

UNA PROPUESTA DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA CHILENO DE SALUD

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 4, 1993/ 60-69

*Dr. Mariano Requena Bichet
Partido Democrático de Izquierda*

INTRODUCCION

La presente propuesta intenta aportar a la discusión de la política de salud que, como consecuencia de la crisis del sector y de la cercanía de cambio de gobierno, ha surgido con inusitado vigor y creatividad.

La contribución posible, en un escenario complejo, no sólo está expuesta a una multiplicidad de aspectos del tema, sino que también a una variedad de perspectivas y enfoques. Por ello, una propuesta debe ser explícitamente acotada en su temática, en su perspectiva temporal y en su nivel de enfoque. En este caso, el tema es el financiamiento, la perspectiva temporal del mediano y largo plazo y el enfoque político social¹. Sin embargo, distinguir política social de política propiamente tal, no es señal de exclusión de esta última. Una idea de política de salud, en el ambiente trascendente que hoy nos mueve, no puede dejar de considerar lo político como herramienta para hacerla realidad. Finalmente, también se intentará, con timidez y precauciones, señalar una estrategia para la política propuesta.

El desarrollo de esta propuesta arranca de valores básicos e intransables. Sobre esa base y la experiencia chilena, madurada durante 75 años de salud pública con ensayos estructurales variados y contrastantes, se propone una estructura de financiamiento para ser implementada en los años que restan del siglo XX. Es el propósito estratégico entregar a la próxima

centuria un Sistema Chileno de Salud Igualitario, Solidario, Democrático y expresión plena del Derecho a la Salud.

La elección temática resulta del papel que juega el financiamiento en el sistema de salud. Sus diversos aspectos, como la estructura del aporte, la magnitud del gasto, la asignación de los recursos, la estructura institucional de la administración de los fondos, la forma de pago y otros, son todas variables determinantes de la estructura, la capacidad gestonaria, el nivel de excelencia, la equidad y la solidaridad y la participación. Es decir, la forma como se manejen los recursos financieros facilitará y determinará el tipo de sistema de cuidado de la salud que finalmente se obtenga.

De tal forma, la discusión no puede limitarse al corto plazo, ya que si bien es necesario, y a veces urgente, no tiene valor permanente si no está guiado por una visión de mediano y largo plazo. Hacer cambios menores y sólo de maquillaje, como ha sucedido en estos últimos tres años y medio, ha demostrado ser ineficiente, por cuanto persiste el sistema de salud heredado. El gobierno anterior ha dejado una estructura difícil de cambiar, precisamente porque supo avanzar tras una política reestructuradora de largo plazo. El resultado contrastante entre una política con objetivos estratégicos claros y otra con metas sólo tácticas, de corto plazo, demuestra que el cambio menor que no esté orientado estratégicamente, es estéril y perpetuante de los problemas.

1. Cuando se habla de política, debe entenderse en el sentido de política social y no de política en el sentido de lucha por el poder. En inglés estas expresiones tienen una clara distinción al denominar a la primera "policy" y a la segunda "politics". Para nosotros, la primera es la que se desea para un sector social determinado.

La perspectiva estratégica obliga a plantear la propuesta con un enfoque de política. Es decir, enfatizar el modelo que se persigue antes que reducirse a planteamientos programáticos inmediatos. Es la gran decisión de política de salud para Chile lo que se busca. Sin resolver esta definición, que requiere la discusión democrática convocante de todos los grupos de interés que mueven al sector, es peligroso embarcarse en cambios programáticos menores.

LOS PROBLEMAS DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Derecho a Mercancía: Disyuntiva Esencial.

La dinámica actual y los problemas del financiamiento del Sistema Chileno de Cuidado de la Salud está dado por una pugna entre dos visiones contrapuestas y excluyentes de la naturaleza de los servicios de salud, que tiene su manifestación concreta en el acto de salud básico².

Cada una de estas visiones tiene efectos diferentes en el sistema de cuidado de la salud. Las características del financiamiento, la organización del sistema, los medios gestionarios, etc... son afectados muy esencialmente según consideremos que la salud es un derecho o una mercancía.

Se hace necesario distinguir previamente el carácter, desde el punto de vista económico, entre una empresa de salud de seguro o de servicio y el servicio que prestan directamente los profesionales de la salud. Esta diferencia está dada por el propósito que cada una persigue. La empresa de salud busca, como es de la esencia de toda empresa, maximizar el lucro y reproducir el capital invertido y las decisiones que debe tomar se guiarán por el criterio de la ganancia. Por su parte, el servicio profesional, aunque también persigue recibir una compensación económica, tiene como propósito entregar el mejor servicio posible, y poner a disposición del usuario su mejor capacidad para resolver el problema de salud. No hay capital que reproducir.

