

LA MEZCLA PÚBLICO-PRIVADA: UNA REFORMA PENDIENTE EN EL SECTOR SALUD*

César Oyarzo

En este trabajo se sostiene que para afrontar los problemas de eficiencia, equidad y costos crecientes que aquejan al sector de la salud en Chile es preciso profundizar el proceso de reformas que se inició en los años 70, rectificando a la vez aquellos aspectos que han tenido efectos negativos. Se propone, específicamente, avanzar hacia un sistema mixto en el que los sectores público y privado compitan y cooperen entre sí de una manera que permita aprovechar las ventajas comparativas de cada uno.

Entre las reformas sugeridas para que el sistema de salud chileno pueda compatibilizar los objetivos de eficiencia, libertad individual y equidad están el establecimiento de una "canasta de salud básica", como un mínimo social garantizado; eliminación de las regulaciones que impiden que los servicios de salud privados y estatales compitan entre sí;

CÉSAR OYARZO. Ingeniero Comercial. M. A. en Economía. Profesor del programa de posgrado que imparten en conjunto, en Santiago de Chile, el Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales (Ilades) y la Universidad de Georgetown. Director del Fondo Nacional de Salud.

* La mayor parte de las ideas expresadas aquí son fruto del trabajo de un equipo que ha venido desarrollando una tarea en conjunto por varios años. Entre las contribuciones específicas, quisiera destacar el apoyo de Héctor Sánchez y Cristián Baeza, así como la colaboración de Consuelo Espinoza en la redacción del artículo y, finalmente, las valiosas sugerencias de Ernesto Miranda, que permitieron mejorar de manera importante las versiones preliminares.

perfeccionamiento del sistema de Isapres, a fin de alcanzar una mayor transparencia y cobertura, y la profundización del proceso de descentralización, de modo de transformar algunos servicios de atención secundaria y terciaria en empresas autónomas del Estado, y permitir que otras instituciones —además de las municipalidades— administren los consultorios.

El objetivo del presente trabajo es señalar los elementos que debería considerar un programa de reforma del sector de la salud en Chile en los próximos años. Porque si bien las reformas iniciadas durante los años 80 tuvieron aspectos positivos, quedaron pendientes, sin embargo, algunas materias cruciales que afectan el grado de eficiencia y equidad del sistema. Por otro lado, aunque durante el gobierno del Presidente Aylwin se avanzó en el diseño técnico de un plan que, a mi juicio, es valioso y lo comparto,¹ no se dieron los pasos claves para llevarlo a efecto. En este contexto, y a partir de la noción de que es preciso encontrar una mezcla adecuada en la participación de los subsectores público y privado en el ámbito de la salud, el contenido de este artículo se desglosa en tres secciones. En la primera de ellas se presenta una breve revisión de los principales elementos conceptuales que hoy orientan los programas de reforma en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo. La segunda sección ofrece un análisis crítico de las reformas iniciadas en la década de 1980 y de los cambios introducidos con posterioridad. En la tercera sección se desarrolla una propuesta de reforma.

I. ANTECEDENTES GENERALES

El propósito de este capítulo es entregar un marco analítico para la discusión de las reformas implementadas y la propuesta de la tercera sección.

El debate en torno a la reforma de los servicios de salud constituye hoy día un lugar común en Europa, Estados Unidos y América Latina.

Así como en la década de los '80 la discusión giró alrededor de la privatización de los sistemas de salud, en la actualidad el concepto de la mezcla público-privada resume el consenso de que la reforma del sector involucra modificar la participación de los subsectores público y privado.

Para alcanzar eficiencia y equidad en salud se requiere el ajuste de ambos subsectores. La complejidad del área de la salud no puede abordarse a partir de esquemas ideológicos globales. La simple privatización de los siste-

¹ Véase Ministerio de Salud: "Una agenda para el cambio".

mas de salud no asegura la eficiencia económica en mercados caracterizados por una gran cantidad de fallas inherentes al bien que en él se transa. Tampoco la equidad, en cualquiera de sus acepciones, puede alcanzarse por la simple vía de reducir el tamaño del Estado.²

Si bien es cierto que la acción del sector público ha estado marcada por insuficiencias evidentes, especialmente en lo que respecta al tratamiento de la libertad de elección del usuario y la eficiencia microeconómica de sus establecimientos, no es menos cierto que el sector privado no ha podido dar cuenta del problema de la equidad y el control de costos.

En el caso chileno, la falta de competitividad e intercambio entre ambos subsectores ha tendido a agudizar las ineficiencias presentes en cada uno de ellos. La duplicación de inversiones en tecnología de alto costo es un ejemplo de las consecuencias que tiene la segmentación artificial del mercado, a través de una normativa que obstaculiza la venta de servicios por parte del sector público al sector privado.

En este marco se presenta el desafío de diseñar un nuevo sistema que responda a las inquietudes actuales, que en términos generales denominamos "crisis de la organización del sector".

Cabe destacar, asimismo, que la necesidad de introducir cambios en los sistemas de salud, si bien tiene sus orígenes particulares, se fundamenta también en una problemática de orden más general.

A nuestro juicio, los principales factores que impulsan los cambios pueden agruparse en tres grandes áreas:

a) *La modificación del perfil epidemiológico*

En este grupo se encuentran, como elementos interrelacionados, los temas del envejecimiento de la población, determinado principalmente por la caída de las tasas de natalidad, y los cambios en los patrones de morbilidad. Esto se expresa en un aumento en la participación de enfermedades crónicas no transmisibles, que requieren tecnologías de alto costo y la aplicación de estrategias preventivas.

b) *Los cambios en materias de orden político-económico*

En primer término, aparece la llamada "crisis del Estado". En este sentido, puede afirmarse que entre los economistas se ha producido una desilu-

² Véanse Newbrander y Parker (1991); WHO (1991); WHO (1992).

sión respecto de la capacidad del Estado para resolver los problemas económicos. Esta crisis abarca todos los ámbitos del quehacer económico, pero adquiere mayor consenso en el campo del Estado productor.

Como parte de este fenómeno hay una revalorización del mercado como asignador eficiente de recursos y de la competencia como principal instrumento para asegurar dicha eficiencia.

Por otro lado, el tema de la libertad de elección, expresión utilizada para destacar el rol de los consumidores, ha adquirido también un papel preponderante en la organización económica.

La confianza en la capacidad normativa del Estado ha experimentado, por otra parte, un debilitamiento. Hoy se entiende que cualquier acción de regulación no asegura un mejor funcionamiento de los sistemas económicos. Por el contrario, se reconoce que es posible que una incorrecta regulación estatal puede tener más costos que beneficios.

c) Las crisis de orden macroeconómico

No pueden obviarse las crisis macroeconómicas, las cuales, al reducir los niveles de ingreso, han actuado como aceleradoras de los procesos de cambio. La crisis de deuda externa, experimentada principalmente por los países de América Latina, se tradujo en la aplicación de políticas de ajuste que obligaron a reducir los niveles de gasto fiscal, reorientando la acción del Estado hacia un rol netamente subsidiario.

Con el propósito de avanzar en la discusión de la reforma, se enumerarán a continuación algunos de los elementos orientadores del debate actual.

1. La compatibilización de objetivos sociales

El diseño de los sistemas de salud en un contexto de recursos escasos debe intentar compatibilizar tres grandes objetivos de política: eficiencia, libertad individual y equidad. La complejidad de la elección de la mezcla público-privada pasa por priorizar y maximizar el logro de estos objetivos. Distintas mezclas pueden producir diferentes combinaciones en su grado de cumplimiento, por lo que la elección de una mezcla requiere que la sociedad opte por políticas que resulten claras para los encargados de formular las propuestas de cambio.

