud en una base de datos global de prestaciones del sector privado a la cual tuvimos acceso solo a un resumen de cifras (de carácter público). Estas bases nos servirán de fundamento para un análisis detallado de los precios de los prestadores privados a nivel dinámico examinando la evolución del precio promedio por tipo de prestación en los últimos años, y a nivel estático-comparativo observando la distribución de precios para el 2011.

La importancia de estudiar en detalle la estructura de precios del sector privado sobre todo en conceptos como equidad parece ser limitada en cuanto estas bases solo presentan transacciones de usuarios de ISAPRE mas no de FONASA, lo que significa analizar los precios que pagan los individuos de mayor poder adquisitivo del país en un subsistema que funciona de forma casi paralela e independiente del sector público (donde reside la mayoría de la población). No obstante, un supuesto puede argumentarse de forma evidente, y es que el comportamiento de los usuarios de FONASA que compran prestaciones del sector privado en la modalidad de libre elección es similar actualmente al de usuarios del seguro privado o de forma más suave se puede decir que este comportamiento ha tendido a converger en el último tiempo fortaleciéndose las similitudes, sabiendo que esta modalidad representa cerca de un tercio del total de prestaciones demandadas por beneficiarios del seguro público y que para los prestadores privados la venta de servicios a usuarios FONASA constituye cerca de la mitad del total de prestaciones entregadas es que el supuesto antes establecido adquiere fuerza.

La forma en que se estructuran los precios puede revelar el esquema competitivo existente en el mercado, esto es que, puede ser usado como evidencia ante acusaciones de comportamientos monopólicos o que se alejan del libre mercado. Lo anterior considerando que el carácter competitivo del mercado se establece efectivamente a nivel de precios, sin embargo también sabemos que en el mercado de la salud la competencia puede también

establecerse a nivel de volumen y calidad. En consecuencia, proponer hipótesis demasiado concluyentes se hace peligroso por lo que se requiere recurrir necesariamente a análisis más detallados de estructuras menos tangibles que los precios para generar en definitiva un estudio complementario de la organización del sector.

**TABLA 3.4 – PRESTACIONES SISTEMA ISAPRE
VOLUMEN, MONTOS Y PRECIOS PROMEDIO
2009-2012**

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A CIFRAS SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Nº de Prestaciones	2012	2011	2010	2009	Var prom anual	Var periodo
Atenciones médicas	13.464.999	12.677.614	11.922.459	12.041.181	3,9%	11,6%
Exámenes de diagnóstico	25.565.889	23.854.758	20.653.141	20.818.463	7,3%	21,9%
Procedimientos	14.444.148	13.714.904	12.157.242	11.857.737	6,9%	20,7%
Intervenciones quirúrgicas	446.433	424.754	355.080	350.561	8,7%	26,0%
Días Cama	1.596.103	1.572.645	1.448.374	1.484.928	2,5%	7,6%
Total	55.517.572	52.244.675	46.536.296	46.552.870	6,2%	18,5%
Gasto Total (mil \$)						
Atenciones médicas	299.936.769	266.268.275	240.711.368	231.920.719	9,0%	27,1%
Exámenes de diagnóstico	289.440.689	252.751.379	209.167.894	200.588.826	13,2%	39,6%
Procedimientos	187.171.297	170.704.166	148.874.478	144.713.497	9,1%	27,2%
Intervenciones quirúrgicas	196.108.387	179.797.289	158.317.703	150.591.107	9,3%	27,8%
Días Cama	316.805.453	292.622.333	260.969.173	242.828.336	9,3%	27,9%
Total	1.289.462.595	1.162.143.441	1.018.040.616	970.642.485	10,0%	30,0%
Precio Promedio (\$)						
Atenciones médicas	22.275	21.003	20.190	19.261	5,0%	14,9%
Exámenes de diagnóstico	11.321	10.595	10.128	9.635	5,5%	16,6%
Procedimientos	12.958	12.447	12.246	12.204	2,0%	6,1%
Intervenciones quirúrgicas	439.278	423.297	445.865	429.572	0,8%	2,5%
Días Cama	198.487	186.070	180.181	163.529	6,7%	20,1%
Total	23.226	22.244	21.876	20.850	3,7%	11,0%

El análisis de los precios del sector privado comienza revisando la Tabla 3.4, en ella se muestran el total de prestaciones compradas por el sistema ISAPRE⁴⁰, así como los montos facturados y el precio promedio por prestación desde los años 2009 a 2012, desagregadas

⁴⁰ Para la MLE de FONASA solo existen cifras de montos bonificados mas no facturados, lo que presenta la imposibilidad de construir un indicador de precios.

estas cifras según el tipo de prestación⁴¹. En los datos se aprecia como el gasto ha crecido un 10% promedio anual siendo la variación total en el periodo 2009-2012 de más de un 30%.

Ahora bien, lo relevante es analizar qué proporción de ese incremento en el gasto corresponde a efecto precio y efecto cantidad. El número de prestaciones creció en promedio un 6% anual (variación 2009-2012 de 19%) mientras que el costo por prestación lo hizo en cerca de un 4% anual (variación 2009-2012 de 11%), esto podría evidenciar que el efecto precio representa solo un 40%⁴² de la variación del gasto y el restante 60% se debe al mayor volumen de prestaciones demandadas. Sin embargo si revisamos las variaciones año a año (Tabla 3.5) nos damos cuenta que por ejemplo para la variación 2009-2010 el aumento en el gasto se debió exclusivamente al incremento en los precios (en efecto en ese periodo el volumen de prestaciones incluso se redujo un leve porcentaje, efecto quizás de la crisis financiera de esos años), para el periodo correspondido entre 2010-2011 la situación es completamente inversa, casi un 90% del aumento en gasto fue vía efecto cantidad ya que la variación de los precios fue casi mínima (cercana al 2%) y finalmente para el periodo 2011-2012 la proporción efecto precio-cantidad fue de 40%-60%.

Esto nos entrega tres escenarios consecutivos de enorme diferencia. En donde el efecto precio es la única causa del aumento en el gasto (2009-2010), donde no posee poder explicativo del aumento (2010-2011), y donde los dos efectos precio y cantidad poseen una participación más igualitariamente repartida (2011-2012). En consecuencia, mucho no puede inferirse en forma concluyente acerca de la predominancia de uno u otro efecto aun cuando en promedio la participación sea 40-60.

Que la variación promedio anual del precio promedio por prestación sea de 3.7% durante el periodo, esto es, levemente por sobre la inflación promedio del periodo (3%) podría dar indicios de que los precios de la salud no se alejan en demasía del resto de precios de la economía. Esta hipótesis ha sido utilizada para argumentar la existencia de cierta competencia en precios en el sector que hace que las variaciones no sean sustancialmente

⁴¹ El ítem Otras prestaciones o Prestaciones adicionales que incluyen entre otra cosas el GES, medicamentos e insumos clínicos no fue incluido en el análisis.

⁴² El 4% de variación promedio anual del precio promedio respecto a la variación promedio anual del gasto (10%).

distintas de las de la economía contrastándolo con la evidencia internacional (sobre todo Estados Unidos) donde los precios prácticamente se disparan y donde la causa esencial se ha otorgado al poder de mercado de los prestadores (Gaynor & Town, 2012).

TABLA 3.5 – VARIACIONES PRECIO PROMEDIO
SEGÚN TIPO DE PRESTACIÓN

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A CIFRAS SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Variaciones Anuales	2011-2012	2010-2011	2009-2010
Atenciones médicas	6,1%	4,0%	4,8%
Exámenes de diagnóstico	6,9%	4,6%	5,1%
Procedimientos	4,1%	1,6%	0,3%
Intervenciones quirúrgicas	3,8%	-5,1%	3,8%
Días Cama	6,7%	3,3%	10,2%
Efecto precio	4,4%	1,7%	4,9%
Efecto Cantidad	6,3%	12,3%	0,0%
% Efecto Precio	41,3%	12,1%	100,7%
Inflación	1,5%	4,4%	2,9%

Ahora bien, si analizamos por grupos de prestaciones encontramos tres tipos de tendencias homogéneas. Las consultas médicas y diagnóstico que presentan un crecimiento constante del precio en torno a un 5% promedio, los procedimientos (que incluye en su mayoría medicina física y rehabilitación) que presentan una tasa de crecimiento cada vez mayor aunque reducida, y las intervenciones quirúrgicas junto con los días cama y los derechos de pabellón que extrañamente tienen una dinámica contraria a la inflación, cuando esta última aumento el 2011 estas prestaciones sufrieron bajas significativas en el crecimiento del precio promedio, en particular una baja efectiva de los precios para las intervenciones.

Las causas de estos patrones pueden ser variadas. Resulta notorio extraer que el precio de atenciones médicas y exámenes de diagnóstico crezca por sobre la inflación considerando que este tipo de prestaciones parece en principio ser la con mayor tendencia a presentar mayores niveles de competencia ya sea por el alto volumen (representa más de dos tercios del total de prestaciones) y por sus accesibles precios (22 mil pesos promedio para consulta, la mitad para diagnóstico) por tanto representan para el usuario un servicio con numerosas alternativas para escoger y en general son de carácter optativo (elevada elasticidad precio en torno a -2 según Duarte (2010) para ciertas consultas). No así las intervenciones

quirúrgicas que son en general indeseadas y por tanto representan una demanda casi completamente inelástica (en Duarte (2010) para un set de intervenciones quirúrgicas específicas la elasticidad es cercana a cero).

Hubiese sido de profunda utilidad obtener la distribución de precios y no solo el promedio. Inferimos que esta distribución es amplia con un alto grado de variabilidad alrededor de la media y que esconde una dinámica muy particular y que dice relación con tres causas principalmente.

La primera de ellas es la introducción de nuevas tecnologías y con aquellas que van quedando rezagadas o incluso obsoletas. En particular las primeras se introducen al mercado a precios más elevados⁴³ para recuperar los gastos invertidos en publicidad y especialmente en investigación y desarrollo haciendo que prestaciones similares o sustitutas reduzcan sus precios haciéndolos más accesibles y que como resultado se masifiquen y que otras que ya antes habían experimentado este proceso salgan del mercado, aunque la tendencia es que la renovación de prestaciones no es instantánea, o sea, que el proceso de reemplazo no es total y que nuevas y antiguas tecnologías tienden a coexistir por largos periodos de tiempo (Showstack et al, 1982) aunque en segmentos distintos del mercado.

Otra causa de la amplia distribución de precios son los diversos niveles de complejidad dentro del grupo de prestaciones, esto es que, por ejemplo en las atenciones médicas se consideran en conjunto consultas de medicina general y consultas de especialistas donde evidentemente estas últimas tendrán un precio mayor, o para días cama se consideran sala cuna y UTI donde se produce la misma dinámica.

Adicionalmente también se produce que para idéntica prestación también existe una distribución variada de precios, y estas diferencias vendrían a explicarse por efectos de demanda en términos de valoración, esto es que, por ejemplo para consultas médicas pueden existir profesionales más bien evaluados por los pacientes y estos en consecuencia están dispuestos a pagar más por esa atención, hecho que también se puede explicar por la calidad de la prestación ya sea técnica o percibida. Y por efectos de oferta como variaciones en la práctica médica y en los costos y disponibilidad de insumos y recursos humanos

⁴³ En estricto rigor las prestaciones que incorporan estas tecnologías son la que experimentan variaciones en sus precios.

En definitiva tenemos que una prestación puede ver diferencias en su precio por variaciones en la complejidad, calidad y tecnología incorporada y que dependen en gran medida del prestador que las otorga.

Para analizar estas conjeturas la Tabla 3.6 muestra indicadores de la distribución de precios para consultas, exámenes, imágenes y días cama para clínicas, hospitales y centros médicos de la región metropolitana, todos de propiedad privada⁴⁴. Se aprecia a simple vista una gran variabilidad en cuanto que los precios máximos casi cuadruplican a los mínimos y representan más del doble que los promedios en cada prestación analizada. En general, el tipo de prestación que presenta menor variabilidad en precios son las consultas seguido de los días cama, por su parte los diagnósticos presentan elevada variabilidad (sobre todo los exámenes).

Esta distribución también posee amplia variabilidad considerando el tipo de prestador. En todos los ítems el precio promedio de las clínicas es siempre mayor a hospitales y centros médicos⁴⁵ (exceptuando resonancia magnética) y a su vez en todas las prestaciones el precio de los hospitales es mayor a aquellos de los centros médicos⁴⁶ (exceptuando días cama que los centros médicos por su carácter ambulatorio no proveen). Es decir existen en verdad tres esquemas de precios bien diferenciados según tipo de prestador.

Si analizamos más en detalle el esquema de precios de las clínicas podemos apreciar como existen dos instituciones con precios muy similares y que se alejan significativamente del resto, estas son la clínica Las Condes y la clínica Alemana que presentan precios que en promedio duplican a las demás clínicas. La clínica que las sigue con los mayores precios es la Santa María que también se aleja significativamente en varias prestaciones del resto, en particular en imágenes. Las que presentan precios más bajos y también muy similares entre sí son las clínicas Dávila y Vespucio.

En síntesis, estamos diciendo que el esquema de precios puede inicialmente segregarse según tipo de prestador, pero adicionalmente dentro de cada categoría también existen

⁴⁴ Datos extraídos desde Informe de Precios para Prestaciones en Salud (SERNAC, 2011)

⁴⁵ Los precios de las clínicas son en promedio un 23% mayor a los de los hospitales.

⁴⁶ Los precios de los hospitales son en promedio un 50% mayor a los de los centros médicos.

sub segmentos con esquemas homogéneos entre si y distantes de los otros. Ese hecho sucede con una especial particularidad en el segmento de las clínicas.

Dentro de los hospitales la sub segmentación antes mencionada no es tan clara. Sí es evidente que el hospital clínico de la Universidad Católica presenta precios mayores en especial en diagnóstico (exámenes e imagenología) y que el hospital del profesor es sustancialmente más barato en atención médica y hotelería.

En los centros médicos no se produce en absoluto el efecto de la sub segmentación sino que por el contrario las instituciones tienden a establecer precios similares sino idénticos (véase en especial el caso de los exámenes).

En definitiva podemos diferenciar cuatro grandes grupos uniformes entre si, en orden descendiente del nivel de precios tenemos las clínicas grandes (Las Condes y Alemana), el resto de clínicas, los hospitales y los centros médicos. Detallando esta diferenciación se encuentra que la clínica Santa María (la tercera más grande) se distancia en cierta medida del resto de clínicas y podría fácilmente asignarse al nivel superior de las clínicas grandes, sin embargo los precios de estas dos se alejan significativamente de los de la Santa María.

También se puede mencionar que el resto de clínicas presenta precios promedios muy parecidos a los de los hospitales y por tanto la diferenciación entre ambos tipos de prestadores es más bien sutil. Por otro lado, destaca en particular el alto grado de homogeneidad dentro de los centros médicos.

El establecer claramente la segmentación no dice nada acerca de las causas de esta. Como argumentamos previamente, la distribución de precios puede responder en general a tres circunstancias que la originan. Por un lado tenemos que las clínicas grandes que presentan precios sustancialmente elevados respecto del mercado tienen una cartera de clientes de mayor ingreso (con mayor participación en tramos de cotización pactada elevados, véase Superintendencia de Salud (2010)) y por tanto dispuestos a facturar mayores montos (por el efecto ingreso, mencionado en factores determinantes del gasto, capítulo 2) por prestaciones de mayor calidad, sin embargo es complejo poder extraer con claridad cual razón es más importante en términos de causalidad.

TABLA 3.6 – DISTRIBUCIÓN PRECIOS PRIVADOS
SEGÚN INSTITUCIÓN Y TIPO DE PRESTACIÓN
FUENTE: SERNAC

Tipo	Institución	Prestación											
		Días cama			Consulta				Exámenes			Imágenes	
		Sala cuna	Cirugía	Adulto UTI	Pediatra	Ginecólogo	Otorrino	Hemograma	Orina	Perfil lipídico	Rx tórax	Mamografía	Resonancia
Clínica	Avansalud	s/i	156.165	320.000	25.030	25.030	36.670	4.180	2.600	8.680	27.360	25.690	198.000
	Santa María	112.800	s/i	466.300	30.000	35.000	30.000	4.500	2.700	9.200	41.400	58.800	275.400
	Tabancura	82.675	206.000	400.272	24.559	24.559	25.555	4.225	2.626	8.762	27.105	51.770	238.095
	Indisa	141.075	288.040	410.807	21.043	21.043	22.683	5.057	3.142	10.517	31.534	36.590	209.010
	Dávila	59.039	179.985	332.277	25.000	25.000	25.000	3.340	2.080	6.940	20.850	24.180	182.585
	Vespucio	52.920	157.210	293.650	18.710	20.630	22.550	3.845	2.392	7.986	23.978	27.807	157.500
	Alemana	157.231	s/i	682.037	35.000	35.000	41.000	16.244	9.145	32.485	55.827	85.164	445.109
	Las Condes	164.796	444.036	624.651	47.000	47.000	47.000	17.465	9.685	34.781	59.500	65.720	410.500
Hospital	Profesor	54.208	131.824	308.000	11.170	11.170	16.020	3.340	2.080	6.940	20.850	24.180	138.280
	Trabajador	s/i	224.000	461.000	s/i	33.300	33.300	4.180	2.600	8.680	26.060	30.220	s/i
	Clínico Uchile	51.720	205.910	346.110	25.050	25.050	30.170	3.590	2.280	11.210	35.940	41.700	318.170
	Clínico UC	84.300	s/i	380.400	27.600	27.600	27.600	15.500	6.370	23.100	50.600	49.000	408.000
Centro medico	Integramedica	s/i	s/i	s/i	19.618	19.618	19.545	3.340	2.080	6.940	22.151	25.687	196.079
	Megasalud	s/i	s/i	s/i	26.000	26.000	26.000	3.340	2.080	6.940	23.454	27.198	193.054
	Vidaintegra	s/i	s/i	s/i	15.402	15.402	19.771	3.344	2.080	6.944	20.848	24.176	143.360
Promedios	Clínica	110.077	238.573	441.249	28.293	29.158	31.307	7.357	4.296	14.919	35.944	46.965	264.525
	Hospital	63.409	187.245	373.878	21.273	24.280	26.773	6.653	3.333	12.483	33.363	36.275	288.150
	Centro medico	-	-	-	20.340	20.340	21.772	3.341	2.080	6.941	22.151	25.687	177.498

Para el resto de clínicas y hospitales que comparten en general un conjunto de clientes similares es también complejo llegar a las razones de la variabilidad aunque esta sea acotada, es aquí donde entran en juego características específicas de las prestaciones que las diferencian.

En cuanto a los centros médicos, la homogenización de la estructura de precios se explica porque estos proveen de atenciones ambulatorias para los cuales los usuarios son más precio-sensibles y más y mejores canales de información existen. Lo contrario sucede en las grandes clínicas que se especializan en la hospitalización y en intervenciones complejas donde como ya explicamos la elasticidad precio es casi nula. Que los altos precios de las prestaciones hospitalarias se traspasen también a las ambulatorias dentro de una misma institución es debido a la complementariedad de ambas, es mucho más sencillo para un paciente recibir las consultas y realizar los exámenes en la misma clínica donde fue o será intervenido. Siguiendo esta lógica, los centros médicos requieren necesariamente entregar prestaciones ambulatorias externalizables⁴⁷ a precios más bajos para capturar a pacientes que las requieren pero que han recibido el proceso de hospitalización con otro prestador (clínica u hospital). También puede argumentarse que los mismos prestadores ejercen presión sobre los pacientes con el fin de proveer la totalidad de prestaciones requeridas en la misma institución, una suerte de venta atada optativa.

Las diferencias en precios de las distintas prestaciones se traducen evidentemente en diferencias en el gasto en salud, en particular preocupa que precios demasiado altos de algunas prestaciones entregadas por algunos prestadores tengan precios tan elevados si es que este mayor costo y en definitiva mayor gasto (porque son en general prestaciones con elasticidad precio reducida) no se relaciona con mejores *outcomes*⁴⁸, que es el objetivo esencial de todo sistema de salud, el de proveer la atención, cuidado y protección de la salud de la forma más eficiente y equitativa.

Estas asociaciones que hemos expuestos son peligrosas ya que sabemos que por ejemplo, los adultos mayores tienen una elasticidad precio relativamente menor que el resto de la

⁴⁷ Prestaciones que no necesariamente deben entregarse por el mismo prestador, como en el caso de exámenes o imágenes que perfectamente en la mayoría de los casos pueden realizarse con la institución que el usuario prefiera.

⁴⁸ Con esto nos referimos concretamente a los beneficios directos en el nivel o estado de salud que se obtienen desde la atención o intervención.

población, que requieren de mayores prestaciones, de mayor complejidad (la proporción hospitalaria-ambulatoria es mayor), y que las grandes clínicas se especializan en la hospitalización a precios muy elevados. Lo anterior parece cuestionable desde una perspectiva ética y de equidad conociendo además que estos resultados podrían eventualmente ser extrapolables a la población del FONASA en la modalidad libre elección y que esta ha aumentado considerablemente en el último tiempo y se espera que lo siga haciendo.

La política en este sentido puede alterar ciertas estructuras de mercado para solucionar estas condiciones por ejemplo modificando el esquema de cobertura de los seguros ya sea público o privado (las bonificaciones y sus topes) para solucionar el riesgo moral y controlar los aumentos del gasto en salud.

Concentración, Segmentación e Integración Vertical

Adicionalmente y en forma complementaria al análisis de precios es necesario evaluar la estructura misma del mercado de provisión privada de servicios de salud para extraer evidencia del nivel de competencia con el que este actúa. La competencia monopolística puede ser utilizada para modelar la estructura del sector en cuanto las prestaciones son bienes heterogéneos y existen otras cualidades además del precio en las cuales se compite y que se basan en la diferenciación de producto. Los prestadores privados compiten en segmentos del mercado con otros que proveen de servicios que no son perfectos sustitutos y por tanto la competencia es más bien difusa.

La asimetría de información y la incapacidad del usuario de observar completamente la calidad técnica de los servicios de salud así como la distorsión que produce un tercer pagador al reducir la importancia del precio en la toma de decisiones y hacer que los usuarios valoren más otros factores no monetarios hacen que los prestadores compitan en base a estas características diferenciadoras que antes mencionamos pero también a explotar la posición ventajosa en la que se encuentran persiguiendo rentas y excedentes desde los pagadores.

**TABLA 3.7 – SEGMENTACIÓN DE PRESTADORES
EN ISAPRES Y COTIZACIONES**

FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Clínica/Hospital	ISAPRE	% Clientes	Cotización Pactada (M\$)										
			<40	40-54	54-68	68-81	81-92	92-104	104-123	123-152	152-206	>206	
Alemana	Colmena	47,6%											
	Banmedica	20,4%		9,4%			24,7%			26,2%		17,8%	21,9%
	Vida Tres	20,1%											
Las Condes	Colmena	30,8%											
	Cruz Blanca	22,1%				17,6%		8,9%	19,8%		28,4%		25,3%
	Vida Tres	16,6%											
Tabancura	Consalud	29,4%											
	Colmena	25,0%				36,7%		34,4%				28,9%	
	Banmedica	18,4%											
Indisa	Colmena	39,6%											
	Mas Vida	16,5%				52,2%		33,9%				13,9%	
	Cruz Blanca	16,7%											
Dávila	Banmedica	70,9%											
			35,2%		15,5%		31,6%					17,7%	
Clínico UC	Cruz Blanca	34,6%											
	Colmena	33,9%		19,6%			32,3%			48,1%			
Santa Maria	Banmedica	54,4%											
				13,7%			30,1%			36,0%			20,2%
Avansalud	Banmedica	66,5%											
				39,6%			30,2%			30,2%			
Clínico Uchile	Consalud	45,4%											
	Banmedica	22,1%	22,6%				31,1%			46,3%			
	Cruz Blanca	11,6%											

Ya vimos cómo se determina la decisión de un individuo que enfrenta una condición y necesita asistencia en salud, entre recurrir a un prestador público y a uno privado, sin embargo no hemos revisado el papel que juega el asegurador en condicionar esta decisión. Si el individuo posee el seguro público tiene el incentivo y es muy probable que asista a establecimientos públicos dado que el seguro posee mayor cobertura (o cobertura total en algunos casos) en prestaciones en el mismo sector, esto es que la variable precio o copago es central en la decisión, por su parte un individuo enrolado en el seguro privado tendrá fuertes incentivos a utilizar prestaciones privadas ya que la cobertura es mayor. Esto es que,

la decisión de a qué sector asistir se ve poderosamente afectada por el seguro de salud que el individuo posea.

Estas coberturas, esenciales en la decisión del usuario, varían según los diferentes convenios que las aseguradoras celebren con diversos prestadores lo que desvía evidentemente cierta demanda hacia aquellos que el seguro prefiera. En general la decisión de un individuo es en dos etapas, en una primera, y en un estado de normalidad en términos de salud (sano) escoge el seguro al cual se enlista, luego, en cada episodio de enfermedad que pudiera experimentar escoge a que prestador asiste (segunda etapa) y en este periodo las coberturas, esto es, los precios de los diversos prestadores son dados para el individuo, o sea, que la decisión de a que prestador escoger es condicional a la decisión previa de a que seguro⁴⁹ afiliarse.

Que los aseguradores guíen la decisión de los pacientes hacia prestadores preferentes puede ser eficiente en tanto lo hagan hacia aquellos con menores costos o en definitiva hacia los mas costoefectivos, al final del día parte de la labor del asegurador es garantizar la mejor atención a su afiliado con el menor desembolso de recursos posibles. Sin embargo un problema asoma cuando esta guía es en otros términos, en particular cuando es a prestadores que al seguro le interesan pero por no por eficiencia sino por existir relaciones contractuales que beneficien a ambas partes e incluso sean en desmedro del bienestar del usuario.

En un primer ámbito evaluaremos como están definidas las carteras de clientes de los prestadores privados en términos de la proveniencia de distintos seguros privados. El estudio de la Superintendencia de Salud⁵⁰ del 2010 confirma que la segmentación que utilizan los prestadores se asocia a una o más ISAPREs y esta relación es significativa, también evidenciaron la segmentación en otras variables, en lo fundamental, en el ingreso. La Tabla 3.7_muestra para nueve de los prestadores privados más importantes del país, la procedencia de ISAPREs de sus clientes y la distribución según el valor de la cotización de estos. Las clínicas Alemana, Las Condes poseen una fuerte relación con Colmena y sus

⁴⁹ Puede escoger entre el seguro público y los varios seguros privados que existen y aun mas específicamente puede elegir entre distintos planes que estos provean.

