

Desafíos que enfrenta el sistema de salud chileno

Challenges faced by the Chilean health system

David Debrott Sánchez¹

RESUMEN

El sistema de salud chileno vive una crisis integral. Los diagnósticos son comunes y transversales, pero las propuestas de reforma difieren en lo fundamental. Estas notas presentan los desafíos que enfrentarán los principales actores del sistema de salud, asumiendo que su solución expresará múltiples contradicciones que harán complejo el avance de las reformas. Se revisan los principales desafíos en financiamiento, aseguramiento, provisión, formación de recursos humanos, de capital, insumos y evaluación de tecnologías sanitarias, y rectoría y conducción del sistema. Termina señalando la necesidad de acuerdos políticos y sociales amplios y estratégicos en función de la desmercantilización y el derecho a la salud, y sobre las dificultades y oportunidades que se abren en el nuevo contexto político que se está inaugurando.

Palabras clave: Sistema de salud; Chile

AVANZAR HACIA UN NUEVO ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO

Desde la perspectiva global, el sistema enfrenta una disyuntiva de difícil solución. Mientras existe consenso en que es necesario aumentar el total de los recursos para salud y que a la vez es necesario reducir fuertemente el gasto de bolsillo, es evidente que mantener y aumentar la capacidad contributiva de los trabajadores será cada vez más difícil y que la única fuente técnicamente factible son los impuestos generales.

Resulta interesante constatar que todos los diagnósticos muestran que Chile destina un monto insuficiente de recursos a la salud, cuando se le compara con sistemas con un funcionamiento satisfactorio y con diferentes formas de organización. Asimismo, el gasto de bolsillo es alto y se encuentra concentrado en medicamentos de costo medio y alto, no incluidos en las garantías explícitas (GES) o en la Ley Ricarte Soto, y en la atención más costosa por libre elección de beneficiarios Fonasa.

La cotización obligatoria de salud sigue siendo una fuente de financiamiento compartida y en disputa. Al crecer relativamente más rápido el gasto en licencias médicas, se reducen en términos relativos los recursos para financiar prestaciones de salud, profundizando el problema de sostenibilidad financiera del sector, en un contexto de inflación de costos propios del gasto sanitario. Esto se ve agravado aún más por la existencia de un subsidio cruzado desde las licencias médicas curativas de Fonasa e Isapres, hacia las licencias médicas por enfermedades laborales de las Mutuales.

En la medida en que el sistema está compuesto por diversos subsistemas, con diversas lógicas y finalidades, existe una enorme fragmentación de las fuentes de financiamiento. Independientemente de que se mezclan recursos provenientes de impuestos generales, contribuciones sociales de trabajadores y empleadores² y gasto de bolsillo de hogares, el problema de mayor complejidad es que al realizarlo diferentes agentes se producen enormes ineficiencias en su administración.

Por último, el subsistema de Isapres abiertas se organiza en función de la obtención de utilidades por la administración de cotizaciones obligatorias de la seguridad social. Mientras, en el subsistema público, una proporción creciente de los recursos provenientes de impuestos y cotizaciones es destinada a la compra hacia prestadores privados con fines de lucro.

¹ Economista. Jefe de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud (ddebrott@yahoo.es).

² Accidentes del trabajo y enfermedades laborales.

TERMINAR CON LA SEGMENTACIÓN EN EL ASEGURAMIENTO Y EL CARÁCTER DUAL DEL SISTEMA

Bastante se ha dicho sobre el carácter dual del sistema de salud, donde la segmentación por riesgos sanitarios y por ingresos se ha transformado en un mecanismo reproductor de las desigualdades sociales y económicas. Bajos ingresos y altos riesgos se mantienen en el sistema público (Fonasa), mientras altos ingresos y bajos riesgos son seleccionados por el sistema privado (Isapres abiertas). Pero incluso al interior del sistema público, la segmentación por ingresos -tema del que poco se habla-, es un factor de inequidad.

El carácter dual y segmentado del sistema se expresa en la desigualdad de los planes de beneficios, donde las diferencias de cobertura se mantienen a pesar de los esfuerzos plasmados en las principales iniciativas de homogenización, como han sido las garantías explícitas (GES) y, recientemente, la Ley Ricarte Soto³, que incluyó por primera vez coberturas igualitarias hacia los sistemas de las Fuerzas Armadas y Carabineros.

