



SERIE INFORME **SOCIAL**

Cómo entender el sistema de salud chileno: más allá de lo público y lo privado

Rafael Caviedes D.

SERIE
INFORME
SOCIAL
ISSN 0717 - 1560

Mayo 2019

177

RAFAEL CAVIEDES D.

es Master en Economía y Dirección de Empresas, IESE, Universidad de Navarra.
Ex Presidente de la Asociación de Isapres de Chile.

*Serie Informe basada en el libro del mismo nombre publicado en marzo de 2019 por EdicionesLYD. Resumen realizado por Alejandra Palma, Economista de LyD.

CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO	05	
1. MARCO CONCEPTUAL Y DIAGNÓSTICO	06	1.1 La demanda por servicios de salud 06 1.2 La oferta de servicios de salud 08
2. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO	11	2.1 Cobertura Universal para Salud en Chile 11 2.2 El sistema privado de salud: Instituciones de Salud Previsional (Isapres) 11 2.3 ¿En qué gastan el dinero las Isapres? 11 2.4 El sistema público de salud: Fonasa y APS 13 2.5 ¿En qué gastan el dinero las siete instituciones del sistema público? 13 2.6 ¿Qué problemas enfrenta la salud estatal? 14 2.7 ¿Por qué no mejoran los servicios estatales? 15 2.8 Caída de la productividad del sistema público de salud 16
3. EL ROL DEL ESTADO EN SALUD	17	
4. REFLEXIONES FINALES	21	3.1 Bismarck vs. Beveridge 17 3.2 ¿Un seguro único estatal para salud? 18 3.3 ¿Qué aporta el sector privado? 19 3.4 El rol subsidiario del Estado 19
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22	

Resumen Ejecutivo

Muchas veces se nos compara con los sistemas de salud que existen en países avanzados, como Inglaterra, Holanda, Suecia o Suiza, pero ellos gastan entre 4 a 5 mil euros per cápita al año, en circunstancia que Chile gasta mil euros. Su población tiene otro nivel cultural, su medicina ha alcanzado otro desarrollo tecnológico y, aún así no están exentos de problemas.

La demanda por servicios de salud aumenta en todas partes del mundo. Chile ha pasado de una esperanza de vida de 55 años en la década de los cincuenta, a una esperanza promedio de 80 años para el 2017. ¿Cómo afecta esto los costos y demandas en salud? En mucho, pues los adultos mayores gastan entre 6 y 8 veces más en salud que una persona joven. Las enfermedades infecciosas, que tienen un tratamiento de menor costo, han dado paso a las enfermedades degenerativas y crónicas de costosos tratamientos. Chile enfrenta esta dura realidad con más de 11 millones de chilenos (61% de la población) que padecen de alguna patología crónica y 5,7 millones (40% de la población) que presentan condiciones del síndrome metabólico.

La oferta de servicios médicos depende básicamente del avance tecnológico y de los modelos de pago a los prestadores de salud. Las alternativas de modelos de pago incluyen: remuneraciones fijas, pago por prestaciones, pago por egresos, capitación, pago por resultados y pago basado en el valor. La búsqueda de mecanismos que permitan hacer más eficiente el sistema de salud chileno sugiere avanzar desde el actual mecanismo de pago por prestaciones (*fee for service*) a uno que estimule la eficacia del gasto por sobre la generación de prestaciones médicas per sé, como es el pago basado en el valor (*value based healthcare*).

La reforma del sistema de salud del año 1980 desconcentró el sistema público, creando 27 servicios de salud, supestandamente descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Esa reforma pretendió separar las funciones de rectoría del sector en el Ministerio de Salud, de financiamiento en FONASA y de operación en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, pero el resultado final -en

la práctica- no fue más que el mismo Ministro de Salud terminara a cargo de las tres áreas; vale decir, un sistema muy centralizado en las decisiones políticas. Asimismo, en el sector privado se crearon las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), también con un criterio de descentralización y de colaboración público-privada, para un sector de la población que podía resolver sus problemas de salud sin intervención del Estado.

En cuanto al rol del Estado en salud, cabe preguntarse: ¿la salud pública debe ser pública? Absolutamente sí, en lo que se refiere a rectoría, normativa, hábitos saludables, educación, promoción, regulación, control sanitario, vigilancia epidemiológica y cautelar el derecho de los ciudadanos al acceso a los sistemas de salud. No, en lo que se refiere a provisión de seguros y servicios médicos, salvo como excepción por razones geopolíticas, sociales o de necesidad pública. No significa que el Estado no deba velar por garantizar el acceso de todas las personas al sistema de salud. El punto es que no necesariamente los servicios los debe proporcionar directamente el Estado. La ingeniería social que existe detrás de la planificación centralizada sólo ha demostrado las buenas intenciones de aquellos que promueven esas ideas, pero a la larga, se ha comprobado el fracaso y los malos resultados en la búsqueda del bien común.

¿La salud privada es el problema o parte de la solución? En la medida que la sociedad organizada, es decir, empresas, universidades, cooperativas u otras organizaciones -con o sin fines de lucro- están dispuestas a asumir la responsabilidad para cumplir las políticas de salud que la autoridad defina, el Estado debería financiar y regular esas actividades y delegar su ejecución al sector privado.

El Capítulo I contiene un diagnóstico y un marco conceptual para entender el sistema de salud chileno. El Capítulo II describe el sistema de salud chileno. El Capítulo III analiza el rol del Estado en materia de salud y el Capítulo IV propone algunas reflexiones finales.

1. MARCO CONCEPTUAL Y DIAGNÓSTICO

Siempre miramos con envidia los sistemas de salud de los países desarrollados. Pero, ¿son realmente mejores que el nuestro? ¿A qué costo logran entregar mejores servicios? En Europa hay listas de espera y endeudamiento hospitalario a pesar que algunos de ellos gastan per cápita 3 o 4 veces más que en Chile. En todo el mundo existen problemas para financiar los crecientes gastos en salud y las demandas de la población.

Analizaremos cuáles son los elementos que catalizan el gasto en salud. Algunos afectan a la oferta y otros a la demanda. La Figura 1 refleja los factores que intervienen en la demanda al lado izquierdo de la figura y en la oferta de servicios, al lado derecho.

1.1 La demanda por servicios de salud

Los cinco principales factores que afectan la demanda por salud son: el envejecimiento de la población, el estado de

salud de la población, el crecimiento económico del país, la facilidad para el acceso a servicios médicos por parte de pacientes más informados y los precios relativos.

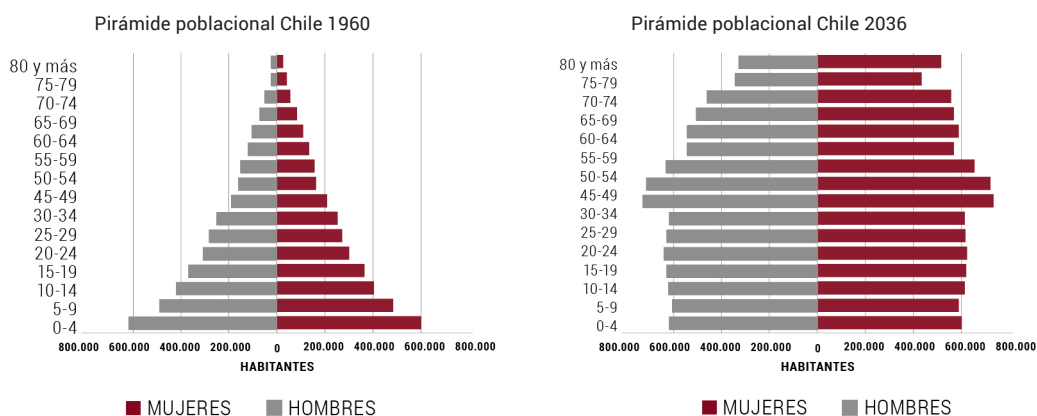
El envejecimiento de la población se ha acelerado en los últimos años. Esto es un fenómeno mundial que se atribuye a una mejora de la calidad de vida, a los avances médicos, la educación, el acceso a la información y a las políticas de prevención y promoción de la salud. En Chile, la situación es mejor aún que en muchos otros países. Chile es el país de América Latina con mayor esperanza de vida media, 80,5 años, y el segundo de todo el continente americano, sólo por detrás de Canadá (82,2 años) según informa la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se espera que tengamos 7,7 años más de vida en promedio para 2050. Según la Cepal, Chile tendrá 1.388.000 mayores de 80 años en el año 2050, en comparación con el año 2000 en que habían 202.376 personas mayores de 80 años. Ello es consistente con la proyección que hace el Instituto Nacional de Estadísticas para el año 2036 (Gráfico N° 1).

Figura 1
**DETERMINANTES DEL GASTO EN SALUD:
OFERTA Y DEMANDA**



Gráfico 1 PIRÁMIDE POBLACIONAL CHILE

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas.