Si el carácter de la relación es el lucro, la calidad y la cantidad de servicios dependerán de la magnitud del aporte del usuario al proveedor financiero, el que buscará maximizar el lucro en función de la capacidad de aporte que éste tenga. Pero si el carácter de la relación es el derecho, la calidad y cantidad de

los servicios de salud dependerán de la calidad y cantidad del problema abordado en función de lograr o acercarse a la equidad.

La Situación Actual.

Es conocida la historia de la implementación del neoliberalismo en salud en Chile. Después de lograr la sepultación del Servicio Nacional de Salud a fines de los años 70 –expresión chilena del seguro social bismarckiano y uno de los elementos definitorios del estado de bienestar–, se impone una legislación que le abrió camino y estímulo al seguro privado de salud. Para ello se crea, por un lado, el sistema de instituciones de salud previsional o sistema ISAPRE como expresión del seguro privado y, por otra, se desarrollan cambios estructurales del sistema de cuidado de la salud que facilitan el desarrollo del seguro privado.

Se crea así un almacén legal e institucional que permite el avance y el éxito mercantil y empresarial de las ISAPRE. Se les entrega la facultad discriminatoria para seleccionar sus afiliados y beneficiarios de acuerdo a su bajo riesgo de enfermar y a su mayor ingreso. Junto a ello, se dispone del Fondo Nacional de Salud con capacidad de absorber, sin rechazo, a los afiliados con más riesgo de enfermar y de menor capacidad económica.

Se agrega a lo anterior la bonificación fiscal del 2% de los salarios de los afiliados a las ISAPRE, vía empleador; se cancela la asignación maternal de las embarazadas de ISAPRE y algunos de sus afiliados reciben atención de los Servicios de Salud sin que las ISAPRE los cancelen. Todo ello llevará a alcanzar en 1993 la suma de \$ 63.878 millones, lo cual equivale aproximadamente al 21.6% de los \$293.678 millones de ingresos de explotación estimados para 1993.

El éxito económico ha sido notable. La utilidad neta sobre los ingresos de explotación de las ISAPRE abiertas fue en el primer semestre de 1993 de 9.6%, alcanzando una de ellas un 14.9%. Por su parte, la utilidad neta sobre activo total llegó en promedio a 12,3% en el primer semestre de 1993, lo que permite estimarla en un 25% de utilidad para este año.

Todo este proceso obedece a la lógica del neoliberalismo en salud. Se trata de privatizar una actividad económica que mueve un monto importante de dinero y que muestra una tendencia

2 Denominamos acto de salud básico a cada una de las relaciones entre una persona necesitada de un servicio de salud y un agente satisfactor de él. El necesitado es, por su parte, aquella persona que necesite el servicio o la ayuda, sea esta necesidad consciente (si está enfermo) o no percibida (si no siente la necesidad, como en una inmunización). El satisfactor es toda persona que satisface esta necesidad, independientemente de su calidad profesional o su legitimidad sectorial.

Cuadro 1. El subsidio fiscal y de gasto en administración excesivo de las ISAPRE. 1993
Estimación en millones de pesos de las utilidades

ITEM	1er Semestre 1993 \$ Millones		Estimación 1993 (2) \$ Millones	
	Todas	Abiertas	Todas	Abiertas
- Utilidades	12.924	12.643	15.848	31.287
- Gastos Adm. (1)	11.071	9.791	22.142	19.583
- Cotizac. Adic. (2)	7.944	3.196	16.888	3.391
TOTAL	31.939	25.630	63.878	51.261
- Ingresos Explot.	147.839	131.405	295.678	262.809

Fuente: Superintendencia de Isapre. "Boletín Estadístico Trimestral del Sistema Isapre". II Trimestre 1993. Santiago, Chile.

Notas: (1) Los gastos de administración posibles de disminuir fueron estimados conforme a la diferencia entre el gasto actual de 17.5% y un gasto normal alto de 10.0%.

(2) La estimación para el año se hizo doblando los valores semestrales. Obviamente esta estimación no corresponderá al resultado final porque el segundo semestre habitualmente es mayor que el primero, lo que hace que estas cifras estén probablemente subestimadas.

Cuadro 2. Algunos Indicadores Económicos de las ISAPRE abiertas estimados para 1993
en base resultados del Primer Semestre 1993

RENTABILIDAD	Total (%)	Abiertas (%)	Cerradas (%)
- Utilidad Neta/Ingreso Explotación	8.74	9.62	1.71
- Utilidad Neta/Activo Total	29.94	24.54	2.76
- Gastos Administración y Ventas	17.50	17.40	18.20

Fuente: Superintendencia de Isapre. Balance Primer Semestre de 1993.

inflacionaria a aumentar, en una posibilidad de reproducción del capital. Un conjunto de factores, entre los cuales destacan una firme tendencia de la conciencia de la necesidad de cuidar la salud y la aparición acelerada de instrumental y medios diagnósticos sofisticados y caros, está produciendo un aumento de costos a un nivel que comienza a transformarse en una actividad económica interesante. El objetivo es entonces transformar los servicios de salud en un área rentable al capital. Este ha requerido para ello de una estrategia compleja, sutil y perversa.

