

EL ESTADO Y EL SECTOR PRIVADO  
Construyendo una nueva economía en los años 90

OSCAR MUÑOZ GOMÁ  
Y COLABORADORES

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)  
Santiago de Chile

## INDICE

PREFACIO .....	7
PRESENTACIÓN .....	9
INTRODUCCIÓN, León Guzmán y Oscar Muñoz .....	11
LOS ACTORES SOCIALES Y EL DESARROLLO PRODUCTIVO, Oscar Muñoz Gomá .....	33
LAS RELACIONES LABORALES: ¿UN ASUNTO PÚBLICO?, Cecilia Montero .....	77
LAS POLÍTICAS DE FOMENTO A LAS PYMES, Claudio Maggi .....	121
COMPETENCIA Y REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE UTILIDAD PÚBLICA EN CHILE: UNA PERSPECTIVA INSTITUCIONAL, Eugenio Rivera .....	155
EL SISTEMA FINANCIERO CHILENO Y SU INSTITUCIONALIDAD REGULATORIA: LAS POLÍTICAS BANCARIAS, Carlos Budnevich .....	199
LA POLÍTICA DE REGULACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE. DESAFÍOS INSTITUCIONALES, Vivianne Blanlot .....	247
POLÍTICA COMERCIAL Y LA RELACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN CHILE DURANTE LOS NOVENTA, Verónica Silva .....	303
HACIA UNA GARANTÍA UNIVERSAL EN LA SALUD: UNA NUEVA RELACIÓN ENTRE LO PÚBLICO Y LO PRIVADO, Carmen Celedón y César Oyarzo .....	353
CONCLUSIONES, León Guzmán y Oscar Muñoz Gomá .....	395

## AUTORES

Vivianne Blanlot, economista, consultora. Ex Directora de CONAMA

Carlos Budnevich, doctor en economía, Jefe del Depto. de Análisis Financiero, Banco Central

Carmen Celedón, economista, consultora

León Guzmán, magister en psicología política, consultor

Claudio Maggi, ingeniero civil industrial, magister en economía, ex Gerente de Fomento, CORFO, investigador visitante, Universidad de Duisburg (Alemania)

Cecilia Montero, doctora en sociología investigadora de CNRS, (Francia), consultora

Oscar Muñoz, doctor en economía, Secretario Ejecutivo, Foro de Desarrollo Productivo, Ministerio de Economía y profesor asociado de Flacso -Chile

César Oyarzo, economista, ex Director de FONASA, consultor

Eugenio Rivera, doctor en Ciencias Económicas y Sociales Jefe de la División de Desarrollo de Mercados, Ministerio de Economía y presidente de la Comisión Preventiva Central Antimonopolios de Chile

Verónica Silva, economista, CEPAL

Las opiniones expresadas por los autores son hechas a título personal y no comprometen a las instituciones en las cuales se desempeñan.

Los Cargos de los autores son los que desempeñaban en diciembre de 1999.

# HACIA UNA GARANTÍA UNIVERSAL EN SALUD. UNA NUEVA RELACIÓN ENTRE LO PÚBLICO Y LO PRIVADO

Carmen Celedón  
César Oyarzo

## I. INTRODUCCIÓN

Este documento intenta abordar el sistema de organización de la seguridad social en salud desde una perspectiva de la relación público-privada, bajo un marco de análisis que pone especial énfasis en la definición y diferenciación de las funciones básicas que debe desempeñar cualquier sistema de esta naturaleza. En este marco de funciones, la relación público-privada adquiere nuevas formas. No se trata simplemente de discutir si es necesario reducir o aumentar el tamaño de lo público, sino de analizar su papel en cada una de las funciones. Este enfoque resulta indispensable para un sector en que el Estado aparece como un actor que desempeña diversos roles tales como productor, administrador de seguros y regulador. En este contexto, la respuesta para una adecuada relación público-privada pasa por establecer, en primer término, un nuevo ordenamiento de los actores en cada una de las funciones.

Un segundo aspecto de este ensayo es que nuestra visión de lo privado no se agota en el espacio de la empresa o del consumidor individual. Consideramos también de interés incorporar el papel de la comunidad organizada en el funcionamiento del sistema de salud. Esto permite ampliar las fronteras de la discusión tradicional entre lo público, asociado al aparato estatal, y lo privado, entendido como el mundo de la empresa y los consumidores individuales. Como se desprende de los argumentos desarrollados en este documento, la comunidad organizada puede ejercer una función complementaria al rol del Estado y del sector privado en el ejercicio de las diferentes funciones del sistema.

En la sección II de este trabajo se plantea una discusión general sobre el papel del Estado, del mercado y de la sociedad civil en el sector de la salud. Se realiza además una evaluación de la eficacia y eficiencia relativa de cada uno de estos mecanismos institucionales, así como de su impacto sobre la equidad, la eficiencia y la expresión de la libertad de las personas. La eficiencia relativa del Estado, del mercado y de las organizaciones intermedias en el ejercicio de cada una de las funciones

distinguidas en el sector dependerá, primero, de las ventajas y limitaciones que tengan para el logro de los objetivos propuestos y, segundo, del contexto específico en que se apliquen.

La sección III describe el actual sistema de seguridad social en salud en Chile, destacando sus principales deficiencias desde la perspectiva de los principios básicos que deben orientar la organización de cualquier sistema de salud: la equidad, la eficiencia social y la libertad de elección. Este análisis sirve como punto de partida para el desarrollo de propuestas de reforma para el sector.

Vistos los argumentos desarrollados en las secciones anteriores, en la sección IV de este documento se plantea un esquema de organización de la salud que integre de mejor manera la acción pública y privada con miras a un balance entre equidad, eficiencia y libertad de elección. La sección V aborda un itinerario posible de reformas que contribuyan gradualmente a la construcción de este sistema integrado de la seguridad social en salud.

## **II. MARCO DE REFERENCIA SOBRE LOS PAPELES DEL ESTADO, DEL MERCADO Y DE LA SOCIEDAD CIVIL EN UN SISTEMA DE SALUD<sup>1</sup>**

La definición del papel del Estado, del mercado y de la sociedad civil en la seguridad social en salud requiere, en primer lugar, contar con una visión respecto de los objetivos que debe cumplir un sistema de estas características. Se trata de garantizar a todas las personas, cualquiera sea su condición económica, social o de salud, la protección de la salud física y mental. Ello debe hacerse al más alto nivel posible dentro de las limitaciones de recursos y de organización que enfrente cada país.

Para esto es preciso lograr un balance adecuado entre los principios de *equidad*, es decir, de garantía del acceso universal y de cobertura amplia de prestaciones de salud; de *eficiencia social*, esto es, de asignación y utilización de los recursos disponibles de acuerdo a criterios de costo-efectividad, y, finalmente, de *libertad de elección*, vale decir, del derecho a que las personas expresen libremente sus preferencias pudiendo organizarse para resolver sus propias necesidades.

En la búsqueda de estos objetivos el sistema debe cumplir con algunas funciones básicas. Siguiendo el marco propuesto por Londoño y

---

<sup>1</sup> Los elementos conceptuales que aborda este capítulo han sido desarrollados más ampliamente en el trabajo de Celedón y Oyarzo (1999).

Frenk (1995), un sistema de salud debe realizar cuatro tipos de funciones: la función de *definición de políticas* y de *regulación* del sistema, que consiste en la fijación de normas y reglas de funcionamiento, el control de su cumplimiento y su evolución en el tiempo; la función de *financiamiento*, que establece reglas de financiamiento o de fuente de recursos, de recaudación y de asignación de subsidios; la función de *articulación*, que canaliza los recursos hacia la compra de bienes y servicios de salud; y la función de *producción*, que abarca un amplio rango de prestaciones públicas y privadas, desde acciones muy simples hasta prestaciones de alta complejidad.

Los países se han organizado de muy diversas maneras para cumplir con estas funciones de acuerdo a su historia, sus preferencias y valores, dotación de recursos, desarrollo institucional, etc. El resultado puede ser evaluado, entonces, considerando ciertos principios básicos que deben orientar la organización de cualquier sistema de salud.

Una distinción clara entre las diferentes funciones imperativas de cualquier sistema de salud permite distinguir las ventajas y desventajas de los distintos arreglos institucionales, definir en forma más precisa el papel que deben jugar el Estado, el mercado y los organismos intermedios, y encontrar el diseño organizacional óptimo del sistema, que permita compatibilizar de la mejor forma posible los objetivos propuestos.

Previamente a entrar en un análisis de los roles que deben jugar cada uno de ellos en las funciones del sistema de salud, es necesario definir algunos conceptos básicos. El Estado, el mercado y la sociedad civil serán considerados en este trabajo en cuanto mecanismos institucionales de coordinación que permiten, en alguna forma, recoger las necesidades de las personas y ejercer control social para garantizar el cumplimiento de los derechos ciudadanos. El impacto particular de ellos sobre la equidad, la eficiencia y la expresión de la libertad de las personas dependerá, como veremos más adelante, de las ventajas y limitaciones propias, y del contexto específico en que se apliquen.

## **1. Definición de políticas, regulación y control social**

En esta sección se abordará el papel de los distintos mecanismos institucionales en la definición de políticas y la regulación del sistema de salud, con especial énfasis en el tema del control social. Se entiende por éste la capacidad de las personas de hacer valer sus derechos; en el caso que nos ocupa, se alude al derecho a la protección de la salud.

Hacer valer los derechos de las personas requiere la existencia de ciertos mecanismos de control por parte de la ciudadanía. Estos pueden ser instrumentos *de mercado, legales o de participación*. Llamados también "de voz", los últimos pueden ser mecanismos de participación individual o colectiva.

Los distintos instrumentos de control social suponen condiciones para ser eficientes y eficaces, favorecer la equidad y promover la formación de capital social. Se necesitan también ciertas condiciones para que estos instrumentos sean sustentables. Por ejemplo, los mecanismos de mercado funcionan mejor en contextos en que existe mejor información y una distribución del ingreso más igualitaria. Los mecanismos legales son más eficaces y equitativos cuando se cuenta con un Estado de derecho más desarrollado. A su vez, la participación operan mejor en sociedades en que existe una mayor cohesión social y confianza en las instituciones (Celedón y Noé, 1998).

En un Estado de derecho, los ciudadanos tienen ciertas garantías básicas -sean éstos derechos contractuales o no- y existe un sistema legal que permite hacerlas valer, cualquiera sea la condición económica, étnica o social. La exigibilidad y el respeto de los derechos ciudadanos bajo un Estado de derecho son independientes del poder relativo de las personas o grupos.

El fomento de la participación individual o colectiva a través de las organizaciones intermedias aumenta el poder relativo de las personas o grupos y pasa entonces a tener un papel determinante en la capacidad de hacer valer y respetar los derechos ciudadanos. Sin embargo, es necesario poner una nota de cautela frente a esta modalidad de control social, dado que puede introducir tensión entre los intereses individuales y los colectivos o el bien común, en la medida que los grupos que tendrán mayores incentivos a asociarse para defender sus intereses no necesariamente serán los más vulnerables o necesitados.

