

# Reforma del sector de la salud en Chile: Avances y problemas en la implementación\*

Marcos Vergara

\* Este resumen fue realizado a partir de los 7 documentos “en foco” encargados a los distintos expertos para conocer, desde diversas perspectivas, los avances en la implementación de la reforma del sector de la salud en Chile. También se utilizó como referencia para estructurar esta elaboración la presentación realizada por el autor en el Seminario “El Chile que Viene”, organizado por el Centro de Estudios Públicos y la Corporación Expansiva.

## Introducción

Antes de la reforma que introdujo el gobierno militar, a fines de los 70 y comienzos de los 80, Chile tenía un sistema de salud promovido por el Estado, muy apalancado en la gestión del mismo y consistente con la visión global de la economía de aquella época (CORFO), así como con el desarrollo de los mecanismos de seguridad social europeos.

El sistema no era único, sino que se encontraba segmentado por categoría laboral. Estaba, por un lado, el Servicio Nacional de Salud (SNS) correspondiente a los denominados obreros, que incluía a los indigentes y que fue el resultado de movimientos sociales originados en los tiempos del *boom* del salitre. Por otra parte, se encontraba el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que fue un acuerdo que los empleados forjaron durante el gobierno de Eduardo Frei padre, en 1968. Vale la pena destacar que estos sistemas implicaron a la vez dos formatos distintos de atención: uno institucional, basado en la oferta de la red de prestadores públicos que se desarrolló, y el otro de libre elección, fundado en la demanda por prestaciones, bonos de atención, fuertes copagos y servicios convenidos con la red pública y privada, la cual era pequeña. Como se aprecia, la experiencia de la modalidad de operación de SERMENA es el sustrato técnico disponible en el país al momento de crear y desarrollar las Isapres.

Del mismo modo, en su madurez se articularon detrás de estos sistemas dos maneras de producir solidaridad. En ambas, la solidaridad por riesgos estaba resuelta por definición, en la medida en que el *pool* lo constituían la totalidad de trabajadores activos, pasivos y sus cargas, incluidos los indigentes en el caso del SNS. Luego, en el SNS la solidaridad por ingresos se resolvía principalmente con los aportes o subsidios del Estado que se agregaban a las cotizaciones obligatorias. En tanto, en el caso del SERMENA, que no estaba enteramente libre de subsidios públicos, la solidaridad se producía principalmente a través de lo que hoy denominan “subsidios cruzados” entre cotizantes.

Las reformas introducidas al sistema bajo el régimen militar fueron consistentes con la reestructuración previsional general que se llevó a cabo en el período y que implicó varias cosas. En primer lugar, se fusionaron el SNS y SERMENA en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, cuya tesorería, FONASA, mantuvo la administración de la modalidad de atención bajo el formato de libre elección. Con esto se terminó con la distinción por categoría laboral. Al mismo tiempo se crearon las Instituciones de Salud Previsional,

entidades privadas que concurrieron a proveer aseguramiento en el marco de la seguridad social, haciendo uso de cotizaciones obligatorias, pero operando con lógica de seguros privados de corto plazo, es decir, tarifando por riesgos. Esta reforma generó un tipo de segmentación distinto dentro del sistema, ya no por categorías laborales, sino por riesgos e ingresos de las personas, estratificación que está vigente en la actualidad.

En segundo lugar, se declaró una descentralización territorial —el Sistema Nacional de Servicios de Salud— que en la práctica no se materializó, por el pre-

**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, que hasta ahí era un ente rector por definición. De esta forma, todo el tema de la gestión de la red asistencial de provisión de servicios quedó instalado como una tarea relevante del ente rector, que hasta hoy consume la parte más importante de sus energías.**

dominio de un modelo de organización y gestión de formato militar que hizo que el sistema en su componente público continuara operando con control directo del nivel central. 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, que hasta ahí era un ente rector por definición. De esta forma, todo el tema de la gestión de la red asistencial de provisión

de servicios quedó instalado como una tarea relevante del ente rector, que hasta hoy consume la parte más importante de sus energías. No es posible descartar que el propósito de este componente de aquella reforma fuera eliminar, al menos temporalmente, el natural afán regulador y el interés por la salud pública que hubiesen continuado desarrollándose en la burocracia ministerial y que podrían haber operado en contra de las fuerzas del mercado.

