



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Economía y Negocios
Escuela de Economía

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DEL SECTOR SALUD TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DEL AUGE.

Seminario para Optar a Título de Ingeniero Comercial

INTEGRANTES:

Camila Bustos Peñailillo.

Profesor Guía: Jorge Katz Sliapnic

Santiago de Chile

Diciembre 2011

AGRADECIMIENTOS

Agradezco sinceramente la colaboración y apoyo en el presente seminario del profesor Jorge Katz, por guiarme en la elaboración de una buena investigación y en la búsqueda de nuevas fuentes de información.

Al Dr. Manuel Inostroza por compartir su conocimiento y experiencia en el sector público de salud, principalmente en la Superintendencia de Salud, además de cooperarnos con la entrega de importantes datos actuales.

Al Dr. Emilio Santelices por compartir un conocimiento más acabado de lo que el gobierno actual, a través del Ministerio de Salud, está desarrollando en el país.

A los organizadores del Encuentro Nacional de Salud 2011, por permitirme asistir al seminario realizado en noviembre de este año y luego, aportarme los datos que se analizaron en el seminario.

A mi familia por todo el apoyo y cariño entregado durante estos meses.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
ÍNDICE.....	3
RESUMEN EJECUTIVO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1: EL AUGE.....	8
1.1 Derechos.....	8
1.2 Legislación.....	10
1.3 Institucionalidad.....	13
1.4 Prestadores de Servicios de Salud.....	17
CAPÍTULO 2: COMPETENCIA REGULADA Y SU APLICACIÓN EN EL SECTOR SALUD.....	18
2.1 Caso Colombiano.....	21
2.2 Caso Británico.....	23
2.3 Caso Canadiense.....	25
2.4 Caso Chileno.....	30
CAPÍTULO 3: COMPOSICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO.....	37
3.1 Oferta de aseguradores de salud.....	37
3.2 Oferta de proveedores de salud.....	46
3.3 Oferta de medicamentos.....	55
3.4 Demanda de Salud.....	56
CAPÍTULO 4: DESAFÍOS Y PROPUESTAS PARA EL SISTEMA DE SALUD.....	60
4.1 Desafíos.....	60

4.2 Propuesta: Plan Garantizado de Salud en las ISAPRES.....	67
CONCLUSIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	75

RESUMEN EJECUTIVO

El sistema de salud presenta un desafío en todos los países y dado lo complejo que es este mercado, no existe sólo una forma efectiva de realizar las cosas. Una de las soluciones para mejorar los sistemas de salud ha sido la competencia regulada, ampliamente utilizado en diversos países, pero con distintos resultados.

A partir del 2005, el sistema de salud chileno comenzó una reforma, basada en la competencia regulada, que buscaba el acceso de todas las personas a la atención de salud, un uso eficiente de los recursos destinados a salud y reducir las desigualdades en la entrega de atención. La manera de lograr estos objetivos fue a través del régimen de garantías donde se garantizaba el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera de la atención en salud para un conjunto de patologías de diversa complejidad.

A pesar de los logros obtenidos por la reforma, sobre todo en la garantía de acceso, la aplicación de la reforma a partir del 2005 no ha sido realizada como se esperaba, debido a diferencias ideológicas y cambios en el comportamiento de los agentes. Existen diversos temas que hay que analizar su desarrollo, como la acreditación de calidad de los servicios de salud, la autogestión de los hospitales públicos, el aumento de los costos de salud y la forma en que los sistemas público y privado se complementan. A partir de este análisis, podemos darnos cuenta de los distintos desafíos que existen en este mercado y discutir las propuestas de mejora en las cuales se está trabajando actualmente.

INTRODUCCIÓN

El análisis del mercado de salud es complejo, porque posee características que otros mercados no poseen y que son difíciles de tratar. Primero, el mercado de la salud no es predecible, ya que las enfermedades llegan cuando uno menos se lo espera. Segundo, el mercado de salud tiene asimetrías de información, ya que, por un lado, los pacientes no conocen los tratamientos a seguir para su enfermedad y deben confiar en lo que el doctor les diga; y por otro lado, las aseguradoras no conocen la calidad de salud de sus asegurados y deben confiar en ellos. Tercero, algunos productos asociados a la salud producen externalidades que benefician a la sociedad en su conjunto, más de lo que benefician al individuo por sí sólo, como por ejemplo las vacunas, por lo que deben entregarse subsidios para incentivar el uso de estos productos. Finalmente, el mercado de la salud posee problemas de equidad en el acceso.

Son estas cualidades del mercado de la salud lo que hace complicado decidir que agente de la sociedad debe proveerlo, en qué cantidad y quién debe financiarlo. En los países más industrializados, el Estado provee casi la totalidad del mercado; en los países menos desarrollados, es el ámbito privado el que provee la salud; mientras que en otros casos se produce un mix público-privado de provisión de servicios. Cada uno de estos modelos tiene una forma distinta de repartir el riesgo entre usuarios, financiadores y prestadores, y cada uno genera sus propias formas de fracaso de mercado y de riesgo moral. En el caso de Chile, posee un sistema mixto, donde la salud se provee a través del Estado y de privados. Sin embargo, a partir de la reforma previsional del 2005, las tareas de fiscalización, reglamentación y control, que estaban a cargo del Estado, se han ampliado.

A pesar de esto, aún queda establecer las bases para evaluar como la reforma ha impactado en la calidad del sistema. Uno de los objetivos principales de la reforma fue

aumentar la calidad del servicio de salud en hospitales y consultorios públicos, partiendo desde la disminución de los tiempos de espera, hasta los cambios en tecnologías e infraestructura necesaria para el desarrollo médico.

La reforma previsional del 2005 en Chile ha permitido establecer un mejor funcionamiento del mercado de salud. Sin embargo, las nuevas condiciones del mercado de salud chileno, hacen necesario tener en cuenta algunos temas colaterales. Por un lado, la población chilena se está envejeciendo, y dada la situación económica del grupo de tercera edad, el Estado no posee los recursos necesarios para mantenerlo con las condiciones actuales, ya que los costos de las enfermedades crónicas que se dan sobre todo en la vejez son muy altos.

Para lograr estos objetivos futuros y otros desafíos que se presenten, analizar los sistemas que se han desarrollado en otros países es de gran ayuda. Por un lado, podemos darnos cuenta de los procesos de transición que han sobrellevado algunos países para lograr un sistema de salud eficiente, eficaz y sustentable, y por otro lado, podemos comparar nuestro país con otros similares y ver qué tipos de cambios podemos realizar en Chile para lograr un buen sistema de salud.

Basado en esto, la investigación se estructura de la siguiente forma. En el primer capítulo hablaremos del AUGE, sus objetivos y los cambios institucionales que produjo. En el segundo capítulo, se explica la teoría de la competencia regulada y cómo esta se ha utilizado en distintos sistemas de salud, para luego analizar cómo se ha implementado en Chile. En el capítulo 3 se desarrolla la composición y estructura del sistema de salud chileno a partir de la reforma, dando hincapié en su implementación. Finalmente, el capítulo 4 consiste en los desafíos que se derivan del análisis desarrollado en el capítulo 3, para luego terminar con algunos posibles ámbitos de mejora.

CAPÍTULO 1: EL AUGE¹.

El Sistema de Salud Chileno se ha caracterizado por ser un sistema mixto de salud, tanto en la provisión de servicios como en la forma de aseguramiento, sin embargo, en los últimos años ha presentado problemas debido a la desigualdad en la entrega de servicios, a la mala calidad del sistema público, a los cambios demográficos que ha sufrido la población, el fracaso del mercado de seguros de salud, la selección de riesgo y la falta de solidaridad. Esto hizo a los políticos darse cuenta que el sistema necesitaba un cambio y es por esto que en el año 2002, se inician los estudios que darán las bases para la reforma del sistema de salud del año 2004, inspirada en:

- **Derecho a la salud:** Toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencia sexual o ingreso, debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad.
- **Equidad en salud:** La Reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y de acceso universal a las atenciones de salud.
- **Eficiencia:** Para alcanzar un alto nivel de eficiencia en el uso de recursos, es necesario hacer mejoras de gestión que involucren tanto la gestión de los recursos financieros como a los propios beneficiarios, en lo referente a una mejor focalización y uso de los subsidios en salud.

¹ Basado en el Seminario de Título de Amanda Martínez Becerra y Edgardo León Vargas: Estructura y Comportamiento del Sistema de Salud en Chile, y en el libro la Salud del Bicentenario, Chile 2011-2020: Desafíos y Propuestas, del Instituto de Políticas Públicas y Gestión Salud y Futuro de la Universidad Andrés Bello.

Los objetivos de la Reforma que están directamente vinculados a los antecedentes que la originaron son:

- a) Favorecer la integración de los subsistemas público y privado bajo una lógica común que utilice como eje ordenador las reales necesidades y expectativas de sus usuarios.
- b) Mejorar el acceso a la salud a los grupos más desfavorecidos de la población, y también, acabar con la discriminación que afecta a mujeres, ancianos y niños.
- c) Adecuar el modelo de atención y los servicios de salud ofrecidos al actual perfil biodemográfico de la población (más envejecida y afectada de enfermedades crónicas y degenerativas), a las tecnologías disponibles y a la evidencia científica.
- d) Aumentar la seguridad y confianza de las personas en el sistema de salud, explicitando sus derechos y deberes, abriendo canales de participación e incorporándolos activamente en su auto cuidado.
- e) Modernizar la organización y gestión del sector público, en función de los nuevos desafíos: una autoridad sanitaria fuerte para la conducción política y regulación; un FONASA responsable de garantizar a todos sus beneficiarios protección efectiva contra el riesgo de enfermar, y una red asistencial de alta calidad en lo técnico y en lo humano.

La implementación de la reforma en el sector de la salud llevó al desarrollo de una serie de instrumentos legales que modificaron la estructura del sistema de salud y su marco regulatorio. Todas estas modificaciones buscaron definir la fuente de financiamiento de la reforma, establecer una nueva Autoridad Sanitaria, plantear

criterios de eficiencia y gestión del sistema de salud, establecer los derechos y deberes del paciente, definir un régimen de garantías en salud y modernizar la ley de ISAPRES.

Las leyes que permitieron poner en marcha la Reforma de la Salud fueron las siguientes:

- **Ley de financiamiento** (agosto 2003): Esta ley asegura los recursos para la reforma, la cual incluyó un aumento del 1% del IVA para dicho fin.
- **Autoridad sanitaria y gestión** (febrero 2004): Se separan las funciones de prestación de servicios sanitarios y las de regulación del sistema del sector; se fortalece la autoridad sanitaria, se crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados, y se introducen cambios organizacionales bajo el concepto de hospitales auto gestionados y de gestión en red.
- **Ley de Solvencia:** Incluye un régimen especial de vigilancia y control de las instituciones previsionales de salud. Asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados. Se establece la nueva regulación de las ISAPREs con un componente denominado “Ley Corta”, orientado a sustentar la salud financiera del sistema, y un segundo componente, la “Ley Larga”, que incluye un Fondo de Compensación de Riesgo Inter-ISAPREs.
- **Régimen de garantías explícitas en salud (GES):** Reforma de salud que se implementó desde el año 2005, la cual garantiza el “Acceso Universal”. Se crea un sistema de garantías explícitas en salud para el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en un conjunto de patologías de carácter prioritario. A continuación se explican cada una de las garantías:
 - a) **Garantía de Acceso:** Se define legalmente como la obligación de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios, en la forma y condiciones que determine el decreto.

- b) Garantía de Oportunidad: Se define como el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas.
- c) Garantía de protección financiera: Pretende disminuir el gasto de bolsillo, y el impacto de éste sobre los hogares. Se hace fijando montos predeterminados a financiar por los usuarios.
- d) Garantía de Calidad: Se define como el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado de acuerdo a la Ley de Autoridad Sanitaria, estableciendo tratamientos estandarizados y definidos según las patologías incluidas en el GES.

La idea es asegurar un nivel de calidad, con equidad, tanto con la calidad del prestador como con la calidad de la clínica. Lo anterior llevó a la Superintendencia de salud a generar un registro de prestadores individuales e institucionales, la certificación de prestadores individuales, y la acreditación de prestadores institucionales.

Cuando el plan AUGE/GES comenzó en julio de 2005 cubría 25 enfermedades, y desde Julio de 2010 cubre 69 enfermedades. El Ministerio de Salud ha seleccionado las patologías de mayor complejidad que afectan a los beneficiarios del sistema de salud estatal y privado y las ha priorizado por ser las más frecuentes, graves y tratables, es decir, que poseen tratamientos efectivos para su manejo.

Todo problema de salud que no se encuentre garantizado en el arancel AUGE/GES, tendrá una cobertura normal según el plan de salud complementario, por otro lado se podrá solicitar la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), si se opta por atender en el prestador de red asignado, salvo las prestaciones no cubiertas y señaladas en las condiciones particulares de la cobertura adicional para enfermedades catastróficas.

Para finalizar esta sección se presenta un esquema en el cual se describe la organización del sistema de salud en la actualidad. El principal tema a destacar es la creación de dos subsecretarías (de Salud Pública y de Redes Asistenciales) en el Ministerio, la cual le permite al ministerio cumplir con las nuevas tareas que tiene a partir de la implementación del Plan AUGE. El segundo tema a destacar es la transformación de la Superintendencia de ISAPREs en Superintendencia de Salud, la cual tiene como tarea la fiscalización tanto de ISAPREs como de FONASA, y el cumplimiento de las garantías establecidas. Estas tareas se han visto fortalecidas a partir de la instauración de la nueva institucionalidad, ya que ahora la amplitud de fiscalización ha aumentado, es decir, hay más instituciones, tareas, políticas, objetivos que fiscalizar. La garantía de calidad en salud no se ha visto tan desarrollada y en la actualidad, la Superintendencia de Salud no tiene la capacidad de fiscalizar a cada profesional de la salud, si no que sólo cuenta con el proceso de acreditación, donde cada profesional o institución de salud que lo requiera es fiscalizada para ser acreditada por tener un nivel de calidad básico, impuesto por la superintendencia.

La nueva institucionalidad se conforma de la siguiente manera:

- Subsecretaría de Redes Asistenciales: Cumple el rol de normar y regular las redes públicas de salud para resolver los problemas de la población de forma tal de normalizar los niveles de complejidad de la red, integrar las redes y definir políticas para la alta complejidad. Tiene a su cargo las materias normativas relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema, para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles.
- Subsecretaría de Salud Pública: Se crea para fortalecer el rol del ministerio en la definición de políticas públicas y en el ámbito de salud pública. Tiene como misión la promoción de salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades. Parte esencial de esta secretaría son las 13 secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) que desarrollan el ejercicio de la autoridad sanitaria a nivel regional. Las SEREMI tienen todas las atribuciones que tenía anteriormente el SNSS en el ámbito de regulación y fiscalización sanitaria.

Tanto el ministerio como las SEREMIs cuentan con un consejo de expertos los cuales proponen y entregan las mejores soluciones que se necesitan en el ámbito de salud.

Por otro lado, existen 2 Instituciones más que dependen del Ministerio de Salud:

Centro Nacional de Abastecimiento (CENABAST): Realiza la función compradora de medicamentos del Estado a bajo costo para los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Instituto de Salud Pública (ISP): Tiene el rol de controlar la calidad de las prestaciones de salud pública, fiscalizar la industria farmacéutica, recopilar y entregar información para la vigilancia de la salud pública y fomentar la transferencia tecnológica.

Superintendencia de Salud: Se encarga de regular las aseguradoras y los prestadores del sistema público y privado, por lo que se divide en la intendencia de seguros (regula a FONASA y a las ISAPREs) y la intendencia de prestadores, que regula a prestadores privados independientes o clínicas y centros médicos. La intendencia de seguros recibe los reclamos de los afiliados a ISAPRE o FONASA, que no han podido resolver su problema de salud o que no han podido utilizar como corresponde sus garantías de acceso, oportunidad, calidad o financiamiento en las patologías AUGE; luego, investiga para ver si realmente existió una falta; y finalmente, obliga al seguro a resolver el problema de salud del paciente dentro de un plazo estimado. La intendencia de prestadores está encargada de definir los estándares de calidad que todo profesional de la salud e institución de salud debe cumplir, para luego acreditar que los proveedores de salud están cumpliendo con los estándares establecidos; esto asegura que los pacientes van a recibir un nivel de calidad mínimo.