⁵⁰ Segmentación de prestadores de salud y usuarios de ISAPREs.

clientes se encuentran en tramos elevados de cotización. Las clínicas Santa María y Dávila presentan una fuerte asociación con Banmédica y una distribución de clientes más amplia sobre los tramos medios bajos de ingresos. El resto de prestadores no presenta una marcada tendencia a recibir usuarios de una ISAPRE en particular y en la mayoría de los casos las instituciones no eran el prestador preferente para los usuarios (relacionado con el plan que el individuo posea) exceptuando los casos de las clínicas Santa María y Dávila donde para un tercio de los clientes atendidos estas eran el prestador preferente.

Esta segmentación por ingreso y procedencia de ISAPRE determinan ciertos nichos de mercado, esto es, conjuntos de clientes de características similares y que utilizan regularmente y con amplios montos facturados las prestaciones.

Si establecemos el análisis desde la otra vereda, esto es, de cuanto representa en cada asegurador privado la compra de servicios con prestadores preferentes o relacionados entonces debemos revisar la Tabla 3.8 que muestra la participación de los montos facturados a estos prestadores del total de facturación de cada ISAPRE. Sobresale en este sentido la misma asociación del caso anterior, Banmédica propietaria de las clínicas Dávila y Santa María entre otras, factura más del 40% de sus compras totales en estos prestadores, también el caso de Consalud y la clínica Tabancura también de propiedad común⁵¹.

TABLA 3.8 – COMPRA A PRESTADORES RELACIONADOS
MONTOS FACTURADOS 2012

FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE SALUD

ISAPRE	Valor	Porcentaje
Banmedica	370.634	41,5%
VidaTres	134.529	22,5%
Colmena	349.470	4,4%
Consalud	291.930	24,3%
Cruz Blanca	377.281	9,1%
Ferrosalud	3.050	13,4%
Mas Vida	187.569	12,4%
Total	1.714.462	19,2%

Estas interacciones asumimos se dan en un proceso dentro de los márgenes del mercado con aseguradores y prestadores actuando con administraciones independientes, aun así es

⁵¹ Sociedad de Inversiones y Servicios la Construcción.

preocupante los niveles de segmentación que el mercado exhibe y como finalmente el plan que un individuo contrata en una aseguradora guía la utilización de ciertos prestadores. Preocupa aún más el hecho que la premisa inicial pueda no cumplirse, esto es que, la relación entre asegurador y prestador por pertenecer a un mismo holding se materialice en la convergencia en las administraciones y en cierta medida en la búsqueda y consecución de objetivos compartidos. La integración vertical es el concepto que pasamos a detallar y analizar de aquí en adelante.

Este se define como la propiedad común de dos o más agentes de distintos eslabones de una cadena productiva. Esta asociación se producirá en tanto reduzca los costos transaccionales y el control, monitoreo y establecimientos de contratos se lleven de forma más eficiente fuera del mercado. Las consecuencias que genera la integración en la competencia del mercado o en el bienestar del consumidor no son tan obvias y la evidencia empírica ha mostrado resultados contradictorios, en el mercado de la salud importa además la incidencia de esto sobre el acceso y la calidad de la atención.

TABLA 3.9 – PARTICIPACIÓN DE PRESTADORES PRIVADOS
SEGÚN MONTOS FACTURADOS
FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Prestador	Facturado	Participación	Facturado Hospitalario	% Hospitalario
Alemana	117.044	8,8%	103.175	88%
Las condes	99.829	7,5%	88.689	89%
Santa María	82.042	6,1%	73.562	90%
Clínico UC	64.807	4,9%	41.883	65%
Dávila	51.583	3,9%	46.836	91%
Indisa	39.929	3,0%	36.594	92%
Clínico Uchile	38.859	2,9%	30.535	79%
Megasalud	38.542	2,9%	15	0%
Del Cobre	28.719	2,2%	554	2%
Santa María	26.610	2,0%	3.282	12%

En este sentido la integración puede efectivamente traer eficiencias que reduzcan costos así como riesgos que amenacen la competencia del sector. Entre los beneficios se pueden mencionar que se reduce el incentivo del prestador (por riesgo moral e inducción de la demanda) de sobreproveer prestaciones así como de garantizar mediante un monitoreo

más profundo por parte del asegurador que los recursos se están usando de la forma más eficiente. Esta reducción en el gasto también se puede obtener vía precios, la ISAPRE y el prestador verticalmente integrados pueden celebrar contratos donde se expliciten precios menores a la competencia en una suerte de descuentos por volumen, esto beneficia de forma evidente al pagador que desembolsa menos recursos y también al prestador que asegura un volumen de prestaciones y clientes constantes que garantizan la estabilidad en las ventas y la sobrevivencia del negocio (también fomenta la inversión por la escasez de incertidumbre). Estos convenios de igual forma pueden establecerse aun cuando asegurador-prestador no estén relacionados pero al estarlo se reducen aún más los costos ya que desaparecen los de transacción.

Entre los riesgos de la integración se encuentran la tendencia a la concentración que genera, esto se explica mejor del siguiente modo, las aseguradoras guían el flujo de pacientes (aunque no en su totalidad) hacia ciertos prestadores, para estos últimos el flujo es necesario para su subsistencia y para defenderse del poder negociador de la ISAPRE tienden a integrarse horizontalmente para pactar mejores precios (Berenson et al, 2010). Otro riesgo a la competencia del mercado es en términos de las barreras de entrada, un nuevo entrante (prestador) requiere de una cartera de clientes y busca en un asegurador este flujo, sin embargo en la negociación deberá ineludiblemente ofrecer precios más bajos que los actuales prestadores que reciben ese flujo, ahora si estos están integrados con el seguro la no existencia de costos transaccionales y diversos convenios por volumen y precios obligan al entrante a negociar precios que estén muy cerca o incluso por debajo del costo marginal desincentivando claramente la entrada. Finalmente otro riesgo preocupante dice relación con la calidad, el prestador integrado ya no tendrá incentivos a competir por calidad porque de hecho ya no compite al tener el flujo de clientes garantizado y por el otro lado, la aseguradora abandonará su rol guía para el usuario pudiendo incluso esconder información de otros prestadores menos costosos pero que no están relacionados a ella.

En definitiva, la alineación de incentivos entre asegurador-prestador puede traer resultados tanto deseables como indeseables, pero no puede argumentarse a priori cual será el resultado en las variables relevantes sin conocer el contexto y la situación particular de cada mercado.

En el caso chileno, la concentración no parece ser un efecto en tanto las participaciones de mercado no muestran excesivos porcentajes para algún prestador y los de mayor posición no están integrados verticalmente. Sin embargo por el lado de las ISAPRES si puede uno atreverse a alegar concentración ya que cinco instituciones controlan casi la totalidad del mercado y todas ellas poseen prestadores relacionados, considerando que inicialmente, posterior a la creación del sistema ISAPRE este número llegó incluso a superar las 20 entidades y que con el tiempo muchas han desaparecido o sido absorbidas por aquellas que permanecieron.

Que la integración vertical traiga utilidades al holding controlador es cuestionable. El tener la propiedad de un asegurador (pagador) y un prestador (proveedor) implica que cada peso que el seguro paga es un costo para este y una ganancia para el prestador, por tanto el holding no vería aumentos en su utilidad total mas solo una diversificación que disminuye el riesgo (las pérdidas de una empresa son beneficios de otra) , sin embargo, si se obtienen ganancias a partir de extraer excedentes desde el cotizante, en ese sentido si hay ganancias en utilidad total por parte del holding y por esto lo peligroso y dañino que puede ser la integración en términos del bienestar social además de las restricciones a la competencia, efecto que se podría evidenciar al observar que tanto asegurador como prestador tienen en algún grado relación directa con el consumidor ya sea en la forma de copagos o en los precios y reajustes de los planes y por tanto modificaciones regulatorias o cambios en la demanda que restrinjan alguna de estas salidas pueden ser desviadas.

Discusión

En general, las circunstancias de mercado antes mencionadas, en particular los incentivos existentes para cada uno de los agentes va a determinar los resultados del mercado en las variables relevantes, eficiencia y equidad. Y adicionalmente, en la creciente tendencia del gasto que amenaza con la sostenibilidad financiera a largo plazo del sistema. Ya habíamos mencionado en el capítulo anterior como la composición público privada por el lado del financiamiento genera diversos problemas que solo mediante políticas efectivas pueden ser solucionadas, y en el caso de los prestadores esta mixtura también provoca inconvenientes.

El hecho que de una u otra forma se niegue o restrinja la competencia entre sectores ya que la decisión de acudir a un prestador está condicionada a la elección previa del asegurador, determina dos sectores actuando casi totalmente en paralelo (y esto sin agregar las mutuales de seguridad que funcionan con aseguramiento e instalaciones propias y total exclusividad de uso). Sin embargo, el creciente uso de la modalidad libre elección comienza a generar una tendencia a la integración cruzada de sectores pero que sin la regulación adecuada y sin entender los incentivos que crea podría generar más daños que beneficios al sistema.

Es así como las ineficiencias del sector público dan cabida a un sector privado, hecho que genera aún más incentivos en el público a despreocuparse por aplicar mejoras que vayan por el camino de reducirlas. En principio, la participación privada no es dañina en el sistema, en lo absoluto, pero al observar cómo se estructura actualmente con la competencia (aun cuando esta es imperfecta presentándose una marcada concentración y conociendo los efectos que la integración vertical trae) en base a capturar a clientes mostrando las últimas novedades tecnológicas, sofisticaciones varias y mejoras en la comodidad que poca relación tienen con la salud misma, es particularmente preocupante en la construcción de un sistema que pretende dar mayor cabida al acceso, cobertura y calidad en el cuidado de la salud.

3.2. Médicos

Una de las aristas de la oferta de salud más preponderante es sin duda alguna el mercado de médicos. Son estos profesionales finalmente quiénes llevan a cabo la entrega del servicio de salud, tanto el diagnóstico como el tratamiento de enfermedades o síntomas que puedan tener los pacientes. Para ello, deben permanecer en la práctica 7 años para optar a un título de médico general o adicionarle 3 años más para obtener el grado de especialista. El porqué de la larga duración de la carrera (es la con mayor duración de todas las carreras que se imparten en las universidades chilenas) corresponde a la gran responsabilidad que recae en sus hombros, ya que las decisiones que éstos deben elegir puede incidir en la vida de un individuo, por tanto, debe contar con los conocimientos y las capacidades para dar

respuestas correctas en el tiempo oportuno a cualquier deficiencia en salud que pueda presentar el paciente, y por supuesto, en situaciones de incertidumbre.

Dado que los médicos son quienes diagnostican una enfermedad y disponen la terapia a seguir, terminan incidiendo sobre la demanda por salud, es decir, el médico como oferente decide indirectamente la decisión de gasto que tendrá el demandante. Esta circunstancia hace que el set de posibilidades de la demanda no sea explícito, sino más bien restringido al camino terapéutico asignado obstaculizando la libre elección del paciente/consumidor. Esta característica económica es de tal relevancia, que identifica al mercado de la salud y lo diferencia del resto de mercados.

Dentro de la estructura y comportamiento del mercado de la salud, no podemos olvidar de que los médicos no actúan por si solos en él, sino que están constantemente interactuando con otros mercados (como las clínicas, los laboratorios farmacéuticos, las aseguradoras, entre otras). Es en esas interacciones en donde la puja distributiva se manifiesta, generando conflictos de intereses e inestabilidades inter e intra mercados. Por ello, creemos fielmente que el Estado debe tomar mayor protagonismo, tanto en la regulación, en la eficiente asignación de recursos y en políticas redistributivas. Si el Estado es quien debe intervenir, da por hecho de que el mercado como mecanismo regulador no es lo más apropiado, ni por eficiencia ni por equidad, principalmente.

Lo anterior da cuenta de la importancia de la economía de la salud, y de cómo su estudio establece relaciones con ciertos objetivos económicos clínicos. A raíz de ello, Ortún (1997) señala que cada uno de los profesionales médicos debe internalizar para sí mismos nociones de economía a su práctica clínica, siendo 3 los principios fundamentales. En palabras del propio Ortún:

“Que la eficiencia es la marca del virtuosismo en Medicina, pero que el camino a la eficiencia pasa por la efectividad.

Que la ética médica exige la consideración del coste de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Que las utilidades relevantes son las del paciente.”

Lo que nos quiere decir la nota recién mencionada es que la eficiencia clínica – que busca todo médico para su reputación como tal – resultará de la maximización tanto de la satisfacción de los pacientes como la calidad de atención entregada sujeto al menor costo social posible. Es claro que para lograr este objetivo requiera de ser efectivos, cumplir con el resultado esperado (en términos coloquiales, “sanar al enfermo”). Además, al decir que la ética médica debe asumir el costo de oportunidad en los diagnósticos y terapias dadas, se refiere a que el verdadero costo de la atención de salud no es la cantidad de dinero que gastamos en la misma, sino los beneficios que dejamos de obtener mediante la mejor alternativa a nuestro alcance. Los médicos deben considerar que no pueden asumir que cada uno de los pacientes que atienden tenga los recursos disponibles para realizar todos los diagnósticos y terapias designadas, siendo que muchas de éstas son de bajísima importancia y que simplemente van en beneficio de los mismos médicos. Por último, el que las utilidades relevantes sean las de los pacientes hace alusión a los servicios de salud y su impacto positivo en una mejor calidad de vida percibida por toda las sociedades. Ya que la calidad es subjetiva y multidimensional, es necesario contar con el rol de cada paciente en la atención médica para efectuar el plan de acción más efectivo (por cada paciente, distinta prestación con distintos resultados y tratamientos).

Es así como va configurándose el selecto mercado de médicos, con un empoderamiento bastante grande en nuestro país. Están dentro de los profesionales que mayores ingresos perciben, y que no es sólo la retribución a su trabajo propiamente tal, dado que también contemplan rentas al capital, derivadas de las tecnologías médicas usadas para diagnósticos y exámenes. Estas rentas dependerán si:

- Son médicos generales o tienen alguna especialidad (postgrado);
- Se desempeñan en el sector público o privado;
- Están en la región Metropolitana o en el resto de regiones;
- Establecen contratos y convenios específicos con alguna clínica o algún asegurador en particular;
- Existen fallas de mercado, como cartelizaciones en especialidades o zonas geográficas puntuales.

Otros atributos que van forjando la estructura de este mercado son el número de médicos, la edad y el sexo de éstos, si se habilitan más o menos cupos tanto para la carrera de medicina en las distintas universidades como para las becas de especialidad, y del marco institucional y gremial. Ahora bien, si desglosamos el comportamiento de este mercado, observaremos fenómenos bastante interesantes, los que iremos dando a conocer a medida que entregemos datos y números de éste dentro del capítulo para nutrir al lector de la situación actual en Chile y poder generar una discusión enriquecedora. Aun así, haremos cierto alcance a una lectura que nos pareció de gran importancia para el posterior análisis. Katz & Muñoz (1988) ya anticipaban el surgimiento de un “proletariado médico”, refiriéndose a profesionales médicos que trabajan para grandes grupos corporativos recibiendo altos salarios (para captarlos y retenerlos), con el fin de lograr la institucionalización de la medicina comercial, generando diferenciación en la entrega de la atención de salud. Cabe destacar que ello pudo darse – narrado con detalle en el capítulo primero de historia – debido al cambio de paradigma económico que hubo durante la dictadura. Ergo, lo anterior ha concebido cambios en las formas de organización del trabajo médico, incubando ciertos “nichos” de mercado de competencia imperfecta, establecidos por modificaciones en los precios, rentas diferenciadas dependientes de la especialización e inversiones en equipamiento y tecnologías de alta complejidad.

En base a lo ya descrito sobre el mercado de médicos y su importancia como tal, pasaremos a detallar aspectos relevantes en distintas secciones para su mejor comprensión.

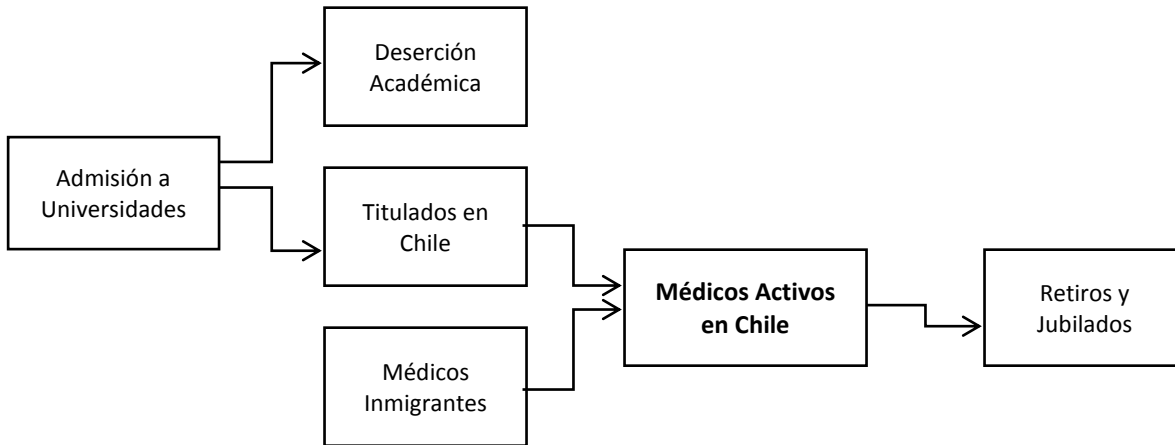
Oferta Actual

En primer lugar es fundamental reconocer la estructura del cómo se conforma el número de médicos presentes en el país, lo cual se refleja claramente en la Figura 3.1:

Lo anterior nos dice que el número de profesionales médicos resulta de la suma entre los médicos que ya ejercen su profesión, los recién titulados y más los médicos inmigrantes (que han aumentado considerablemente en los últimos años), menos aquellos médicos que se jubilan o se retiran. Basándonos en este esquema, se registra que a octubre 2013 hay

33.337 médicos activos en Chile, y a diciembre 2011 se registraban 27.483 médicos⁵², notando un crecimiento del 21,3% en prácticamente 2 años.

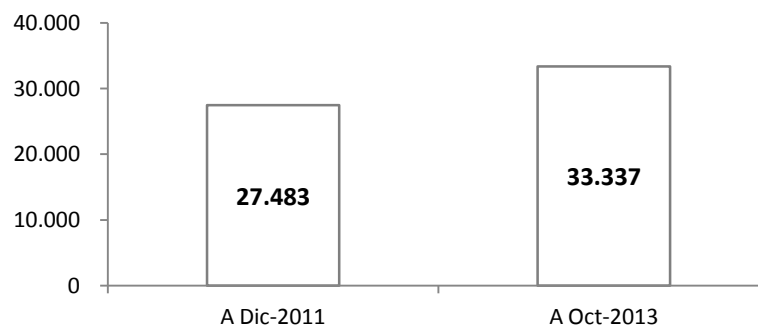
FIGURA 3.1 – ESTRUCTURA DEL NÚMERO DE MÉDICOS ACTIVOS



De todos modos, cabe hacer cierta salvedad a los números entregados por la Superintendencia de Salud, dado que corresponden a la cantidad de inscripciones realizadas en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud entre el 1 de abril de 2009 y el 31 de diciembre de 2011, y entre el 1 de abril de 2009 y el 31 de octubre de 2013. Ello significa que están registrados todos los médicos, y el problema está en que todavía siguen figurando aquellos médicos que ya se han retirado o cesado del cargo (jubilación, muerte, otros). Por lo tanto, las cifras están un poco sobrevaloradas, pero de igual forma es un buen proxy para determinar el número de médicos.

GRAFICO 3.1 – NUMERO DE MÉDICOS

FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE SALUD



⁵² Ambos valores extraídos de “Estadísticas Globales de Prestadores Individuales de Salud”, de la Superintendencia de Salud.

Este considerable aumento, que si bien es cierto está sobrevalorado, responde principalmente a razones de mercado: una creciente demanda por prestaciones de salud de la cual se debe hacer frente, tanto de la masa poblacional afiliada a ISAPRES como a FONASA. Motivos de esta situación se fundamentan en mayores brotes de enfermedades virales, mayor poder adquisitivo de los chilenos, envejecimiento poblacional y mayor acceso a la información, entre otros. Dado esto, se deben hacer los esfuerzos por contar con mayores médicos que enfrenten la sobredemanda, pero para lograrlo hay que planificar desde ya debido a que tener a un médico capacitado y titulado requiere de varios años. Para estimar su proyección, dependerá de los recursos disponibles y de la voluntad política e institucional.

Este considerable aumento, que si bien es cierto está sobrevalorado, responde principalmente a razones de mercado: una creciente demanda por prestaciones de salud de la cual se debe hacer frente, tanto de la masa poblacional afiliada a ISAPRES como a FONASA. Motivos de esta situación se fundamentan en mayores brotes de enfermedades virales, mayor poder adquisitivo de los chilenos, envejecimiento poblacional y mayor acceso a la información, entre otros. Dado esto, se deben hacer los esfuerzos por contar con mayores médicos que enfrenten la sobredemanda, pero para lograrlo hay que planificar desde ya debido a que tener a un médico capacitado y titulado requiere de varios años. Para estimar su proyección, dependerá de los recursos disponibles y de la voluntad política e institucional.

Ahora bien, del total de médicos a octubre 2013, son 25.625 que contaban con al menos una especialidad, y a diciembre 2011 eran 18.600. Ello nos manifiesta 2 conclusiones: la primera es que el número de médicos que cuentan con al menos una especialidad aumentó en un 37,8%, y lo segundo es que la razón de médicos especialistas sobre el total de médicos creció de un 67,7% a un 76,9%. Es decir, en la actualidad 3 de cada 4 médicos cuentan con al menos una especialidad, implicando el encarecimiento de médicos para el país, debido a que cómo los especialistas perciben mayores ingresos, el costo para los otros sectores que intervienen en el financiamiento de ellos también aumenta.

En el siguiente cuadro se aprecian cuántos médicos hay por especialidad (identificando aquellas que tienen un mayor número):

TABLA 3.10 – MÉDICOS POR ESPECIALIDAD
2011-2013

FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Médicos por Especialidad	A Dic-2011	A Oct-2013	Var. (%)
Pediatría	2.273	2.947	29,7%
Medicina Interna	2.164	3.014	39,3%
Obstetricia y Ginecología	1.788	2.292	28,2%
Cirugía General	1.578	2.149	36,2%
Anestesiología	1.166	1.431	22,7%
Traumatología y Ortopedia	1.037	1.442	39,1%
Resto	8.594	12.350	43,7%
Total	18.600	25.625	37,8%

Distribución

Según datos entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (SII), la Superintendencia de Salud y el estudio realizado en conjunto por el Banco Mundial con el Ministerio de Salud (MINSAL) “Estudio de Brechas de Oferta y demanda de Médicos Especialistas en Chile”, podemos construir las razones “números de habitantes por médico” y “médicos por cada 10.000 habitantes”, con el fin de establecer si contamos con el número adecuado de estos profesionales. Una vez dado estos valores, veremos cómo se distribuyen en el país tanto por zona geográfico como si sus prestaciones son públicas o privadas, a la vez de comparar la situación local con los países pertenecientes a la OCDE (teniéndolos como “*benchmark*”) y las recomendaciones entregadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tomando la población nacional obtenida por el Censo 2012, correspondiente a 16.634.603 chilenos, y el total de médicos al 2013 extraída de las Estadísticas Globales de Prestadores Individuales de Salud, los que son 33.337 médicos, conseguimos los ratios siguientes

actualizados⁵³, comparándonos con los años anteriores obtenidos de la bibliografía ya mencionada:

TABLA 3.11 – DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS
2008-2013

FUENTE: INE, SII, SUPERINTENDENCIA DE SALUD, MINSAL Y BANCO MUNDIAL

Año	Número de médicos por	Número de habitantes por
	cada 10.000 hab.	médico
2008	18	559
2010	18	567
2013	20	499

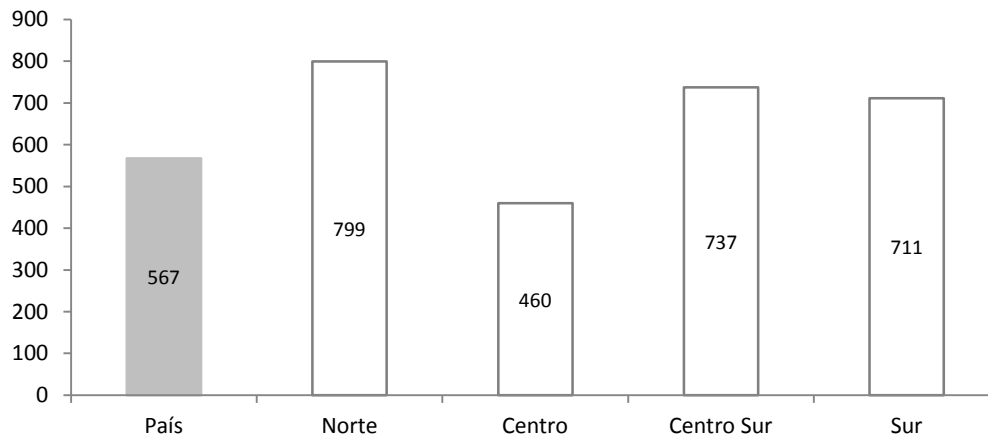
De la tabla anterior podemos concluir que los médicos a nivel país han aumentado por sobre el crecimiento de la población, teniendo una mayor disponibilidad de ellos y cumpliendo las recomendaciones dadas por la OMS, que propone contar con 17 a 20 médicos cada 10.000 habitantes. No obstante, estamos muy lejanos del promedio que tienen los países pertenecientes al OCDE (en donde Chile también pertenece a este selecto grupo), dado que ellos cuentan con 32 meds./10.000 hab. Esta amplia brecha con las grandes economías mundiales nos da una alerta a nivel político, social y económico, y una enseñanza respecto al desarrollo que ellos han mantenido en esta área. Si deseamos tener la calidad de vida que ellos gozan, debemos aprender de sus modelos, en los que tienen como denominador común una mayor participación del gasto público en salud, donde el gasto de bolsillo de los pacientes es prácticamente la mitad de lo que es acá en Chile (aunque poco a poco está empezando a disminuir este gasto), y en donde el número de profesionales médicos relativo a la población nos es superado con creces. Nosotros como país debemos asignar mayores recursos para poder financiar más cupos en las escuelas de medicina, y para ello es necesario un aumento de los campos clínicos – han sido piedra de tope para la ampliación de las vacantes – debido a que hay pocos centros de prestaciones médicas que cuenten con los profesionales y las tecnologías suficientes para capacitar a cada uno de los internos de medicina.

⁵³ Dado que contamos con la población actualizada al 2012 y el número de médicos al 2013, generamos de igual modo el ratio asumiendo que la diferencia de un año entre estos datos no es significativa, sin cambiar las conclusiones del caso.