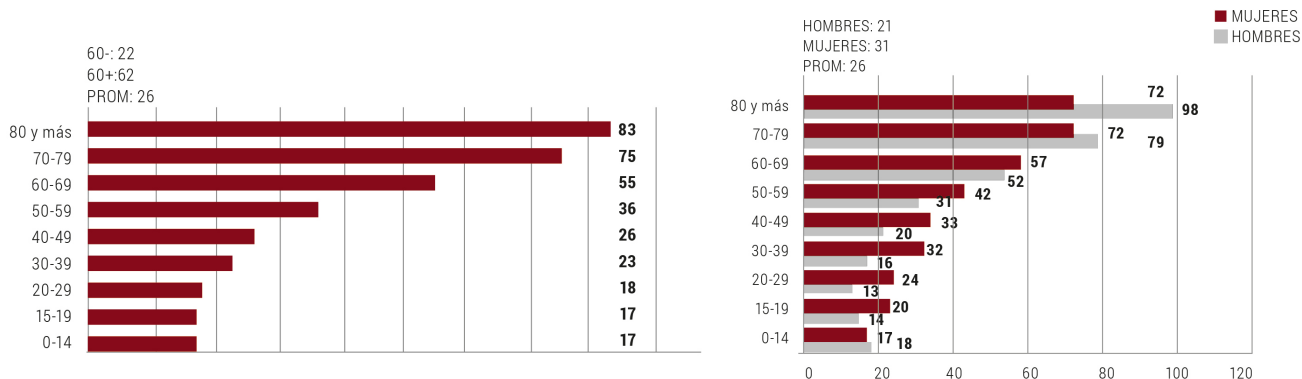
¿Cómo afecta la edad de las personas a los sistemas de salud? Simplemente las personas mayores gastan más que los jóvenes. Los mayores de 60 años hacen uso de 62 prestaciones médicas al año, mientras que los menores de 60 años hacen uso de 22 prestaciones médicas al año¹. Es decir, los adultos mayores usan 3 veces más prestaciones médicas que los jóvenes, diferencias que pueden alcanzar hasta 5 veces si comparamos los grupos de edad extremos (Gráfico N° 2).

No sólo el envejecimiento impacta a los sistemas de salud, sino que también lo hace la conjunción del cambio

epidemiológico con el desarrollo de nuevas tecnologías para tratar enfermedades complejas. Todo lo anterior está llevando los costos de la medicina a niveles impensados, aunque sus resultados son esperanzadores para los pacientes y probablemente en el futuro bajarán los precios, pero aparecerán otros tratamientos más caros. El Cuadro N° 1 muestra el preocupante perfil epidemiológico del chileno mayor de 15 años. Se observa que el 74,1% presenta sobrepeso y un 34,4% es obeso. Lo más grave es que un 12,3% es diabético, un 18,6% presenta hipertiroidismo y un 27,6% es hipertenso.

Gráfico 2 PRESTACIONES DE SALUD PER CÁPITA

Fuente: Asociación de Isapres AG.



¹ Prestación médica se refiere a cada acto médico que recibe un paciente. Puede ser una consulta, un examen de laboratorio, un RX, un procedimiento o un día cama, etc.

Cuadro 1
**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CHILENO
 MAYOR DE 15 AÑOS**

Fuente: Evaluación de políticas públicas en diabetes: resultados de la Encuesta Nacional de Salud, Chile 2003-2010. Dra. Paula Margozzini en <http://diabetesvision2020.cl/wp-content/uploads/2017/08/diabetes-2020-paula-margozzini.pdf>.

Cantidad de personas	Condición	% población mayor de 15 años
444.271	Obesos mórbidos	3,2%
819.124	Sobrevivientes cardiovasculares	5,9%
1.624.365	Bebedores abusivos/dependientes	11,7%
1.707.000	Diabéticos	12,3%
2.582.324	Hipotiroideos	18,6%
3.831.836	Hipertensos	27,6%
4.637.076	Fumadores	33,4%
4.775.911	Obesos	34,4%
10.301.529	Con exceso de peso	74,1%
12.036.962	Adultos sedentarios	86,6%
13.900.000	Mayores de 15 años	100,0%

Todas las estadísticas históricas de los países demuestran que el gasto en salud aumenta proporcionalmente más que el crecimiento económico. Esto se puede explicar porque la salud es un bien superior. Desde mediados del siglo XX, el gasto en salud en el mundo ha aumentado por sobre la expansión de las economías. Según la OCDE, en Chile el gasto en salud pasó de representar un 6,6% del PIB en el año 2005 a representar un 8,1% del PIB en el 2017, acercándose al promedio de los países de la OCDE (8,9% del PIB). Y tendremos que estar preparados para enfrentar en el futuro un mayor crecimiento de este gasto. El Global Health Care Outlook 2018 de Deloitte proyecta que entre los años 2015 y 2020, el gasto para el cuidado de la salud a nivel mundial aumentaría en un 24% (4,5% promedio anual), desde 7 a 8,7 trillones de dólares².

Los precios relativos son otro de los factores que afectan la demanda por servicios de salud. La existencia de sistemas de seguridad social y de aseguramiento contribuyen a la existencia de precios "mentirosos". Cuando alguien va al médico, generalmente no se entera del costo del tratamiento o de los honorarios médicos, sólo conoce el copago que tiene que realizar. Si es usuario de un sistema público que establece gratuidad, nunca va a sospechar lo que el Estado está gastando en él. En la medida que el costo visible para el paciente es menor, será mayor su propensión al consumo de servicios médicos.

En salud los estímulos económicos pueden ser perniciosos. Por ejemplo, disminuyendo el gasto de bolsillo de las

personas, se estimula la demanda de prestaciones médicas. Y como existe un tercer agente pagador, que es el seguro, público o privado, el oferente de prestaciones médicas se aprovecha para generar su propia demanda, lo que puede forjar una demanda artificial que podría evitarse si no existiesen tales incentivos económicos de por medio. Para eso operan los copagos y los deducibles, cuyo propósito es disminuir el riesgo moral de los sistemas de seguridad social y de seguros.

1.2 La oferta de servicios de salud

La oferta de servicios médicos depende básicamente del avance tecnológico y de los modelos de pago a los prestadores de salud.

El desarrollo de la tecnología avanza de la mano del incentivo económico. Los desarrolladores de tecnología médica no podrían hacerlo si no vieran la posibilidad de rentabilizar sus inventos. Generalmente, cuando aparece una nueva tecnología o droga, y después de pasar por las validaciones técnicas en diferentes países, las mismas empresas promueven en la sociedad la necesidad de contar con esa nueva tecnología. Para ello utilizan la difusión académica de los resultados clínicos, de tal forma de penetrar el conocimiento médico. Una vez conocidas las ventajas de la nueva técnica o droga, el paso siguiente para lograr financiamiento en los sistemas sociales a través de los médicos será corto. Y las organizaciones de pacientes que se ven beneficiados con esas nuevas tecnologías o drogas presionarán a los políticos con el propósito de lograr su financiamiento en los sistemas de seguridad social.

La oferta de servicios médicos, clínicos y hospitalarios dependerá del modelo de financiamiento. Dicha oferta de servicios se verá estimulada o deprimida dependiendo de cuál sea el modelo de pago a los prestadores: remuneración fija, pago por prestaciones (*fee for service*), pago por egreso, capacitación, pago por resultados clínicos, y pago basado en el valor (*value based healthcare*).

Figura 2
EVOLUCIÓN DE MÉTODOS DE REMUNERACIÓN MÉDICA Y SISTEMAS DE CONTROL



² El gasto en salud en Chile (2018) Isapres de Chile AG

a) Remuneraciones fijas

En los sistemas que cuentan con financiamiento estatal directo y que no son competitivos, como lo servicios públicos de salud, abundan los “precios mentirosos”. Las remuneraciones son mayoritariamente fijas e independientes de la productividad y el resultado clínico. En efecto, las remuneraciones se rigen por el Estatuto Administrativo y la Escala Única de Remuneraciones que determina el Ministerio de Hacienda en última instancia.

b) Pago por prestación realizada (*fee for service*)

Esta modalidad supone el pago al profesional o a la clínica por cada una de las acciones que se realizan al paciente. Es un pago por volumen y mientras más se interviene al paciente, más gana el proveedor de servicios médicos.

El pago por servicio (*fee for service*) se arrastra en Chile desde la época del Servicio Médico de Empleados (SERMENA) que antecedió a Fonasa. Ese servicio diseñó un arancel médico, que se ha mantenido vigente sin grandes modificaciones por más de 40 años, con alrededor de cuatro mil ítems codificados por grupos de atención. Es un arancel arbitrario, indexado y extenso, en el que se desglosa cada acto médico hasta el infinito. El Estado le asigna un valor a cada consulta médica, examen de laboratorio, honorarios de cada componente del equipo quirúrgico, etc. La Modalidad de Libre Elección de Fonasa y las Isapres realizan 56,2 millones y 71,1 millones de prestaciones médicas respectivamente, y deben seguir este mismo camino por una imposición legal. Ello, no obstante que para las Isapres los valores de dicho arancel son sólo un mínimo, puesto que cada asegurador negocia las tarifas con los prestadores.