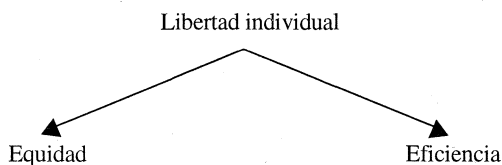
El concepto de eficiencia se refiere tanto al aspecto productivo (eficiencia técnica) como a la asignación de recursos hacia aquellas acciones más

costo-efectivas (*allocative efficiency*). Eficiencia implica, en ambos casos, políticas e incentivos para controlar los costos, de tal manera que permitan mantener financiados los sistemas de salud en niveles sustentables desde el punto de vista macroeconómico.

Lo anterior no se logra necesariamente en un esquema altamente competitivo y descentralizado, donde la asignación de recursos descansa enteramente en la elección de los consumidores. Las asimetrías de información, las externalidades y otras insuficiencias que caracterizan el mercado de la salud requieren la intervención del Estado para alcanzar el óptimo social en términos de eficiencia. Esto explica la fuerte espiral de crecimiento en el costo de las prestaciones que se observa en algunas experiencias privatizadoras. La equidad tampoco se alcanza automáticamente en un esquema de este tipo. Así, por ejemplo, la distribución espacial de los establecimientos de salud puede no ser adecuada, en este sentido, si sólo se determina por el libre juego de la oferta y la demanda.

Por otra parte, consideraciones de eficiencia llevan a priorizar determinadas acciones y a ciertos grupos de población en la asignación de los recursos, lo que no es compatible con el objetivo de equidad y con el acceso universal a la atención gratuita para todos los miembros de la sociedad y para todo tipo de atenciones. La equidad, entendida como el acceso garantizado de la población a todos los medios tecnológicos disponibles, no es compatible con el control de costos.

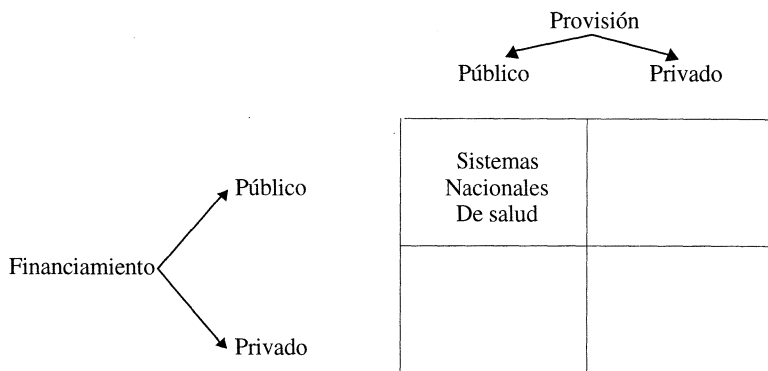
GRÁFICO N° 1



2. Las combinaciones posibles en términos de propiedad

El mercado de la salud se caracteriza por su enorme diversidad y, por tal razón, ofrece opciones múltiples a la mezcla público-privada. Una primera clasificación tiene que ver con la distinción entre la provisión de los bienes y el financiamiento de los mismos, en términos de la propiedad de los entes que ejercen cada una de estas funciones (Véase Gráfico N° 2).

GRÁFICO Nº 2



Debe tenerse en cuenta que las clasificaciones presentadas aquí pueden separarse según los tipos de bienes y los distintos usuarios. Así, por ejemplo, podríamos distinguir entre diferentes prestaciones preventivas, que constituyen bienes públicos, y entre consumidores que tienen capacidad de pago y consumidores que no la tienen.

3. El mercado y la planificación

La dicotomía planteada anteriormente se establece en términos de la propiedad. Sin embargo, el marco de la elección no se reduce a esta esfera, ya que hoy día se comprende claramente que los mecanismos de asignación de recursos (mercado y planificación) no deben confundirse con el tema de la propiedad. Lo mismo ocurre con la dimensión de competitividad o descentralización. El Cuadro Nº 1 ilustra la gama de opciones existentes.

CUADRO Nº 1

Planificación	-----			Mercado
Totalmente Planificado	Planificación Ajustada	Mercado Regulado	Mercado Libre	

Dentro de los mecanismos descentralizados de asignación, el más común es el mercado libre, pero también existen otras opciones, como el de los mercados internos³ o competitividad pública.⁴ Es preciso diferenciar también el concepto de competitividad del concepto de mercado. No todos los mercados son competitivos y la competitividad no es una característica exclusiva de los mercados. Así como la propiedad privada no necesariamente implica competitividad, también es posible introducir competitividad en el sector público.

La competitividad, tanto en el ámbito público como en el privado, genera incentivos para una mayor eficiencia productiva, pues se premia a aquellos prestadores capaces de producir un determinado bien al menor costo. Sin embargo, no necesariamente implica una asignación de recursos eficiente entre grupos de la sociedad o entre los tipos de bienes que es deseable priorizar desde un punto de vista de costo efectividad. Así, por ejemplo, en ausencia de regulaciones o incentivos explícitos, la competitividad no garantiza niveles adecuados en el financiamiento y provisión de determinadas acciones de salud de tipo preventivo.⁵

4. La organización de las funciones económicas implícitas

Las combinaciones posibles en términos de propiedad de los medios de producción y financiamiento y los distintos mecanismos de asignación de recursos plantean múltiples alternativas para la organización de los sistemas de salud y la forma en que se ejercen las funciones de financiamiento, provisión y regulación.

En los sistemas únicos de salud, las instituciones a cargo de la administración financiera de los recursos cumplen la función de aseguradoras, administran los hospitales públicos y proveen servicios de salud para sus beneficiarios. Este modelo ha funcionado históricamente por la vía de los "subsidios a

³ En los mercados internos se encuentran separadas las funciones de proveedor y comprador del gobierno, estimulando la competitividad entre proveedores estatales y potenciales proveedores privados.

⁴ La competitividad pública implica que los usuarios eligen libremente al proveedor público, y el presupuesto de éste es función del número de pacientes que atrae.

⁵ Cabe mencionar también que la sola competitividad no es suficiente para proporcionar los incentivos para la eficiencia. En este sentido, el tema de la propiedad puede llegar a ser importante si es que las funciones y objetivos de los gestores públicos y privados difieren significativamente.

la oferta", lo que tiende a desfavorecer la posibilidad de elección de los afiliados y no contiene incentivos a la eficiencia.

Otra alternativa posible es la separación de las funciones de provisión de las de financiamiento, pero manteniendo la propiedad pública de cada uno de los organismos encargados de cumplirlas. La separación debe conducir a una mayor eficiencia en la gestión de cada una de estas instituciones, cuyas misiones quedan mejor definidas y, por lo tanto, más susceptibles a la fiscalización y evaluación de su desempeño. Adicionalmente, al tener objetivos contrapuestos, se genera un efecto regulador recíproco que tiende a una mayor eficiencia. Al mismo tiempo, los efectos serán distintos de acuerdo al grado de descentralización y competitividad en el ejercicio de cada una de estas actividades.