Lo anterior se complementó con la municipalización del nivel primario de atención, dimensión adicional y efectiva de la descentralización territorial, tal como lo insinúan Infante y Orellana en el en foco 111, elaborado para Expansiva en el marco de la investigación de “Avances y perspectivas de la reforma del sector salud”. Esta municipalización se vivió desde los Servicios de Salud como un quiebre en la continuidad de los cuidados, la que estuvo provista por la red asistencial pública. La infraestructura cambió de propietario y los contratos del personal fueron a dar a otro administrador. Por aquellos tiempos las tecnologías

contractuales con las que pudo haberse resuelto bien una cosa como esta, desde los propios Servicios de Salud, no estuvieron disponibles y, en consecuencia, el luto se prolongó en el tiempo, haciendo que la red asistencial parezca y en la práctica muchas veces esté, efectivamente, interrumpida en cuanto a la continuidad de servicios.

También se introdujo una suerte de desconcentración o descentralización funcional y se generaron condiciones para que funcionara un cuasi mercado, ya que se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que habría de 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. Este es un tema que los autores Oyarzo y Maira enfatizan en el en foco 110, cuando hacen referencia a un eventual retroceso en los avances obtenidos en los últimos años para la operacionalización de un modelo eficaz y eficiente de compra-provisión entre FONASA y los prestadores públicos.

Como es sabido, durante los primeros años de gobiernos democráticos y antes de la última reforma, se introdujo una cantidad importante de recursos en el sistema público: se duplicó —y más— el gasto per cápita en el período 1990-2000 y se mantuvo la cobertura de la seguridad social —históricamente bastante alta, bordeando cerca del 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 este período se mantuvo en torno al 14% del gasto del Estado, y el “pago de bolsillo”, que incluye desembolso en farmacia y otros no capturados en la cifra anterior, ha sido estimado en un 27%, respecto del total del gasto, para toda la población. En el mismo período el gasto en salud pública referido a intervenciones colectivas sobre el conjunto de la población, incluida la actividad reguladora, estuvo en torno al 7,5% del total.

En materia de equidad hubo algunos avances. El Índice de Gasto Per Cápita, 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. De la mano con la mayor afiliación de personas de menores ingresos, este índice llegó a 0,66 en el año 1999. Debe tenerse en cuenta que un 7,5% del gasto público se destina a materias que abarcan a toda la población.

En el período hubo un leve crecimiento del sistema privado asegurador, del 16% al 18% de la población, con una fluctuación importante que llevó al sistema privado a cifras cercanas al 25% en la segunda mitad de los 90. También existió un gran desarrollo de la infraestructura prestadora. Obsérvese en las estadísticas como creció y sigue creciendo el número de camas en el sector privado.

Persistió en el período, sin embargo, la segmentación del sistema de salud por riesgo e ingresos. En esta materia no hubo avances, aun cuando es posible destacar el intento precoz y fallido de la Superintendencia de Isapres

por crear un fondo para la vejez, a comienzos de los 90; así como también los estudios del Ministerio de Salud para lo que se alcanzó a denominar “reforma de la seguridad social”, en 1996, durante la gestión del Ministro Carlos Massad.

Como resultado de todo lo anterior el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2000, ubicó a Chile en el primer lugar en el factor equidad de la sobrevivencia infantil; en el lugar 32 como indicador

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

de situación y distribución del estado de salud de la población —lo que es bastante bueno—; pero también lo posicionó en el puesto 168 de la dimensión *fairness*, que es la de “justicia en el financiamiento”, lo que representa una posición bastante desmejorada. Por último, Chile ocupó un lugar “X” en la dimensión *responsiveness*, que es la capacidad de reacción sensible del sistema, referida a las cosas que rodean a la respuesta estrictamente técnica en la prestación de servicios de salud. Las razones por las que no conocemos la posición de Chile en este componente las explica el economista Phillip Musgrove, en una sorprendente publicación realizada en “Lancet”,<sup>(1)</sup> una de las revistas científicas de salud pública más importantes a nivel mundial.

---

(1) THE LANCET. Vol 361. May, 24, 2003. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

## La Reforma de la Salud en Marcha

### Diagnóstico del sector para la reforma

Hasta hace un tiempo había perdido importancia la salud pública o medicina colectiva, al decir de Jaime Mañalich en el en foco 107, ello frente a la industria de atención médica y de los seguros —medicina individual según este autor— de gran desarrollo en las últimas décadas. En términos prácticos, las personas manejan el lenguaje de los seguros, hablan de catástrofes sanitarias, quimioterapias, cirugías (hoy plásticas), cobertura financiera y copagos. Salvo por el virus Hanta o el SIDA, que representan la visión más ancestral de la epidemia y, en consecuencia, de la acción de la salud pública, cuando se habla de este tema muy poca gente hace referencia a los tópicos de salud pública que subyacen a la parte más importante de la carga de enfermedad, como el consumo de alcohol y tabaco; los estilos de vida sedentarios; la alimentación no saludable; los accidentes y la violencia; las enfermedades laborales vinculadas a los modos de producción de bienes y servicios, entre otros.