Este tipo de pago, extensamente utilizado en el mundo, es inflacionario, porque incentiva la prestación per sé y no el tratamiento al menor costo. La crítica a esta modalidad es que estimula la realización de procedimientos que no necesariamente podría necesitar el paciente. Por ejemplo, exámenes clínicos o de imagenología que no se requieren, hospitalizaciones que se alargan innecesariamente e incluso intervenciones que podrían ser evitadas. Por ello, el equipo médico no debería estar estimulado solamente por el volumen producido, sino también por el resultado de todas sus acciones médicas en el paciente.

c) Pago por egreso

La modalidad de pago por egreso, que en los últimos años ha tratado de ser promocionada con no mucha aceptación por los proveedores de servicios médicos, considera el pago de pacientes hospitalizados o pacientes que sufren enfermedades agudas hasta que son estabilizados o dados de alta. La ventaja es que promueve un uso más eficiente de recursos, pues transfiere parte importante del riesgo al equipo prestador médico o clínica tratante. Se

supone que el tratante va a evitar desperdiciar recursos, pues es él quien se hace responsable del paciente por un pago predefinido. El valor a convenir puede estar ajustado por riesgo, según las condiciones propias del paciente. Por ejemplo, no es lo mismo intervenir de hernia a un enfermo normal que a un anciano, bebé, o a un obeso crónico o cardiópata. La desventaja de un modelo de esta naturaleza es que requiere de muy buenos mecanismos de acreditación, gobernanza, transparencia de resultados clínicos y de control. Ello, porque los estímulos para el prestador para bajar los costos pueden inducirlo a efectuar tratamientos de mala calidad que pueden repercutir en la salud del paciente años después.

d) Pago capitado

El pago capitado consiste en fijar un valor mensual por persona adscrita al sistema. El pago puede ser parejo o ajustado por riesgo, dependiendo del sexo, edad, a lo que se le puede agregar la condición de salud del beneficiario de la cápita para corregir con mayor precisión el pago.

Este modelo contiene el principio básico de la separación entre el financiamiento, realizado por un ente público o privado, y la provisión de los servicios, que es responsabilidad de la concesión administrativa. La capitación puede ir acompañada de la concesión de la infraestructura correspondiente, como se ha hecho en algunas concesiones españolas que operan en una determinada área geográfica. Lo notable es que cuando se trata de una concesión con capitación estatal, la propiedad, la financiación y el control son públicos, pero la prestación la asume un prestador privado.

e) Pago por soluciones médicas

El modelo de pago por soluciones médicas define un valor final de un procedimiento determinado, y de esta forma, permite al pagador compartir el riesgo con el proveedor de servicios. Ello contrasta con el pago fragmentado por cada unidad de compra bajo el modelo de *fee for service*, en que el pagador asume casi la totalidad de los riesgos involucrados en un acto médico, lo cual puede incentivar un mayor uso de recursos en un tratamiento.

Este modelo permite al pagador orientar una compra inteligente o estratégica de servicios de salud, principalmente quirúrgicos o de procedimientos complejos. La idea en general es pagar por caso tratado, ajustado a las características de los grupos de diagnósticos (*Diagnosis Related Group, DRG*). El pago por grupos de diagnósticos permite a los pagadores (asegurador y paciente) y al proveedor asociarse en una relación virtuosa para contener los costos.

f) Pago basado en el valor (*value based healthcare*)

Los modelos basados en el valor establecen nuevos criterios para efectuar los pagos e incentivos recompensando

los mejores resultados obtenidos con un menor gasto. No basta ser eficiente en la realización de un procedimiento o solución médica, se debe evaluar el resultado en los pacientes. Este modelo contribuye a agregar valor al gasto en salud. Esto también requiere una nueva organización del equipo médico y de nuevas herramientas para medir los resultados obtenidos (*outcomes*). Por ejemplo, un especialista en diabetes deberá organizarse con otros profesionales que intervienen en el control y tratamiento de esa enfermedad, como un real equipo. Esta modalidad contribuye a que el tratamiento evite otras consecuencias, como enfermedades crónicas y prevenga mayores costos médicos. Obliga a los prestadores a involucrarse en los costos de la medicina y a tener una visión integral del paciente y no de la enfermedad solamente e, incluso, del mero procedimiento como lo es hoy en el *fee for service*.

Por ahora, se mira con cierto escepticismo estos nuevos modelos de atención, sobre todo por el enorme cambio cultural que conllevan. No obstante ello, ya hay experiencia adquirida en países como EE.UU., España, Holanda y otros, con muy buenos resultados, tanto por los ahorros producidos, como por la satisfacción de los pacientes, especialmente enfermos crónicos y del equipo médico.

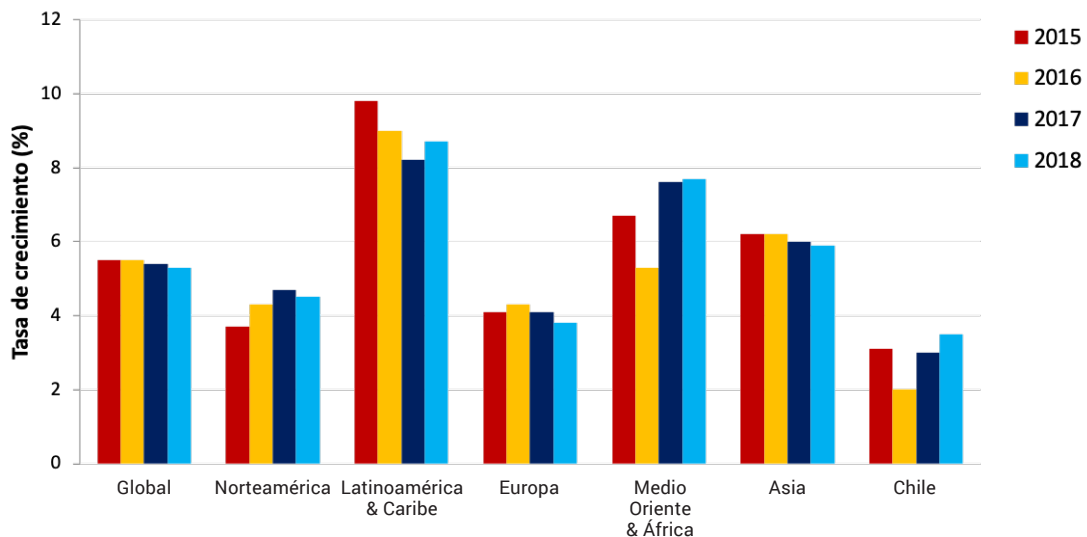
g) Interacción entre oferta y demanda de servicios de salud

La interacción de una demanda que aumenta a un ritmo más rápido que la oferta, lleva a aumentos en el precio y en la cantidad de las prestaciones de salud y por lo tanto, a una tendencia inflacionaria en el gasto en salud. Los gastos en salud presentan un aumento por sobre los índices de precios en todos los países, independientemente del modelo de salud que tengan. Países con sistemas estatizados o con importante participación del sector privado pre-

sentan una inflación que está relacionada con el envejecimiento de la población, el cambio del perfil epidemiológico, el desarrollo de nuevas tecnologías médicas y el modelo de pago a los prestadores de salud. El Gráfico N° 3 muestra que a nivel global en el año 2018 la inflación médica fue de un 5,3% real neto, por sobre el índice de precios al consumidor (IPC), mientras que para Latinoamérica esta cifra fue de 8,7%. En el caso de Chile se presenta una inflación médica real neta de un 3,5%.

Gráfico 3
INFLACIÓN MÉDICA REAL

Fuente: AON HEWITT 2018 Global Medical Trend Rates.
* 2017-2018 No incluye a Venezuela por su hiperinflación.



2. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

2.1 Cobertura Universal para Salud en Chile

La primera característica del sistema chileno es que el 100% de los ciudadanos tiene cobertura, ya sea en el sistema público o en el privado. Este logro proviene de la reestructuración del sistema de salud del año 1980, en el que se estableció un sistema universal de salud, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), al que todos los chilenos tienen derecho con excepción de aquellos que eligieran un seguro privado. De esta forma, Chile se adelantó 20 años a la aspiración de “Salud para todos el año 2000”.³ La OMS ha definido la cobertura universal de salud “como una situación en donde todas las personas que necesitan servicios de salud (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa) los reciben, sin que ello suponga dificultades financieras (OMS, 2010). La OMS se cuida de señalar que no existe ningún enfoque específico para la cobertura universal de salud, puesto que los países utilizan diferentes modelos de aseguramiento y de provisión de servicios médicos a través del sector público y privado o del seguro social.⁴ En muchos países aún no se logra la cobertura universal de los sistemas sociales en salud para toda la población.

En Chile las personas pueden, con su cotización obligatoria del 7% de la renta, optar a Fonasa (en el sistema público de salud) o comprar un plan de salud en una Isapre (sistema privado de salud).