FONASA: Se le responsabiliza del cumplimiento de las garantías GES. Tiene el rol de recaudar, administrar y distribuir los recursos del Fondo y financiar todo o parte de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios. El seguro entrega los siguientes servicios: la modalidad de atención institucional (MAI), donde las atenciones de salud son entregadas por los establecimientos públicos de salud; la modalidad de libre elección (MLE), donde los beneficiarios se pueden atender con profesionales o establecimientos privados que hayan suscrito convenios con FONASA; y las garantías del Régimen General de Garantías en Salud (GES), que es un instrumento de regulación sanitaria que define un conjunto de prestaciones y orienta los recursos a las actividades de mayor impacto sanitario. Por otro lado, FONASA está encargado de

comprar servicios de salud a privados, a través de los PADs² o del bono GES³, cuando el sistema público no pueda entregarlos.

El FONASA es intrínsecamente solidario y se financia a través de un aporte fiscal y del 7% de renta imponible de sus afiliados. La prima no está relacionada con el nivel de riesgo ni el tamaño del grupo familiar. Sin embargo, las personas se dividen en 4 grupos según su ingreso: el grupo A está compuesto de personas sin ingresos laborales y gozan de una cobertura del 100% en establecimientos públicos; el grupo B tiene bajos ingresos y también se atiende casi en su totalidad en el sistema público; el grupo C y D tienen copagos y usan la modalidad de libre elección en lo ambulatorio y en caso de hospitalización utilizan el sistema público.

ISAPREs: Seguros privados de salud de carácter individual y con un sistema de primas ajustadas por riesgo de las personas o las familias. Los beneficios aumentan a medida que baja el riesgo y aumenta el aporte de los cotizantes, y comprenden como mínimo el Régimen General de Garantías de Salud y en forma voluntaria un plan complementario. El Régimen de Garantías en Salud tiene una prima única universal en todas las ISAPREs, lo que es posible debido a un Fondo Compensatorio por Riesgo Inter-ISAPRE.

Los beneficios son otorgados por prestados privados y públicos, elegidos libremente mediante un sistema de reembolso de los gastos o convenios de las ISAPREs con ciertos prestadores.

² PAD: Pago asociado a diagnóstico. Paquete de servicios de salud asociados a una enfermedad específica, que FONASA compra a privados.

³ Bono GES: Bono que se le entrega a los pacientes afiliados de FONASA que no pueden tratar su patología GES en el sistema de salud público debido al exceso de demanda que existe en el sistema. Con este bono el afiliado a FONASA puede tratar su enfermedad GES con un proveedor privado que tenga convenio con FONASA.

Los Prestadores de Servicios de Salud pueden ser los siguientes:

- Servicios de Salud: Ejecutan coordinadamente las acciones integradas de fomento, protección, recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. Actualmente existen 29 servicios de salud.
- Red Asistencial: Cada servicio de salud está compuesta por un conjunto de establecimientos asistenciales públicos que suscriban un convenio para colaborar o complementarse entre sí.
- Hospitales y Consultorios públicos: En la actualidad existen 194 hospitales, 837 consultorios y 1168 postas. Entre los hospitales existen los denominados “Establecimientos de Autogestión en Red” que dependen de los servicios de salud, pero que su gestión es autónoma. Los consultorios entregan atención primaria de salud gratuita y constituyen la puerta de entrada para la modalidad institucional de FONASA.
- Prestadores privados: Clínicas, centros médicos, consultas privadas y redes de prestadores que ofrecen servicios de salud, principalmente a privados pero también al sistema FONASA de libre elección.

CAPÍTULO 2: COMPETENCIA REGULADA Y SU APLICACIÓN EN EL SECTOR SALUD.

La competencia regulada es definida como la gestión de un servicio público por particulares con el monitoreo permanente del Estado sobre las empresas que lo prestan.

Enthoven (1989) propone el modelo *managed competition* como una estrategia de compra para obtener el máximo beneficio para empresarios y consumidores de la salud, debido a la crisis en el sistema de salud de Estados Unidos. Este sistema utiliza reglas de competencias derivadas de los principios microeconómicos, premiando con más afiliados y más utilidades aquellos planes de salud que mejoran la calidad, reducen costos y satisfacen a los pacientes (Enthoven, 1989, 29).

El modelo funciona bajo un esquema de aseguramiento de la asistencia sanitaria, en el cual el asegurador, llamado también sponsor, patrocinador o promotor, hace de intermediario entre el usuario y el proveedor de servicios para eliminar las distorsiones presentes en el mecanismo del mercado, valorar la calidad de los planes de provisión de asistencia sanitaria (según información y asesoría de expertos), definir reglas que incentiven la competencia y no premien planes de salud que seleccionen riesgos, segmenten mercados y provean servicios de mala calidad (Enthoven 1989, 30). Entre las reglas necesarias para permitir el funcionamiento de un mercado de la salud corregido, Enthoven menciona:

- **Reglas de equidad:** los planes de salud deben aceptar a todas las personas, brindar los precios más bajos posibles que aseguren tanto cobertura como calidad; la prima se paga por la misma cobertura, independientemente del estado de salud de la persona, sexo o edad. No hay exclusiones o limitaciones a la cobertura por condiciones preexistentes.

- **Reglas de selección de planes:** los patrocinadores son los encargados de escoger los planes de salud participantes, de acuerdo a criterios de eficiencia y calidad.
- **Reglas de inscripción:** los patrocinadores son los encargados de gestionar la inscripción de planes de salud participantes, así como de los suscriptores. Este agente debe definir los procedimientos de inscripción y dar una oportunidad anual para cambiar de planes. El patrocinador también debe preparar el material informativo sobre los beneficios cubiertos, las características de los planes de salud y la ubicación de sus proveedores, y los controles de calidad efectuados; asimismo debe establecer las condiciones contractuales de pago con la participación de empresarios y particulares, así como servir de intermediario financiero entre los mismos.
- **Reglas para crear una demanda elástica al precio:** el patrocinador debe establecer un precio estable (lowestpriced) de la prima de seguro y de reaseguro, así como un producto homogéneo; en este sentido se introduce los denominados contratos de cobertura estandarizada, con el fin de disuadir la diferenciación de productos, facilitar la comparación de precios y calidad, y evitar la segmentación del mercado. La elasticidad de la demanda también se puede formar por medio de información, libre elección de los planes a nivel individual y no por grupos de trabajo.

El segundo elemento regulado, para permitir el mercado e incentivar la competencia, es un precio fijo anual que pretende que la competencia difiera de la tradicional, pues no se centra en la información de la variabilidad oferta-demanda de asistencia, sino en la calidad y la satisfacción que ofrecen los planes a los usuarios, por lo cual incentivarán a más usuarios a afiliarse.

Esto implica que los proveedores de salud funcionarán por cantidad demandada, las aseguradoras tendrán incentivos a contratar con aquellos más atractivos para los demandantes y éstos comprarán el producto o plan de beneficios por el mínimo de un

año y según los resultados los usuarios podrán elegir libremente otra alternativa de prestación del plan. El modelo es compatible con copagos y deducibles los cuales también serían objeto de regulación, para evitar el riesgo moral.

Al ubicar la presión de la demanda sobre los proveedores para reducir costos, las reformas del mercado funcionan si todos los que pueden contribuir a la financiación del sistema lo hacen, es decir, que no hayan *free riders* que distorsionen el modelo. Se recomienda que el pago o las contribuciones de los consumidores se realice por medio de acuerdos entre empleadores y empleados mediante pagos sobre el salario y subsidios cruzados entre quienes poseen capacidad de pago con quienes no (Enthoven, 1993, 41-42).

La pretensión de Enthoven de establecer un mercado regulado evidencia fallas desde sus fundamentos, al considerar de forma estática el mercado de la asistencia sanitaria y no tener en cuenta la importancia de los costos de transacción, de la información, de las innovaciones tecnológicas y de cómo un tercer pagador produce un sobreuso de los servicios de salud.

Enthoven pretende eliminar las fallas de mercado a través de la intervención del Estado en la economía, a través de la regulación, no obstante, su modelo no profundiza sobre la conducta de este último modulador del sistema.

La figura del patrocinador como ente imparcial desconoce que el regulador también actúa bajo cierta racionalidad y reglas, lo cual puede llevar a un desvío de sus fines. Además, el regulador también presenta obstáculos para desarrollar su papel.

Por lo cual, la regulación, muchas veces, pone en desventaja a agentes del mercado e incentiva procesos de corrupción y captura por grupos de presión.

Lo anterior se agrava cuando el regulador no tiene en cuenta la presencia de elementos inherentes al intercambio de bienes como los costos de transacción, la racionalidad limitada de los agentes y la presencia de información asimétrica e

incompleta entre los mismos, elementos que de muchas formas imposibilitan intercambios simples e incentivan a los agentes a buscar formas alternativas de organización que permitan desarrollar sus actividades de forma óptima. Por lo cual, no se puede pretender diseñar organizaciones y aspirar a mantener su estabilidad en el tiempo, si los agentes cambiarán sus estrategias y actuaciones de acuerdo a procesos de adaptación y evolución.

El modelo parte de la primicia que el mercado es estático, cuando en la realidad no es para nada así. Hay que tener en cuenta que se producen cambios en la demanda, debido a situaciones muchas veces impredecibles, y en la oferta, producto del constante cambio tecnológico y de conocimientos médicos.

Teniendo en cuenta estos conceptos que desvirtúan el optimismo de la práctica de mercados perfectos, ¿cómo aplicamos ésta teoría en la práctica? Existen varios países que han instaurado la competencia regulada en sus sistemas de salud, con algunas variaciones, y que han logrado buenos resultados. Veamos algunos ejemplos exitosos y luego analizaremos como la reforma de salud en Chile ha utilizado los conceptos de competencia regulada en las bases de su formulación.

Caso Colombiano.

Siguiendo la tendencia internacional, Colombia reformó su sistema de salud por medio de la Ley 100 de 1993 e implementó un modelo de competencia regulada basado en el aseguramiento universal de la población y la competencia en los mercados de aseguramiento y provisión de servicios.

Antes de 1993, Colombia tenía un sistema de salud segmentado, en el que los trabajadores del sector formal estaban afiliados a un esquema de seguridad social obligatorio, la población con capacidad de pago compraba seguros de salud privado o pagaba los servicios de salud de su bolsillo y en el que más de la mitad de la población dependía de la provisión pública de servicios. Bajo este sistema existían importantes

limitaciones para el acceso a la atención en salud y deficiencias en la calidad de los servicios, evidenciadas por el bajo uso y aceptación de la red pública. Esta problemática motivó el diseño de un sistema que le diera un vuelco a la organización, financiamiento y prestación de los servicios de salud colombianos.

El Artículo 154 de la Ley 100 de 1993 señala que el Estado intervendrá el servicio público de Seguridad Social en Salud para lograr que se cumplan los principios constitucionales (universalidad, solidaridad y eficiencia), para asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia, para lograr la ampliación progresiva de la cobertura, para evitar que los recursos destinados a la seguridad social en salud se destinen a fines diferentes y para garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de Seguridad Social en Salud, como parte fundamental del gasto público social.

La estrategia principal de la reforma colombiana para incrementar el acceso a los servicios de salud es eliminar las barreras financieras por medio de la afiliación de toda la población a un seguro de salud. La implementación de esta estrategia se inició con dos regímenes separados, el Contributivo y el Subsidiado, que difieren en fuentes de financiación, la población objetivo y los beneficios entregados. Con el objeto de mejorar la eficiencia y la calidad, ambos regímenes operan bajo un modelo de competencia regulada, en el que los usuarios escogen entre empresas aseguradoras que compiten entre sí ofreciendo productos que incluyen los atributos de calidad preferidos por los consumidores.

Durante los primeros años de la reforma la cobertura en aseguramiento de la población creció rápidamente y se logró el desarrollo de instituciones requeridos para la implementación del modelo. El mercado de aseguramiento hoy en día se compone de diversos tipos de aseguradores de naturaleza y capacidades distintas (Cendex 1999a; Cendex 1999b; Jaramillo 1999; Ministerio de Salud-Fundación CIMDER 1998).

Casi una década después hay alguna evidencia de que no se están dando las condiciones necesarias para que haya competencia por calidad en Colombia. Por ejemplo, se han encontrado barreras que limitan que las preferencias de los usuarios, manifestadas a través de la elección de su empresa aseguradora (Baquero et.al 1999; de Brigard, 1999; Jaramillo 1997). Datos cualitativos sugieren que los aseguradores compiten por mejorar ciertos aspectos de la calidad, pero también pueden estar recurriendo a métodos para el control de costos que podrían tener efectos negativos sobre la calidad de la atención (Restrepo, Arango, y Casas 2002). Aunque las encuestas a usuarios muestran satisfacción con el sistema en general, también apuntan a que hay aspectos del cuidado en salud que deben mejorar, tales como la comunicación con los prestadores y la posibilidad de elegir los proveedores de servicios (Giraldo 2000; Ministerio de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, y Qualimed 2000). No obstante, hay poco conocimiento acerca del papel que juega la competencia entre aseguradores en determinar la calidad observada.

Caso Británico.

El sistema de salud británico tiene importantes fortalezas: cobertura universal, contención efectiva de costos, concentración regional de costos de servicios especializados y un buen sistema de atención primaria; pero tiene serios problemas: rigidez, sobre centralización y completa falta de incentivos a la innovación y a la mejora de la eficiencia⁴. Desde su creación en 1948, el sistema de salud inglés ha sido capitalizado y dominado por los proveedores, que se han preocupado de incentivar el sobreuso del sistema, en vez de satisfacer las demandas de los consumidores, lo que produjo grandes listas de espera. Sin embargo, esto no podía seguir así y a partir de los años 80 el gobierno se vio presionado a hacer algo, debido a 3 importantes problemas: el gasto fiscal en salud estaba siendo excesivamente alto, los consumidores comenzaron a exigir mejoras y el gobierno intentó satisfacer a los consumidores presionando a los proveedores a mejorar su productividad.

⁴ Alain C. Enthoven: Internal Market Reform of the British National Health Service, Health Affairs, Vol. 10, Number 3, Fall 1991.

Por otro lado, Inglaterra se encontraba en una situación similar a la que se encuentra nuestro país actualmente, un aumento importante de los costos en salud debido al envejecimiento de la población, las mejoras tecnológicas y las tragedias sorpresivas como el aumento del SIDA. A pesar de la dificultad de bajar los costos, el gobierno logró mejorar la eficiencia, la productividad y los resultados en salud, pero las listas de espera continuaban siendo altas. Esto impulsó el crecimiento de la demanda por proveedores privados y el aumento de la población cubierta por seguros privados de salud.

En abril de 1991, los primeros cambios en el sistema de salud británico fueron anunciados por el gobierno, que consistían en subsidios a la demanda, buscando aumentar la libertad de elección de los proveedores. Con esto el gobierno buscaba mejorar la gestión de los recursos, eliminar los incentivos perversos, luchar con las rigideces organizacionales y demostrar que era posible combinar moderación financiera y equidad social con la respuesta a las demandas de los consumidores, eliminando las listas de espera.

El primer paso fue separar la responsabilidad de compra de atenciones de salud de la provisión de los servicios⁵. Los Distritos de Autoridad Sanitaria (DHAs) fueron creados para comprar los mejores servicios dentro de una variedad de proveedores. Estos proveedores podían ser privados, hospitales públicos del distrito, hospitales fuera del distrito u hospitales fidecomisos, que son públicos pero auto gestionados. Ahora, los que tomaban las decisiones en la salud de los consumidores eran los administradores de los DHAs, lo que trajo serios problemas con los profesionales médicos, ya que perdieron su autonomía a la hora de realizar atenciones de salud.

⁵ Esto fue realizado gracias a la influencia de Enthoven.

El segundo paso fue reformar la atención primaria. Una de las características más importante del sistema, y que fue crucial en el momento de reforma, es que todo miembro de la población estaba registrado a un médico general de cabecera, el cual es visitado alrededor de 4 veces al año por el paciente. Este médico provee una continuidad de cuidado, monitorea los tratamientos y conoce las posibles enfermedades crónicas del paciente. La atención primaria es un servicio muy barato: el gasto total en atención primaria representa menos de un tercio del gasto público total en salud y de esto, sólo el 30% es pagado directamente al médico de cabecera y su equipo (el resto es gastado en servicios médicos y oftalmológicos). Sin embargo, el problema en este sistema era que los doctores tenían la libertad de prescribir todos los medicamentos que quisieran e incentivar la demanda por otros servicios de salud, haciendo que el gasto derivado de sus atenciones fuera alto.

La reforma que se realizó en el sector de atención primaria fue un cambio en los tipos de contratos que realizaba el sistema de salud con estos médicos de cabecera. Los nuevos contratos, y luego de una larga lucha con la asociación de médicos, implementaron un nuevo sistema de pago que incentivó a los médicos a mejorar la calidad de la atención y obligaron que los médicos tuvieran un sistema de contabilidad, dándole un mayor papel a los directivos. Además, desarrolló pagos dependientes del logro de objetivos específicos en inmunización y tasas de vacunación.