En el contexto de creación de la reforma, la salud del adulto y del adulto mayor había tenido muy poco desarrollo normativo y operacional, a pesar de que el perfil de morbimortalidad la señalaba con bastante claridad como prioritaria. Por otra parte, el desarrollo del modelo de atención que gestiona la demanda, es decir, que se hace cargo de una población determinada, era muy precario. Esto último está estrechamente relacionado a la conceptualización más básica de la denominada “gestión en red”, ideal aparentemente no materializado hasta la fecha, a cuya interpretación se recurre con frecuencia en el debate.

En temas de calidad y en materia de cobertura, existía una clara percepción de inseguridad financiera en el sistema Isapre por falta de esta última. Este era el problema de la “letra chica” que se hacía evidente al momento de enfrentar una dificultad de salud importante, lo que lo se tornaba particularmente crítico mirado desde el paradigma clásico de la seguridad social: la cobertura que no te cubre. Por su parte, la modalidad institucional de prestación pública de

*En el contexto de creación de la reforma, la salud del adulto y del adulto mayor había tenido muy poco desarrollo normativo y operacional, a pesar de que el perfil de morbimortalidad la señalaba con bastante claridad como prioritaria. Por otra parte, el desarrollo del modelo de atención que gestiona la demanda, es decir, que se hace cargo de una población determinada, era muy precario.*

servicios no garantizaba la oportunidad de acceso a la atención, lo que se veía claramente en el fenómeno denominado “colas de espera”, característico de sistemas organizados de esta forma, cuyo mecanismo de control de la demanda es el racionamiento.

En materia de solidaridad y equidad, el sistema creado durante el gobierno militar promovió la concentración de mayores riesgos y menores ingresos en el sistema público. En 2002, no obstante mejorado respecto de los años anteriores, el gasto per cápita de Fonasa alcanzaba un 54% del correspondiente a las Isapres, a pesar de incluir el gasto en salud pública que se realiza a nombre de toda la población. A esa misma fecha el “pago de bolsillo” seguía siendo importante, como se evidencia en el estudio de Baeza y Pakard donde los autores nos muestran que más de un 5% de familias del tercer quintil caen bajo la línea de 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 “sobreaseguramiento” estructural de los seguros privados y la falta de competitividad del sector, en particular al interior del ámbito público, que tiene un comprador cautivo, y entre los sectores público y privado. 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, a su modo, 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, por un conjunto variado de incentivos ausentes y presentes, no despreciables en el caso de los hospitales pequeños, cuya escala es deseconómica —ver en foco 108 de Rodrigo Castro—.

### **¿Por qué ahora sí la reforma?**

Entre las razones que facilitaron la materialización de la reforma estuvieron el descontento ciudadano y el peso de la opinión pública, debido entre otras cosas a la creciente importancia que se vino a otorgar al discurso de derechos ciudadanos, transformado en un referente normativo de orden global. Es decir, la

balanza con que se tomó el peso al interés de la población se había ido haciendo crecientemente sensible. Este componente “ciudadano” facilitó la incorporación de la reforma en la agenda de gobierno, después de que el sector de la salud estuviese muchos años metido en la “galera”, modernizándose al ritmo que marcaba la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. Con esto no estamos negando la importancia que esa Dirección de Presupuestos tuvo en esta reforma, donde fue un actor principal.

*Este componente “ciudadano” facilitó la incorporación de la reforma en la agenda de gobierno, después de que el sector de la salud estuviese muchos años metido en la “galera”, modernizándose al ritmo que marcaba la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda.*

Por último, resultó crítico el *stock* de conocimiento y tecnología desarrollado en los anteriores gobiernos de la Concertación: por ejemplo, el Plan AUGE 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 hace varios años. De hecho, hay una ley tramitada cuya implementación echan de menos los autores Oyarzo y Maira en el en foco 110, la cual es la base necesaria para el buen éxito de esta reforma.

### **Componente normativo de la Reforma**

En la dimensión normativa de la Reforma están las leyes que crean el régimen de garantías, que son de implementación gradual y constituyen el eje de la misma. Además, 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 un Fondo de Compensación de Riesgo Inter-Isapres.

Hay tres cuestiones que la norma no consideró y, en consecuencia, si bien pueden formar parte del debate, no son un componente vigente de la reforma en implementación. En el en foco 106 Gonzalo Simon alude al problema de la integración público-privada que pudo materializarse a través de permitir a los ciudadanos portar su subsidio estatal al seguro de su preferencia, tema vinculado a la no materialización del fondo de compensación global. Un segundo tema a

que alude el autor es el de las denominadas “concesiones hospitalarias” en el sentido de poner la provisión de servicios hospitalarios en manos de operadores privados, aprovechando la oportunidad de los requerimientos de inversión que el sector público ha estimado para los próximos 5 años —unos 600 millones de dólares—. Y un tercer tema es el de las licencias médicas, cuyo crecimiento ha sido persistente en el tiempo, hasta comprometer parte importante de los presupuestos sectoriales y empujar los costos de la salud al alza. En este último punto cabe hacer notar los esfuerzos realizados por Rodríguez y Tokman<sup>(2)</sup> para sistematizar el problema y recomendar cursos de acción.