El análisis previo considera al país como un todo, sin examinar lo que ocurre al interior del territorio nacional. No es de extrañarse que las inequidades observadas en el país también se reflejen en la distribución de los médicos. La realidad de la zona central del país dista en demasía a las realidades que viven tanto la zona norte como la sur, y es por ello que para establecer la proporción de habitantes por médico en distintas regiones del país con el fin de ver si es pareja o no la distribución, procederemos a definir zonas geográficas que permitan una mejor comparación en base al estudio del MINSAL:

GRAFICO 3.2 – HABITANTES POR MÉDICOS
SEGÚN ZONA 2010

FUENTE: BANCO MUNDIAL Y MINSAL, “BRECHA DE OFERTA Y DEMANDA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN CHILE”.



- Zona Norte: Reúne las regiones I, II, III, IV y XV.
- Zona Centro: Reúne las regiones V, VI, VII y XIII.
- Zona Centro Sur: Reúne las regiones VIII, IX y XIV.
- Zona Sur: Reúne las regiones X, XI y XII.

Para efectos de gráfico y los valores que contiene, se consideró el registro que mantiene el Servicio de Impuestos Internos 2010, la cuál es la que desglosa el número de estos profesionales por región.

Si observamos el Grafico 3.2, podemos notar que si bien la cifra global del país es levemente mejor a lo recomendado por la OMS (1 médico por cada 600 habitantes), la distribución que éstos tienen es muy distinta en cada zona. La zona central, específicamente la Región

Metropolitana concentra gran parte de los médicos, dejando al resto de las zonas (Norte, Centro Sur y Sur) con déficits de personal, situándose bajo lo recomendado, y muy lejano al promedio de la OCDE. El hecho de que un médico tenga asignado más habitantes potenciales por atender no solo trae problemas a la población que desee recibir atención médica (la demanda), sino que también empodera más a los clínicos (la oferta), específicamente al gremio que los convoca (“Colegio Médico”), ya que para destinar profesionales a estas zonas de déficits, exigen mayores beneficios con el fin de incentivar la permanencia de éstos durante un tiempo “en merced de la ciudadanía”. La situación expuesta es fruto de la centralización existente en el país, demostrado en la siguiente tabla:

TABLA 3.12 – ÍNDICES DE CONCENTRACIÓN
DE MÉDICOS Y HABITANTES

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS INE

Zona	Índice de concentración de habitantes por zona (%)	Índice de concentración de médicos por zona (%)
Norte	12,4%	8,4%
Centro	61,7%	72,5%
Centro Sur	19,5%	14,3%
Sur	6,4%	4,8%
Total	100%	100%

La zona central contiene al 61,7% de la población total del país. Aun así, la concentración de médicos en la misma zona es aún mayor, equivalente al 72,5% del total de médicos registrados. Para el resto de zonas (Norte, Centro Sur y Sur), sus índices de concentración poblacional son mayores que los índices de concentración de médicos, lo que confirma la gran brecha de médicos que hay fuera de la zona centro. Por ende, es primordial generar incentivos académicos y profesionales para que los próximos médicos titulados, médicos extranjeros y por supuesto los que ya están activos, suplan las falencias de estas regiones. Según el estudio de brechas de médicos del MINSAL, las regiones con mayores déficits y mayor disponibilidad de profesionales médicos son:

- Con déficits relativo a la población regional: IV región de Coquimbo, VI región de O’Higgins, VII región de Maule y provincia de Arauco de la VIII región del Bío Bío.

- Con más disponibilidad relativo a la población regional: V región de Valparaíso, XI región de Aysén, XII región de Magallanes y sector oriente de la Región Metropolitana (XIII).

Adicionalmente, aunque no es nuestro foco de estudio, un caso bastante particular es el que ocurre con otro pilar fundamental en el área: las enfermeras (profesionales cuya misión es el cuidado de la salud del paciente). Lo interesante es la falencia que tiene nuestro país con el número de ellas, ya que para el 2011 se contaba con 15 enfermeras por cada 10.000 chilenos, siendo que el promedio de los países de la OCDE era de 87 enfermeras sobre 10.000 habitantes.

Ahora, llevando el análisis al plano de los médicos especialistas, las brechas se acentúan aún más, con gran disparidad de la zona central con el resto de las zonas⁵⁴.

Para el 2010, se contaba con 1.172 habitantes por médico especialista, lo que si lo comparamos con los 567 habitantes que había por médico (con o sin postgrado), concluimos que al 2010 la mitad de los médicos contaban con al menos una especialidad. Hoy son tres cuartas partes del total los que tienen alguna especialidad, notando un gran avance por la profesionalización de éstos, pero aún así seguimos en el déficit de especialistas que necesita el país, principalmente en las zonas norte, centro sur y sur. Cabe destacar que la profesionalización a la que apuntan los médicos es producto de incentivos económicos, ya que al ser especialistas optan por un nivel más elevado de ingresos. El hecho de que se especialicen cada vez más médicos genera un aumento en el gasto debido a que formarlos será más costoso, y una vez que trabajen, serán más caros en términos de remuneraciones. Si éstos se quieren retener en el sector público, inmediatamente repercutirá en el gasto público de salud, pero si no se cuenta con los recursos en este sector, migrarán al privado ya que éste si cuenta con la capacidad de financiar el aumento en gasto por concepto de ingresos médicos. A la vez, esta migración seguirá contribuyendo al desequilibrio de las distribuciones de éstos en ambos sectores.

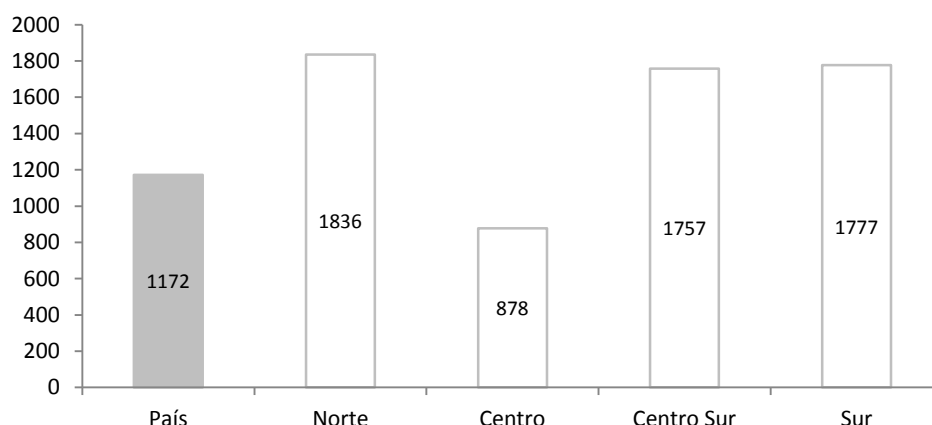
Un detalle a tener presente es la discusión de si la especialización de gran parte de los médicos es buena o no para la situación actual del país. Según la OMS, recomienda contar

⁵⁴ Ver Grafico 3.3

con un 60% de médicos generales y por tanto, un 40% de médicos especialistas, ya que según sus estudios, con estas cifras se puede asegurar la eficiencia de los sistemas de salud en el tiempo. La sugerencia apunta a que es primordial que la estructura del sistema de salud nacional tenga una mayor fortaleza en la atención primaria de salud, en donde la ocupación de médicos es netamente de médicos generales. Por lo tanto, la profesionalización de médicos impacta en un aumento en el gasto en salud, contribuye a una peor distribución si es que el sector público no cuenta con mayores recursos para retenerlos, y a la vez, cambia la orientación del sistema de salud global, potenciando la medicina curativa por medio de la atención secundaria y terciaria (servicios de salud y privados) por sobre la primaria, que busca contar con una medicina más preventiva.

GRAFICO 3.3 – HABITANTES POR MÉDICOS ESPECIALISTAS
SEGÚN ZONA 2010

FUENTE: BANCO MUNDIAL Y MINSAL, “BRECHA DE OFERTA Y DEMANDA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN CHILE”.



La mala distribución tanto de médicos como de especialistas en el territorio nacional que hemos visto en los párrafos y gráficos anteriores no es la única falla que presenta este mercado. Se puede apreciar que la distribución de médicos entre el sector público y privado tampoco es parejo, considerando que más de la mitad de ellos atiende en el privado y que gran parte de la población se atiende en el sistema público.

Antes de mostrar el gráfico de la distribución de estos profesionales entre el sector público y privado (basados en datos del SII y del Censo 2009, verificándolos transversalmente), cabe destacar brevemente la estructura de la red asistencial de salud pública presente en Chile, la

cual se reconoce principalmente por 3 niveles dependiendo de la complejidad de la prestación médica: primario, secundario y terciario.

Cada uno de estos niveles es definido por el MINSAL como:

“La Atención Primaria es el primer contacto que tienen las personas con el Sistema de Salud Público. Busca resolver los principales problemas de salud de la población, en establecimientos como las Postas de Salud Rural, Centros de Salud Urbanos, Centros de Salud Rurales, Centros de Salud Familiar y Hospitales Comunitarios.”

“La Atención Secundaria está orientada al diagnóstico y tratamiento de pacientes derivados desde la Atención Primaria, abarca la atención de especialidades.”

“La Atención Terciaria, conocida habitualmente como Atención hospitalaria, otorga prestaciones de mayor complejidad, tanto en atención cerrada como ambulatoria.”

Cabe destacar que la Atención Primaria de Salud (APS) se basa en la medicina preventiva, y que los profesionales que allí trabajan son médicos generales (sin especialidad). Respecto a la Atención Secundaria de Salud, es necesario indicar que se aplica tanto en hospitales como en consultorios de especialidad, recibiendo a pacientes derivados de la APS. También cabe mencionar que la Atención Terciaria de Salud se aplica en centros de diagnósticos y terapéuticos (CDT), hospitales de alta complejidad e institutos de derivación de especialidades. Por último, en la práctica se le llama Servicio de Salud a los niveles secundarios y terciarios en su conjunto.

Ya habiendo aclarado a los lectores los niveles de atención de salud en la red pública, podemos dar paso a los gráficos de la distribución de médicos y de horas médicas entre el sector privado y el sector público, separando la APS de los Servicios de Salud.

GRAFICO 3.4 – DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS POR SECTOR

FUENTE: MINSAL (2011), FUNDAMENTADO EN LAS BASES DE DATOS DEL SII Y DEL SIRH.

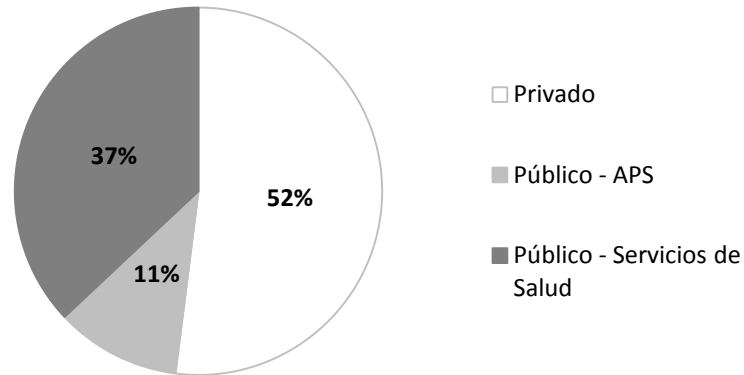
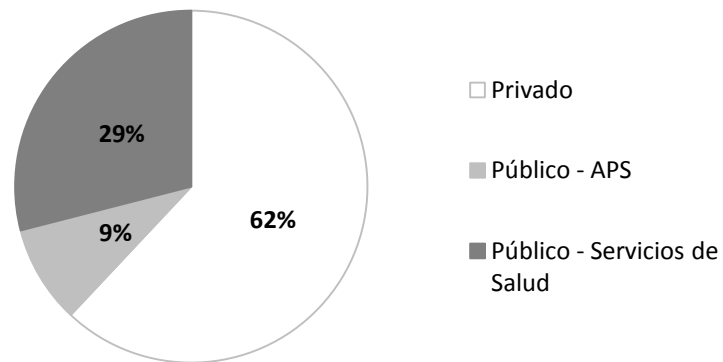


GRAFICO 3.5 – DISTRIBUCIÓN DE HORAS MÉDICAS POR SECTOR

FUENTE: MINSAL (2011), FUNDAMENTADO EN LAS BASES DE DATOS DEL SII Y DEL SIRH.



De los gráficos anteriores se puede ver que más de la mitad de los médicos atienden exclusivamente en el sector privado (52%), mientras que el otro 48% de los médicos, que se desempeñan en el sector público, sólo un 11% lo hace en la atención primaria, viéndose bastante disminuida frente a los servicios de salud (37%), manifestándose la baja preocupación que existe de las políticas de Estado para con la medicina preventiva. Eso sí, lo que la evidencia nos dice es que en el último período el número de médicos que atienden en el sistema público (tanto APS como servicios de salud) han aumentado relativamente respecto al de los privados gracias a la implementación del plan AUGE-GES, que exigía un mayor número de profesionales que destinaran horas médicas al servicio público.

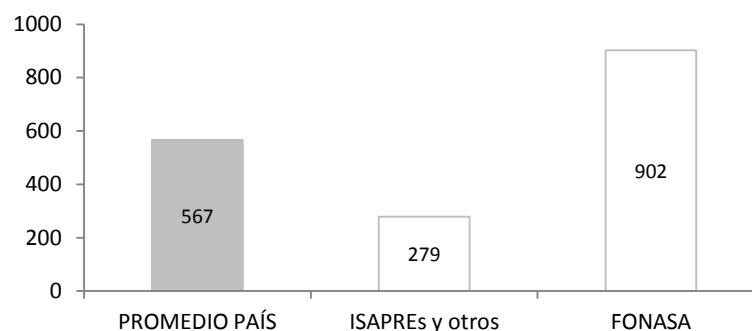
Sin embargo, gran parte de los clínicos que ejercen en el sector público lo hacen con horario parcial, pues éstos también destinan parte de su tiempo al trabajo en el sector privado (combinación de cargos), abarcando a la vez a usuarios del sistema FONASA con Modalidad Libre Elección (MLE) y a usuarios de ISAPREs. Dado este motivo es que las horas médicas por cada sector no coinciden con los porcentajes de participación de médicos en servicio público o privado, es decir, al considerar en término de horas médicas el porcentaje de médicos que atienden sólo en el sector privado (52%) sufre un alza, obteniendo que del total de horas clínicas, un 62% se practiquen en el sector privado. Claramente esto es evidencia de la puja distributiva, donde el sistema particular mediante incentivos económicos trata constantemente de atraer y retener a más médicos (normalmente los mejores) a expensas del sistema público.

Dada esta puja, en los últimos años se ha tratado tangencialmente de generar políticas y estímulos que permitan al menos mantener o (mientras se pueda) ampliar el número de médicos tanto en APS como en Servicios de Salud Hospitalarios. Algunas medidas que destacan son (como ya fue dicho) la implementación del plan AUGE-GES, el cambio en el sistema de formación de especialistas, y concretamente, el cambio de orientación que han tenido los médicos en la etapa de formación, motivando a éstos en las aulas a tener una mayor preocupación por la salud pública. De hecho, a raíz de esto último, el sector público ha logrado añadir a sus filas prácticamente la mitad de los nuevos especialistas que se van formando año a año, teniendo una tasa de retención de 60% al séptimo año de egreso.

Siguiendo en la línea de los médicos especialistas, la distribución que tienen éstos entre el sector público y privado varía respecto al que obtuvimos con el total de médicos, ya que poco menos de la mitad de ellos (40%) atiende exclusivamente en el privado (no como en el caso del global de médicos, donde un 52% dedicaba toda su labor al privado). El lector debe tener en consideración de que no hay especialistas en la APS, sólo médicos generales, por lo que éstos sólo podrán distribuirse entre servicios de salud y privados. A continuación dejamos el gráfico de esta situación (al igual que en los análisis gráficos anteriores, trabajamos con datos proporcionados del SII y del Sistema Integrado de Recursos Humanos del MINSAL, ocupados en sus reportes del año 2011).

GRAFICO 3.6 – HABITANTES POR MÉDICO
SEGÚN TIPO DE SEGURO 2010

FUENTE: MINSAL (2011), FUNDAMENTADO EN LAS BASES DE DATOS DEL SII Y DEL SIRH.



Por otra parte, donde se nota realmente una gran diferencia en la distribución de médicos (con y sin especialidad) es en el tipo de usuario al que atienden dependiendo del seguro que éste tenga, es decir, si el paciente está afiliado al sistema de aseguramiento público (FONASA) o al sistema de aseguramiento privado (ISAPREs). No obstante, aunque el siguiente gráfico nos permita visualizar como es la disponibilidad de médicos por usuarios de cada seguro (279 “beneficiarios” de ISAPREs por médico vs. 902 beneficiarios de FONASA por médico, muy distantes al promedio país), no es del todo fidedigno porque muchos de los pacientes que figuran en el sistema público se atienden con médicos del sector privado, mediante la Modalidad de Libre Elección (MLE) que tiene FONASA, cuya acción ha ido creciendo en los últimos años. De este modo, es claro ver que los usuarios afiliados al sistema público a través de la MLE puedan optar por un gran set de posibilidades de atención – sea público o privado – aumentando su utilidad y por supuesto, mostrándose como un mecanismo beneficioso a la demanda. Sin embargo, el que las personas beneficiarias de FONASA se atiendan en el sector privado genera otro problema distributivo: el sistema público financia al sistema privado. El inconveniente se da porque como la mayor parte de la población está en FONASA, y la mayor parte del gasto en salud está en el sector privado, el que se transfieran recursos del público al privado sólo hace que el sistema sea más desigual financieramente.

El Gráfico 3.6 observaremos cuantos habitantes beneficiarios de FONASA hay por cada médico con contrato en el sector público de salud y cuantos “beneficiarios” de ISAPREs (y

otros no FONASA) hay por médico que atiendan exclusivamente en el sector privado de salud.

Formación

Las escuelas de medicina son las entidades responsables de la formación de estos profesionales y de la oferta presente y futura que habrá de ellos. En la actualidad existen 21 universidades que imparten la carrera, con un total de 27 escuelas (la diferencia se debe a que algunas universidades cuentan con más de una escuela, situándolas en distintas regiones del país). De las 21 universidades, 18 de ellas componen la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), cuya misión, según lo indicado por ellos en su sitio web⁵⁵, señala:

“Somos una asociación de facultades que imparten la carrera de Medicina acreditada, referente en la formación en salud.

Velamos por la calidad de la educación médica de pregrado, postgrado y postítulo, con el fin de aportar profesionales de excelencia para la sociedad chilena, en un contexto de respeto a la persona, ético, pluralista y de bien común.”

En la Tabla 3.13 aparecen las universidades agrupadas en la ASOFAMECH y las otras 3 que no están acreditadas (hasta hace poco eran 4, contando a la Universidad del Mar, pero ésta por problemas administrativos, financieros y académicos se cerró el día 15 de mayo de 2013).

TABLA 3.13 – ESCUELAS DE MEDICINA
FUENTE: CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Asociadas a la ASOFAMECH

Universidad Andrés Bello (2)	Universidad de La Frontera
Universidad Austral de Chile	Universidad de Los Andes
Universidad Católica de Chile	Universidad de Santiago

⁵⁵ ASOFAMECH. (s.f.). *Asociación de Facultades de Medicina de Chile*. Recuperado el 6 de Enero de 2014, de <http://www.asofamech.cl/menu/quienesSomos/mision.html>

Universidad Católica de la Santísima Concepción	Universidad de Valparaíso (2)
Universidad Católica del Maule	Universidad del Desarrollo
Universidad Católica del Norte	Universidad Diego Portales
Universidad de Antofagasta	Universidad Finis Terrae
Universidad de Chile	Universidad Mayor (2)
Universidad de Concepción	Universidad San Sebastián (3)

No asociadas a la ASOFAMECH

Universidad Autónoma de Chile	Universidad Pedro de Valdivia (2)
Universidad de Talca	

(): Indica a las universidades que cuentan con más de una escuela. El número señala cuántas escuelas posee.

La evolución del número de escuelas en los últimos 5 años ha sido nula, pero si comparamos el número de hoy con el de hace 10 años atrás, distinguimos un aumento de 5 escuelas, lo que de cierto modo justifica el alza en el número de médicos para los períodos siguientes. Esto se aprecia en la Tabla 3.14.

Al contar con más escuelas, tenemos un aumento en los cupos (y por supuesto, de las matrículas) para entrar a la carrera de medicina en su primer año. La extensión en las matrículas de un año se verá reflejada en el número de médicos titulados 7 años después, que es lo que dura la carrera (haciendo el supuesto de que los alumnos que llegan al final de su carrera, lo hacen dentro de los 7 años que dura ésta). Desde el 2005 hasta el 2013, la variación positiva de las matrículas corresponde a un 22,5% (atribuibles al aumento en el número de escuelas), mientras que los titulados subieron a un 38,9%. Lo anterior nos propone un escenario en donde se ven perspectivas de crecimiento significativo a nivel agregado en los próximos períodos, pero aún no sabemos cuál será la distribución de éstos, ya sea si atenderán en el servicio público o privado, o si estarán en la Región Metropolitana a expensas del resto de regiones. Lo que si sabemos, es que la oferta de médicos está creciendo por sobre el ritmo de crecimiento de la población: los médicos en tan solo 2 años han crecido un poco menos del 21% (tener en cuenta que en las cifras se contabilizan a médicos que actualmente ya no están en ejercicio), en cambio la tasa de crecimiento poblacional desde el 2002 al 2012 es de un 10%, siendo propicio para mejorar la situación actual de déficit en este mercado, siempre y cuando la asignación de recursos sea eficiente y su distribución sea equitativa.

TABLA 3.14 – ESCUELAS DE MEDICINA Y MATRÍCULAS
2005-2013

FUENTE: CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Año	N° de Escuelas	Matrículas 1°	Matrícula Total	N° de Titulados
		Año		
2005	22	1.625	8.378	746
2006	23	1.709	9.503	750
2007	25	1.734	10.052	664
2008	26	1.778	10.735	815
2009	28	1.909	11.428	1.101
2010	28	1.927	11.887	936
2011	29	2.055	12.501	1.077
2012	28	2.035	12.789	1.355
2013*	27	1.990	13.119	1.036

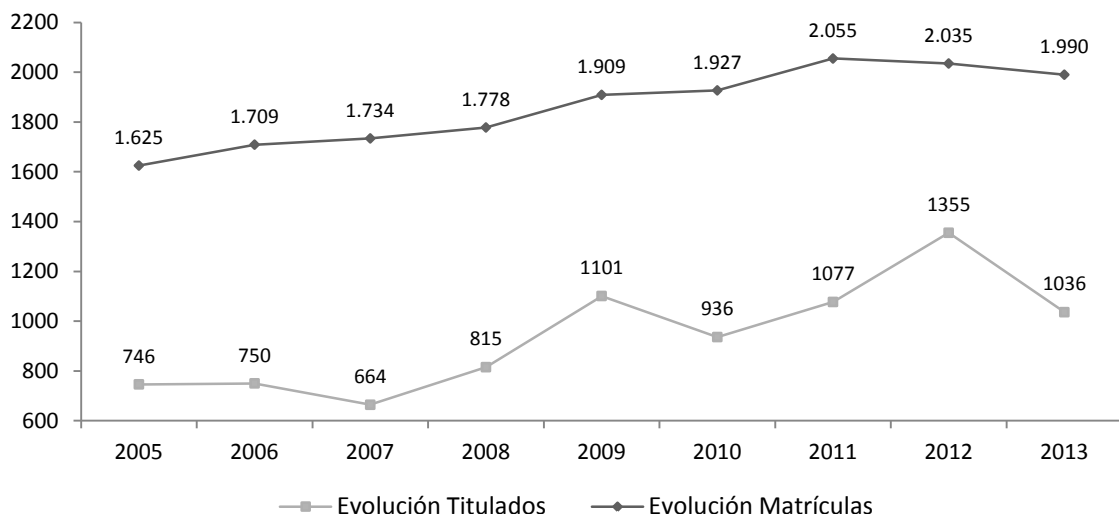
* Considera hasta el 14 de Noviembre del 2013.

Podemos construir, aunque sea de forma poco robusta, la tasa de titulación de los médicos, la cual calculamos estableciendo la razón de los titulados en “t” con los matriculados en “t-7”. Haciendo esta fórmula para los períodos en donde podemos tener la relación, en promedio tenemos que la tasa de titulación equivale a un 70%. Si es así, podemos proyectar que en 5 años más, es decir, para el 2018, tendremos adicionalmente 6.793 médicos, lo que significa un aumento del 20% de la oferta de médicos, ceteris paribus. En el gráfico que viene a continuación los lectores podrán apreciar la proyección de médicos para los siguientes 5 años, desagregado por cada período.

Si bien la oferta está aumentando y se proyecta que siga en esta tendencia, también la demanda por prestaciones médicas lo está haciendo por su propia cuenta, teniendo como factores los ya mencionados: envejecimiento poblacional, cambio en el patrón de enfermedades, mayor poder adquisitivo y mayor acceso a la información sobre la medicina, sumado a la disponibilidad de tecnologías médicas, mayor conciencia y responsabilidad por la salud de cada uno y el mayor acceso a las prestaciones en sí.

GRAFICO 3.7 – MATRICULAS Y TITULADOS DE MEDICINA

FUENTE: CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR



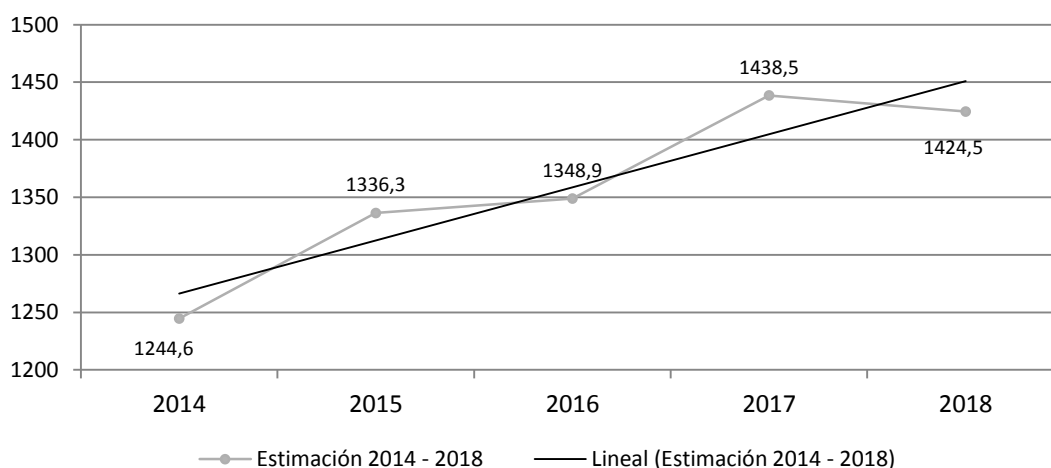
Para que los médicos puedan especializarse, no sólo requieren haberse graduado y licenciado de medicina, sino que también requieren aprobar el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM). El EUNACOM mide teórica y prácticamente tanto conocimientos como habilidades clínicas mínimas que debe dominar el titulado de medicina, cuyo fin es el que los médicos puedan postular a programas de especialización, puedan trabajar en el sistema público (tanto dependientes del MINSAL como dependientes de las municipalidades) y puedan otorgar prestaciones a beneficiarios de FONASA en la MLE.