El primer impacto de la reforma se vislumbró luego de 2 años desde comenzó a ser aplicada. La creación de los DHAs permitió el desarrollo de una base de datos con la información necesaria para operar el nuevo sistema, lo que permitió un aumento del conocimiento de las personas sobre los costos en salud. Sin embargo, esto significó un aumento del gasto en inversión y un aumento de los dividendos de las empresas consultoras, lo cual fue muy criticado por los medios.

Por otro lado, los DHAs permitieron una mayor competencia entre los proveedores de salud, ya que elegían al hospital con la oferta de paquetes de salud más valorada. A pesar que los proveedores de salud en algunos distritos siguieron siendo los hospitales públicos, la competencia con otros hospitales produjo mejoras en la calidad de atención, disminución de costos (que le permitieron ofrecer atenciones de salud a menores precios), disminución de las colas y la transformación de algunos hospitales públicos que pasaron a ser auto gestionados.

En el caso de la reforma en la atención primaria de salud, el primer impacto fue perverso, mitigando el incentivo a competir y limitando la elección del consumidor. Casi de forma inmediata, los médicos comenzaron a tener altas ganancias producto de la vacunación e inmunización de sus pacientes; mientras que los médicos de los centros de la ciudad recibieron compensaciones extras debido a la dificultad de alcanzar los objetivos de vacunación debido a la movilidad de la población. Por lo tanto, sólo existe un pequeño porcentaje de médicos que se ven afectados por la reforma y, en la práctica, no se logra incentivar la competencia por pacientes entre los médicos.

Además, la presencia de un presupuesto fijo para los médicos de cabecera también perjudicó la competencia. Específicamente, permite a los médicos comprar, en nombre de sus pacientes, tipos de procedimientos que producen las listas de espera. Al mismo tiempo, esto les entrega el incentivo de tratar ellos mismos con los pacientes en vez de pasarlo al servicio hospitalario. Para evitar estos impactos indeseados del presupuesto a los médicos de cabecera, se implementaron penalizaciones a los médicos que abusaban del sistema. Además, los directivos comenzaron a tener más poder que los médicos; estos determinaban el presupuesto, determinando los límites y la asignación de los fondos por equipo médico, y monitoreaban que los límites presupuestarios no fueran sobrepasados.

Caso Canadiense.

El sistema de salud canadiense se estructura en base a un mandato constitucional por el cual el Estado debe garantizar una cobertura del 100% de los servicios médicos y hospitalarios, en base a los principios de universalidad, accesibilidad, integralidad, portabilidad y administración pública.

La Constitución canadiense delega la responsabilidad de la atención de salud a los gobiernos provinciales y territoriales. De ahí que existan, en la práctica, 12 sistemas de salud entrelazados, correspondientes a 10 provincias y dos territorios (Yukón y Noroeste), más uno bajo jurisdicción federal. Las provincias tienen la responsabilidad primordial de administrar, organizar y ofrecer los servicios y de financiar y regular las actividades de los profesionales de la salud, mientras que el gobierno federal establece el marco legal y los principios básicos del sistema, que las provincias y territorios observan con relativa flexibilidad. El sistema federal también cubre a grupos especiales, como los aborígenes, las fuerzas armadas y la policía federal. El financiamiento es compartido por el gobierno federal y los gobiernos provinciales o territoriales. Todos los residentes del país tienen acceso a la atención médica que necesiten mediante un sistema de seguro de salud financiado por impuestos.

Si bien el 70% de la salud en Canadá tiene financiamiento público (federal y provincial), casi la totalidad de los servicios son provistos por el sector privado. Más de 95% de los hospitales canadienses son administrados por entidades sin fines de lucro, cuyos directores son administradores profesionales que responden ante una junta directiva con representantes de la comunidad. Cada hospital recibe de la provincia una asignación anual de fondos en forma de un paquete global basado en sus gastos previos. Los presupuestos se incrementan anualmente de acuerdo con la situación fiscal del gobierno y para responder a situaciones de emergencia o cambios en los comportamientos de salud. Asimismo, algunas provincias ofrecen incentivos a los hospitales que adoptan mecanismos de control de costos.

Los médicos no son empleados del Estado, ejercen como profesionales particulares, gozan de un alto grado de autonomía, reciben un pago por prestación y reclaman su cobro directamente al plan de seguro provincial. El 60% de los médicos en actividad corresponden a médicos de cabecera, quienes derivan a sus pacientes a las distintas especialidades según lo requieran, además de prescribir medicamentos y exámenes de diagnóstico.

La tarjeta de seguro médico se entrega a todo residente, según requisitos en cada provincia; no hay pago directo por servicios de hospital ni del médico; tampoco hay pagos deducibles, ni copagos, ni límites en la cobertura. Existen servicios médicos suplementarios que se prestan mediante financiación privada; los aseguradores privados no pueden ofrecer una cobertura que duplique la de los programas oficiales, pero pueden competir en el mercado de las prestaciones suplementarias.

Sin embargo, existe una variedad de servicios de salud donde la ley canadiense no es explícita sobre la cobertura que corresponde (por ejemplo, medicamentos ambulatorios, cuidados domiciliarios, odontología y óptica, entre otros). En estas áreas, la cobertura pública varía de provincia en provincia, y es posible contratar seguros privados.

La mitad del gasto en medicamentos ambulatorios por prescripción es solventada privadamente, sea como gasto de bolsillo de los pacientes o a través de seguros de cobertura privados. Todas las provincias ofrecen planes de cobertura o descuento por medicamentos para los ancianos e individuos que reciben asistencia social estatal.

En Canadá, el gasto per cápita en salud y el porcentaje del producto interno bruto (PIB) dedicado a ella figuran entre los más altos del mundo. De hecho, en 1992 el gasto en salud de Canadá se estimó en 9,5% del PIB. Si estos valores se traducen a

gastos per cápita, en 1991 Canadá gastó, por persona, \$US 2.107. En 1990, los gastos totales en salud de Canadá se distribuyeron de la siguiente manera: hospitales, 38%; otras instituciones, 11%; medicamentos y equipos, 16%; médicos, 15%; dentistas, 6%; actividades de investigación, 1%; funciones administrativas, 1%; y otras categorías, 12%.

En cuanto al financiamiento de la salud en Canadá, el sector público asume aproximadamente 75% del gasto total, puesto que la diferencia se financia con fondos directos del bolsillo de los individuos y de seguros privados. En los últimos años el gasto privado ha crecido más que el público y como resultado de ello la participación pública se ha reducido a 72%. En realidad, el sector público tiene el papel fundamental de financiar el seguro de salud, en tanto que el privado financia básicamente la mayor parte de los medicamentos, la atención dental y oftalmológica. El gasto del sector público en salud proviene básicamente de los impuestos y es compartido entre el gobierno provincial (61%), el federal (37%), Los gobiernos locales y los fondos de compensación de los trabajadores (2%). El gasto federal en salud proviene, en su mayor parte, del fondo consolidado de rentas, que incluye, entre otras cosas, aranceles aduaneros e impuestos sobre la renta de individuos y compañías, sobre las importaciones y sobre el consumo; en cambio, lo que las provincias gastan en salud proviene principalmente de la recolección general de impuestos.

Sin embargo, a partir de fines de los años '90s, el presupuesto que asigna el gobierno provincial a los hospitales ha disminuido progresivamente en términos absolutos (debido en parte a la disminución de los recursos entregados por el gobierno federal), lo cual obliga a estas instituciones a ser cada vez más eficientes en el uso de sus recursos y a racionalizar la utilización de su capacidad instalada. Para controlar los costos, los hospitales están realizando atenciones domiciliarias, siempre que se justifique, a fin de evitar la congestión en la sala de emergencias. Además, se ha disminuido la cobertura de los hospitales, creándose distintas instituciones privadas que se preocupan de estos servicios de salud, por ejemplo, la creación de asilos de

ancianos; se ha fomentado las cirugías de estancia corta; se han incrementado los servicios ambulatorios; se ha controlado la remuneración del personal de salud; se ha fomentado el uso más intensivo de otros profesionales, y se ha incentivado la práctica en áreas rurales.

El problema radica en la escasez de camas y en las largas listas de espera. Es por esto que se han hecho propuestas metodológicas para racionalizar el uso de los recursos y planificarlos de forma más efectiva. La provincia de Ontario, por ejemplo, ha adoptado un enfoque para la asignación de recursos y la planificación de la atención de salud basado en las necesidades de la población.

El reto que enfrenta Canadá actualmente, por consiguiente, es poder ofrecer a su población una atención de salud efectiva, equitativa y lo más barata posible, sin disminuir los altos niveles de calidad que posee.

Caso Chileno.

En el caso de Chile, el rol asegurador en salud lo cumplen las ISAPREs, en el sector privado, y FONASA, en el sector público. Desde su creación, las ISAPREs se han comportado como cualquier seguro, encargándose de la recaudación de los recursos (cotización del 7%) y la compra de servicios; mientras que a partir de 1999 se legalizó el rol de FONASA como seguro público.

A pesar que en teoría FONASA debía desempeñar su rol asegurador, en la práctica esto no fue así, por lo que la reforma AUGE del 2005 vino a reiterar la importancia de que FONASA realmente cumpliera este rol. Sin embargo, la aplicación del AUGE no se hizo como lo diseñadores lo plantearon. La Ministra Barría, del gobierno de Bachelet,

no se encontraba de acuerdo con aplicar el rol asegurador de FONASA y sólo se concentró en el rol de FONASA de transferencia de los recursos⁶.

El modelo de Enthoven plantea que el asegurador hace de intermediario entre el usuario y el proveedor de servicios para eliminar las distorsiones presentes en el modelo de mercado, valorar la calidad de los planes de provisión de asistencia y definir reglas que incentiven la competencia⁷. Claramente FONASA no se ha preocupado de velar por los intereses de sus afiliados, ya que cuando el sistema de salud público colapsa, las personas simplemente no pueden atenderse y deben esperar largas colas. Esto ha ocurrido debido a las distintas ideologías que tenían el Ministerio de Salud que diseñó el AUGE y el Ministro que lo implementó⁸.

En la actualidad, el gobierno posee menos problemas ideológicos, por lo que han fomentado el rol asegurador de FONASA. Un ejemplo de esto es que a fines del 2011 se logró terminar con las listas de espera AUGE, ya que el actual ministerio de salud no tuvo problemas en comprar servicios a proveedores privados, dado el colapso del sistema público⁹.

En el caso de las reglas de equidad señaladas por Enthoven, el sistema de salud público ha cumplido con entregar cobertura similar para un conjunto de enfermedades importantes en nuestro país (actualmente 69 enfermedades) a todos los afiliados a FONASA, sin discriminar por sexo, edad, enfermedades preexistentes o distintos riesgos. Sin embargo, a pesar que el AUGE debería cumplir con ciertas normas de calidad según la Ley AUGE, desde hace sólo un par de años se ha comenzado el sistema de acreditación de los proveedores tanto públicos como privados (a cargo de

⁶ Entrevista al Dr. Manuel Inostroza, 20 de octubre 2011.

⁷ Enthoven, 1989, 30.

⁸ Entrevista Dr. Manuel Inostroza, 20 de Octubre de 2011.

⁹ <http://www.gob.cl/informa/2011/11/23/terminan-listas-de-espera-auge.htm>

la Superintendencia de Salud) y en la actualidad sólo existen 2 hospitales públicos que están acreditados¹⁰.

En el caso de las ISAPREs, entregaban un conjunto muy extenso de planes de salud que dependían de la edad, sexo, enfermedades preexistentes y riesgos de los afiliados, esto producía que la mayoría de los afiliados a ISAPREs fueran personas con mayor riqueza y menor riesgo de enfermedad. Esto afectaba sobre todo a mujeres en edad fértil y personas de la tercera edad, quienes en su mayoría se encontraban en el sistema FONASA; además, debido al aumento en los costos de salud de los últimos años, la migración de mujeres y abuelos ha aumentado aún más la población riesgosa de FONASA. A partir de agosto del 2010, el fallo del Tribunal Constitucional y las posteriores interpretaciones de distintos sectores, determinaron que las tablas de factores de los planes de salud no podían seguir aplicándose¹¹. Este tribunal considero inconstitucional el artículo 38 de la ley de ISAPREs. En lo principal el fallo establece que se valida la facultad de las ISAPREs para fijar los precios de sus planes de salud según la edad y sexo del afiliado; sin embargo, se derogan los criterios de la norma que permitían diferencias significativas en los precios de los planes que incluso llegaban hasta 14 veces de diferencia¹². Esto ha mejorado el nivel de equidad en las ISAPRES, pero aun existe una falta de legislación en el tema, que debería resolverse lo antes posible.

En el caso de calidad, los proveedores privados del AUGE también se han preocupado de la acreditación y en la actualidad existen 22 instituciones privadas acreditadas, que en su mayoría corresponden a centros de atención ambulatoria¹³.

¹⁰ El Mercurio, Economía y Negocios, Domingo 27 de noviembre de 2011, Página B6.

¹¹ ENASA 2011, Victoria Beaumont Hewitt, Directora de Altura Mangement, Presentación: Costos Crecientes en Salud.

¹² Radio Biobío, Erik López, 8 de agosto del 2010. <http://www.biobiochile.cl/2010/08/06/fallo-del-tc-declaro-ilegal-articulo-de-ley-de-isapres-que-discriminaba-precios-segun-sexo-y-edad.shtml>

¹³ El Mercurio, Economía y Negocios, 27 de noviembre del 2011, Página B6.

Siguiendo con la teoría de la competencia regulada, tanto las ISAPREs y FONASA realizan una selección de planes de salud y eligen a los proveedores que entreguen los mejores paquetes de salud y a los menores precios, es decir, que cumplan con ser eficientes y de calidad. FONASA realiza una gran cantidad de convenios con proveedores privados y públicos que pasan por un proceso de licitación, pero siempre se privilegia a los proveedores públicos.

El sector público tiene 4 formas de comprarle a privados: 1) a través de la modalidad de libre elección (MLE) los afiliados pueden acceder a distintos proveedores privados que tienen convenio con FONASA, donde el proveedor privado acepta los precios que FONASA estipula por acto prestacional (fee-for-service); 2) FONASA compra una canasta de servicios hospitalarios al sector privado (PAD); 3) FONASA hace una licitación para elegir a las instituciones privadas que entreguen las garantías AUGE, por la modalidad institucional, cuando existen listas de espera en el sistema público. A los afiliados que no pueden ser atendidos en el sistema público, se les entrega un bono GES que cubre la enfermedad tratada, y el afiliado puede usarla en cualquier proveedor privado que posea convenio con FONASA; y 4) es la compra de paquetes de enfermedades fuera del auge, por ejemplo las diálisis y los implantes de hígado, que son servicios de salud no entregados en el sector público¹⁴.

En el caso de las ISAPREs, estas también realizan distintos convenios con las clínicas privadas para la entrega de servicios. Por lo general, las ISAPREs poseen un precio base para las distintas prestaciones de servicios y el beneficiario debe pagar un copago al proveedor. El beneficiario también puede tratarse con un proveedor independiente y luego, la ISAPRE le devuelve una parte de lo gastado.

¹⁴ Entrevista Dr. Manuel Inostroza, 20 de Octubre del 2011.

Además, existen ISAPREs que han creado sus propias instituciones prestadoras de salud, en la cual sus afiliados son pacientes preferentes. Por ejemplo, Consalud cuenta con sus centros médicos Megasalud; las ISAPREs Banmédica y Vida Tres son miembros del mismo holding, el cual también es dueño de las clínicas Santa María, Dávila, Vespucio, Biobío y Ciudad del Mar, del centro médico Vida Integra y de otras instituciones prestadoras de servicios como Help y Home Medical Clinic; la ISAPRE Cruz Blanca pertenece al grupo Cruz Blanca Salud, el cual también es dueño de la Clínica Reñaca, la Clínica San José, la Clínica Antofagasta y el centro médico Integramédica; finalmente, las empresas Mas Vida cuentan con una red de prestadores preferentes compuesta por la Clínica Isamedica, la Clínica las Lilas, la Clínica Magallanes, el Hospital Clínico Viña del Mar, Clínica Chillán, Clínica los Andes de Puerto Montt, Clínica de la Familia Indisa, Clínica Universitaria de Concepción, Clínica El Loa y Clínica de la Familia El Loa.

La mayor diferencia que existe al hablar de ISAPREs y FONASA, es que FONASA posee mayor poder de negociación, debido a la alta población que está afiliada a este sistema, por lo que pueden acceder a menores precios; mientras que las ISAPRES, poseen un menor poder de negociación y los proveedores privados pueden colocar precios altos. Esto ha traído grandes problemas a las ISAPREs, debido al aumento de los costos en salud y a la imposibilidad de utilizar la tabla de riesgo. Es importante mejorar las relaciones entre las ISAPREs y los proveedores privados, para que el sistema de aseguramiento privado no colapse.