Un cuarto aspecto que podemos agregar en este recuento acerca del marco normativo vigente es uno que no corresponde a la reforma, pero que está a la base de lo que ella requiere para maximizar los impactos de su materialización, en particular de su componente más reconocido, el GES —Sistema de Garantías Explícitas de Salud—, tal como lo explicitan en el en foco 110 los autores Oyarzo y Maira. Estos visualizan un retroceso en cuanto a la separación compradores-prestadores públicos, puesto que aún antes de la ley que intentó consolidar esta relación FONASA había asumido un liderazgo en la compra. A juicio de los autores, en la actualidad las autoridades habrían preferido volver al modelo clásico, de que transfiriendo más recursos los problemas de falta de atención se resolverían. Complementariamente a esta visión, el diagnóstico de la realidad hospitalaria del sector público que ofrece Rodrigo Castro en su en foco, bajo la metodología DEA (Análisis Envolvente de Datos), es que se consumen en exceso de recursos, en los hospitales, entre un 30 y un 94 por ciento, para generar el nivel de actividad que producen. El autor reconoce, no obstante, las dificultades para medir producción.

### Implementación de la Reforma

A continuación los temas a desarrollar intentarán seguir la taxonomía que se insinúa en el diagnóstico; sin embargo, esta se subordina a lo que se encuentra en la lectura de los documentos en foco elaborados por distintos autores en torno a la investigación “Avances y perspectivas del sector salud”, algunos de los cuales ya han sido citados anteriormente. De cualquier forma los temas se entremezclan, como es de esperar en la implementación de una reforma integral,

---

(2) Tokman, M., Rodríguez, J. y Larrain, F., “Subsidios por Incapacidad laboral 1991-2002: Incentivos Institucionales, Crecimiento del Gasto y una Propuesta de Racionalización”. Estudios Públicos, 93 (Verano 2004).

por lo que no es posible erradicar la sensación de que lo que va en un lado tal vez pudo ir, de mejor forma, en otro.

### **Separación de funciones en el eje salud pública-provisión de servicios**

Tal como lo señalaba detalladamente Martínez en el en foco 111, las leyes fortalecen el ejercicio de la “autoridad sanitaria”, al tiempo que crean condiciones básicas para una mejor gestión de la prestación de servicios, al separar de la provisión de estos las funciones de rectoría y regulación. Esto corrige en gran medida el problema principal de marco institucional presente en el sector, cual era aquel que redundaba en una especial preocupación del ente rector en los problemas de provisión de servicios que operaban bajo su directo control.

Algunos autores visualizan riesgos de segmentación del sistema de salud con impacto en el quehacer de salud pública —Infante y Orellana— y otros visualizan bastante improvisación en la implementación de este proceso de empoderamiento de la autoridad sanitaria regional —Arteaga y Muñoz—. Los primeros aluden a dos canales de diálogo con el nivel municipal, nivel de síntesis entre lo asistencial y lo comunitario: uno desde la red asistencial y otro desde la autoridad sanitaria regional. Al respecto sugieren privilegiar la conversación con el Servicio de Salud —la red— y reservar para la SEREMI la entrega de insumos analíticos tendientes a facilitar la integración. Esta observación de los autores es relevante para una apropiada concepción de modelo de atención y de “gestión en red”.

En cuanto a la experiencia de separación vivida desde las SEREMIs, no obstante se asigna valor a la medida de política que potencia el rol de estas entidades públicas, la exploración revela un alto grado de molestia y desencanto por el grado de improvisación con que esta separación fue realizada. A juicio de los autores Arteaga y Muñoz la implementación “no fue pensada” con el mismo rigor y atención que el diseño, lo que no sería un fenómeno inhabitual en estos procesos. En la reflexión de los autores, basada en entrevistas semiestructuradas hasta la saturación a funcionarios de cuatro SEREMIS del país, incluyendo la Metropolitana, subyace una visión muy crítica al rol del nivel central del

*Algunos autores visualizan riesgos de segmentación del sistema de salud con impacto en el quehacer de salud pública —Infante y Orellana— y otros visualizan bastante improvisación en la implementación de este proceso de empoderamiento de la autoridad sanitaria regional —Arteaga y Muñoz—.*

Ministerio de Salud en cuanto a su capacidad de planificar y anticiparse a la variedad de problemas asociados a la implementación.

