

## SEGUNDO PANEL

**Las Instituciones de la Política Social****Cambio en las Reglas del Juego en Salud:  
Pequeñas Anécdotas sobre las Instituciones***Marcos Vergara\****I. INTRODUCCIÓN**

Para el título de esta presentación tomé el sentido más amplio del tema institucionalidad y lo bauticé primero como “Cambio en las reglas del juego”. Sin embargo, esta mañana al ver las noticias escucho que la Superintendencia de Salud ha hecho una encuesta a usuarios que pone en evidencia algunos incumplimientos en las garantías de salud, acerca de la entrega de medicamentos para patologías crónicas protegidas por el AUGE por parte de Fonasa. Esto desató una tensión pública entre Fonasa y la Superintendencia de Salud y pude ver al director de Fonasa calificando el resultado de la encuesta de “falsa alarma” y, a continuación, a unas señoras a las que entrevistaban en distintos puntos de la red asistencial confirmando enfáticamente lo que la encuesta decía.

Entonces pensé ¿para qué hacer una presentación acerca de la institucionalidad de la reforma? Sería mejor grabar esta noticia, mostrarla en el seminario y tal vez nos ahorraríamos un montón de palabras.

A través de este ejemplo podemos ver que las instituciones están en juego frente a la opinión pública: observamos a un organismo técnico regulador, como la Superintendencia, haciendo controles vía encuestas y luego vemos a los directivos, elegidos bajo el formato de cargos de confianza, levantando un discurso de tono político y argumentando en contra de los resultados de la encuesta.

Se trata de un enredo institucional complejo que habría sido importante mostrar acá, pero no era técnicamente factible. Así fue como me acordé del nombre que tenía el tercer disco del grupo Sui Generis y le agregué a esta presentación el subtítulo “pequeñas anécdotas sobre las instituciones”.

---

\* Profesor de la División de Políticas y Gestión, Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

## **II.- ANTECEDENTES INSTITUCIONALES**

Antes de las reformas del gobierno militar existía un sistema de salud de corte estatal o muy apalancado en la gestión del Estado. Sin embargo, el sistema estaba segmentado por categoría laboral. Por un lado, estaba el Servicio Nacional de Salud (SNS), contrato de los denominados obreros y, por otro, el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que era el arreglo de los empleados.

Las reformas de mercado que se introdujeron bajo el régimen militar implicaron varias cosas. En primer lugar, se fusionaron el SNS y SERMENA, con lo que se acabó la distinción por categoría laboral y se crearon las Instituciones de Salud Provisional (Isapres), entidades privadas que concurren a proveer aseguramiento en el marco de la protección social, haciendo uso de cotizaciones obligatorias. Esta reforma generó un tipo de segmentación distinto, ya no por categorías laborales sino por riesgos e ingresos de las personas, clasificación que está vigente en la actualidad.

En segundo lugar, se inició una descentralización territorial —el Sistema Nacional de Servicios de Salud— que en la práctica no se materializó debido al predominio de un modelo de organización y gestión de formato militar, que hizo que el sistema en su componente público continuara operando con lógica de comando-control. Un elemento de diseño institucional especialmente importante y que explica parte de las reformas de hoy es que el gobierno militar puso la dirección del Servicio Nacional de Salud en el corazón del Ministerio de Salud, que era un ente distinto. De esta forma, el tema de la gestión de la red asistencial de provisión de servicios quedó instalado como una tarea relevante de este ente rector del sector.

Lo anterior se complementó con la municipalización de la atención primaria, dimensión adicional y efectiva de la descentralización territorial. Esta municipalización se vivió desde los Servicios de Salud como un quiebre de la red asistencial. En aquella época las tecnologías contractuales con las que se pudo haber resuelto esta materia desde los propios servicios de salud no estaban disponibles y, en consecuencia, el luto se prolongó en el tiempo haciendo que la red asistencial parezca —y en la práctica muchas veces lo esté— interrumpida en cuanto a la continuidad de los servicios.