Si ahora nos enfocamos en las reglas de inscripción a los planes de salud, han existido problemas en el caso de las ISAPREs, ya que se han caracterizado por subir las primas de los planes salud año a año sin avisarle a sus afiliados; sólo si estos se han dado cuenta, se les ha permitido cambiarse. En los últimos años se ha trabajado mucho en esto y gracias a distintas leyes, se ha logrado un mayor acceso a la información de los distintos planes en las distintas ISAPREs para los afiliados. Esto les

ha permitido una mayor facilidad para elegir los planes que más se adecuen a sus necesidades.

En Competencia regulada, las reformas del mercado funcionan si todos los que pueden contribuir a la financiación del sistema lo hacen. Se recomienda que el pago o las contribuciones de los consumidores se realice por medio de acuerdos entre empleadores y empleados mediante pagos sobre el salario, y subsidios cruzados entre quienes poseen capacidad de pago con quienes no (Enthoven, 1993, 41-42). En el caso del sistema chileno, existe una cierta cooperación colectiva que permite que el sistema funcione, sin embargo, podemos encontrar free-riders que se aprovechan del sistema. Un caso importante es el de los subsidios cruzados. Debido a los altos precios que tienen las prestaciones con hospitalización, cuando las personas de las ISAPRES deben realizar algún tipo de procedimiento que implique hospitalización, tienen la libertad de cambiarse a FONASA para de esta forma, acceder al sistema público con menores precios. Esto produce gastos importantes en el sistema público, por lo que es importante regularlo.

En el caso de la atención primaria, que ha sido la base de la reforma de salud en algunos países, no se han realizado muchos cambios. En la red pública de salud, los afiliados a FONASA deben acceder a la red a través de los distintos centros de atención primaria que existen en el país, como son los consultorios y las postas. Sin embargo, estos establecimientos no poseen ni la infraestructura, ni los profesionales adecuados para desarrollar su trabajo. A pesar que estas instituciones han sido creadas para evitar el exceso de demanda de los hospitales públicos de mayor complejidad, no son capaces de solucionar los problemas de salud básicos de las personas y por lo tanto, pasan a ser una pérdida de recursos para el Estado y una pérdida de tiempo para las personas. Aquí falta mucho por hacer y en la actualidad, no existe preocupación real por mejorar esta área.

En conclusión, podemos darnos cuenta que a partir del AUGE, Chile ha integrado la competencia regulada a su sistema de salud. Las garantías constitucionales del AUGE han dado paso a un mejoramiento del acceso, medido en términos del número de

prestaciones alcanzadas por los usuarios y la disminución de colas. Aun queda por mejorar el acceso a las enfermedades que no están garantizadas, pero claramente se ha mejorado la salud de las personas y eso se ve en las encuestas de satisfacción. En el caso de las ISAPREs, aún queda mucho que realizar, sobre todo en cuanto a legislación, ya que los aumentos en los costos de los servicios de salud podrían producir un colapso en el sistema ISAPREs y en consecuencia, altas pérdidas para los proveedores privados. Aun queda trabajo por hacer en el aspecto de calidad y financiamiento de salud.

CAPÍTULO 3: COMPOSICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO¹⁵.

La reforma del AUGE se venía planificando desde el año 2000, en sincronía con lo que venían implementando en sus sistemas de salud distintos países desde fines de los ochenta: la competencia regulada. Sin embargo, a pesar de que los objetivos iniciales del AUGE parecían ser muy radicales, la implementación de esta reforma no ha sido tan así.

Las dificultades para implementar el modelo de competencia regulada se producen en todos los mercados, y en salud se producen básicamente porque es un modelo estático que busca resolver fallas de mercado, pero no es capaz de incorporarle el dinamismo del comportamiento de los agentes. Por ejemplo, el regulador, es decir, el Estado, posee objetivos propios que afectan su comportamiento y, por lo tanto, el de todo el mercado. Aún mas, los cambios de gobierno afectan considerablemente la forma de aplicar la reforma y el énfasis que se le da a los distintos objetivos que la ley sobre el AUGE establece.

Para analizar la implementación de la reforma, analizaremos el impacto de ella en la oferta de aseguradores de salud (FONASA e ISAPREs), en la oferta de proveedores, en la oferta de medicamentos y en la demanda por servicios de salud.

1.- Oferta de aseguradores de salud:

En el año 1999, FONASA fue dotado del poder de compra estratégica en el sector salud. Esta ley la creó el director Álvaro Erazo, del ala más liberal de la Concertación, la Democracia Cristiana, creando el concepto de un seguro público que pudiera

¹⁵ Basado en las entrevistas realizadas al Dr. Manuel Inostroza y Dr. Emilio Santelices (Ministerio de Salud) y en el Encuentra Nacional de Salud 2011, realizado el 17 de noviembre en el Hotel W Santiago.

comprar prestaciones al mundo público y privado, acorde a las garantías que luego se instauran con el AUGE. Sin embargo, luego de esta ley, los sucesivos directores de FONASA no estaban convencidos del papel de este como seguro público y preferían priorizar su papel de tesorería pública, dejando de lado el rol comprador. Una clara evidencia de esto es que la ley de FONASA del año 1999 no tiene un reglamento que afine los aspectos administrativos de la ley.

Con el AUGE, el gobierno de Lagos, que diseñó la reforma, quería consolidar a FONASA como un seguro estatal eficiente, competitivo en relación a las ISAPRES, sin discriminación, con lógica universal, sin selección de riesgo, preocupado de sus afiliados y sus intereses, pero aún esta visión era muy liberal para algunos agentes del gobierno que querían que FONASA fuera sólo un sistema de transferencia de recursos. Entre estos resalta la figura de la Ministra de Salud María Soledad Barría, del gobierno de Michelle Bachelet, quien tuvo en sus manos la implementación de la reforma. Ella no dejó que FONASA ejerciera su papel de comprador y, por lo tanto, siguió siendo una tesorería que le transfiere recursos al prestador y deja el cumplimiento de las garantías del seguro en el prestador. FONASA no ha desarrollado habilidades para actuar como comprador eficiente a privados, porque técnicamente nunca se le ha exigido que ejerciera ese rol, y esto produjo que FONASA viera despotenciada la posibilidad de ser un actor competitivo respecto de la ISAPRE. La Ministra Barría no quiso implementar las garantías AUGE tal como la ley lo especificaba. Un ejemplo de eso es que el AUGE terminó con listas de espera adicionales a las listas de espera técnicas¹⁶ ya existentes en las enfermedades aseguradas.

Hoy día, con el nuevo gobierno, FONASA tiene un rol más presupuestario y financiero que lo que tenía hace 3 años atrás, y esto se debe principalmente por estos

¹⁶ Toda patología asegurada por el AUGE establece un máximo de días de espera, en función a la demanda y la oferta del servicio de salud. Por ejemplo, la operación a cataratas tiene una espera técnica de 180 días, es decir, 6 meses; cualquier espera superior a los 6 meses se considera inaceptable según el modelo.

vaivenes de ideología en la implementación de los roles de FONASA. El papel del Estado sigue siendo muy ambivalente y confuso.

Lo que hace el gobierno actual es hacer valer el papel de seguro público de FONASA, porque tienen menos problemas ideológicos con separar el rol de seguro con el rol de provisión, por lo que están solucionando estas listas de espera con un bono portable para utilizar en el sector privado. Es decir, una persona que quiere usar la modalidad institucional para una patología AUGE y está en lista de espera, a través del bono portable, puede atenderse a través del modo institucional con un prestador privado (con convenio con FONASA, previa licitación).

Dado que FONASA no ha desarrollado mucho su papel como comprador, encontramos que la cantidad de compras de servicios al sector privado, por parte de FONASA, ha sido mínima. La compra que más ha impulsado FONASA desde el año 96 es en problemas de salud que no se pueden solucionar en la red pública (PAD¹⁷), debido a debilidades técnicas y de oferta de especialistas. La idea del PAD es que se compartieran riesgos entre los sistemas, pero el uso de este sistema ha variado según el ministro que este al mando. Entre 1996 y 2005 se desarrollaron 32 PADs, sobre todo para problemas de salud que necesitan hospitalización; sin embargo, la Ministra Barría redujo el uso del sistema PAD, porque aumentaba el uso de recursos en la modalidad de libre elección¹⁸ (MLE) de FONASA y reducía la cantidad de recursos asignados a la modalidad institucional (MAI), que es la modalidad que posee un mayor porcentaje de la población de FONASA y la que tiene más carencias, y por lo tanto, la que más se busca mejorar. El Ministro de Hacienda de la época apoyo estas medidas, ya que el aumento del gasto en MAI producto de la reforma junto con un aumento del gasto en

¹⁷ Pagos asociados a diagnóstico (PADs): Compra de paquetes de salud al sector privado. El sistema público, luego de diagnosticar a un paciente, compra en el sector privado un paquete de servicios de salud que le ayudaran al paciente a tratar su enfermedad.

¹⁸ La libre elección de FONASA no es una típica libre elección, ya que es el FONASA el que decide cuánto va a pagar y el prestador privado decide si aceptarlo o no, es decir, FONASA es el que tiene el poder de negociación, dado su alto número de afiliados. En el caso de las ISAPREs es el prestador el que decide cuando cobrar y la ISAPRE analiza si acepta o no.

MLE producto de los PADs, podía producir efectos macroeconómicos. El efecto de esta medida fue un aumento de las listas de espera para problemas de salud hospitalarios. Debido a los altos precios que tienen las hospitalizaciones, los pacientes no tuvieron otra opción más que esperar.

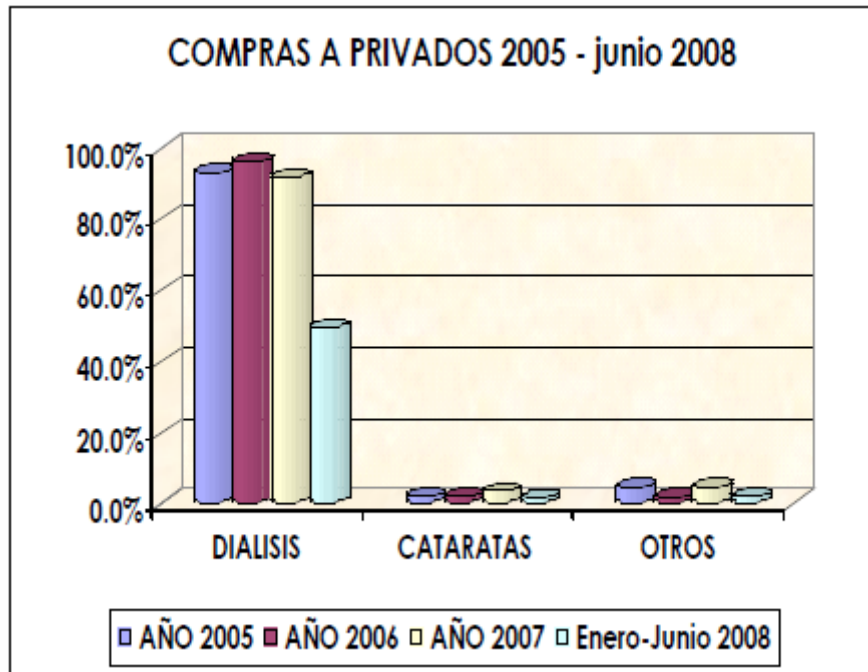
Compra de Prestaciones AUGÉ-FONASA

Modalidad de Compra	Sector	Año 2005		Año 2006		Año 2007		Año 2008 (a junio)		Total Año 2005 a junio 2008	
		Nº Prestaciones	Monto MM\$	Nº Prestaciones	Monto MM\$	Nº Prestaciones	Monto MM\$	Nº Prestaciones	Monto MM\$	Nº Prestaciones	Monto MM\$
Programadas	Público	443,723	57,233	1,075,268	110,511	1,491,566	167,824	828,497	90,603	3,839,054	426,172
	Privado	8,390	30,458	10,503	48,160	11,813	59,046	11,352	31,606	42,058	169,271
Compras ante Riesgo de retraso	Público	2,599	406	12	6	1,170	152	11	4	3,792	568
	Privado	763	298	1,008	534	5,579	2,720	3,130	1,614	10,480	5,166
Por retrasos en la entrega de la garantía de Oportunidad	Público	0	0	356	70	816	234	69	36	1,241	340
	Privado	0	0	3,583	499	192	873	38	27	5,541	1,399
Por incumplimiento en la entrega de la garantía de Oportunidad	Público	0	0	0	0	3	3	39	22	42	25
	Privado	0	0	0	0	3	3	17	23	20	27
TOTAL		455,475	88,395	1,090,730	159,780	1,511,142	230,855	843,153	123,935	3,902,228	602,968

Fuente: Pablo Díaz- FONASA y el sistema de gestión de garantías: El AUGÉ en números. 29 de octubre 2008.

En este cuadro podemos ver que la mayoría de las compras en el sistema privado son programadas por FONASA y se caracterizan por ser patologías con exceso de demanda en el sistema público o con una deficiencia en la oferta. Además, podemos darnos cuenta que FONASA realiza licitaciones en el sector privado para la compra de patologías AUGÉ, para evitar posibles retrasos en la entrega de los servicios en el sistema público. Luego, podemos ver que a medida que avanza los años de reforma, existe mayor énfasis en cumplir la garantía de oportunidad, por lo que FONASA debe acceder al sistema privado para cumplir con esta garantía. Finalmente, a partir del 2007 podemos ver que los afiliados a FONASA comienzan a realizar reclamos a la Superintendencia por el incumplimiento en la garantía de oportunidad. Debido a esto, FONASA debe comprar servicios a privados para poder solucionar estos problemas.

Compra de Prestaciones no AUGE al sistema privado



Fuente: Pablo Díaz- FONASA y el sistema de gestión de garantías: El AUGE en números. 29 de octubre 2008.

En este segundo cuadro, podemos ver que el FONASA también realiza compra de prestaciones a privados en patologías que no están garantizadas, pero que resultan importantes para la salud de la población chilena. Estas compras se deben en su mayoría a la nula existencia de oferta en el sistema público o a la escasa oferta de proveedores para estas enfermedades en el sistema público.

El problema que tuvieron los PAD en su diseño es que no integraban posibles cambios que se presentaran en el tratamiento, por ejemplo, en el parto, cuando un bebé viene con complicaciones, estos problemas no vienen cubiertos en el PAD. Estos problemas de diseño mermaron su prioridad.

La Ministra Barría sólo cree en la modalidad institucional y no cree en la libre elección, porque eso significa estimular el desarrollo de la compra a prestadores privados. Antes de la Ministra Barría, el Ministro Álvaro Erazo, que era más liberal, si se preocupó de la MLE sobre todo en la parte ambulatoria y logró que durante 5 a 6 años FONASA aumentara la cobertura de compra a privados en la parte ambulatoria, logrando muy buenos precios y convenios. De hecho, hoy en día, el público de FONASA se puede tratar en Integramédica, Vida Integra y Megasalud sin ningún problema y alrededor del 40% de las atenciones en estos servicios corresponden a afiliados de FONASA libre elección

Hoy día tenemos un gobierno que podría hacer crecer más los PAD, ya que posee menos trabas ideológicas; sin embargo, por el momento no existen intenciones del actual ministerio de impulsar la MLE. Ahora, no obstante, algo que podría ser muy potente, si observamos las cifras de la Asociación de Clínica, cuando juntan lo ambulatorio con la internancia dicen que el 45% de la población que atienden en clínicas privadas es de FONASA, a través de la modalidad de libre elección. Hoy día el efecto de este seguro público, aun con sus limitaciones, está generando un importante auge de las prestaciones del prestador privado, con precio convenido por Chilecompra (licitación) o libre elección.

Como vemos, la modalidad de libre elección es ampliamente utilizada por la población FONASA, sobre todo en los grupos C y D. Entre los años 2000 y 2010, los recursos para la modalidad de libre elección pasaron de US\$ 332 millones a US\$ 609 millones al año y las compras directas ascendieron a \$68 mil millones, cifra que en el Presupuesto 2012 llega a \$114 mil millones¹⁹.

¹⁹ El Mercurio, Economía y Negocios, 27 de noviembre del 2011, Página B6.

Otra forma de compra al sistema privado que ha impulsado el nuevo gobierno es la unidad de gestión de camas críticas, que es un concepto que se desarrolló a partir del 2009 debido a la epidemia de la influenza, en donde se identificó la necesidad de tener una red amplia pública y privada de camas críticas. FONASA llamó a una licitación de camas críticas con un mecanismo de pago prospectivo, pago por cama todo incluido, es decir, no por fee-for-service. Entonces, hoy día el regulador de gestión de camas críticas a nivel de red, cuando tiene un paciente que no puede ser atendido en el sistema público por no tener cama, llama a los proveedores que están en convenio con FONASA y el paciente accede en forma oportuna a una solución de su enfermedad, a un valor conocido y a todo evento en ese establecimiento privado²⁰.