La ausencia de un plan de salud pública aparece como una cuestión aludida por la mayoría de los autores y vista críticamente en función del alto grado de consenso existente en torno a la necesidad de adaptar los enfoques sanitarios a la nueva realidad epidemiológica. De hecho, un documento precoz en el proceso de reforma fue los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010, editado por

***La ausencia de un plan de salud pública aparece como una cuestión aludida por la mayoría de los autores y vista críticamente en función del alto grado de consenso existente en torno a la necesidad de adaptar los enfoques sanitarios a la nueva realidad epidemiológica.***

el Ministerio de Salud en 2000. Resulta difícil de entender para los autores que existiendo ese insumo y habiendo sido posible estructurar el GES en el ámbito de los bienes y servicios de apropiación individual, no hubiese sido posible hacerlo para los bienes de apropiación colectiva, probablemente sobre las mismas bases metodológicas.

Si seguimos la exploración realizada por Jadue y Delgado, a partir de estadísticas oficiales y la valiosa información proporcionada por las encuestas Casen, el logro de los Objetivos Sanitarios para la Década se encuentra en peligro de no materializarse, en particular en lo que dice relación con las metas de equidad. Si se sigue la mirada de determinantes sociales de la salud —causas de las causas— los hombres sin escolaridad han visto empeorada su situación de salud, esperanza de vida a los 20 años.

De todo lo anterior se desprende cierta urgencia por el fortalecimiento de las instituciones de salud pública de nivel central y regional, a través primero de 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. En segundo lugar, mediante una clara priorización sobre los problemas que explican la carga de enfermedad —en la práctica el plan de salud pública como un complemento del GES— y sobre la capacidad de organización y gestión de las instituciones que administran los recursos destinados a la provisión de bienes y servicios de apropiación colectiva, donde los problemas de la implementación se hacen más evidentes. Importa aquí de manera principal la capacidad de monitoreo del cumplimiento de los Objetivos Sanitarios para la Década.

Oyarzo y Maira proponen el establecimiento de metas sanitarias de largo plazo para todos los chilenos, independiente del sistema de salud al que estén adscritos, lo que implicaría para los aseguradores privados enfrentar un direccionamiento al que a la fecha no han estado expuestos.

Materias como el Health Impact Assessment sobre los proyectos de la economía podrían ser temas que el sector salud disputase para sí, sobre la base de los cuales sería factible construir institucionalidad sanitaria pertinente y apropiada a los intereses del país en un contexto económico-comercial mundial competitivo.

### **Separación de funciones en el eje compra-provisión**

Una mirada más amplia de la separación de funciones es la que agregan Oyarzo y Maira cuando se refieren a la no implementación de la Ley FONASA. Luego, los mismos autores, frente a la creación de la Superintendencia de Salud, aluden a la preocupación por la materialización del GES en FONASA e Isapres, la autorización sanitaria y la acreditación para prestaciones AUGE de prestadores públicos y privados, pues surgen dudas de gobernancia para garantizar efectividad y simetría público-privada, aceptando que “la autorregulación no es una característica inherente a las instituciones públicas”, según señalan. Esta idea, representada antes por Baeza, se reafirma en el en foco de Gonzalo Simon cuando pone en tela de juicio la real independencia de un ente como la Superintendencia de Salud, enfrentada al riesgo de comprometer políticamente al gobierno de turno, con la información que surja de su quehacer cotidiano, dada la responsabilidad del Estado sobre la red pública y, paradójicamente, la transparencia en la información que está a la base de una apropiada regulación. Mañalich se suma a Simon cuando levanta en su trabajo su preocupación por la tardanza en la acreditación, por cuanto ello posterga el tema de la calidad como componente esencial de las garantías explícitas.

La creación de una Subsecretaría de Redes no es leída favorablemente por algunos autores, pues implica mantener un énfasis del Ministerio de Salud en la prestación de servicios, ya que trae consigo un estancamiento en la mezcla público-privada de provisión, lo que podría desestimular la eficiencia.

*La creación de una Subsecretaría de Redes no es leída favorablemente por algunos autores, pues implica mantener un énfasis del Ministerio de Salud en la prestación de servicios, ya que trae consigo un estancamiento en la mezcla público-privada de provisión, lo que podría desestimular la eficiencia.*

El hospital autónomo surge como una iniciativa auspiciosa para algunos autores como Oyarzo y Maira que la ven con interés. Otros como Infante y Orellana, y en su momento el propio autor de esta síntesis, temen por el potencial desarticulador que una medida de este tipo puede tener sobre la denominada “gestión en red”.