2.2 El Sistema Privado de Salud: Instituciones de Salud Previsional (Isapres)

Las Isapres son instituciones privadas que colaboran con el Estado en el cumplimiento de las metas de salud del Gobierno. Las Isapres se financian en 2/3 con la cotización obliga-

toría para salud del 7% de las rentas de sus afiliados y en 1/3 con los aportes voluntarios de sus afiliados, que pagan para completar el precio del plan. Esa diferencia está, además, gravada por el pago del IVA. Estas instituciones no reciben aportes fiscales ni ningún tipo de subsidio como el que el Fisco le entrega a Fonasa, pagan impuestos a la renta y tributan el IVA, por tanto, no representan una carga financiera para el Estado, sino al contrario, más bien alivian al Estado de una función propia de la seguridad social.

Los planes de salud de las Isapres contienen habitualmente prestadores preferentes con altas coberturas y deben ofrecer beneficios de por vida, que sólo el beneficiario puede poner término, al contrario de lo que ocurre con los seguros normales. Asimismo, debe cubrir, al menos, los beneficios que entrega el sistema estatal, es decir, la cobertura de Fonasa en la Libre Elección, el GES, con las coberturas correspondientes a las 80 patologías que define la ley y el pago del reposo médico, o Subsidios de Incapacidad Laboral, que si bien están topadas en la remuneración imponible, no tienen topes en la duración del reposo.

Las Isapres pueden rechazar nuevas afiliaciones teniendo en consideración el estado de salud de las personas, pero no pueden discriminar de ninguna forma a aquellos beneficiarios que hayan adquirido una enfermedad estando en la Isapre.

2.3 ¿En qué gastan el dinero las Isapres?

Las Isapres gastaron el año 2017, un 86,7% en pagar sus gastos de salud y licencias médicas, un 11,7% en gastos de administración y ventas y tuvieron un 1,3% de utilidades (Cuadro N° 2).

³ OPS (1978), Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978.

⁴ Banco Mundial (2014), Cobertura universal de salud para el desarrollo inclusivo y sostenible.

Cuadro 2

RESULTADOS FINANCIEROS SISTEMA ISAPRE

Fuente: Superintendencia de Salud

(*) Incluye a todas las Isapres del sistema abierto y cerrado.

(*) Los años 2015 y 2016 incluye montos corregidos de Isapre Masvida y en el año 2017 se incluye el período enero-septiembre de Isapre Masvida

(*) Isapre Óptima adquirió la cartera de Isapre Masvida el 26 de abril de 2017.

RESULTADOS FINANCIEROS SISTEMA ISAPRE (*)						
Estado de resultados (en millones de pesos cada año)	A diciembre 2015		A diciembre 2016		A diciembre 2017	
	Valores	% Ing.	Valores	% Ing.	Valores	% Ing.
Isapres Abiertas						
Ingresos Operac. (cotización)	2.154.503	100.0%	2.370.281	100.0%	2.519.696	100.0%
Costos operacionales	1.887.680	87.6%	2.075.983	87.6%	2.184.674	86.7%
Prestaciones	1.490.801	69.2%	1.628.614	68.7%	1.713.206	68.0%
Licencias Médicas	396.879	18.4%	447.369	18.9%	471.468	18.7%
Margen	2.66.863	12.4%	294.298	12.4%	335.022	13.3%
GAV	267.814	12.4%	270.410	11.4%	293.903	11.7%
Resultado operacional	-991	0%	23.888	1.0%	41.119	1.6%
Resultado No operacional	38.187	1.8%	-51.049	-2.2%	11.979	0.5%
Impuestos	12.206	0.6%	19.853	0.8%	20.020	0.8%
Resultado ejercicio I. Abiertas	24.990	1,2%	-47.013	-2.0%	33.079	1.3%
Resultado Ejercicio I. Cerradas	-110	0%	856	0%	761	0%
Resultado Ejercicio Sistema	24.880	1.2%	-46.157	-1.9%	33.840	1.3%

Otros indicadores financieros	2015	2016	2017
Utilidad por Beneficiario Anual (\$)	7.295	-13.466	9.971
ROE (Utilidad / Patrimonio, %)	6.8%	-16.7%	9.0%
Siniestralidad (Cto. Op. / Ing., %)	88%	88%	87%

El sistema Isapre gasta el 86,7% de los ingresos de cotizaciones para pagar gastos médicos en prestaciones de salud de sus beneficiarios (68%) y pagar los reposos médicos o licencias médicas (18,7%). Eso es lo que se denomina "siniestralidad". Desde una perspectiva de seguros, un 87% de siniestralidad es una tasa muy alta.

La siniestralidad el año 1990 era del 75% y aumentó progresivamente hasta llegar a la tasa señalada. Es interesante hacer un análisis más fino de este aspecto. En atención ambulatoria, el 10% de los beneficiarios acumula el 50% del gasto ambulatorio. En las Isapres, el 1% de los beneficiarios acumula el 50% de la facturación hospitalaria y el 5% de los beneficiarios da cuenta del 88% de ese gasto. A su vez, este gasto se concentra en un 40% en las personas mayores de 60 años. En los años noventa, sólo el 4% de

los cotizantes de Isapres era mayor de 60 años, hoy es el 12%. Ello corrobora que lejos de descremarse, la cartera de Isapres ha experimentado un importante proceso de envejecimiento en los últimos 30 años. Los beneficiarios adultos mayores han crecido el triple (78% desde 1991-2017) que los menores de 60 años (18%) en el sistema Isapre. No obstante las cifras anteriores, la mitología que luego se ha transformado en posverdad señala que las Isapres expulsan a los viejos. Nada más lejano a la verdad.

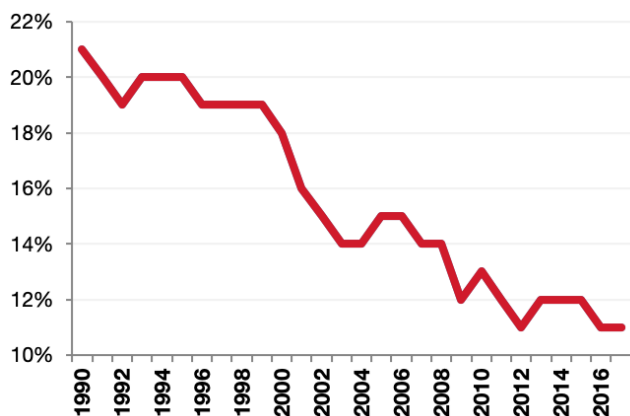
Situación inversa ha ocurrido con los gastos de administración y ventas, que desde un 20% el año 1990, cayeron al 11% al año 2017 (Gráfico N° 4).

A diciembre de 2017 la utilidad del ejercicio del sistema de Isapres correspondió al 1,3% de lo que se le paga a la Isa-

Gráfico 4

EVOLUCIÓN DE GASTOS ADMINISTRATIVOS EN ISAPRES COMO % DE INGRESOS TOTALES

Fuente: Elaboración propia en base a estados financieros Superintendencia de Salud, Isapres



pre. Eso representa \$ 9.971 al año, o sea \$ 831 al mes por beneficiario⁵. El Cuadro N° 2 entrega cifras cuyo orden de magnitud permite apreciar que las utilidades de las Isapres no son el problema de fondo del sector. El lucro en salud se da en diferentes estamentos que desempeñan una actividad legítima, protegida por la Constitución Política de la República. Sin embargo, el análisis en este sector se hace desde una perspectiva de un doble estándar. El lucro existe en los proveedores de servicios médicos, insumos, medicamentos, aseguramiento y asistencia médica, rescate y urgencias. Cuando algunos protestan por el lucro en la salud, lo que les molesta principalmente es el lucro en el sistema de aseguramiento. Tal posición es tan sesgada y extrema, como señalar que quien provee de algodón o de servicios de cualquier naturaleza a los hospitales estatales no podría lucrar, pues los recursos con los que se financian provienen de impuestos. Más aún, tales argumentos no tienen ningún soporte técnico ni económico.

De la mano del sector asegurador regulado de Isapres, surgió una moderna red hospitalaria y de centros médicos ambulatorios, que definitivamente cambiaron la cara de la salud en Chile. Esos modernos establecimientos, sin duda se tomaron como referencia de lo deseable para la salud pública. Ya no sólo tendría efecto en los beneficiarios de la salud privada, sino también en los del sistema estatal de salud. En base a información de la Asociación de Clínicas de Chile⁶ entre el 50 y 60% de las prestaciones que realiza el sector privado en consultas, exámenes y radiología las reciben los pacientes de Fonasa. Sabemos que esta cifra es mucho menor en el caso de hospitalizaciones, por las bajas coberturas que ofrece la Modalidad de Libre Elección de Fonasa en la atención privada. En este sentido, queda

en evidencia la importancia que tiene el sector privado para los beneficiarios del sistema estatal de Salud.

2.4 El sistema público de salud: Fonasa y APS

El Estado proporciona la atención primaria de salud (APS) a través de una red de establecimientos municipales y estatales. La atención secundaria y terciaria en establecimientos, consultorios y hospitales públicos administrados por los Servicios de Salud, dependen de la Subsecretaría de Red Pública del Ministerio de Salud. El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es la entidad financiera de la red hospitalaria del SNSS.