Dado que es una barrera de entrada al servicio público, y sabiendo que existe un déficit en la oferta de profesionales para este sector, es que toma tanta importancia la aprobación de este examen. De hecho, en el último año ha habido gran controversia debido al aumento de los médicos extranjeros en el país, quienes sin aprobar el EUNACOM pueden trabajar en el sector público y por remuneraciones mucho más altas que las percibidas por los médicos nacionales. Esta medida paliativa es bastante superficial, dado que no soluciona el problema de fondo, y además, genera un aumento en el gasto de salud por médicos del cual no sabemos si cuentan con la calidad para ejercer el cuidado, diagnóstico y tratamientos de los pacientes. Según se dijo en la prensa, el sector público está pagando el doble al médico extranjero de lo que gana el médico local por ejercer la misma labor. Ante esto, el MINSAL

responde que es una medida rápida para contrarrestar la mayor cantidad demandada de prestaciones médicas y que con tales rentas supone retenerlos para no sufrir caídas inesperadas en la oferta de médicos.

GRAFICO 3.8 – PROYECCIÓN TITULADOS DE MEDICINA
2014-2018

FUENTE: CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR.



Hace muy pocos días atrás salieron los resultados del EUNACOM aplicado en diciembre 2013, el cual evidencia una alta reprobación del examen. Justificaciones que han surgido para algunos ante este caso son el alza en la dificultad de la prueba, y para otros la situación sólo muestra un fiel reflejo de la baja calificación que hay presente en varias de las escuelas de medicina. La consecuencia de lo anterior es que se limita el acceso de médicos al sector público, siendo que ya presenta una enorme brecha de estos profesionales de la salud. Es debido a ello que varios agentes en torno al mundo de la salud y de los médicos piensan en eliminar el EUNACOM, como medida paliativa. Sin embargo, hay otros miembros del sistema que manifiestan una reformulación del examen, dado que el eliminarlo influye en una baja de la calidad de la carrera. Una de las medidas a emplear es la aplicación del examen 2 veces al año, para no retrasar tanto a los egresados de medicina que hayan reprobado el examen y deseen ingresar al sistema público.

Son varias las reformas que se vienen en los próximos años para mejorar tanto en número como en calidad de las prestaciones médicas. Siguiendo en la línea de exámenes de

conocimientos clínicos, se está discutiendo dentro de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) el uso de un examen como el EUNACOM pero para especialistas, y justificar el ingreso de éstos al sector público. Si bien sería otra barrera a la reducción de la brecha de especialistas, permitiría mejorar la calidad en la prestación de salud pública especializada, ya que además éste se aplicaría a los médicos extranjeros que han crecido fuertemente en los últimos años para convalidar su especialidad de origen y pueda ejercerla como tal en el sistema estatal.

Respecto a las especialidades, estas son un estudio de postgrado (considerada como un complemento de la educación de pregrado) para alumnos de medicina que ya hayan egresado de la universidad, en donde se le entrega una serie de nociones y prácticas determinadas relativas a un área específica de las ciencias médicas, como por ejemplo la anestesiología, la pediatría, entre otras, teniendo el deber de dominar el conocimiento, el diagnóstico y el tratamiento de todas las enfermedades de una disciplina reconocida como especialidad.

Una vez que se aprueba el postgrado, los médicos especialistas pueden ejercer tanto en el sector público como en el privado. Si es que trabajan en el público, lo hacen generalmente en los servicios de salud, como en hospitales, centros de especialidades y centros de alta complejidad. Aun así, también pueden ejercer en la APS, trabajando en consultorios como médicos de cabecera (aunque son los menos).

Respecto al tipo de especialidades podemos identificar a 2: las primarias y las derivadas. A las especialidades primarias puede ingresar cualquier médico ya egresado de la carrera sin ningún otro requisito, mientras que a las especialidades derivadas sólo pueden ingresar aquellos médicos que ya cuenten con alguna especialidad primaria.

También cabe señalar la importancia que tienen 2 instituciones en la certificación de especialistas: la Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) y la Agencia Acreditadora de Programas y Centros formadores de Especialistas (APICE). La primera de ellas define las especialidades médicas y certifica a quiénes se

especialicen. La segunda se preocupa de la evaluación y certificación de los programas de formación para especialistas.

En base a la reseña previa, la Tabla 3.15 muestra cuántos especialistas hay en el presente, como han evolucionado éstos en los últimos años, y en cuánto asciende la tasa de especialización de los médicos.

Se destaca que en prácticamente 3 años casi se ha duplicado el número de especialistas inscritos en el país, creciendo a un ritmo más rápido que el incremento en el total de médicos, aunque se debe tener en cuenta que las inscripciones todavía siguen registrando a médicos que ya no practican el ejercicio de la medicina. Aun así, ha generado que la tasa de especialización haya aumentado considerablemente (se estima que 3 de cada 4 médicos cuenta con al menos una especialidad). Esta elevada tasa responde a la importancia que tiene para los médicos contar con la formación de un postgrado, ya que si únicamente se quedan con el estudio de pregrado sólo pueden ejercer su profesión en un nivel básico. Además, habría que considerar otros incentivos que pueden tener, como mejores expectativas económicas y/o mejoras en el progreso tecnológico para el trabajo del personal especializado.

Esta observación pareciera demostrar un alto grado de profesionalización del recurso humano clínico nacional (lo cual si lo es, no cabe duda de eso), pero si vamos más allá, lo anterior genera de cierto modo problemas en la planificación y asignación de estos recursos, concretamente en la relación entre médicos generales y especialistas que requiere el país. Román (2010) señala al respecto:

“En el sistema actual, se prioriza las atenciones secundaria y terciaria, que requieren especialistas, en desmedro de la atención primaria, que sirven los médicos generales y que constituye el pilar fundamental de la reforma de salud en marcha en el país.”

La cita anterior nos revela la desalineación existente entre el sistema global de salud (mercado) y las políticas de Estado, evidenciando la ineficiencia que hay en conjunto con la ya conocida inequidad. Este escenario se va tejiendo producto de la imperfecta

competencia presente en sistema de la salud y en todos sus derivados, tal como lo es el mercado de los médicos.

TABLA 3.15 – MÉDICOS ESPECIALISTAS

FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE SALUD, ESTADÍSTICAS DE PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD.

Año	Número de médicos	Número de médicos especialistas	Tasa de Especialización (%)
2013	33.337	25.625	76,9%
2012	30.431	23.163	76,1%
2011	27.483	18.600	67,7%
2010	25.136	15.305	60,9%

*Considera hasta el 31 de octubre de 2013.

Ahora bien, si el médico titulado cumple con el EUNACOM y los requisitos solicitados puede postular a algunas de las becas de formación de especialistas. Las becas pueden ser mediante programas ministeriales o pueden ser autofinanciadas. Estas últimas prácticamente van en camino a la extinción – proporcionando un mayor paso a las becas financiadas por el Estado – dado que no contribuyen a cerrar la brecha existente en el sistema público, sólo sustentan al sector privado por mientras se busca la rápida recuperación de la inversión realizada (considerando a la educación, en este caso, estudiar medicina durante 7 años, como una inversión).

Respecto a los programas ministeriales⁵⁶, se entregan 5 tipos de becas:

- La beca EDF (Etapa de Destinación y Formación), o también conocida como general de zona, destinada a entregar atención médica en zonas rurales, de escasos recursos y/o de difícil acceso.
- La beca FORDIR (Formación Directa), que como bien dice su nombre, forma directamente al médico en los servicios de salud. Es la que cuenta con mayores profesionales en formación.
- La beca APS (Atención Primaria de Salud), en donde el médico en formación debe prestar atención primaria durante 3 años.

⁵⁶ Dependientes del Ministerio de Salud.

- La beca FOREBAS (Formación de Especialistas Básicos en la Atención de Salud), es como la beca APS, pero con una duración de 6 años, cumpliendo el programa de especialidad con media jornada de beca y media jornada de trabajo en consultorio. En la actualidad se está pensando en modificar el tratamiento de ésta y pasarlas a general de zona, pero en sectores urbanos.
- Otras becas, como aquellas que se financian para la formación en el extranjero.

La siguiente tabla nos muestra el número de profesionales que ingresaron a cada una de las becas, los que egresaron, y los que se mantienen en la formación de la especialidad. Eso sí, estos datos desagregados los tenemos para el año 2011, los que han sido agrupados por estudios realizados por el gremio Clínicas de Chile:

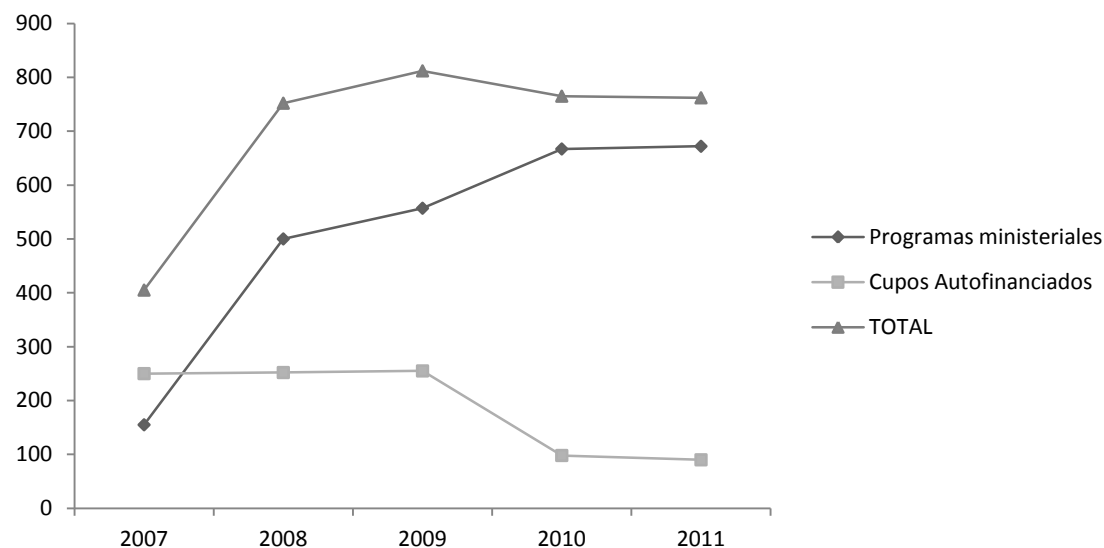
TABLA 3.16 – BECAS PARA MÉDICOS
FUENTE: ASOCIACIÓN GREMIAL CLÍNICAS DE CHILE, 2011

Programa Ministerial	Ingreso 2011	Continuidad	Egreso 2011	Total
EDF	161	304	0	465
FORDIR	330	396	160	886
APS	55	152	61	268
FOREBAS	111	190	158	459
Total	657	1042	379	2078

Esta tabla nos entrega información de cómo se distribuyen las becas entre las distintas que hay supervisadas por el MINSAL. En él notaremos que las becas FORDIR son las preferidas, sirviendo a los servicios de salud, manteniendo al margen a la atención primaria. Al final de este capítulo se discutirá si la asignación de cupos por beca son las que el país necesita, o hay que redistribuirlas de mejor manera para suplir los déficits de éstos en distintos sectores del mercado de salud.

Reconocida la existencia y los tipos de becas de formación de especialistas, entramos de lleno en la evolución de los cupos que hay por beca como determinante del número de especialistas que habrá en el corto y mediano plazo:

GRAFICO 3.9 – CUPOS PARA ESPECIALISTAS
FUENTE: ASOCIACIÓN GREMIAL CLÍNICAS DE CHILE, 2011



En el gráfico anterior distinguimos que las vacantes han registrado un aumento significativo producto principalmente del alza en las becas de programas con financiamiento ministerial, las cuáles hoy representan más de un 85% esperándose que en muy pocos años más se alcance un número próximo al 100%. Este aumento se da en el marco de una gran disminución de los cupos autofinanciados, pero que han sido reemplazados por más vacantes en programas provistos ministerialmente.

Eso sí, cabe realizar ciertas consideraciones a partir del análisis previo. Las becas FOREBAS se están cerrando jurídicamente por problemas derivados de su larga duración (y que algunos actores del sector salud piensan en la inviabilidad de esta beca en el largo plazo) y por problemas en la contemplación de los especialistas en formación a la hora de generar relaciones contractuales con sus campos clínicos y del cómo establecen sus remuneraciones y pagos previsionales. El número de vacantes no se perderá porque serán reemplazados por otros tipos de becas. Se está pensando en sustituirlas por más becas generales de zona, pero destinadas a zonas urbanas que presentan déficits de profesionales médicos.

Otra observación al gráfico es el estancamiento en el número de becas desde el año 2009, cuya probable atribución es producto de la puesta en marcha del EUNACOM, la que actúa como barrera al ingreso de formación de especialistas, generando que varios cupos no pudiesen ser llenados.

Según el Ministerio de Salud, para el 2014 sólo habrá 1.200 vacantes disponibles para los cerca de 2.400 médicos generales que desean optar por la especialización. El evidente déficit de cupos tiene distintas lecturas. Primero, podemos señalar que no se cuenta con mayores recursos para ampliar el número de becas. ¿Qué recursos? Por un lado el recurso humano, ya que faltan docentes debido a su migración al sector privado, y por otro lado, campos clínicos en donde los médicos puedan practicar (también se debe recordar las condiciones laborales en las que deben ser considerados los becarios, dado a que no se les reconoce como funcionarios público aunque se encuentren ejerciendo sus laborales de formación de especialistas en el sector público). Una segunda lectura es porque como no se necesitan un aumento significativo de especialistas, no es necesario el aumento de cupos, por más que estos sean sobredemandados. Además, no hay una activa promoción por parte gremios médicos a la extensión de éstos, ya que al tener una mayor oferta de médicos especialistas, impactará en los reajustes salariales que tendrán en períodos posteriores. Una tercera y última lectura, es simplemente por la falta de voluntad política que permita, gestione y supervise reestructuraciones en las escuelas de pregrado y postgrado con el fin de regular el número de médicos generales y médicos especialistas, y ojalá, con la distribución que el país necesita.

Si bien existe un déficit de especialistas en el sector público y un déficit en la oferta de cupos en becas de formación, en el último período ha aumentado los especialistas en general y también se ha visto un alza en las vacantes para las becas de especialidad. Sin embargo, ello no implica lisa y llanamente una reducción de las brechas existentes en varias zonas del país. Esto responde a que la capacidad de resolución de los déficits no sólo estriba de factores económicos, sino que hay otros factores que inciden en la posibilidad de poder cerrar esta brecha. Uno de estos factores son las preferencias que tiene cada uno de los médicos. Por más que se requieran médicos en ciertas zonas del país, no se les puede obligar a cubrir esos destinos si no es de su preferencia. A la hora de considerar el trabajo y su ubicación, se

debe considerar tanto la remuneración a percibir, el poder establecer una familia, tener estabilidad y condiciones de vida que satisfagan la estadía del profesional en la zona de ejercicio. Otro componente que incide es el lugar propiamente tal en donde se desempeñará y vivirá. En él se espera que cuente con acceso a colegios y universidades para los hijos, lugares de esparcimiento y entretención, conectividad, entre otros. Por último, otro factor que incide es el desarrollo de la red de salud en la zona de trabajo: infraestructura, tecnología médica disponible para su uso, ambiente laboral, y otras condiciones laborales que son evaluadas por el médico a la hora de decidir en donde ejercer su profesión. Reconociendo todos estos incentivos, si la zona de trabajo no las proporciona, será muy difícil de que un especialista (o un médico general) opten por territorios en donde existan brechas de estos profesionales.

Combinando los 3 principales factores – mencionados en el párrafo anterior – de distintas formas, nos permite clasificar cada zona del país según el atractivo que tengan para sumar a más médicos, de si pueden retenerlos, y si es que tienen grandes déficits de especialistas. Según Clínicas de Chile A.G., ello permitirá a las autoridades analizar y gestionar políticas necesarias en la destinación de recursos para la creación de médicos de manera eficiente. Por tanto, se generan las siguientes categorías: zona crítica, zona intermedia y zona de retención.

La primera de ellas, zona crítica, se refiere a las regiones donde las brechas son más amplias, con falta tanto de médicos generales como especialistas, donde tampoco existe o es muy escasa la formación de estos profesionales. Regiones que se clasifican en esta categoría son la de Arica y Parinacota (XV), Tarapacá (I), Antofagasta (II), Atacama (III), la provincia de Arauco en la región del Bío Bío (VIII) y la isla de Chiloé correspondiente a la región de Los Lagos (X).

La segunda categoría, zona intermedia, es aquella en donde se presentan brechas menores que las presentes en las zonas críticas, y que además la falta de especialistas en el sector público no es producto de factores económicos, sino a los factores de desarrollo de red, incentivos regionales y preferencias personales de los médicos. Regiones presentes aquí son

la de Coquimbo (IV), O'Higgins (VI), Maule (VII), Araucanía (IX), Los Lagos (X), sin considerar la isla de Chiloé, Los Ríos (XIV), Aysén (XI) y Magallanes (XII).

La zona de retención es la tercera categoría que tenemos. En ella, no hay déficits de médicos, ya que se tienen con los profesionales que se necesitan, pero existe otro problema, que es la mala distribución de especialistas, los que cuentan con buena oferta del sector privado. Es esta presión del sector privado la que condiciona la mala distribución, evidenciando la competencia imperfecta existente en estas zonas. Las regiones de esta categoría son la de Valparaíso (V), Bío Bío (VIII) sin la provincia de Arauco, y la Metropolitana (XIII).

Finalmente, extrayendo las ideas centrales de este apartado y vinculándolas con el tema más recurrente en los últimos meses sobre médicos especialistas, que es sin duda alguna el déficit que existe de éstos en el sector público, nos permitimos emitir los siguientes comentarios.

El MINSAL estima que para suplir la brecha se necesitan aproximadamente 1400 especialistas. Las principales especialidades que muestran mayor necesidad son la medicina interna y la anestesiología, de cierto modo influenciado por los requerimientos de la implementación del plan AUGÉ-GES. No obstante, el déficit de especialistas no es el problema más grave del país, sino que lo es la mala distribución de éstos. Existe una alta concentración de ellos en la zona central producto de la falta de incentivos, malas condiciones de trabajo y pocas oportunidades de formación en regiones, y a la vez, una concentración de ellos en el sector privado, dado que las condiciones que se ofrecen allí por sobre el público son mucho mejores, destacándose la diferencia de remuneraciones entre sectores. Por lo tanto, mientras el sector público no tome cuenta de que está en un entorno imperfectamente competitivo, y que debe reestructurar sus sistemas de contratación y de financiamiento para que de alguna manera pueda generar incentivos semejantes a los del sector privado, el problema estructural que notamos seguirá siendo crónico. Por ahora sólo se han tomado medidas pasajeras, que si bien permiten cubrir déficits en ciertos sectores producto de la mala distribución, mantiene la duda sobre la calidad de la atención médica.

Una de estas medidas es la contratación de médicos extranjeros, la cual se analizará a continuación.

Otro tema relevante que incide en el mercado de los médicos, particularmente en la formación de médicos especialistas es la acreditación de cursos de especialidades. Durante los primeros días del mes de septiembre 2013 se dio a conocer por la APICE que el 24% de los programas están acreditados, y además, el MINSAL estimó que el 52% de los servicios de salud tienen una escasa o nula capacidad para formar médicos.

Lo anterior significa que por ahora, 1 de 4 escuelas está capacitada para formar médicos de calidad que garanticen una atención para sus pacientes como corresponde. Pero no se debe ser tan alarmista, ya que a esa fecha 62% de los programas se encontraban en proceso de acreditación. Eso sí, generará un gran problema el que las escuelas no se acrediten, ya que los futuros profesionales de la salud que se reciban de aquellas casa de estudio no podrán ingresar al servicio público, constituyendo otra barrera más a la entrada de especialistas al sector más deficitario.

El otro detalle que mencionábamos es la baja capacidad formadora en servicios de salud, lo que frena el aumento de cupos de estudiantes de medicina y de especialistas dado que sólo la mitad de los servicios de salud cumple con los requisitos para ser campos clínicos. Ello nos refleja un círculo vicioso: faltan docentes especialistas que preparen futuros médicos (debido a que estos se han fugado al sector privado), y como resultado, no habrá un aumento significativo de especialistas en el corto plazo, por lo que los pocos más que se lleguen a obtener, si se mantiene el sistema actual de salud, migrarán al privado y seguirán faltando docentes para las próximas generaciones.

Otros Temas

Como bien señalábamos, una medida paliativa y de urgencia ocupada por el MINSAL para hacer frente a la brecha de especialistas que existe hoy en día, es una apertura mayor a la contratación de médicos extranjeros en el sistema público. Ellos también son parte de la fuerza de trabajo de profesionales médicos disponible para la entrega de prestaciones de salud. ¿Cuál es el problema entonces? Los clínicos inmigrantes lo hacen sin tener el

EUNACOM aprobado (requisito para trabajar en el sistema público), y además reciben salarios mucho mayores que el recibido por un médico nacional que haya aprobado el examen y ejerza la misma labor. Esto del sobresueldo es para atraer a inmigrantes médicos a que trabajen en sectores en donde la oferta de clínicos nacionales no ve los incentivos para cubrir la plaza deficitaria. Por motivos de mercado, lo anterior se explica dado que los médicos extranjeros pasan a ser sustitutos de los médicos nacionales. Eso sí, en la práctica se aprecia en el sector público y además, no es que sean sustitutos drásticamente, dado que en general los extranjeros ocupan plazas de trabajo que aún no han sido llenadas dado que los médicos nacionales no dan o no tienen los incentivos para cubrir esas horas médicas en el sector público. A pesar de ello, si aumenta la inmigración y contratación de médicos extranjeros, se estanca o incluso disminuiría la contratación de médicos locales, viendo que también impacta en el precio a la fuerza de trabajo (salarios), ya que éstas se diferenciarían para cada uno de estos grupos, ya que el especialista extranjero gana el doble de lo que gana el especialista nacional. Con esto, se puede esperar que los médicos nacionales vean incentivos en ingresos para permanecer en el sector público y no fugar al privado apenas salgan de sus becas de especialidad.

Si bien sabemos que en las zonas extremas del país faltan médicos especialistas y que debemos crear incentivos para su contratación y retención, también se debe tener consideración de garantizar la calidad de la atención médica, principio fundamental del plan AUGE-GES. Es por ello, que como se desea cerrar estas brechas de especialistas y médicos generales, corresponde tomar medidas prudentes. No se puede tener estándares distintos para medir a los profesionales de la salud. Por lo tanto, es imprescindible que los facultativos foráneos pasen también por le EUNACOM para poder trabajar en el sector público.

Otro detalle relevante de esta situación, y que manifiesta la privatización del sector público, es el que los médicos extranjeros ingresan al sistema a través de empresas que concesionan los servicios, por lo que no se rigen bajo las normas de la Ley Médica. Lo anterior significa que al no estar bajo esa ley, no forman parte del equipo clínico en el lugar donde se desempeñen, por lo que al existir una negligencia, ellos no asumirán responsabilidad legal. Es así como se evidencia que estas soluciones son solo jugadas políticas con el fin de

empoderar más al privado, quiénes concesionan las construcciones de los recintos hospitalarios, los servicios de casino, los estacionamientos y ahora, a los médicos.

A raíz de lo que señalamos en el apartado anterior sobre la calidad como principio fundamental tras la implementación del plan AUGE-GES, es necesario mencionar ciertos aspectos relevantes de esta reforma en la salud y del impacto que ha tenido en las prácticas médicas, más allá del aumento del gasto en salud pública que provoca esta gran medida.

Una vez que se definieron las enfermedades y los trastornos a garantizar dentro del plan, se crearon las Guías Clínicas basadas en evidencias, con los objetivos de brindar estándares mínimos de calidad y a la vez, de contar con mecanismos de control de costos. Éstas nacieron a partir de estudios realizados por alumnos de medicina en conjunto de médicos especialistas y clínicos docentes, cuyo objetivo era establecer las mejores maneras de dar soluciones integrales a los problemas de salud garantizados, desde la etapa preventiva hasta la de rehabilitación.

En términos prácticos, lo que propone estas Guías Clínicas son pautas de procedimientos de diagnóstico y tratamientos a las enfermedades que han sido garantizadas. Además, buscan la reducción de la variabilidad de la práctica clínica y organizar el sistema completo de derivaciones dependiendo de la complejidad dentro de las redes asistenciales y entre las redes asistenciales. Ello permitirá una atención más fluida dentro del déficit de profesionales de la salud que hay (no sólo médicos, sino que también enfermeras, a modo de ejemplo), y que los recursos en término de diagnósticos y tratamientos sean más eficientes.

Aun así, reconociendo lo positivo de estas medidas que proponen mejores procedimientos y más efectivos para dar solución a los problemas de salud, en donde se le da a conocer al paciente explícitamente cada paso dentro de la atención médica y las distintas opciones con las que puede contar, además de las prioridades establecidas dentro del plan y el sistema de financiamiento que deben tener las aseguradoras con las enfermedades garantizadas por ley, surgieron rechazos y críticas por parte de los gremios médicos, específicamente del Colegio Médico (COLMED).

Los argumentos en contra que dan en la asociación gremial son de distinta índole. Primero, defienden la privatización del sistema público como medida eficiencia. Basado en ello, se oponen al diseño de “paquetes básicos garantizados” para la población más pobre ya que limitan los problemas de salud que puedan tener a los explicitados en los paquetes. Otra crítica que manifiestan es de índole ético, ya que según ellos se restringe la libertad de ejercicio profesional por la exigencia de cumplir con las Guías Clínicas. Por último, lo que más les duele en nuestra opinión, es la pérdida de ingresos a percibir producto de las prestaciones AUGE-GES, las que por ley son financiadas por el Estado, pero a aranceles más bajos que los cobrados y definidos por ellos dentro del mercado.

En este sentido la resistencia que mostraron al plan AUGE-GES sólo tuvo consecuencias nefastas, tanto para ellos con el debilitamiento del “prestigio” con el que contaban, como para la implementación de la reforma que se vio con dificultades para cumplir con todos sus objetivos.