Al habitual reclamo por las diferencias de cobertura entre el sistema Isapre y el Fonasa, se agrega el creciente reclamo al interior de Fonasa, por las diferencias en el acceso a servicios entre el grupo A⁴ y los grupos B, C y D⁵. Si bien se expresa como insatisfacción por no tener acceso a la libre elección o a atención en prestadores privados, el problema radica en las restricciones de oferta en la modalidad de atención institucional⁶. En este sentido resulta importante considerar que el acceso gratuito a la salud es altamente valorado por parte importante de la población.

Frente a los problemas en materia de aseguramiento, se han generado leyes y marcos normativos parciales y hasta cierto punto contradictorios, en contraposición al fortalecimiento global e integral del sistema de salud y la seguridad social. Aunque resulte paradójico, el primer elemento en tal sentido son las propias GES; instalan el dilema “GES versus no GES”, y más recientemente la Ley Ricarte Soto, que instala un nuevo dilema en las lógicas de priorización. Se encuentran en evaluación varias iniciativas que tendrían consecuencias en este sentido: Ley de Salud Mental, Ley de Cánceres, entre otras.

También como respuesta a los vacíos en materia de aseguramiento, se ha desarrollado y profundizado el mercado de seguros privados voluntarios de salud. Estos complementan el esquema de aseguramiento Isapre, en segmentos con mayor capacidad de pago, y los sistemas de las Fuerzas Armadas y Carabineros. También han penetrado crecientemente segmentos de ingresos medios de Fonasa, aprovechando las debilidades de la libre elección.

Determinados bienes y servicios, como medicamentos, aparatos, atención de salud mental y dental se mantienen al margen de los planes de beneficios obligatorios, lo que favorece su mercantilización y potencia el desarrollo de seguros privados voluntarios, además de ser uno de los focos del gasto de bolsillo.

La transición demográfica y epidemiológica requiere un pronto abordaje del envejecimiento poblacional y la dependencia. Esta situación está creando una mayor presión de demanda por servicios de cuidado, para lo cual los servicios sanitarios son inadecuados, escasos y caros.

Cada vez se da mayor relevancia a la función que cumplen los seguros de salud por sobre el rol que cumple la prestación de los servicios, siguiendo la tendencia global hacia la financiarización de la salud y subordinando el problema productivo real de la prestación de los servicios y las acciones de salud pública o colectiva, las que evidentemente no son asegurables. Esto constituye un retroceso para Chile en relación con la concepción Beveridge de Seguridad Social que inspiró la creación y desarrollo del Servicio Nacional de Salud (SNS) a mediados del siglo pasado.

EFICIENCIA Y PRODUCTIVIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS: LA MADRE DE TODAS LAS BATALLAS

El carácter dual del aseguramiento, con lógicas e incentivos contrapuestos entre el sistema público (Fonasa) y el sistema privado (Isapres abiertas), se reproduce con algunas particularidades en el ámbito de la provisión, y su interacción conduce a los peores resultados sistémicos. La restricción de la oferta pública, que se expresa en listas de espera quirúrgicas, de hospitalización y de atención de especialidad, de camas críticas y de servicios

3 Diagnósticos y tratamientos de alto costo

4 Carentes de recursos e indigentes, y otros segmentos específicos a los cuales se ha hecho extensiva la gratuidad (por ejemplo, pensionados de menores ingresos).

5 Cotizantes y cargas, vale decir, aportantes de recursos a través de cotizaciones.

6 Falta de especialistas, listas y tiempos de espera.

de apoyo, contrasta con el acelerado e inorgánico desarrollo de la oferta privada orientada por el lucro. Muchos beneficiarios del sistema público terminan atendidos en prestadores privados vía libre elección, asumiendo elevados copagos y transfiriendo recursos públicos hacia el sector privado. Lo mismo ocurre en la modalidad institucional a través de las GES, para el cumplimiento de la garantía de oportunidad.

En los establecimientos públicos está instalada una cultura organizacional que favorece y naturaliza la ineficiencia productiva. A pesar de las limitaciones y rigideces que impone la gestión administrativa del aparato público, no existe coherencia entre la disponibilidad creciente de equipamiento e infraestructura y la utilización productiva de los recursos humanos. Bien conocido es el problema de que los hospitales públicos solo funcionan a plena capacidad durante las mañanas en días hábiles, lo que se traduce en una enorme capacidad productiva ociosa. A nivel de redes asistenciales públicas existe una débil coordinación, especialmente entre el nivel primario municipal y el nivel secundario/terciario administrado por los Servicios de Salud, lo que también conspira contra el deseo de otorgar soluciones sanitarias en el nivel más costo-efectivo de la red. Por otra parte, tal cual funciona hasta hoy, se encuentra en crisis el modelo de municipalización de la APS.