Fonasa percibe el 7% de cotización obligatoria (que representa el 33% de sus ingresos) más los aportes fiscales (que representan un 66% de sus ingresos) y financia a los establecimientos del SNSS, ya sea por vía directa o pago por prestaciones. Fonasa, en rigor, no es un seguro público, sino más bien un banco que retribuye principalmente vía directa y mediante algún sistema de pago por evento, a los establecimientos de salud estatales. Fonasa distingue a sus beneficiarios en cuatro grupos según sus ingresos. Los Grupo A y B, personas carentes de ingresos e indigentes, tienen gratuidad en las atenciones. El grupo C y D debe efectuar copagos del 10 y 20% del valor de las prestaciones en los establecimientos públicos, copagos que muchas veces por razones sociales nunca se cobran.

La Atención Primaria de Salud, como se intuye de su nombre, es primaria y ofrece las cuatro especialidades básicas, con poca capacidad de resolución y baja conectividad con los niveles secundarios y terciarios de atención. La APS es administrada principalmente por los municipios, y financiada por el gobierno central a través del per cápita basal, más los aportes que realizan las propias municipalidades, de acuerdo a sus disponibilidades. El valor fijo mensual per cápita depende de la población inscrita en cada consultorio y de un mecanismo de compensación de gastos por condiciones de ruralidad o pobreza. Según informó el Ministerio de Salud, para el año 2019 se contempla alcanzar una cápita basal promedio de \$ 6.300 (US\$ 10). Todos los gobiernos han tratado -con poco éxito- de fortalecer la atención primaria y mejorar el nivel de resolución, pero utilizando el mismo modelo de gestión.

2.5 ¿En qué gastan el dinero las siete instituciones del sistema público?

El presupuesto 2018 agregado, asignado por ley al Ministerio de Salud corresponde a \$ 8,17 billones, esto es, aproximadamente US\$ 13.300 millones. El origen de estos fondos es 2/3 de Aporte Fiscal y 1/3 de las Cotizaciones del 7% de los trabajadores afiliados a Fonasa. El presupuesto

⁵ Usted me dirá que las pérdidas de la ex Masvida adulteran las cifras. Para hacer simple el ejercicio, si saca a Masvida debería multiplicar por dos lo que le daría \$1.660 pesos al mes por beneficiario.

⁶ Clínicas de Chile AG. (2018) Dimensionamiento del sector privado de salud en Chile.

está distribuido en siete instituciones, donde la más importante son los Servicios de Salud, que consumen aproximadamente el 72,81% del total:

- Fonasa (13,15% deducidas transferencias al SNSS)
- Instituto de Salud Pública (0,43%)
- Central de Abastecimiento (0,14%)
- Subsecretaría de Salud Pública (5,85%)
- Subsecretaría de Redes (7,44%)
- Superintendencia de Salud (0,17%)
- Servicios de Salud (17) (72,81%)

Una forma diferente de analizar el presupuesto del sistema estatal de salud es descomponiéndolo como si fuese sólo una institución (Cuadro N° 3). Se trata de mostrar en qué gasta el Estado los aportes de los cotizantes. Por cierto, es una estimación, pues es difícil conocer en detalle el destino de las transferencias que existen entre las siete instituciones. Según el cuadro, las Remuneraciones están principalmente concentradas en los Servicios de Salud del SNSS y el 2,04% del presupuesto se destina a personal de otras instituciones del Ministerio. El gasto en Atención Primaria derivado del Presupuesto de los Servicios de Salud (20,24%) también es relevante. El cuadro no incluye el gasto que efectúan las municipalidades en Atención Primaria de Salud. Las Licencias Médicas consumen un 7,94% (=4,91+3,03) del presupuesto, no obstante que hay otros gastos que son minoritarias en esos rubros. El gasto de la Modalidad de Libre Elección representa el 6,97% del gasto en salud estatal. Las Instituciones dependientes, como la Superintendencia de Salud e ISP y los gastos ministeriales son bastante reducidos en términos relativos.

Cuadro 3

LEY DE PRESUPUESTO 2018

Fuente: Elaboración propia con base Proyecto Ley de Presupuesto 2018. Dipres. Presupuestos Ministerio de Salud; Fonasa; Subsecretarías de Salud Pública y Redes. Servicios de Salud.

ITEM Presupuesto 2018	Miles \$	%
Remuneraciones SNSS	2.552.410.136	31,22%
Bienes y Serv Consumo SNSS	1.477.090.732	18,07%
Gastos en Atención Primaria	1.654.078.873	20,24%
Gasto en Licencias Médicas SIL para CCAF	401.098.207	4,91%
Prestaciones Seg Social y SIL en Servicios de Salud	247.743.526	3,03%
Gasto en Libre Elección Fonasa	570.032.655	6,97%
Transferencias sector privado, campañas invierno, Etc.	14.706.259	0,18%
PNAC y Vacunaciones	115.582.878	1,41%
Gastos personal no SNSS	166.625.546	2,04%
Bienes y servicios de consumo no SNSS	106.451.791	1,30%
Inversión	443.704.285	5,43%
Otros	424.758.901	5,20%
TOTAL	8.174.283.789	

2.6 ¿Qué problemas enfrenta la salud estatal?

Los principales problemas que se producen en el sistema estatal de salud son: deuda hospitalaria, calidad del servicio, ausentismo laboral, listas de espera, entre otros.

La deuda hospitalaria se arrastra desde siempre, no se puede atribuir a éste ni a los anteriores gobiernos su responsabilidad. Año a año el presupuesto histórico es insuficiente. Y no es que los gobiernos no hagan nada al respecto. Chile ha gozado de un muy importante incremento del gasto público en salud, de los más altos de los países de la OCDE. Entonces ¿por qué sucede esto? La respuesta está en el proceso inflacionario que afecta al sistema y probablemente el mismo crecimiento presupuestario, lo que relaja los controles y aumenta las expectativas del equipo médico y de los pacientes para atender tantas necesidades insatisfechas en salud. Este es la materialización del mito de Leviatán, aquel animal mitológico que crecía al comer y al crecer, necesitaba más comida. Este endeudamiento trae consecuencias. Los proveedores de servicios e insumos médicos se ven afectados, los propios pacientes resienten las deficiencias de insumos y, en consecuencia, el deterioro en la calidad de atención.

El ausentismo laboral en el SNSS perjudica las listas de espera y atrasa las intervenciones quirúrgicas, lo que representa un alto costo social. Un Informe del Ministerio de Salud entregado al Congreso Nacional el año 2018, denunció que los funcionarios de los establecimientos de salud estatales se ausentan por enfermedad 23,7 días al año, duplicando la media nacional. El año 2017, 90 mil funcionarios presentaron más de 334 mil permisos, un 46% más que en 2013. Este informe es una clara muestra de la inefi-

ciencia de la gestión estatal. En el año 2017 la ausencia por licencias médicas representó 2.967.550 días perdidos con un costo de \$ 99,2 mil millones. De estos días perdidos la mayor tasa la presentaron los técnicos (31,8%) y los auxiliares (21,9%), seguido por los administrativos (17,4%) y los profesionales (16,5%).

En los sistemas donde existen listas de espera, al final los más vulnerables y con menos educación resultan los más postergados. En Chile, el sistema que provee las prestaciones médicas mantiene a casi dos millones y medio de personas (el 15% de toda su población) en listas de espera para un especialista, según denunciaron las propias autoridades ministeriales en mayo del 2018. El Ministerio de Salud sigue reconociendo esta situación, así como las más de 220 mil cirugías que esperan más de un año. Eso sólo es la punta del iceberg, porque hay pacientes que han sido postergados para evitar incrementar estas listas de espera. ¿A quién podemos culpar por esto? ¿Al personal, al equipo médico, a los administradores o al modelo de gestión obsoleto y burocrático? La respuesta es evidentemente al modelo administrativo burocrático.

No hay ninguna comisión presidencial, estudios académicos y de institutos de estudios políticos, que no señalen que el modelo de gestión de la salud pública -tan defendido por los propios sindicatos de trabajadores estatales o municipales- está obsoleto. Un ejemplo es la administración de los pabellones quirúrgicos. Según el informe Monitoreo de la Gestión de Quirófanos, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud de febrero de 2018, en el año 2016 existían 623 quirófanos, de los cuales el 91% (569) se encontraban en trabajo. Sin embargo, cuando se analizan las horas trabajadas se desprenden los problemas que históricamente afectan la salud pública. Del total de 1.868.445 horas disponibles de pabellón se ocuparon efectivamente 989.732 horas. Esto genera una pérdida de un 52% de horas de quirófano.

Otro ejemplo es lo que podríamos llamar "la guerra de las camas". ¿Quién da más? Pareciera que el mensaje políticamente correcto es qué gobierno construye más camas, no quién resuelve de mejor forma los problemas de salud de la población. Es cierto que en Chile las camas son insuficientes, pero si los pabellones quirúrgicos se utilizan la mitad del tiempo y las estadías hospitalarias tienen una duración del triple o más de las necesarias, es evidente que faltan camas. En Chile el 68% de las 38.362 camas hospitalarias pertenecen y son administradas por el sector público y su presupuesto se ha multiplicado por 3 en 17 años. Aún así, aumentan el endeudamiento y las listas de espera, se deterioran los hospitales y no mejora la calidad de los servicios ofrecidos. Por eso, antes de seguir construyendo más camas y aumentar las plantas de funcionarios, se requiere un cambio de modelo de gestión pública y de mantención y actualización de la infraestructura.