El ejercicio de alguna de las funciones anteriores, o de ambas, puede darse en el contexto de un mercado competitivo al interior del sector público (cuando ello sea posible) y también de competitividad con el sector privado. Así, por ejemplo, los proveedores públicos y privados pueden competir para establecer convenios con las instituciones aseguradoras encargadas del financiamiento o para captar directamente las preferencias de los individuos. Ambas alternativas contienen un fuerte incentivo a la eficiencia productiva, aunque no garantizan equidad ni eficiencia en la asignación global de los recursos, para lo cual se requiere una acción reguladora por parte del Estado.

La función de regulación es, indudablemente, una actividad indelegable del Estado, que puede favorecer o no la competitividad y las relaciones de intercambio entre ambos subsectores. Además, la responsabilidad fundamental del Estado es diseñar las políticas necesarias para mejorar la situación de equidad, lo que no necesariamente debe ser entendido como igualdad absoluta en la atención de salud, pero sí como un mínimo socialmente aceptable al que toda la población tenga acceso.

Las opciones existentes para la mezcla público-privada son múltiples y requieren tanto de opciones de política como de análisis técnicos respecto de las ventajas relativas de las mismas.

El debate respecto de las reformas de los sistemas de salud no se limita al tema de la privatización. Si bien es cierto que la tendencia mundial es a ampliar los espacios de la participación del sector privado, esto no debe confundirse con la simple reducción del Estado.

La experiencia de los procesos privatizadores basados en el fracaso del sector estatal genera serios costos que recaen, principalmente, en los sectores más desprotegidos de la sociedad. La simple jibarización y desmantelamiento de los sistemas públicos de salud que algunos preconizan perjudican inevita-

blemente a aquellos que son excluidos del sistema privado por carecer de los medios económicos o por su mayor riesgo en términos de salud. Pero debe tenerse presente que el origen de procesos de esta naturaleza se encuentra también en aquellos que se niegan a aceptar la necesidad de reformar el sector público. La resistencia que oponen algunos grupos de presión a la idea de modificar la organización de los sistemas estatales y mejorar su eficiencia termina por desvirtuar su existencia ante los ojos de la sociedad. El costo alternativo en que se incurre al mantener el sistema funcionando tiende a perder justificación si es que no se logran resultados aceptables.

En el marco de un sistema de salud que responda a los nuevos desafíos, el Estado deberá seguir cumpliendo sus roles principales, esto es:

- i) Asegurar la disponibilidad de financiamiento para los más vulnerables.
- ii) Asegurar una atención de salud aceptable y accesible.
- iii) Financiar las acciones de salud con características de bienes públicos.
- iv) Planificar y regular en forma global los servicios.

Si en el desarrollo de las tareas anteriores el Estado se ve en la necesidad de asumir funciones de ejecución, deberá realizarlas de manera eficiente y haciéndose cargo del rol central que debe tener el usuario. Para ello resulta fundamental separar las funciones de compra de las de producción e incentivar la competitividad, con el único límite que establece la correcta asignación de recursos. Esta competitividad es la que determinará la combinación óptima en la mezcla público-privada, al posibilitar un intercambio entre ambos subsectores que permita alcanzar un mayor nivel de bienestar.

Por su parte, el sector privado deberá acomodarse a los desafíos de desarrollar sistemas de atención eficientes y compatibles con los recursos globales del sistema. Deberá, también, adecuarse a esquemas de atención que garanticen a sus usuarios una atención permanente; para ello deberá amoldarse a las exigencias que plantea el tema del envejecimiento de la población.

II. UN SISTEMA DE SALUD EN TRANSICIÓN

El sistema de salud chileno fue objeto de profundas reformas durante la década pasada, muchas de las cuales eran necesarias. Sin embargo, los problemas observados como efecto de su aplicación hacen necesario continuar con el proceso de transformaciones, introduciendo correcciones significativas en el modelo general, con el fin de alcanzar, simultáneamente y en el mayor grado posible, los objetivos de eficiencia y equidad. Como se verá, los cambios introducidos generaron serios trastornos en ambas dimensiones.

2. 1. Las reformas del gobierno militar

Las reformas relevantes para el análisis se inician en 1979. Estas se fundamentaban y eran consistentes con tres principios básicos de la política social del régimen militar:

- a) En primer término, la subsidiariedad en la acción del Estado sirvió de base para la descentralización y traspaso al sector privado de una serie de decisiones, tanto en el ámbito productivo como del manejo de los recursos financieros.
- b) Las políticas contra la pobreza extrema constituyeron otro pilar de la acción del Estado, lo que se tradujo, principalmente en el caso de la salud, en la focalización de los recursos hacia aquellos sectores que fueron definidos como prioritarios. Este principio implicó un énfasis muy importante en materia de atención primaria de salud y dentro de ésta se privilegió la atención del sector materno-infantil.
- c) Finalmente, el logro de una mayor eficiencia del Estado llevó a una serie de reformas en materia de organización del sector público y a la introducción de reformas en los mecanismos de asignación de recursos al interior del sistema.

Las reformas introducidas entre 1979 y 1989

a) *Reorganización del Ministerio de Salud (Minsal)*

La primera reforma administrativa de importancia en este período tuvo como objetivo delimitar las funciones de los distintos organismos públicos del sector e incrementar su grado de autonomía en la toma de decisiones. En julio de 1979 se promulgó el DL 2.763 que reorganiza el Ministerio de Salud y organismos dependientes, quedando conformado en lo fundamental por un ministerio con funciones normativas, de planificación y control, y los siguientes organismos dependientes: el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), constituido por 26 unidades descentralizadas; el ente encargado de administrar y canalizar los recursos financieros a los servicios de salud y administrar la modalidad de libre elección (Fonasa); la Central de Abastecimientos y el Instituto de Salud Pública.

b) *Municipalización de establecimientos de atención primaria*

Con el objetivo de profundizar el proceso de descentralización, en 1981 se inició el traspaso de la administración de establecimientos de atención primaria (postas y consultorios generales urbanos y rurales) desde el SNSS a las municipalidades, de acuerdo a los procedimientos establecidos en el DFL 1-3063, de 1980.

El traspaso de establecimientos de salud implicó que las municipalidades debieron asumir la totalidad de las acciones de atención ambulatoria de nivel primario dentro de su área jurisdiccional, quedando los servicios de salud abocados a operar el nivel secundario-terciario de hospitales y de centros de especialidad.

Después de una primera etapa de traspasos, entre 1981 y 1982, el proceso fue detenido hasta 1987. Ese año se inició la ejecución de la segunda fase del proceso de municipalización, la que culminó en 1988 con más del 90% de los establecimientos bajo administración comunal.

c) *Modificaciones en los mecanismos de asignación de recursos para financiar prestaciones de salud de responsabilidad del sector público*

En lo que se refiere a la asignación de recursos dentro del sector público de salud, en reemplazo del pago de los gastos retrospectivos que había existido hasta entonces, se estableció como mecanismo base la facturación por atención prestada (FAP) para los servicios de salud, a partir de 1978, y para las municipalidades (FAPEM) a partir de 1981. Los presupuestos basados en el costo histórico global se sustituyeron, aunque parcialmente en el caso del FAP, por un pago retrospectivo asociado a los niveles de producción obtenidos en el período previo.

d) *Expansión del sector privado:
creación de las Isapres*

Como parte de la reforma previsional se dicta el DL N° 3.626, que establece la posibilidad de que los trabajadores puedan aportar la cotización para salud a alguna institución o entidad privada que otorgue al trabajador las prestaciones y beneficios de salud. Sobre esa base, con el DFL N° 3 del año 1981 se crean las Instituciones de Salud Previsional (Isapres).