#### a) Definición de políticas

En relación con el ámbito de la salud, la primera responsabilidad del Estado es la definición de políticas y normas, así como la provisión de un contexto adecuado que permita el pleno desarrollo de los distintos actores sociales. La interrelación de ambos aspectos debe permitir la construcción de un sistema de salud que cumpla en forma eficiente y eficaz con los objetivos propuestos. Esta función podría denominarse "creación de condiciones y de coordinación".

Sin embargo, el que esta responsabilidad recaiga íntegramente en el Estado no debe confundirse con que ella pueda ser ejercida autoritariamente desde la burocracia técnica y sin participación del sector privado y de la ciudadanía. Al contrario, existen claras ventajas de incorporar a los actores-sujetos de las políticas públicas en la definición de éstas, no sólo como expresión real de la democracia política, sino también como elemento creador de condiciones que favorecen la sustentabilidad técnica y política. En efecto, la incorporación de los actores-sujetos de las políticas públicas permite una mejor definición técnica de las normas y facilita su aplicación. Por otra parte, un proceso participativo de determinación de políticas habilita a las personas como ciudadanos conscientes de sus derechos, lo que facilita el que ejerzan posteriormente un efectivo control social sobre el sistema. Adicionalmente, le da una mayor sustentabilidad al sistema en la medida que incrementa el capital social. Esta mirada del Estado pone de relieve la necesidad de fortalecerlo como instrumento coordinador y articulador de los distintos intereses sociales.

## b) Regulación

La función de regulación es también un espacio natural de acción del Estado. Este tiene un rol rector del sistema de salud y de garante de los derechos de las personas y, por tanto, tiene la responsabilidad de diseñar reglas del juego claras y exigibles, que promuevan un balance adecuado entre los principios de equidad, eficiencia y libertad de elección en el sistema de salud. El Estado debe también asegurar la calidad de estas acciones, lo que exige sistemas de acreditación y fiscalización permanente de los profesionales de la salud y de los prestadores.

En general, el Estado tiene la obligación de velar por el buen uso de los recursos escasos, por lo que le corresponde regular el funcionamiento de los mercados de seguros y de proveedores, promoviendo la competencia y transparencia. Sin embargo, se trata de que los instrumentos de regulación sean eficientes y eficaces, para lo cual se necesita contrastar los costos y los beneficios de los distintos instrumentos de regulación, y garantizar que exista independencia de los organismos reguladores respecto de los intereses de grupos particulares, sean éstos públicos o privados. En este ámbito, al Estado le corresponde también velar por que los individuos y las empresas cumplan con las normativas vigentes, procurando un equilibrio adecuado entre los distintos instrumentos de control del sistema de salud por la ciudadanía, esto es, entre la regulación, la promoción del mercado y la participación de la sociedad civil.

### c) Control social<sup>2</sup>

Como se señaló anteriormente, la regulación, el mercado y la participación individual u organizada de las personas son distintos instrumentos de control social. Cada uno de ellos requiere de ciertas condiciones para ser eficiente, favorecer la equidad y promover la formación de capital social (esto es, generar confianza en la institucionalidad y crear capacidad de organización y colaboración).

El mercado permite ejercer control social o expresar las demandas por la vía de la "salida". Si un usuario está insatisfecho con el servicio, entonces deja de comprarlo a su proveedor usual y, como resultado de ello, los ingresos de la empresa disminuyen. La administración está obligada entonces a asumir las correcciones necesarias para recuperar su participación en el mercado.

Una alternativa a este mecanismo es expresar la insatisfacción directamente a la administración (o a alguna otra autoridad superior a ésta) a través de organizaciones o representantes de los usuarios del servicio. En este caso, también la administración se ve exigida a enmendar rumbos para satisfacer las necesidades de los usuarios.

En general se tiende a pensar que el mecanismo "de salida" es un incentivo más poderoso que los mecanismos de participación, porque se trata de una acción individual que no requiere coordinación. Precisamente es éste el concepto que está detrás de los esquemas de "voucher" para el financiamiento de algunos servicios sociales como la educación o la salud, donde "el dinero sigue al paciente".

Sin embargo, en algunos contextos los mecanismos de articulación social pueden ser un complemento importante de los de mercado como modalidades de control social.

El sector de la salud es concentra una gran cantidad de fallas de mercado. A menudo, en él los mecanismos "de salida" se ven seriamente dificultados. A continuación se enumeran las principales fallas de mercado en el sector salud que limitan el ejercicio de este instrumento de control social:

- Inelasticidad de la demanda

Desde la perspectiva del usuario, la calidad del bien salud es una

---

<sup>2</sup> Esta sección se basa en el trabajo de Celedón y Noé (1998).

combinación de servicios médicos, servicios de hotelería, consumo de medicamentos, tiempos de espera, etc. Dado lo complejo que resulta para los individuos juzgar la calidad intrínseca de este servicio se puede suponer que su demanda es relativamente inelástica, tanto al precio -debido a la escasez de sustitutos-, como a la calidad, la cual no puede ser evaluada por ellos en forma efectiva. Por otra parte, la confianza y lealtad al profesional de la salud son factores determinantes en su elección, lo que hace menos operativo el mecanismo “de salida”.

- La salud como bien público

Un grupo de atenciones de salud tiene la característica de bien público. La salud es fundamentalmente el resultado de acciones preventivas y de promoción de estilos de vida saludables. Este tipo de acciones no surge espontáneamente de la demanda de los usuarios, por lo que los sistemas puramente de mercado tienden a concentrar sus acciones de salud en el ámbito curativo. Ello da como resultado una combinación de prestaciones desbalanceada y sub-óptima desde el punto de vista social.

- Monopolio natural

En contextos en los cuales existen importantes economías de escala traducidas en la presencia de “monopolios naturales” (sin proveedores alternativos), desaparece la posibilidad práctica de “votar con los pies”. En muchas localidades urbanas y rurales sólo se dispone de un establecimiento de atención de salud para la resolución de problemas de mayor complejidad. En este caso, la opción “de salida” resulta inexistente o viable sólo a costos muy elevados, en especial para los más pobres. Establecer, entonces, otros mecanismos de control social, como los de participación, es en estas situaciones particularmente importante.

- Existencia de un tercer pagador

Por último, para que un mercado sea eficiente las partes involucradas en las transacciones deben actuar en función de los incentivos adecuados. Los proveedores deben actuar motivados por consideraciones financieras y los compradores o financiadores movidos por satisfacer las necesidades de los clientes.

En particular, el uso del mecanismo “de salida” como instrumento de control social se ve limitado en la medida que un organismo externo al individuo se hace responsable del pago. A modo de ejemplo, los aumentos de precio, que en un mercado tradicional hacen que los consumidores busquen alternativas, no generan el mismo efecto si recaen en el organismo financiero que actúa como tercer pagador.

d) Síntesis

A modo de síntesis se presenta el Cuadro 1, que contiene el papel del Estado, del mercado y de los organismos intermedios en materia de definición de políticas, de regulación y de control social.

**CUADRO 1.**

**EL ROL DEL ESTADO, DEL MERCADO Y DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LA DEFINICIÓN DE POLÍTICAS, LA REGULACIÓN Y EL CONTROL SOCIAL SOBRE EL SISTEMA DE SALUD**

FUNCIÓN  DEFINICIÓN DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y CONTROL SOCIAL	MERCADO	ORGANISMOS INTERMEDIOS	ESTADO
Se refiere a la definición de políticas, normas y las reglas de funcionamiento del sistema, al control de su cumplimiento y evolución del marco institucional.	Los individuos pueden ejercer control sobre el sistema. Su poder individual es mayor mientras exista mejor información, el Estado de derecho sea más desarrollado, menores los grados de desigualdad económica y cuando no existan fallas de mercado. El control social se facilita en la medida que haya menos dificultades para la "salida".	Los organismos intermedios tienen un mayor poder relativo que los individuos, potencian la acción individual y, por tanto, permiten ejercer un mayor control social sobre el sistema de salud. Sin embargo, están expuestos a los problemas de agente-principal.	La definición de políticas y la regulación del sistema es responsabilidad fundamentalmente del Estado, así como definir las reglas del juego para que exista un efectivo control social sobre el sistema de salud.

## 2. El financiamiento del sistema

El ámbito del financiamiento se define, en primer término, a partir de la respuesta a dos preguntas básicas: ¿tienen todos los individuos capacidad de pago para financiar un nivel de protección adecuado frente a las contingencias en salud? Y, si ello no es así, ¿cómo se financiarán y de qué manera se asignarán los subsidios necesarios? Adicionalmente, la función de financiamiento comprende también la búsqueda de la eficiencia en los mercados de seguros.

Tanto en lo que respecta a la equidad -criterio con que debemos evaluar las dos primeras preguntas- como a la eficiencia, el mercado no proporciona un resultado satisfactorio en el sector salud. En este escenario, el Estado y los organismos intermedios surgen como agentes responsables en el desempeño de esta función.

### a) El papel del Estado

Es claro que no todos los individuos tienen un ingreso que les permita financiar un nivel de protección adecuado en salud. Los pobres e indigentes no cuentan con recursos suficientes para cubrir los gastos en atenciones. Adicionalmente, el carácter aleatorio de la enfermedad genera problemas de imprevisión, y los altos costos de algunas patologías provocan incapacidad de pago, aun entre sectores llamados de ingresos medios-altos. Lo anterior conforma un cuadro complejo en el que el problema de capacidad de pago requiere no sólo de subsidios, sino también de mecanismos de seguros que permitan redistribuir el riesgo entre los sanos y los enfermos.

Es necesario enfatizar que el financiamiento de la salud no se resuelve simplemente por la vía de una exigencia de ahorro (como en el caso de la seguridad social) sino que demanda la compra de un seguro, dado que se está frente a una situación de mayor incertidumbre y en la cual no existe certeza del nivel de gasto futuro.

Los seguros de salud se caracterizan por ser contratos de corto plazo. Un seguro de este tipo se diferencia de un seguro para activos (auto, casa etc.) en que el costo de este último está relacionado con la reposición del activo, y este gasto, si bien tiene una probabilidad de ocurrencia, se puede evaluar en forma más o menos certera. En cambio, el seguro de salud de corto plazo cubre los costos de "mantenimiento" y no de "reemplazo" del capital dañado. Esta diferencia de los seguros obedece a la complejidad del organismo humano y a la dificultad de relacionar diferentes tratamientos con resultados, lo que hace bastante más

difícil evaluar el costo de un siniestro. En un sentido más general, el activo es la vida de la persona y su costo resulta difícil de evaluar (Musgrove, 1996).

El Estado, por su parte, es el responsable último de establecer y poner en práctica la solidaridad en el sistema por la vía de la recaudación de impuestos y redistribución de recursos mediante el diseño e implementación de subsidios. Esta es la forma de garantizar la universalidad del sistema de salud y el acceso a un nivel de protección adecuado para toda la población.