2.7 ¿Por qué no mejoran los servicios estatales?

A pesar que el presupuesto estatal de salud se ha multiplicado por cinco en los últimos 27 años, los servicios públicos no han mejorado sustancialmente, porque la lógica burocrática que regula los hospitales estatales no les entrega a sus administradores la autonomía suficiente en dos aspectos que son vitales para cualquier administrador: autonomía en la gestión de recursos humanos y autonomía en la gestión del presupuesto. Ello se refleja en la existencia de dos herramientas legales inadecuadas para gestionar una industria tan compleja y que requiere tanta flexibilidad, como un hospital:

- El Estatuto Administrativo, de aplicación nacional, que fija remuneraciones y determina el método de calificaciones, estímulos, retiros, horas extras y número de funcionarios para cada servicio público.
- Las Normas de Administración Financiera del Estado, normas presupuestarias que sólo pueden ser alteradas por un decreto supremo del Ministerio de Hacienda.

Tampoco existen las herramientas de gobernanza que permitan evaluar adecuadamente a los servicios públicos. Una mayor autonomía requeriría de mejores instrumentos de control para el Estado. El sistema de salud está influenciado políticamente por los poderes que se desarrollan al interior de los grandes sindicatos de los trabajadores de la salud. Por ejemplo, a pesar de los problemas evidentes que muestran los establecimientos estatales, el sistema de calificaciones de los funcionarios públicos reconoce al 99% de los trabajadores con la máxima calificación y aptos para recibir el máximo bono que entrega el Estado. Es muy difícil calificar mal a un trabajador aunque existan méritos para ello, pues el sindicato presiona con huelgas y manifestaciones. Los directivos de los establecimientos públicos se quejan de la dificultad de efectuar cambios, sanciones, despidos, relocalizaciones. Ello debilita la gestión de los administradores y acobarda a los gobiernos y a los políticos en sus intenciones de reformas.

Cualquiera puede preguntarse por qué esto no se resuelve, si el problema se arrastra por decenas de años. En primer lugar, la coordinación financiera bajo la lógica de la administración pública de los recursos fiscales es muy difícil. Sin desconocer la enorme labor que desempeñan los hospitales públicos y sus aciertos, hay ineficiencias evidentes. Por ejemplo, no es poco frecuente que a los pabellones les falte personal adecuado para operar, que se pierdan mañanas completas esperando condiciones en el pabellón, o que simplemente se tenga que suspender la intervención por falta de guantes quirúrgicos. Como se comprenderá, ninguna clínica privada podría darse el lujo de tener paralizada una inversión de alto costo. ¡Una situación como ésta dejaría rápidamente a su director sin trabajo! Nadie podría argumentar que las complicaciones relatadas se deben a falta de recursos. Son deficiencias de logística, de organización, de

formación y estímulo al personal, de control y gobernanza adecuada, en suma, son deficiencias de calidad de servicios por falta de una gestión moderna.

En segundo lugar, en un sistema tan centralizado como el nuestro, burocratizado y complejo, se busca algo que no existe: un Estado productor ideal, que gestione con eficiencia y sin pérdida de recursos, una industria complicada, atomizada a nivel nacional, con diferentes niveles de complejidad, capturada por gremios y que requiere mucho financiamiento. Con la dificultad política que representa la gestión pública, con cambios de gobiernos de por medio y rigidez administrativa, eso es muy difícil o casi imposible.

En tercer lugar, en el sector público de salud la función productiva está mezclada con el control y la gobernanza. Sólo para efecto de aclarar la terminología, cuando me refiero a gobernanza, se está apelando a la responsabilidad del propio gobierno de garantizar que la gestión del gasto en salud es la correcta. Pero, ¿qué ministro va a acusar a su propio gobierno y, aún más, a su propia gestión, de hacer mal las cosas? Por eso, el financiamiento, la gestión y la gobernanza no pueden estar en la misma mano política. No se trata de hacer la gestión, sino de exigir resultados. En el sistema privado al menos existe la calificación que el propio mercado puede hacer de un mal servicio, o actúa la fiscalización sanitaria y al final, los afectados pueden recurrir a los tribunales de justicia si se comete algún error o delito.

2.8 Caída de la productividad del sistema público de salud

Todos los informes realizados en los últimos años, con diferentes metodologías muestran una caída de la productividad del sistema público de salud. El gasto público viene incrementándose a una tasa media de un 10,2% entre 2011 y 2015 y los indicadores de productividad en salud han caído. Así, la producción por cada peso gastado ha bajado en un 8,7%, y la productividad sobre las dotaciones medias ha bajado en 3,8% (Lenz et al. 2016).⁷

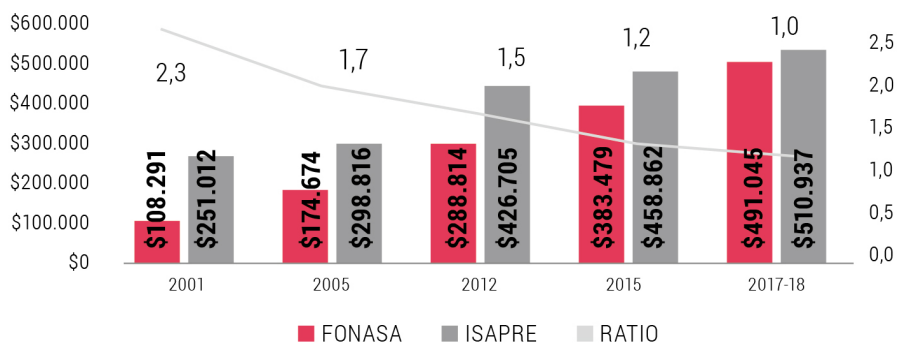
Tal como se muestra a continuación, “la red pública de salud obtiene un rendimiento muy inferior al sistema privado, con recursos productivos equivalentes y presupuestos muy similares, por lo que la diferencia sólo puede estar en la forma en que dichos recursos se gestionan.” (Saldías, 2018)⁸. Como se aprecia en la Gráfico 5, el gasto per cápita en salud en las Isapres, era en el año 2001 2,3 veces el gasto por persona en Fonasa. Con los incrementos del presupuesto estatal, el gasto en Fonasa al año 2018 prácticamente ha alcanzado al de las Isapres, a pesar del incremento del gasto que es advertido por los beneficiarios de las Isapres en los ajustes anuales de sus tarifas. Si el gasto continúa con la misma tasa de crecimiento anual, el año 2021 el gasto Fonasa per cápita superará al de Isapres, incluyendo los aportes voluntarios.

Hay que mencionar que la población de Fonasa es más riesgosa (mayor número de enfermos y adultos mayores, que se expresan en aproximadamente un 17% de mayor riesgo según composición sexo/edad) que la cartera de las Isapre. Por tanto, aunque la diferencia se ha ido acortando, aún existe una brecha presupuestaria, no obstante las economías de escala que el sistema estatal puede tener por su mayor tamaño. Si bien existen determinantes sociales que inciden en la salud de las personas, estas cifras derriban el argumento que suelen tener algunas autoridades que señalan consistentemente que las diferencias en calidad y oportunidad que se observan en el sector público versus el sector privado de salud se deben al hecho que los recursos per cápita con que disponen los beneficiarios de Fonasa para prestaciones de salud son sustancialmente inferiores a los de Isapre.

Gráfico 5
GASTO PERCAPITADO ASISTENCIAL EN SALUD

Fuente: Elaborado en base a Boletín Fonasa 2015 y 2017/2018 estimación Asociación de Isapres.
Gasto percapitado asistencial en salud: gasto en atenciones de salud que se hace en cada sistema previsional dividido por número de beneficiarios de cada sistema.

*Nota: cifras 2001-2015 en \$ 2015.



⁷ Lenz et al. (2016) Productividad en el Sistema Público de Salud 2011-2015

⁸ Saldías, Nelson. (2018) Salud basada en el Valor - Parte 2 - ¿Es más cara la Salud Privada?