**Nos atrevemos a insinuar que se hace necesario conocer las razones que han retrasado la implementación de la ley FONASA, corregirlas —aún a costa de una nueva discusión— y poner en ese foco un esfuerzo especial de implementación. Del mismo modo y en el marco de lo anterior, avanzar en la iniciativa de hospitales autogestionados “en red” debería obligarnos a poner atención en el cómo es que esta se verifica apropiadamente, para los efectos de mejorar el cumplimiento de los grandes objetivos de la reforma.**

Los últimos dos autores mencionados desarrollan un diagrama que explora en los dilemas del directivo, atribuyendo al denominado “cabeza de ratón” un alto potencial desarticulador por su afán de protagonismo, interés del que no están desprovistos algunos gestores públicos.

Nos atrevemos a insinuar que se hace necesario conocer las razones que han retrasado la implementación de la ley FONASA, corregirlas —aún a costa de una nueva discusión— y poner en ese foco un esfuerzo especial de implementación.

Del mismo modo y en el marco de lo anterior, avanzar en la iniciativa de hospitales autogestionados “en red” debería obligarnos a poner atención en el cómo es que esta se verifica apropiadamente, para los efectos de mejorar el cumplimiento de los grandes objetivos de la reforma.

### **Las Garantías Explícitas de Salud: Provisión, Acceso y Calidad**

Este es el componente con mayor visibilidad pública y respecto del cual es posible llevar registros e informar, de algún modo, a la población de su grado de cumplimiento (número de prestaciones y gasto).

La opinión experta a nivel mundial entiende este componente de la reforma, dentro de los aspectos sustantivos en el marco de la discusión de derechos en salud, como derechos humanos (ver los escritos de Amartya Sen al respecto) y de ciudadanía, siendo un elemento central del debate en las corrientes modernizadoras de la gestión pública, en contrapunto a una visión tradicional estrictamente política o estrictamente tecnocrática de la gestión pública.

El Sistema de Garantías Explícitas, en tanto plan único, es un elemento importante para estructurar equidad en el acceso y en el financiamiento. Las 56

garantías apuntan finalmente al 60% de la carga de enfermedad, además, garantizan coberturas apropiadas para problemas de salud que implicaban importantes gastos de bolsillo y desprotección a las personas. La estructura del GES apunta eficazmente a la reducción de las barreras financieras que implicaban pagos de bolsillo insalvables para ciertos grupos de población frente a problemas de salud verdaderamente críticos. También apunta a estandarizar de algún modo la calidad técnica, bajo formatos de protocolos establecidos.

Al decir de Benito Baranda en el seminario del “Chile que Viene”, antes citado en pie de página, el problema de la salud en la actualidad aparece como relativamente resuelto en las comunidades pobres, en comparación a otros problemas como la educación o la vivienda. Esto se atribuiría a las garantías explícitas.

Según Simon, la reforma trajo también consigo la buena nueva de la negociación entre asegurador y prestador, sobre la base de paquetes y guías clínicas apropiadas a la solución de la dificultad y a la actualización de los problemas preventivos a incluir en los planes de salud. Se espera poder acreditar prontamente la calidad de los servicios.

En cuanto a la calidad de servicios, GES permite enfrentar los inconvenientes de los planes de salud de las Isapres, que impactan en la percepción de desprotección de los ciudadanos, empezando a resolverlos. En cuanto a la oportunidad de atención en el sistema público el programa establece garantías, lo que pone el acento en la eficiencia de su implementación para evitar colas en prestaciones no garantizadas o calidad subestándar en las mismas.

Cabe destacar que falta asegurar las garantías por la vía de estabilizar el marco institucional que operacionalice la equidad en los derechos ciudadanos en salud que han sido establecidos, actuando simétricamente sobre seguros y aseguradores públicos y privados. Esta duda ya había sido expresada en el punto anterior, relativo a la separación de funciones. Es necesario velar por las condiciones técnicas de GES, que responden a protocolos muy detallados de cómo las prestaciones deben ser entregadas en igualdad de condiciones a toda

***El Sistema de Garantías Explícitas, en tanto plan único, es un elemento importante para estructurar equidad en el acceso y en el financiamiento. Las 56 garantías apuntan finalmente al 60% de la carga de enfermedad, además, garantizan coberturas apropiadas para problemas de salud que implicaban importantes gastos de bolsillo y desprotección a las personas.***

la población. En consecuencia, la garantía no es solo de acceso, sino también de la calidad técnica en que las prestaciones se entregan. Simon aporta con una visión muy interesante cuando postula que, desde la perspectiva de los seguros, las cuatro garantías —acceso, oportunidad, financiamiento y calidad— no

**Por otra parte, en la medida que los hospitales públicos se muevan hacia las prestaciones GES se podrían descuidar los servicios no garantizados si no se pone un fuerte acento en la eficiencia. Esto no ha sido medido y releva el monitoreo apropiado del cumplimiento del sistema de garantías y prestaciones no incluidas en él, en cantidad y calidad.**

son más que dos, en definitiva: buena cobertura de salud —que implica las tres primeras— y calidad de servicios. Llama la atención a los autores la tardanza en materia de acreditación.