Es sabido que en el mercado de seguros de este sector el costo de obtener un nivel de protección determinado es proporcional al costo esperado en prestaciones de salud para un individuo o grupo de individuos. Este hecho se traduce en que el precio del seguro es función del riesgo e independiente del nivel de ingreso de las personas o de su necesidad. Como resultado de este fenómeno, y en ausencia de intervención estatal, importantes sectores de la población quedan marginados del sistema. Por ello el Estado debe establecer un sistema de subsidios que corrija la falta de capacidad de pago de los sectores de menores ingresos y asegure acceso universal a los servicios de salud.

El tema del rol del Estado en el financiamiento se enlaza aquí con el de la regulación. Hay tres elementos complementarios claves para garantizar el acceso universal a los seguros de salud. En primer lugar, el establecimiento del principio de no-exclusión, es decir, que toda persona deba ser aceptada en el sistema. En segundo lugar, el desarrollo de mecanismos de pago ajustados por riesgo, de modo de limitar las fallas del mercado asegurador. Finalmente, también es necesaria la definición de un producto estándar (o nivel de protección estándar) a objeto de promover la competencia entre los aseguradores en función del precio y la calidad y no por la vía de diferenciación de productos. Este último punto es muy importante en un mercado con las características que tiene la salud, donde existen grandes asimetrías de información que llevan a que la competencia desregulada de aseguradores de financiamiento no garantice un resultado eficiente desde una perspectiva social.

Pero la intervención del Estado en el financiamiento de la salud no sólo se justifica por motivos de equidad sino también de eficiencia. Desde esta perspectiva surgen tres temas que es necesario resolver: (i) la miopía de las personas y su falta de previsión frente a la enfermedad; (ii) la ausencia de demanda por bienes públicos y (iii) la tendencia a priorizar los eventos de bajo costo por sobre las prestaciones de salud de alto costo, las cuales son imposibles de financiar con recursos propios por un amplio grupo de la población.

- Corregir la imprevisión de las personas

Como se señaló antes, la miopía e imprevisión de las personas justifica que el Estado establezca algún tipo de obligatoriedad de financiamiento de la salud o de adquisición de un seguro mínimo por parte de las personas. Ello, con el objeto de que no sea el Fisco quien se haga cargo de los gastos de salud de aquellos individuos que cuentan con capacidad de pago.

Una forma de establecer obligatoriedad de financiamiento es por la vía de una cotización obligatoria. Tradicionalmente este mecanismo se ha utilizado como una manera de generar solidaridad entre un grupo de trabajadores, por lo que la cotización se establece como porcentaje de la renta de las personas. En este contexto, la cotización opera como un impuesto al trabajo y, como tal, encarece los costos de la mano de obra y desincentiva el empleo. No obstante lo anterior, si la cotización fuese percibida por los trabajadores como parte de su salario, en la medida que existe un sentimiento de propiedad de esos recursos, los trabajadores exigirían mejores productos y de mejor calidad. Un problema particular surge en aquellos países que, habiendo adoptado un esquema de seguros individuales, han mantenido la obligatoriedad previsional como un porcentaje de la renta. En efecto, su contribución está ligada al ingreso y no al riesgo individual que incide en que algunos sectores queden sobreasegurados, lo que tiene un impacto negativo sobre los costos del sistema. Lo anterior obliga a las empresas aseguradoras a vender seguros caros de salud que, en general, incluyen tratamientos complejos y menos costo-efectivos.

- Garantizar la provisión de bienes públicos

Para el análisis del tema de los bienes públicos es necesario distinguir los distintos tipos de acciones de cuidado de la salud: los bienes públicos, las intervenciones de bajo costo y los bienes privados de alto costo.

Los bienes o servicios públicos son aquellos en los que el consumo de una persona no reduce la cantidad disponible para el consumo de otra. Es decir, son bienes para los cuales no se cumple el principio de exclusión. Dado que cualquier persona puede consumirlos sin necesidad de pagar por ellos, no existen incentivos para la producción privada, por lo cual sólo se dispondrá de ellos si el Estado u otra fuente de financiamiento (como alguna organización de beneficencia), los financie.

El control de los determinantes de la enfermedad, la protección de los alimentos y las condiciones sanitarias son ejemplos de bienes públicos en el sector de la salud. En general, éstos últimos se refieren a actividades preventivas o de promoción, aunque algunas acciones curativas, como la erradicación de enfermedades infecto-contagiosas pueden considerarse, en parte, bienes públicos. Por ello la distinción entre bienes públicos y privados no define por sí misma el límite entre la acción del Estado y de los privados. El Estado tiene también la responsabilidad de financiar todas aquellas acciones parcialmente públicas o parcialmente privadas que generan externalidades importantes, puesto que la acción privada es inefectiva para disponer de estos bienes en la cantidad socialmente óptima.

- Establecer una institucionalidad adecuada para el financiamiento de las prestaciones de alto costo

Pero existe un tercer problema que el Estado debe resolver y que puede ser catalogado como "de eficiencia", aunque también afecta la equidad del sistema. Se refiere a las dificultades derivadas de las prestaciones de alto costo ante enfermedades catastróficas.

Las prestaciones privadas de salud pueden ser expresadas en un continuo que va desde intervenciones de muy bajo costo hasta intervenciones de muy alto costo (o que representan una carga de gasto que no puede financiar la mayoría de las familias sin vender activos o endeudarse hasta empobrecerse). Éstas, al ser difíciles de costear son una carga de gasto llamada "catastrófica". Entre otras, habría que considerar intervenciones de bajo costo que, no obstante, exigen una tan alta frecuencia que, en definitiva, se transforman en una de alto costo. Asimismo, las intervenciones que se necesitan en forma impredecible y que, a su vez, son demasiado costosas respecto del presupuesto ordinario de una familia o de los ahorros disponibles, definen las prestaciones catastróficamente costosas.

La única forma de enfrentar esta combinación de incertidumbre y alto costo es a través de compartir los riesgos, esto es, de relacionar las contribuciones con el gasto esperado de un grupo de personas y no sólo de un individuo. El problema de las prestaciones de alto costo no tiene solución bajo un arreglo de contratos individuales. Exige, por tanto, un diseño organizacional de seguro colectivo que obligue a compartir este tipo de riesgos. Existe pues en esta materia espacio para los privados. Sin embargo, la eficiencia relativa del Estado respecto del sector privado para corregir esta falla de mercado es más bien una cuestión empírica que teórica (Musgrove, 1996).

## CUADRO 2

### EL ROL DEL ESTADO, DEL MERCADO Y DE LA SOCIEDAD CIVIL EN EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

FUNCION FINANCIAMIENTO	MERCADO	ORGANISMOS INTERMEDIOS	ESTADO
<p>La función de financiamiento establece las reglas de la estructura de financiamiento (fuentes), de recaudación y de asignación de recursos (subsidios) que garanticen eficiencia y equidad.</p>	<p>Los individuos no pueden garantizar solidaridad.</p> <p>Cuanto mayor es la contribución directa de las personas, tienen mayores incentivos para ejercer control sobre el uso de los recursos.</p>	<p>* Empresas</p> <p>No integran a importantes segmentos de la población (desempleados, viejos e indigentes).</p> <p>Establecen planes colectivos que contienen algún grado de solidaridad y <i>pool</i> de riesgo.</p> <p>Facilitan la administración y gestión del financiamiento.</p> <p>* Asociaciones geográficas o de consumidores.</p> <p>Permiten incorporar mayor solidaridad al sistema.</p> <p>Permiten integrar a toda la población.</p> <p>Tienen mayor dificultad en la administración y gestión que las empresas.</p> <p>* Problemas comunes de los organismos intermedios</p> <p>Se tiende a perder el sentido de propiedad de los recursos. Menor incentivo al control del uso de los recursos.</p> <p>Se requiere introducir incentivos para que alineen sus objetivos con los del "principal" y asignen recursos en favor de los usuarios.</p>	<p>Corrige la miopía de los individuos.</p> <p>Garante de la solidaridad en el sistema y, por tanto, de establecer reglas de subsidio.</p> <p>A mayor contribución de los Fondos Generales de la Nación, menores incentivos a que las personas ejerzan control social sobre el uso de los recursos.</p> <p>Es responsable del financiamiento de los bienes públicos y bienes privados que generan importantes externalidades positivas.</p> <p>Requiere establecer reglas de financiamiento que aseguren cobertura de prestaciones o tratamientos de alto costo (<i>pool</i> de riesgo).</p>

## b) El papel de los organismos intermedios

La combinación de objetivos que debe perseguir el Estado, junto a las limitaciones que tienen las personas para ejercer esta función en forma individual, hace que en muchos países el modelo de financiamiento esté basado en las empresas como instituciones que pueden reunir grupos de personas capaces de autorresolver el problema de la cobertura de seguros de salud. En el modelo de seguridad social tradicional que opera en Alemania y los Estados Unidos, la función de financiamiento es ejercida por las empresas. Ello facilita la administración de recursos, mejora la pertinencia y capacidad de compra (al contar con un comprador informado) y permite incorporar algún grado de solidaridad al sistema. Sin embargo, al asociar seguro de salud a ocupación, se margina a importantes segmentos de la población (entre ellos, a los desempleados, viejos e indigentes).

Dentro del marco de organizaciones independientes del Estado, una solución más general está constituida por las alianzas o asociaciones geográficas que permiten integrar a una población mayor que las empresas. Esta noción ha sido impulsada en los Estados Unidos por un importante grupo de economistas, conformando la base de la llamada propuesta de reforma de Clinton (Enthoven y Singer, 1995). Sin embargo, un problema común al ejercicio del rol de financiamiento por parte de cualquier organismo intermedio (incluido el Estado) es el problema del agente-principal. Esto es, que el intermediario (agente) efectivamente asigne el financiamiento en favor de los usuarios (principal). Se requiere entonces diseñar incentivos para limitar el problema "de captura" por parte de las empresas de seguros, problema que se hace más agudo mientras más interesante sea la cartera que maneja el intermediario y menor el grado de competencia en el mercado asegurador.

## c) Síntesis

Las fallas del mercado y la necesidad de garantizar la equidad justifican que organismos intermedios y, especialmente, el Estado asuman un papel central en el ámbito de lo que hemos denominado función de financiamiento. El Cuadro N° 2 resume los principales argumentos.

## 2. La articulación del financiamiento y la prestación

La identificación de una función de articulación entre el financiamiento y la prestación es un ejercicio analítico bastante reciente. La importancia de éste radica en el hecho que, al separar un grupo de funciones específicas -constituido por acciones dirigidas a superar las fallas

del mercado de prestadores-, podemos organizar sistemas de salud que compatibilicen mejor los principios de solidaridad, eficiencia y libertad. Así, mientras en lo relativo a la solidaridad es claro que se requiere una fuerte intervención del Estado y una organización colectiva, la libertad de elección puede promoverse en un mercado de seguros regulado por dicha función de financiamiento.

La existencia de articuladores, que también pueden denominarse “compradores”, promueve la eficiencia de los prestadores. Debido a las altas asimetrías de información en el mercado de las atenciones de salud, se justifica la adquisición de bienes y servicios por parte de un comprador informado que vele por la pertinencia y calidad de las prestaciones de salud. En un contexto de fallas de mercado, los individuos no garantizan la pertinencia ni tienen la capacidad de controlar los costos. Estos articuladores no requieren ser únicos y, por tanto, permiten generar elección.