Las Isapres son básicamente empresas oferentes de seguros de salud, por lo que no tienen obligación de otorgar directamente las prestaciones a sus afiliados. Por otra parte, salvo excepciones, las Isapres no pueden establecer convenios con los establecimientos del SNSS para la prestación de servicios de salud. De esta manera el sector privado alcanzó no sólo la capacidad de manejar los fondos previsionales para salud, sino que además recibió estímulos para desarrollar una infraestructura en el sector.

e) Promulgación de una nueva ley de salud (Ley N° 18.469 de 1985)

Se promulgó una ley destinada a regular y unificar el régimen de prestaciones de los beneficiarios del sistema público. Por medio de ella se estableció el esquema de cobro diferenciado por niveles de ingreso, aún vigente, que sustituyó la gratuidad que caracterizaba el régimen de los antiguos beneficiarios del Seguro Obrero. A cambio, esta ley abrió a los beneficiarios del ex Sermena la posibilidad de acceder a los hospitales públicos en igualdad de condiciones.

Además, significó la eliminación de las diferencias originadas en la pertenencia a determinados sistemas previsionales, lo que había sido una característica de la atención de salud en Chile. Un primer paso en esta dirección se había dado en 1979, con la extensión de los beneficios de la Ley N° 16.781 (Sermena) a los beneficiarios legales del SNS.

Por otra parte, el pago diferenciado por tramos de ingreso (grupos A, B, C y D) perseguía incrementar la recuperación de costos en el sistema de salud pública y redistribuir recursos hacia los más desposeídos.

f) Incremento de la cotización legal obligatoria

Coincidente con la primera etapa del sistema Isapre, en 1984 se incrementa la cotización obligatoria de 4 a 6% y en 1986 se fija en 7% de la remuneración imponible del trabajador. En cierto sentido, esta reforma se apartó del discurso de evitar imponer mayores cargas impositivas al trabajo. Por otro lado, debe notarse que el impacto de esta reforma permitió al sector público, a pesar de la caída de los salarios reales y el éxodo de cotizantes de Fonasa a las Isapres, mantener los ingresos por concepto de cotizaciones en ascenso.

g) *Establecimiento del mecanismo de "incentivos"*

Desde el año 1985, al mecanismo FAP se le agrega una modalidad de asignación denominada "incentivos", que consiste en la entrega de recursos (aproximadamente el 24% de las transferencias para financiar gasto en bienes y servicios de consumo en el año 1989) de acuerdo al comportamiento experimentado por los servicios, medido por indicadores de gestión y de cumplimiento de un programa de deuda. Esta modificación constituye un reconocimiento implícito, por parte de las autoridades, de la insuficiencia del sistema FAP, al menos como único mecanismo de contención de costos.

h) *Promulgación en marzo de 1990 de la Ley 18.933 de Isapres*

Dicha ley crea la Superintendencia respectiva y establece que los contratos de salud serán de duración indefinida e irrevocables por parte de las instituciones.

El impacto de las reformas sobre la eficiencia y equidad

Los antecedentes disponibles muestran que las reformas anteriores tuvieron un impacto significativo sobre la eficiencia y la equidad del sistema.

En términos de equidad, las reformas se tradujeron en la segmentación de la población chilena, de acuerdo a su nivel de ingreso, entre dos sistemas de seguros de salud con grandes diferencias en cuanto a los niveles de gasto per cápita y número de atenciones promedio por beneficiario. Las cifras de 1990 permiten estimar que el gasto por beneficiario del sistema privado es cerca de 4 veces superior al gasto comparable de los afiliados al sistema público.

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica Nacional, (CASEN, 1990), el 68,8% es beneficiario del sistema público de salud y el 15,1%, del sistema de Isapres.⁶ Al descomponer esta población según quintiles de ingreso, se puede notar que el 40% más pobre de la población se concentra mayoritariamente en el sistema público. Así, por

⁶ El 16% restante de la población se declara no cubierto por ningún sistema o se encuentra adscrito a sistemas de salud de las FF.AA. y otros de menor significación. Esto corresponde a la autocalificación que hacen los encuestados, por lo tanto es probable que en esta última categoría se encuentren algunos indigentes que legalmente son beneficiarios del sistema público.

ejemplo, el porcentaje de afiliados a este sistema alcanza a 84,5%, en el primer quintil, y a 80,5%, en el segundo.

La presencia de ineficiencia en el sistema de salud se presenta en el campo de los sectores público y privado. En el primero, el problema tiene que ver principalmente con lo que podríamos llamar la microgestión, esto es, en la administración de los recursos a nivel de los establecimientos prestadores de atenciones de salud. En este campo, las inflexibilidades propias de la gestión pública se ven agravadas por la ausencia de incentivos y el atraso en cuanto al recurso humano calificado para el buen desempeño de las labores propias de la administración de recursos. Los problemas recién descritos, como se argumentará más adelante, se ven agravados por los mecanismos generales de pago por prestaciones.

En el campo privado, los problemas de ineficiencia tienen que ver, principalmente, con la ausencia de mecanismos de control de costos y las distorsiones que impone una cotización mínima.

En los párrafos siguientes se presenta un análisis más detallado de estos problemas, relacionándolo con las reformas introducidas en los últimos años.

Impacto sobre la eficiencia

En primer término, debe señalarse que los indicadores de salud revelan que, en líneas generales, el sistema de salud chileno ha sido eficaz. Al comparar la situación chilena con países semejantes en lo que dice relación a ingreso per cápita y gasto en salud por habitante, los indicadores clásicos de salud muestran una situación ventajosa. La mortalidad infantil es menor y la esperanza de vida es superior a la de la mayoría de los países en desarrollo.

La adopción del modelo de atención de salud con énfasis en la atención primaria, recomendado por la Conferencia de Alma Ata, permitieron que Chile continuara en la senda de mejorar dichos indicadores; esto, a pesar de las caídas en los gastos en salud y el deterioro de sus condiciones económicas. Este modelo fue impulsado por el sector público y continúa siendo sustentado básicamente por este subsector. Aun después de las reformas, el Estado sigue proveyendo a toda la población de los programas de vacunación y de alimentación complementaria a los menores.

La efectividad en el sentido recién definido no implica, sin embargo, eficiencia en el manejo de recursos. Los bajos costos de provisión de los recursos se sustentaron principalmente en un control de costos que dependía del poder monopsónico del Estado en el mercado de factores. La eficiencia, entendida como un manejo adecuado de los recursos disponibles, presentaba y aún presenta serios problemas.

En el campo público, las reformas persiguieron la superación de los problemas por la vía de descentralizar la gestión e introducir nuevos mecanismos de asignación de recursos. Sin embargo, los errores técnicos cometidos no permitieron obtener mejoras significativas; éstos se enumeran a continuación.