Por otra parte, en la medida que los hospitales públicos se muevan hacia las prestaciones GES se podrían descuidar los servicios no garantizados si no se pone un fuerte acento en la eficiencia. Esto no ha sido medido y releva el monitoreo

apropiado del cumplimiento del sistema de garantías y prestaciones no incluidas en él, en cantidad y calidad. No obstante lo anterior, el GES tiene implícito el germen de la priorización y, en consecuencia, la idea de no otorgar ciertas prestaciones bajo su privilegio es, desde el punto de vista del diseño, aceptable.

Mañalich hace el punto en su documento cuando demuestra que el modelo de priorización utilizado para definir GES responde al desarrollo técnico impulsado por el Banco Mundial a partir de su documento *Invertir en Salud*, de 1993, tema altamente resistido por las comunidades médicas a lo largo de los años. Para Mañalich los algoritmos de racionamiento en uso reflejan que este es un problema no resuelto desde los orígenes de la especie humana tal y como la conocemos, teniendo que enfrentarse a los dilemas que surgen de la escasez. Antes, dice, fue fácil: mujeres y niños primero. ¿Y ahora qué?

En materia de cumplimiento del GES, el tema central de la implementación parece ser de gobernancia específicamente en apalancar la reforma con el dispositivo institucional que asegura monitoreo, transparencia y simetría en cuanto al control sobre aseguradores y prestadores públicos y privados. Este no es el momento de rediseñar y plantearse nuevas iniciativas legales, sino probablemente el de examinar las fortalezas y debilidades de la fórmula propuesta y avanzar en su rápido perfeccionamiento. Esta es una reforma de corte ciudadano, basada en la satisfacción de derechos de las personas a la salud,

sobre una base de equidad. Esto requiere de mucha efectividad, transparencia y posibilidad de verificación por parte de la misma ciudadanía.

### **Eficiencia y costos del aseguramiento y la provisión**

No está claro si la sola indexación del AUGE al incremento de sueldos y salarios reducirá el riesgo fiscal, dada la patología no AUGE.

En cuanto a la gestión hospitalaria públicamente tal, sobre la base del Análisis Envoltante de Datos que revelaría una situación preocupante, Rodrigo Castro postula que la reforma crea condiciones para que los hospitales puedan administrarse de modo más eficiente, pero que estas medidas son insuficientes para orientar y estimular la mejor gestión, en especial si no se profundiza en el cambio de los mecanismos de pago, tema que preocupa del mismo modo a Oyarzo y Maira. En efecto, en el mecanismo de transferencia histórica, los mecanismos de contrato y remuneración médica siguen siendo la restricción principal para la buena 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 muy bien, pero parece insuficiente.

La gestión hospitalaria pública puede comprometer el gasto fiscal de cara a las garantías por problemas de eficiencia, salvo que se use la válvula de escape de lo no GES. En consecuencia, debe continuar mejorándose la gestión hospitalaria, en especial la de los recursos humanos, a la vez consolidar la institucionalidad que respalda el rol de garante de FONASA, ello para condicionar crecientemente el financiamiento a la prestación auditable de servicios. Siguiendo a Castro, ojalá incorporar a los hospitales formatos de responsabilización mucho más abiertos al escrutinio público.

Sobre la base de lo declarado en la reforma como “gestión en red” y siguiendo las preocupaciones enunciadas por Infante y Orellana, cabría avanzar hacia redes de servicios que tengan población a cargo: integrar desde la demanda a los hospitales con el nivel primario, incluyendo el modo de financiamiento

*La gestión hospitalaria pública puede comprometer el gasto fiscal de cara a las garantías por problemas de eficiencia, salvo que se use la válvula de escape de lo no GES. En consecuencia, debe continuar mejorándose la gestión hospitalaria, en especial la de los recursos humanos, a la vez consolidar la institucionalidad que respalda el rol de garante de FONASA.*

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 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, promoviendo lo necesario y desestimulando lo innecesario, 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. En este escenario, el “cabeza de ratón” del hospital autogestionado firma un contrato con el Servicio de Salud, quien verifica su cumplimiento y puede contratar los mismos servicios con otros si hubiese incumplimiento. Así el afán de protagonismo puede ser puesto a favor de los objetivos de la red.

