

Comentarios a la Propuesta de Reforma Integral al Financiamiento de la Salud

realizada por la Escuela de Salud Pública de la U. de Chile y el Colegio Médico

I. Introducción

Académicos de la Universidad de Chile, presentaron el mes de mayo de 2018, una propuesta de reforma integral al financiamiento de la salud elaborada junto a miembros del Colegio Médico de Chile. Esta propuesta, encargada por dicha agrupación gremial, contó con la participación de diversos expertos en salud y de la Escuela de Salud Pública Salvador Allende, de la Universidad de Chile. Si bien, este trabajo constituye un aporte a la discusión y contiene algunos elementos interesantes, como la separación del seguro de licencias médicas en otra institucionalidad y el deseo de arribar a un modelo de salud universal, discrepamos tanto del diagnóstico como de sus propuestas, por las razones que explicaremos en este documento.

II. Principales Fundamentos de la Propuesta

II.1 Creación de un Seguro Único Nacional de Salud

La propuesta, propone un pagador único o asegurador único. Esto es, terminar con el sistema de salud mixto existente en el país, entendiéndose por ello un sistema con múltiples pagadores – aseguradores- y prestadores públicos y privados. De esta forma, se dejaría a los servicios de seguridad social en salud por completo a cargo del Estado mediante la creación de un **Seguro Nacional de Salud**. Tal idea, también incorporaría en dicho seguro a los servicios de salud de las Fuerzas Armadas y Carabineros, así como también a las Mutuales de Seguridad, instituciones encargadas de financiar y otorgar las prestaciones de salud y licencias médicas en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

En rigor, se propone estatizar totalmente la seguridad social en salud de Chile, a nivel de aseguramiento, y dejar constituido un poder monopsónico estatal, en la compra de servicios de salud. Si bien, la propuesta reconoce que no se impediría el ejercicio o la inversión en establecimientos privados de salud, en la práctica dicha actividad quedaría reducida y sometida al poder comprador estatal, como se explicará más adelante. A nivel de aseguramiento, el Seguro Nacional de Salud estaría conformado por lo que actualmente es Fonasa, Isapres, FFAA y los seguros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, unificándose en este único esquema de seguro público, todas las fuentes de financiamiento

de la seguridad social en salud, incluidos las cotizaciones de los trabajadores¹ los aportes fiscales y las cotizaciones de los empleadores para accidentes y enfermedades laborales.

En este esquema, y de acuerdo con lo descrito por los autores, los actuales seguros privados (Isapre), ya no sustituirían al Estado en el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud y dejarían de administrar la cotización del 7% legal. Suponen los autores, las Isapres se transformarían en seguros complementarios y suplementarios de carácter voluntario, como los que operan las compañías de seguros, con regulaciones que protejan a las personas de prácticas discriminatorias y alzas de precios arbitrarias.

Por su parte, se crearía un **Plan de Salud Universal** que cubriría a todos los afiliados, con cobertura integral de prestaciones (incluidas promoción, prevención, curación y rehabilitación), y que contemplaría de forma amplia las prestaciones de salud, excluyendo sólo aquellas que no tengan un resultado de eficiencia demostrado y/o aquellas que no sean fundamentales para mejorar la salud (medicina estética). Este Plan, daría mayor cobertura financiera, con énfasis en medicamentos, e incluirá plazos de atención y altos estándares de calidad.

En cuanto a los prestadores, el Seguro Nacional de Salud, podría considerar dentro de sus prestadores a instituciones privadas, pero con mecanismos de pago más eficientes que los actuales y organizando el **sistema en redes** que respondan a criterios de calidad.

Las licencias médicas serían separadas de la estructura de Seguro Nacional, quedando comprendidas en un **Fondo Autónomo de Administración de Licencias Médicas**, tanto las licencias de origen común como laboral, sin que ello conlleve incrementos de la cotización actual.

El proceso de transición no está definido, sólo se menciona que en otros países ha tomado cerca de una década.