3. EL ROL DEL ESTADO EN SALUD

3.1 Bismarck vs. Beveridge

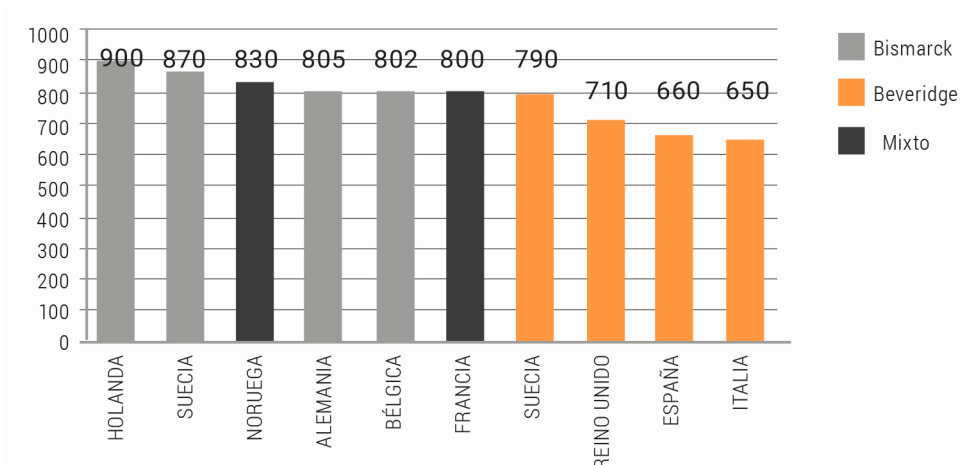
Todos los países presentan diferentes modelos de atención, tienen virtudes y debilidades, y todos son inflacionarios. Los sistemas influenciados por las ideas de Beveridge, que propiciaba un sistema estatal único, están principalmente financiados con impuestos generales, como los de Reino Unido, Canadá, España e Italia, aunque no necesariamente en esos países el proveedor de servicios de salud es el Estado. En cualquier caso, estos sistemas unificados no son tales, salvo en países donde se han materializado las políticas del socialismo real, pues presentan válvulas de escape representadas por personas que, a pesar de contribuir al sistema único estatal, contratan un seguro privado que satisfaga sus necesidades en salud.

Otros países están influenciados por el modelo de Von Bismarck. Su sistema de seguridad social se basó en una propuesta más liberal, competitiva, contributiva, con aseguradores privados que sustituyen al Estado como se

presentan en Alemania, Bélgica, Holanda y Suiza, entre otros. Según los rankings internacionales, los sistemas más cercanos a los modelos de seguros sociales obtienen mejor aceptación de sus usuarios (Gráfico N° 6). En general estos modelos tienen menos listas de espera, ofrecen mayor libertad de opción, existe competencia, no tienen poblaciones cautivas y en definitiva, afectan menos los derechos de libertad de los individuos, por lo que tendrían una mejor aceptación de sus usuarios. En consecuencia, como se aprecia en el gráfico siguiente, parece que hasta el momento ¡Bismarck le gana a Beveridge! En Chile existe un modelo de inspiración "Beveridge" que es Fonasa y uno de influencia "bismarckiana", como lo son las Isapres.

Gráfico 6
EVALUACIÓN GLOBAL DE SISTEMAS DE SALUD EUROPEOS (2017)

Fuente: Elaboración propia basada en *EuroHealth Consumer Infx 2013*, *Health Consumer Powerhouse*, basado en 48 indicadores.



Los sistemas de salud administrados por el Estado presentan características que son comunes en todos los países: administración deficiente, listas de espera y alto endeudamiento. Países con buenos niveles de ingresos también tienen problemas. El sistema público de salud español presenta demoras y esperas, al igual que en el Reino Unido, Canadá, Suecia, Dinamarca, Portugal y, por cierto, en todos los países latinoamericanos que cuentan con sistemas públicos de afiliación obligatoria y universal y que además, ofrecen servicios deficientes y pobres. Por eso, en todos esos países, pobres y ricos, surgen los seguros privados, verdaderas válvulas de escape de la ineficacia estatal, pero válidos sólo para los que cuentan con recursos para pagar sus primas.

En muchos países existe el doble aseguramiento o doble tributación en salud. Me refiero al doble o triple aporte que hacen las personas: a la seguridad social, en forma obligatoria y a un seguro privado, en forma voluntaria, además de los impuestos que le correspondan según su tramo de ingresos, que siempre serán altos. La gente compra seguros privados simplemente porque no les satisface la salud estatal. Eso es lo que sucede en España. El problema es el castigo que se le aplica a las personas que estando afiliadas a un seguro privado de salud, y que no utilizan los servicios estatales, no pueden deducir sus pagos, como sí lo hacen los trabajadores en Chile. Paradójicamente lo que en todos los encuentros internacionales es celebrado como una enorme fortaleza para los trabajadores chilenos, que no están sujetos a dobles pagos, en Chile un sector político quiere eliminarlo.

3.2 ¿Un seguro único estatal para salud?

En la elección presidencial de 2017, al menos cinco pre candidatos propusieron estatizar la salud. Claro, no lo dicen directamente de esa forma, pero proponen la creación de un asegurador estatal único, que garantice el acceso universal a un plan de salud definido y administrado por el Estado. Para ello, los más moderados o los más listos, entendiéndolo que esto no podría ser realizado en un solo acto expropiatorio, proponen la creación de un “Fondo Mancomunado” que es una forma retórica para referirse a un impuesto a la salud o una exacción a los trabajadores que hayan preferido afiliarse a una Isapre.

No se puede perder de vista que las Isapres manejan fondos privados correspondientes a un mandato legal que se deriva de un derecho constitucional que les otorga a los trabajadores libertad de elegir en salud. No parece aconsejable destinar la cotización a un fondo común estatal, separar la cotización obligatoria destinada a financiar un

plan obligatorio de aquellos pagos destinados a costear beneficios complementarios, ni aplicar ningún mecanismo que produzca mancomunidad de las cotizaciones para salud. Lo que es de todos no es de nadie. Ese viejo aforismo refleja claramente que debe existir alguna relación entre lo que aportan los individuos y lo que obtienen.

Para justificar la creación de un “Fondo Mancomunado” se dice que este fondo serviría para delegar en el Estado algunas funciones en salud, como por ejemplo, financiar la Atención Primaria a la cual todos los chilenos tendrían derecho, o para financiar un programa de trasplantes, como si con esta fórmula el Estado, es decir Fonasa y el SNS, adquirirían automáticamente atributos especiales que les haría actuar eficientemente, ahora con el 100% de los chilenos. De esta forma, el Estado se transformaría en el único recaudador y asegurador en salud en Chile y las Isapres y compañías de seguros podrían ofrecer seguros voluntarios, tal como los que se ofrecen para asegurar autos o casas. Las ideas bases de este modelo, están expresadas en la propuesta efectuada por la mayoría de los participantes de la última Comisión Presidencial de Salud de la Presidenta Bachelet el año 2014.

¿Qué importancia puede tener la implementación de un sistema único de salud? Desde el punto de vista práctico, la propuesta anterior apunta a crear un monopolio para los beneficiarios y un monopsonio para los proveedores de bienes y servicios en salud. Podemos mencionar tres grupos afectados: a) las personas a quienes se les elimina su capacidad de opción, b) los proveedores e inversionistas del sector, a los que les instala un único y poderoso comprador y c) los profesionales y trabajadores de la salud a quienes se les impone un único empleador. Lo anterior implicaría una disminución de bienestar y un desincentivo e incertidumbre respecto de la situación actual.

Desde el punto de vista filosófico, un sistema único de salud representa una brutal injerencia estatal en las decisiones de las personas, nos acerca al absolutismo y nos aleja del constitucionalismo⁹. El núcleo de este argumento es que con la aparición del absolutismo administrativo -un sistema único de salud- al poco tiempo el poder burocrático termina sutilmente vulnerando el Estado de Derecho. El poder sin límite que se le asignaría al poder burocrático investido de su rol monopólico, vulnerará los derechos de las personas que emanan precisamente de la Constitución Política de la República.

Muchos podrán argumentar que el sector privado también puede someter y abusar de sus beneficiarios o clientes. Es cierto, pero en ese sector los beneficios se acuerdan por contrato y los derechos pueden hacerse exigibles por los

⁹ Arias C., Tomás. La tarea de los liberales y dos relatos sobre el poder de las burocracias. www.elcato.org

contratantes, sean estas personas naturales o el propio Estado, recurriendo a la justicia como suele suceder frecuentemente, o bien al organismo regulador, Superintendencia, etc. En última instancia, los legisladores, si son diligentes, pueden cambiar la legislación para evitar abusos, si hubiesen.

La estatización es una amenaza permanente en los países libres y democráticos en áreas como la educación, la salud, las pensiones, la vivienda, el agua, etc. El peligro es que se trata de una estatización que se implementa de forma discreta, a veces invisible, como lo señala Vargas Llosa (*El llamado de la tribu*) y a menudo con el propio consentimiento y complicidad de sectores liberales, que no se dan cuenta que de esta forma se expropián los márgenes de libertad individual en aras de ciertas justificaciones de orden moral. Vargas Llosa recalca, además, que la seguridad social y el seguro médico fueron privados, pero son cada vez más, en todas partes del mundo, prestaciones del Estado. Sin embargo, cuando el Estado se hizo cargo de estos servicios, creó expectativas falsas a la gente y no pudo cumplir sus ofrecimientos. Al final, los impuestos generados para financiar el gasto social, los altos costos asociados y la ineficacia de la gestión del presupuesto público no han hecho más que desilusionar a la población y desalentar las inversiones y la creatividad empresarial en el sector salud.