En lo que respecta al mecanismo de asignación de recursos las principales fallas tienen que ver con:

- i) Al estar basados en facturaciones por atenciones prestadas, se incentiva la cantidad de prestaciones otorgadas, lo que no necesariamente significa una mayor calidad de éstas. Por el contrario, esta modalidad premia la ineficiencia en la resolución de un caso específico.
- ii) Al no contar con un sistema de costo de las prestaciones, se carece de una base adecuada de cálculo, tanto para el establecimiento de precios relativos de las diferentes prestaciones como para determinar los reembolsos correspondientes a cada una de éstas. En muchas ocasiones, precios relativos mal establecidos han provocado distorsiones en el uso de los recursos hospitalarios. Los precios, además de no tener relación con los costos, tampoco contemplaban mecanismos para que se ajustaran a diferencias de costos regionales (ya sea por costo de materiales, estructuras de mercado u otros). Tampoco consideraban mecanismos que permitieran ajustarlos a través del tiempo, ya sea por cambios en las estructuras de costos o por inflación. En consecuencia, los aranceles jugaron un papel muy reducido y decreciente como señales que orientaran el proceso de producción de prestaciones de salud.
- iii) En cuanto al sistema de incentivos que acompaña al mecanismo de facturación por atención prestada, contiene un error conceptual básico, ya que no es posible comparar directamente los resultados de dos servicios si éstos operan en medio ambientes diferentes, pues los resultados son dependientes tanto de las decisiones, factores controlables, como de la situación medioambiental, que normalmente es incontrolable para la organización de salud. Por ende, el uso de este tipo de indicadores requiere contar con información que permita aislar los factores determinantes de ellos; de otra manera, se pueden producir situaciones absurdas, como la de entregar menos recursos a las zonas que presentan peores índices de salud —a raíz de los menores ingresos de su población, por ejemplo— a partir de la noción de que ello es resultado de una acción ineficiente de los servicios.

La otra estrategia destinada a mejorar la eficiencia del sector público, esto es la descentralización del sector por la vía de la creación de servicios autónomos y la municipalización de la atención primaria, provocó, en lo principal, cambios en la dirección correcta. En los servicios de salud, la mayor flexibilidad de la gestión ha permitido de manera creciente un mejor uso de los recursos asignados y por esta vía el rendimiento de ellos se ha visto incrementado. Por su parte, la municipalización ha traído consigo un aumento importante de la cobertura de atención primaria. Sin embargo, deficiencias en el proceso de implementación de las reformas generaron problemas importantes en el sistema de salud pública.

En lo que respecta a la descentralización de los servicios de salud, se observa que el grado de autonomía de éstos ha resultado ser menor que el enunciado. Entre los principales aspectos que muestra este hecho se encuentran los siguientes: primero, los servicios no participan en las decisiones relativas al presupuesto; segundo, las dotaciones del personal están fijas, lo que deja pocas posibilidades para efectuar modificaciones de acuerdo a los requerimientos percibidos por los servicios, y tercero, éstos están sujetos al nivel central en lo que se refiere a inversiones y adquisición de equipos y otros elementos necesarios para su operación.

En el ámbito de la municipalización de la atención primaria, las deficiencias tienen que ver principalmente con los errores cometidos en el diseño del sistema de pagos por atención prestada, el cual, entre otros elementos, no estimula las atenciones preventivas, base de un sistema de atención primaria.

En segundo término, no se tomaron las medidas de reforzamiento de la capacidad de supervisión y coordinación. Esto acarrea fallas evidentes en los procesos de gestión administrativa y médica de muchos de los establecimientos traspasados.⁷

Otro punto que debe tenerse presente es el alto descontento que muestra el personal que trabaja en el sector municipalizado y que se expresa en una alta rotación laboral.

Finalmente, es importante destacar que este proceso de municipalización no implicó un incremento de la participación de la comunidad en la solución de sus problemas de salud. La existencia de alcaldes designados por el gobierno autoritario y la ausencia de otros mecanismos que permitieran la efectiva participación de la comunidad frustraron uno de los logros que es posible obtener como resultado de un proceso de efectiva descentralización.

⁷ Un análisis de la gestión administrativa de un grupo de consultorios de atención primaria municipalizada se encuentra en Loyola y Miranda (1990).

En el sector privado, los problemas de eficiencia tienen que ver, principalmente, con las actividades desarrolladas por las Isapres, en su condición de gestoras de seguros de salud.

Un primer aspecto que merece comentarios críticos tiene que ver con el uso de la infraestructura de atención existente en el país. Como se explicó anteriormente, de acuerdo con la legislación vigente, las Isapres son básicamente empresas oferentes de seguros de salud. Por otra parte, salvo excepciones,⁸ las Isapres no pueden establecer convénios con los establecimientos del SNSS para la prestación de servicios de salud. Debe considerarse que esta forma de incentivar el desarrollo del sector privado, en su dimensión productiva, puede tener serios costos de eficiencia. Al respecto, a menos que la capacidad de planta del sector público estuviera experimentado congestión, el desplazamiento de parte de sus demandantes a las Isapres puede generar subutilización de la infraestructura. De hecho, esto parece estar ocurriendo en algunas áreas de los servicios públicos, por lo que la ampliación de las facilidades para que los servicios de salud puedan vender servicios a las Isapres es una medida que merece ser analizada.⁹

Un segundo elemento tiene que ver con la eficiencia en la gestión y el control de costos que muestran estas instituciones. Al respecto se critican sus altos niveles de gastos administrativos, los que representaban porcentajes superiores al 20% del total de los ingresos. Sin embargo, debe reconocerse que la trayectoria que presentan es decreciente, lo que confirma la hipótesis de que los elevados niveles iniciales obedecerían en parte a los mayores costos porcentuales que demanda la iniciación de las actividades.

En lo que respecta al control de los costos por prestaciones, la situación es más crítica. En efecto, el costo medio por beneficiario se eleva desde \$ 61.700 en 1986 a \$ 69.600, en 1989, es decir, en un 13,0 %. Esta alza se acentúa en 1990, donde el aumento correspondiente a ese año alcanza al 9,2 %. El alza acumulada entre 1986 y 1990 bordea el 27,0 % real.¹⁰

En principio cabría suponer que el crecimiento en los costos se explica por un aumento en las prestaciones por beneficiario; sin embargo, el análisis de los principales indicadores de frecuencia de uso por beneficiario, para el

⁸ Sólo se permite establecer convenios para la atención en pensionado y urgencia.

⁹ Actualmente se está considerando esta flexibilización en la ley que modifica la actual legislación sobre Isapres.

¹⁰ Cálculos basados en información contenida en *Boletín* del sistema Isapre. Los valores nominales fueron deflactados por el IPC (Índice de Precios al Consumidor).

período bajo análisis, no avala esta presunción. Por el contrario, en general, se observa una disminución en el número de prestaciones por beneficiario. Es así que el número de consultas por beneficiario cae de 4,25 al año en 1986 a 3,39 en 1990, es decir, un 20,0 % de reducción en esta magnitud. Algo similar sucede con los exámenes de laboratorio, rayos X, intervenciones quirúrgicas y días-cama. En este sentido pueden aventurarse dos hipótesis: primero, que ha existido la intención en las Isapres de fiscalizar costos por la vía del control cuantitativo de prestaciones, y segundo, que este control no ha podido compensar un eventual incremento en los precios de las prestaciones que han impuesto los proveedores de salud.¹¹

En el campo de las ineficiencias económicas debe tenerse presente también que la cotización mínima del 7,0 % introduce una rigidez que obliga a algunos individuos a sobreasegurarse generando beneficios extranormales a las Isapres por este concepto.¹²

Un aspecto que puede llegar a ser el mayor problema en los próximos años es la dinámica de alza de costos que produjo el proceso de privatización del sistema de seguros de salud.

Tradicionalmente en Chile, el financiamiento de la salud y la provisión de la misma estuvieron en manos del sector público. Es así como el sector público de salud contaba con todas las herramientas para realizar una efectiva contención de costos, ya que empleaba su poder monopsonico al manejar las fuentes de financiamiento e impedir que los prestadores médicos trasladaran los costos a grupos significativos de la población.¹³ No obstante, a partir de la creación del sistema privado de Isapres, se introduce una modificación estructural en el sistema de financiamiento que rompe el monopsonio que ostentaba el Fisco. La magnitud del cambio se comprende mejor si se considera que el sistema de Isapres recibía el 55,0 % del total de aportes previsionales de salud en 1990.