En cuanto a las distintas patologías que la reforma asegura, en el 2004 se estimó el aseguramiento de 56 patologías de distinta complejidad. Para esto, el Ministro de Hacienda, luego del trabajo de un grupo de expertos, entregó un presupuesto de 3,06 UF al año por persona. Este es un cálculo máximo, por lo que lo más probable es que la mayoría de la gente utilice un monto menor a este.

Una de las propuestas de los candidatos a presidente en el 2005, Michelle Bachelet y Sebastián Piñera, era aumentar el número de patologías garantizadas a 80, dado el alto porcentaje de apoyo que tuvo la reforma. Cuando Bachelet llegó a la presidencia, se vio en la disyuntiva de aumentar el número de patologías o no hacerlo, ya que aumentar el número de patologías implicaba aumentar los recursos y la prima anual por persona. Esto implicaba todo un trabajo técnico para desarrollar un proyecto de ley de esta categoría. Finalmente, el gobierno de Bachelet decidió aumentar el número de patologías a 69, en julio del 2010; sin embargo esto no se realizó a través de un proyecto de ley, si no que a través de un decreto, por lo tanto no contaba con mayores recursos para implementarlo. Esto significa que la misma prima calculada para las 56 patologías estuviera soportando 69 patologías, lo que produce un AUGE menos

²⁰ Entrevista al Dr. Emilio Santelices, Departamento Desarrollo Estratégico, Ministerio de Salud.

robusto de lo que podría técnicamente ser. Por un lado se aumentó el número de patologías, pero con peores canastas. Entonces ahí hay un trastoque entre lo técnico y lo político que desvirtuó la implementación técnica más sólida del AUGE en su última etapa. Cada tres años se debe evaluar si se debe aumentar el número de patologías, de acuerdo a los cambios en demanda que existan.

¿Y ahora, qué pasa con las ISAPRES? Al principio, las ISAPRES no se dieron cuenta del valor que tenía el AUGE, entonces lo vendieron como un producto de segunda categoría. Desaprovecharon la oportunidad de ver el AUGE como una forma administrada de entregar salud en lo privado. El AUGE, como cobertura basal sobre estos 69 problemas de salud, trae protocolos y negociación de precios por volumen, permitiendo la posibilidad de hacer redes cerradas de privados que cuenten con la tecnología para realizar estos procedimientos. Además, al complementar el AUGE con la CAE (seguro catastrófico), que tenía una lógica más o menos similar, permitía a las ISAPRES entregar un servicio más completo del que se entregaba en el sistema público.

Después de algún tiempo, algunas ISAPRES comienzan a darse cuenta de las virtudes del AUGE y comenzaron a potenciarlo. Por ejemplo, Más Vida potenció el AUGE como una manera de contener el costo, ya que le convenía más tratar a los pacientes por AUGE que por libre elección, duplicando el número de afiliados en comparación a las otras ISAPRES; mas tardíamente COLMENA, focalizada en el grupo ABC1, vendió el AUGE PREMIUM, es decir, un AUGE en las mejores clínicas del país (Las Condes, Alemana, etc.), también como una forma de contener el costo técnico; y finalmente, Cruz Blanca realizó algo similar. La estrategia final de estas ISAPRES ha sido integrarse vía holding, o sea, tener sus redes de prestadores vía holding para intentar contener el costo técnico. De esta forma pueden compartir riesgos con los proveedores de salud.

El actual problema que enfrentan las ISAPREs es que siguen tensionadas en un modelo más político e ideológico de fee-for-servic, lo cual no les permite traspasar el aumento de los costos en salud a los proveedores de salud, por lo que deben traspasarle todo el costo a los afiliados a través del aumento de las primas. Antes de la ley de transparencia del año 2005, la Superintendencia no tenía la información sobre los planes de salud, ni la facultad de solicitarla y hacerla pública, por lo que las personas no contaban con toda la información necesaria para determinar qué plan y qué ISAPRE les convenía. A partir del 2005, gracias a la ley de transparencia, se conoció el verdadero incremento de los planes de salud de las ISAPRES, y el claro reflejo del incremento en los precios de las clínicas y de otros prestadores privados independientes.

El gasto agregado en salud ha aumentado en todo el mundo. Sin embargo, dado que los costos de la salud no se han medido de la forma correcta, es difícil establecer cuanto ha aumentado realmente el costo en salud. Al existir una falta en el control de los costos, existe la posibilidad que no se estén asignando de forma eficiente los recursos. Un ejemplo que respalda esta posibilidad es que el aumento en la inversión de equipos e infraestructura a veces es injustificado o se amortiza rápidamente, por lo que no es necesario subir los precios.

El aumento de los costos se debe a varios factores: 1) el aumento en las tecnologías, que permiten facilitar el diagnóstico y mejorar las terapias, aportan el 50% del aumento de los costos; 2) el aumento de la población de tercera edad implica un aumento de enfermedades más complejas y caras, que necesitan una gran cantidad de recursos; 3) la existencia de seguros produce un sobre uso de la atención de salud, es decir, al contratar un seguro de salud, las personas cambian su comportamiento de compra de salud (riesgo moral); 4) y por último, los servicios de salud son bienes

superiores, por lo tanto entre más riqueza tiene la población, más va a gastar en salud²¹.

En el caso de los proveedores privados de salud, ellos compiten a través de la compra de la última tecnología. Para diferenciarse de otros proveedores compran el equipo de última generación, subiendo los precios del servicio y recuperando la inversión en poco tiempo. Muchas veces estos equipos son innecesarios para la demanda que existe, es decir, hay mas equipos de los que realmente se necesitan, debido a la alta tasa de retorno interna que posee la compra de estos. Es necesario que proveedores e ISAPREs se junten y traten estos temas, que suben los costos de la salud innecesariamente y que perjudican la estabilidad del sistema.

2.- Oferta de Proveedores de Salud:

Una de las garantías que entrega la nueva reforma de salud es calidad en la provisión de salud. En la actualidad, la evaluación de impacto de la reforma nos indica que aun no existen mejoras en este ámbito y que en la realidad aun no está completamente garantizada. La Ley 19.937 en su artículo 3 señala que “la Garantía Explícita de Calidad será exigible cuando entren en vigencia los Sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud”, es decir, a partir del 2009. Según el estudio de Línea Basal²², realizado en el 2009 en la Universidad del Desarrollo, un 68% de los prestadores no supera el nivel medio de la Línea Basal para la instalación de un modelo de atención de calidad, es decir, un 32% de cumplimiento²³.

²¹ Presentación Juan Pablo Illanes, ENASA 2011.

²² El estudio de la Línea Basal se realizó entre Octubre del 2008 y Junio del 2009 y estableció indicadores de monitoreo. Luego, se realizó una medición de la situación de actual del sistema respecto de las dimensiones consideradas en la acreditación.

²³ La Salud del Bicentenario, Chile 2011-2020: Desafíos y Propuestas, Capítulo 3, pág. 91 y 92.

Por otro lado, a partir de la reforma de salud, se estableció el desarrollo de hospitales de autogestión. Esto consiste en entregarle mayor autonomía a los hospitales públicos para que gestionen sus recursos en pos de los objetivos sanitarios del país. El objetivo de desarrollar estos tipos de hospitales es mejorar la capacidad de respuesta de los establecimientos, la eficiencia y los niveles de satisfacción de los usuarios. La Autogestión entrega amplias facultades en los ámbitos administrativos, financieros, gestión de Recursos Humanos y celebración de convenios, sin embargo deben cumplir con distintas normas regulatorias específicas, obligatorias y controladas: cumplir con el Régimen de Garantías, cumplir con las metas sanitarias, cumplir con un equilibrio financiero (pago de obligaciones antes de 50 días) y cumplir con un límite de compra de servicios a privados (menos de 20%). Además, se requiere que los hospitales tengan distintas competencias para ser acreditados como auto gestionados, como son un Plan de Desarrollo estratégico alineado con el de su Red, desarrollo de gestión financiera, desarrollo de la gestión de personas y sistemas de información para la gestión²⁴.

Nuevamente, aquí hay mucha ideología de por medio, como en todos los países. La autogestión fue un punto intermedio de autonomía que se logró acordar por los distintos políticos. Para los gremios y otros estatistas conservadores, la autogestión es el primer paso a la privatización de los hospitales públicos y consideran que esta mayor flexibilidad en la gestión de los recursos no es necesaria, si no que sólo se necesita un mayor presupuesto para resolver las necesidades de la población.

Los hospitales auto gestionados se aprobaron por ley en el gobierno de Lagos, en el 2004, sin embargo, es la Ministra Barría la que tenía que implementarlo. Como ella estaba en contra de la reforma (asesoró al Colegio Médico en el parlamento para que estuvieran en contra de la reforma), no implementó la acreditación de los hospitales auto gestionados, ni la acreditación de calidad por parte de los proveedores de salud.

²⁴http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=49

Esto implica que en la práctica existan, al año 2011, 6 hospitales públicos auto gestionados de los 56 que existen.

Como vemos, avanzar en un esquema de mayor autonomía y gestión era imposible; incluso los planes de inversión en los hospitales eran vistos por los gremialistas como posibles intentos de privatización. Por lo tanto, el sistema prestador público nunca ha logrado satisfacer, por sí solo, la demanda de la población, tanto en calidad de los servicios de salud como en calidad de atención (lista de espera). El AUGE le puso una bomba de tiempo al sistema prestador para que cambiara por sí sólo.

Como podemos ver, tanto en el ámbito público de aseguramiento y provisión, la Ministra Barría tuvo mucho poder, frenó la verdadera implementación de la reforma y no permitió que la Superintendencia de Salud diera a la luz pública los indicadores de incumplimiento de FONASA y de los hospitales²⁵.

El actual gobierno posee menos problemas ideológicos para implementar la autogestión de los hospitales públicos. Lo primero que hizo el Ministerio de Salud actual fue analizar los instrumentos de evaluación. Primero, se dieron cuenta que los hospitales para ser acreditados como auto gestionados debían cumplir con 248 indicadores que habían sido desarrollados desde el reglamento, es decir, para cada reglamento de la ley aparecía un indicador. Entonces, los indicadores no daban cuenta de cómo se desarrollan los procesos hospitalarios, pudiéndose dar la paradoja que un hospital, teniendo resultados satisfactorios porque habían hecho bien las tareas y habían sacado los indicadores adelante, no hubieran mejorado los procedimientos hospitalarios. Luego, utilizaron una metodología llamada “balanced scorecard”²⁶

²⁵ Entrevista al Dr. Manuel Inostroza, superintendente de salud del gobierno de Michelle Bachelet.

²⁶ Este modelo consiste en un sistema de indicadores financieros y no financieros que tienen como objetivo medir los resultados obtenidos por la organización. El modelo integra los indicadores financieros (de pasado) con los no financieros (de futuro), y los integra en un esquema que permite entender las

(desarrollada por Kaplan y Norton de la Universidad de Harvard) para definir 4 temas estratégicos: sustentabilidad financiera, excelencia en la atención, gestión clínica y eficiencia operacional. Bajo esos 4 temas estratégicos se definieron 48 indicadores estratégicos con sus metas y las iniciativas necesarias para lograrlas. Finalmente, se definió que los hospitales debían contar con al menos un 75% de cumplimiento de los indicadores.

Para realizar el proceso de acreditación, los prestadores institucionales autorizados por la Autoridad Sanitaria -hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios- se someten para verificar el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud. Dicho proceso de evaluación es ejecutado por Entidades Acreditadoras que son sometidas a un proceso de autorización por la Superintendencia de Salud, para posteriormente ser inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras. Requieren la autorización sanitaria vigente, haber ejecutado y concluido el proceso de autoevaluación en los 12 meses anteriores a la solicitud de acreditación (Completar el informe de autoevaluación y las fichas técnicas) y cumplir con los estándares de calidad definidos por el Ministerio de Salud²⁷.

A octubre de este año, 2/3 de los hospitales públicos están alcanzando el 75% de cumplimiento y 14 de ellos ya superaron el 75%. Al colocar indicadores que midan los procedimientos hospitalarios, efectivamente cuando el indicador mejora está mejorando el procedimiento hospitalario. Además, se implementó la realización de evaluaciones trimestrales para realizar mejorías continuas; por esto tenemos 14 hospitales auto gestionados, ya que la evaluación permitió que se hicieran mejorías en los indicadores que estaban bajo 2 puntos (cada indicador se mueve entre 0 y 4 puntos). Cada indicador tiene algún responsable en el hospital que tiene que lograr que el indicador se cumpla.

interdependencias entre sus elementos, así como la coherencia con la estrategia y la visión de la empresa.

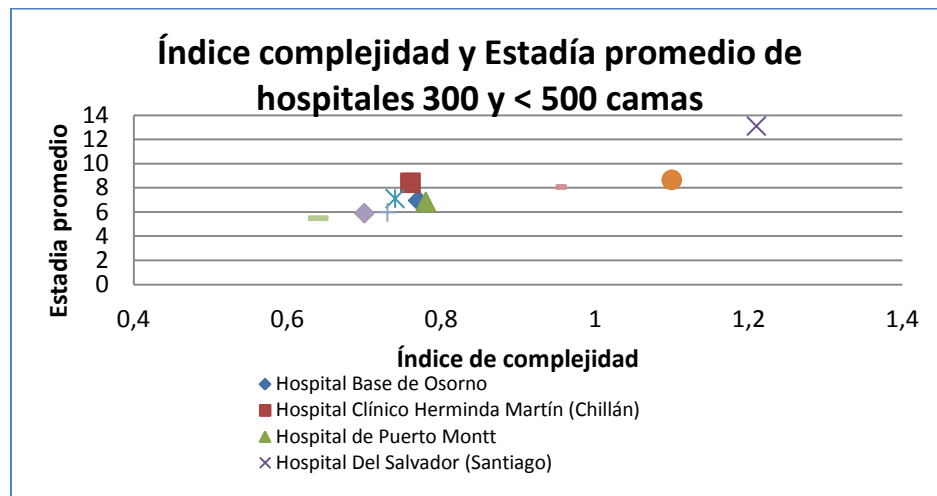
²⁷ <http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-6010.html>

Siguiendo la lógica de los 4 temas estratégicos mencionados, el Ministerio de Salud está desarrollando mejoras en la gestión clínica. La gestión clínica está orientada a poder generar criterios de atención que optimicen el uso de recursos y la calidad de la atención. Uno de los problemas que se produce en los hospitales es que generan muchos productos y tenemos variabilidad en la práctica médica. Por ejemplo, si tú tienes 10 doctores en un hospital, estos tienen 11 formas de hacer lo mismo, eso redundante en dificultad para sacar conclusiones de los resultados; procesos de soporte disímiles, que implican mayor cantidad de recursos; y disminución de los niveles de experiencia, es decir, es más difícil saber cómo mejorar la calidad. Por lo tanto, todo apunta a estandarizar las prácticas y la metodología para estandarizar las prácticas son las guías clínicas. La guía clínica es una descripción metodológica de la forma de hacer un determinado procedimiento en un cierto rango de acción. No es un dogma, existe dentro de la guía clínica un ámbito sobre el cual vas a poder operar, por ejemplo, cuando operemos a un paciente de apendicitis se va hacer una incisión de esta forma, pero también se establece que en ciertas condiciones se puede realizar de una forma distinta. Por eso se llama guía, es una orientación, pero lo suficientemente acotada para que no sea de la A a la Z, si no que sólo de la A a la C.

De esta forma podemos saber que cierto resultado se debió a que lo hicimos de esta manera, para bien o para mal, y lo de un doctor es comparable con el del resto. Además, las guías clínicas determinan los medicamentos que se deben utilizar en los distintos procedimientos, permitiendo analizar los efectos de un determinado medicamento y la compra eficiente de estos.

Por otro lado, se ha implementado una creciente inversión en camas hospitalaria, pero además está trabajando en mejorar la gestión para también poder optimizar el uso de los recursos. De acuerdo a los estudios de Kate Smith, los hospitales públicos tienen una estancia promedio bruta de 7 a 8 días y deberíamos aspirar a estancias promedio (si usamos benchmarking hospitalario) de 6 días, como en los países de la OECD. El hecho que tú puedas bajar en dos días la hospitalización significa una

liberación de camas notables para los pacientes en lista de espera. La resolución del tema de camas no solo por mayor inversión si no por mejor gestión²⁸.