Si bien la existencia de aseguradores múltiples puede generar una situación deseable -por la compatibilidad de objetivos-, esta solución no aparece exenta de problemas.

La relación entre la función de financiamiento y los seguros múltiples es compleja. En particular, el diseño de los sistemas de subsidio resulta un problema de difícil solución. Si el financiador fija un subsidio único por persona con distintos niveles de riesgo (costo esperado), entonces los articuladores tendrán incentivos para hacer selección por riesgo. Una respuesta a este problema es la diferenciación de precios respecto del riesgo, lo que es una respuesta eficiente, pero que en la realidad es de difícil implementación.

Existe, por otra parte, un problema adicional en el ámbito de los seguros de salud producto de las asimetrías de información; el del riesgo moral. Cierta grado de éste es intrínseco a cualquier seguro. Sin embargo, el problema es más grave en mercados complejos y con menor información como es el de la salud. El riesgo moral consiste en la tendencia por parte de los asegurados a consumir más prestaciones de salud que las necesarias, por el hecho de que están cubiertas por el seguro y el individuo no asume la totalidad de su costo.

#### a) Síntesis

La función de articulación es un espacio natural para el mercado. Sin embargo, dados los problemas de diseño para hacer funcionar de manera adecuada el mecanismo de subsidios y las dificultades propias de los mercados de seguros, puede resultar necesaria la intervención de los organismos intermedios y del Estado.

En particular, y visto que es el Estado quien debe garantizar universalidad y cobertura adecuada de salud a través de su función de financiamiento, la existencia de aseguradores públicos se justifica en aquellas situaciones en las cuales es muy costoso establecer contratos con aseguradores privados, ya sea por la dificultad de definir el destinatario del beneficio o de explicitar un contrato adecuado entre financiador y articulador. Ello puede darse cuando es muy caro o difícil desarrollar e implementar una fórmula de financiamiento que evite las fallas del mercado asegurador. Los aseguradores públicos permiten internalizar los problemas de contratos que se presentan entre articulador y financiador. Sin embargo, en general otorgan escasa libertad de elección a los usuarios y presentan una baja respuesta a sus necesidades, aunque cuentan con mayor capacidad de racionamiento de los servicios de salud, debido a que poseen una mayor credibilidad pública (básicamente porque el racionamiento se ejerce, generalmente, por razones técnicas y de pertinencia y no por la vía del poder de compra de las personas). Adicionalmente, los aseguradores públicos tienden a entregar servicios más uniformes, lo que puede ser deseable bajo una visión de equidad equivalente a igualitarismo. A continuación se presenta un resumen de los principales argumentos.

### CUADRO 3

#### EL ROL DEL ESTADO, DEL MERCADO Y DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LA ARTICULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD

FUNCION ARTICULACION	MERCADO	ORGANISMOS INTERMEDIOS	ESTADO
La función de articulación corresponde a la canalización de recursos hacia el consumo de bienes y servicios de salud.	<p>* Individuos</p> <p>En un contexto de fallas de mercado los compradores individuales no garantizan la pertinencia ni tienen la capacidad de control de costos.</p> <p>* Empresas de seguros</p> <p>Permiten garantizar una mayor pertinencia y calidad de com-</p>	<p>* Asociaciones de consumidores o de afiliados del sistema de seguros de salud</p> <p>Permiten ejercer control social sobre los articuladores estatales o privados. Por ejemplo, mediante las organizaciones de consumidores o de afiliados al sistema de seguros de salud.</p>	<p>La compra directa del Estado permite internalizar los problemas de contratos entre financiador y articulador garantizando universalidad, esto es, acceso de algunos sectores como los indigentes para los cuales es difícil definir subsidios.</p> <p>En general otorgan escasa libertad de</p>

	<p>pra al ser un comprador informado.</p> <p>Tienen alguna capacidad de controlar costos por la vía de métodos de pago a proveedores (incentivos) y mayor poder monopsonico.</p> <p>En un mercado desregulado, al enfrentar fallas de mercado, presentan problemas de equidad al no asegurar universalidad ni cobertura adecuada por <i>descreme</i> de riesgos (enfermos crónicos, viejos y enfermedades catastróficas).</p> <p>También, en ese contexto, presentan problemas de eficiencia por baja transparencia de mercado y altos costos administrativos.</p>		<p>elección para los usuarios.</p> <p>Racionan en función de la disponibilidad de recursos por la vía del acceso o la falta de oportunidad de atención.</p> <p>A mayor tamaño, tienen un mayor poder comprador lo que redundo en menores costos.</p> <p>A mayor tamaño de su cartera tienen mayores riesgos de captura por intereses corporativos y riesgo de corrupción.</p> <p>Los seguros públicos únicos tienen menores costos de administración y venta pero baja respuesta a las demandas de los usuarios y, en general, no establecen derechos explícitos.</p>
--	--	--	---

#### 4. La provisión de bienes y servicios de salud

Hasta aquí hemos planteado las ventajas y dificultades de los distintos mecanismos institucionales en el desempeño de las funciones de definición de políticas y regulación, financiamiento y articulación en el sistema de salud. Abordaremos ahora el tema de la provisión de bienes y servicios de salud, que abarca un amplio rango de acciones, desde algunas de tipo educativo o de capacitación, como promover la mantención de estilos de vida saludables, hasta prestaciones curativas o de rehabilitación de alta complejidad.

El rol del Estado en la provisión de bienes y servicios de salud surge de la pregunta ¿es indispensable que existan consultorios u hospitales públicos? La respuesta espontánea a esta interrogación es que ello no parece necesario, dado que el Estado puede garantizar la universalidad y cobertura de las acciones de salud por la vía de subcontratar o externalizar la provisión de estos servicios. Así como la función de regulación sería el espacio natural del Estado, la función de producción de bienes y servicios constituiría el espacio natural del mercado.

Sin embargo, algunos factores específicos pueden hacer que se requiera la existencia de consultorios de atención primaria o de hospitales públicos. Buen ejemplo es la imposibilidad de establecer contratos con prestadores externos, sea porque es difícil definir el destinatario (v.g., el sector indigente o marginado del sistema), sea por la dificultad de explicitar en contratos el tipo de prestaciones precisadas y sus características, lo que atentaría contra la continuidad y certeza de contar con estos servicios básicos.

Puede también justificarse la existencia de proveedores públicos donde existan economías de escala que transformen al prestador en monopolio natural siendo éste muy costoso de regular. Cabe destacar, sin embargo, que los hospitales públicos generalmente deben articular una multiplicidad de objetivos e intereses y, por tanto, tienen escasos incentivos para ser eficientes, lo que los transforma en entidades altamente costosas para el Estado. Algunas experiencias internacionales han probado que incluso bajo situaciones de monopolio natural reformas estructurales pueden mejorar la eficiencia de los hospitales públicos y reducir la carga fiscal (Hoffmeyer y McCarthy, 1994).

Por último, puede darse que el Estado deba contar necesariamente con infraestructura para atender a un segmento de la población no susceptible de expresarse en contratos, o proveer cierto tipo de prestaciones no externalizables o delegables. Si ello es así, y ante la presencia de economías de escala, será más conveniente que los proveedores públicos atiendan a una población más amplia que la que está bajo su responsabilidad financiera.

En general, se justificará la existencia de proveedores públicos en todas aquellas situaciones en que los costos de externalizar o subcontratar las prestaciones superen los costos de la provisión directa por parte del Estado. Ésta obviamente es una cuestión empírica y tiene relación con factores técnicos y de contexto, entre los que se cuentan el tamaño de la población que es responsabilidad del Estado y la existencia de economías de escala. Ahora, si el grupo de indigentes marginado del sistema es muy significativo en la población, entonces resultará difícil y costoso

establecer subsidios y contratos, al igual que ejercer control sobre las empresas proveedoras de bienes y servicios de salud. En este contexto, la compra y provisión directa por parte del Estado probablemente es una alternativa más conveniente que la subcontratación de seguros o de servicios.

#### CUADRO 4.

### EL PAPEL DEL ESTADO, DEL MERCADO Y DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LA PROVISIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE SALUD

FUNCIÓN PRODUCCIÓN	MERCADO	ORGANISMOS INTERMEDIOS	ESTADO
<p>Esta actividad consiste en la producción de bienes y servicios de salud los que abarcan un amplio rango, desde intervenciones o acciones muy simples hasta prestaciones de alta complejidad.</p>	<p>En forma análoga a la función de definición de políticas y de regulación, que es el espacio natural del Estado, la función de producción de bienes y servicios es el espacio natural del mercado.</p> <p>* Empresas</p> <p>Ofrecen libertad de elección a los usuarios.</p> <p>Enfrentan incentivos para la satisfacción de las demandas de los consumidores.</p> <p>Favorecen la eficiencia (producción al mínimo costo) y la calidad de atención.</p> <p>Favorecen el desarrollo tecnológico y la innovación.</p>	<p>* Asociaciones de consumidores o de usuarios de los servicios de salud.</p> <p>Permiten ejercer control social sobre las instituciones proveedoras de bienes y servicios de salud.</p>	<p>Se justifica la acción del Estado en esta área en situaciones de excepción.</p>

### III. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO. EL PUNTO DE PARTIDA

Desde una perspectiva histórica, los principales cambios legales que sustentan el actual sistema de salud chileno fueron introducidos a comienzos de la década de los 80 y están marcados por la lógica global que inspiró el modelo económico impuesto por el gobierno militar de la época. El actual modelo se fundamentó en tres principios presentes en la implementación de políticas en todos los sectores sociales: rol subsidiario del Estado, focalización del gasto social y mejoraría de la eficiencia en la asignación de recursos.

En el caso que nos ocupa, la reforma que surge a partir de dichos principios implicó la reestructuración del sistema público de salud. Entre las principales reformas, se cuentan: (i) la creación de una institución financiera para el sector salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), encargada de recaudar los ingresos provenientes del presupuesto nacional y de las cotizaciones obligatorias para salud; (ii) el reforzamiento del rol del Ministerio de Salud como agente de decisión de las políticas y como entidad normativa, supervisora y evaluadora; (iii) la descentralización del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 26 servicios autónomos regionales; (iv) el traspaso a las municipalidades de la responsabilidad por los servicios de atención primaria (y por su infraestructura), cambio iniciado en 1981 y finalizado en 1987, y (v) la posibilidad para los trabajadores de elegir entre adherir al sistema público de salud (FONASA) o a compañías de seguro de salud privadas (ISAPRE), las que comenzaron a operar en 1981.