En la base de esa estrategia está la necesidad de un cambio ideológico. El nivel de salud individual es aquel que cada persona es capaz de lograr. La idea de los determinantes sociales, ajenos a la voluntad

del individuo, es eliminada con esta forma de pensar. Todo lo que sucede con nuestra salud y enfermedad se gesta dentro de nosotros mismos y depende de la forma de vida que "hemos elegido". Es la mantención del modelo biomédico (Ver Anexo N° 1).

Se prepara así el aterrizaje del modelo de seguro privado de salud. Este modelo ha fracasado en Estados Unidos, único país que mantiene un sistema de cuidado de la salud de tipo empresarial³. No sólo fue uno de los factores que llevaron a Bill Clinton a la presidencia, sino además el agobio que significa un gasto de US\$ 3.605 por persona-año, equivalente a más del 14% del PGB de ese país. Por ello es que se habla de la "empresa médica".

En Chile el proceso de privatización de la atención de salud tiene singularidades únicas en el

3. El Dr. Milton Roemer clasifica a los sistemas de cuidado de la salud en cuatro categorías: - tipo empresarial, sólo en Estados Unidos de América; - tipo estado-bienestar, como Alemania, Canadá, Japón, Australia, Perú, India; - tipo integral, como Inglaterra, Países Escandinavos, Costa Rica, Sri Lanka y; - tipo socialistas, como Cuba, China. Ver Roemer, Milton I., 1993. "National Health Systems Throughout the world". Annual Review of Public Health, 14: 335-353.

mundo y fue sólo posible imponer por un gobierno de fuerza. Es un seguro privado peculiar que no obedece a los principios del libre mercado que se supone lo rigen:

- Es obligatorio con una población cautiva, cuando por definición debería ser voluntario entrar en la competencia del libre mercado;
- Tiene una cotización obligatoria legal de 7% de los salarios, cuando por esencia del libre mercado debe ser negociada entre asegurado y asegurador;
- Es bonificado por el Estado con el equivalente al 2% de los salarios, cuando de lo que se trata es de liberarse de la protección de éste;
- No participa con su aporte el empleador, cuando éste es en el país paradigmático (EUA) del sistema el principal contribuyente;
- Es discriminatorio con los empleados de menores ingresos, los con más riesgo de enfermar y con las familias numerosas, cuando una de las críticas principales del presidente Clinton es la discrecionalidad del seguro privado de EUA.

En lo que sí el sistema ISAPRE es semejante a un seguro privado en su versión original, es que la "relación entre cotizante, seguro y enfermo es altamente fragmentada, variable, impredecible y confusa"⁴. Es decir, el sistema ISAPRE es una criatura bastarda de seguro privado de salud. En otros países donde existe el seguro privado, como en Alemania, está estrictamente normado para proteger a los afiliados y beneficiarios.

Los Problemas del Sistema de Salud derivados del Financiamiento.

Estos logros nos ponen frente a una estructura de financiamiento que ha creado serios problemas al sistema de la salud, que urge corregir.

- Lo primero que salta a la vista es la profundización de las desigualdades de los servicios prestados por los diferentes sectores. Por un lado, un sistema abundante en sofisticada tecnología y lujosa hotelería y, por otro, una atención de salud rudimentaria entregada en ambientes deteriorados. Ello se expresa en el gasto por persona-año de 90 dólares para el sector público frente a 231 dólares para los beneficiarios de las ISAPRE.
- Como lo demuestra la experiencia internacional⁵, cuando en un país se multiplican las insti-

tuciones de salud privadas se desencadena un crecimiento de costos inflacionario. Paradigmático es el caso de EUA. En los cinco años desde 1986 a 1991, el sistema de salud norteamericano ha aumentado en su gasto por persona-año desde US\$ 1.857.- a US\$ 3.605, es decir, ha subido en 94.1%. En lo esencial, esto responde a un consumo excesivo de tecnología sofisticada y de punta que lleva necesariamente a un espiral de costos que ninguna de las partes tiene interés en detener. El usuario aspira a la alta tecnología: el proveedor primario sobreutiliza los medios diagnósticos y el seguro responde a todo ello con aumento de primas.

- Otra consecuencia del actual sistema de financiamiento es el gasto excesivo en administración de las ISAPRE. La experiencia demuestra que los sistemas de seguro que registran un 10% en gasto administrativo es signo de mala administración. Por ello, si el gasto en administración se redujera a niveles razonables, es posible recuperar para acciones de salud un 7.5%, lo que equivale a \$ 22.142 millones.
- La multiplicación de instituciones pagadoras comerciales, como es el caso chileno, impide orientar el gasto hacia los problemas prioritarios y emergentes o hacia las actividades de mayor impacto. Por el contrario, la tendencia es hacia un servicio pasivo y contestatario a la demanda de morbilidad. Además, cuando hay fin de lucro, la orientación es perversa al rechazar patología prioritaria. Pero, sobre todo, es imposible priorizar actividades preventivas y de atención primaria de salud, que son de menor costo y mejores resultados.

