

DESCENTRALIZACION Y PRIVATIZACION DE LA SALUD EN CHILE*

- A mediados de los setenta el sistema estatal presentaba algunas deficiencias entre las que cabe destacar: la pertenencia de obreros y empleados a sistemas distintos, la existencia de un 20% de la población que sólo estaba protegida para las urgencias, la poca eficiencia de las entidades proveedoras de la salud, y la escasa posibilidad de optar entre profesionales y establecimientos.
- Las reformas iniciadas en esos años descentralizaron el sistema estatal de salud, municipalizaron los consultorios de atención primaria, permitieron la competencia entre sistemas y otorgaron mayor posibilidad de elección a la población.
- Las reformas, si bien apuntaron en la dirección correcta, adolecen de ciertas deficiencias como las siguientes: escasa capacidad administrativa en las instancias locales; financiamiento a base de insumos y no de producto; disparidades de recursos para salud entre distintos municipios, y disparidad creciente entre el tipo de atención al que tienen acceso las personas de mayores y menores ingresos relativos.
- Tareas inmediatas a abordar son entre otras: la mejora de la eficiencia administrativa del Sistema Nacional de Servicios de Salud a través de, por ejemplo, garantizar el logro de estándares mínimos de eficiencia y revisar el sistema de distribución de fondos (FAP y FAPEM); la generación de capacidad directiva en los consultorios municipalizados y la corrección en los mismos de deficiencias administrativas; el desarrollo de planes masivos de salud que amplíen la cobertura de las Isapres y una acción del Estado que reduzca el costo privado de la información respecto de estas instituciones.

1 El Sistema de Salud chileno fue capaz, históricamente, de dar protección a amplios sectores de la población, destacándose por su precocidad para incorporar los avances tecnológicos y los desarrollos sociales. Dispuso de recursos humanos, financieros y materiales moderados, alcanzando resultados notables en el nivel de salud de la población.

2 Presentaba, sin embargo, deficiencias de importancia:

- Obreros y empleados pertenecían a sistemas distintos, con fuertes diferencias en los aportes obligatorios para salud que no guardaban relación con los diferentes beneficios a los que accedían.
- Alrededor de un 20% de la población no cotizaba y estaba protegida sólo para las urgencias.
- Las entidades administradoras y proveedoras de los beneficios eran centralizadas, jerarquizadas, burocratizadas, con administración ineficiente y de lenta reacción.
- Las posibilidades de las personas para optar entre profesionales y establecimientos eran reducidas.
- El sistema de salud era predominantemente estatal.

3 El gobierno anterior se impuso la tarea de reformar el sistema de salud atendiendo a los siguientes fundamentos:

- Equidad en los beneficios.
- Equidad en los aportes para salud.
- Focalización de los subsidios estatales en los sectores de menores ingresos.
- Ampliación de la libertad de elección.
- Aplicación al sector del principio de subsidiariedad del Estado.
- Aumento de la eficiencia.

- Establecimiento de sistemas que fueran sensibles a las necesidades de la población.

4 Las reformas en salud de los años '80:

- Mantuvieron la obligación de cotizar para salud, permitiendo optar entre el sistema estatal (FONASA-Régimen de Prestaciones de Salud) y el sistema privado de ISAPRES.
- Descentralizaron el sistema estatal producto de la fusión del antiguo Sistema Nacional de Salud (SNS) y Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), y su fraccionamiento en 27 servicios de salud autónomos, con patrimonio propio, dependientes del Ministerio de Salud y encargados de las funciones operativas.
- Municipalizaron los consultorios de atención primaria, proceso que se constituyó en el otro pilar de la descentralización. Se perseguía aumentar su eficiencia, hacerlos sensitivos a la comunidad servida y obtener aportes adicionales provenientes de los propios municipios.
- Permitieron la competencia entre sistemas. La posibilidad de optar permanentemente entre éstos, así como entre las distintas ISAPRES, tendería a generar soluciones eficientes y adaptadas a las preferencias de las personas.
- Conservaron en el Ministerio de Salud las funciones normativas y de supervisión y control sobre el sistema estatal, asignándose a FONASA las funciones financieras y de fiscalización de las ISAPRES.

5 Evaluar íntegramente las reformas en este momento es aventurado por su proximidad y porque su dinámica aún persiste. Pero algunas tendencias son ya discernibles:

- La descentralización del sistema estatal creó estructuras con capacidad para actuar en forma independiente y adaptable, las que fueron sólo parcialmente aprovechadas. Se dejó sentir la ausencia de esfuerzo deliberado por parte del nivel central para generar capacidad administrativa y garantizar estándares mínimos de eficiencia.

- El sistema de Facturación por Atenciones Prestadas (FAP, y FAPEM para los consultorios municipalizados), ideado para asignar el financiamiento, operó sólo parcialmente. Su deficiencia mayor, sin embargo, consiste en que ha operado a base de insumos y no de producto.
- Estudios recientes del proceso de municipalización muestran que existen fuertes deficiencias en el nivel administrativo de los consultorios, el cual aparentemente estaría directamente asociado con el nivel de ingreso del municipio y con la capacidad del servicio de salud supervisor.

Los aportes municipales esperados se materializaron en directa relación con el nivel de ingreso del municipio, lo que contribuyó a crear disparidades en los recursos disponibles entre municipios de altos y bajos ingresos.