También se introdujo una suerte de desconcentración o descentralización funcional y se crearon condiciones para que funcionara un cuasi mercado, ya que se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que tendría que operar como la tesorería del sistema y eventualmente ejercer la función de compra. Sin embargo, esto quedó como una condición básica sobre la cual no se siguió trabajando en el tiempo. No había apuro y, por otro lado, estaba la migración

de cotizantes de mayores recursos hacia el nuevo sistema previsional, donde entraba a jugar un rol importante el mercado real.

Posteriormente, durante los primeros años de gobiernos democráticos y antes de la última reforma, se introdujo una cantidad importante de recursos en el sistema público. Durante el período 1990-2000 prácticamente se triplicó el gasto per cápita y se mantuvo la cobertura de la seguridad social que ha sido históricamente bastante alta —cercana al 90%— lo que es muy bueno desde el punto de vista de cómo se juzga nuestro sistema en el concierto mundial. El aporte de las personas al financiamiento del sistema público durante ese período se mantuvo en torno al 14% del gasto público y el “pago de bolsillo”, que incluye gasto en farmacia y otros copagos, realizados por fuera del sistema, ha sido estimado en un 27%, respecto de ese mismo gasto. En el mismo lapso el gasto en salud pública referido a intervenciones colectivas sobre el conjunto de la población incluida la actividad reguladora anduvo en torno al 7,5% del total del gasto público. Esta última es una estimación que hice por encargo del Ministerio de Salud.

En materia de equidad hubo algunos avances. El IGTC (Índice de Gasto Per Cápita), indicador inventado sobre la marcha para esta presentación que relaciona el gasto per cápita de Fonasa con el gasto per cápita de las Isapres —uno partido por el otro—, se movió de 0,28 en 1990 a 0,54 en 2000.

En este lapso hubo un leve crecimiento del sistema privado asegurador, del 16% al 18% de la población, claro que en medio se vio una fluctuación importante, llegando el sistema privado a cifras cercanas al 25%, a mediados de los 90. También existió un gran desarrollo de la infraestructura prestadora donde es impresionante ver cuánto creció el número de camas en el sector privado.

Por último, persistió la segmentación del sistema de salud por riesgo e ingresos. En esta materia no hubo avances, aun cuando es posible destacar el intento precoz de la Superintendencia de Isapres por crear un fondo para la vejez a comienzos de los 90 y los estudios del Ministerio de Salud para lo que se alcanzó a denominar la “reforma de la seguridad social” en 1996.

Como resultado de todo lo anterior, el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 2000, ubicó a Chile en el primer lugar en factor equidad de la sobrevivencia infantil; en el lugar 32 —que es bastante bueno— en el indicador de situación y distribución del estado de salud de la población, pero también lo ubicó en el puesto 168 de la dimensión *fairness* (justicia en el financiamiento), lo que representa una posición bastante desmejorada.

Por último, Chile ocupó un lugar “X” en la dimensión *responsiveness* —la capacidad de respuesta sensible del sistema— referida a aquellos aspectos que rodean a la respuesta estrictamente técnica. Digo lugar “X” porque con este

indicador se generó una polémica que fue publicada en el Lancet —una de las publicaciones indexadas más importantes de salud pública a nivel mundial— por el economista Phillip Musgrove, quien denunció que los ejecutivos de la OMS manipularon la información para situar a Chile en una posición mejor de la que realmente tenía.

Por encargo del Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud me tocó hacer una encuesta a los expertos en materia de *responsiveness* y lo que dijo Musgrove es cierto. Se manejaron los resultados, probablemente para congraciarse con algunos chilenos que estaban en la OMS, dado que venían elecciones. En consecuencia, nunca terminamos de conocer nuestra posición relativa en la materia. Lo destaco a propósito de las “pequeñas anécdotas sobre las instituciones”, que incluyen hasta las más solventes de aquellas.

### **III. LA REFORMA DE LA SALUD EN MARCHA (2000-2006)**

#### **¿Cuál era el diagnóstico del sector que justificaba la reforma?**

Existía una pérdida de importancia de la salud pública frente a la industria de atención médica y de seguros. La gente manejaba el lenguaje de los seguros, hablaba de catástrofes sanitarias, de quimioterapias, de cobertura financiera y copagos, pero muy poca hablaba de los temas de salud pública que importan al “bien común”, salvo por el virus Hanta o el SIDA.