UN FONDO UNICO DE SALUD PARA CHILE

La pregunta básica para el financiamiento del sistema chileno de salud es: ¿qué sistema de financiamiento debe reemplazar al de multipagadores actual? Pensamos que es el desarrollo de un Fondo Unico de Salud. Consiste esencialmente en destinar todos los fondos para salud, cualquiera sea su origen, hacia una sola institución pagadora de nivel nacional, considerando que al organizarla se puede descentralizar el pago a nivel de Servicios de Salud Regionales. Esto significa que el financia-

4. Un estudio comparativo entre los sistemas de salud de Estados Unidos y de Alemania demuestra que la diferencia es en la existencia en este último país de estrictas leyes las controlan. Ver Knox, Richard, 1993. "Germany: One Nation United, With Health Care for All". Faulkner and Gray, Inc., New York and Healthcare Information Center, Washington D.C.
 5. Evans, R.G. 1990. "Tension, Compression, and Shear: Direction, Stresses, and Outcomes of Health Care Cost Control". Journal of Politics, Policy and Law. 15: 101-128.

miento de los servicios de salud que demande la población, sean éstos proporcionados por el sector público o privado, debe provenir de un solo pagador. Por otro lado, cada ciudadano de este país tendría acceso al cuidado integral de su salud con la sola presentación de una Tarjeta Única de Salud, TIS/Tarjeta de Identificación de Salud.

Nuestra apuesta es que el pagador único corregiría los problemas del pagador múltiple que hoy caracteriza al sistema de financiamiento chileno.

- Sólo si toda la población está afiliada a un solo organismo de seguro de salud es posible lograr la equidad en el cuidado de la salud. La asignación de los recursos financieros sería igual frente a igual demanda. Aparte de la experiencia internacional al respecto, la equidad que se produce dentro de los afiliados a una misma institución, como una ISAPRE o FONASA, es un elemento que sustenta esta tesis.
- Un solo pagador (o pagadores estrechamente coordinados actuando juntos, el equivalente de un pagador único) puede controlar el costo inflacionario del cuidado de la salud;
- Un pagador único lograría disminuir sustancialmente los gastos en administración por mayor eficiencia gestiona y seguramente por normalizar sueldos gerenciales excesivos. Habría un ahorro de recursos disponibles para extender y mejorar el cuidado de la salud sin incurrir en onerosos y gravosos costos nuevos y,
- El pagador único proveería la potencialidad para la participación pública en las decisiones más importantes. Lograría, por ejemplo, que una proporción mayor del PNB sea dedicada al cuidado de la salud o se dé prioridad a actividades de prevención y de atención primaria de bajo costo antes que haya intervenciones de alto costo en la etapas tardías o terminales del proceso de la enfermedad.

Es evidente que esta política no podrá ser implementada en el corto plazo. La estructura que hoy tiene el financiamiento y los grupos de interés que ha creado, especialmente el sector del seguro privado, hacen imposible producir un cambio radical inmediato. Por ello, de lo que se trata es de fijar la política de financiamiento a la que se quiere llegar en el mediano plazo y desarrollar, una vez aceptada la idea, una estrategia adecuada a su consecución.

Opciones Institucionales de Fondo Único de Salud.

La pregunta que surge de la aceptación de este planteamiento es determinar quién debe ser la insti-

tución que asuma el papel de pagador único. Parece lo lógico que sea el Fondo Nacional de Salud con las reformas que sean necesarias para cumplir su rol. Sin embargo, no deben dejar de explorarse otras alternativas. En este sentido, aparte de FONASA reestructurado, es posible pensar en otras opciones:

1. Empresa Privada de Utilidad Pública. Se trata de empresas con capital privado que tienen carácter de utilidad pública y que son reguladas por el Estado. En nuestro país se puede mencionar el caso de empresas de servicios como agua, electricidad, teléfonos y transporte público.

Su supuesta ventaja reside en su estilo empresarial y de administración autónoma, lo que le permite flexibilidad y más agilidad de adaptación a situaciones cambiantes. Sin embargo, sus lealtades necesariamente deben responder a los accionistas, que están ajenos a su administración. También este tipo de empresas padece de las tentaciones de los monopolios, por las facilidades de ocultar el control de sus actividades. Todo lo cual lleva a concentrar poder en una sola mano, con lealtades que no son de los que utilizan sus servicios.