Tanto la interacción del sistema público con el sistema privado, como las rigideces en los esquemas de contratación del sistema público han permitido la proliferación de las sociedades de profesionales médicos, que cartelizan la contratación del recurso humano fundamental. El hospital público se ha transformado de ser una unidad productiva directa de servicios de salud a ser un agente de financiamiento, capturado por organizaciones médicas con finalidad de lucro.

A nivel de cuadros de gestión de establecimientos y de Servicios de Salud, así como a nivel directivo superior, se observa un creciente agotamiento en la capacidad de liderazgo y conducción del sistema.

Más complejo aun, el modelo de atención se ha desdibujado y en muchas ocasiones no pasa de ser un anhelo que dista largamente de la realidad. Este, que debiese ser el eje central de la problemática a resolver en el sistema, por sobre los problemas del aseguramiento y financiamiento, se ve relegado a un segundo plano por las problemáticas relacionadas a la gestión.

En definitiva, el sistema de salud en su conjunto es objeto de insatisfacción de parte importante de

la población. En cada subsistema las causas son diferentes, pero la mayor parte de ellas deriva de los problemas que genera la interacción entre los diferentes subsistemas. En el sistema público la insatisfacción con el trato y las restricciones de oferta. En el sistema privado, los problemas de cobertura, el costo de los planes y las alzas de precios.

RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD: HACER RETROCEDER LA MERCANTILIZACIÓN EN LA FORMACIÓN

La crisis de la educación superior chilena tiene una de sus expresiones en la formación médica y de otras carreras de la salud. El proceso de formación se encuentra entregado al mercado, razón por la cual no puede existir consistencia entre las necesidades de recursos del sistema (demanda) y la oferta de profesionales. Esto acarrea además una serie de consecuencias en materia de cultura médica, ética y calidad del recurso humano. Formar profesionales bajo una lógica de beneficio económico individual tiene costos sistémicos importantes.

Relacionado a lo anterior, no existe capacidad de planificar en el largo plazo las necesidades de recursos y muy débilmente se han definido prioridades en esta materia, impulsadas principalmente por la situación de escasez de recursos humanos especializados en el sistema público. Existen escasos incentivos para retener profesionales jóvenes y bien formados, y contrariamente existen fuertes incentivos a la retención de personal profesional en la etapa final de su carrera, con compromisos laborales inferiores a los que se requieren. Desde el sector privado esto es un potente incentivo para su reclutamiento.

Los programas de formación de capacidades de gestión y directivas en salud adolecen de múltiples debilidades, entre las cuáles la falta de visión estratégica para la conducción del global sistema es una de más complejas. Competencias de gestión empresarial bajo lógicas de lucro son inconsistentes con la necesidad de visiones colaborativas, gestión de redes asistenciales y logro de objetivos sanitarios colectivos.

SUPERAR LA ENORME BRECHA DE INVERSIONES ENTRE EL SISTEMA PÚBLICO Y EL PRIVADO

La mantención y el necesario crecimiento de

la capacidad productiva del sistema para dar respuesta a las necesidades de salud de la población requieren de un esfuerzo y capacidad de planificación muy importante. Sin embargo, esas capacidades se encuentran muy debilitadas y no se observa una recuperación en tal sentido.

El tipo de inversiones necesarias en salud y su volumen hacen necesario diseñar una estrategia de largo plazo para financiar la infraestructura y el equipamiento mayor, cuestión que no puede depender de presupuestos anuales y estar sujeto a contingencias. La implementación del ambicioso plan de inversiones del gobierno saliente, conocido como 20-20-20, ha dejado al descubierto la gran debilidad, tanto a nivel de los Servicios de Salud como a nivel central, para gestionar adecuadamente un programa de inversiones de la envergadura que el país requiere. Todavía está por verse el impacto que estas nuevas obras hospitalarias, sin duda necesarias, tendrán en el nivel de gasto sanitario cuando se encuentren en operación.