A partir de estas reformas, la organización del financiamiento y la prestación de la salud comprende dos subsistemas, uno público y otro privado. Mientras el primero de ellos se caracteriza por una fuerte presencia del Estado en ambas funciones, el segundo se singulariza por dejar que las funciones se ejerzan casi exclusivamente de acuerdo a una lógica de mercado. La coexistencia de estas dos formas de funcionamiento plantea desafíos particulares, como la agudización de ciertas fallas del seguro privado por la presencia del seguro público y viceversa. Como ha sido reconocido por analistas del sector, la existencia de un reaseguro público implícito de eventos de mayor costo y menor frecuencia genera sesgo de cobertura del seguro privado hacia atenciones de tipo ambulatoria de mayor frecuencia y menor costo.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Díaz, Gazitúa y Valdés, (1995).

Desde la óptica de la población es posible distinguir tres grandes grupos: los cotizantes y sus familias, que constituyen cerca de un 68% del total; los indigentes, que representan cerca de un 20% de la población, y un tercer grupo constituido por trabajadores independientes que no se afilian al sistema previsional, aun cuando pueden hacerlo. Los primeros pueden elegir entre el sistema previsional público y el privado, mientras que los indigentes sólo pueden acceder al sistema público.

En el subsistema público la función normativa la realiza el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes. En todo caso, prevalece un enfoque de autorregulación, de tal manera que el organismo financiero público no es controlado de la misma manera que las instituciones privadas. En el caso de los prestadores, el sistema público actúa como fiscalizador del sector privado y de sus propios establecimientos.

Los recursos que financian el subsistema público provienen de impuestos generales y cotizaciones previsionales de las personas que eligen afiliarse. El conjunto de los recursos pasa a constituir un fondo único, con el cual se financian bienes públicos y privados. Lo anterior permite que parte de las cotizaciones de los trabajadores se destine a financiar el gasto de los indigentes, o bien que impuestos generales se empleen para entregar subsidios a los cotizantes. Con todo, en los últimos años el FONASA, organismo responsable de la gestión financiera del sector, ha puesto en marcha una política destinada a ordenar las fuentes de financiamiento, basándose en criterios de eficiencia y equidad. De esta manera, se ha planteado que las cotizaciones no serán destinadas a financiar atenciones de los indigentes, ya que esto aumentaría la inequidad de un sistema en el cual los cotizantes de altas rentas se encuentran en las ISAPRE. Adicionalmente, la política apunta a evitar que se usen cotizaciones para financiar bienes públicos, ya que éstos deben ser cubiertos con recursos provenientes de impuestos generales.

No existe formalmente separación entre el financiador y articulador en el sistema público. Siguiendo las características de los modelos de corte estatal, los derechos de los beneficiarios –tanto de los cotizantes como de los indigentes– son de carácter implícito. Lo anterior genera los consecuentes racionamientos de oferta (colas, listas de espera).

Aquí la articulación no se encuentra bien definida. De hecho, es efectuada en parte por el Ministerio de Salud y en parte por el FONASA. De acuerdo a la lógica de los sistemas sin separación de funciones, históricamente el Ministerio de Salud ha asignado recursos a los prestadores públicos sobre la base de presupuestos globales, estableciendo por esta vía un sistema de subsidios a la oferta. Por su parte, el FONASA ha ad-

ministrado la compra a los prestadores privados, que actúan como complemento de los prestadores públicos, utilizando un sistema de prestadores preferidos y un mecanismo de pago del tipo *fee-for-service*. Para controlar las frecuencias se han impuesto fuertes niveles de co-pago a los cotizantes, quienes son los que pueden usar dicha modalidad de atención.

Durante los últimos años el subsistema público ha buscado un esquema de separación de funciones según el cual se ha definido que el FONASA actúe como el articulador del sistema, dejando al Ministerio en su función propia.

En este subsistema la provisión está a cargo de los Servicios de Salud, los que administran el sistema de hospitales y centros de atención en los niveles secundario y terciario, además de supervisar la atención primaria que se entrega en los consultorios municipalizados (los otros prestadores del sistema)<sup>4</sup>. En teoría, los Servicios de Salud podrían operar como redes de atención y, de esta manera, implementar un modelo de atención basado en el principio de actuar en el lugar adecuado de la red. Sin embargo, problemas de tipo estructural, organizacional y de diversa índole -como la falta de incentivos correctos para la gestión- llevan a que la mayor parte de los Servicios de Salud no operen con un sistema de atención adecuado.

La falta de competencia entre los prestadores públicos es un elemento predominante en este subsistema. Los presupuestos globales -que se constituyen en asignación de recursos a la oferta- limitan los escasos espacios de competencia que podrían generarse entre los prestadores públicos o con los prestadores privados. La escasa interrelación entre los prestadores públicos y privados de salud se traduce en una asignación ineficiente de los recursos físicos y humanos en el sector. Esta lógica de financiamiento orientada fundamentalmente a la oferta presenta problemas para una asignación eficiente de recursos, deja escasa capacidad de influencia a los usuarios y resulta altamente susceptible a la captura por parte de los intereses corporativos.

En el caso del subsistema privado el financiamiento y prestación están asociados a las ISAPRE y a un gran número de prestadores, tanto en la atención ambulatoria como en la cerrada. La función de regulación es ejercida por el Estado a través de la Superintendencia de ISAPRE, la

---

<sup>4</sup> Nótese que la separación de funciones vigente funciona a nivel nacional. En el ámbito regional, los Servicios de Salud concentran funciones de modulación, financiamiento, articulación y provisión.

cual fiscaliza el cumplimiento de los cuerpos legales específicos que norman el funcionamiento de dichas instituciones. En el campo de los prestadores no existe un sistema de acreditación y la normativa se limita a las autorizaciones sanitarias de funcionamiento que son otorgadas por los Servicios de Salud.

El enfoque de regulación de los seguros privados se orienta a atacar síntomas más que a resolver los problemas "de fondo" del sistema. De hecho, la regulación en este sector no ha resuelto el tema central de definir cuál es la garantía básica en salud que el país está dispuesto a asegurar a todas las personas. La regulación a los seguros privados trata de limitar las fallas de este mercado por la vía de la reglamentación detallada de los contratos, lo que ha generado enormes costos administrativos al sistema, sin que se haya eliminado los problemas más serios que derivan de las características estructurales y de funcionamiento del sector.

Por otra parte, en el ámbito de la provisión de servicios de salud existe una escasa regulación y transparencia. Es insuficiente la información respecto de las instituciones privadas de salud y sus características, dado que bajo la normativa vigente se ejerce control sólo al inicio de actividades. No existe regulación y control permanente.

En el esquema de organización de la salud chileno no existe una función de financiamiento generadora de reglas de solidaridad, pues el seguro opera con una lógica individual, según la cual los beneficios de cada uno son una función del monto aportado y del nivel de riesgo. En este sentido, la cotización obligatoria del 7% del ingreso -herencia de un sistema de seguridad social colectivo- introduce ineficiencias en la articulación. Ejemplo de esto es el sobreaseguramiento para la población de ingresos altos (Larrañaga, 1996; Fischer y Gutiérrez, 1995).

De manera más general, la cotización como porcentaje de la renta, en un esquema de afiliación voluntaria de carácter individual, promueve la segmentación de la cartera de afiliados. En este contexto, no resulta extraño que las ISAPRE concentren población de menor riesgo y mayores ingresos. El único intento para reducir la segmentación, al menos según renta, fue la creación de un subsidio de 2% del ingreso. Este, financiado por fondos públicos, beneficiaba a los sectores de rentas medias y medias-bajas. No obstante, dicho subsidio fue cuestionado y eliminado.

Los derechos de los beneficiarios son explicitados en contratos de salud regulados por la Superintendencia. Con todo, al no existir uno o más planes que sirvan como referencia, la comparación resulta compleja y se presta para reclamos de falta de transparencia. Adicionalmente, la falta de una normativa adecuada en cuanto a cobertura básica genera

problemas, ya que muchas personas se incorporan a planes con coberturas insuficientes para enfermedades de alto costo. Lo anterior genera una suerte de reaseguro de tipo implícito por parte del sistema público.

Las ISAPRE operan fuera de un sistema de financiamiento; en este sentido, se puede afirmar que no existe separación de funciones entre el articulador y el financiador. Como ya se mencionó, el seguro es de carácter individual y de corto plazo, ya que los beneficiarios pueden desafiliarse cada año. Esto desincentiva el desarrollo de programas preventivos.

Si bien seis instituciones concentran cerca de un 80% del mercado, existe un importante grado de competencia entre ellas. Empero, las reglas del juego señaladas anteriormente llevan a que la competencia se dé en el plano de la diferenciación de productos más que en los precios.

La relación entre las ISAPRE y los prestadores es heterogénea. El modelo de vínculo predominante se caracteriza por una relación contractual con terceros, esto es, baja integración vertical y sistemas de pago *fee-for-service*. En los últimos años se ha observado cierta tendencia a una mayor integración y a un cambio en los sistemas de pago. Como parte de esta modificación están apareciendo prestadores que operan en forma de red y utilizan un modelo de atención que incorpora los elementos básicos de la salud administrada.

En resumen, el análisis del modelo chileno permite constatar la coexistencia de dos tipos de sistemas que asignan una importancia relativa distinta al mercado y al Estado como mecanismos de coordinación. Ello, en el ejercicio de las funciones de financiamiento, articulación y de producción de servicios de salud. Así, en el subsistema público aparece un Estado que cumple de manera incompleta su papel central y que ejerce en grado más allá de lo necesario funciones que podría asumir el mercado. A su vez, la carencia de una regulación adecuada para el sector privado impide que la competencia se traduzca en mayor eficiencia. Finalmente, existe escaso control por parte de la ciudadanía en ambos sistemas, control que permita reducir las fallas del Estado (manifestadas fundamentalmente en el sector público de la salud) y del mercado (evidenciadas en el sector privado).

A continuación, se presenta el Cuadro 5, que resume los principales rasgos del sistema de salud chileno.

## CUADRO 5

### SITUACIÓN ACTUAL DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

FUNCIONES	GRUPOS DE LA POBLACION	
	ASEGURADOS	INDIGENTES
	Pueden elegir entre FONASA e ISAPRE, dependiendo de su capacidad de pago.	No son cotizantes y, de acuerdo a su condición socioeconómica, cumplen con los requisitos para ser definidos como carentes de recursos. Son responsabilidad del Estado.
DEFINICION DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y CONTROL SOCIAL	Ministerio de Salud y sus organismos dependientes especializados. Para los prestadores y el FONASA opera la autorregulación.	Autorregulación por la vía jerárquica y administración. Control social delegado en la administración.
FINANCIAMIENTO		
(a) Fuentes de financiamiento	Cotización obligatoria de 7% de la renta y pago directo del paciente. Los bienes públicos se financian con impuestos generales.	Impuestos generales.
(b) Tipo de contrato con los aseguradores	Implícito, tanto para FONASA como para las ISAPRE.	Implícitos.
(c) Tipo de subsidios	A la oferta.	Subsidios a la oferta.
(d) Derechos de los usuarios	Implícitos en FONASA. Explícitos a través de contratos en las ISAPRES.	Implícitos.
COMPRA		
(a) Relación con la función de financiamiento	No existe formalmente una separación de funciones.	Integración de funciones de financiamiento y compra.
(b) Tipo de seguro	Seguro estatal colectivo. Seguros privados individuales.	Seguro único, estatal, colectivo. De acuerdo a la ley pertenecen al FONASA.
(c) Grado de competencia	Baja competencia entre públicos y privados. Alta competencia al interior del sistema privado.	Sin competencia.