El peligro del crecimiento de costos se ve aún más claro cuando se tiene en cuenta la existencia de gremios fuertes, como es el caso del Colegio Médico, donde las posibilidades de imponer un ritmo de crecimiento sostenido en las remuneraciones son importantes (basta recordar la importancia del

¹¹ Las últimas cifras disponibles, relativas al desempeño de las variables comentadas durante los años 1991 y 1992, muestran un cambio en la tendencia aquí descrita. Este fenómeno amerita un estudio más profundo respecto de las causas que podrían estar explicándolo.

¹² Véase TASC N° 30.

¹³ El sector privado de salud era relativamente pequeño y estaba constituido únicamente por una minoría de personas de altos ingresos.

componente de gastos en personal en el de gastos totales del SNSS, cerca del 43,0% en 1990).

Debe notarse que hasta marzo de 1990 los gastos en remuneraciones del SNSS no experimentaron aumentos en términos reales. Lo más probable es que el sistema público se haya ajustado a través de la pérdida de los profesionales más capaces en el área médica. Al parecer, los médicos más calificados han ido emigrando, atraídos por mejores remuneraciones y condiciones de trabajo, desde la atención primaria hacia el nivel secundario-terciario, para luego pasar a la Modalidad de Libre Elección y, finalmente, a proveer de servicios al sistema de Isapres. Este movimiento puede haber generado una caída en la productividad y una pérdida de calidad de las prestaciones del sector público, mecanismo a través del cual se ha ajustado el sistema. Sin embargo, este proceso no puede durar indefinidamente, y en algún momento se requiere un reajuste de remuneraciones del sector público de salud, como el otorgado en el año 1992.

Impacto sobre la equidad

Del análisis de los antecedentes relativos a los recursos disponibles para los beneficiarios de los sectores público y privado de salud puede inferirse que las reformas implementadas al comienzo de la década de los ochenta contribuyeron a incrementar las desigualdades existentes.

Dado que la estructura institucional favorece el traslado al sistema privado sólo de los sectores de más altos ingresos,¹⁴ se puede afirmar que esto disminuye los ingresos netos por afiliado al sistema público, reduciendo de esta manera los beneficios de los sectores de menores ingresos que permanecen en Fonasa.¹⁵ Este efecto no es consustancial al proceso de reforma, ya que es posible compensar a los perdedores por la vía de incrementar los aportes del Estado destinados a los grupos más pobres. Sin embargo, en un contexto de gasto fiscal restrictivo, como fue el caso chileno, no se implementaron las medidas compensatorias. De esta manera, el efecto neto de la creación de las Isapres fue equivalente a una reforma tributaria regresiva, ya que se redujeron los impuestos previsionales a los más ricos; esto se logra por la vía de devolverles el subsidio que realizaban en el marco de un seguro universal, sin elevar los impuestos generales.

¹⁴ Existen estimaciones de que un afiliado promedio de una Isapre paga una cotización casi 4 veces mayor a la de un afiliado tipo del Fonasa (Arellano, 1987).

¹⁵ Arellano, 1987.

Adicional al efecto redistributivo entre grupos de ingreso, la creación de las Isapres introdujo otros efectos discriminatorios que afectan la equidad global del sistema. Este punto dice relación con la discriminación de riesgos que practican las Isapres, lo que se traduce en el rechazo de personas mayores de 65 años y enfermos crónicos.

En el campo de las reformas que se introdujeron en el sector público, se puede notar que sus efectos sobre la equidad del sistema son mixtos. Por una parte, la nueva ley de salud que rige a los beneficiarios de este sector permitió eliminar las diferencias originadas en la pertenencia a sistemas previsionales particulares, lo que había sido una característica de la atención de salud en Chile. Un primer paso en esta dirección se había dado en 1979, con la extensión de los beneficios de la Ley N° 16.781 (Sermena) a los beneficiarios legales del SNS. De esta manera, los "obreros" afiliados al antiguo Servicio de Seguro Social adquirieron la posibilidad de optar entre los dos sistemas existentes a la época. Sin embargo, se mantenía la imposibilidad para los afiliados a Sermena de hacer uso de los beneficios, en cuanto al tratamiento financiero que recibían los afiliados al ex SSS. Persistía así una discriminación respecto de beneficios, cuya base no era el nivel de ingreso, sino la condición previsional. La actual ley eliminó estas diferencias manteniendo, en líneas generales, los tipos de regímenes o planes de salud existentes al interior del sector público.

En el ámbito del proceso de municipalización no se consideraron medidas destinadas a corregir el aumento de las desigualdades de recursos que se producen en este tipo de experiencias. Por el contrario, existe evidencia de que dichas desigualdades pueden haber sido incrementadas por un incorrecto manejo del FAPEM.¹⁶ En particular, la presencia de un arancel único que no reconoce las grandes diferencias en los costos de las prestaciones, especialmente en las zonas rurales de difícil acceso geográfico, provoca una seria discriminación contra dichas localidades.

2. 2. Rescate del sector público de salud: 1990-1992

Las reformas aplicadas a comienzos de la década de los '80 tendieron a fortalecer el sector privado tanto en el campo de los seguros como de las prestaciones médicas; la contrapartida fue un deterioro profundo del sector público por la vía de reducir sus recursos y no modernizar su gestión. Encon-

¹⁶ En Panzer (1989) se presenta un estudio respecto del efecto distributivo que ha tenido el proceso de municipalización.

tramos un sector público que, a pesar de su efectividad, presenta condiciones de atención extremadamente precarias. El fuerte deterioro de la infraestructura, la falta de recursos para gastos operacionales, la presencia de colas de espera, unidos a un sistema con problemas de gestión y que no se orienta a brindar un trato adecuado a los pacientes, conforman un cuadro que motiva el descontento de la población.

En este contexto, el gobierno de Patricio Aylwin implementó un conjunto de acciones destinadas a revertir este proceso de deterioro y enfrentar los problemas más urgentes que presenta el sistema.

Gracias a los recursos de una reforma tributaria que elevó los impuestos generales, se pudo incrementar el gasto público en salud en 33% real durante el período 1990-1992. De esta manera han aumentado las asignaciones en todas los ítemes del presupuesto de salud. En particular, se enfrentó el deterioro de los salarios reales de los trabajadores del sector, se elevaron los recursos para farmacia y otros gastos operacionales y se ha dado inicio a un ambicioso programa de inversiones destinado a recuperar la deteriorada infraestructura y equipamiento.

Paralelamente, se han sentado las bases para un proceso de reforma de mayor alcance que, en el marco de un sistema mixto de salud, espera corregir los principales problemas enunciados y que tiene como propósito alcanzar un sistema que sea más eficiente y más equitativo.

Las principales orientaciones para la reforma del sector salud que han sido planteadas por el Ministerio de Salud son las siguientes:¹⁷

- a) La reforma persigue que el subsector privado adquiera una perspectiva de largo plazo. Esto significa asumir a plenitud los riesgos de la población durante toda su vida y desarrollar una perspectiva integral en lo que se refiere a la demanda por prestaciones. También se persigue incrementar la transparencia de la información, indispensable para que los demandantes puedan hacer una elección adecuada en el campo de la salud.
- b) En el campo del subsector público la reforma persigue:
 - readecuar el sistema de atención de salud con el propósito de acondicionarlo a las necesidades que surgen del nuevo perfil epidemiológico del país;

¹⁷ Véase "Agenda para el cambio".