En Chile, los gobiernos se empeñan en ocupar el espacio económico en salud, ampliando cada vez más los servicios públicos. El discurso de todos los gobiernos repite como un mantra “fortalecer la salud pública”. No es que no haya que aumentar la disponibilidad de servicios médicos, la cobertura y la calidad que estos ofrecen. Lo que se señala es que esos servicios faltantes perfectamente podrían ser provistos por el sector privado y los existentes deberán cambiar sus herramientas de administración. Hay capacidad de gestión, de inversión, inteligencia, emprendimiento e innovación. ¡Pero no se hace!

3.3 ¿Qué aporta el sector privado?

El sector privado se destaca primeramente por su flexibilidad al no estar sometido a normas de gestión tan estrictas como las que rigen el sector público. No hay que olvidar que la gestión pública faculta a sus administradores a hacer sólo lo que la ley los autoriza expresamente. Sus iniciativas e innovación terminan donde lo define la ley. Por el contrario, las regulaciones que afectan al sector privado le permiten a sus gestores hacer todo aquello que no esté expresamente prohibido en la ley. Ello abre infinitas posibilidades de aportes en: flexibilidad en la gestión, innovación, capital, talento e investigación.

Casi todo el avance científico y tecnológico del que se ha beneficiado la medicina y que ha permitido la construcción de una ciencia médica cada vez más efectiva, compleja, tecnológica, resolutoria y democrática (quiero decir al alcance de grandes poblaciones), sería inimaginable sin la contribución de la iniciativa privada y del mercado como elemento orientador de la actividad económica, conceptos tan despreciados por los especialistas en salud.

El mercado competitivo propende a asignar correctamente los recursos, pero por sobre todo, a que los diferentes actores que participan del proceso maximicen la obtención del mayor producto posible para la población. No se conoce otro mecanismo mejor. Se ha intentado, pero la historia ha demostrado que todos los esfuerzos para alterar el proceso económico natural con ingeniería social, han fracasado. Alguien dirá que estos procesos de mercado marginan a las poblaciones más vulnerables. Ello sólo es cierto si el Estado no asume correctamente su rol subsidiario y garante del bien común, entregando la protección necesaria o asignando para ello los subsidios que correspondan.

3.4 El rol subsidiario del Estado

Lamentablemente, la concepción de Estado subsidiario no se analiza por sus propios méritos, sino que se critica por el origen político que tuvo la aplicación de este principio en Chile. Sin embargo, tal concepto constituye una de las bases económicas y políticas de la Unión Europea.

El rol del Estado en la salud es la rectoría de la salud pública. Entre las acciones subsidiarias están las referidas a aquellas que son propias de la salud pública, en el entendido que esto se refiere a actividades de regulación, control, vigilancia epidemiológica, fiscalización sanitaria, atención en zonas rurales y extremas y a garantizar la equidad en el acceso a un sistema de salud digno y eficiente a todos los ciudadanos. Pero la salud pública no debería entenderse como una obligación del Estado de administrar una red pública de salud, de cobertura nacional, como lo es la del SNSS y Municipal de APS, si existe el interés de privados de hacerlo en ciertas localidades, especialmente si con esa enorme tarea de gestor de cientos de hospitales y consultorios -como lo es hoy- debilita su responsabilidad de controlador y garante de la sanidad nacional.

El Estado debe velar por garantizar derechos de la población y para ello podrá comprar, concesionar, delegar o contratar seguros y soluciones médicas para su población. La gestión o producción de servicios de salud debe ser delegadas en la sociedad organizada (Cuadro N° 4).

Cuadro 4

LOS ROLES PÚBLICOS Y PRIVADO EN SALUD

Rol ineludible del SECTOR PÚBLICO	Colaboración del SECTOR PRIVADO
<ul style="list-style-type: none">• Políticas públicas en salud• Vigilancia epidemiológica• Programas de vacunaciones• Prevención de enfermedades transmisibles• Control programas• Control financiero• Control sanitario• Contratación de servicios• Políticas medioambientales• Políticas de drogas y medicamentos• Políticas de alimentos• Políticas de Evaluación de Tecnologías• Políticas sobre reposo médico• Evaluación social de proyectos• Epidemias, catástrofes• Zonas extremas	<ul style="list-style-type: none">• Inversión en infraestructura• Renovación y mantención de la infraestructura• Aseguramiento de la población• Entrega de servicios clínicos integrados• Inversión, mantención de equipos• Desarrollo de programas• Cumplimiento de objetivos y políticas públicas de salud• Formación de recursos humanos• Manejo de data

4. REFLEXIONES FINALES

Después de haber recorrido un sinnúmero de argumentos que hacen pensar que dada la complejidad que ha adquirido el sector salud, especialmente en lo que se refiere al aseguramiento y provisión de servicios de salud, cuesta pensar que exista otra solución que no sea otra que la colaboración público-privada. Entiendo perfectamente que las soluciones más adecuadas desde el punto de vista de servicio y resultados no siempre tienen viabilidad política, pero eso no impide mostrar cuál debería ser el faro que oriente los cambios que paulatinamente habrá que emprender en los sistemas de salud.

Cuando exista la posibilidad que se produzca verdadera colaboración público-privada en salud para terminar la profunda discriminación por ingreso que existe en nuestro sistema, el sector privado podrá demostrar que es capaz de proporcionar servicios adecuados a la mayoría de la población. Así, el Estado podrá ocuparse con más fuerza de la regulación, vigilancia epidemiológica, financiamiento, control y la gobernanza correspondiente.

Las herramientas de colaboración público-privada de un Estado subsidiario que deberían considerarse son: concesiones hospitalarias, concesiones sanitarias, compra de servicios médicos, compra de soluciones médicas, externalización de servicios y subsidios portables.

Los esfuerzos para reformar el sistema han estado errados en Chile. Los gobiernos han puesto énfasis especialmente en mejorar los sistemas de gestión estatal y reformar el seguro privado, no obstante que es en la aplicación de los subsidios fiscales a la oferta pública de prestaciones médicas donde radican los principales problemas. En Chile los subsidios estatales -que representan 2/3 del financiamiento de la salud pública- son financiados con impuestos generales, pero las personas no pueden elegir democráticamente dónde aplicar dichos subsidios. La decisión la realiza el Estado, quien asume una posición superior para definirlo, arrogándose la autoridad sobre el individuo, amparado en la ley. Es ahí donde está la base de la desintegración del sistema y de la transformación del sistema Isapre

en un seguro que beneficia sólo a quienes pueden pagarlo. Es decir, la discriminación la impone el propio Estado, pues los subsidios fiscales no siguen las decisiones de la gente sino la decisión política errada de financiar sólo a la "salud pública". Por ello, las personas de rentas bajas quedan cautivas del sistema estatal de salud. Esa población que recibe las prestaciones estatales está sujeta al racionamiento, que como se arrastra por años, llega a parecer normal en el sistema estatal de provisión de prestaciones médicas.

Esta concepción errada en la entrega de subsidios estatales a salud implica de alguna forma, una violación de la libertad y el derecho de propiedad. La Constitución de la República garantiza el derecho a la protección de la salud y señala que las personas podrán elegir el sistema, estatal o privado, en el que deseen hacer efectivo su derecho (CPR, Artículo 19 número 9). Si el Estado ha determinado que una fracción de su presupuesto es para financiar el sistema de salud y la propia Constitución Política de la República reconoce el derecho de las personas de elegir el sistema de su preferencia pero al final asigna los subsidios a la oferta no se cumplen esos preceptos. Si un trabajador se cambia del sistema subsidiado de Fonasa a una Isapre, pierde totalmente el derecho a la propiedad del subsidio estatal que le correspondía cuando estaba afiliado a Fonasa, no obstante que desde el momento que materializa su derecho al cambio, deja de ser una carga para el Estado.

¿Isapre para todos? Esta frase fue un slogan de campaña que, quizás, se adelantó a los tiempos. Con ella se quiso simbolizar el derecho a elegir en salud, pero tal vez faltaban elementos que hoy sí están mejor perfilados, como el "plan garantizado", fondos de compensación de riesgo, las mediciones de *outcomes* y los recursos económicos disponibles. He sido un defensor del derecho a elegir en salud. Es una forma de democratizar la salud y de eliminar las discriminaciones por ingreso. ¡Qué más democrático e inclusivo que personas de diferentes niveles de ingreso puedan atenderse en una misma clínica privada!

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arias C., Tomás. *La taera de los liberales y dos relatos sobre el poder de las burocracias*. www.elcato.org

Cobertura universal de salud para el desarrollo inclusivo sostenible (2014). Banco Mundial.

Dimensionamiento del sector privado de salud en Chile (2018). Clínicas de Chile (AG).

El gasto en salud en Chile (2018), Isapres de Chile (AG).

Lenz. et al. (2016) et al. (2016) Productividad en el Sistema Pública de Salud 2011-2015

OPS (1978), Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán del 6 al 12 de septiembre de 1978.

Saldías, Nelson (2018). Salud basada en el valor -Parte 2- *¿Es más cara la salud privada?*



LIBERTAD Y DESARROLLO