(d) Grado de integración con los prestadores	FONASA con alta integración. ISAPRE con menor integración.	Integrados verticalmente. La única opción para los indigentes son los hospitales públicos.
(e) Tipo de contrato con los prestadores	Predomina presupuestos anuales garantizados entre el FONASA y prestadores públicos. FONASA paga <i>fee-for-service</i> a los privados. ISAPRES pagan preferentemente <i>fee-for-service</i> .	Presupuestos anuales garantizados a los hospitales públicos.
<b>PRESTACIÓN</b>		
(a) Grado de competencia	Bajo grado de competencia en los prestadores públicos. Alto grado de competencia entre los privados.	Escasa competencia.
(b) Modelo de atención	En el sector público se intenta un modelo de atención integrado, pero con serias dificultades de operación. En el sector privado no opera un modelo de atención (desarticulado).	Se intenta un modelo de atención integrado, pero serias dificultades de operación.

#### IV. CONSTRUYENDO UN SISTEMA QUE OTORQUE GARANTIA UNIVERSAL EN SALUD<sup>5</sup>

De los elementos establecidos en las secciones anteriores se desprende la necesidad de introducir transformaciones dirigidas a optimizar la mezcla pública-privada en el sistema de seguridad social en salud, de modo de construir un arreglo institucional que mejore el grado de protección de las personas, la equidad y la eficiencia del sistema.

##### 1. Aspectos generales

Inspirada en los principios arriba descritos, la seguridad social en salud debiera orientarse a compatibilizar la solidaridad en el financiamiento con la libertad de elección de las personas, dentro de un marco eficiente de operación. Para ello se propone avanzar hacia un esquema institucional estructurado sobre la base de dos niveles de participación: el público y el privado.

<sup>5</sup> Los elementos centrales de esta propuesta han sido planteados en trabajos anteriores, entre ellos, en Celedón y Oyarzo (1998), y Celedón, Leiva y Zuleta (1996).

Respecto del ámbito preeminentemente público se propone fortalecer el papel del Ministerio de Salud como responsable del diseño de las políticas, las normas y la regulación. Asimismo, se postula que el Estado debe liderar la función de financiamiento. En primer lugar, para que con una mezcla de recursos provenientes de las cotizaciones y del aporte fiscal se pueda garantizar a toda la población el acceso a un conjunto obligatorio de beneficios de salud con independencia de sus condiciones particulares de renta y riesgo médico. En este sentido, es posible pensar que la acción del Estado se complemente con organismos que representen a la comunidad organizada; esto permitiría reducir los problemas que surgen de la entrega de subsidios en un esquema puramente individual. Sobre el particular, siguiendo lo propuesto por Enthoven y Singer (1995), recomendamos que se incentive la creación de organizaciones públicas, alianzas o cooperativas de compradores de seguros que permitan la generación de carteras de riesgo con una mezcla heterogénea de ellas para facilitar que los seguros de salud sean alcanzables para las personas. Con ello, de paso se evita la selección adversa para las instituciones aseguradoras. Así, el Estado podría concentrarse en organizar la institucionalidad para las personas que requieren subsidios en un grado que no se resuelva al interior de los organismos descritos en el párrafo anterior.

Una vez garantizada la solidaridad interna del sistema, la propuesta plantea incrementar el ámbito de la gestión privada para competir lealmente con opciones públicas, tanto en la articulación como en la provisión de los servicios de salud. Ello, sobre la base de la amplitud y la calidad de los servicios ofrecidos.

## **2. Aspectos específicos e instrumentos para el cambio**

### **a) Cobertura garantizada**

La propuesta de estructurar la seguridad social en salud en dos niveles, donde la función solidaria es asumida por una institucionalidad pública y la libertad de elección queda garantizada por la amplia presencia del sector privado (en competencia leal con opciones públicas), se estructura a partir de la vigencia de un plan de salud referencial obligatorio para todos los beneficiarios del sistema, en carácter de seguro garantizado por ley. Junto con la protección del seguro obligatorio, los asegurados también podrían negociar coberturas adicionales mediante aportes voluntarios convenidos directamente con la institución aseguradora -pública o privada- de su elección.

En términos prácticos, el plan de salud referencial consiste en una lista de condiciones médicas y tratamientos, en lo posible elegidos de acuerdo a su costo-efectividad, disponibles para todos los ciudadanos con independencia de su capacidad de pago y de su riesgo particular en salud. No obstante, y debido a las dificultades de información y de operación asociadas al proceso de definición de un plan como el señalado, se propone comenzar la reforma con el actual listado de prestaciones que otorga el FONASA y, a partir de allí, establecer los mecanismos que permitan perfeccionar la situación base.

De ahí que para avanzar operativamente en la definición de este plan de salud referencial sea recomendable que el FONASA comience por explicitar claramente los derechos en materia de salud de sus beneficiarios. Ello, en la forma de contratos transparentes y comprensibles para toda la población. De esta manera también definirán lo que obligatoriamente deben otorgar las ISAPRE a sus afiliados. Tal acción del FONASA se convierte en la base para conformar un plan de salud integral para la familia chilena y, en la medida que sea obligatorio para todo el sistema de salud, permitirá mejorar su transparencia y el control social de los subsistemas públicos y privados. Así, la presencia de un plan integral garantizado como seguro obligatorio para todos los beneficiarios crea el marco de transparencia necesario para que los asegurados puedan comparar y elegir más informadamente la institución de seguro que les brindará la cobertura obligatoria (y las adicionales) con la mejor relación precio-calidad. Estas instituciones podrán ser públicas o privadas.

Con este marco de incentivos, la equidad del sistema como un todo no sería cuestionada porque, al menos al nivel del plan de salud, todos los beneficiarios del sistema tendrían garantizado el mismo acceso a una determinada cobertura de atenciones médicas.

Cuando nos referimos a un plan de salud que dé acceso equitativo o nivel de protección adecuado a todas las personas estamos considerando prestaciones de distinta naturaleza. Los programas orientados a la promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad son bienes de apropiación colectiva (bienes públicos); su demanda no surge espontáneamente de las personas y, por tanto, su financiamiento y gestión es de responsabilidad del Estado. Distinto es el caso de las prestaciones de carácter curativo y de rehabilitación, que no presentan externalidades importantes, ya que en general su demanda surge de las necesidades de las personas. Esto permite distintas formas de financiamiento y de gestión para la entrega de estos servicios. Es posible entonces considerar que la cobertura garantizada sea separada en dos tipos de planes. El primero de ellos debería asegurar las atenciones de

salud que se ligan a la relación de los grupos de la población con su entorno (los que llamamos usualmente “bienes de carácter público”). Este plan debe ser gestionado con un enfoque poblacional, a diferencia del plan que cubra las atenciones de salud con un mayor grado de apropiación individual, el que puede ser operado en esquema de decisión de las personas.

b) Mayor integración público-privada en el aseguramiento y provisión de servicios de salud

Dentro de un ambiente más competitivo en la gestión sectorial, se postula que la cobertura garantizada del plan de salud pueda ser contratada con instituciones aseguradoras de carácter público o privado, existiendo también la opción de que tales instituciones ofrezcan beneficios adicionales de tipo voluntario.

La dificultad inherente de identificación y operación de los grupos indigentes de carácter marginal hace difícil pensar la desaparición de instituciones públicas en el campo de la articulación y la prestación. No obstante, es posible aumentar los espacios de libertad de elección de las personas que cotizan por la vía de reestructurar el actual sistema de asignación de los subsidios estatales.

Asimismo, y en la lógica de asegurar la eficiencia en la provisión de las atenciones de salud, podrían ser las propias instituciones aseguradoras quienes se encarguen de comprar las prestaciones a los proveedores de servicios de salud, sean públicos o privados, sobre la base de una adecuada mezcla de calidad y costo. Efectivamente, por la vía de introducir un conjunto de incentivos que privilegian los pagos prospectivos y por resultados, las compañías de seguros están en condiciones de traspasar parte del riesgo a los proveedores y contener costos a fin de ser mayormente competitivas a la hora de ofrecer el plan de salud integral o las coberturas adicionales que deseen contratar los asegurados.

Esto también da pie para que la competencia en la provisión de los servicios de salud sea lo más amplia posible, incorporando la infraestructura médica de las mutuales en aquellas especialidades donde tienen amplias ventajas comparativas. Sobre este extenso rango de opciones, los beneficiarios de la seguridad social en salud, con independencia de su situación de ingreso y de afiliación previsional a seguros públicos o privados, tendrían plena libertad para elegir el prestador de sus atenciones de salud (al menos en lo relativo a la cobertura garantizada por el plan de salud referencial).

Con todo, el aumento de la competencia no debe confundirse con un escenario de mercado competitivo. Las imperfecciones del mercado de prestaciones limitan la posibilidad de competencia libre, y, por tanto, las mayores opciones de compra entre públicos y privados no excluyen la posibilidad de acuerdos de prestadores preferidos. Otro aspecto importante a considerar es que el trabajo en redes de prestadores hace necesaria la colaboración entre ellos. Por esta razón, postulamos que el trabajo en red sea favorecido por un sistema de asignación de recursos y un marco jurídico que permita la operación de redes conformadas por prestadores municipales, públicos y, eventualmente, privados.

El modelo de atención que resulte de la operación descrita debiera funcionar con los incentivos adecuados para proveer un sistema de atención con cultura de prevención y no sólo de curación. Es esencial que el esfuerzo del Estado en materia de bienes públicos para la salud deba ser adecuadamente complementado con la acción de los prestadores de acciones de salud.

En definitiva, la reforma en esta función apunta a corregir los problemas que hoy afectan a los chilenos, tanto en el sistema público como en el privado. Dichos inconvenientes se producen ya sea porque no operan eficientemente los esquemas de coordinación por la vía administrativa o de gestión -como en el caso del sector público de salud- ya sea porque no existen incentivos para la prevención ni articulación de los distintos niveles de resolución -como sucede a menudo en el sector privado.

Desde una perspectiva de largo plazo, el modelo de atención debe adaptarse al nuevo perfil epidemiológico, el cual experimenta hoy cambios significativos que se acentuarán en los próximos años como consecuencia del envejecimiento de la población. Esto implica que se deberá modificar la infraestructura hospitalaria y el recurso humano. En este plano, la labor del Estado para coordinar los esfuerzos necesarios en la formación de recursos humanos especializados resulta de gran importancia.

### c) Los nuevos esfuerzos de regulación

El espacio de mayor competencia exige potenciar la voluntad de crear un marco de regulación eficiente de la seguridad social en salud. Debe evitarse tanto el exceso de regulación burocrática, que eleva los costos, como la falta de ella, que se transforma en perjuicios para los consumidores.