En ese contexto, la salud del adulto y del adulto mayor tenía escaso desarrollo normativo y operacional, a pesar de que el perfil de morbi-mortalidad las señalaba claramente como prioritarias. Por otra parte, el desarrollo del modelo de atención que gestiona la demanda —que se hace cargo de una población determinada- era muy precario y lo sigue siendo.

En temas de calidad y en materia de cobertura existía la percepción de inseguridad financiera en el sistema de Isapres, por falta de cobertura (el problema de la “letra chica”). Por su parte, la modalidad institucional de prestación pública de servicios no garantizaba la oportunidad de acceso a la atención (fenómeno denominado las “colas de espera”).

En materia de solidaridad y equidad, el sistema segmentado ha promovido la concentración de mayores riesgos y menores ingresos en el sistema público. En 2002, no obstante mejorado, el gasto per cápita de Fonasa alcanzaba un 54% del correspondiente a las Isapres. El “pago de bolsillo” seguía siendo importante. El estudio de Baeza y Pakard nos muestra que más de un 5% de familias del tercer quintil caen bajo la línea de la pobreza por este tipo de gastos en salud. Esto es más o menos un 1% de la población total, lo que es una cifra importante y corresponde a un grupo que estaba en el sistema Isapres.

En materia de eficiencia y control de costos hubo un incremento global del gasto en salud, fenómeno al que subyace el “sobre-aseguramiento” estructural de los seguros privados. Hay una amplia cobertura de eventos prácticamente ciertos y relativamente baratos o factibles de cubrir con pago de bolsillo, lo que afecta el consumo por un problema de elasticidad y representa más dificultades para gestionar la demanda desde el asegurador. El problema de gestión de la demanda se observa también en el sistema público, a consecuencia de una falla en el rol que podría esperarse de la propia oferta articulada en red. Por último, cabe agregar un problema de eficiencia en la gestión de los hospitales, relevante en el caso de los hospitales de gran tamaño por un conjunto variado de incentivos ausentes y presentes, pero no despreciable en el caso de los hospitales pequeños cuya escala es abiertamente *des económica*.

### **¿Por qué esta vez la reforma?**

Entre las razones que facilitaron la materialización de la reforma, más allá de los problemas técnicos descritos antes, estuvieron el descontento ciudadano y el peso de la opinión pública debido a la creciente importancia que se dio al discurso de derechos ciudadanos, transformado en un referente normativo de orden global. A mi entender, este componente “ciudadano” generó un segundo hecho vital: facilitó la incorporación de la reforma en la agenda de gobierno, después de que por muchos años el sector salud estuvo marginado en la “galera”, modernizándose al ritmo que marcaba la dirección de presupuesto. Por último, también fue fundamental el *stock* de conocimiento y tecnología desarrollado en los anteriores gobiernos de la Concertación. Por ejemplo, el AUGE o GES no habría sido posible si Fonasa no hubiera desarrollado capacidad de compra de servicios a través de prestaciones valoradas a los hospitales, como lo venía haciendo desde hacía varios años.

### **Componente normativo de las reformas**

En la dimensión normativa están las leyes que crearon el régimen de garantías, que son de implementación gradual y constituyen el eje de la reforma. Conjuntamente, está la ley de Autoridad Sanitaria que adecua el sistema público separando las funciones a nivel central y regional, además de crear la Superintendencia de Salud. Luego, la ley que establece la nueva regulación de las Isapres con un componente denominado “Ley Corta”, orientado a sustentar la salud financiera del sistema a propósito de lo que sucedió con la crisis de Inverlink y un segundo componente, la “Ley Larga”, que incluye el Fondo de Compensación de Riesgo Inter-Isapres.