2. Organización Dependiente del Gobierno. Es una organización de administración única de los fondos de salud insertada en la estructura del gobierno, en este caso del Ministerio de Salud. El actual Fondo Nacional de Salud podría llegar a ser ese tipo de solución si se modificara la forma como se apropia de los recursos y extendiera a todos los habitantes su cotización y sus servicios.

Lo ventajoso de esta estructura es la capacidad que le entrega al gobierno de poder orientarlo a través de su política de salud. En el lado de las desventajas, se sitúan todos los riesgos de la burocracia y las rigideces que padece nuestra administración pública. Esta solución beneficiaría la modernización del Estado.

3. Organización Gubernamental. Se trata de un organismo de administración autónoma, con un consejo formado por representantes electos de los proveedores primarios, los usuarios y el gobierno. Se diferencia de la empresa de utilidad pública porque su administración no responde a accionistas, sino al consejo democráticamente elegido.

El mérito de esta proposición es la posibilidad de participación en las decisiones tanto de los proveedores primarios (profesionales, auxiliares y funcionarios), tanto públicos como privados, como de los usuarios y del propio gobierno. Su riesgo reside en las influencias y presiones a que puede ser sometido, por grupos de interés representados en su organismo de dirección. La conciencia de este peligro permitiría, sin embargo, orientar su normativa a evitar estas tentaciones.

4. Fondo Público Descentralizado a las Regiones. El fondo nacional único sería distribuido a las regiones de acuerdo con una fórmula que tienda a una justicia distributiva de acuerdo con las realidades de cada región. En cada región el fondo se convertiría en el único pagador regional.

Su atracción mayor reside en el manejo descentralizado, con todas las ventajas que a éste se le reconocen. Tal vez, el acierto principal de esta modalidad es la cercanía a la gente de su manejo y administración financiera. El riesgo que se puede imaginar es, en el caso que este fondo tenga además del aporte del gobierno central, aporte regional, que se produzcan diferencias importantes de recursos entre las regiones de más y de menos recursos.

5. Empresa Pública o Corporación. Esta fórmula existe en nuestro país y se trata de empresas públicas que se administran autónomamente. De hecho, muchos servicios municipales de salud han adoptado esta modalidad, obviamente no con el carácter de único pagador que se busca.

El gobierno mantendría el control sobre la institución, aparte que se facilitaría la posibilidad de establecer mecanismos de control público sobre su gestión. Sin embargo, durante la gestión de esta organización se pueden producir situaciones conflictivas entre "lo empresarial" y "lo público". Una decisión puede tener opciones opuestas entre los intereses de la empresa y los intereses del público, como por ejemplo: el subir o no aranceles u honorarios.

6. Cooperativa de Salud. Se trata de una organización voluntaria de personas cuyo aporte se destina a satisfacerles una particular necesidad, en este caso de la salud, y donde tanto las ganancias como las pérdidas son compartidas solidariamente.

Para una organización que facilite el único pagador, la cooperativa devela varias ventajas. En primer lugar, se trata de una asociación de usuarios y no accionistas y que, por consiguiente, tienen interés en que el dinero sea manejado con la mayor eficiencia y eficacia posible. En segundo lugar, se trata de una organización democrática, por la participación de los propios beneficiarios. En tercer lugar, vale mencionar también que sus usuarios comparten solidariamente sus posibles "utilidades" como también sus pérdidas.

La dificultad está en la necesidad, en el caso del único pagador, que la afiliación debe romper la voluntariedad de afiliación para hacerla una organización obligatoria. No hay experiencias realmente al respecto.

7. Coordinadora de Multipagadores. Se trata de crear una instancia de coordinación de múltiples

pagadores a fin de uniformar los aportes, controlar los costos y uniformar los beneficios o prestaciones. Un caso típico de esta fórmula es el sistema de cuidado de la salud de Alemania donde existen muchas instancias de seguro, tanto públicas como privadas, y que son controladas, en los aspectos mencionados, por instituciones públicas regionales.

El gran éxito de este sistema ha sido el control de costos. Sin embargo, el esquema parece muy frágil, por la dificultad de controlar múltiples pagadores.

Ver cuadro síntesis en el Anexo 2.

¿Qué Opción Elegir para Chile?

Cualquiera que sea el tipo de institución elegida, no significa que se elimine la existencia de entidades de seguro privado. La persona que desee contratar un seguro privado puede hacerlo pero debe seguir cotizando en el fondo único y recibiendo de éste el aporte que le corresponda por los servicios. El seguro privado sería un complemento que permitiría cubrir posibles co-pagos y mejorar la hotelería.

La elección de una de estas opciones debe afrontarse a través de criterios que aseguren que se superen en mejor forma las críticas a la actual situación. Estos criterios, repetimos, son: equidad en la oferta de servicios, control del crecimiento inflacionario de costos, eficiencia en la administración de los fondos y participación pública democrática en sus decisiones.