En la búsqueda de un adecuado marco regulatorio se propone evaluar la creación de una superintendencia de salud con dos intendencias,

la de aseguradoras de salud y la de proveedores de salud, integrando los esfuerzos de regulación para una mayor coherencia y eficiencia en la acción de las instituciones claves de la seguridad social en salud. Precisamente, tanto el área de los seguros como el de la provisión de salud, y sobre todo esta última, presentan grandes asimetrías de información que favorecen a la parte oferente de servicios de salud en claro perjuicio de los demandantes. Esta es una razón técnica más que válida para integrar los esfuerzos de regulación pública sobre la materia.

De manera complementaria, y como resguardo legal ante los sensibles momentos de una enfermedad, este empeño de regulación no debe olvidar la promoción de los derechos de las personas en su calidad de usuarios de los servicios de salud. Es por ello de suma importancia asegurar a cada chileno -vía promulgación de alguna iniciativa legal en esta dirección-, un trato justo y digno al recibir sus atenciones de salud. Lo propio hay que hacer para garantizar su protección legal frente a eventuales abusos.

#### d) Síntesis

Los ejes de una reforma a la seguridad social en salud están representados por una institucionalidad del Estado que se reserva la función redistributiva del sistema y define un plan de salud referencial obligatorio que garantice la equidad en la cobertura y el acceso a la salud a todas las personas. Adicionalmente promueve la eficiencia y la competencia en el plano de los seguros y de la provisión de servicios de salud dentro de un marco apropiado de regulación.

Esto último requiere la presencia de una institucionalidad pública que garantice la disponibilidad de información adecuada para que las personas tomen decisiones informada y responsablemente, y que incentive el desarrollo de una legalidad que proteja los derechos de las personas en salud. En paralelo, es preciso que promueva la emergencia de agrupaciones de consumidores o de usuarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud que minimicen los problemas de asimetrías de información, tanto en el mercado de seguros como en el de prestadores de servicios de salud, y que contribuyan a ejercer control social sobre las instituciones del sector.

En la medida que las personas, de manera individual u organizada, elijan libremente sus instituciones aseguradoras y proveedoras de servicios de salud bajo un conjunto de incentivos que impidan la selección por riesgo y la discriminación por niveles de ingreso, se les entregará la capacidad de ejercer control social por la vía de la "salida". Como se mencionó más arriba, esta herramienta les permite hacer valer sus

derechos mediante su capacidad de cambiarse de institución aseguradora o elegir otro proveedor de sus atenciones de salud si no se les brinda un buen servicio.

Pero lo anterior no basta para garantizar eficiencia y equidad en salud. Ello, porque se ha demostrado que el mercado es un mecanismo de control social incompleto y que los traspasos permanentes entre aseguradores y/o prestadores pueden tener costos muy superiores a las ventajas que obtiene el consumidor en el corto plazo <sup>6</sup>. Es por esto que, junto con promover la competencia en el campo de los seguros y de la provisión de servicios, debe desarrollarse un contexto institucional que promueva la cooperación entre los distintos actores del sistema, en que los derechos de las personas en salud estén claramente definidos y existan mecanismos legales y de participación para hacerlos efectivos. De esta forma, además de promover la autonomía, la desconcentración y la descentralización en las formas de organización del sector, es necesario estimular las alianzas estratégicas y las relaciones de largo plazo con los usuarios, la comunidad organizada y los trabajadores del sector, permitiendo el ejercicio del control de la ciudadanía mediante mecanismos de "voz", como complemento a los mecanismos de mercado y como una forma de enfrentar de manera exitosa este ambiente de mayor competencia.

---

<sup>6</sup> Cabe destacar que en el sistema privado de pensiones -con 18 años de funcionamiento en Chile- se han establecido regulaciones que, manteniendo la capacidad de las personas de elegir administradora, introducen incentivos a la permanencia o limitan los cambios sistemáticos de AFP. Ello, dados los costos desproporcionados de comercialización y ventas producto de los traspasos permanentes de un número importante de afiliados al sistema.

## CUADRO 6

### UN MODELO INTEGRADO DE ORGANIZACIÓN DE LA SALUD

FUNCIONES	GRUPOS DE LA POBLACIÓN	
	ASEGURADOS	INDIGENTES
	Pueden elegir entre FONASA e ISAPRE, independientemente de su capacidad de pago.	No son cotizantes y, de acuerdo a su condición socioeconómica, cumplen con los requisitos para ser definidos como carentes de recursos. Se mantienen bajo la responsabilidad del Estado.
DEFINICION DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y CONTROL SOCIAL	<p>Ministerio de Salud responsable de la definición de políticas y normas en el sector.</p> <p>Regulación de los seguros y prestadores públicos y privados ejercida por organismos independientes especializados conformados por expertos de ambos sectores.</p> <p>Fomento del control social de los seguros y de los prestadores a través de la legalidad (estado de derecho) y de la sociedad civil organizada en organizaciones intermedias.</p>	<p>Ministerio de Salud responsable de la definición de políticas y normas en el sector.</p> <p>Regulación del seguro público y de los prestadores públicos por organismo regulador independiente.</p> <p>Fomento del control social del seguro público y de los prestadores públicos fundamentalmente a través de la legalidad (estado de derecho).</p>
FINANCIAMIENTO		
(a) Fuentes de financiamiento	Obligatoriedad de adquirir un cierto nivel de protección (plan referencial) en vez de cotización obligatoria. Los bienes públicos se financian con impuestos generales.	Impuestos generales.
(b) Tipo de contrato con los aseguradores	Explícito tanto para FONASA como para las ISAPRE.	Explícitos.
(c) Tipo de subsidios	A la demanda, corregidos por riesgo.	Subsidios a la oferta.
(d) Derechos de los usuarios	Explícitos a través de contratos de largo plazo tanto en FONASA como en las ISAPRES.	Implícitos.

<b>COMPRA</b>		
(a) Relación con la función de financiamiento	Separación de funciones de financiamiento y compra.	Separación de funciones de financiamiento y compra.
(b) Tipo de seguro	Seguros públicos y privados colectivos.	Seguro estatal, colectivo. Se mantienen en FONASA.
(c) Grado de competencia	Alta competencia entre públicos y privados.	Sin competencia.
(d) Grado de integración con los prestadores	Integración por la vía de contratos o por la vía de la propiedad, dependiendo de los incentivos de la industria (costos de transacción).	Integración vertical con contratos internos. Se mantiene los hospitales públicos como única opción para los indigentes.
(e) Tipo de contrato con los prestadores	Contratos que incorporan sistemas de pago prospectivos capitados o asociados a diagnósticos.	Presupuestos asociados a prestaciones para los hospitales públicos.
<b>PRESTACIÓN</b>		
(a) Grado de competencia	Alto grado de competencia entre prestadores públicos y privados.	Escasa competencia.
(b) Modelo de atención	Modelo de atención integrado por la vía de incentivos y modelos de gestión.	Modelo de atención integrado por la gestión.

## V. UNA PROPUESTA DE CAMBIOS GRADUALES. UN CAMINO POSIBLE

Los argumentos anteriores configuran los lineamientos básicos de una propuesta de reforma a la organización del sistema de atención y financiamiento de la salud. Dicha propuesta apunta a conciliar mejor los objetivos de equidad, eficiencia y libertad de elección. Como se desprende del análisis de algunas experiencias internacionales de reformas al sector, la búsqueda de un equilibrio entre estos tres conceptos es un elemento común a todos estos procesos. Lo anterior resulta de comprender que la maximización de uno de estos principios redundando normalmente en limitaciones significativas de los demás. Países en los cuales la organización de la seguridad social en salud ha privilegiado los conceptos de equidad y control de costos, descuidando los objetivos de libertad de elección y satisfacción de los usuarios -como es el caso del Reino Unido-

, están moviéndose desde esquemas altamente centralizados hacia modelos de funcionamiento más competitivos y con mayores opciones de elección por parte de los usuarios. Por otra parte, países en los cuales se ha priorizado la libertad de elección y un esquema individualista y de competencia regulada han mostrado la dificultad de regular este mercado y el impacto negativo sobre la equidad y sobre los costos que conlleva este tipo de organización. Este es el caso de los Estados Unidos, donde se están planteando fórmulas de solución colectivas y una fuerte regulación por parte del Estado que asegure cobertura básica universal en salud.

Si bien pareciera existir una dirección en la cual transitar, las reformas enfrentan en todas partes una gran resistencia. En un sector caracterizado por una fuerte tradición estatista y con intereses corporativos poderosos, el tema de la reforma al sistema no sólo es un problema técnico sino político. La factibilidad de realizar una reforma global depende del marco político general sobre el cual se genera el cambio, de los aspectos culturales que lo facilitan o dificultan y de cómo juegan los intereses particulares de los actores que se verán afectados. Es posible que bajo un determinado contexto no sea posible introducir transformaciones estructurales que signifiquen la incorporación de cambios radicales en la lógica de funcionamiento del sistema. No obstante, en ese contexto quizás sea factible realizar transformaciones menores que contribuyan gradualmente a la construcción del sistema de salud deseado.

A continuación se describe un camino posible de reformas incrementales al modelo de seguridad social en salud chileno que aportan a la construcción de un sistema integrado como el que se describe en la sección anterior. Éste aspira a conciliar mejor los objetivos de protección de las personas, equidad, eficiencia social y satisfacción de los usuarios.

Un primer paquete de reformas, denominadas aquí "reformas mínimas", innova en el mercado de seguros en dos aspectos fundamentales. Por una parte, en explicitar mejor los derechos de los usuarios frente al sistema público de salud, avanzando en una definición respecto al grado de oportunidad de atención exigible al sistema, en especial en la atención de ciertas prestaciones cuya demora tiene un mayor impacto negativo sobre los pacientes. Los recursos que el Estado entrega al sector deberían asignarse en función del costo que representan estos compromisos. Es necesario que se modifique el actual sistema de entrega de recursos con un criterio puramente presupuestario y se introduzca en la relación entre el Ministerio de Hacienda y el sector salud una suerte de compromiso de gestión.

En lo que respecta a los seguros privados, se postula avanzar en las reformas institucionales requeridas para promover contratos de largo plazo y con coberturas de enfermedades de alto costo. Esto demanda

que se establezca un marco jurídico que, primero, permita a las ISAPRE establecer reservas en función del riesgo de su cartera y, por otra, limitar el alza anual de primas a una banda, en especial para aquellos grupos que no pueden ejercitar el control social por la vía de la salida (por ejemplo, las personas con preexistencias).

En el ámbito de los prestadores, esta propuesta de reformas denominadas “mínimas” propone que, manteniendo la autarquía con que funcionan los subsistemas público y privado de prestadores, se avance en la resolución de ciertos problemas más álgidos. En el caso de los prestadores públicos, se requiere fortalecer los mecanismos de pago que asignan los recursos en función de las acciones y metas de salud, reduciendo de manera creciente los fondos entregados sobre la base de criterios históricos o discrecionales. Con todo, el avance en esta dirección requiere reformar el marco jurídico que rige los contratos y remuneraciones del sector. La flexibilidad laboral, aunque regulada para evitar la discrecionalidad política, y los sistemas de remuneraciones que permitan introducir incentivos por resultado son el complemento esencial de esta transformación.