Por otro lado, bien sabemos que el médico general, quien es el que está presente en la APS, es el que actúa como filtro para la atención médica especializada, quiénes están tanto en la atención secundaria como terciaria. Es ese rol de los médicos generales en conjunto con las relaciones longitudinales que mantienen con sus pacientes en la APS la que permite optar por mayores beneficios sociales producto de una mayor eficiencia en el servicio médico. Además, la labor de filtro que ejercen en la atención primaria concibe una mayor probabilidad de éxito en el diagnóstico y tratamiento en la atención especializada.

En la breve descripción anterior notamos la gran importancia que tiene la APS para la calidad de vida de una sociedad. De hecho, está empíricamente demostrado que los países que gozan de los sistemas de salud más eficientes son aquellos que tienen una mejor atención primaria. También se sabe que cuando el paciente accede directamente a un médico especialista sin pasar previamente por un médico general, conllevará a un uso inapropiado de recursos, lo que se ha visto y presenciado (principalmente en invierno) en el uso de los servicios de urgencia.

En fin, motivos sobran para decir que se debe fortalecer mediante políticas de recursos humanos para el servicio y políticas de construcción de nuevos consultorios, centros de salud familiar y servicios de atención primaria de urgencia (SAPU).

En algunas zonas del país se ha presenciado conductas anticompetitivas de médicos mediante la cartelización de éstos, bloqueando la competencia. Al ser tan pocos especialistas en ciertas zonas del país, producto de la distribución de éstos, conforman asociaciones gremiales por zona, en donde al conocerse entre ellos y conocer el sector donde se desempeñan, pueden establecer control de precios (colusión). Estas situaciones se dan ya que existen vacíos regulatorios e incentivos a la obtención de mayores rentas a expensas de la demanda. Además, el poder que tienen las asociaciones gremiales de médicos, en particular el Colegio Médico, y sobre todo en regiones, es tan grande que son capaces de controlar los cupos de médicos generales y especialistas en cada zona, por lo que da pie a que se generen carteles de éstos. A la vez, indirectamente bloquean la entrada a nuevos médicos, por lo que pasan a convertirse en una fuerza que impide la competencia de éstos en regiones, y que da ciertos caracteres idiosincráticos al modelo de salud chileno.

Hubo 2 casos emblemáticos durante el 2013:

- El primero de ellos es la colusión de ginecólogos en la provincia de Ñuble, en la que se desprendieron de las ISAPRES para así obligar a los pacientes a atenderse mediante FONASA (con un mayor gasto de bolsillo) o de forma particular, en donde ellos acordaban un precio mínimo en el cobro de sus prestaciones.
- El segundo caso apunta a la fijación de aranceles de referencias para las prestaciones de médicos cirujanos en la V región, lo que les otorga poder de mercado al negociar con las ISAPRES.

Discusión

Es inevitable notar que hay graves problemas en el sector médico del país, tanto de la disponibilidad de ellos como de la distribución que éstos tienen, comparando su oferta en los sectores público/privado, FONASA/ISAPRES, zona central (específicamente Región Metropolitana) vs. zonas norte y sur, o médicos generales vs. especialistas. Este gran

deterioro observado se ha visto magnificado a través de los años debido a la penetración de políticas de mercado, no sólo en salud, sino que también en el área educación. El cambio de paradigma económico desde una economía de bienestar a una economía subsidiaria se ha advertido en todas las áreas. Por ejemplo, en el área de educación (como contexto para la formación de médicos) ha reflejado modificaciones en el financiamiento que tienen las universidades tradicionales, ya que como han sufrido restricciones monetarias por parte del Estado, ahora deben financiarse en base a aranceles y matrículas, además del surgimiento de un sistema universitario altamente desregulado, apareciendo fuertemente las universidades privadas, donde muchas ofrecen carreras de baja calidad en la enseñanza o poco competitivas, sumado también a la nula regulación de las carreras que se dictan y del desequilibrio entre el número de vacantes ofrecidas y el número de profesionales que se requieren en el país.

A raíz de esto, es importante destacar el costo que tienen las carreras de medicina, la que sin duda alguna es la carrera con los aranceles más altos, y en donde paralelamente se requiere de una serie de insumos de alto costo, como parte de su formación. Esto incide en que deban recibir ingresos más altos para recuperar la inversión y los años destinados a la formación. El comportamiento que observamos a la hora del egreso de los médicos es la tendencia a optar al sistema privado por sus mayores remuneraciones y mejores condiciones laborales. Es por eso que dentro del MINSAL están cambiando la estructura de las becas de especialidad, cuyo objetivo es retener en el sector público a quienes decidan optar al postítulo, y eliminar las becas autofinanciadas.

Hemos visto que ha aumentado el número de médicos por sobre el ritmo de crecimiento vegetativo de la población, que también ha aumentado el número de escuelas de formación de médicos (pregrado) – lo que refleja un aumento en las matrículas –, también un alza en los titulados y se proyecta que todos estos números sigan creciendo. El problema está en que aún faltan más médicos y más especialistas si es que queremos apostar a tener un modelo de salud de iguales características que los países más grandes pertenecientes a la OCDE, aunque no es claro que este sea el objetivo. Por ahora, sólo cumplimos con las recomendaciones de la OMS.

Aun así, el problema más grande es la distribución de los mismos. Primeramente, se ha revisado la fuerte tendencia de la fuga de médicos desde el sector público al sector privado, situación que no sólo se refleja en el número de médicos, sino que en las horas médicas que éstos destinan por sector. Es esto lo que finalmente genera el déficit que existe en el sector público, y principalmente de médicos especialistas. En segundo lugar, existe a la vez una inequitativa distribución geográfica de médicos, ya que gran parte de éstos, tanto generales como especialistas, se concentran en el zona central, principalmente en la región Metropolitana, lo que está estrechamente relacionado con las condiciones laborales y las opciones de desarrollo que pueden encontrar allí.

Esta distribución podría generar aumentos en el gasto, no obstante, no se trata sólo de esto, sino de la distorsión del sentido que debiese tener el modelo de salud chileno. Si queremos una medicina más preventiva, necesitamos fortalecer la atención primaria, la cual requiere más médicos generales (no puede haber desarrollo de especialidades si no se cuenta con un desarrollo de la atención médica básica). Es importante a la vez señalar que la alta tasa de especialización responde tanto a incentivos económicos como no económicos, muchos de estos propuestos con facilidad por el sector privado, donde no tienen problema en hacerlo ya que cuentan con los recursos para atraer y retener a los mejores del área. Allí claramente vemos como se manifiesta la puja, ya que este aumento en gastos por tener más especialistas hace que el sector privado genere los incentivos para contar con ellos, cambiando la estructura de precios de las prestaciones de salud (por sobre las propuestas por FONASA) e impactando en el gasto propio de los usuarios. Además, el gasto no sólo ha sido víctima del aumento en precios de las prestaciones producto de estas dinámicas de competencia imperfecta, sino que también por un aumento de la demanda de prestaciones.

Esto se puede ir corrigiendo si existe voluntad política. Por lo tanto, queda propuesta una serie de reformas que debiesen implementarse en el sector para mejorar en término de distribución, eficiencia, equidad, control de costos, e incidencia sobre los otros mercados de salud. Creemos que se debe tener un mayor peso en términos institucionales, como lo es el MINSAL, la Superintendencia de Salud y asociaciones acreditadoras. Ellos son los que dan base y los lineamientos a seguir en un modelo de salud. El Ministerio de Salud, en conjunto con las escuelas de medicina podrían tener una vinculación tal que se tenga definido los

cupos de alumnos de pregrado, proyectándose lo que se necesita a futuro, al igual que el número de vacantes para las especialidades. Se debe tener claro cuáles son las especialidades que presentan mayores déficits de profesionales, como la anestesiología y la medicina interna (y prontamente la geriatría pensando en el envejecimiento de la población), y destinar más recursos a la formación de éstos. Hoy no existe una política unificada y centralizada para determinar éstos números, por tanto no hay control sobre ellos. Sólo notamos medidas paliativas como la contratación de médicos extranjeros evidenciando un mayor gasto y no teniendo la certeza de la calidad de su prestación médica.

A la vez se debe avanzar en la línea de la acreditación tanto de escuelas de pregrado como de postgrado. No es sólo importante destinar medidas cuantitativas, sino que también cualitativas. En base a ello, contar con pruebas como el EUNACOM pero para especialistas. Si bien es cierto que hay déficit de especialistas en el sector público, no es necesario seguir aumentando la cantidad de éstos, ya que a futuro desprotegeremos la atención primaria y por ende, la medicina preventiva (pilar de los mejores modelos de salud). Para eso, deben implementarse marcos regulatorios que frenen la rápida fuga de médicos al sector privado, y que permitan a través de incentivos económicos y no económicos, contar con más médicos en el sector público.

Cabe destacar que para tener más médicos a futuro, se deben contar con el cuerpo docente médico y con los campos clínicos que permitan la formación de más de ellos. Esto implica un gran gasto. Sin embargo, la construcción de hospitales debe ir acompañado del crecimiento en infraestructura de servicios de APS, para promover esta característica en la demanda, y fluyan de mejor manera las atenciones, con el fin de no colapsar el sistema.

3.3. Fármacos

Se ha hecho preocupante a nivel internacional el aumento en el número de enfermedades letales que se diagnostican anualmente. Un ejemplo de esto es lo publicado por el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer, quienes indican que el número de casos diagnosticados aumentó un 20% en la última década hasta alcanzar 12 millones de nuevas detecciones al año. De este total, 2.8 millones de los casos detectados encuentran su génesis en el estilo de vida que la gente suele llevar: Los niveles de sedentarismo han

aumentado a la vez que se ha reducido la calidad en la alimentación que se ingiere. Más preocupante aún es el hecho de que la incidencia de esta enfermedad afecta principalmente a países en desarrollo: Estos no solo son los que presentan un mayor número de diagnósticos anuales, sino también aquellos que detectan la enfermedad cuando esta ya se encuentra en etapas bastante avanzadas, lo que se debe principalmente a la falta de tecnología y el elevado costo de los tratamientos y medicinas (Ferlay et al. 2010).

Similar situación puede relatarse en lo relacionado con el VIH: Si bien la causa de esta enfermedad es independiente a la conducta alimenticia o sedentarismo de los individuos, se tiene que a términos del año 2012 el número total de afectados había alcanzado mundialmente la cifra de 35,3 millones en comparación a los 33,5 reportados a finales del año 2010, lo que sin duda tiene una incidencia directa en el gasto que debe realizarse no solo para combatir la enfermedad sino también para prevenir su propagación (WHO - HIV Department 2013).

Es preocupante el detrimento en el nivel de vida que sufren las personas diagnosticadas con algunas enfermedades, ellos además de tener que lidiar con sus dolorosos síntomas y el peso psicológico de poseer una enfermedad, deben luchar día a día con el precio de sus medicinas, curaciones y tratamientos médicos. Estar enfermo no es solamente doloroso sino también costoso, lo que genera una segregación entre aquellas personas que pueden “comprar salud” y aquellas que simplemente deben resistir los dolores e intentar sobrevivir, situación que no está ajena a nuestra realidad local, donde los aseguradores de salud prestan una escasa cobertura en medicinas (excepto para las patologías GES) lo que en conjunto con su afán por rescatar utilidades impide que existan mejoras en los beneficios destinados a la salud de la gente.

El tema que trataremos en este apartado tiene que ver justamente con lo que anteriormente hemos pretendido contextualizar: En un mundo donde los diagnósticos de enfermedades aumentan a diario, ¿Es ético o socialmente correcto permitir que el mercado establezca precios tan elevados a las medicinas?, ¿Debe intervenir el gobierno en la industria farmacéutica?

En esta sección llegamos al tercer y último mercado vital para entender la puja distributiva que se desarrolla en el mercado de la salud. Tal como hemos detallado en los dos apartados anteriores, los prestadores tienen incentivos para extraer la mayor cantidad posible de recursos de los pagadores, situación que analizaremos para este mercado entendiendo que existen dos participantes igualmente poderosos a la hora de establecer precios y captar rentas:

1. El primero de ellos corresponde a los laboratorios, quienes se encargan de la investigación científica necesaria para la elaboración de nuevos medicamentos o perfeccionamiento de los ya existentes.
2. Otro sector vital de este mercado lo componen las cadenas de distribución de fármacos. Analizaremos profundamente este rubro, dado que la concentración que existe en ella ha generado presiones al alza en los valores de las medicinas, debido a la necesidad de extraer utilidades y la precaria regulación gubernamental existente.

Laboratorios

Perspectiva Internacional

La industria farmacéutica es de seguro uno de los negocios más dinámicos que algún economista podría describir: Durante décadas hemos sido testigos de un raudo crecimiento y mejora en la calidad y especificidad de las medicinas creadas, situación que ha tenido un efecto directo sobre el nivel de vida de las personas. Es justamente este vital rol lo que ha determinado que este mercado además se destaque por la cantidad de recursos que percibe anualmente, dado que la gente valora una buena salud, y está dispuesta a pagar elevados montos con tal de extender sus años de vida, o al menos mejorar la calidad de vida que tendrán en la última etapa de su existencia.

Internacionalmente hemos visto que el negocio farmacéutico se basa en la capacidad de innovar y encontrar soluciones, cada vez más específicas, a las enfermedades que afectan a las personas. Es por esto que este negocio nace como un nicho de investigadores y científicos que por medio de constantes pruebas y ensayos pretenden buscar aquellos descubrimientos que logren garantizar la continuidad del negocio. Sin embargo este

complejo proceso puede tomar años, además de consumir una inmensa cantidad de recursos, lo que sin duda vuelve el panorama mucho más complejo (Jungmittag et al. 2000).

Durante años, miles de descubrimientos han logrado encontrar soluciones a las enfermedades que han afectado a la población, sin embargo el tiempo ha avanzado y las enfermedades que necesitan solución son cada vez más complejas de analizar y atacar. Sumado a esto tenemos que el patrón epidemiológico mundial ha migrado desde enfermedades principalmente infecciosas - que podían ser corregidas con fármacos sencillos y mejoras sanitarias - a aquellas de índole genético - las que sin duda requieren de mayores gastos en investigación dada la complejidad de su estudio.

Otro factor que ha afectado los costos en los que deben incurrir los laboratorios se relaciona con la estricta regulación que aplican los gobiernos antes de permitir que un medicamento ingrese al mercado: No basta con que una empresa encuentre un componente activo que logre curar ciertas enfermedades, sino que debe certificar que el medicamento tiene un efecto fisiológico y que no posee efectos secundarios nocivos para los consumidores. Este proceso de certificación puede ser tanto o más costoso que la etapa de investigación, además de retrasar durante años los permisos de venta y distribución de los descubrimientos (Peltzman 1972). Si bien actualmente los participantes de este mercado concuerdan en lo necesario que se hacen las normas sanitarias a fin de mejorar la calidad de los medicamentos, claramente ellos deben contemplar en sus costos este gasto adicional, lo que sin duda afecta directamente a los consumidores finales.

Actualmente, el tiempo promedio que demora un laboratorio en producir un nuevo medicamento, fluctúa entre los 10 y 15 años, generando costos totales cercanos a 1.2 billones de dólares, aunque ciertos estudios han mostrado que estos podrían ser en promedio aún mayores. Resulta igualmente impactante el hecho de que solo 2 de 10 medicamentos que se lanzan al mercado logran recuperar la inversión realizada en la etapa de I&D (PHRMA 2013). Esto nos muestra lo complejo que resulta el negocio de los laboratorios, dándonos a entender que los inversionistas no solo buscan recuperar la inversión realizada, sino adicionalmente el costo de oportunidad de esa inversión durante

los 10 o 15 años que dure el proceso y además una prima por riesgo ante un eventual fracaso del producto al ser lanzado al mercado.

Este complejo contexto es lo que ha hecho que en los últimos años la tasa a la cual se crean nuevos productos haya ido decayendo, lo que afecta directamente la rentabilidad de negocios de este tipo, situación que sin duda ha generado cambios en la forma que esta industria se conduce (Cockburn 2004). Actualmente, para un laboratorio es mucho más rentable dejar ligeramente la investigación de lado con el fin de tener recursos disponibles para comprar o asociarse con pequeños laboratorios que hayan logrado generar un avance científico trascendental, lo que sin duda permite que los laboratorios sean más eficientes en el gasto de sus recursos (LaFontaine & Slade 2007).

Resulta vital para la continuidad de esta industria la existencia de un estricto sistema de patentes que brinde protección a los descubrimientos a nivel internacional: Es necesario que la inmensa inversión realizada en investigación y posteriormente en los procesos de pruebas de los componentes activos, se encuentre protegida de imitadores inescrupulosos. Adicionalmente, la existencia de este instrumento legal de protección a la propiedad intelectual permite que el laboratorio posea un periodo de exclusividad, lo que sin duda facilita el posicionamiento de su producto en el mercado, haciendo más probable recuperar la inversión realizada. Una vez terminado este periodo es permitido que otros laboratorios imiten el producto y lo vendan a un valor considerablemente inferior al original lo que a mediano plazo implica beneficios directos para los consumidores.

Perspectiva Local

Luego de haber visto cómo funciona el mercado de los laboratorios en el extranjero, nos daremos cuenta que su homólogo local es demasiado distinto, lo que requiere que expliquemos sus características y detallemos las presiones que se generan internamente sobre los precios de los medicamentos.

En Chile, los laboratorios más que enfocarse en el negocio de la innovación se han centrado en la producción y manufactura de medicamentos sin patente, concentrándose en el exterior casi la totalidad de las inversiones en I&D.

En nuestro país, el gasto en I&D para el año 2004 fue de aproximadamente US\$646 millones, del cual un 53% proviene del sector público, un 37% del sector privado y un 10% de otras fuentes. De los recursos antes descritos, solo un 10% se destina a actividades de investigación de origen público, lo que sin duda es preocupante dado que esta labor se encuentra casi en su totalidad en manos del privado (Vassallo 2010). En nuestro país prácticamente no existe desarrollo de medicamentos o productos farmacéuticos, rol que precariamente han pretendido impulsar las Universidades por medio del autofinanciamiento de sus estudios o mediante la alianza estratégica con empresas de capitales extranjeros.

En la última década no han existido cambios profundos en el mercado de los laboratorios, aunque si se ha apreciado un aumento importante en el valor de los fármacos, situación que ha sido atribuida principalmente al término de la guerra de precios que mantuvieron las principales cadenas farmacéuticas del país en el año 2007, tema que profundizaremos más adelante (Programa de promoción del comercio sur-sur 2011).

En términos de regulación, es el ISP (Instituto de Salud Pública) la entidad gubernamental encargada de velar por el cumplimiento de las buenas prácticas en la elaboración de medicamentos, además de poseer la autoridad de emitir los permisos de producción (registros sanitarios) y a su vez la capacidad de anularlos en caso de que la empresa no esté realizando de manera correcta su labor. Adicionalmente el ISP es el encargado de fiscalizar los procesos de bioequivalencias de medicamentos, sin embargo no está en sus atribuciones velar por el respeto de las patentes internacionales, siendo este un rol de los tribunales del país, lo que implica que eventualmente el ISP podrá emitir registros sanitarios por medicamentos que ya han sido inscritos en el extranjero. Esta debilidad legal sin duda afecta el nivel de precios al cual se venden las medicinas en nuestro país, dado que existe un mercado que ofrece precarias garantías a los grandes laboratorios internacionales en tanto a protección de la inversión se refiere, situación que sin duda genera un *gap* perjudicial para las personas a la hora de comparar los precios de comercialización locales con los de otros países.

En Chile existen aproximadamente 70 laboratorios, coexistiendo aquellos de propietarios nacionales (60% Aprox) en conjunto con los de origen extranjero. Estos últimos corresponden a filiales de empresas multinacionales, por lo cual no poseen plantas productivas en el país: Según el ISP solo 32 laboratorios del total se catalogan como Laboratorios Farmacéuticos de Producción, entendiéndose que la fabricación interna se concentra principalmente en las empresas de capitales locales.

TABLA 3.17 - AGRUPACIONES FARMACÉUTICAS

FUENTE: VASSALLO, C. 2010. EL MERCADO DE MEDICAMENTOS EN CHILE: CARACTERIZACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA LA REGULACIÓN ECONÓMICA.

Representación	Empresas Asociadas	Características
Cámara Industrial Farmacéutica (CIF)	20	Laboratorios Multinacionales
Asociación Industria Laboratorios Farmacéuticos (ASILFA)	10	Nacionales - Alpes Laboratories, Biosano, Gador S.A., Labomed, Pharma Investi, Laboratorios Rider, Fresenius Kabi, Sanitas, Tecnofarma.
Camara Nacional de Laboratorios (CANALAB)	14	Pasteur, Prater, Knop, Ximena, Polanco, Garden House y otros.

Esta heterogeneidad de participantes en el mercado ha hecho que gran parte de ellos se encuentren conglomerados en Cámaras o Asociaciones, las que tienen como propósito defender sus derechos y coordinarse de manera más eficiente ante externalidades o imprevistos que puedan afectar el negocio, así como establecer acuerdos de Co-Marketing que puedan beneficiar al grupo. Si bien estas asociaciones son necesarias para facilitar la interacción entre los participantes de este rubro, se debe tener especial cuidado de que tan benéficas para la población sean los fines que cada uno persiga.

1. Cámara Industrial Farmacéutica (CIF): Esta asociación reúne a las compañías farmacéuticas de origen internacional, quienes se caracterizan por poseer la propiedad intelectual de diversos medicamentos e investigaciones que previamente han realizado: Representan el foco de la innovación local e internacional lo que permite enfrentar nuevas enfermedades o desarrollar nuevas terapias. Las normas de producción y aprobación de las medicinas se basan en los acuerdos internacionales, por lo cual su internación representa un *benchmark* en lo que respecta a calidad y certificación.

2. Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos chilenos (ASILFA A.G.): Con presencia en Chile desde el año 1986, esta reúne a los laboratorios de origen nacional, quienes en su mayoría se dedican a la producción de medicamentos sin patente. Según la propia declaración de la asociación, su fin es promover la innovación y el desarrollo tecnológico local, lo que implica no solamente el fomento de una política industrial agregada, sino también el establecimiento de un constructo legal que permita el crecimiento del sector.
3. Cámara Nacional de Laboratorios Farmacéuticos de Chile (CANALAB A.G.): La función de este gremio se basa en la agrupación de pequeños y medianos laboratorios e incentivar el traspaso tecnológico entre ellos, con el fin de generar sinergias que mejoren el posicionamiento relativo que estas instituciones poseen en el mercado.

Debido a ciertas políticas públicas que el gobierno ha pretendido impulsar, en particular aquello ligado al Proyecto de Ley de Fármacos, es que se ha alertado sobre el elevado precio que los medicamentos tienen en nuestro país. En entrevista del Ministro de Salud Sr. Jaime Mañalich a un medio radial local, este indicó que si nuestro sistema de salud es uno de los más caros del mundo se debe principalmente al elevado costo que los medicamentos poseen, situación que se puede corregir impulsando la producción de medicamentos genéricos y la flexibilización en la distribución de ciertos medicamentos, extendiendo el tipo de locales que puede calificar para estos fines. Esto ha llevado a que el ISP haya impuesto mayores exigencias de calidad en la manufactura de los medicamentos, a la vez que tenga que enfrentar un aumento cuantioso en los requerimientos de estudios de bioequivalencia dada la imperante necesidad que el gobierno ha establecido.

Debemos mencionar desde ya que diversos participantes del mercado⁵⁷ han indicado que el rol del ISP es demasiado amplio, no dando abasto para cumplir eficazmente su rol. En particular, las declaraciones apuntan a que se debiese modificar los estudios de bioequivalencia dado que estos no miden el efecto fisiológico del medicamento genérico, sino solamente que la absorción de los compuestos en el organismo se produzca en los mismos tiempos que el medicamento de marca: Rol y rigurosidad técnica que se escapa a las capacidades del ISP.

⁵⁷ Según las declaraciones obtenidas en entrevistas personales con representantes de Asilfa y Pfizer.

La configuración local que antes hemos descrito implica necesariamente que Chile mantiene sus operaciones a través de importaciones, las que pueden ser de dos tipos:

1. Importaciones de productos manufacturados, los cuales tienen como destino el arribo a la filial de alguno de los laboratorios internacionales que poseen operaciones en Chile.
2. Importación de insumos químicos para la elaboración de los medicamentos genéricos internamente.

Tal como describimos en el contexto internacional, las empresas que realizan la I&D están afectas a diversas presiones que llevan a que el costo final de sus medicamentos aumenten paulatinamente. Para el caso local el análisis buscado se debiese enfocar en estudiar el diferencial entre el precio pagado por los insumos importados y el costo final de venta del laboratorio a cualquiera de las cadenas distributivas: Si bien el primero de estos datos puede ser rescatado por medio del análisis de las importaciones que cada uno de los laboratorios productivos ha realizado, es bastante complejo, sino imposible conocer el precio de venta que se mantiene entre el laboratorio y las empresas de distribución, esto dado que el precio dependerá de la demanda, el poder de negociación de la cadena farmacéutica, los montos transados y las estrategias productivas de cada uno de ellos, información que no es provista para fines de investigación por considerarse estratégica para el negocio.

Farmacias

El mercado de las cadenas farmacéuticas es uno de especial interés para este estudio, no solo por su importancia a la hora de explicar los valores finales que cancelan las personas sino porque han existido antecedentes de una explícita colusión entre las cadenas del rubro.

Las farmacias no solo se encargan de la venta de medicamentos de marca, sino igualmente de aquellos de calificación genérica o similares, sumado esto a la venta de artículos de aseo o limpieza personal. Claramente estos últimos serán excluidos de nuestro análisis, por no considerarse útiles para el tipo de conclusiones que persigue este estudio.

Por otro lado, en los últimos años se ha visto como las cadenas de distribución se han fortalecido no solo mediante la apertura de nuevos locales, sino también por medio de la expansión de su rubro al incursionar en el establecimiento de sus propios laboratorios, lo que les ha permitido ofrecer productos similares de marcas propias los que claramente resultan más rentables a la hora de generar una venta.