### **Avances en la implementación de la Reforma**

Las Leyes fortalecieron el ejercicio de la "autoridad sanitaria" y crearon condiciones básicas para una mejor gestión de la prestación de servicios, al separar las funciones de rectoría y regulación de la provisión de servicios. Se recoge bien la preocupación por la autorización sanitaria y la acreditación para prestaciones AUGE, pero surgen dudas de gobernancia que garanticen efectividad y simetría público-privada. Aquí me remito a lo descrito al inicio, acerca de las posibilidades regulatorias efectivas de la Superintendencia de Salud sobre el seguro público. Por otra parte, hasta hoy no se visualizan con claridad los elementos para la transformación del modelo de atención y el Plan de Salud Pública no ha sido explicitado.

En cuanto a la calidad de servicios, el AUGE enfrenta el problema de los planes de salud de las ISAPRES que impacta en la percepción de desprotección de los ciudadanos y empieza a resolverlo. En cuanto a la oportunidad de atención en el sistema público, el AUGE establece garantías, lo que pone el acento en la eficiencia de su implementación para evitar colas en prestaciones no garantizadas o la calidad subestándar en las mismas.

Sin embargo, a medida que los hospitales públicos se muevan hacia las prestaciones AUGE se podrían descuidar servicios no garantizados si no se pone un fuerte acento en la eficiencia. Lo que aparece aquí como tema relevante es el monitoreo apropiado del cumplimiento, no solo de plazos sino también de las condiciones técnicas, ya que el AUGE tiene protocolos muy detallados de cómo las prestaciones deben ser entregadas a la población. En consecuencia, la garantía no es solo de oportunidad, sino también de la calidad técnica en que las prestaciones se entregan.

No está claro si la sola indexación del AUGE al incremento de sueldos y salarios reducirá el riesgo fiscal, dada las patologías no incluidas en él.

En cuanto a la gestión hospitalaria pública la reforma creó condiciones para que los hospitales puedan administrarse mejor y reducir sus deudas, pero no orienta ni estimula apropiadamente la gestión en red ni aborda el tema central de los recursos humanos, que resulta ser la principal restricción para la gestión. Un hospital autogestionado es un servicio público al cual han sido delegadas las facultades administrativas que antes tenía la Dirección del Servicio de Salud del territorio y que va a administrar su propio presupuesto. Eso está bien, pero parece insuficiente.

En cuanto a la estructura de los planes de las Isapres, que cubren en exceso prestaciones baratas y de muy alta probabilidad de ocurrencia, el AUGE lo corregirá en la medida que opere y se expanda.

El AUGE, como plan único, es un elemento importante para estructurar equidad en el acceso y en el financiamiento y las 56 garantías apuntan finalmente al 60% de la carga de enfermedad. El AUGE garantiza coberturas apropiadas para problemas de salud que antes implicaban importantes gastos de bolsillo y desprotección a las personas. También apunta a estandarizar de algún modo la calidad técnica, bajo formatos de protocolos establecidos. Sin embargo, el Fondo de Compensación de Riesgos Interisapres es una iniciativa de muy bajo poder integrador del sistema, que no resuelve la cuestión de fondo de la solidaridad por ingresos pues, más allá de la eficacia redistributiva del Estado, los modelos de cuidados de la salud a que están adscritos los ciudadanos en Chile, según estén en FONASA o en Isapres, son tipos muy diferentes.

A mi juicio, el tema de la solidaridad es la principal regla del juego que está pendiente. Tarde o temprano un país que progresa habrá de plantearse, bajo un enfoque de bien común, la construcción de un modelo solidario de ingresos y riesgos que elimine la discriminación entre ciudadanos en el modelo de cuidados de la salud.

En ese marco, creo que es esencial resolver si, dada la experiencia del país, esta protección universal se materializará con asegurador único o con asegurador múltiple.

Si uno examina la historia del sector Salud en Chile, nunca ha habido referentes normativos o acuerdos sociales solidarios claros. La impresión que queda es que la historia de este sector es la de segmentos sociales desde sus orígenes y si uno sigue a Habermas en aquello de que “las soluciones técnicas tienen que aludir a referentes normativos que han sido construidos apropiadamente en la sociedad”, podríamos aventurar que tenemos un problema que tal vez recién podríamos resolver cuando Chile esté en condiciones de hacer el famoso “white-paper” económico-social.