¹ En el caso de las Isapres sólo debiese irse la cotización legal, la cotización voluntaria desaparecería del financiamiento.

II.2 Impacto esperado (por sus autores) del nuevo Seguro Nacional de Salud

Los autores señalan que esta nueva estructura basada en una mancomunación de fondos (pagador único) implicará **terminar con la segmentación y selección por riesgo e ingresos**, y de paso se logrará una **mayor eficiencia** en el uso de los recursos:

El estudio señala básicamente que;

En primer lugar, a través de su posición monopsónica se generará un mayor grado de regulación y control sobre los prestadores, aumentando al infinito su poder de negociación. Esto tendría por consecuencia ahorros sustantivos en procesos de licitaciones así como propiciar la obtención de mejores contratos.

En segundo lugar, se genera una reducción de los gastos administrativos y de transacción al eliminar duplicidades dentro del sistema, y al generar economías de escala.

En tercer lugar, el modelo de pagador único genera incentivos para crear redes integradas de prestadores que den soluciones globales a los problemas de salud a menores costos.

A su vez, al generar mayor eficiencia, se permitirá la liberación de recursos para incrementar la calidad y cobertura de prestaciones, aumentando de este modo la **protección financiera y calidad** recibida por la población. Con todo, esta reforma creará un sistema de salud más **equitativo y solidario**, pues se priorizará la atención a nivel nacional, en un pool que contiene a toda la población, generando solidaridad a través de subsidios cruzados entre individuos de bajo y alto riesgo. Además, por medio de su fortalecida función de compra, logrará **atención oportuna** y de **altos estándares de calidad**.

Esta propuesta considera que una **reforma parcial**, que solucione los problemas del sistema Isapre, **no es la solución**, pues se posterga la población Fonasa que tiene más riesgos y necesidades en salud.

III. Críticas a la Propuesta de Seguro Único

III.1 Comenzar con una reforma parcial, para arribar a una solución integral pareciera ser una solución más factible para el sector salud

Esta reforma pareciera no considerar que el actual sistema de salud de Chile ha sido el resultado de esfuerzos que datan de hace más de un siglo, y en especial desde la segunda mitad del siglo pasado, quedando concebido como un sistema mixto, lo que significa que tanto en el aseguramiento como en la provisión de salud funcionan entidades públicas y privadas. Conjuntamente, durante todos estos años nuestro sistema de salud ha acumulado una gran inversión en recursos físicos, humanos y de organización, tanto público como privado, que han permitido que la población chilena registre buenos niveles generales de salud. Ello, es el resultado de un sistema mixto de salud.

La estatización de la seguridad social arriesgaría la inversión y la gestión privada de la salud, lo que afectaría tanto a los beneficiarios del sector público como privado. A saber, en el año 2016, 8.722.636 personas demandaron prestaciones en el sector privado, de la cuales algo más de 5 millones (61%) correspondían a personas del Fonasa².

Cualquier reforma debe partir de lo existente, aprovechando lo construido y la experiencia lograda para, de esta forma, minimizar el riesgo de perjudicar a los beneficiarios en la calidad de sus servicios y sus derechos adquiridos, o de perder el conocimiento y capital aquilatado por las instituciones existentes. En este contexto, los cambios en salud deben ser prudentes, reconocer la cultura y experiencia lograda y tener una mirada de largo plazo.

Consecuente con lo anterior, quienes sostienen que es necesario una reforma a las Isapres, lo que buscan es conducir a dichas instituciones hacia un modelo que las acerque a la seguridad social. Ello no significa en ningún caso, que se podría dejar de lado al 80% de la población perteneciente a Fonasa, ni mucho menos institucionalizar un sistema dual, como ha sido mal entendido por algunos. En efecto, para realizar una reforma integral en salud, se debe perfeccionar un sistema universal, multi-seguro, con múltiples pagadores, con libertad de opción para las personas, donde exista la competencia y la colaboración pública privada. Para ello, la reforma debiese preocuparse en una primera etapa que cada sector, público y privado,

² Clínicas de Chile A.G. (2017). “Dimensionamiento del sector privado en Chile (actualizado con cifras de 2016)”.

avancen en realizar las mejoras necesarias para su sector, de modo que en el mediano y largo plazo (segunda etapa), se puedan integrar ambos sistemas en la salud y las personas puedan migrar voluntariamente entre uno y otro sistema.