Los distintos modelos de concesiones hospitalarias atraviesan por una doble crisis. De un lado, no han demostrado ser más eficientes que aquellos financiados y operados por el sistema público. De otro lado, sus detractores no han sido capaces de dimensionar el esfuerzo fiscal que implica cerrar esta brecha y de ofrecer a cambio acuerdos políticos que permitan dar un salto en la productividad y la gestión a nivel de establecimientos. En definitiva, en esta materia vivimos una suerte de inmovilismo y falta de propuestas factibles. En el mediano y largo plazo, este sigue siendo uno de los aspectos claves de la política sanitaria.

TERMINAR CON EL REZAGO EN MATERIA DE INSUMOS Y EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Tanto el mercado institucional como el mercado privado de medicamentos se encuentran casi completamente desregulados desde el punto de vista económico. Por la dinámica del avance tecnológico en salud, esto es un problema creciente que está teniendo un impacto enorme en el financiamiento público y en el gasto de hogares.

A pesar de los esfuerzos realizados en el último tiempo, la capacidad de intermediación de la Cenabast sigue siendo escasa y su marco legal obsoleto para los desafíos que se requieren en esta área.

No obstante la relevancia sanitaria y económica que han venido teniendo las tecnologías sanitarias,

el país aún no cuenta con una institucionalidad en materia de evaluación. Esto está teniendo consecuencias dramáticas en materia de costos del sistema sanitario, como lo muestra la experiencia de países desarrollados.

FORTALECER LA RECTORÍA Y CONDUCCIÓN DEL SISTEMA

A pesar de la reforma de Autoridad Sanitaria y Gestión (2005), el marco legal es fragmentado. Tanto en materia de instituciones como de funciones, existen múltiples aspectos obsoletos e incongruentes. En los diferentes niveles del sistema se ha hecho evidente el deterioro del liderazgo y de la capacidad de dar direccionalidad estratégica al sistema y sus diferentes instituciones.

Las principales funciones del Minsal se han debilitado por causas externas, pero también por deterioro de capacidad interna. Esto se expresa de forma dramática en la ausencia de institucionalidad y organización para la planificación de los servicios, en función de las necesidades de salud de la población. Asimismo, la innumerable cantidad de microprogramas e iniciativas impulsadas desde el nivel central expresa una evidente inconsistencia de la organización ministerial en función de las necesidades del sistema sanitario. El Minsal no está organizado adecuadamente para responder a las tareas regulares y simultáneamente a la permanente contingencia, que la mayor parte de las veces supera a cualquier autoridad.

¿QUÉ HACER?

Es indudable que todo depende de la orientación que se quiera imprimir a las reformas. De ello depende la jerarquización de los problemas, y las alianzas sociales y políticas que se requieren.

Si la trayectoria es hacia la desmercantilización y el establecimiento del derecho a la salud, el camino será largo y complejo. Se requiere pasar de los consensos en el diagnóstico, hacia propuestas técnicas y políticas que hagan sentido y movilicen a la sociedad y a los principales actores del sistema. En este sentido, el rol de las organizaciones gremiales como el nuevo Colegio Médico y otras en el ámbito de los trabajadores de la salud hospitalarios y de atención primaria será clave. No habrá reformas en esta dirección sin la unidad de dichas organizaciones y la convergencia de los intereses particulares, por cierto legítimos, con los intereses de la mayoría de la población. Las reformas que impulsaron la

creación del antiguo Servicio Nacional de Salud son un referente necesario y señalan un camino que es importante revisar.

Pero es importante no perder de vista que un proyecto sanitario de tal envergadura, no es posible si no se da en el marco de un proyecto político y social más amplio, de un programa de transformación social profundo, donde salud es y debe ser parte de una nueva visión sobre el desarrollo económico y social en nuestro país.

En el corto plazo, los sectores sociales y políticos que pueden encarnar un proyecto desmercantilizador de la salud no tienen la iniciativa estratégica, por lo que avances en este sentido son

ilusorios. Desde los sectores hegemónicos hoy nuevamente en la administración del Estado, hoy pareciera existir conciencia sobre la profundidad de la crisis. Por esta razón, es altamente probable que se propongan reformas de mayor alcance que las que hemos visto en la última década, cuya centralidad estará sin duda en la organización y gestión de la red de prestadores públicos. Esto, si bien no tendrá la orientación desmercantilizadora que hemos mencionado, abre oportunidades de transformación que es necesario considerar si lo que se busca es construir un nuevo sistema sanitario para Chile, radicalmente distinto del que heredamos de la dictadura.