Desde estos puntos de vista, cualquiera de las posibilidades mencionadas tiene la potencialidad de lograr satisfacer los criterios mencionados. Sin embargo, las diferencias principales residen en el tema de la democracia, que hoy en nuestro país es un tema muy sensible. La estructura del sistema de salud, especialmente de su financiamiento, ha ido alejando cada vez más a la comunidad de proveedores, y al público de las decisiones. El control del presupuesto por el sector ISAPRE avanza aceleradamente y se acerca al 50% del gasto nacional de salud. En esta coyuntura, los sectores que deberían participar en las decisiones críticas de presupuesto y de gastos están cada vez más marginados y las decisiones que determinan salarios, inversiones, prioridades de atención, tipo de equipamiento y aranceles son cupulares; en el sector privado, son además comandadas por la lógica del mercado.

Urge tomar un camino de reformas que tengan objetivos claros resultantes del diagnóstico de la situación y que se expresen en una estrategia de mediano plazo tendiente a privilegiar los legítimos intereses de los proveedores primarios y de los usuarios. Estos parámetros analíticos llevan a pro-

poner una estrategia de dos etapas. En la primera se debe promover una legislación para crear organismos de coordinación de los múltiples pagadores en cada Servicio de Salud Regional. Serán dirigidos por un Consejo formado democráticamente por proveedores primarios, usuarios y gobierno regional. Sus funciones serán velar por un plan de servicios uniforme, obligatorio; fijar los aranceles, asegurar la permanencia de los usuarios y otros pertinentes. En una segunda etapa, lo lógico es pasar a un Fondo Unico descentralizado en los Servicios de Salud.

El Aporte: un Monto Adecuado a la Capacidad Económica.

El aporte que se requiere para financiar el Sistema Chileno de Cuidado de la Salud debe ser referido a un monto absoluto deseable y adecuado a la capacidad económica del país, aun cuando no se deben abandonar las referencias a metas de financiamiento en cifras relativas y comparables internacionalmente. Utilizar sólo y principalmente este tipo de parámetros entrega una falsa idea si no se la compara con países que tienen ingresos ocho o diez veces superiores⁶. Por ello, las cifras relativas al PNB tienen valor comparativo entre países de nivel de ingreso semejante. Otras veces, muestran aumentos en el tiempo aparentemente importantes, pero por partir de cifras absolutas muy bajas, su significado real es menor⁷.

Según una reciente estimación⁸, el costo de la atención de la población beneficiaria del sector público de salud debería ser del orden de 160 dólares por persona-año. Si se le compara con los 125 dólares que se gastó en promedio nacional en 1992, el aumento llegaría a 25%.

Este cálculo teórico debe sufrir una serie de vaivenes en el proceso político y técnico de acordar una cifra final de acuerdo a variables como:

- Las perspectivas de la economía nacional, el equilibrio de los gastos e inversiones, tanto a nivel general como de los otros sectores sociales;
- La voluntad política de alcanzar un monto de financiamiento digno;
- La estructura del aporte;
- Las prioridades programáticas del sector y del gobierno central;

- Los programas y las prioridades de los gobiernos regionales y municipales;
- Los intereses de los grupos participantes involucrados, como son los profesionales, funcionarios, empresas proveedoras secundarias (farmacéutica, de instrumentos, universidades e institutos, etc.) y;
- Los niveles de costos de otros países a nivel internacional.

Se propone alcanzar para el sector público al término del actual decenio una cifra del orden de los US\$ 500 por persona-año. La cifra exacta, sin embargo, será precisada en un estudio que considere las variables anteriormente mencionadas.

Una orientación desde el ángulo porcentual sería pensar en un 7 a 8% del PGB, que hoy llega a poco más de US\$ 3.000 persona-año. El gasto en salud debería ser entre US\$ 240 o 270 persona-año. El presupuesto del Fondo Unico de Salud llegaría o más o menos US\$ 3.000 millones, lo que aumenta en 500 millones el actual.

Los dos acercamientos al gasto deseable representan cifras que habría que concertar y tratar de lograr como metas a 4 ó 5 años.

Las Fuentes y Estructura del Financiamiento de la Salud.

Los fondos destinados al cuidado de la salud pueden provenir de dos fuentes básicas. Una es el aporte del usuario, ya sea que lo entregue directamente al proveedor primario o indirectamente a través de una organización intermediaria, como son los seguros sociales, públicos o privados. La otra fuente son los aportes sociales, ya sea a través del aporte del Estado, provenientes principalmente de los impuestos, o los aportes del empleador que, si bien aparece como una contribución individual de éste, en la realidad su origen proviene de la mercancía que este empleador vende.

Cuando el aporte proviene predominantemente del usuario, la calidad y la cantidad de los servicios recibidos por éste serán directamente proporcionales al nivel de su ingreso. Si en cambio el aporte tiene un origen colectivo, vía Estado o empleador, éste es solidario.