## **Las cuestiones pendientes y otras para garantizar la implementación**

**1. Salud Pública:** Fortalecimiento de las instituciones de salud pública de nivel central y regional a través de:

- a) Una conceptualización apropiada del rol sobre los ejes rectoría-regulación-fiscalización, por una parte y salud de las personas, de las comunidades y del ambiente, por otra.
- b) La clara priorización sobre los problemas que explican la carga de enfermedad —en la práctica, un refuerzo del AUGE— y sobre la

capacidad de organización y de gestión de los recursos destinados a la provisión de bienes y servicios de apropiación colectiva.

**2. Costos:** Controlar la duplicación de los esfuerzos de inversión por la operación “estanco” del sistema de salud —que producirá inflación sectorial en el mediano plazo—, vía uso indistinto de la infraestructura público/privada. La gestión hospitalaria pública puede comprometer el gasto fiscal de cara a las garantías por problemas de eficiencia. En consecuencia, se debe continuar mejorando la gestión hospitalaria, en especial la de los recursos humanos y a la vez consolidar la institucionalidad que respalda el rol de garante de FONASA, con el objetivo de condicionar crecientemente el financiamiento a la prestación auditable de servicios. Ojalá incorporar formatos de responsabilidad más abiertos al escrutinio público.

**3. Gestión en red (dado el AUGE):** Desarrollo de redes de servicios que tengan población a cargo, esto es, integrar desde la demanda a los hospitales con el nivel primario, incluyendo el modo de financiamiento y la información para la operación bajo un modelo de atención orientado a la gestión de la demanda. El rol de los Servicios de Salud, en consecuencia, sería el de hacerse cargo de los cuidados de la población y garantizar la mantención de su salud y su desplazamiento oportuno a través de la red de prestación de servicios, en función de sus necesidades (cuando estas aparecen), más que administrar la prestación de cada establecimiento directamente. Este es un concepto que cambia el foco desde la oferta a la demanda y que no ha sido desarrollado.

Relacionado con lo anterior, la gestión en red debe ser compatibilizada con la autogestión hospitalaria pública. Para mayor claridad, es necesario resolver quién compra al final ¿la Dirección del Servicio de Salud o FONASA?

Para los hospitales tipo 3 y 4 y la permanente amenaza de extinción que es resistida por las comunidades a las que sirven, ¿no cabría establecer un modelo de gestión que aproveche las economías de escala, incluso más allá de las fronteras territoriales del Servicio de Salud, garantizando contractualmente la articulación de la red?

**4. Gobernancia, garantía de las garantías:** Las asimetrías en el rol de la autoridad sanitaria detrás del cumplimiento de las garantías, tanto por parte de los seguros como de los prestadores podrían desacreditar el sistema. El riesgo está en las facultades asimétricas de la Superintendencia de Salud, mucho más limitadas frente a FONASA (reglamento de ley aún en trámite) y a la red pública de prestadores.

A lo anterior cabe agregar el necesario sistema de monitoreo del efectivo cumplimiento de plazos y condiciones de las prestaciones; la complejidad



técnica del sistema de monitoreo en manos de prestadores no incentivados y la necesidad de mirar también lo no AUGE y, por último, y más centrado en los temas de *accountability* ¿cuánta ciudadanía será posible construir dentro del subsistema público con demanda territorialmente cautiva?

**5. El interés de la profesión médica:** Finalmente, es necesario entender que el interés del ejercicio de la profesión médica determina fuertemente la institucionalidad histórica y actual del sistema que es segmentada. Esto quiere decir que la formación médica se realiza preferentemente en el sector público, en un ambiente administrativamente más laxo, mal remunerado y con clientela menos exigente, mientras que el ejercicio lucrativo ocurre en el sector privado, con más control de calidad y ciudadanos empoderados y vociferantes.

Separar estos dos mundos es una situación muy cómoda para el ejercicio de la profesión médica y la pregunta que uno se hace es: ¿Si el país quiere introducir reformas tendientes a asimilar estos dos mundos, qué le ofrece a los médicos para resolver apropiadamente su problema formativo y de ejercicio de la profesión? Ello, especialmente cuando toda la comunidad está interesada en que dicha formación sea óptima y en evitar que sean continuos opositores a estos procesos.