TABLA 3.18 – PARTICIPACIÓN DE MERCADO MEDICAMENTOS
SEGÚN TIPO DE COMERCIALIZACIÓN
FUENTE: IMS HEALTH Y MINISTERIO DE SALUD

Tipo	2008	2009	2010	2011	2012
Marca	41,0%	41,6%	41,7%	42,0%	41,3%
Similar	48,4%	47,3%	46,7%	46,4%	46,5%
Marca Propia	4,7%	5,1%	5,8%	6,0%	7,0%
Genérico	5,9%	6,0%	5,8%	5,6%	5,3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Adicionalmente este mercado cuenta con una interesante peculiaridad especialmente para la decisión entre el consumo de los medicamentos de marca - los que tienen un mayor valor - por sobre las alternativas genéricas o similares: Tal como vimos en los capítulos anteriores el análisis del mercado de la salud se caracteriza por la imperante asimetría de información que existe entre el paciente y los profesionales más especializados. En particular, el mercado farmacéutico se ve afectado por dos asimetrías fundamentales:

1. La primera de ellas nace en el momento en que un médico decide el medicamento que un paciente debe consumir para recuperarse de cierta enfermedad. Dado que el médico tiene mayor información sobre los efectos fisiológicos de las medicinas, la gente suele acatar la recomendación sin saber si esta alternativa es la más apropiada o en términos económicos la más costo-efectiva a la hora de evaluar los resultados *ex post*. Adicionalmente debemos recordar que la regulación de los sistemas de salud permite que los médicos reciban visitantes de los laboratorios, quienes a la vez que pretenden informar al profesional sobre nuevos fármacos o beneficios de los ya existentes, igualmente buscan incidir sobre la cantidad de prescripciones médicas que se emiten de sus propios productos: Relación necesaria pero sin duda bastante compleja a la hora de entender por qué un médico decide recomendar a un laboratorio por sobre otro.

2. La segunda asimetría de información se produce una vez que la persona posee una receta médica y decide ir a determinada cadena farmacéutica a adquirir el producto: En Chile, los químicos farmacéuticos no tienen la obligación de recomendar un medicamento genérico alternativo. Claramente si evaluamos los incentivos por ventas en base a los cuales se rige este negocio, es mucho más conveniente para quién está tras el mostrador entregar el producto de mayor valor, logrando sin duda un buen efecto físico, pero probablemente una carga económica excesiva considerando las otras opciones que no le fueron presentadas al comprador.

Es necesario indicar que las cadenas de distribución se encuentran altamente concentradas, donde las tres principales farmacias concentran el 95% de las ventas del mercado nacional. La dispensación de medicamentos e insumos médicos para abastecer al sector público se realiza mediante la gestión directa de CENABAST además de una importante fracción adquirida directamente por las farmacias intrahospitalarias y botiquines farmacéuticos de los establecimientos asistenciales del SNSS según las necesidades específicas de cada centro de atención. El CENABAST sin duda representa un gran comprador no solo de medicamentos sino también de insumos médicos y de primeros auxilios, lo que sin duda permite que su poder de negociación sea tal que pueda influenciar sobre el precio de los productos que adquiere mediante licitación pública.

Al igual como para el caso de los laboratorios, la autoridad gubernamental a cargo de fiscalizar el expendio de este tipo de productos es el ISP, quien se supervisará que las medicinas sean conservadas según indiquen las especificaciones, a fin de minimizar los riesgos que esto pudiera traer a las personas, sin embargo su rol no contempla atribuciones que permitan indicar si el precio al cual se comercializan los productos es el apropiado, rol que nuevamente recae sobre el poder judicial.

Actualmente en nuestro país existen 2.659 farmacias, de las cuales, las tres principales cadenas farmacéuticas - Cruz Verde, Farmacias Ahumada y Salcobrand - poseen el 60% de los locales, lo que les permite acaparar y concentrar la mayoría de las ventas a nivel nacional.

El proyecto de Ley de la Ley de fármacos ha venido a modificar ligeramente la estructura de este mercado: El gobierno ha intentado generar un debilitamiento de la concentración de este mercado intentando incluir a otros tipos de establecimientos que puedan vender medicamentos de bajo riesgo y con una mínima necesidad de supervisión. Este tipo de medicamentos son los que se conocen como de “venta directa” donde cualquier persona, sin la necesidad de la autorización de un médico, puede adquirir el producto con el fin de aminorar malestares más bien triviales. Por otro lado se tienen los medicamentos con “venta bajo receta médica”, si bien existen diversas variantes en esta clasificación todas requieren de la autorización expresa de un médico quien indique la posología y advierta de los eventuales riesgos que la ingesta pudiese provocar.

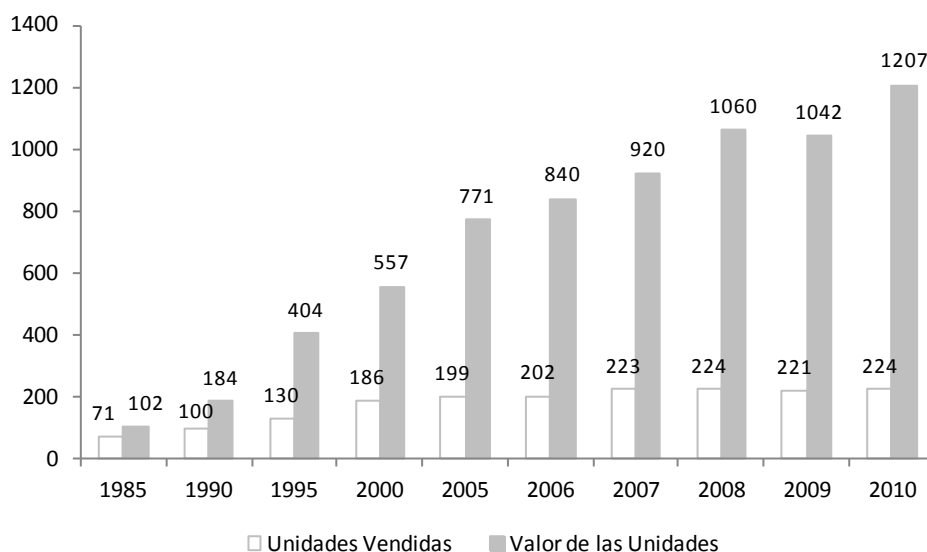
Si bien hemos indicado que la aprobación de una medida como la antes mencionada ayudaría a disminuir la concentración que existe en la cadena distributiva, según el Departamento de Economía del Ministerio de Salud el efecto inmediato de la mayor competencia sería una reducción de un 8.2% en el valor promedio de los medicamentos de venta directa. Es bastante peculiar el énfasis que el Estado ha puesto a esta medida al mencionarla como una de las soluciones inmediatas al elevado costo de los medicamentos: Como podemos notar su efecto recae directamente en aumentar la competencia en los medicamentos de venta directa, no generando un efecto directo previsible sobre los medicamentos emitidos ante la presentación de una receta médica, los que suelen ser los de mayor costo para la población.

El Grafico 3.10 nos muestra que en los últimos años la cantidad de unidades vendidas en las farmacias ha ido desacelerándose, fenómeno que podría ser atribuido a la entrada en vigencia del programa de garantías explícitas en salud (GES) el cual entrega medicamentos sin costo para aquellos que tengan las patologías que cubre el programa. Si bien la cantidad de unidades vendidas ha disminuido, se puede apreciar en el mismo gráfico que su valor ha aumentado, lo que de cierto modo ha permitido que la rentabilidad del mercado se mantenga.

Es bastante preocupante que el costo de los medicamentos se haya mantenido al alza en los últimos años, sin embargo es vital entender la incidencia que este aumento tiene sobre

los ingresos de las familias. La Tabla 3.19 nos muestra la composición del gasto en salud según el quintil al cual pertenece la persona encuestada, siendo bastante sencillo notar que los sectores más pobres de la población son precisamente aquellos que gastan mayor parte de su salario en medicamentos. La situación antes descrita se debe a dos factores en particular: El primero de ellos, se refiere al nivel de salud que las personas poseen, la evidencia nos muestra que la gente de menores ingresos corresponde igualmente a los que presentan peores indicadores de salud, lo que propicia que una mayor proporción de sus ingresos sea destinado a mejorar su bienestar adquiriendo medicamentos. Por otro lado un factor que explica estas diferencias en la participación de los medicamentos en los ingresos es la existencia de seguro complementarios, los que al poder ser adquiridos solo por los individuos más ricos de la población permiten que estos se encuentren mejor cubiertos en caso de que se requiera algún medicamento.

GRAFICO 3.10 – EVOLUCIÓN VENTA DE MEDICAMENTOS
UNIDADES VENDIDAS EN FARMACIAS Y VALOR DE LAS MISMAS
FUENTE: IMS HEALTH



Discusión

Como el lector ha podido apreciar, las dos secciones que acabamos de exponer no se dedicaron a una descripción del funcionamiento del mercado, sino a una contextualización de como la configuración mercantil y las características de cada industria logran influenciar

sobre los precios de la economía. Con esto hemos pretendido evidenciar que existe cierta configuración que permite que ambos submercados se posicionen como entes que influyen en los precios y por sobre todo afectan el nivel de pago que la gente debe realizar. Existe evidencia de la coordinación que los laboratorios han establecido para intentar no competir en ciertos principios activos, especificándose según las oportunidades del negocio lo han permitido (DESAL MINSAL 2010). Coordinación que igualmente se ha visto en las cadenas distributivas las que hace solo unos pocos años atrás (2008) debieron enfrentar a la justicia debido a la explícita colusión que las tres principales cadenas farmacéuticas habían establecido.

Lo anterior sin duda nos habla del bajo nivel de competencia que existe en el sector, por lo cual la interrogante lógica que nace es como solucionar esto: Sin duda se han impulsado una serie de reformas que pretenden aumentar la competencia en el nivel de las farmacias, sin embargo el cambio estructural suele ser mucho más lento para el caso de los laboratorios, no solo por la alta especificación de su capital humano, sino también por las altas barreras de entrada que presenta este rubro.

TABLA 3.19 - COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN QUINTIL
INCLUYE REEMBOLSOS

FUENTE: ESTUDIO NACIONAL SOBRE SATISFACCIÓN Y GASTO EN SALUD

Componentes	I	II	III	IV	V
Medicamentos	57,2%	50,4%	46,1%	43,8%	39,0%
Anteojos o lentes	7,6%	8,3%	5,6%	6,7%	5,9%
Consultas	6,6%	14,3%	19,2%	16,7%	18,6%
Homeopatía	6,1%	3,5%	2,6%	1,7%	2,2%
Imágenes	5,0%	5,2%	4,8%	4,6%	3,8%
Insumos	4,9%	4,4%	2,9%	1,9%	1,6%
Servicio Dental	4,6%	5,0%	7,3%	11,2%	14,4%
Tratamientos	2,3%	0,6%	3,5%	1,7%	2,1%
Laboratorio	2,1%	4,0%	3,4%	5,3%	3,8%
Atención Hospitalaria	1,7%	1,8%	2,8%	3,3%	5,4%
Medicina Alternativa	1,2%	0,1%	0,4%	0,7%	0,5%
Otros Profesionales	0,4%	1,6%	0,5%	1,3%	2,2%
Aparatos	0,4%	0,6%	0,4%	0,2%	0,2%
Hospitalización Domiciliaria	0,1%	0,3%	0,1%	0,7%	0,3%
Audífonos	0,0%	0,1%	0,3%	0,3%	0,1%

Si bien hemos detallado los problemas que presentan las cadenas de distribución, es necesario mencionar que el afán lucrativo que estas poseen, ha permitido la apertura de locales a lo largo de todo el país, logrando un alcance casi íntegro del territorio nacional, panorama que puede ser considerado bastante positivo para la población. Sin embargo esto ha implicado que el poder de negociación de estos últimos sea mayor que el que poseen los laboratorios: Esto es bastante preocupante dado que el precio final de los productos dependerá en parte de cómo se lleve la negociación entre el laboratorio y la farmacia, lo que sin duda genera incertidumbre no solo en el precio, sino también en la provisión de los medicamentos.

Según declaraciones entregadas a nuestro grupo en entrevistas realizadas a representantes de laboratorios o gremios de los mismos, la incidencia de las farmacias sobre el precio final que cancela el consumidor puede llegar a ser hasta de un 20% promedio, dependiendo de la línea de producto. Así mismo, el margen que rescatan los laboratorios estará sujeto al tipo de producto y la dependencia que el consumidor tenga del tratamiento, lo que sin duda genera un negocio rentable, pero con incentivos preocupantes dado que el consumo de una medicina puede determinar si una persona sigue viva o no.

Por el lado de los laboratorios, resulta preocupante la dependencia en Chile de la innovación e inversión extranjera. Si bien como economistas entendemos perfectamente que nuestro país no tiene las competencias técnicas para igualar a los países desarrollados en cantidad de descubrimientos médicos, creemos que es vital para una propuesta de mejoras a largo plazo que Chile genere conocimientos en este ámbito, lo que ayudaría a disminuir la dependencia internacional de medicamentos a la vez que mejoraría el bienestar de la población. La urgencia por esta disminución de dependencia se apreció cuando el brote del virus H1N1 afectó a Chile, la demora en el abastecimiento, aún cuando ya se había creado la vacuna, y la necesidad de suplirse de los medicamentos de marca sin duda exponen a nuestro país a riesgos sanitarios, situación que si bien sería complejo pretender corregir en su totalidad, si creemos que el país debe avanzar lentamente en esta dirección.

Respecto a las patentes, hemos podido entender su relevancia con el fin de asegurar la propiedad intelectual de aquellas empresas que realizan el gasto en investigación. Sin

embargo, como antes describimos, en Chile pueden existir registros por medicamentos que ya tienen patentes en el exterior. Sin duda esta situación genera desincentivos a la innovación, lo que a su vez afecta directamente nuestro bienestar: Los participantes del mercado han planteado como solución la implantación del *linkage* el cual se establecería como una medida vinculante de un registro sanitario y la patente que pudiese existir en nombre del compuesto activo o procedimiento de elaboración. Es necesario mencionar que una medida como el *linkage* a su vez entrega un mayor poder de mercado a los laboratorios internacionales, dado que gracias a las garantías gubernamentales podrían vender sus productos a mayor valor, situación en la cual el gobierno debiese intervenir con el fin de ayudar a controlar los precios de venta.

Sin duda la descripción que antes hemos realizado sobre el funcionamiento de este mercado nos permite notar, que al igual que gran parte de las industrias nacionales, el sector farmacéutico se basa en los postulados neoclásicos, sobre todo en aquello relacionado a la carencia de vigilancia por parte del gobierno. Tal y como mencionamos, los niveles de regulación se limitan netamente a visar la calidad de los productos y que el almacenamiento se haga dentro de los estándares de calidad necesarios, sin embargo nadie incide directamente sobre los precios finales. Es precisamente esto lo que hace que nos preguntemos si el gobierno puede hacer algo por corregir esta situación:

1. Primero que todo, es vital que el Estado entienda que el mercado no asigna eficientemente los recursos, por lo cual se hace necesaria su intervención para lograr aumentar el bienestar general de la población. Si bien el gobierno ha enfocado sus esfuerzos en evitar la inocuidad, seguridad y adicionalmente la calidad de los fármacos, se hace necesario el establecimiento de un instrumento legal que permita al estado intervenir con el fin de corregir aquellos valores que escapen de lo justificable, probablemente no mediante la manipulación directa de los valores, pero si a través del incentivo de venta de genéricos o similares de calidad. Hasta el momento las mayores propuestas han ido ligadas a la mejora en la competencia de los productos de venta directa, sin afectar el valor que las personas cancelan por los medicamentos de marca. Una política en la que se impulse la venta de los genéricos incidirá directamente en el gasto de bolsillo realizado por la gente. Para lograr esto se podrían imitar ciertas

conductas que se han visto en el extranjero como la obligatoriedad de que los médicos prescriban un medicamento de marca a la vez que uno genérico de menor costo en las recetas, o igualmente efectivo el hecho de que los químicos farmacéuticos tengan la autoridad y obligación de ofrecer un genérico equivalente cuando la receta indique un medicamento de marca.

2. Si bien la propuesta anterior es vital para ayudar a reducir el gasto de bolsillo de las personas, el aparato institucional no daría abasto para visar los procesos de bioequivalencia y profundizar o exigir mejoras necesarias a los medicamentos. A fin de cubrir este punto, representantes de ASILFA y Pfizer nos han indicado que ellos recomiendan la instauración de una institución homóloga en rol al FDA estadounidense, lo que ayudaría a mejorar no solo los precios, sino también la calidad de los estudios y pruebas realizadas. Esta institución deberá ser independiente tanto en financiamiento como en sus facultades a fin de garantizar la transparencia y profesionalismo del proceso sin verse esto influenciado por los intereses de terceras partes.
3. Uno de los segundos planos en los cuales puede actuar directamente el Estado es en el control de las prácticas anticompetitivas. Esta función se encuentra en manos de la Fiscalía Nacional Económica, sin embargo es relevante que la rigurosidad no solo de la fiscalización sino también la sanción *ex-post* sean las apropiadas a fin de desincentivar este tipo de conductas. Mencionamos lo anterior debido al escándalo de la colusión de las farmacias del 2008, cuya resolución y veredicto de la demanda vio la luz a mediados del año 2013, el cual contemplaba solo el pago de fianzas que no se corresponden con el nivel de recursos que las cadenas de distribución habían logrado rescatar cuando cometieron el ilícito.
4. No se descarta dentro de las opciones a seguir por Chile que pase de ser un vigilante del sector a un comprador directo de medicamentos a fin de garantizar la igualdad de acceso al menos para aquellas medicinas de mayor costo. Claramente este tipo de políticas se basaría en un listado de medicamentos protegidos y necesarios para el bienestar de la población según su perfil epidemiológico. Sin duda este podría ser un rol a cargo de CENABAST, quien al figurar como un gran comprador público sin duda podría afectar los precios finales que cancelan las personas por los medicamentos.

5. Probablemente la mejora vital que requiere el mercado viene igualmente por el lado del aseguramiento y cambio en la conformación del sistema de salud. Tal como hemos indicado, el gobierno solo garantiza la provisión sin costo de los medicamentos para las patologías GES, sin embargo la cobertura pública de los asegurados - modalidad libre elección - es nula. No así como sucede con las ISAPRES quienes han establecidos paquetes de beneficios en medicamentos por medio del uso de los excedentes que sus planes dejan. Si bien este tema será profundizado en el penúltimo capítulo consideramos necesario dejar la inquietud en el lector.

La puja distributiva de los servicios de salud se ha visto propiciada por la conformación industrial que posee el mercado: Las políticas *laissez faire* han penetrado transversalmente la economía desde su aplicación a principios de los '80 lo que explica parcialmente la ausencia del gobierno como interventor y regulador de estos mercados.

La evidencia nos muestra que los precios de los medicamentos se mantienen al alza, no así los salarios de la gente - al menos no a la misma tasa - lo que genera un gran peso financiero para aquellos que requieren consumir fármacos. Es necesaria la intervención del gobierno, ya sea como un regulador estricto o un comprador mayorista de este tipo de productos esto no solo con el fin de disminuir el valor de las medicinas, sino también con la finalidad de disminuir los niveles de concentración en las cadenas distributivas, lo que a su vez permitirá reducir el componente de inequidad que el mercado farmacéutico impone sobre los ciudadanos: La baja cobertura de los seguros sigue permitiendo que los habitantes más ricos de la población sean los que tengan un mejor acceso a los medicamentos, situación que además de ser injusta, garantiza un peor nivel de vida para aquellos ciudadanos de menores ingresos.

3.4. Interrelaciones

El estudio de estos tres mercados muestra que si bien cada uno de ellos posee ciertos factores que le proveen de una posición favorable respecto al resto, el real problema no se encuentra únicamente concentrado en el análisis particular, sino en las externalidades cruzadas e interrelaciones que se establecen entre ellos. En palabras sencillas, esto significa

que la sinergia que se produce en la interrelación de estos tres agentes genera un panorama aún más complejo que la suma directa de sus efectos sobre el modelo.

Las secciones previas lograron abordar con dificultad estas interrelaciones, sin embargo es precisamente esto lo que garantiza la continuidad del modelo y la facilidad con que las rentas del sistema se dirigen cada vez en una mayor proporción a los registros contables de cada uno: El análisis de los prestadores no está completo si no se comprenden las interacciones cruzadas que se establecen con los médicos y farmacias, similar fenómeno al que ocurre con el análisis del mercado farmacéutico, el cual se encuentra incompleto si no se entiende como la demanda se determina directamente por los médicos.

Respecto a esto se hace vital entender que el modelo se basa en constantes procesos de negociación entre las partes. Uno de los más fundamentales es el que se establece entre los prestadores y médicos, situación que sin duda influirá en los costos del sistema: Una de estas situaciones fue evidenciada en la entrevista con el representante de la Asociación de Clínicas de Chile, donde se nos detallaba que el contrato que se establece entre el prestador y el médico dependerá del poder relativo que cada uno posea según la existencia de profesionales médicos en cada zona así como de lugares sustitutos de atención.

En la capital, la múltiple existencia de profesionales médicos así como de instituciones de salud genera un panorama en que estas negociaciones se producen bajo un escenario más simétrico en términos de poder e información y más competitivo en términos de precios. Sin embargo, en regiones, el fenómeno de la cartelización es agudo, lo que representa una distribución de recursos en favor de estas agrupaciones y en desmedro de los prestadores, sobretudo del sector público, y además como antes se ha mencionado, estas circunstancias traen consigo un elevado costo en el agregado.

Por otra parte, es sabida la influencia que tienen los médicos sobre la decisión del paciente y el nivel de apego que entre estos se genera, estableciéndose en muchos casos una demanda constante de prestaciones desde el usuario, esto es que la relación paciente-médico trasciende una simple prestación en el corto plazo y se transforma en un lazo duradero. Esto determina que cada médico negocie con una cartera de clientes como respaldo y sustento, y

es al final de cuentas, a este conjunto de consumidores el que todas las partes oferentes del mercado quieren capturar.

A su vez, muchos de los médicos que no cuentan con consultas propias independientes, recurren a los grandes prestadores institucionales en busca de la infraestructura médica necesaria para la atención, en esta negociación, el profesional ofrece su cartera de clientes y el prestador exige la utilización de la infraestructura en términos de exámenes de diagnóstico, procedimientos o incluso intervenciones quirúrgicas y hospitalización ya que desde estos procesos es que obtiene sus rentas. Este mecanismo aprovecha la inducción de demanda que es capaz de realizar el médico con la asimetría de información respecto al paciente, proceso que termina beneficiando a ambos prestador y profesional.

Respecto al mercado farmacéutico se establecen relaciones que igualmente afectan los costos finales. Una de estas se produce por la interacción entre el visitador - representante de laboratorio - y el médico. Si bien comprendemos que los médicos no poseen conocimientos acabados en farmacología, y que esta interacción es vital para hacer más técnica la capacidad de decisión por un medicamento u otro, consideramos que la relación y los eventuales beneficios que pudiesen transarse generan una distorsión importante del modelo. En este sentido, el médico podría recomendar a sus pacientes un medicamento que si bien cure la enfermedad, no lo haga de la manera más costo-efectiva, fenómeno que incidiría directamente sobre la estabilidad financiera de estos. Indirectamente, gracias a las asimetrías de información que imperan en este ámbito, es el médico el demandante final de medicamentos, no existiendo instancias formales para debatir o considerar otras alternativas. Tal como mencionamos en el apartado de farma, esto se corrige no solo impulsando una política de genéricos sino igualmente obligando a los médicos o químicos farmacéuticos a entregar alternativas igualmente efectivas y a un menor costo.

La relación prestador-laboratorios se establece más fielmente en los procesos de compra del sector público, rol que generalmente cumple algún organismo centralizado como la CENABAST quien luego distribuye hacia los hospitales. Sin embargo este proceso se ve dificultado por problemas de abastecimiento, no en términos de capacidad sino de eficiencia en los tiempos de despacho. Eso provoca que ocasionalmente los hospitales

públicos presenten una necesidad urgente o de uso constante, debiendo realizar compras directamente a los laboratorios. En esta negociación, evidentemente este último entiende la urgencia de la necesidad y aprovecha la fragmentación para de alguna forma conseguir mejores precios. Si bien el rol de la CENABAST no es negociar mejores precios aprovechando el monopsonio que posee en la compra pública, efectivamente se da que los laboratorios pueden negociar mejores precios con hospitales en forma individual, aunque los primeros también se ven beneficiados de las compras por volumen que efectúa el organismo centralizado.

Es claro que en estas negociaciones, una de las partes goza de una posición relativa ventajosa, sin embargo también sucede que desde estas relaciones se terminan estableciendo contratos que benefician a ambas - o eventualmente las tres - partes en detrimento del bienestar del usuario en ámbitos como acceso, cobertura, calidad y en precios. Es relevante destacar también que en algunas negociaciones una de las partes se ve más beneficiada, pero esto no se da de manera uniforme en el agregado, esto es, que las circunstancias no implican que un subsector como un todo esté mejor posicionado que otro, sino que a fin de cuentas dependerá del contexto y segmento en particular donde estos convenios se suscriban.

Si bien hemos presentado las recomendaciones y cuidados que debe tener el ejecutivo al establecer su política regulatoria se hace necesario contemplar las interrelaciones en el diseño del mismo. Si bien se pueden obtener resultados favorables al corregir las ineficiencias de cada mercado por separado, es vital que estas se apliquen bajo un esquema de *cross-market policy* con el fin de capturar igualmente los efectos cruzados y lograr que el desarrollo de cada uno se haga siguiendo los lineamientos requeridos por el gobierno. En otras palabras, una regulación unilateral de los submercados no logra corregir íntegramente las problemáticas del sistema, dado que los otros dos agentes pueden aprovechar esta situación para posicionarse más fuertemente considerando la debilidad relativa de su contraparte.

Referencias del Capítulo

- Aslam, H. 1994. *Substitution laws, insurance coverage and generic drug use*. Medical Care, Vol 32. No 3.
- Aslam, H. 2003. *Lowering generic drug prices: Less regulation equals more competition*. Medical Care, Vol 41. No 1.
- Banco Mundial – Gobierno de Chile. 2010. *Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile*.
- Berenson, R. et al. 2010. *Unchecked provider clout in California foreshadows challenges to health reform*.
- Berndt, E. 2002. *Pharmaceuticals in U.S health care: Determinants of quantity and price*. Journal of economics perspectives, Vol 16, No 4. Pp 45-66.
- Brekke, K. et al. 2011. *Quality competition with profit constraints: Do nonprofit firms provide higher quality than for-profit firms?*
- Cardona, A. 2010. *¿Cómo valorar la pérdida de una vida humana?* Universidad de Antioquia. Journal de literatura económica.
- Clínicas de Chile. 2013. *Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile*.
- Clínicas de Chile. 2013. *El rol de los prestadores de salud privados en Chile*. Temas de Coyuntura.
- Duarte, F. 2010. *Price elasticity of expenditures across health care services*.
- Evans, R. 1983. *Incomplete vertical integration in the health care industry: Pseudomarkets and Pseudopolicies*.
- Felder, S. 2004. *Drug Price regulation under consumer moral hazard*. The European Journal of Health Economics, Vol 5. No. 4. Pp 324-329.
- Ferlay et al. 2010. *Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008*. International Journal of Cancer.
- Fiscalía Nacional Económica. 2012. *Mercado de la Salud Privada en Chile*.
- Gaynor, R. & Town, R. 2012. *Competition in Health Care Markets*.
- Gaynor, M. & Vogt, W. 2003. *Competition among Hospitals*.
- Glaeser, E. & Schleifer, A. 2001. *Not-for-profits entrepreneurs*.