Fuente: Dr. Emilio Santelices, Lorena Camus, Magdalena Delgado- Proyecto Clínico Financiero Orientación para la implementación y operaciones Unidades de Análisis GRD. Enero 2011, Depto. Desarrollo Estratégico, Ministerio de Salud.

Si ahora analizamos el caso de los proveedores privados, encontramos que en la actualidad son los proveedores privados (clínicas, centros médicos, laboratorios de exámenes y médicos privados independientes) los que se están llevando la mayor tajada de la torta, estos son los actores que se están llevando las mayores utilidades del mercado de la salud.

Es fácil darse cuenta que los precios de las prestaciones privadas han aumentado considerablemente y a pesar que esto se debe en su mayoría al aumento de los costos en salud, los más beneficiados han sido los proveedores privados. Las mejoras tecnológicas han aumentado la calidad de la salud, para los que pueden acceder a ella,

²⁸ Entrevista con Emilio Santelices, Ministerio de Salud.

pero claramente ha aumentado los costos de la provisión de salud. Además, vemos una gran inversión en infraestructura de clínicas y centros médicos, que han mejorado la calidad de atención de los servicios, lo cual también implica un mayor costo en la entrega de salud. Sin embargo, los proveedores privados han cargado todo este aumento del gasto en el consumidor final y en las ISAPREs, quienes no han podido aumentar sus precios debido al fallo del Tribunal Constitucional que los incapacita para discriminar por precio.

Políticamente, los mayores detractores del AUGE fueron los médicos y esto se produjo, porque el AUGE implica una negociación entre los proveedores y las aseguradoras y esta negociación era por volumen, no por prestación, lo que implica que el proveedor debía trabajar más para ganar lo mismo que ganaba antes, ya la negociación producía un convenio que obliga al médico a tratar a un cierto número de pacientes.

Por otro lado, el AUGE también obliga a todo médico, clínica y hospital pasar por un proceso de acreditación de calidad, a cargo de la Superintendencia de Salud. La Superintendencia establece una serie de estándares de calidad, 106 parámetros donde 30 son obligatorios, que todo médico e institución de salud que entrega patologías GES debe cumplir. Esta acreditación está en desarrollo y la realizan 16 agencias acreditadoras privadas, externas a la superintendencia. En la actualidad, sólo 30 instituciones públicas y privadas se han sometido a la acreditación y 6 han fracasado, 5 privadas y 1 pública. La Superintendencia de Salud puso como fecha límite el 1 de julio de 2013 para que todos los hospitales y clínicas del país acrediten la calidad de sus procesos y aquellos que no lo hagan, no podrán seguir cubriendo patologías GES, que representan entre el 50% y 70% de todas las atenciones. Esto es fundamental para las instituciones públicas de salud, ya que una parte significativa de su financiamiento se

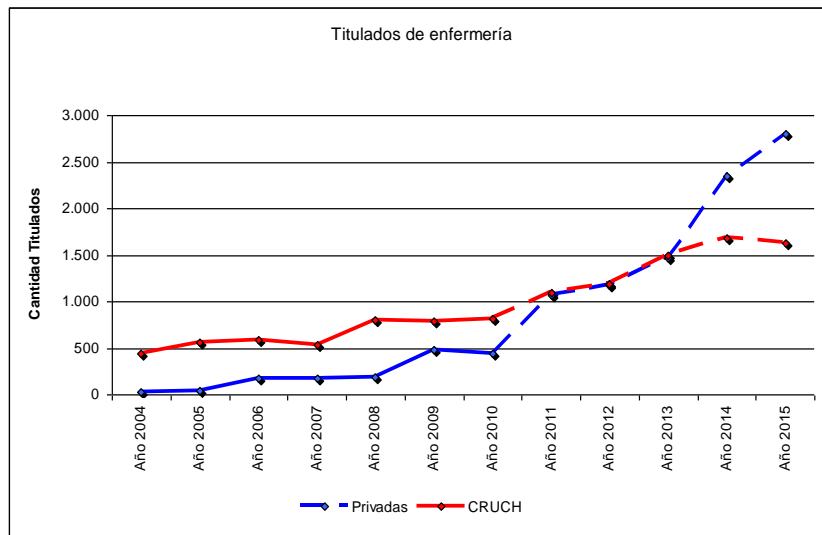
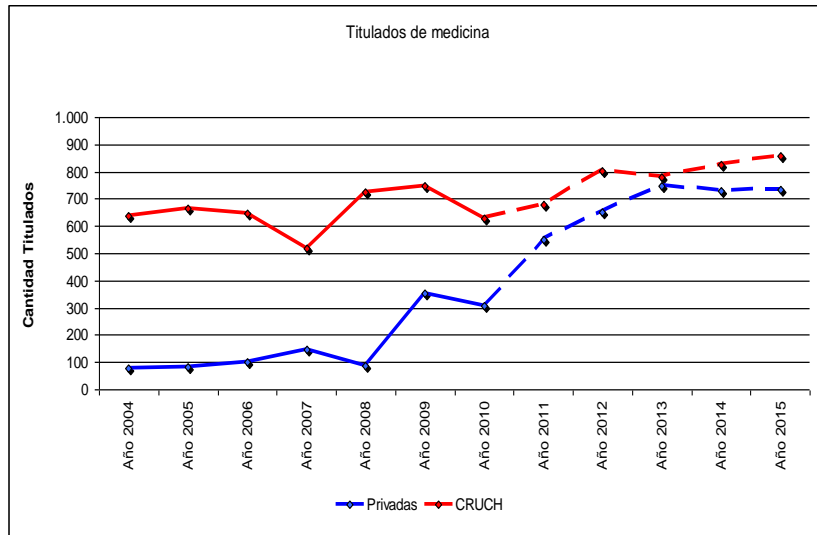
debe al volumen de prestaciones que efectivamente realizan. De las 2.840 instituciones públicas y privadas que entregan prestaciones AUGE, sólo 24 están acreditadas²⁹.

Entonces, el poder del mercado de salud lo tienen las clínicas y el centro de negocios más rentable hoy en día es el laboratorio de exámenes e imagenología. Actualmente, hay una sobre oferta de este tipo de servicios, porque el fee-for-service estimula la oferta de prestaciones innecesarias. En una lógica rentista de corto plazo, estos son negocios donde se recupera pronto el capital, pero ese negocio tiene fecha límite. Si los proveedores privados de salud revientan al seguro privado (por su elasticidad de demanda no puede llevar a costo las primas), este dejara de ser competitivo con el sistema público. El prestador estratégico de largo plazo debiera preocuparse de la sobrevivencia del seguro privado, porque sin ellos no tendría pacientes que atender y tendría que aceptar los precios que FONASA quiera pagar, que obviamente son muy menores a los que las ISAPRES están dispuestas a pagar.

Por último, nos falta analizar el número de profesionales de la salud que existen en el mercado. Efectivamente faltan especialistas. Según un estudio realizado por el Ministerio de Salud junto con el Banco Mundial, existe un déficit de 4.700 especialistas en el sistema³⁰. El gobierno ha generado recursos para formar al menos a 500 de ellos. Sin embargo, a pesar que hoy faltan médicos especialistas, enfermeras y tecnólogos, cuando se analiza el stock que se está formando, podemos darnos cuenta que en 5 años más no existirá este déficit, si no que, según las estimaciones, podrían sobrar profesionales. La pregunta que surge es como instalar la conversación con el sector universidades para racionalizar la formación, porque no se puede dejar al mercado libremente o si no, lo que vamos a tener en 5 años más es un porcentaje importante de cesantes ilustrados en el sector salud.

²⁹ El Mercurio, Economía y Negocios, 27 de noviembre del 2011, Página B6 y B7.

³⁰ Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Serie Cuadernos de redes N° 31: Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile, Colaboración Técnica Banco Mundial-Gobierno de Chile.



Fuente: Consejo Superior de Educación.

Dado el nivel de matrículas actual en enfermería y medicina, podemos proyectar el nivel de titulados que tendremos en 4 años más, como se muestra en los gráficos. Teniendo en cuenta además las proyecciones de demanda, se espera que en 5 años más tengamos el stock suficiente de médicos y enfermeras, lo que implica un futuro exceso de oferta de estos profesionales. Esto disminuiría los salarios del sector,

permitiendo, sobre todo al sector público, acceder a profesionales de mayor calidad a menores salarios.

3.- Oferta de Medicamentos:

Cuando se analiza el nivel de gasto de bolsillo de la población, Chile es uno de los países con mayor gasto de bolsillo dentro de la OECD, con un 30% de gasto de bolsillo en salud, mientras que la OECD tiene en promedio un 17%. A desagregar, un tercio de ese gasto de bolsillo es en medicamentos. Además, otro hecho importante es que este gasto en medicamentos es más alto en los percentiles de menores ingresos, o sea, estamos en presencia de un hecho que es bastante regresivo. Chile no tiene una buena cobertura de medicamentos ambulatorios y lo único que cubre son los medicamentos básicos, en el caso del seguro público, y los medicamentos hospitalarios.

Los gobiernos anteriores lo único que hicieron en esta área fue la promoción de genéricos y el actual gobierno también lo está haciendo. Al hablar de genéricos estamos hablando de medicamentos bioequivalentes, de modo que no sólo respondan a prácticas MPG (de manufactura) si no que tengan un efecto similar al de marca. En la actualidad, la primera intervención que ha desarrollado el Ministerio de salud es avanzar para que en los próximos años la bioequivalencia se cumpla en los 300 medicamentos de mayor uso, ya que actualmente sólo se cumple en 15 medicamentos. Para esto se tienen que instalar en Chile laboratorios o universidades. En estos momentos hay 5 interesados en realizar estos estudios de bioequivalencia y con eso se va lograr tener un genérico a menor valor pero con una buena calidad. La segunda intervención que el Ministerio busca desarrollar es generar una venta en góndola de medicamentos que no necesiten receta, con el fin de aumentar la oferta de atención y, por mecanismo de mercado, disminuir los precios y aumentar la cobertura a lo largo del país (hace un año habían 30 lugares del país sin farmacia), aunque a las

cadenas no les convenga. La cuarta intervención es que, con ayuda de la OMS, se están generando campañas para enseñarles a las personas a como auto medicarse, en qué casos hacerlo y con qué regularidad (uso racional de medicamentos). Finalmente, se está trabajando en una política nacional de medicamentos que contempla todos los temas anteriores más otros que tienen que ver con el expendio de medicamentos, formación de profesionales, etc. orientados a mejorar el acceso y la calidad de los medicamentos.

Demanda por Salud.

En 1980, se creó la ley que permitió el desarrollo de las ISAPRES, organismos privados encargados de asegurar la salud de los chilenos que quisieran acceder mejores atenciones de salud. A partir de ese año, se crearon muchas ISAPRES y muchas personas se afiliaron, llegando a abarcar al 30% de la población.

A partir de 1998 y hasta el 2005, hubo una migración absoluta y relativa desde las ISAPRES a FONASA, que se debió a dos razones. Primero, la crisis asiática golpeó fuertemente nuestro mercado laboral y aumentó las tasas de desempleo, por lo que muchos afiliados a las ISAPRES debieron abandonar este seguro y cambiarse a FONASA (o simplemente, quedarse sin seguro). La segunda razón, fue que en el año 1999 se eliminó el subsidio entregado por el Estado a los trabajadores con menores recursos, para que accedieran a las ISAPRES. Cuando se crearon las ISAPRES, el Estado colocó un subsidio del 2% del salario del trabajador para que junto con su 7% imponible por ley, pudiera acceder al plan más barato de una ISAPRE. Este 2 % era puesto por el empleador del trabajador y luego, podía descontarlo de impuesto. El Ministro de Salud de esa época, Alex Figueroa, termina con el subsidio como una forma de fortalecer el sector público en desmedro de las ISAPRES y del sector privado.

Estas dos situaciones produjeron una pérdida neta de 1.100.000 afiliados y cerca de 550.000 cotizantes en las ISAPREs, lo cual implica pasar de cubrir al 30% de la población para llegar sólo a un 17%.

A partir del 2005, las ISAPREs comienzan a recuperarse debido a 2 situaciones. Primero, las tasas de empleo del país comienzan a recuperarse a los niveles pre crisis; y segundo, se implementa el AUGE que mejora las provisiones de salud tanto en sector público como en el sector privado y permite la entrada al sistema ISAPRE de adultos mayores y mujeres en edad fértil. El sector privado vuelve a crecer, al punto que en el 2010 ya había recuperado al 50% de los cotizantes que había perdido (250.000) y a 350.000 beneficiarios (menos de los que había perdido, debido a la baja natalidad de los cotizantes). En términos relativos las ISAPREs siguen creciendo más que FONASA, pero en términos absolutos están estancados en el 16,7%.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD

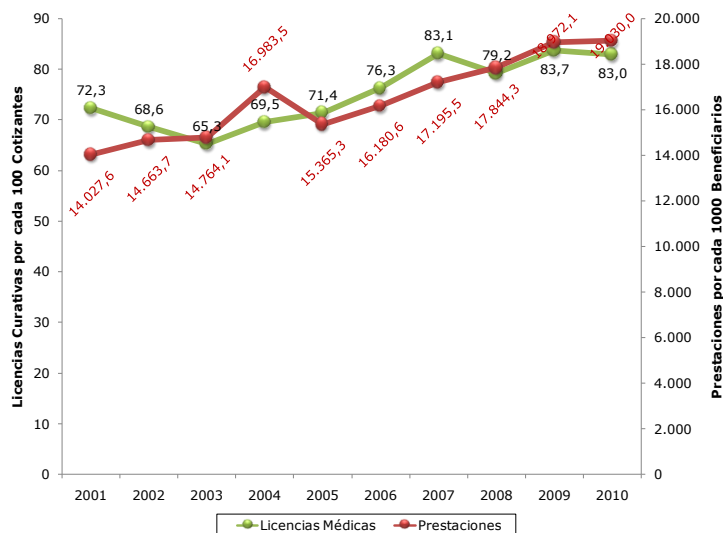
Año	S. Publico	% Part.	S. Privado	% Part.	Otros	% Part.	Total Pais
2000	10.157.686	65,6	3.092.195	20,0	2.234.851	14,4	15.484.732
2001	10.156.364	64,9	2.940.795	18,8	2.561.472	16,4	15.658.631
2002	10.327.218	65,2	2.828.228	17,9	2.677.085	16,9	15.832.531
2003	10.580.090	66,1	2.729.088	17,0	2.697.251	16,9	16.006.429
2004	10.910.702	67,4	2.678.432	16,6	2.591.194	16,0	16.180.328
2005	11.120.094	68,0	2.660.338	16,3	2.569.549	15,7	16.349.981
2006	11.479.384	69,5	2.684.554	16,3	2.351.436	14,2	16.515.374
2007	11.740.688	70,4	2.776.912	16,6	2.163.173	13,0	16.680.773
2008	12.248.000	72,7	2.790.000	16,6	1.808.172	10,7	16.846.172

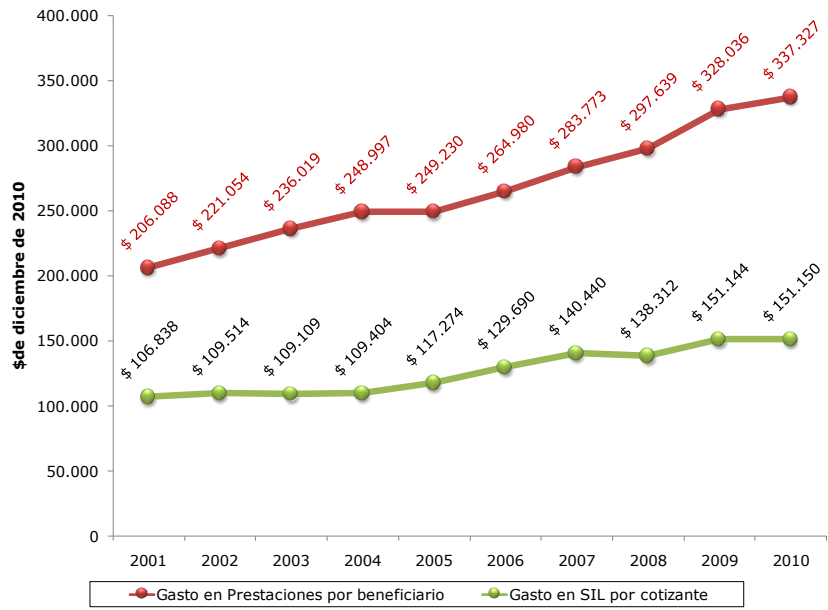
Fuente: Pablo Venegas Díaz- FONASA y el sistema de gestión de garantías: El AUGE en números. 29 de Octubre del 2008.

Por otro lado, el aumento del empleo formal ha permitido que se asegure un mayor porcentaje de la población, alrededor de un 94% de cobertura, tanto en FONASA como en ISAPRE.