- perfeccionar el modelo de gestión del sector público con el fin de fortalecer sus tareas de normar, supervisar, financiar y ejecutar. Para ello se plantea revisar la organización del Ministerio de Salud y de los servicios de salud, con el fin de producir una mayor descentralización;
- reformar los mecanismos de asignación de recursos financieros al interior del sector público, con el propósito de adecuar los incentivos a las metas de salud.

A pesar de que aún no ha sido posible avanzar significativamente en la implementación de las estrategias previstas para alcanzar estos objetivos, pues la necesidad de afrontar los problemas urgentes era una condición previa para cualquier intento de reforma organizacional, se han desarrollado algunos estudios técnicos y se han diseñado herramientas que servirán de base para un cambio de mayor envergadura en el mediano plazo. Al respecto cabe destacar los siguientes:

a) *Financiamiento*

Siguiendo un modelo que pretende modificar el actual sistema de asignación de recursos basado en una mezcla de presupuesto histórico y pago por atenciones por uno que pague en términos per cápita en la atención primaria y por resultados en la atención secundaria-terciaria,¹⁸ el Ministerio de Salud ha desarrollado los aspectos técnicos básicos para la implementación del per cápita, el cual podría entrar en plena vigencia después de la aprobación del actual Estatuto de la Salud Primaria, que hoy día se debate en el Congreso Nacional.

Para la atención secundaria y terciaria se ha diseñado un sistema de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) que, mediante la estandarización de una serie de actos médicos, permite relacionar la asignación de recursos a resultados de salud y no únicamente a prestaciones aisladas. Los PAD consideran el costo total de las prestaciones y se aplican en base prospectiva. Dada la complejidad del cambio propuesto, actualmente se desarrollan pruebas piloto en varios servicios de salud, con el fin de evaluar y perfeccionar el sistema antes de ampliarlo a todo el SNSS.

¹⁸ Véase C. Oyarzo (1991).

Para operacionalizar el sistema anterior fue necesario desarrollar un estudio de costo de las principales prestaciones que permitiera corregir el actual arancel.

Finalmente, se han desarrollado estudios en el área de recuperación de costos, tendientes, por una parte, a racionalizar e introducir un mayor nivel de equidad en los copagos que realizan los beneficiarios y, por otra, a mejorar los ingresos que se obtienen de la venta de servicios a no beneficiarios.

b) Negociaciones presupuestarias

Se ha diseñado un marco de negociación presupuestaria entre el nivel central y los servicios, que introduce una serie de innovaciones: otorga mayor flexibilidad al servicio en materia financiera; como contrapartida del presupuesto, el servicio se compromete al logro de determinadas metas o resultados en el ámbito financiero y de salud y en el área de la gestión administrativa; convierte el presupuesto formulado por los servicios en una herramienta efectiva para el proceso de presupuestación sectorial. Este proceso que se inició en 1992 constituye la base para la implementación de los compromisos de gestión, los que podrían aplicarse a partir de 1993.

c) Programa de apoyo a la gestión

Se ha diseñado e implementado un fondo concursable orientado a elevar habilidades y destrezas de los funcionarios del sector en las áreas de gestión superior e intermedia y en el área técnico-asistencial, que facilitará el proceso de descentralización y modernización del sistema.

d) Readecuación del sistema de atención de salud

A nivel normativo, se ha modificado el perfil de determinados tipos de establecimientos, aumentando su capacidad resolutive, y se han definido otros nuevos, con énfasis en la atención ambulatoria de alta complejidad y en función de los cambios en el patrón epidemiológico.

Sin duda, las herramientas anteriores servirán de base de sustentación para efectuar el proceso de reforma organizacional más profundo que se propone en el capítulo siguiente.

III. LA REFORMA PENDIENTE: LINEAMIENTOS GENERALES

Para enfrentar los problemas de eficiencia y equidad descritos en el capítulo anterior se requiere avanzar en el proceso de reformas iniciado a fines de la década de 1970, corrigiendo aquellos aspectos que han tenido efectos adversos y profundizando otros que constituyeron un avance. Asimismo, el sistema debe adaptarse a la fase de transición demográfica y epidemiológica que presenta el país y al nuevo orden político-económico. La propuesta que aquí se esboza abarca tanto al sector público como al sector privado, ya que el problema, si bien aparece como más agudo en el sector público, no sería adecuado abordarlo desde una perspectiva parcial. A nuestro juicio, es necesario mirar el problema de manera integral para que las soluciones se enmarquen en un sistema mixto, el cual debe ser entendido como uno en el que la interrelación amplia de los subsistemas permite aprovechar las ventajas comparativas de cada uno y no un sistema en el cual coexisten dos subsistemas separados. Este sistema competitivo debería estar al servicio de los consumidores, quienes son, finalmente, los destinatarios de toda buena organización económica.

Los elementos considerados no pretenden abordar la amplia gama de aspectos que debería contener una propuesta, sino destacar aquellos puntos que serán los de mayor relevancia para el debate de los próximos años.

3. 1. Nivel de financiamiento y equidad

Un primer aspecto relevante en la discusión se refiere al monto y distribución del financiamiento. Considerando que la tendencia al alza en los costos de la salud se mantendrá en los próximos años, será necesario discutir con altura de miras las fuentes a utilizar para financiar el previsible mayor gasto. A nuestro juicio, no será posible resolver los problemas por la sola vía de las reformas organizacionales. Si bien ellas son necesarias, no bastarán para alcanzar un sistema de salud como al que hoy día aspira la mayoría de los chilenos. Ni la privatización del sistema ni la redistribución serán suficientes para enfrentar los problemas.

Los cálculos realizados muestran claramente que el sector privado no podría dar un nivel de salud mínimo a todos los chilenos con los actuales recursos. Por su parte, la redistribución de recursos desde el sector privado al sector público tampoco constituye una solución.

En el contexto anterior, nos parece que el problema requiere, en primer término, definir los niveles de atención mínimos que ofrecerá el sistema de

salud. Se hace necesario, mediante alguna metodología que mezcle lo técnico con la opinión pública general, generar una canasta de salud básica.¹⁹ A partir de este instrumento es posible establecer las bases, tanto de un sistema más equitativo como más eficiente. En lo que respecta a la equidad, el Estado debería responsabilizarse de financiar aquella fracción de la canasta que los ingresos personales no permitieran cubrir. En materia de eficiencia, la canasta permitiría ampliar los espacios de competencia y también facilitaría la sustitución de un seguro obligatorio, basado en un porcentaje fijo de la renta, por otro en el que la obligatoriedad fuese establecida en términos de dicha canasta.²⁰

3. 2. Modificación de los mecanismos de pago

En el campo del financiamiento, el control de costo requiere también que en los próximos años ambos subsistemas reformen sus mecanismos de pago. La experiencia mundial en este campo enseña que tanto para las instituciones públicas como privadas una adecuada política de mecanismos de pago constituye un elemento crítico para elevar la eficiencia y reducir los costos de la salud. Por este motivo, el sistema de salud chileno deberá reformar las actuales formas de pago. Para ello es necesario mirar los cambios que se están introduciendo desde hace una década en la mayor parte de los países desarrollados. El uso de los grupos de diagnóstico relacionados, los mecanismos de pago per cápita y otros muestran que es factible lograr importantes ahorros de costos.