Vinculado a lo anterior, surge de los documentos en foco el siguiente dilema: dado que la gestión en red debe ser compatibilizada con la autogestión hospitalaria pública, es decir, en vista de que los hospitales públicos debieran ser también más competitivos como prestadores individuales, es necesario resolver quién compra al final las prestaciones a los hospitales, ¿la Dirección del Servicio de Salud o FONASA? A la vez, siguiendo a Oyarzo y Maira, ¿cómo hacemos de los hospitales entes más independientes del Ministerio de Salud?

Dados los resultados de Castro, para los hospitales tipo 3 y 4, contra la permanente amenaza de extinción resistida por las comunidades a la que sirven, como es lógico ¿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? Se nos viene a la memoria el Consorcio Hospitalario de Cataluña, entidad sin fines de lucro que gracias a un gran acuerdo social y político administra una red de hospitales públicos de la región, de complejidad semejante, obteniendo notables economías de escala.

Al respecto, Mañalich pone énfasis en la necesidad de desarrollar paquetes preventivos eficaces y accesibles, promoción de estilos de vida saludables y fortalecimiento de la capacidad resolutoria del componente ambulatorio de la red con población a cargo, que impidan la sobredemanda hospitalaria.

En cuanto a la estructura de los planes de las Isapres, que cubren en exceso prestaciones baratas y de muy alta probabilidad de ocurrencia, GES lo corregirá en la medida que opere y se expanda. Simon reconoce en la reforma que se avanza en la dirección correcta con GES.

Sin embargo, y por otra parte, Simon alude al Fondo de Compensación de Riesgos Inter-Isapre, señalándolo como una iniciativa que no corrige los problemas de solidaridad ingreso dentro de las Isapres, por el contrario, implicaría un mayor costo para los cotizantes de menores ingresos. Este tiene un nulo poder integrador del sistema como un todo, permaneciendo el sector público en un escenario protegido y libre de la sana obligación de competir, dado que sus “mecanismos de precio” son distintos a los del sistema privado. La portabilidad de subsidios está al centro de la reflexión de este autor. En este escenario Simon visualiza una tendencia al incremento de los costos, más que a su control. Está claro que de alguna forma habrá que pagar la duplicación de los esfuerzos de inversión por la operación “estanco” del sistema de salud, lo que se evitaría vía uso indistinto de la infraestructura público/privada.

### **Epílogo acerca de lo no obrado**

Pero tal vez es el tema de la solidaridad la regla del juego mayor que quedó pendiente en esta reforma. Los puristas de la implementación pueden saltarse estos últimos párrafos, pues en rigor corresponden a lo no legislado.

Tarde o temprano un país que progresa habrá de plantearse, con 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, lo sustantivo a resolver será si acaso esta protección universal se materializa con un asegurador único o con uno múltiple, dada la experiencia país. En todo caso, si uno examina la historia del sector de la salud en Chile, nunca han existido referentes normativos o acuerdos sociales solidarios muy claros en la materia. La impresión que queda es que nuestra historia en este sector es más bien un relato de segmentos sociales desde sus orígenes.

Por último, cuando se discute esta perspectiva es necesario entender que el interés del ejercicio de la profesión médica ha determinado fuertemente la institucionalidad del sistema de salud, así segmentada. Es decir, la formación de profesionales se realiza preferentemente en el sector público, en un ambiente administrativamente burocrático y, como contrapartida, mal remunerado, 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 quisiera

introducir reformas tendientes a asimilar mutuamente estos dos mundos, ¿qué le ofrece a los médicos para resolver apropiadamente su problema formativo y de ejercicio de la profesión, evitando que sean continuos opositores a estos procesos? Ello en particular cuando toda la comunidad está interesada en que dicha formación sea óptima.

## Autor

---



### Marcos Vergara

Médico Cirujano de la Universidad de Concepción; Magíster en Administración en Salud (MAS), de la Universidad de Chile; Diplomado del Programa de Administración para Ejecutivos de Salud de la Universidad Católica y egresado del Programa de Políticas y Gestión Social del Instituto para el Desarrollo Social (Banco Interamericano de Desarrollo). Actualmente es profesor de la División de Políticas y Gestión de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

© 2007 Expansiva

La serie **en foco** recoge investigaciones de Expansiva que tienen por objeto promover un debate amplio sobre los temas fundamentales de la sociedad actual.

Este documento, cuya presente publicación fue editada por Daniela Crovetto, es parte de un proyecto de la Corporación en conjunto con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, el cual se propuso responder los avances y perspectivas del sector salud a dos años de la implementación de la reforma.

El proyecto fue coordinado por Marcos Vergara y César Oyanzo.

Estos documentos, así como el quehacer de Expansiva, se encuentran disponibles en [www.expansiva.cl](http://www.expansiva.cl)

Se autoriza su reproducción total o parcial siempre que su fuente sea citada.