- Guillou, M. 2011. *Disponibilidad de Médicos y Especialistas en Chile*.
- Jungmittag, A., Reger, G. & Reiss, T. 2000. *Changing innovation in the pharmaceutical industry: globalization and new ways of drug development*.
- Katz, J. & Muñoz, A. 1988. *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*.
- LaFontaine, F. & Slade, M. 2007. *Vertical Integration and Firm boundaries: The evidence*. Journal of Economic Literature.
- Leibowitz & Sood Arleen. 2007. *Market power and state cost of HIV / AIDS drugs*. Journal of health care finance and economics, Vol 7, No 1. Pp 59-71.
- Lakdawalla, D. & Philipson, T. 2006. *The nonprofit sector and industry performance*.
- Entrevista Radio Cooperativa al Ministro Mañalich..
<<http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/medicamentos/manalich-chile-es-el-segundo-pais-mas-caro-del-mundo-en-salud-privada/2013-03-26/130018.html>> [Consulta: 24 de Enero de 2014]
- Ministerio de Economía, Fomento y Turismo. 2013. *El mercado de medicamentos en Chile*.
- Miranda, E. & Paredes, R. 1997. *Competencia, Integración Vertical y Rendimiento en los servicios de salud públicos y privados de Chile*.
- Morgan, S. 2004. *Drug Spending in Canada: Recent Trends and Causes*. Medical Care Vol 42. No 7. Pp 635-642.
- Ortun, V. 1997. *¿Qué debería saber un clínico de economía?*
- Peltzman, Sam. 1972. *The benefits and costs of new drug regulations*.
- PHRMA. 2013. *Profile 2013: Biopharmaceutical Research Industry*.
- Pita Barros, P. & Siciliani, L. 2012. *Public and Private Sector Interface*.
- Porter, M. & Olmsted, E. 2004. *Redefining Competition in Health Care*.
- Programa de promoción del comercio sur-sur. 2011. *Estudio de oferta y demanda del sector farmacéutico: Chile*.
- Román, O. 2010. *Evolución de la oferta de médicos. Chile 1993-2008*. Rev Med Chile 2010.
- Salud Publica UC. 2012. *Estudio de Costos de prestaciones de salud – 2011*. Para el fondo nacional de salud.

- Serey, V. 2012. *Indicadores de colusión en el mercado farmacéutico chileno*. Tesis de grado magister en economía. PUC.
- SERNAC. 2011. *Informe de Precios para prestaciones en Salud*.
- Showstack, J. et al. 1982. *Changes in the Use of Medical Technologies 1972-1977 a Study of 10 Inpatient Diagnoses*.
- Siciliani, L. et al. 2013. *Waiting Times for health care: A Conceptual Framework*.
- Superintendencia de Salud. 2010. *Segmentación de Prestadores de Salud y Usuarios de ISAPREs*.
- Vassallo, C. 2010. *El mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica*.
- WHO. 2012. *World Cancer Factsheet*.
- WHO - HIV Department. 2013. *Core Epidemiological Slides HIV / AIDS estimates*.

4. REFORMAS AL SISTEMA

La investigación realizada en este documento ha buscado detallar como se ha establecido nuestro actual sistema de salud, entendiendo desde sus fundamentos los diversos incentivos que han facultado la génesis de uno de los sistemas más desiguales de la región.

El análisis tripartito del mercado de la salud nos ha llevado a entender que cada uno de sus participantes se encuentra constantemente presionando sobre los costos del sistema, debido en parte al valor de la innovación y mejora continua de los procesos y tecnologías, pero también al profundo afán utilitarista que les mueve. Esta situación no ha pasado inadvertida en las finanzas de los consumidores, quienes deben intentar solventar servicios cada vez más caros con salarios que no se indexan a este tipo de variaciones. Tal como indicábamos en la primera parte de esta tesis, anualmente cientos de millones de personas - a nivel mundial - caen bajo la línea de la pobreza como consecuencia del desastre financiero que acarrea el cubrir los costos de ciertas enfermedades, situación que sin duda ha orillado a los gobiernos a intervenir el mercado o al menos plantear la necesidad de establecer un plan de modificaciones que corrija estas situaciones.

El análisis de la puja no es un fin en sí mismo: Si bien nuestro foco teórico se ha fundamentado en entender como se ha articulado esta presión sobre los costos, evidenciar su existencia no genera un valor agregado por sí mismo, haciéndose necesario evidenciar sus efectos sobre el bienestar de la gente a la vez que proponer los cambios que con certeza lograrán corregir esta situación. La utilización de este instrumental analítico, que contempla un análisis por parte de la oferta de los servicios, sin duda puede generar un avance en los estudios económicos realizados en el área a la vez que podría desencadenar un *spillover* sobre las decisiones políticas que se tomen, tal como demostraremos a continuación.

Este apartado contempla la evaluación de tres alternativas teóricas que podrían reemplazar nuestro actual sistema, si bien cada una de ellas logra corregir en gran parte las fallas que hemos descrito, esto lo harán con diversos costos económicos y políticos lo que logrará determinar cuál de ellos - y con qué variantes - representa la solución más costo-efectiva. A diferencia de lo analizado en el capítulo 2, en esta sección contextualizaremos la aplicación de estos modelos a nuestra realidad local, evaluando *ex ante* la superioridad que cada uno

de ellos tiene por sobre el resto: Como economistas, entendemos que existen una infinidad de modelos teóricos que podrían aplicarse en estas situaciones, con muchos de los cuales adherimos profundamente - en particular con aquellos que demandan una mayor participación del gobierno en aseguramiento y provisión - sin embargo, este trabajo se alejaría de un análisis positivista si nuestras propuestas divergieran de lo política y económicamente factible para la realidad de nuestra nación.

Entendemos que los gobiernos no poseen incentivos a realizar cambios tan profundos como los que presentaremos a continuación, esto dado que los ciudadanos de un país, al menos en su mayoría, no suelen valorar las políticas de largo plazo, debido que su función de maximización intertemporal prioriza el consumo presente de servicios de este tipo. Sin embargo, si bien los incentivos son precarios, el rol del Estado es precisamente este: entregar a la población los mejores servicios posibles, aun cuando los habitantes no comprendan en su totalidad como esto incidirá en su vida, o en la de las generaciones venideras.

El análisis se desarrollará como sigue: Primero que todo evaluaremos aquellos factores de nuestro actual sistema que justifican el planteamiento de un cambio estructural profundo. En la segunda sección presentaremos tres modelos contextualizados a la realidad local, buscando definir cuál de ellos corresponde a la solución más apropiada. Una vez entendidos los factores a favor o en contra de cada uno de ellos, en la tercera sección plantearemos la recomendación estructural que a nuestro parecer es la más apropiada, definiendo cuál será su cobertura, financiamiento y rol del Estado. En la etapa final abordaremos el periodo de transición desde nuestro actual sistema a aquel definido anteriormente entendiendo que deben existir ciertas precauciones que deben tomarse a fin de garantizar que la propuesta llegue a buen puerto.

4.1. Situación Actual

Las falencias del sistema de salud local lo convierten en uno muy desigual en el acceso, cobertura y calidad de los servicios que entrega. Estas falencias responden a la forma en que está estructurado el sector como un todo, en particular a los incentivos que cada uno de los agentes -públicos y privados- enfrentan. Resulta curioso notar que la mayoría de

académicos y expertos del área coinciden casi plenamente en el diagnóstico, también lo hacen las mismas personalidades que trabajan dentro del sector, la necesidad de reforma es evidente pero en este ámbito es donde se producen las principales discrepancias, esto es, en la forma en que se debe avanzar para solucionar estos asuntos (y en la voluntad de hacerlo, como antes se mencionó).

En este apartado y como primera parte del análisis discutiremos los problemas centrales del modelo de salud tomando por un lado el aseguramiento y por otro la provisión de salud.

Diagnóstico al Aseguramiento

El problema principal que presenta el modelo de seguros de salud en Chile es la segmentación por riesgo provocada en parte por la selección de riesgo⁵⁸. Esta determina que la distribución de personas con mayor riesgo recaiga en mayor medida sobre el seguro público. Esta característica del modelo se produce en esencia por la dualidad público privada existente, tenemos por un lado el seguro público que admite a la mayoría de la población sin considerar su nivel de riesgo e ingreso y que se financia en gran medida por aportes fiscales, y por otro los seguros privados de carácter individual y en donde el valor de las primas (cotizaciones) está estrictamente asociada al riesgo del individuo (Tokman et al, 2004). Esta dualidad guía a los individuos según su nivel de riesgo e ingreso hacia uno u otro seguro, aquellos de alto riesgo preferirán FONASA ya que por el mismo monto cotizado recibirán más beneficios que con un seguro privado y aquellos de más bajos ingresos también elegirán el seguro público (aunque en la práctica no tienen la capacidad de elegir) dado que no pueden pagar un plan privado. Esto es que, los usuarios en decisiones completamente racionales se autoseleccionan en un seguro, en Tokman et al (2007) se explica un modelo formal de elección de seguros en Chile.

Adicionalmente, se correlaciona que individuos de más bajos ingresos poseen también mayor riesgo haciendo de la segmentación un proceso mucho más peligroso y costoso para las arcas fiscales.

⁵⁸ La segmentación hace alusión a la fragmentación en el aseguramiento de individuos con distintos niveles de riesgo, la selección se refiere al proceso que efectúan las ISAPREs como respuesta a la selección adversa.

Los individuos de avanzada edad, los enfermos crónicos y las mujeres en edad fértil principalmente, son ampliamente discriminados por los seguros privados y en consecuencia se produce una afiliación desproporcionada de estos grupos de la población en FONASA. Contrariamente, existe también una afiliación desproporcionada en ISAPREs pero de individuos jóvenes (en su mayoría hombres) de altos ingresos.

En consecuencia, el modelo de aseguramiento está estructurado en la competencia en base a la selección y no en base a calidad (Ibern et al, 2009). Estas disparidades generan aplastantes diferencias en el financiamiento de ambos sectores, haciendo que el gasto per cápita ISAPREs más que duplique el per cápita de FONASA.

En general, los problemas del aseguramiento relativos a la segmentación por riesgos, la competencia en selección y las disparidades en financiamiento son bien expuestos en Cid (2011a) y Cid (2011b), Larrañaga (1997), Titelman (2000), Tokman et al (2004), y Uthoff et al (2012).

Otro componente de preocupación a nivel de seguro privado, es la integración en un mismo *holding* con prestadores privados haciendo que la función guía de las ISAPREs se contamine con intereses rentistas aprovechando las asimetrías de información paciente-prestador. Se sabe que la integración podría eventualmente traer beneficios sobre todo a nivel de eficiencia pero la forma en que esta se ha establecido en el sector aparentemente no ha generado ganancias en estos ámbitos sino más bien en los bolsillos de los inversionistas propietarios.

Diagnóstico a la Provisión

Como se ha hecho alusión en prácticamente todo el presente trabajo, las falencias (así como las virtudes) del modelo provienen de la dualidad público privada dominante. Las diferencias en el comportamiento de ambos sectores que deriva de los incentivos que cada uno enfrenta, entrega un panorama ampliamente dispar.

El enfoque productivo de los prestadores públicos versus los privados difiere esencialmente por las estructuras de pago. Los primeros financiados en mayor medida con presupuestos

históricos que si bien proveen incentivos a reducir costos, estos podrían derivar en reducciones en calidad o en el volumen de prestaciones entregadas. Y los segundos financiados con un pago por acto que incentiva la sobre prestación y la inducción hacia intervenciones más costosas y no necesariamente más efectivas.

Si bien el nivel primario de atención del sector público se financia sobre la base de presupuestos capitados con cierto ajuste por riesgo que promueve los esfuerzos preventivos (a la vez que reduce la selección de riesgos), la disparidad con los niveles superiores de atención hace que la inversión en ítem prevención no se haga a escala global como se requiere.

Siguiendo esta lógica, es esencial notar las diferencias en cuanto al enfoque preventivo-curativo que los proveedores presentan, identificando que solo la atención primaria a cargo de los municipios posee el incentivo a promover la prevención pero solo al nivel local que le compete y por tanto con efectos reducidos ya que además se efectúa con recursos muy limitados. Los niveles de atención secundaria y terciaria del sector público y todo el sector privado exhiben inexistentes incentivos a promover la prevención, es más, la obtención de recursos va a ser superior en cuanto más enferma sea la población, a pesar de sonar perverso, las estructuras de pago efectivamente impulsan este enfoque. Como consecuencia, el panorama de la mayor parte de prestaciones que entrega el sistema en su conjunto se basa en una medicina curativa de mucho mayor costo a largo plazo que la preventiva.

Las diferencias publico privadas también se trasladan al ámbito de la eficiencia productiva, esto es, la capacidad de las instituciones de proveer servicios de la mayor calidad con el menor uso posible de recursos, esto es, al menor costo posible. No se puede establecer *a priori* que las diferencias en calidad o eficiencia identifiquen en mayor grado al sector privado, ya que más bien lo que existe, es una inmensa distribución de niveles de complejidad, escala, uso de recursos, calidad y eficiencia no solo entre sectores sino que además dentro de cada uno de estos. Esto lleva inevitablemente (aunque quizás es producido por) la segmentación en la provisión privada y la fragmentación que produce la descentralización del sector público. Esto hace que la competencia en la provisión no sea en

base a la calidad sino en base a la diferenciación de productos en componentes no ligados directamente con resultados en el nivel o estado de la salud en el sector privado, y la escasa o nula competencia del sector público.

Diagnóstico Global

Las presiones que ejercen los distintos actores por el lado de la oferta de servicios de salud sobretodo en los costos del sistema es una problema grave que irá afectando en mucho mayor grado al paso del tiempo con la consolidación de las estructuras poco competitivas que en estos sub mercados rigen. Este afianzamiento que en parte ha sido permitido y avalado por la autoridad y que nace desde las entrañas del mercado es el resultado de una serie de reformas que ya sea por acción u omisión han contribuido en el fortalecimiento de estos esquemas. Los resultados de estos procesos y estructuras ya fueron expuestos en el capítulo anterior y se entiende su inmenso efecto sobre el sistema en s conjunto.

En otros ámbitos también globales del sistema destaca a segregación en ambos sub sectores público y privado, que es comparable a la existente en el sector educación en el país. Esto es, que se determina una salud para ricos y otra para pobres, pero adicionalmente existe segregación en la variable fundamental de la salud, el riesgo de enfermar, otorgando al final de día escasa protección de la salud y financiera a los individuos que más lo necesitan.

El excesivo financiamiento proveniente del gasto de bolsillo es otra problemática de gran escala y revela la incapacidad de los seguros y la oferta pública de provisión de entregar los recursos necesarios para proteger el ingreso de los hogares.

En general el sistema chileno es uno caro, en su construcción, ya sea por la forma en que se recaudan los recursos y la manera en que estos se gastan. Esto revela problemas globales en la administración y regulación de los mercados así como en los niveles agregados de eficiencia con que se trabaja. En fin, la necesidad de reforma es imperativa en la búsqueda de una construcción sólida y estable de una sociedad desarrollada, los problemas ya han sido expuestos no solo en este documento sino que hasta incluso pueden catalogarse como de conocimiento público, el esfuerzo y voluntad por aplicar la reformas necesarias es el siguiente paso en el camino hacia este desarrollo.

4.2. Modelos Factibles

Tal como vimos en la sección final del capítulo 2, los países del mundo han desarrollado sus modelos de salud en torno a tres líneas teóricas fundamentales: Modelos a la Beveridge, del tipo Bismarck y del Seguro Nacional de Salud. Estas tres variantes como pudimos apreciar en aquel apartado, difieren no solo en su concepción del rol que debe seguir el estado, sino también en la forma en que se financia el sistema y el valor que se da a la equidad de oportunidades de las personas.

El trabajo realizado en esta tesis nos ha permitido entender que las soluciones de corto plazo sobre el sistema de salud, si bien se aprecian como costo efectivas en este horizonte temporal, no son rentables al ponerlas en una perspectiva más extensa, por lo cual es socialmente eficiente impulsar cambios radicales en los cuales los incentivos fundamentales del sistema sean modificados. Según la teoría del *Median Voter* los incentivos políticos del gobierno se focalizan en satisfacer a la población promedio, la que se caracteriza por ser miope inter-temporalmente. Sin duda esto hace complejo para el ejecutivo generar propuestas de largo plazo, lo que nos da a entender que uno de los factores adversos que afectará transversalmente a cualquier tipo de propuesta en salud es la falta de voluntad política para impulsarlos.

La precariedad de nuestro actual sistema presiona por un urgente cambio a fin de garantizar una mejora en la equidad, acceso financiero y tiempos de respuesta del sistema agregado, es por esto que una vez descritos los tres modelos aplicados al contexto nacional, detallaremos cuál de ellos y con qué variantes sería la solución más apropiada a la problemática local, análisis que será llevado con profundidad en la siguiente sección.

El Modelo de Beveridge

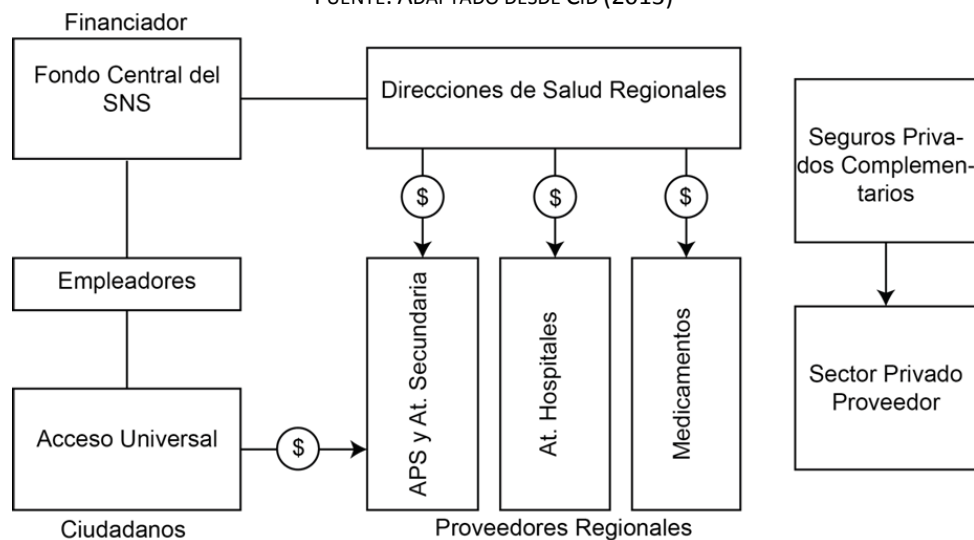
Recuerde el lector que los modelos del tipo Beveridge se caracterizan por una gran intervención del gobierno tanto en términos de financiamiento así como en la prestación de servicios a la población. Sin duda este sistema logra alinear los propósitos del gobierno en términos de mejoras en los indicadores poblacionales de salud con los fines que persiguen los prestadores, lo que sin duda corrige una serie de fallas de mercado que se provocan con

nuestro actual sistema. Sin embargo, en términos económicos podría implicar una carga tan intensa que logre influenciar negativamente la estabilidad del mismo.

El factor a favor de este modelo se basa en la equidad que lograría entregar, entendiendo que el acceso se encontraría garantizado para todos los residentes formales del país. Este sistema sin duda establecería un fundamento social de equidad, el cual influenciaría positivamente sobre otro tipo de políticas sociales enfocadas en el desarrollo del país.

FIGURA 4.1 – EL MODELO BEVERIDGE

FUENTE: ADAPTADO DESDE CID (2013)



La aplicación de este modelo al contexto local implicaría no solo un intenso gasto financiero por parte del gobierno para aumentar su capacidad de atención, sino también un intenso conflicto político al expropiar o modificar profundamente los incentivos rentistas que persiguen los actuales proveedores, fenómeno que podría impedir que el proyecto llegue a buen puerto.

Como podemos apreciar en el esquema, este modelo permite la existencia de los privados en tanto entreguen servicios complementarios a aquellos que el Estado garantiza mediante su plan de salud. Tal como se ha visto en variadas experiencias internacionales, los privados podrían dedicarse principalmente a cubrir la provisión de *amenities* o eventualmente migrar a brindar servicios dentales y estéticos, que suelen ser los servicios más costosos y los menos cubiertos por las garantías estatales.

Este tipo de modelos deben poseer algún tipo de co-pago normado a fin de evitar el sobreconsumo de los servicios públicos: Si el co-pago se encuentra correctamente asignado se podría regular la prestación del servicio para aquellos que lo necesitan en mayor manera a la vez que no se generen conductas discriminatorias a favor de aquellos que poseen mayor cantidad de recursos.

La provisión de medicamentos en este modelo sería sin costo en tanto estos sean entregados en las farmacias locales de los hospitales. Claramente podrán existir farmacias privadas, a fin de cubrir las necesidades de urgencia o la distribución de medicamentos más específicos no provistos por el estado.

El financiamiento del modelo se basaría en la recaudación mediante impuestos generales, recursos que son administrados por una entidad pública realizando pagos directos a los prestadores, modalidad que agrega un componente de solidaridad en tanto que aquellos que no realizan un uso intensivo de los servicios - dado que son más jóvenes o poseen mejor salud - estarán aportando a la cobertura de los gastos de aquellos que se encuentran en una peor condición. Esta política sin duda implicaría una reforma tributaria progresiva, haciendo que aquellos de mayores recursos aporten proporcionalmente más que aquellos que poseen menores recursos. La redistribución de recursos que realiza el sistema permite que el uso de estos sea más eficiente, llegando realmente a quienes más lo necesiten, sin transformarse en utilidades en manos de terceros.

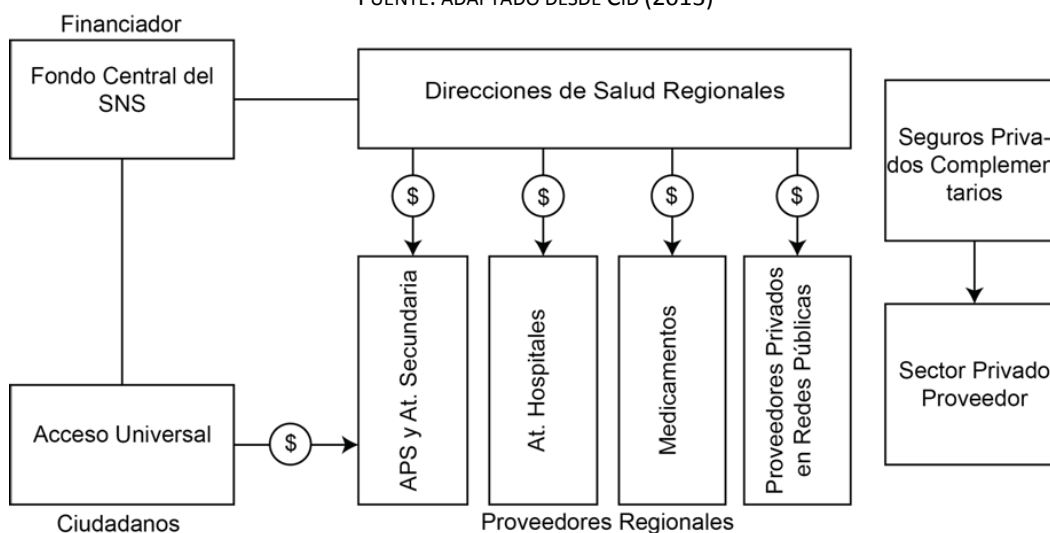
En nuestra economía capitalista, sin duda la instauración de un modelo de este tipo generaría profundos conflictos sociales, dado que mientras los más desfavorecidos de la población se encontrarían en una mejor condición, aquellos que poseen mayores recursos - y por ende influencia política - verían un inminente riesgo económico en una política de expropiación de empresas con el fin de lograr los objetivos políticos del Estado.

Modelo del Seguro Nacional de Salud

El establecimiento de un modelo de este tipo en Chile sería bastante similar en estructura a un modelo a la Beveridge, con la gran diferencia de que se permitiría la incorporación de privados sin fines de lucro a la prestación de servicios. La razón de la coexistencia público -

privado en la provisión se fundamenta principalmente en lo costoso que sería para el estado apropiarse de la infraestructura que se encuentra en manos de estos agentes. La dualidad imperante en este nivel se podría sustentar solo permitiendo una intensa regulación por parte del estado: Si bien el privado no posee lucro, sus incentivos de todos modos no se encuentran alineados con los del Estado, por lo cual se hace necesario el establecimiento de las direcciones de salud regionales no solo como un ente financiador sino como un fiscalizador de los procedimientos y costos asociados a la provisión.

FIGURA 4.2 – EL MODELO DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD
FUENTE: ADAPTADO DESDE CID (2013)



Uno de los factores adversos de los modelos de Beveridge y del Seguro Nacional de Salud radica en la escasez de incentivos a la eficiencia que el sistema provee: En ambos modelos, los prestadores no entran en una dinámica de competencia, lo que sumado a la falta de incentivos económicos que está asociado a la provisión, genera un panorama de precariedad en el uso de los recursos. El establecimiento de un *benchmark* puramente funcional no representaría un desafío y es probable que la tasa de uso de recursos por parte de los privados vaya al alza. El establecimiento centralizado de precios máximos, carecería de la capacidad de presionar a la baja los costos, situación que a mediano plazo afectaría el nivel de carga financiera agregada del sistema.

La articulación de este modelo se realiza en torno a la subvención de la demanda y un aporte parcial a la oferta, configuración que establece la diferencia principal con el modelo

de Beveridge. Esto implica que los ciudadanos verán subvencionado parte - o la totalidad, dependiendo de la capacidad de pago - de su plan de salud. La solidaridad del sistema se basa en la distribución de recursos entre aquellos afiliados de menor costo para el sistema - personas jóvenes principalmente - y aquellos que consumen una mayor cantidad de recursos.

La provisión de medicamentos en este modelo contemplaría una subvención directa al valor cancelado, proporción del valor total que dependerá del tipo de medicamento que se trate.

El modelo del Seguro Nacional de Salud implicaría una completa modificación del rol de las ISAPREs, quienes tendrían dos labores fundamentales: La más clara de ellas está asociada a los seguros privados complementarios - situación que fue explicada en la sección anterior - a la vez que desarrollaría otro tipo de función como garante de los prestadores de salud privados, entendiendo que funcionarían como un intermediario entre el fisco y la red privada, certificando si cada uno de ellos cumple con los requisitos planteados por el gobierno central.

