

UNA SALUD BUENA PARA TODOS

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 4, 1993/ 56-59

Comando Arturo Alessandri Bessa

DIAGNOSTICO: SE GASTA MAS Y TODO SIGUE IGUAL.

Descentralización y salud privada

En la década pasada, junto con acelerar las acciones de salubridad destinadas a aumentar la cobertura de servicios básicos de agua potable y alcantarillado, se pusieron en marcha una serie de adecuaciones destinadas a la descentralización y regionalización de los servicios públicos de salud, que significaron un avance importante. A pesar de los esfuerzos desarrollados, aún subsiste un sistema de decisiones centralizado, carente de incentivos a la eficiencia y la calidad, e incapaz de responder a las crecientes expectativas de la población en el campo de la salud.

Otra de las modernizaciones fundamentales fue la legislación que creó los seguros privados de salud, dando lugar a las ISAPRE. Este nuevo sistema se desarrolló superando, muy pronto, hasta las más optimistas proyecciones formuladas en sus inicios.

Considerando las tendencias de la medicina moderna y la complejidad que deriva del avance tecnológico, resulta importante el concurso de la iniciativa privada y pública en el campo de la salud. El sistema público requiere aproximarse a modos de administración más flexibles que le permitan responder a las demandas de sus usuarios, disponiendo también de los incentivos necesarios para otorgar servicios oportunos y eficientes con los recursos disponibles.

Una política poco saludable de gasto

El gasto público total en la salud ha aumentado de manera significativa en los últimos dos años, ten-

dencia que se refuerza para el presente año, según se refleja en la Ley de Presupuestos.

Entre 1990 y 1993, el gasto total ha crecido en un 52 por ciento en términos reales. Este mayor gasto se ha concentrado en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (atención institucional) que ha aumentado en un 75 por ciento sus recursos, en desmedro del gasto en atención primaria otorgado por consultorios administrados por las Municipalidades (FAPEM) que sólo creció en un 36 por ciento.

El gasto en inversión, por su parte, ha aumentado 15 veces entre 1990 y 1993. Esta inversión se ha concentrado en grandes proyectos de infraestructura que significan aumentar la dotación de camas hospitalarias, en circunstancias que existe una fracción de ellas que están inutilizadas por falta de recursos. Además, estas grandes obras presionarán sobre el Presupuesto de operación de los años venideros, demandando recursos adicionales permanentes para su funcionamiento. En relación a la inversión en equipamiento, se ha descuidado la calidad de la inversión al dotar de equipos costosos a establecimientos que no cuentan con los profesionales necesarios para operarlos.

Estos antecedentes permiten visualizar, por una parte, la inorganicidad del gasto público en salud, a lo que se debe agregar la casi nula autonomía de que disponen los hospitales para poder funcionar adecuadamente, lo cual se ha traducido en que las personas no se han visto beneficiadas a pesar de los grandes gastos que se han realizado en la salud.

Leyes dañinas para la salud

En el período 90-93, el Gobierno propuso dos proyectos de ley cuyo contenido tiene importantes

implicancias sobre la calidad y el acceso de la población a mejores planes de salud.

Las modificaciones a la ley de ISAPRE contiene una serie de desincentivos a la iniciativa privada en el área (restricciones al ejercicio de la actividad y mayor discrecionalidad en las normas que las rigen), iniciativa que de prosperar en los términos propuestos por el Gobierno, redundará en menores opciones para los grupos familiares de ingresos medios y bajos.

Problemas del sistema público

Las perspectivas en el futuro cercano no son alentadoras para el sistema público de salud, no obstante la importante inyección de recursos que ha recibido.

- El personal más calificado emigra al sector privado, que ofrece mejores condiciones de trabajo y remuneraciones. Hoy en día, muchos hospitales y también consultorios municipales de salud, necesitan profesionales y no encuentran personas que estén dispuestas a contratarse por los sueldos que ofrecen. Los mejores profesionales emigran y el sector estatal se va quedando con los menos preparados.

- Debido a la disminución de la cobertura del sistema público, el gasto público per cápita ha crecido más que el gasto total, aproximándose a valores similares al costo de planes privados de salud. El gasto total en el sistema público de salud alcanza a US\$ 1.060 millones, que distribuidos entre los 8,8 millones de beneficiarios del sistema público, resulta en una suma de US\$ 120 por persona al año, cantidad suficiente para financiar el costo del plan más económico que ofrecen hoy en día las ISAPRE.

En consecuencia, la crisis del sistema público de salud no tiene su origen en la falta de recursos, sino que se trata de un problema estructural: la actual forma de organización del sistema público es incompatible con los objetivos de un sistema eficiente.