Por ello se propone la organización de un fondo

6. Chile en 1992 tuvo un gasto total en salud por persona-año de 120 dólares, representando ello un 4% del PGB. Inglaterra, por ejemplo, si gastara igual porcentaje del PGB que Chile, elevaría su gasto por persona-año a más o menos 500 dólares.

7. En los años del gobierno del Presidente Aylwin el gasto público ha aumentado en un porcentaje importante de 50%. Sin embargo, como el aporte depredado dejado por la dictadura fue muy bajo, el aumento en cifras absolutas es bajo aún.

8. Montoya A., Carlos, Ipinza R., Manuel, Palma E., Raúl y Reyes O., Mario, 1993. "Estimación del Costo Global de la Atención de Salud Necesaria para la Población de Chile". Cuadernos Médico Sociales. XXXIV, 2 y 3: 48-55.

Cuadro 3. Proposición de aporte fiscal y el aporte del usuario por persona-año. Chile, 1994 a 1996.

FUENTE	1994	%	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%
- Fiscal	50	30	83	52	115	61	148	66	180	71
- Usuario	75	70	75	48	75	40	75	34	75	29
TOTAL	125	100	158	100	190	100	223	100	255	100

único nacional de salud formado con aporte mayoritario del presupuesto fiscal y minoritario de los usuarios. Como hoy día, a través del Fondo Nacional de Salud, el aporte del usuario, incluyendo el copago, se eleva al 57% y el fiscal al 43%, la propuesta supone una reversión paulatina de la relación actual en un plazo de 4 ó 5 años, como se muestra sólo con carácter ilustrativo en el cuadro 3.

Por estos argumentos, se propone desarrollar una estrategia que aumente paulatinamente el aporte del Estado hasta que éste supere el aporte del usuario.

LA DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS

Distribución de los Fondos a Partir del Fondo Unico.

La responsabilidad central del Fondo Unico residiría en entregar a los Servicios de Salud Regionales un monto regulado estrictamente por una fórmula que considere indicadores de salud, económicos y sociales. La idea es que se refuerce financieramente a las regiones con mayores problemas. Todo ello a definir muy detalladamente.

Con este sistema se hace realidad el derecho a la salud, al mismo tiempo que asegura la equidad. Se supera el sistema de fraude por uso indebido del derecho de los beneficiarios por no beneficiarios, ya que con el Fondo Unico todos tienen derecho y no tendrían motivos para recurrir al fraude. Finalmente, al simplificar la administración por la disminución de controles, necesariamente disminuyen sus costos.

Asignación Fondos por Sistema de Pre-Pago.

No existe aún una experiencia definitiva sobre los mecanismos de asignación en el caso del fondo

único. Desde luego, el sistema que se utilice depende del carácter económico de proveedor primario, de las tradiciones, de la integralidad de la oferta, etc.

Los tres sistemas posibles de pago del proveedor primario son por salario, por pre-pago o por pago por acto. Cada uno de ellos tiene sus ventajas y restricciones, que no se discutirán en esta ocasión. Sin embargo, preliminarmente nos inclinamos por el prepago en la atención de nivel primario y de especialidad ambulatoria y por pago por egreso en el caso de la atención hospitalaria.

Canalizar los Fondos a través de la Atención Primaria de Salud.

Es interesante la experiencia de pago que está realizando el sistema de salud sueco. En una de sus comunas⁹ se canaliza la mayoría de los fondos para salud o su través. Se trata de una experiencia novedosa que aspira a resolver una serie de problemas que sufre su sistema. Es evidente que no se trata de implementarlo automáticamente en Chile porque en las actuales condiciones sería imposible. Los elementos básicos que requiere una medida de este tipo, como nivel de gasto, sistema de informática, cálculo de costo en los hospitales, etc., simplemente no existen.

Las ventajas de este sistema son: -Se estimula la competencia y con ello se bajan los costos y se racionaliza el gasto: -Aumenta la responsabilidad por el servicio, lo que aumenta la calidad, y se centra el poder económico en el médico general, lo que eleva su valoración social y profesional.

Distribución: Herramienta de Política de Salud.

El Fondo Unico de Salud entrega una herramienta importante para orientar las prioridades y los

9. Desde mediados de los años 70's el Consejo del "County" Bohus ha tratado de experimentar nuevas formas de organizar y gestionar la atención de salud. Se persigue mejorar la eficiencia, calidad y productividad del sistema, incorporar a la comunidad en la dirección, aumentar la competitividad y desarrollar herramientas para disminuir costos. Entre las medidas está la de "orientar la mayoría de los fondos de cuidado de la salud al sistema de atención primaria". Todas las atenciones que no sean de atención primaria se cancelarían por ésta en una elección del proveedor por calidad y precio. Ver Federation of County Councils. 1990. "Some Innovation Projects at Swedish County Councils", Stockholm, Sweden.