Así, el sector público en la primera etapa debiese realizar cambios que impliquen mejoras en su modelo de gestión³, la capacidad resolutive de la atención primaria y la apertura a proveedores alternativos, para solucionar la oportunidad y calidad de la atención (listas de espera, falta de especialistas), todo con el fin de mejorar la satisfacción y la atención recibida por los usuarios.

En resumen, para perfeccionar el sistema de seguridad social en salud en Chile, se requiere de un proceso de transición previo, prudente, que reconozca la cultura y experiencia lograda, en el cual ambos subsistemas de salud corrijan sus falencias. Por ello, una postura más sensata, no “refundacional”, requiere entender que una reforma a las Isapres y los cambios en el modelo de gestión de Fonasa, son parte de una estrategia de largo plazo, en un proceso continuo de mejoramiento para lograr una mayor equidad en la salud de todos los chilenos.

III.2 ¿Con un Seguro Único se disponen de más recursos por beneficiario? ¿Se alcanza una mayor eficiencia en el sistema de salud? ¿Es una solución solidaria?

Esta propuesta de reforma parte de un enfoque equivocado, pues cree que los problemas de calidad y de oportunidad de atención se solucionarán sólo a través de una gestión centralizada y un mayor financiamiento cuando una parte importante depende de otros elementos, como son la capacidad de elección de las personas, la competencia, la inversión, la innovación y las mejoras continuas en la gestión de la red salud, todo envuelto en un buen sistema que permita una adecuada gobernanza.

La propuesta la entendemos como una estatización total de la salud, pues elimina toda libertad de elegir de las personas y deja el financiamiento y control económico de la salud de todos los chilenos, en mano de un organismo estatal centralizado que, al igual que hoy, presentaría serios problemas de gestión, de manejo de RR.HH. (captura de gremios), problemas de infraestructura y cuya gestión estaría sujeta al ciclo político. Además, al

³ Modelo de gestión inadecuado: centralización de las decisiones, dificultad de gobernanza, baja integración de redes, políticas de RRHH obsoletas, gremios de salud que paralizan cualquier intento de mejoría, administradores con bajas atribuciones, formulación y ejecución presupuestaria inconsistente con la producción de servicios, alta deuda hospitalaria.

pretender fundir a nivel de aseguramiento a Fonasa, Isapres, FFAA y los seguros sociales contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, se enfrentará a problemas legales, constitucionales y a legislaciones que tienen objetivos muy diferentes, todo ello con el único fin de aunar todas las fuentes de financiamiento, como si ello garantizara el mejoramiento de los servicios que ofrece cada uno de estos sistemas por separado.

El concepto de crear un Fondo Único no es nuevo, y se sustenta en la idea que con ello se administraría un sistema más igualitario y solidario, y se alcanzarían mayores niveles de eficiencia, calidad y oportunidad de atención, puesto que se argumenta que las brechas entre Fonasa e Isapre tienen su origen en las diferencias de recursos per cápita con que cuentan los beneficiarios. No obstante, los países que contaron o cuentan con un Fondo Único en base a los tradicionales conceptos de Beveridge, cada vez buscan una mayor colaboración privada y una mayor descentralización de sus servicios. Un ejemplo de ello es España, país en que los funcionarios públicos cuentan con la opción de seguros privados que, paradójicamente, no la tienen los empleados particulares, o bien algunas regiones que han concesionado áreas geográficas completas con seguros privados. Además está señalar, que muchos estudios reconocen que aquellos países que poseen sistemas de salud que ofrecen diferentes opciones con una importante colaboración pública privada, logran más satisfacción y menores listas de espera que aquellos que ofrecen sistemas centralizados de salud.