Con respecto a los prestadores privados se propone mejorar la transparencia en el funcionamiento de este mercado estableciendo un sistema de acreditación continua por parte de una entidad autónoma. También la entrega de mayor información a los usuarios respecto a indicadores pertinentes tales como dotación de infraestructura, calificación de sus profesionales, niveles de atención y de resolución, entre otros.

Simultáneamente, debe promoverse la formación de agrupaciones de consumidores o de usuarios del sistema para que éstos, informadamente, contribuyan a ejercer control social sobre las instituciones del sector.

El conjunto de reformas que hemos denominado “intermedias” avanza en la definición de una garantía en salud a partir del establecimiento de un plan referencial para las personas, el que opera como exigencia mínima para el sistema, tanto para el sector público como para las ISAPRE. La existencia de este referente mejora la transparencia en el mercado de seguros privados, los cuales competirán por precio y calidad más que por la vía de diferenciación de productos. Por otra parte, los usuarios del sector público se beneficiarán al contar con derechos explícitos en salud. Si bien estas medidas mantienen una segmentación por nivel de ingreso en el sistema, en la medida que no se ha definido un subsidio para financiar planes de salud en el sector privado es posible eliminar la cotización obligatoria. Al suprimir esta cotización se elimina con ello el sobreaseguramiento de algunos sectores de mayores ingresos y

menor riesgo, y, por tanto, los incentivos para las ISAPRE de diseñar planes caros de salud que incorporan prestaciones menos costo-efectivas.

En el ámbito de los prestadores, este paquete de reformas introduce la competencia entre los establecimientos públicos y la compra de prestaciones por la vía de contratos internos. Esta medida amplifica los incentivos a la eficiencia de los prestadores públicos que se introduce en el paquete mínimo con los presupuestos ligados a producto. Para los prestadores privados se postula el establecimiento de esquemas de incentivos promotores de una atención integrada que limite el sobreuso del sistema y fomente la prevención. De manera complementaria, se requiere el establecimiento de redes de atención que superen la falta de coordinación en el trabajo de los distintos niveles de atención.

### CUADRO 7

#### REFORMAS INCREMENTALES EN EL SISTEMA DE SALUD. UN CAMINO POSIBLE

TIPO DE REFORMA	MERCADO DE SEGUROS		MERCADO DE PRESTADORES	
	Público	Privado	Público	Privado
• Reformas mínimas	Avanzar a una mayor garantía de acceso por la vía de explicitar ciertos derechos de los usuarios, entre ellos, el grado de oportunidad de atención.	<p>Establecer un marco institucional que promueva los contratos de largo plazo. Entre ellas, la obligatoriedad de establecer reservas en función del riesgo de la cartera.</p> <p>Limitar el alza de primas para aquellos grupos que no pueden ejercer control social por la vía de la salida, entre ellos, los que tienen pre-existencias.</p>	<p>Entrega de recursos asociada a resultados por la vía de la entrega de un porcentaje importante del presupuesto asociado a prestaciones.</p> <p>Perfeccionamiento de los compromisos de gestión con los servicios de salud.</p> <p>Introducción de incentivos y sanciones por incumplimiento.</p>	<p>Acreditación continua de los prestadores privados.</p> <p>Registro y entrega de información a los usuarios por parte de la autoridad reguladora.</p> <p>Promover la formación de asociaciones de consumidores.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reformas intermedias</li> </ul>	<p>Garantía de acceso y de cobertura de prestaciones.</p> <p>Establecimiento de un plan de salud referencial exigible por parte de los usuarios al sistema.</p>	<p>Exigencia de compra de un plan de salud en vez de una cotización obligatoria.</p> <p>Eliminación de la cotización obligatoria.</p> <p>Establecimiento de plan referencial que otorga el sector público como exigencia mínima para el sistema privado.</p>	<p>Establecimiento de mercados internos con competencia entre los establecimientos públicos por la vía de esquemas de contratos (mercados internos).</p>	<p>Establecimiento de esquemas de incentivos que promuevan una atención integrada que limite el sobreuso del sistema y fomente la prevención.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refomas globales</li> </ul>	<p>Definición de un subsidio a la demanda corregido por riesgo.</p> <p>Competencia con aseguradores privados.</p>	<p>Definición de un subsidio a la demanda corregido por riesgo.</p> <p>Competencia con seguro público.</p>	<p>Acreditación continua por regulador independiente.</p> <p>Competencia con prestadores privados.</p>	<p>Competencia con prestadores públicos.</p>

Finalmente, un proceso más global de reformas avanza a una mayor integración público-privada introduciendo competencia en el mercado de seguros y de prestadores. Una de las ventajas de introducir ampliamente el mercado en una fase final es, entre otras, que los escenarios intermedios de reforma permiten la adaptación gradual del aparato productivo del sector. Además, estimulan el desarrollo y perfeccionamiento de la institucionalidad, así como de nuevos instrumentos de control social. Este período de transición es necesario dado que, como es sabido, las expectativas y la demanda de las personas se ajusta a una mayor velocidad que la capacidad de transformación del aparato productivo y, por cierto, que el desarrollo y establecimiento de la institucionalidad necesaria para el buen funcionamiento de los mercados.

Con todo, la estrategia de gradualidad no garantiza por sí misma la viabilidad de los cambios propuestos. Es preciso crear un espacio de oportunidades para los actores que resisten la transformación. En este sentido, es importante convencer a los gremios y a las ISAPRE que el actual escenario no es viable en el largo plazo. Los problemas actuales pueden incrementarse en el futuro; de hecho, el sector privado se muestra preocupado por el crecimiento de los costos, la baja de la rentabili-

dad y la pérdida de beneficiarios. Por su parte, el sector público-prestador enfrenta la crítica de la ciudadanía por la calidad de la atención y requerirá de fuertes inversiones para adaptarse a las nuevas exigencias que resultan de la transformación del perfil epidemiológico. En este contexto, una reforma que asegure condiciones para el desarrollo en el largo plazo, basada en reglas socialmente aceptadas, puede constituirse en una oportunidad. Un aspecto importante, en este sentido, es evitar que cada uno de los subsectores mantenga una estrategia de enfrentar sus problemas por la vía de desprestigiar la labor del otro, ya que lo que se consigue es un estado general de desprestigio o mala percepción sobre el funcionamiento global del sector.

La experiencia internacional enseña que el liderazgo político del equipo de reforma es esencial. Un cambio, aun en el escenario "mínimo", requiere de decisión para enfrentar los obstáculos y crear una instancia de negociación favorable. De manera concreta, se necesita que el objetivo de mejorar el sistema de salud sea prioritario en la agenda de gobierno. Lo anterior no es fácil, ya que muchos políticos piensan que el cambio en salud ofrece más costos que beneficios, al menos en términos comparativos con otras reformas que pueden ser más populares. Las llamadas "ventanas de oportunidad" se abren de manera predecible en los primeros meses de un nuevo gobierno. Otras ocasiones surgen de conflictos agudos, que no son planificables. Un aspecto que puede contribuir a generar mejores condiciones para el cambio es el acuerdo entre grupos amplios de actores que ofrezcan viabilidad política, especialmente a nivel parlamentario. Con todo, la ausencia histórica de acuerdos al interior del sector hace recomendable que el debate sea encabezado por actores que no estén vinculados directamente al mismo.

Un último aspecto que conviene señalar es el relativo a los recursos. Si bien una propuesta como la que hemos señalado no requiere necesariamente más recursos, como condición esencial, no es menos cierto que ellos pueden facilitar los cambios. En la medida que el juego se vea como de suma cero, los acuerdos se dificultan. Por el contrario, mayores aportes al sector permitirían establecer un plan garantizado con mayores beneficios y hacer menos costosas las reasignaciones que puedan derivarse de un escenario con mayores exigencias por parte de la ciudadanía y mayor competencia entre las instituciones del sector.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blumberg, L. y Len M. Nichols (1996), "First, Do not Harm: Developing Health Insurance Market Reform Packages", en *Health Affairs*, Fall 1996.
- Celedón C. y C. Oyarzo (1999), "El rol del Estado, del mercado y de la sociedad civil en la Seguridad Social en Salud", trabajo presentado en la Conferencia sobre *Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina: El rol del Gobierno, la Empresa y la Sociedad Civil*, realizada en Santiago entre el 18 y 20 de marzo de 1999, y organizada por CORSAPS.
- Celedón, C. y M. Noé (1998), "Participación y Gestión en Salud", trabajo presentado en el *III Congreso Internacional del CLAD* en Madrid, España (por publicar).
- Celedón, C. y C. Oyarzo (1998), "Los Desafíos en la Salud", en *Construyendo opciones. Propuestas económicas y sociales para el cambio de siglo*, editado por René Cortázar y Joaquín Vial, Ediciones Dolmen-CIEPLAN, Santiago.
- Celedón C., F. Leiva y G. Zuleta (1996), "Modelos alternativos de organización de la salud. Hacia un esquema solidario de Salud", *Colección Estudios CIEPLAN*, N° 44.
- Díaz, C., A. Gazitúa y S. Valdés, (1995) «Cobertura catastrófica para los cotizantes del Sistema ISAPRE», Instituto de Economía Universidad Católica de Chile.
- Enthoven, Alain and Sara J. Singer (1995), «Market-Based Reform: What to Regulate and by Whom?», en *Health Affairs*, Spring.
- Hoffmeyer, U. y T. Mc Carthy, editores (1994), *Financing Health Care*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht, Boston & London.
- Honingsbaum, F. et. al (1995), *Priority Setting Processes for Health Care in Oregon, USA; New Zealand; the Netherlands; Sweden; and the United Kingdom*, Radcliffe Medical Press, Oxford and New York.
- Ham Chris y Mats Bromels (1994), "Health Care Reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom", en *Health Affairs*, Winter.

- Londoño J. L. (1996), "Estructurando pluralismo en los Servicios de Salud", en *Revista de Análisis Económico*, ILADES/Georgetown University, Volumen 11- N° 2.
- Musgrove, P. (1996), "Un fundamento conceptual para el rol público y privado en la salud", *Revista de Análisis Económico*, ILADES/Georgetown University, Volumen 11- N° 2.
- OECD (1995), «New Directions in Health Care Policy», en *Health Policy Studies* N° 7.
- Oyarzo, C. y E. Beteta (1998), "La Competencia Administrada en Salud: Tendencias Internacionales y su Impacto en Chile", documento por publicar.
- Schut, F. (1992), «Workable Competition in Health Care: Prospects for the Dutch Design», en *Social Science and Medicine*, Vol. N° 35, N° 12.
- Selden, Thomas (1993), «Should the government provide catastrophic insurance?», en *Journal of Public Economics*, vol. 51, N° 2, Junio, pags. 241-247.
- White, J. (1995), *Competing Solutions. American Health Care Proposals and International Experience*, The Brooking Institution, Washington D.C.
- Wynand P.M. M. et. al. (1994), «Risk-Adjusted Capitation: Recent Experiences in the Netherlands», en *Health Affairs*, Winter.