3. 3. Énfasis en la prevención de la salud

La evolución en el patrón epidemiológico pone de manifiesto la necesidad de generar una política nacional de prevención de la salud. Es sabido que la existencia de importantes externalidades reduce los incentivos para asignar recursos a este campo, que presenta un alto rendimiento social. Por esta razón se hace necesario coordinar los esfuerzos para elevar los niveles de gastos en promoción de la salud, estrategia necesaria para un adecuado control de costos.

¹⁹ Un modelo interesante de tener en cuenta en este punto es la experiencia de Oregon.

²⁰ El problema de una cotización obligatoria como porcentaje de la renta es que posibilita la existencia de personas sobreaseguradas, introduciendo de esta manera una ineficiencia en el sistema

3. 4. Competencia público-privada

Como se mencionó, un sistema no es mixto por la sola existencia de dos sectores. A nuestro juicio, la mezcla implica una interrelación competitiva entre ambos. En este sentido debe considerarse la aplicación de mecanismos que faciliten la compra y venta de servicios entre ambos subsectores. Una ganancia obvia de esta política será reducir la duplicación de inversiones, especialmente en cuanto a equipamiento de alto costo.

En este ámbito, el de profundizar la competencia, debe tenerse en consideración la posibilidad de eliminar las restricciones legales que impiden que las Isapres y las Mutuales de Seguridad puedan competir. Debe recordarse que las primeras no pueden acceder al mercado de los seguros de accidentes del trabajo, mientras las segundas no pueden participar en el mercado de seguros generales de salud.

3. 5. Perfeccionamiento del sistema de Isapres

En el campo privado se requiere continuar con el proceso de incremento de la transparencia del mercado y la solución al problema de las enfermedades catastróficas y de la atención integral, durante todo el ciclo de vida de sus beneficiarios.

3. 6. Reformas en la organización del sector público

A nuestro juicio, una reforma del sector público orientada a ampliar la importancia de los beneficiarios del sistema debe comenzar por la separación de las funciones de compra y producción. Esta separación debe ser acompañada de la eliminación de los subsidios a la oferta y del aumento del grado de competencia entre los establecimientos. Este paso no conlleva necesariamente al subsidio a la demanda, entendido éste como la posibilidad de administración del aporte fiscal por parte de las Isapres, pero sí requiere de una clara separación entre la función financiera y la que cumplen los establecimientos públicos del sistema nacional de servicios de salud.

Para operacionalizar esta propuesta se requiere que Fonasa asuma la función de comprador del sistema en la lógica planteada en el párrafo anterior.

Eliminar los subsidios a la oferta requerirá de un proceso de mejora de la gestión de los servicios de salud, el que supone profundizar el proceso de descentralización. En una primera etapa, dicho cambio debería contemplar,

como regla general, la conversión de los actuales servicios de salud en empresas autónomas del Estado, dejando sus unidades productoras como entes dependientes de éstas, sin una vida legal propia. Esta fórmula permite una gestión descentralizada sin incurrir en las complicaciones legales y administrativas de tener un gran número de establecimientos operando en forma autónoma. Aún en este caso se mantendrían algunos problemas en las etapas iniciales, por lo que la gradualidad del proceso, unida a una tarea de apoyo del nivel central, resulta fundamental para su éxito. Un punto en contra de esta alternativa es que se estaría otorgando un cierto poder monopólico, basado en la exclusividad territorial, a los servicios de salud. Esto sería contrario al propósito de lograr una mayor competitividad en el sector público de salud. No obstante, a nivel de los centros hospitalarios más complejos en las grandes ciudades, este factor podría no ser tan importante, al darse el caso de que varios servicios de salud comparten una misma área económica. No debería descartarse, cuando las condiciones técnicas así lo permitan, la posibilidad de convertir en empresas autónomas del Estado algunos de los hospitales públicos de mayor complejidad.

Otro elemento que debe mencionarse explícitamente es el tratamiento del tema de la municipalización. Este sistema presenta una situación bastante heterogénea, ya que si bien ha logrado éxitos significativos en algunos ámbitos, existe aún un importante descontento entre algunos actores relevantes para el afianzamiento del sistema. En particular, los constantes reclamos de los trabajadores municipalizados por ser reincorporados al SNSS (Sistema Nacional de Servicios de Salud), como también las declaraciones de alcaldes en el sentido de querer devolver los establecimientos traspasados, ponen de manifiesto la necesidad de introducir algunas modificaciones.

En este sentido, las ventajas de la descentralización en el campo de la atención primaria son posibles de mantener mediante una fórmula que permita que este proceso sea voluntario. Es decir, debe otorgarse la libertad para que los agentes que deseen desarrollar esta labor, en el marco de una política clara y con adecuados incentivos, puedan llevarla a cabo, accediendo a la gestión de estos establecimientos. Uno de estos agentes son los municipios, pero no tienen por qué ser los únicos. Por la vía del pago per cápita es perfectamente posible incorporar como prestadores de servicios en la atención primaria a otras instituciones privadas que puedan desarrollarlas de manera idónea. Este paso sería un importante avance, tanto en lo que respecta a la libertad de elección de los beneficiarios del sector público como en la posibilidad de expandir la oferta de servicios en corto tiempo.

Referencias bibliográficas

- Hsiao, W. "Cooperative Health Care: A Comprehensive Strategy to Finance Health Care For Developing Nations", Trabajo presentado en la Conferencia WHO Leadership, Ginebra. 1992.
- Loyola, U. y Miranda, E. "Análisis del nivel administrativo de consultorios de atención primaria municipalizados". *Revista Administración en Salud*, 81. Santiago de Chile. 1990.
- MIDEPLAN. "Los sistemas previsionales de salud. Cobertura y perfil de los beneficiarios". Documentos/Sociales. 1991.
- Miranda, E. "Descentralización y privatización del Sistema de Salud Chileno". *Estudios Públicos*, 39 (invierno 1990).
- Newbrander, W. y Parker, D. "The Public and Private Sectors in Health: Towards an Economic Agenda for International Agencies". Notas para discusión, Segunda Reunión Informal de Organismos Internacionales Relacionados con el Desarrollo de la Economía de la Salud, Ginebra, 1991.
- Oyarzo, C. "Análisis crítico de las transformaciones financieras del sector salud en la década de los '80 y propuesta para una reforma". En Jorge Jiménez (ed.), *Sistemas de salud en transición a la democracia*. Santiago de Chile, 1991.
- PAHO/WHO. "New Directions in Managing Health Care: Proceedings and Outcome of a Working Group on New Approaches to Managing Health Services, Leeds, U.K. 29-31 1992". *Document Reproduction Series*. 23, Health Policies Development Program. 1992.
- Rice, J. "Public-Private health policy reforms: The Debate Over Privatizing, Decentralizing and Liberalizing The Health Sectors of Latin America". Informe para Seminario del Banco Mundial sobre Mezcla Público-Privada en los Sectores de Salud de América Latina, 1992.
- TASC. "Reformas Propuestas al Sistema de Salud," Trabajo de Asesoría al Congreso Nacional N° 25, ILADES/Georgetown/USEC. Santiago de Chile, 1991.
- TASC. "Modificaciones a la actual legislación del sistema de Isapre". Trabajo de Asesoría al Congreso Nacional N° 30, ILADES/Georgetown/USEC. Santiago de Chile, 1992.
- WHO/SHS/NHP. "Interregional Meeting on The Public/Private Mix in National Health Systems And The Role Of The Ministries Of Health: Report". 1991. □