i. La fusión de presupuesto no significará mayores ingresos per cápita

Si bien no se ha realizado un cálculo financiero que incorpore a las mutuales y a las FFAA, lo cierto es que un Fondo Único no incrementaría sustancialmente la disponibilidad de recursos de los afiliados a un sistema único de salud que se cree, por dos razones: (i) el aporte adicional voluntario de las Isapres (1/3 de sus ingresos) dejaría de existir; (ii) se debe descontar el gasto SIL, el cual es sustancialmente mayor por cotizante en el caso de Isapre (mayores ingresos) ⁴. En este contexto, si los ingresos del año 2015 se hubiesen mancomunado en un Fondo Único para otorgar prestaciones de salud al sistema público y privado, los afiliados de Fonasa habrían recibido algo menos de \$500 mensuales adicionales respecto de su situación sin mancomunar⁵.

⁴ En un estudio realizado por AICH (nota al pie 4), se concluye que los ingresos per cápita de las Isapres para salud (descontado SIL) con aporte adicional alcanzaba los casi \$ 44 mil mensuales, pero si excluimos el aporte voluntario adicional es de \$ 29.500, mientras que el de Fonasa \$ 27.200 (cotización legal y aporte fiscal) y si mancomunamos (descontando SIL y aporte adicional voluntario) es de \$ 27.670.

⁵ Ver los siguientes estudios realizados por AICH en noviembre de 2015 y junio de 2016, respectivamente:

ii. Se debe revisar la institucionalidad de los establecimientos estatales

Usando datos de Fonasa⁶, se observa como en los últimos años el ratio de gasto per cápita para asistencia en salud Isapre/Fonasa, ha mejorado sostenidamente, encontrándose hoy esta razón cercana a 1. Ello significa, **que las cápitras para ambos sistemas son similares y según estos datos en torno a \$40 mil mensuales**. Lo que es cierto, es que la cartera de Fonasa, considerando sexo y edad, es más riesgosa en un 17% que la de Isapre, por lo que se necesitaría de un presupuesto de cerca de \$7.000 mensuales adicionales por persona para Fonasa. Pero, por otra parte, en materia de costos, Fonasa cuenta con economías de escala (con una población cercana a 14 millones de personas) y con un sistema completamente integrado en una red propia. Estas importantes diferencias en la escala de atención a poblaciones tan diferentes deberían llevar a que dichas diferencias por riesgo desaparecieran en términos de costos, llevando en la práctica a que los costos anuales per cápita en ambos sistemas se igualarían y fueran cercanos a \$500 mil. En efecto, en el año 2017 el gasto efectivo anual en atenciones de salud en Isapres fue de \$505 mil pesos, mientras los ingresos disponibles para atenciones en salud en el Fonasa alcanzaron \$ 491 mil por beneficiario (en base a Proyecto Ley Presupuesto 2018)⁷.

De los resultados anteriores podemos concluir, primero, la urgente necesidad de revisar la institucionalidad de la red pública de atención, para modernizar su gobierno corporativo y otorgar mayor autonomía a sus establecimientos. Sin modernizar la gestión en el sector público, es imposible que éste, con los mismos recursos per cápita, otorgue los mismos beneficios (en tiempos de espera, calidad y oportunidad) que el sector privado.

iii. Se debe perfeccionar el aseguramiento privado

El sector de salud privado ha logrado el desarrollo de un *know how* de seguros de salud y una red de atención ambulatoria y hospitalaria muy importante, que atiende al menos a 5 millones de chilenos beneficiarios de Fonasa, que no se debe desestimar ni desperdiciar. En este contexto, las reformas también deben avanzar hacia un perfeccionamiento del sector privado

http://isapre.cl/PDF/2016.06_%20NL%20Efectos%20Financieros%20de%20un%20Sistema%20Unico%20en%20Salud%202015.pdf

http://isapre.cl/PDF/2015.11.30_Newsletter%20Efectos%20Presupuestarios%20de%20un%20Sistema%20Unico%20en%20Salud.pdf

⁶ Boletín Fonasa 2014-2015, Tabla b03b.