Estas disparidades no fueron compensadas por el nivel central, y en algunos casos fueron acentuadas. No se crearon mecanismos de participación comunitaria, contribuyendo adicionalmente a esta respuesta reducida el que las autoridades municipales fueran designadas por el nivel central del gobierno.

- 6 Las ISAPRES mostraron un significativo desarrollo, que se expresa en una afiliación de alrededor de 12% de la población a 1988, en más de la mitad de las cotizaciones totales para salud y en cerca de un 40% de participación en el gasto en salud (excluidos diferencias por aranceles, parte de los insumos y fármacos, y Mutuales de Seguridad).

Su permanencia en el tiempo dependerá de su adaptabilidad a las condiciones de mercado actuales y, principalmente, de los ajustes que introduzcan a sus productos. Deben:

- Diseñar planes que den acceso a sectores más amplios de la población.
- Mantener a sus afiliados en el tiempo.
- Incorporar a los ancianos, enfermos crónicos y enfermos con riesgos diferenciales superiores.

- 7 Las tendencias globales que se observan son:

- Una porción creciente —actualmente mayoritaria— del financiamiento por cotizaciones de salud fluye hacia el sector privado de salud: ya en 1988 las ISAPRES superaban al sistema estatal.
- Una porción creciente del gasto en salud es administrado por las ISAPRES. En 1988 se acercaba al 38% del total. Así, el gasto en salud de un afiliado a ISAPRES era en promedio 4,6 veces el de un afiliado al sistema estatal.
- El efecto señalado fue mayor en el caso de los usuarios regulares de la modalidad de libre elección (MLE ex FONASA, ex SERMENA): el gasto promedio de los afiliados a ISAPRES era 5,5 veces el de los usuarios de la MLE, y de 4,2 veces el de los usuarios de la modalidad de atención institucional (ex SNS).
- El Gasto Público en Salud (GPS) experimentó una fuerte caída a partir del año 83 en adelante. En relación al PGB alcanzó un mínimo de 2,33% en 1987, recuperándose en una fracción para 1988. En términos reales per cápita, de la población relevante (excluidos afiliados a ISAPRES), los niveles de comienzos de la década se habían recuperado en 1988.
- Sumando el GPS y las cotizaciones de salud a ISAPRES, se habría alcanzado un mínimo de 3,06% del PGB en 1985, y en 1988 alcanzaría a un 3,34%.

Comparados estos recursos globales para salud con los patrones históricos (alrededor del 3% del PGB), la situación es menos comprometida de lo que se piensa.

- El problema principal está entonces, en que se advierte un patrón de disparidad creciente en el financiamiento disponible y el tipo de atención al que tienen acceso las personas de mayores y menores ingresos relativos.

8 Tanto los efectos distributivos regresivos observados —que ameritan nuestra atención en su situación presente así como en el seguimiento de su evolución futura—, como la determinación del gasto óptimo en salud para la sociedad chilena son tareas críticas por resolver.

9 Las Tareas Inmediatas:

a Mejorar la eficiencia administrativa del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS). Ello significa:

- Establecer estructuras organizativas básicas que garanticen el logro de estándares mínimos de eficiencia.
- Acentuar la capacitación en materias de administración general y de administración de la producción.
- Revisar el sistema de distribución de fondos (FAP y FAPEM u otros) que induzcan eficiencia y relacionen el volumen de actividad en términos de producto con el financiamiento.
- Adoptar por parte del nivel central una decidida actitud proactiva que signifique generar las estructuras, capacidades y condiciones para alcanzar los objetivos, y velar permanentemente porque sean efectivamente logrados.

b Para los consultorios municipalizados se deben:

- Corregir deficiencias administrativas y generar capacidad directiva.
- Inducir el máximo aporte financiero municipal para salud, corrigiendo a nivel central los sesgos redistributivos regresivos.
- Mejorar la coordinación del nivel municipal con el sistema estatal de salud.
- Establecer mecanismos de participación comunitaria que permitan conocer sus requerimientos en salud para responder a ellos en la medida de las capacidades.

c Para las ISAPRES se requiere que se promueva:

- El establecimiento de sistemas que permitan la incorporación de personas con riesgos diferenciales e incentivos para mantenerlos cuando dichos riesgos se manifiesten estando afiliados.

- El desarrollo en planes de salud masivos que amplíen la cobertura. Podría idearse un sistema que operara con la unidad empresa antes que el individuo (recordemos las Mutuales de Seguridad del Trabajo y las Cajas de Compensación).
 - La realización de investigación y comparaciones sobre el mercado que se publiciten. Se trata que el Estado reduzca el costo privado de la información.
- 10 Se desprendería de lo analizado que las reformas, si bien presentan deficiencias, están encaminadas en la dirección apropiada. Cabría discutir con los agentes sociales las disparidades existentes entre sistema estatal y las ISAPRES: éstas no parecen sostenibles en el largo plazo si descansan en financiamiento generado en virtud de cotizaciones legales obligatorias e incentivos otorgados a través de exenciones tributarias.

Ernesto Miranda R.**

* Basado en el trabajo del mismo nombre elaborado por el autor para el Centro de Estudios Públicos y que será publicado próximamente en la serie *Documentos de Trabajo*.

** Ingeniero Comercial, Universidad de Chile. Ph.D. en Economía, Universidad de New Hampshire, Estados Unidos. Profesor, Programa Interfacultades de Administración de Salud, Universidad de Chile.

Esta publicación cuenta con el apoyo de la Fundación Hanns-Seidel.