Si ahora consideramos otras características poblacionales que han afectado la demanda, tenemos que el mayor desarrollo económico que ha tenido el país en los últimos años ha incrementado la demanda por salud. Hay que considerar que salud es un bien superior para las personas, lo que significa que los países aumentan el consumo en salud cuando aumenta su ingreso y esto es lo que ocurre actualmente en nuestro país. Hemos pasado a tener US\$15.000 per cápita y esto también se traduce en que hayamos aumentado el gasto en salud. La tasa de uso ha ido aumentando y es mayor de lo que era hace 10 años atrás (ver gráficos siguientes). Cuando se comparan las tasas de uso por frecuencia con el sistema privado, nos damos cuenta que en el sistema privado son más altas que en el sistema público de libre elección, debido a que poseen un ingreso promedio mayor que el de los afiliados a FONASA. Obviamente, el aumento en la tasa de uso trae asociado un aumento del gasto anual por beneficiario.

Tasa de Uso de Prestaciones y Licencias Médicas





Fuente: Superintendencia de Salud, Archivo Maestro de Prestaciones y Licencias Médicas, de diciembre de cada año.

CAPÍTULO 4: DESAFÍOS Y PROPUESTAS PARA EL SISTEMA DE SALUD.

Claramente, la reforma de salud no ha conseguido todos los objetivos por lo cual fue creada, pero se ha avanzado considerablemente para lograr un sistema más eficiente.

Ahora analizaremos los distintos desafíos que quedan por realizar, basado en las entrevistas realizadas y en la información investigada. Luego, veremos una de las propuestas que está en boga y que podría transformarse en ley.

Desafíos:

El primer problema que el sistema de salud pone de manifiesto es el aumento de los costos en salud y el efecto de estos en las ISAPREs. El fallo del Tribunal Constitucional logró aumentar la solidaridad y la equidad en el sistema ISAPRE, pero disminuyó los precios de los planes y esto disminuyó las utilidades de las ISAPREs. Para adecuarse a esto, las ISAPREs tuvieron que implementar medidas para bajar los costos administrativos, sin embargo esto no ha sido suficiente. El problema se mantiene debido al sistema de pagos a proveedores que poseen las ISAPREs.

El sistema de pagos es fee-for-service, es decir, pago por prestación, que incentiva a los proveedores privados a entregar mayores prestaciones por persona que las que verdaderamente se necesitan, lo que acarrea un gasto mayor innecesario para las ISAPREs. El desafío que se desprende de este problema es implementar una negociación entre ISAPREs y proveedores privados que implique un beneficio para ambas partes. Esto significa que se les entregue un incentivo económico a los proveedores de salud por tratamiento efectivo, es decir, por solucionar la enfermedad

de los pacientes. Es necesario cambiar el modelo de venta, las clínicas ya no pueden marginar por centro de negocios.

Se deben incluir actividades que promuevan la eficiencia en la provisión de servicios de salud; que mejoren la equidad del sistema expandiendo las coberturas al adulto mayor; que busquen contener costos a través de mecanismos de pago capitado o asociados a diagnósticos; que busquen una mayor complementación entre los seguros privados y públicos para evitar duplicaciones (efectos cruzados) y compatibilizar el uso de la infraestructura clínica. La consecución de lo anterior generaría que el sector consuma una proporción adecuada y sostenible del PIB (eficiencia macroeconómica) y que la calidad de la atención salud y satisfacción de los consumidores sea maximizada al menor costo (eficiencia microeconómica).

La ISAPRE fue concebida con un sistema de seguros individuales. Sin embargo, debieran ser predominantes las opciones colectivas ya que son más eficientes: disminuyen los costos privados y sociales de buscar información, los individuos agrupados adquieren poder de negociación, disminuye los costos de administración y ventas y mejoran la equidad y solidaridad del sistema.

El segundo problema que encontramos en el sistema, y en particular en el sistema público, es en el área de gestión. A pesar de las altas tasas de crecimiento del gasto público en salud, persisten importantes ineficiencias en la asignación y gestión del gasto. Por un lado, FONASA se considera un mal pagador, ya que se basa en presupuestos históricos para pagar los sueldos y un sistema de facturación por atención prestada (FAP); mientras que los recursos para inversión se asignan desde el nivel central con criterios poco transparentes. Por otro lado, los servicios de salud arrastran problemas de financiamiento y de dotación de recursos severos generando déficit en la capacidad de brindar servicios de salud a la población, por lo que sería ideal implementar subsidios a la demanda en vez de subsidios a la oferta

Como hemos dicho anteriormente, los hospitales auto gestionados deberían haber solucionado los problemas de gestión que no permiten el buen uso de los recursos, sin embargo, este tipo de hospitales no se han puesto en marcha en el nivel global, como lo reforma lo requería. En la actualidad, el Presidente Piñera ha llamado a la conformación de una comisión de salud con distintos expertos que, entre otros aspectos, ha determinado que como la autogestión no se ha llevado a cabo, es necesario realizar cambios más radicales como la concesión hospitalaria y una completa autonomía hospitalaria con nuevos estatutos (y que por lo tanto los trabajadores dejen de ser empleados públicos y se rijan por el código del trabajo).

La comisión plantea que la gestión sea privada, pero que el hospital siga siendo público. El tema es cómo con mejores herramientas de gestión, el hospital público cumple con el mandato del asegurador, que es tratar a la población que vive a los alrededores del hospital. Entonces, el seguro define que se compra y el hospital es el responsable de administrar lo que se compra. La forma en que el hospital compra es libre, tiene la autonomía y la flexibilidad para hacerlo. Sin embargo, los detractores argumentan que esta libertad permite a la gestión comprar servicios que no son tan necesarios y dejar de cumplir con los objetivos que FONASA le solicite. Entonces, la tensión en el mundo público prestador en este caso sería verificar si el modelo de gestión cumple o no con lo que el seguro le quiere comprar. Si no cumple, el hospital tiende a desaparecer, porque el seguro va a empezar a comprar en otro hospital público o en la red privada. La subsistencia del hospital público depende en este caso de que tenga la capacidad de cumplir con la demanda de la población.

Estas mejoras en la gestión de los servicios públicos de salud también deberían expandirse al sector de atención primaria, que ha sido olvidado en esta reforma. Los consultorios son el punto de entrada a la red de prestadores públicos, por lo que hace falta fortalecerlos con el fin de que solucionen de manera efectiva los problemas de salud de menor complejidad.

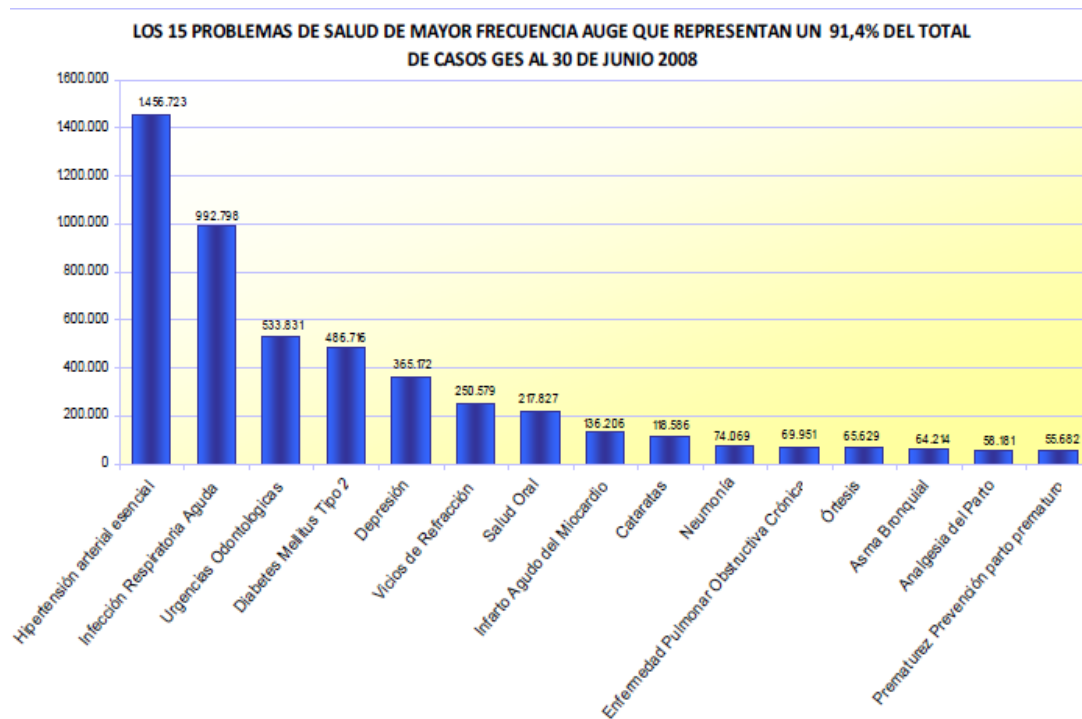
Los más importantes detractores de estas medidas han sido los gremios de la salud (médicos), que han impedido que hospitales públicos sean de calidad, porque han impedido la modernización tecnológica hospitalaria. El chileno hasta ahora no tiene problemas con comprarle a prestadores privados de salud, porque le da mayor seguridad y mayor calidad. Por ejemplo, las encuestas arrojan que el 66% de la población está de acuerdo con el bono AUGE, que les permite acceder al servicio privado con MAI cuando el sistema público no cumple³¹.

El tercer problema que encontramos en el sistema tiene que ver con los medicamentos. Chile se caracteriza por no tener una buena cobertura en medicamentos y todo el gasto proviene del bolsillo del paciente. Esto no es un problema en la actualidad, ya que el precio promedio en medicamentos sigue siendo bajo en comparación a otros países. Sin embargo, si no se hace algo pronto, de aquí a 10 años va a ser mucho más tema de lo que es hoy día.

Ahora el gobierno tiene muy buenas ideas para mejorar el tema de medicamentos, sin embargo, estos no se enfocan en una mayor cobertura, si no que en un uso más eficiente de ellos. La demanda actual por medicamentos es muy alta e implica un alto gasto. El impulso del uso de medicamentos genéricos permitiría disminuir el nivel de gasto, pero también es necesario que el gobierno asegure que estos medicamentos sean de calidad. Para esto es necesario desarrollar exámenes de bioequivalencia a los medicamentos que existen en el mercado, para acreditar que los medicamentos genéricos producen los mismos efectos que los medicamentos de marca. Esto implica un gran desafío para el gobierno, pero si lo hace bien, de aquí a 5 o 10 años podemos estar más tranquilos en el tema de gasto en medicamentos que lo que están otros países.

³¹ Entrevista con Dr. Manuel Inostroza, que participa en la comisión de salud del Presidente Piñera.

El cuarto problema que encontramos en el sistema es la prevalencia de graves enfermedades que afectan a la población chilena. Al mirar la Encuesta Nacional de Salud 2010 en hipertensión y diabetes, nos damos cuenta que a pesar que el AUGE está garantizando el tratamiento, el nivel de control de estas enfermedades sigue estando igual. Aquí está el tema de cómo educo a la población para que se haga cargo y tome conciencia de cómo ella debe actuar frente a los tratamientos para tener controlada su enfermedad. Eso está pendiente y las cifras lo muestran, 2003-2009 no ha pasado nada. Es fundamental que este gobierno y los que vendrán incentiven el uso de los tratamientos de salud costo-efectivos, promocionando la vida saludable y generando mejores programas de prevención, tanto para que las personas no se enfermen como para lo que ya estén enfermos y controlen su enfermedad.



Fuente: Sistema de Información para la Gestión de Garantías en salud (SIGGES).

El quinto tema que es importante tratar es la formación de nuevos especialistas que satisfagan las necesidades de la población del siglo XXI. Tenemos que avanzar en un modelo de salud donde 1) se integre con mayor fuerza el médico familiar, tal como ocurre en el caso inglés, ya que un médico de cabecera permite mantener un seguimiento de la salud de las personas y de esta forma mejorar el uso de los recursos y la calidad de la salud; 2) se instalen carreras no médicas para que asuman labores que antes estaban enclaustradas en una determinada especialidad, por ejemplo, el caso de los optometristas (que salen de los tecnólogos médicos) capaces de recetar anteojos y reducir las listas de espera de anteojos producidas por la escasez de oftalmólogos; e 3) implementar un modelo de atención socio sanitaria en la atención primaria, abriendo una puerta para nuevas competencias sociales (ya que el problema de salud es multisectorial y no se soluciona solo con médicos). Entonces el tema de fondo en especialistas, más allá de la escasez de especialistas, tiene que ver con un cambio de modelo y paradigma, para que se solucionen los problemas de salud de forma comunitaria.

Finalmente, el mayor desafío que existe es como compatibilizar el sistema público con el privado. En este sentido, debemos avanzar en la garantía de cobertura financiera, otro de los objetivos del AUGE que han tenido poco avance. La determinante financiera debe funcionar en un paralelo independiente y autónomo de la entrega de servicios, para que la resolución de patologías se produzca independiente de la situación financiera de la persona. Ese es el gran desafío que nos falta.

Existen ciudades del país en las cuales no puede instalarse un equipamiento público, porque es muy caro para el país, sin embargo, existe equipamiento privado que podría atender a toda la demanda del territorio, tanto perteneciente a FONASA como a ISAPREs. Es poco racional que en una región existan pacientes esperando por una resonancia magnética cuando encontramos a un proveedor privado que puede hacerla (porque el equipo está subutilizado) y el precio de transferencia es el mismo que si hubiese utilizado en el sistema público. Ahí lo que ocurre es que se interponen

miradas ideológicas sobre la salud de las personas. El acento debe ser en el paciente, sin sesgo ideológico, con absoluto pragmatismo, pero siendo muy cuidadoso que cada peso se gaste de la manera más eficiente.

De este desafío se desprende la necesidad de mejorar el acceso a las ISAPREs y consolidarlo con un sistema de aseguramiento más solidario. En este sentido aun existe una discriminación por sexo, edad y enfermedad preexistente, un punto clave en un sistema de salud con competencia regulada. Lo más importante en este sentido es cómo el gobierno desde la política pública es capaz de intervenir con objeto de resolver imperfecciones de mercado. El ejecutivo está trabajando para pasar de un sistema de ISAPRE a un plan garantizado de salud y ha derivado en la creación de una ley corta de ISAPREs, mientras se resuelve el tema de forma más estructural. El Ministro de Salud ha convocado una comisión de expertos que ya ha terminado su informe y se lo ha entregado al Presidente, donde se señala una propuesta concreta para pasar de una ISAPRE a un plan garantizado de salud con precio único, sin discriminar por sexo, edad o preexistencia. Esto es un enorme avance porque va permitir mantener la gente en el sistema. Esto es un claro avance a una propuesta de política pública que va a fortalecer la cobertura financiera y va a resguardar a la población más sensible, como mujeres embarazadas y adulto mayor.

La propuesta de la comisión ya ha sido entregada y se espera que pronto se envíe al Congreso para su posible aprobación como ley. Dada la importancia de esta propuesta y la posible reforma que produciría en el sector salud, ahora explicaremos con mayor detenimiento en qué consiste la propuesta.

Propuesta: Plan Garantizado de Salud en las ISAPREs³².

En los últimos años se han generado distintas presiones sociales para establecer un sistema de financiamiento más equitativo en el sistema privado de salud, que se manifiesta en un incremento sostenido de la judicialización de las adecuaciones de precios notificadas por las ISAPREs. En Agosto del 2010, considerando que la cotización previsional de salud se encuentra inserta en el contexto de la seguridad social en Chile, el Tribunal Constitucional determinó que debía existir mayor solidaridad etaria y de género en el financiamiento de los planes de salud privados y declaró inconstitucional la aplicación de las tablas de factores de riesgo para la determinación de los precios de los planes de las ISAPREs.

A partir de este fallo, el Presidente llamó a una Comisión de salud. En su informe de diciembre de 2010, esta comisión respaldó en forma unánime la creación de un plan universal de salud para todos los chilenos y la mayoría fue partidaria de asociarle un Fondo de Compensación de Riesgos como mecanismo de financiamiento. Finalmente, en el informe de esta comisión en octubre de 2011, se determinó la viabilidad técnica de introducir un plan común para todos los beneficiarios de ISAPRES y se diseñaron los elementos principales del Plan Garantizado de Salud (PGS).