⁷ A mayor abundamiento ver informe AICH de octubre de 2017; <http://isapre.cl/PDF/Informe%20Capita%20Salud.pdf>

y, las políticas públicas, a permitir una mayor integración y colaboración entre ambos sistemas.

iv. El poder monopsonico

En general las teorías monopsonicas predicen que el poder absoluto de compra reduce el precio del proveedor, obteniendo de ese modo los seguros de salud ventajas en tarifas en la atención de población o en los precios de insumos y medicamentos. Por cierto, nada se señala del deterioro que puede sufrir la calidad de los servicios o la posibilidad de gobernanza sobre una institucionalidad tan compleja, como esa. Además, un gran comprador dominante no puede obtener ventajas de su posición, a menos que tenga el verdadero poder sobre sus proveedores para influir en los precios y cantidades demandadas. Un poder monopsonico puede afectar la calidad, la innovación, la puesta al día y la cantidad de los servicios ofrecidos.

Por otra parte, hoy Fonasa es una institución pública sin capacidad de auto gestionarse (no es una empresa pública), y no tiene incentivos en su gestión, ni capacidad de negociación sobre variables tan relevantes como los sueldos de sus empleados, que hoy dependen de negociaciones con el Ministerio de Hacienda y Salud con las poderosas organizaciones gremiales de trabajadores, donde además los sueldos están fijos por ley.

v. La necesaria inversión privada

Del poder monopsonico se puede prever una falta de estímulo futuro a las inversiones en el sector salud y en el emprendimiento. La falta de criterios competitivos en el proceso de demanda hará que los precios necesariamente los fije el Estado, y no en base a equilibrios del mercado. Nada hace suponer que el Estado contará con los recursos que hoy invierte el sector privado. Lo que sí se puede predecir, es que sin la participación del sector privado, la inversión en salud caerá.

Del monopsonio estatal, también derivará una funcionalización de la actividad profesional de los médicos. En rigor, todos serán dependientes de un solo empleador, y se reducirá para ellos también, tanto sus sueldos como oportunidades laborales.

vi. Las rigideces insalvables

Otro ejemplo de las rigideces de gestión pública, es el nulo poder de negociación sobre la infraestructura ya construida, donde los gastos fijos del Estado, deben seguir solventándose. Lo que se quiere puntualizar, es que un asegurador único bajo la actual institucionalidad que rige al Fonasa, no logrará los beneficios de un monopsonio, pues hoy Fonasa, con el 80% de la población bajo su servicio, no tiene control sobre los costos internos del SNSS, ni de los precios de proveedores, sueldos, ni de muchas variables relevantes para su presupuesto.

vii. El riesgo de captura política

El riesgo de la captura política de un organismo que maneje cerca del 9%-10% del Producto Interno Bruto, sería altísimo. El poder de los gremios de trabajadores de la salud es muy alto y acarrea presiones insostenibles para los Gobiernos. Crear esta mega institución, que daría servicios a 18 millones de chilenos, pondría en riesgo la estabilidad política del sector en cualquier gobierno.

viii. Aspectos constitucionales que debe ser considerado en una propuesta que impida la libre elección

Aun cuando puedan haber discrepancias en cuanto al derecho de propiedad que tiene el afiliado respecto de su cotización, lo que no admite discusión es que bajo las actuales normas se trata de una propiedad de afectación, con destino muy claro, cual es el de acceder a la atención de salud para el afiliado y sus cargas, en el sistema que elija, público o privado. Tan evidente es lo anterior, que el Art.19 N°9 inciso final de la Constitución (CPR) señala que *"cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado"*. Y este inciso está amparado por el recurso de protección contemplado en el Art. 20° de la CPR. Es decir, el derecho a elección es una garantía amparada constitucionalmente.

Por otra parte, una propuesta de esta naturaleza convertiría el aporte del 7% para salud en un impuesto, no obstante no cumplir con los requisitos que estas cargas tienen. Los impuestos no pueden ser afectados por ningún destino, salvo excepciones específicamente señaladas en la propia Constitución (Art. 19 N° 20 CPR). Además, de acuerdo a la ley no tienen una contraprestación, y su no cumplimiento genera una sanción.