Perspectiva del sistema privado de salud

El sistema privado de salud se ha consolidado, con una tendencia creciente a captar nuevos usuarios. Cerca de tres millones de chilenos ejercen su libertad de elegir entre diversos planes de salud que ofrecen las treinta y cinco ISAPRE existentes. Mientras los servicios privados de salud atendían al 15 por ciento de la población en 1990, se estima que, a fines de 1993, serán responsables de un porcentaje superior al 20 por ciento.

La infraestructura privada también se ha desarrollado. En los últimos nueve años, el número de hospitales privados ha aumentado en un 131 por

ciento, el número de camas hospitalarias se ha triplicado, las clínicas han crecido en 22 por ciento, los centros médicos lo han hecho en un 62 por ciento, y hay un 52 por ciento más de laboratorios. Además:

- Hoy los planes cuestan, en términos reales, un 25 por ciento menos que hace 8 años. Gracias a ello, un mayor número de familias de ingresos medios y bajos acceden a planes privados de salud.
- El co-pago de cargo del beneficiario representa entre un 30 a 35% del valor de las prestaciones, mientras en el Sistema de Libre Elección (estatal) alcanza al 60 por ciento.
- Un 32 por ciento de los cotizantes de ISAPRE tienen rentas menores de \$ 80.000 y un 33 por ciento tiene rentas entre \$ 80.000 y \$ 160.000.

A futuro, es probable que continúe el crecimiento del sistema privado de salud, aumentando las posibilidades de acceso a las familias de ingresos medios y bajos, debido al crecimiento de las remuneraciones reales, que aumenta el costo de la cotización obligatoria de salud; a la disminución de los costos de los planes por una mayor competencia entre las ISAPRE y al deterioro en el sistema estatal, de no mediar un cambio drástico de incentivos y gestión.

MEDIDAS DE GOBIERNO PARA IMPULSAR UNA SALUD BUENA PARA TODOS LOS CHILENOS

El rol del Estado en la salud

- El Estado debe cumplir a cabalidad su rol normativo y contralor en el plano de las acciones y subsidiario hacia aquellos sectores que por sus propios medios no pueden alcanzar niveles mínimos de salud.

- Desde un punto de vista de la ejecución el Estado debe propender a entregar estas funciones a otras entidades.

- Debe normar frente a las acciones de fomento y protección que son de su responsabilidad, controlar el cumplimiento de lo que ha normado y debe establecer estándares para las prestaciones que el Estado financie vía los subsidios que otorgue. Además, se debe contemplar un mecanismo que asegure que la subvención estatal llegue en la forma más directa posible a quien lo requiera y lo haga en forma suficiente y oportuna.

Para la realización de las acciones propias de salud pública (vacunaciones, acciones de educación para la salud, campañas públicas de prevención, etc.) le corresponde al Estado promover su realización, proveyendo los recursos necesarios e incentivando a los agentes privados para su realización.

Condiciones para una solución real: las metas para la década

Consecuente con lo anterior, los objetivos y metas para la década son:

- **Acceso generalizado de la población a seguros de salud**, asegurando la más amplia información a los usuarios para que elijan la mejor opción, compatible con sus posibilidades. Para ello, el Estado complementará con recursos públicos el esfuerzo de quienes, por sí mismos, no estén en condiciones de acceder a un Plan Básico de Salud.

- **Una administración autónoma (privada) de los establecimientos estatales**, con una estructura de incentivos tal que asegure una administración eficiente, incluyendo un ambiente de estímulo a los profesionales que trabajan en el sector.

- **Acciones de salud pública a cargo de entidades privadas**, a través de un sistema de financiamiento de las campañas de vacuna y prevención.

- **Programas para la población en extrema pobreza, diseñados y ejecutados por el nivel local de gobierno** y, preferentemente, realizados por entidades privadas. Estos programas serán manejados por el nivel regional y municipal y contarán con el apoyo financiero complementario del sector privado.

- **Incentivos tributarios a aportes a programas de salud para familias en extrema pobreza**, como una forma de reconocimiento social a las iniciativas privadas solidarias. Tanto personas como organizaciones intermedias podrán descontar de impuestos una fracción de su colaboración.

- **Promoción de las acciones de educación para la salud** (lactancia materna, salud bucal, hipertensos, diabetes, etc.), a través de fondos de administración regional y comunal, para programas dirigidos a segmentos prioritarios y grupos vulnerables.

- **Un fondo de recursos públicos para las atenciones de alta complejidad**, no contempladas en los planes básicos de salud.

- **Focalizar los programas de salud hacia sectores desprotegidos a nivel regional**. A este respecto establecer un Fondo Regional de Desarrollo Social.

Soluciones concretas: Plan Básico de Salud para todos

- El Estado diseñará un Plan Básico de Salud, que se financie con la suma de lo que la persona puede destinar a salud (su cotización), más un Bono Suplementario de Salud, en caso de necesidad. Si es indigente, el costo del Plan Básico será financiado enteramente por el Estado. De esta forma, se asegura a todas las personas la capacidad de pago para

acceder a un Plan Básico de Salud, que puedan contratar ya sea con entidades privadas o públicas, según su preferencia.