Los objetivos de este Plan Garantizado de Salud son:

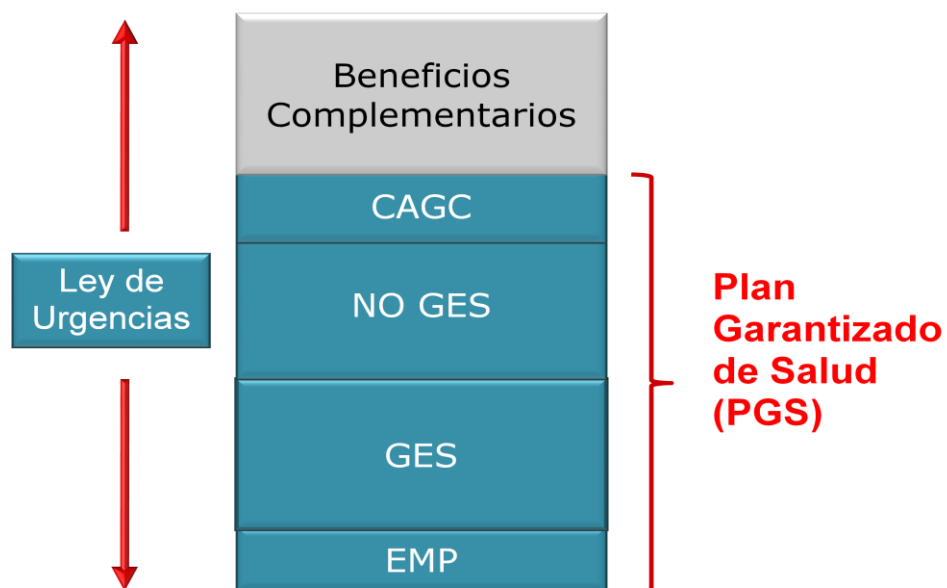
- Solidaridad: Beneficiar a los afiliados de mayor riesgo en salud, sea por edad, sexo o por ser portador de una patología.

³² Basado en el Seminario ENASA 2011.

- Protección de Largo Plazo: Ofrecer un esquema de protección adecuado a los afiliados a lo largo de toda su vida, orientando su cobertura a evitar que pudieran caer en situación de insolvencia por no poder enfrentar los gastos médicos.
- Sustentabilidad: Mantener un cuidadoso equilibrio entre suficiencia de la protección y sustentabilidad financiera de la solución en el tiempo.
- Opción de Libre Elección: Permitir que los afiliados puedan seguir destinando recursos para la compra de coberturas complementarias al PGS en las ISAPREs.

El PGS será único para todos los beneficiarios del sistema ISAPRE, se otorgará en una red de prestadores en convenio y no incluirá el SIL (subsidio por incapacidad laboral), éste se contratará aparte en la misma ISAPRE. El PGS estará estructurado sobre la base de 5 componentes principales:

Nuevo Plan de Salud de Isapre



El Examen de Medicina Preventiva (EMP) y Garantías Explícitas en Salud (GES) mantendrán los copagos, mecanismos de acceso y todas las normas establecidas en la ley vigente. Dentro del PGS, las patologías GES serán otorgadas sólo en la modalidad GES y se activarán automáticamente cuando el beneficiario concurra a la red de prestadores, sin perjuicio del uso de Beneficios Complementarios.

Un listado de prestaciones de salud NO GES tendrá una bonificación fija en pesos o UF, que será establecida en un Arancel (Arancel del PGS). Las bonificaciones que se fijan en el Arancel del PGS no podrán ser inferiores a aquellas que establece el Arancel del FONASA MLE. En el caso de las prestaciones hospitalarias y cirugía mayor ambulatoria se propone una cobertura mayor al piso actual, con una bonificación de 70% de aranceles de prestadores con quienes las ISAPREs tienen convenios de atención cerrada. Esta cobertura operará en una red de prestadores, pero si el beneficiario prefiere atenderse en un prestador distinto podrá trasladar su bonificación a esos prestadores. La diferencia entre el precio de la atención y la bonificación será de cargo del beneficiario.

La Cobertura Adicional para Gastos Catastróficos (CAGC) operará de manera similar a la CAEC actual. Consiste en un límite anual de copagos por beneficiario, cuyo monto será fijado anualmente. El deducible se acumulará independientemente del diagnóstico y/o del prestador utilizado, en este último caso, los copagos estarán basados en el arancel del PGS. Una vez alcanzado el deducible, el beneficiario deberá concurrir a la red de prestadores para acceder a la cobertura adicional.

Las ISAPREs podrán vender beneficios adicionales de salud, que mejoren la cobertura del PGS u otorguen bonificación a prestaciones no incluidas en él. Sólo podrán venderse a personas que ya cuenten con un PGS contratado y podrán pactarse en forma individual o colectiva. Podrán ser contratados por el cotizante al momento de su afiliación o durante la vigencia del contrato. Podrán pactarse en otra ISAPRE sólo

en la medida que sean financiados con cotizaciones adicionales al 7%. Un reglamento establecerá los requisitos y condiciones mínimas que deberán cumplir estos beneficios, los que deberán ser informados y remitidos a la Superintendencia de Salud en forma previa a su comercialización. El precio de los beneficios complementarios (BC) podrá fijarse en consideración del riesgo individual en salud y para su reajuste se definirá una banda referencial.

Las atenciones de emergencia, mantendrán las condiciones de protección, acceso y todas las normas de la “Ley de Urgencias” vigente. Tendrán la cobertura que corresponda al tipo de condición de salud de que se trate: GES, CAGC, NO GES, según se ha definido. La Ley de Urgencias se aplicará incluyendo cualquier Beneficio Complementario que tenga pactado el beneficiario con su ISAPRE.

El PGS será ofrecido a un precio único, independientemente del sexo, edad, y condición de salud de los contratantes. Este precio será determinado por cada ISAPRE. El SIL se cobrará aparte y sólo a los cotizantes que tengan derecho a él, con un porcentaje fijo y único de la cotización legal para salud, que será establecido anualmente por cada ISAPRE. El PGS y el SIL, se financiarán con cargo al 7% de la renta imponible. Si este monto no fuese suficiente, podrá completarse con una cotización voluntaria. Las personas que no son trabajadoras, podrán comprar el PGS al precio establecido como tarifa plana. Además, contarán con un patrón de referencia o banda para el reajuste anual de su precio. Para esto, el INE calculará anualmente indicadores referenciales de la variación de los precios de las prestaciones de salud, frecuencias de uso de las mismas y del gasto en subsidios por incapacidad laboral. Las bandas de referencia serán fijadas anualmente.

A partir de las simulaciones efectuadas por la comisión, se pudo llegar a que un PGS con las características descritas tendría un costo aproximado de \$17.000 mensuales por afiliado (nótese que esto no incluye el costo del SIL). Este valor no debe

ser tomado más que como un resultado referencial que surgió de ejercicios de simulación que sensibilizaban coberturas y precios.

Se creará un Fondo de Compensación de Riesgos para el PGS que operará en forma similar al establecido para las GES. El actual Fondo se elimina, siendo reemplazado por este nuevo, más amplio. En una primera etapa, el modelo de ajuste de riesgos considerará sólo sexo y edad como variables predictivas del riesgo individual. Posteriormente, incorporará diagnósticos u otras variables que permitan mejorar el modelo. El Fondo de Compensación de Riesgos será gestionado por la Superintendencia de Salud.

El cotizante podrá solicitar a la ISAPRE que abone todos sus excedentes a una cuenta que conservará todas las características de la actual cuenta de excedentes, salvo las restricciones de monto.

En el ámbito del PGS, los afiliados que estén adscritos a una ISAPRE y deseen cambiarse a otra, no tendrán limitaciones de acceso, cobertura, ni períodos de carencia. Sólo en el ámbito de los beneficios complementarios, las ISAPREs podrán establecer restricciones de acceso, exclusiones, carencias o coberturas restringidas.

Como vemos, si el Plan Garantizado de Salud se logra implementar se podrá asegurar el acceso libre e igualitario a las acciones de salud y la verdadera elección del sistema de salud. Además, permite el desarrollo de un mercado competitivo de prestadores privados de salud; fomenta el uso racional de los servicios de salud y evita el sobre aseguramiento; aumenta la protección financiera; e introduce mecanismos que incentiven la adopción de tecnologías más costo-efectivas y la provisión eficiente de salud. Es decir, cumple con varios de los desafíos que describí anteriormente

Como cualquier reforma, trae consigo distintos problemas que debe intentarse corregir o minimizar. Implica una mayor centralización del sistema, ya que tanto el plan como el Fondo de Compensaciones, quedarían en manos de la autoridad central; y reduce la innovación y el control de costos derivados de la competencia en el mercado de los seguros³³.

³³ Libertad y Desarrollo, 2011. Tema Público: ¿Es factible la existencia de un Plan Garantizado de Salud?

CONCLUSIONES

El sistema de salud chileno ha sufrido muchos cambios en los últimos 5 años y con esto, ha mejorado la evaluación de los pacientes al sistema, sobre todo en el sector público. El mercado de la salud es complejo y es por esto que no existe una sola manera correcta de realizar las cosas; un sistema que funciona bien en un país, en otro puede ser un desastre.

El mayor impacto que ha tenido la reforma es que ha aumentado el número de prestaciones por habitante, las colas se han reducido y los índices de satisfacción de los usuarios son bastante alentadores, en cuanto a los tiempos de espera y a la calidad de la atención. La reforma, en términos generales, ha mejorado la equidad de acceso, en un modelo donde las diferencias de acceso entre tramos de la sociedad han sido muy marcadas.

En teoría, la reforma entrega distintas herramientas para mejorar la equidad y solidaridad en el acceso de la salud y la calidad de salud. Sin embargo, en la realidad, la aplicación de la reforma no implicó un profundo replanteo del modelo dual de salud que opera en Chile, y es por esto que los objetivos originales no se han logrado en su totalidad.

El proceso de acreditación de médicos e instituciones proveedoras de servicios de salud, que garantiza una calidad estándar mínima de salud, se ha realizado muy lentamente y en la actualidad sólo existen 24 instituciones acreditadas. Claramente, la Superintendencia de Salud no podrá acreditar a la totalidad de las instituciones para el 2014, como habían establecido en un comienzo, porque faltan más de 2000 instituciones que aún no comienzan el proceso. Por otro lado, el proceso de la

acreditación de hospitales auto gestionados también estuvo estancado, sin embargo, el gobierno actual a reactivado y mejorado el proceso.

Debido al modelo de salud que existe, la competencia entre proveedores sólo existe en el sistema privado, ya que a través de la compra de tecnologías y equipos médicos diferencian su producto y de esta forma aumentan sus utilidades. En el sistema público no existe competencia; la inversión en tecnología es baja, debido a la escasez de recursos, y los afiliados a FONASA no pueden acceder a una infraestructura mejor. Mientras que en el sector privado hay una sobre inversión en tecnología, en el sistema público existe una subinversión. No existe verdadera libre elección en el sistema público; ni siquiera en la modalidad de libre elección los afiliados pueden acceder al proveedor que prefieran, si no que deben decidir de acuerdo a los proveedores que tengan convenio con FONASA.

La sobre inversión en el sector privado ha aumentado los costos de la salud más de lo que debería y esto ha traído problemas en las ISAPREs, ya que han tenido que subir las primas, produciendo una migración de afiliados, sobre todo en las personas más vulnerables. Es primordial que las ISAPREs y sus proveedores analicen las formas de pago y trabajen en conjunto para controlar los costos.

Finalmente, se hace necesario mejorar las relaciones entre el sistema público y el privado, para que trabajen en conjunto en mejorar la salud y la calidad de vida de todos los chilenos. Esto implica que tanto los afiliados a FONASA como los afiliados a ISAPRE puedan acceder a una atención de salud de calidad y en el menor tiempo posible.

BIBLIOGRAFÍA

AEDO, Cristián. La Competencia manejada y Reformas para el sector salud de Chile. Serie Financiamiento del Desarrollo CEPAL, 50. Santiago de Chile, junio 1997.

AEDO, Cristián. Reforma a la Salud: Efectos en el Mercado Laboral. Serie Informe Social Libertad y Desarrollo, 62, mayo 2001.

BITRÁN, Ricardo. Reformas Recientes en el Sector Salud en Centroamérica. Serie Financiamiento y Desarrollo CEPAL 177, Junio 2006.

DÍAZ, Pablo. FONASA y el sistema de gestión de garantías: El AUGE en números. Presentación FONASA, 29 de octubre 2008.

ENCUENTRO Nacional de Salud 2011 (17°, 17 de noviembre 2011, Santiago, Chile). Celebrando 30 años, Isapres de Chile. Santiago, Chile. Isapres de Chile, 2011.

ENTHOVEN, Alain C. Internal Market Reform of the British National Health Service. Health Affairs, 10 (3), 1991.

ENTREVISTA Manuel Inostroza Palma, Médico Cirujano de la Universidad de Chile, Magíster en Salud Pública (Mención Financiamiento y Gestión), The Johns Hopkins University, EE.UU. Director Campos Clínicos Universidad Andrés Bello y Ex Superintendente de Salud.

ENTREVISTA Emilio Santelices Cuevas, Jefe del Depto. Desarrollo Estratégico, Ministerio de Salud y miembro del Gabinete Sr. Ministro.

FLORÉZ, Katherine. La Competencia Regulada en el Sistema de Salud Colombiano. Revista Le Bret, 2: 27p. Diciembre 2010

GOBIERNO informa. Terminan listas de espera AUGE. 23 noviembre 2011. [en línea] <www.gob.cl/informa/2011/11/23/terminan-listas-de-espera-auge.htm>

GONZÁLEZ, Ginés. Medicamentos: Salud, Política y Economía. Buenos Aires, Argentina. ISALUD Instituto Universitario, 2005. 256p.

HERRERO, Fernando. Competencia Regulada. [en línea] El financiero cr.com. Costa Rica. <www.elfinancierocr.com/ef_archivo/2008/mayo/18/opinion1482159.html>

HOSPITALES que no se acreditan arriesgan hasta el 70% de sus ingresos. El Mercurio, Santiago, Chile. 27 noviembre 2011. B6 y B7.

INVERSIONES Marcha Ltda. Competencia Regulada. [en línea]. Bogotá D.C, Colombia. LEÓN, Felix. <www.saludcolombia.com/actual/salud55/editor55.htm>.

ISAPRES de Chile. ENASA 2011. [en línea] <www.enasa.biz>

KATZ, Jorge M. y Miranda, Ernesto. Mercados de la Salud: Morfología, comportamiento y regulación. Revista de la CEPAL 54, diciembre 1994.

LIBERTAD y Desarrollo.Tema Público: ¿Es factible la existencia de un Plan Garantizado de Salud?. 2011

LOPÉZ, Erik. Entregan fallo del Tribunal Constitucional sobre Ley de Isapres. [en línea]. Radio Biobio Chile. 6 de agosto del 2010. <www.biobiochile.cl/2010/08/06/fallo-del-tc-declaro-ilegal-articulo-de-ley-de-isapres-que-discriminaba-precios-segun-sexo-y-edad.shtml>

MARTÍNEZ, Amanda, LEÓN, Edgardo. Estructura y Comportamiento del Sistema de Salud en Chile. Seminario de Título (Ingeniero Comercial mención Economía). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad Economía y Negocios, Julio 2011. 165 p.

MINISTERIO de Salud. Cincos nuevos hospitales adquieren la calidad de "Autogestionados en Red". 9 enero 2008 [en línea] <www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=49>

MINISTERIO de Salud, Subsecretaria de Redes Asistenciales, Colaboración Técnica Banco Mundial, Gobierno de Chile. Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile. Serie Cuadernos de redes 31, enero 2010.

PINTO, Diana M. La Competencia Regulada y la Calidad de la atención de la perspectiva del usuario: Evidencia del sistema de salud Colombiano. Harvard School of Public Health. Octubre 2002.

SÁNCHEZ, Héctor, INOSTROZA, Manuel, RIESCO, Ximena. La Salud del Bicentenario, Chile 2011-2020: Desafíos y Propuestas. Marzo 2011.

SANTELICES, Emilio, CAMUS, Lorena, DELGADO, Magdalena. Proyecto Clínico Financiero Orientación para la implementación y operaciones Unidades de Análisis GRD. Ministerio de Salud, Depto. Desarrollo Estratégico, enero 2011.

SOLÓRZANO, Francisco X. El Sistema de Salud de Canadá y su Financiamiento. Revista Panam Salud Pública, 1(3), 1997.

SUPERINTENDENCIA de salud. Acreditación para prestadores de salud. [en línea] <www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-6010.html>

SUPERINTENDENCIA de Salud. Archivo Maestro de Prestaciones y Licencias Médicas. Diciembre de cada año.

TITELMAN, Daniel. Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile. Revista de la CEPAL 69:14p. Diciembre 1999.

TITELMAN, Daniel. Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes. Serie Financiamiento del Desarrollo CEPAL, 104. Santiago de Chile, septiembre 2000.

WHITE, Mary. La gallina dijo Eureka: Competencia Regulada. Blog Lady Godiva. 14 julio 2008. <marygodiva.blogspot.com/2008/07/la-gallina-dijo-eureka-competencia.html>