énfasis. Desde luego, habría que cambiar los énfasis de distribución de recursos entre los niveles de atención. Hoy día el nivel primario, a pesar de la importancia que se le ha dado, sólo recibe el 7-8% del presupuesto de por sí bajo. En un país con las características del nuestro, el nivel primario debería recibir entre el 20 y el 25% del presupuesto.

Por otro lado, permitiría dar énfasis a la promoción y la prevención de la salud y centrarse en los grupos etarios más vulnerables.

LA DEMANDA

La Tarjeta Unica de Salud.

La demanda de servicios ha sido permanentemente un problema cuando el acceso está limitado por sectores y estratificado según institución pagadora. Las instituciones deben montar costosos aparatos de control para evitar que los derechos sean derivados a personas que no los tienen. En nuestra realidad el uso fraudulento de los sistemas de pago ha sido, a pesar de los controles, frecuente; tanto los beneficiarios como los proveedores primarios entran en acciones que tienden, en lo más benévolo, a ignorar la atención de personas que no son beneficiarios. Pero también se ha producido el tráfico de órdenes de atención que, en casos extremos, han llegado a ser cobradas sin siquiera prestar el servicio.

Con la existencia del Fondo Unico de Salud este problema se reduce, aun cuando no se elimina totalmente. La demanda sólo requiere establecer un sistema que permita recompensar al proveedor primario. Como todos tienen derecho, no hay posibilidad de fraude en ese aspecto.

Cualquiera que sea el mecanismo de pago, de pre-pago o pago-por-acto, el sistema probado es la tarjeta única de salud. Ella permite establecer meca-

nismos de sectorización y llevar un control de las características de la demanda.

ANEXO Nº 1

El concepto de salud que predomina en nuestras sociedades hoy en día se perfila y se resuelve en el modelo biomédico. Esta concepción basa el proceso de salud-enfermedad en la biología molecular. La salud está determinada por el equilibrio entre los elementos biológicos del ser humano. Aquí no juegan los factores psíquicos, sociales y conductuales. Todo se explica por los desequilibrios bioquímicos, incluyendo las desviaciones conductuales, las que pasan de ser variables explicativas del proceso de salud-enfermedad a ser explicadas como alteraciones bioquímicas y neurofisiológicas.

Es, en consecuencia, una concepción reduccionista y dicotómica. Por un lado, el proceso de salud-enfermedad se reduce sólo a reacciones bioquímicas y el ser humano a una dicotomía psíquica y somática.

El modelo biomédico está arraigado en la sociedad con carácter de dogma. El estudiante de medicina llega a la universidad con esta idea, que por constituir un dogma social, no la ha sometido a su juicio crítico. Si en la Facultad de Medicina no es revisado este concepto, el médico que de allí surja continuará pensando con un criterio biomédico reduccionista.

En posesión de este instrumento intelectual, el médico adopta dos actitudes: una reduccionista, que centra toda explicación de la enfermedad en las variables biomédicas, y la exclusionista, que no considera enfermedad a las alteraciones que no puedan ser explicadas bioquímicamente.

Este paradigma tiene, como todo paradigma, una capacidad modeladora del ejercicio profesional y, a su través, modeladora del sistema de cuidado de la salud.

ANEXO 2

Alternativas institucionales para Administrar un Fondo Unico de Salud Ventajas y Desventajas

Institución	Definición	Ventajas	Desventajas
- EMPRESA PRIVADA DE UTILIDAD PUBLICA	- Empresa fondos privados regulada por el Estado	- Mayor eficiencia administrativa.	- Leal accionistas más que usuarios - Monopolio de difícil control - Exceso de poder
- DEPARTAMENTO GOBIERNO	- Organización en estructura de gobierno	- Facilita aplicación de política gubernamental	- Influencias de variados sectores
- ORGANIZACION GOBIERNO AUTONOMA	- Organización autónoma del gobierno	- Elegir Consejo democrático de usuarios y proveedores	- Ligado a las influencias políticas
- FONDO PUBLICO DESCENTRALIZADO	- Fondo distribuido S.S.R. como Fondo Unico Regional	- Fortalece descentralización - Acerca decisiones a la gente	- Desigualdades entre regiones por diferente aporte regional
- CORPORACION PUBLICA	- Empresa pública autónoma	- El gobierno mantiene control - Administración independiente - Eficiencia empresa	- Intereses opuestos entre empresa y público
- COOPERATIVA	- Asociación voluntaria de usuarios sin utilidad empresarial	- Participan usuarios no accionistas - Organización democrática - Comparten beneficios y pérdidas	- Difícil afiliación de toda la población
- COORDINADOR DE MULTIPAGADORES	- Organismo facultado para imponer normas comunes	- Controla el aumento costos de salud	- Difícil equidad - Eficiencia débil