- El Plan Básico de Salud será definido en términos de un listado de las prestaciones que cubrirá, considerando, además, formas de co-pago por parte del usuario. Las prestaciones no incluidas en este Plan Básico (aquellas de alta complejidad y baja frecuencia) se financiarán con fondos especiales establecidos para ese efecto.

- El Plan Básico de Salud así diseñado debe licitarse y adjudicarse de acuerdo a su precio, considerando siempre el cumplimiento de la calidad definida previamente por el Estado. Los licitantes podrán ser cualquier tipo de sociedad o corporación.

Sobre la base de una administración eficiente y el establecimiento de los incentivos adecuados, estas entidades estarán en condiciones de otorgar un nivel de atención mejor que el actual, ya sea con medios propios o mediante convenios y así garantizar la ejecución del Plan Básico. Será entonces el nivel primario el que asuma la iniciativa de la atención médica, el que solicite las acciones propias de los otros niveles y el que las pague. En esta forma se garantiza el uso más racional de los recursos.

Libertad de elección para las personas

- En cada área geográfica que se defina para licitar el Plan —considerando las economías de escala de la actividad— deberían adjudicarse dos o tres entidades oferentes del Plan Básico de Salud, posibilitando así que las familias hagan efectivo el derecho para elegir dónde y con quién asegurar el cuidado de su salud. Además, se asegura una competencia de planes, lo que se traduce en la mejor calidad de servicio con los recursos disponibles.

- Las entidades oferentes podrán ofrecer además otros planes, de mayor valor que el Plan Básico, para que las personas que así lo deseen, puedan contratarlos financiando la diferencia con sus propios recursos. El sistema propuesto requiere:

- Establecer, por ley, un Bono Suplementario de Salud por grupo familiar, en función del tamaño de la familia y de sus características de riesgo. Este Bono Suplementario debe alcanzar una magnitud tal que asegure a todas las familias el acceso al Plan Básico de Salud. El monto del Bono Suplementario será decreciente a medida que aumenta el ingreso del grupo familiar, hasta que su cotización de 7 por ciento les cubra el costo de dicho Plan Básico.

- Este Bono Suplementario de Salud se canalizará directamente a las familias, para que ellas escojan libremente la entidad en la cual afiliarse. En

el caso de las familias indigentes, el Fisco transferirá los fondos necesarios para que el municipio otorgue este Bono Suplementario, con procedimientos similares a los utilizados en otros programas públicos como el SUF y las Pensiones Asistenciales.

Autonomía para los establecimientos de salud

La actual crisis de atención secundaria y terciaria no responde a un problema de recursos, sino más bien a la falta de autonomía en la gestión y a la ausencia de incentivos para una acción eficiente. Por esta razón, para lograr mejorar la calidad del servicio, es necesario redefinir la forma de organización de los establecimientos de salud, para que sea funcional a las necesidades y requerimientos de la demanda del Plan Básico de Salud, y de los restantes planes que ofrezcan las entidades intermedias de salud.

Lo anterior requiere otorgarles un nuevo marco para su gestión. En esta materia existen dos alternativas:

- Transformar los hospitales públicos en empresas (idealmente organizadas como sociedades anónimas), cuya propiedad accionaria sea, en una primera etapa, del Fisco y de los trabajadores que allí trabajan, abriéndose a la participación privada a través de aportes de capital para mejorar la infraestructura.

- Entregar en concesión a entidades privadas la administración de los establecimientos de salud, para que dichos concesionarios los administren con

un esquema similar al sector privado. La concesión debe ser por un período determinado, suficientemente largo para incentivar mejoras sustanciales en la organización y el uso de la infraestructura. El otorgamiento de la concesión obliga al concesionario a cumplir las cláusulas del contrato. En caso contrario, éste se caduca y se licita nuevamente.

Acciones para la población de extrema pobreza. Se establecerán, con recursos fiscales, trece fondos regionales de salud, destinados a financiar programas nutricionales para la población infantil y las madres (PNAC focalizado) y programas de apoyo a la población escolar de extrema pobreza. Además, se financiarán obras de saneamiento ambiental para asegurar la cobertura total de agua potable y saneamiento básico a las familias de extrema pobreza.

Acciones de prevención, fomento y educación para la salud. Se priorizarán las acciones públicas destinadas a la prevención y fomento de la salud, y a la educación de la población en técnicas de autocuidado.

Reconocimiento a la solidaridad de las personas. Se modificará la Ley sobre Impuesto a la Renta para que los contribuyentes de Primera Categoría y Segunda Categoría y Global Complementario puedan descontar de sus respectivos impuestos las sumas que donen a entidades privadas o fondos regionales que financien programas de salud u otros servicios de carácter social orientados a familias de extrema pobreza.