IV. Conclusiones

Si bien, esta propuesta constituye un aporte a la discusión y contiene algunos elementos interesantes, como la separación del Subsidio por Incapacidad Laboral en un seguro que forme parte de una nueva institucionalidad y que comprenda a todo tipo de trabajador, y el deseo de arribar a un modelo de salud universal que no discrimine por ninguna razón, discrepamos tanto del diagnóstico como de sus propuestas y creemos que un cambio tan profundo podría significar graves perjuicios para el sistema de salud, para el gremio médico y para los pacientes.

La gestión pública de nuestro país ha evidenciado a lo largo de su historia, que más recursos destinados al sector público no necesariamente implican mejoras en eficiencia, calidad y oportunidades. De hecho, ha habido varios estudios que demuestran una baja en la productividad del sistema estatal de salud.

En este contexto, la creación de un Fondo Único en Salud, en cuanto a bienestar social, no es a nuestro juicio la solución óptima. La fusión de presupuestos no generará más recursos, y nada nos hace suponer que dicha fusión implicará mejoras en eficiencia del sector salud estatal. Ello, además de arriesgar la especialidad de servicios como el que entregan las Mutuales de Seguridad y los servicios de salud de las Fuerzas Armadas, perjudicaría la posibilidad de elegir en salud de los beneficiarios de Isapre de ingresos medios y bajos, pues no tendrían más alternativa que bajar su estándar de oportunidad y calidad en la atención al verse forzado a atenderse en el sector estatal, si su cotización se llegase a mancomunar. En este caso, la búsqueda de la solidaridad se transforma en un impuesto regresivo para la población que deberá verse forzada a migrar a la salud estatal.

A mayor abundamiento, hay que entender que esta fusión no terminaría con la segmentación y fragmentación del sistema de salud chileno, sólo ampliaría las brechas de discriminación en relación a ingresos, pues cerca de un 40% de los actuales beneficiarios de Isapre (entre 600 mil y 750 mil beneficiarios⁸) no estaría en condiciones económicas de solventar un seguro privado de salud. De esta forma, con un seguro único los más perjudicados sería la clase media que no podrá solventar el pago de ambos seguros y tendrá que migrar forzosamente a la salud estatal (hoy libremente ha optado por Isapre). Esto sin considerar,

⁸ Estimaciones hechas por AICH en base a información de distribución de población por quintil de ingreso en Isapre, disponible en la Encuesta CASEN 2015.

que los beneficiarios que ya están en Fonasa se verán también perjudicados al ver presionado aún más el sistema con la llegada de estos nuevos pacientes.

Desde el punto de vista laboral, un poder monopsónico tan grande fusionaría la medicina bajo un solo empleador. Iguales consecuencias negativas se verán en la inversión privada en salud, en el emprendimiento, la innovación en salud y en modelos de gestión.

Por el contrario, creemos que es más real perfeccionar un modelo de multi-seguros, opción que deshecha de raíz la propuesta en comento. Así, una vez que se logren las mejoras necesarias en ambos subsistemas de salud, el Estado podría abrir la discusión política para avanzar en un diseño que, bajo ciertas condiciones de compensación de riesgo y evaluación de resultados según cumplimiento de políticas de salud, permitiese que sus cotizantes pudiesen optar libremente por el sistema de su preferencia con parte de su cápita (subsidio más cotizaciones). Este modelo, que se traduciría en una fuerte colaboración pública privada, ayudaría a descomprimir al estresado sector público de salud, que hoy está capturado por temas administrativos y ha minimizado su función de hacedor de políticas de sanidad pública y de regulador. El Estado así, podría destinar sus esfuerzos a las labores de prevención primaria, tan necesarias en nuestro país, a atender a la población más vulnerable y cautelar el derecho al acceso a la salud de todos los chilenos, independientemente si el seguro lo entrega el Estado o el sector privado.