El Modelo de Bismarck

Nuestro actual sistema de salud cae precisamente en esta clasificación, sin embargo una de las alternativas funcionales es mantener la estructura de los prestadores modificando las garantías universales de salud para los ciudadanos. Lo anterior iría similar a la línea del modelo impulsado por Japón, quien permite la coexistencia de un elevado número de aseguradores - privados o públicos - que administren el plan universal de salud, así como prestadores que provean los servicios necesarios.

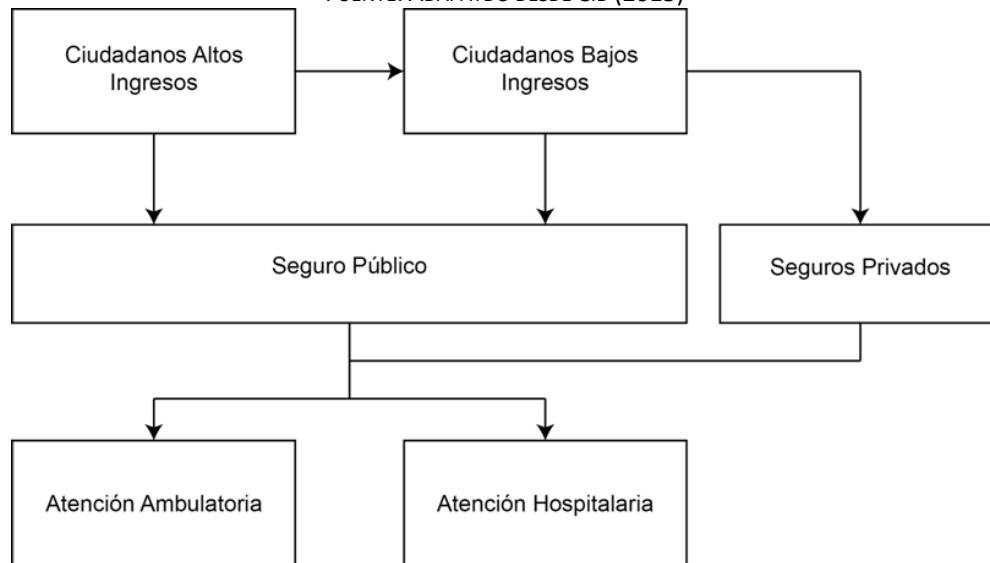
Explícitamente esto implicaría que el gobierno entregaría a sus habitantes una serie de garantías en salud detallada en diversos aspectos, planes que pueden ser obtenidos por medio de aseguradores públicos o privados cancelando una prima idéntica: El único factor diferenciador es que cierto asegurador podría atraer más afiliados por medio de la adición de un mayor número de beneficios por el mismo valor o eventualmente adhiriendo una prima adicional voluntaria por otros servicios complementarios a los ya entregados por las garantías universales.

Las tarifas cobradas por los aseguradores y prestadores no se mantendrían en un esquema *laissez faire* sino que se haría necesaria la intervención del estado como un regulador de costos, presión que si es bien aplicada podría alinear a los privados con los propósitos públicos en salud.

La elevada competencia y el establecimiento del valor legal del plan universal de salud generarían incentivos al aumento de la eficiencia en el uso de los recursos por parte de los privados, situación que sin duda podría afectar la calidad de la prestación de los servicios si el gobierno no logra generar un mecanismo de control eficiente. Por el lado positivo, considerando que esta situación es bien administrada, esta dinámica nos llevaría al establecimiento de una competencia de eficiencia entre los prestadores - y aseguradores - privados y públicos lo que generaría presiones a la baja de los costos agregados del sistema.

FIGURA 4.3 – EL MODELO DE BISMARCK

FUENTE: ADAPATDO DESDE CID (2013)



Lo atractivo de un modelo de este tipo es que el conflicto político asociado sería considerablemente inferior: La transición de nuestro actual sistema a uno del Tipo Bismarck con cobertura universal, contemplaría el análisis de ciertos factores financieros, y cambio en los incentivos de los prestadores y aseguradores de salud, asunto que si bien desataría un intenso debate, podría de seguro ser llevado a un buen fin por parte del gobierno.

Nuestra opinión personal es que este modelo es una buena alternativa de corrección a corto plazo: Los recursos necesarios son mínimos al igual que el conflicto político asociado, plan que podría ser instaurado en un periodo inferior a 5 años. Sin embargo la pregunta fundamental es ¿Lograría esto corregir todas las ineficiencias de un sistema de salud solventado en la libre competencia?

4.3. Propuesta de Reforma

La siguiente sección presenta el modelo a aplicar, según los autores, al sistema de salud chileno habiendo comprendido el diagnóstico de las principales falencias que presenta así como la factibilidad político- técnica en un plazo prudente de tiempo bajo el esquema de los modelos de salud antes expuestos y analizados. Esto es, entendiendo que reformas más profundas o radicales que irían en la dirección correcta no tendrían el apoyo y la sostenibilidad, y por tanto resultarían inevitablemente en fracasos, en intentos que no prosperaron, principalmente debido a la presión que ejercen diversos grupos que pretenden, naturalmente, mantener sus cuotas de poder y rentas, y en el rol del gobierno de velar por la estabilidad de los sistemas.

Entendida esta realidad, es que pasamos a detallar la propuesta de reforma del sistema donde de forma separada abordaremos los temas de financiamiento, aseguramiento y provisión. La presente propuesta debe entenderse como una intención de avanzar hacia una mejor estructura del sistema de salud y que debe necesariamente ser complementada por análisis más acabados de la aplicabilidad técnica y de la regulatoria.

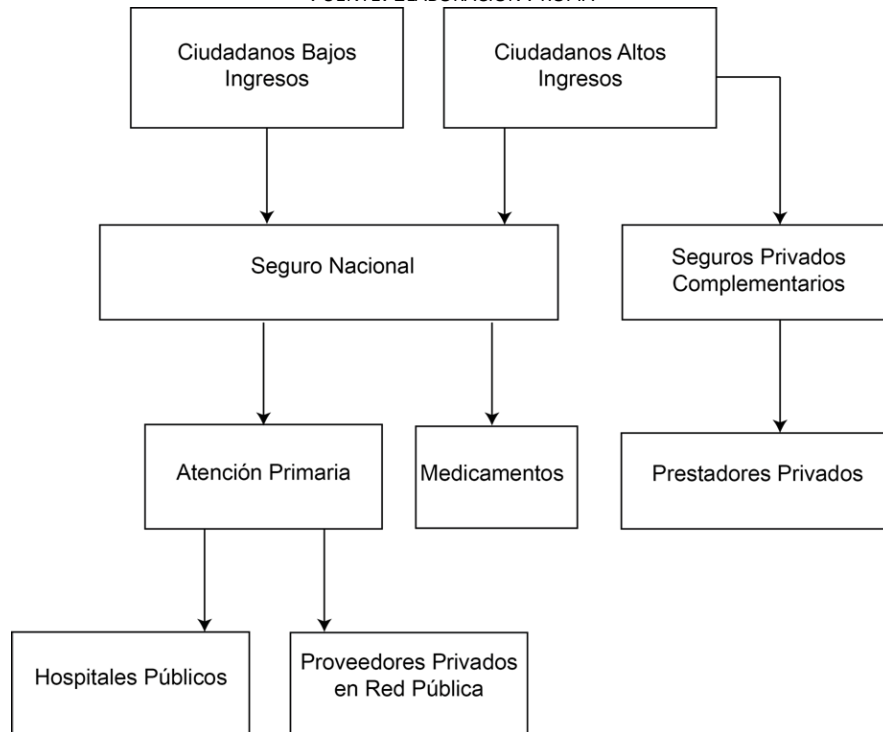
En esencia, esta propuesta sigue la línea de Cid et al (2013) en su etapa inicial pero aborda otros detalles no solo relacionados con el aseguramiento, además de diferir en ciertas propuestas del autor y proponer unas ligeramente distintas. Cada una de las reformas propuestas expondrá una breve descripción de su objetivo y alcances así como la justificación en su elección.

En términos simples y generales, el sistema se basará en un Seguro Social Universal Múltiple en un principio pero avanzará hacia un Seguro Nacional de Salud en tanto las características del mercado, la implementación de las reformas necesarias y las competencias adecuadas

se hayan desarrollado de forma plena. Esto es, siguiendo el compromiso de los estados miembros de la Organización Mundial de Salud el 2005 que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud con el debido resguardo financiero, el “*Universal coverage*”.

FIGURA 4.4 – EL MODELO DE SALUD PROPUESTO

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



Financiamiento

La labor de un sistema de financiación que funciona correctamente es la de garantizar el debido acceso y cobertura a los servicios sanitarios a la población (OMS, 2010). La disponibilidad así como la correcta asignación de los recursos son elementos cruciales a la hora de definir un buen sistema de financiamiento.

Actualmente los aportes a la salud provienen principalmente de tres fuentes: aportes directos del fisco, cotizaciones previsionales y pagos de bolsillo. La mayoría de modelos de salud del mundo desarrollado basa su financiamiento en estas tres fuentes (excepto por supuesto los NHS en que no se aporta con cotizaciones). El nuevo sistema propuesto para

Chile también se sostendrá en estas tres fuentes pero están tendrán una participación distinta así como propósitos diferentes.

Las cotizaciones del 7% de los trabajadores dependientes pasarán a ser la fuente principal de recursos. Debido a que el seguro social es de carácter universal, los independientes también deberán aportar, siguiendo la lógica de las últimas reformas previsionales, de la cual también se rescata que los topes máximos deberán ser aumentados con el fin de inyectar más recursos al sector y añadir en cierta medida un componente progresivo en la posterior redistribución.

Lo ideal, sería que el sistema en su conjunto fuera financiado en su totalidad por impuestos generales (un NHS), pero esto requeriría que el mecanismo impositivo fuese progresivo en esencia y corrigiera en gran magnitud las desigualdades de ingreso del país. Como sabemos, lo anterior no sucede a menos que una reforma tributaria fuera aplicada, sin embargo estas son medidas que escapan al sector y por tanto no serán consideradas.

La población no cotizante obviamente no aportará recursos al sistema y su atención será cubierta por los servicios públicos gratuitos tal cual existen actualmente (Modalidad institucional), esto es, que el estado subsidiará la oferta de servicios para este grupo de la población.

Finalmente, el pago de bolsillo dejará de ser una fuente de financiamiento y se usará exclusivamente como atenuante del riesgo moral (Cid et al, 2013). O sea, que los copagos serán más reducidos que en la actualidad y en el gasto agregado no deberán representar más del 20% del total (en la actualidad alcanzan el 37%). En la estructuración misma del seguro se detallará el esquema de copagos que existirá, pero en definitiva esta nueva estructura de pago de bolsillo viene a lograr la efectiva protección financiera de los hogares así como establece una garantía de acceso, sobre todo de los más vulnerables.

Aseguramiento

Como se ha mencionado, los diversos expertos del área de la salud citan a este ítem como la causa de los problemas de salud, como el origen de las falencias más preocupantes. Por ende, una cuidadosa evaluación de las alternativas disponibles es más que imperiosa.

Un efectivo sistema de aseguramiento permite distribuir el riesgo sanitario de la población y administrar el acceso a los servicios de salud de la forma más costoefectiva posible (Cid, 2011a) y de este modo asignar los recursos de la mejor manera. Como vimos, la existencia de múltiples pools de riesgo, una en cada aseguradora no permite la total solidaridad del sistema (Tokman et al, 2004) entendiéndolo a este como el valor o principio fundamental de un sistema de salud, esto es, que los sanos financien a los enfermos, y por tanto la única alternativa es necesariamente un único pool. Se ha planteado también la creación de dos pools diferenciados uno para FONASA (que funcionaría exactamente igual como lo hace en la actualidad) y otro para el conjunto de las ISAPREs, sin embargo esta alternativa seguiría representando una segmentación entre ricos y pobres, y al final del día también entre sanos y enfermos.

Este pool único de riesgo puede distribuir los recursos hacia la aseguradora que el usuario escoja (por tanto se mantendría la libertad de elección) o podría esta misma entidad administrar estos fondos y actuar como seguro único. Reconocemos que esta entidad requeriría una capacidad técnica enorme para administrar el fondo y que FONASA actualmente no estaría capacitado para hacerlo. Adicionalmente, sería muy provechoso utilizar el conocimiento y experiencia en la administración de los seguros que han adquirido las ISAPREs y mutuales, por tanto la opción de un fondo único recaudador con múltiples seguros parece la opción más viable y eficiente, al menos en el mediano plazo, posteriormente el sistema migraría hacia un seguro nacional de salud con un administrador único.

La redistribución que efectuaría este fondo único hacia las compañías aseguradoras ya sea públicas o privadas sería bajo un mecanismo per capitado con ajuste por riesgo, se infiere entonces que esta entidad (de carácter público, autónomo y totalmente independiente de cualquier aseguradora sean públicas o privadas) sería la encargada de llevar a cabo las

estimaciones de riesgo a través de modelos de proyección que incluyan no solamente variables demográficas que poco poder predictivo poseen sino que incluyan otras más relevantes y útiles (en Cid (2011c) se incluye los diagnósticos (morbilidad) y el poder predictivo mejora sustancialmente). Adicionalmente, también existirían mecanismos de ajuste ex post que permiten asegurar la solvencia de las aseguradoras en casos de elevada magnitud y de carácter imprevisto.

Este tipo de redistribución desincentiva la selección por riesgo (adicionalmente la afiliación debe ser completamente abierta entre todas las aseguradoras, esto es, que el usuario tiene la libertad de cambiarse y las compañías la obligación de aceptarlo) ya que los costos esperados mayores de los individuos de mayor riesgo serán completamente cubiertos (con margen de error reducido debido a las constantes mejoras en el poder predictivo de los modelos), adicionalmente, promueve los esfuerzos preventivos de las aseguradoras como todo mecanismo de capitación en su búsqueda por ahorrar costos.

Esta cierta duplicidad en el manejo de los recursos, con un primer fondo que recauda y distribuye y luego los seguros que administran, evidentemente trae mayores costos administrativos, que posteriormente serán reducidos vía mejoras en la eficiencia, pero naturalmente un único seguro que colapse todas estas funciones es la forma más eficiente de administración en el largo plazo.

Respecto en particular a la prevención, este esquema de múltiples seguros crea el incentivo en cada una de las aseguradoras de efectuar programas de prevención focalizados sólo en sus asegurados, ya que por los efectos indirectos que producen programas preventivos a nivel poblacional el equilibrio los guiaría hacia invertir cero en estos ya que se beneficiarían de igual forma de aquellos aplicados por otro asegurador, y sabemos que sólo a esta escala la mayor parte de estos obtiene eficacia. También, este incentivo se produciría en el caso de aplicarse programas públicos de prevención a escala poblacional que son completamente necesarios y apuntan directamente al bienestar de la población, y en que las aseguradoras no participarían ni apoyarían con recursos estas campañas para aumentar su efectividad. Por este motivo, y para evitar la duplicación de costos administrativos es que debe existir

una única entidad que recaude, administre y distribuya los recursos en un único Seguro Nacional de Salud universal.

La existencia de un seguro universal requiere cierto nivel de estandarización de los planes o paquetes de prestaciones cubiertas por los aseguradores, prestaciones relacionadas a condiciones o enfermedades relevantes para la estrategia sanitaria nacional, sin esta cierta homogenización la lucha por capturar usuarios por parte de los seguros se traduciría en una competencia en base a la cantidad de prestaciones o a la cobertura, hecho que determinaría una segmentación en base a las preferencias de los individuos por esos conjuntos de prestaciones. Sin embargo, puede suceder y es lo más probable que esas preferencias difieran de las prioridades establecidas por la estrategia sanitaria (que debe necesariamente ser un arreglo con participación de distintos actores, ya sea expertos, reguladores, las mismas compañías aseguradores y usuarios) y por tanto la necesidad de un paquete de prestaciones estándar para todo el sistema, aun cuando esto parezca atentar contra la libertad individual en las preferencias de los individuos. Estos paquetes o conjuntos podrían recibir modificaciones regionales derivadas de las diferencias en necesidades específicas de estas distintas poblaciones. En general esta cartera de prestaciones podría corresponderse a un AUGE ampliado, incorporando también las adscritas al arancel MLE del FONASA. Es esencial adicionalmente, la revisión y actualización periódica de estos paquetes con el fin de ajustarse de mejor manera a cambios en la demanda, a cambios en las tendencias respecto a tecnología y prácticas médicas, así como a emergencias sanitarias.

Estas estandarizaciones también deben efectuarse en el ámbito de la estructura de copagos, esto es que, la oferta de servicios que brindan los aseguradores debe ser equivalente y comparable para evitar algún tipo de selección por riesgo (Cid et al, 2013). Esta estructura presentaría variaciones según diversas condiciones con el fin de proteger financieramente a los hogares y de permitir el debido acceso a prestaciones preferenciales según la estrategia sanitaria. Cid et al (2013) plantea la incorporación de topes anuales absolutos según renta, esto permitiría efectivamente una limitación a las catástrofes financieras que podrían experimentar las familias, iniciativa que es acogida completamente.

El modelo propuesto es totalmente compatible con seguros complementarios de salud que puedan proveer de coberturas mayores en ámbitos como la hotelería y otras *amenities*, pero que en el valor de sus primas estarán ligeramente regulados, sin embargo la afiliación será cerrada pudiendo las aseguradoras negar la venta a un usuario. Esta regulación impedirá de cierta forma la excesiva discriminación hacia grupos riesgosos, aun cuando estas primas funcionen con precios según el riesgo de quien contrata estos planes.

Los aseguradores podrán celebrar convenios con grupos de prestadores privados para a través de compras por volumen negociar precios más bajos. Si bien para guiar a sus clientes hacia estos prestadores la aseguradora no puede ofrecer coberturas mayores por prestaciones específicas o por comprar a prestadores específicos (refiriéndonos a aquellas priorizadas en el paquete de prestaciones básico), si puede asociarlo a la prima del seguro adicional. Lo anterior sólo en el esquema de transición, completada la total migración del modelo actual al Seguro Nacional, las aseguradoras privadas solo podrán ofrecer planes complementarios competitivos individuales asociados a prestadores privados no adscritos a la red pública de atención.

Provisión

La estructura de la provisión de servicios de salud también debe variar hacia una donde el enfoque que adquieran los prestadores se ajuste a la competencia por calidad, por el valor que entregan al paciente, pero a su vez viéndose incentivados a generar ganancias en eficiencia.

El cambio trascendental dice relación con el mecanismo de pago a proveedores por parte de las aseguradoras, y en este ámbito es imperativo que la forma escogida permita distribuir el riesgo financiero entre asegurador-proveedor para limitar la sobreprestación inducida, esto se logra en base a pagos mixtos que incentivan la eficiencia en costos cumpliendo evidentemente con estándares mínimos de calidad impuestos y fiscalizados por la autoridad competente.

Los sistemas DRGs⁵⁹ (o GRD por sus siglas en español) clasifica los casos hospitalarios entre una multiplicidad de grupos considerando las diferencias en complejidad (Busse et al, 2011). Este tipo de sistemas contables permite en los establecimientos determinar con precisión de donde provienen los costos y efectuar en consecuencia ganancias en eficiencia donde corresponda y asignar eficientemente los recursos, a su vez es una inmejorable herramienta para conocer las mejores prácticas. La implementación de este mecanismo será obligatoria para los oferentes en sus prestaciones hospitalarias y los pagos estarán asociados a este sistema igualmente.

Dado que constitucionalmente estará garantizada la atención de salud se requiere una red pública capaz de abastecer a una mayoría de la población con un nivel de calidad y eficiencia comparable al del sector privado, por esto es necesario que actuales prestadores privados institucionales se integren a esta red aunque permaneciendo en su calidad de privados, en un trabajo complementario que permita la atención a cualquier individuo proveniente de cualquier seguro. Suena sencillo creer que los hospitales universitarios busquen esta integración de forma autónoma, pero las clínicas más grandes de la capital, así como las de regiones deberían también hacerlo con el fin de suplir la escases de oferta que es preocupante en algunas zonas en particular del país, pero más importante aún, es que la parcial unificación de los servicios impide la segregación sobre todo en base al ingreso.

En esta búsqueda por la integración, las mutuales de seguridad, que son seguros independientes con red de atención propia, también se unificarían al sistema en ambos aspectos, esto es, que podrían ingresar como seguros y también prestar sus instalaciones a la red pública de atención.

La idea generalizada es que dentro de la red pública exista una homogenización en términos de calidad y eficiencia lo que implica cerrar la brecha que existe actualmente inyectando recursos en los hospitales destinados a mayor infraestructura médica complementado con mejoras en la administración. En este sentido, los hospitales pasarían a funcionar con un carácter más autónomo con mayor libertad en su planificación (siguiendo evidentemente la guía establecida por la estrategia sanitaria) que les permite al final del día poder competir

⁵⁹ Diagnosis Related Groups

con los hospitales privados integrados a la red pública y esta en su conjunto ser una alternativa más que válida (e incluso mejor) que la atención del sector privado no integrado.

El funcionamiento integrado de esta red pública supone también que los esquemas de derivación de pacientes desde la atención primaria hacia las superiores más complejas funcione como filtro para reducir los costos globales del sistema y para permitir la correcta asignación o derivación de pacientes hacia los prestadores adecuados, así como enfocar una buena parte de los recursos y de los esfuerzos en prevención.

En la etapa cúlmine, cuando el Seguro Nacional esté completamente implementado, los prestadores privados no integrados a la red pública solo podrán entregar servicios a los seguros privados adicionales, esto es que, ningún recurso o fondo público financiará prestaciones privadas fuera de la red.

4.4. Transición

Un tema que es precariamente tratado en la literatura económica ligada al estudio de los mercados de salud, corresponde a la forma en que debe generarse la migración de un modelo a otro. Hemos decidido incorporar este análisis con el fin de explicitar la importancia que este proceso tiene en el resultado final que persiga el estado.

Como concluimos en la sección anterior, nuestra propuesta se basará en un modelo en dos etapas: Inicialmente se instaurará el sistema múltiple de salud el cual mediante la regulación y cambios estructurales que pretende impulsar el gobierno buscará acercarse tanto como pueda a la estructura de un Seguro Nacional de Salud. La decisión de estas dos etapas se basa primero que todo en la urgencia por cambios que requiere nuestro actual modelo, solución que debe ser aplicada según existan las factibilidades técnicas, económicas y políticas necesarias para ello. Si bien consideramos que lo apropiado para nuestra economía es la instauración de un Seguro Nacional, creemos que la presión por su aplicación inmediata generaría costos superiores a los beneficios que pudiese entregar.

El *timing* del gobierno en este sentido debe enfocarse en resolver inicialmente aquellos factores que aporten al nuevo modelo, pero que igualmente puedan convivir con nuestro actual sistema. Un ejemplo de esto es la modificación de la recaudación en un único fondo

central, medida que además de los costos administrativos, no representa una carga económica para el gobierno, así como tampoco entorpece el actual funcionamiento del sistema, pero que sin embargo logra agregar solidaridad y eficiencia a la administración de los recursos. Etapas como el fortalecimiento de la infraestructura o la modificación del rol que tendrán las actuales ISAPREs deben impulsarse con cautela, dado que representan altos costos para el estado, además de requerir amplios periodos de negociación.

En conjunto a esto, se hace fundamental el establecimiento de un aparato legal que garantice la continuidad de la propuesta a fin de que esta mantenga su curso independiente a la ideología política del gobierno que se encuentre dirigiendo la nación. Esto podría corregirse ya sea mediante el establecimiento de una ley aprobada en el parlamento - aunque esta eventualmente podría ser derogada - o inclusive mediante una modificación a la constitución política de nuestro país, donde se presenten las garantías legales que ofrecerá el estado bajo este nuevo marco. Esta nueva propuesta legal y la aprobación del proyecto contemplan con seguridad una de las etapas vitales para la aplicación de la reforma: Recordemos que años atrás - tal como vimos en el capítulo 1 - la aprobación de las modificaciones establecidas mediante la creación del SNS tomó 12 años en el congreso, por lo cual, si bien no podemos pretender que esta es una decisión que se debe tomar a la ligera, creemos que la urgencia del caso ameritaría un accionar más raudo.

Una vez aprobada la propuesta en el congreso, lo siguiente sería trabajar en la creación de estructura de centros de salud público: Este periodo de transición contempla una etapa de fortalecimiento del sector público, dado que esta es la única manera en que este pueda competir con su contra-parte privada e influir igualmente de manera positiva en los costos asociados al sistema. La idea del modelo no es eliminar a los prestadores privados, pero si lograr que la calidad, cantidad y rapidez de los servicios prestados por el sector público se encuentren en un nivel competitivo.

Un tema importante contempla el análisis que esta medida pudiese tener en términos macro: el intensivo uso de recursos fiscales para impulsar esta reforma requerirá transitoriamente de una mayor proporción de la recaudación total del gobierno, situación que eventualmente podría presionar al alza en uno o dos puntos la meta de inflación que el

estado se permite. Este fenómeno no debiese afectar la evaluación económica que se haga de nuestro país, dado que este uso de recursos va dirigido a la instauración de un plan de inversión a largo plazo, garantizando beneficios sociales y uso más eficiente de los recursos económicos.

Por otro lado, todo sistema trae externalidades o efectos no deseado, dado que en su construcción no se evidenciaron ciertos fenómenos adversos. Claramente el rol del estado será cumplir con mantener estos fenómenos al margen con el fin de que no afecten los resultados del modelo.

Referencias del Capítulo

- Busse, R. et al. 2011. *Diagnosis – Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals.*
- Cid, C. 2011a. *Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional.*
- Cid, C. 2011b. *Financiamiento agregado de la Salud en Chile: año 2008.*
- Cid, C. 2011c. *Diagnoses-based Risk Adjusted Capitation Payments for Improving Solidarity and Efficiency in the Chilean Health Care System: Evaluation and Comparison with a Demographic Model.*
- Cid, C. et al. 2013. *Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno.*
- Ibern, P. et al. 2009. *Propuestas de regulación al problema de los precios, planes, cautivos en ISAPRE y su relación con el Fondo de Compensación solidario.*
- Larrañaga, O. 1997. *Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno.*
- OMS. 2010. *La Financiación de los Sistemas de Salud: El camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo.*
- Paraje, G. & Vásquez, F., 2012. *Health equity in an unequal country: the use of medical services in Chile*
- Titelman, D., 2000. *Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes.*
- Tokman, et al. 2004. *Alternativas para reducir la discriminación y la segmentación por riesgo en el sistema de salud chileno.*
- Tokman et al. 2007. *Un matrimonio difícil: la convivencia entre un seguro público solidario y seguros de salud competitivos.*
- Uthoff, A., Sánchez, J.M. y Campusano, R., 2012. *El mercado de seguros de salud: lecciones sobre el conflicto entre equivalencia y solidaridad.*