

## OPINIÓN

### Informe de la comisión presidencial de salud, diciembre 2010. Primeras reflexiones para el debate

**Dr. Carlos Montoya Aguilar<sup>1</sup>**

En este mes hemos conocido el informe sobre reforma del sistema de atención de salud que el Presidente encargó a una comisión de expertos (1). Debería comenzar ahora un amplio debate público, con participación activa e informada de los usuarios y de los profesionales del sector, encaminado a enriquecer las propuestas o a presentar alternativas.

#### **Un modelo de atención para los clientes de las Isapres.**

Lo primero que interesa a la población es el modelo de atención que se le brinda y, enseguida, cuanto y cómo debe pagar por él. La comisión propone un modelo de atención consistente en un "plan de salud universal". No se trata de un plan en el sentido de la planificación, sino en el sentido que le dan las Isapres, según el cual se trata de una canasta de prestaciones. Este plan sería igual para todos los participantes, en el sentido de que todos recibirían atención acorde con sus necesidades, sin discriminación por edad y sexo. Esto es así actualmente para la mayoría de la población que se atiende en el marco institucional del Fonasa. El cambio, por lo tanto, correspondería a los clientes de las Isapre, y apunta a resolver el grave problema de reclamos por discriminación que estos seguros han enfrentado desde su origen en 1980 y que hizo crisis en el fallo reciente que declaró inconstitucional la exagerada diferenciación por riesgo entre sus afiliados (2).

#### **Cambios de los intermediarios financieros.**

En cuanto a las fuentes de financiamiento, éstas seguirían siendo: cotizaciones, aporte fiscal y copagos. El intermediario financiero "Fonasa" se dividiría en dos: un administrador del financiamiento para los pobres, y una especie de Isapre pública que competiría con las Isapres privadas. Las Isapres, tanto la pública como las privadas, cambiarían de nombre a "empresas de seguridad social de salud" (ESSS), término que recuerda al que se utiliza en Colombia ("entidades promotoras de salud") (3, 4). La función de estas empresas sería la de administrar el dinero dedicado al plan básico universal de los "no pobres".

#### **Un Fondo de Compensación. Naturaleza de las fuentes de financiamiento.**

La diferenciación por riesgo se borraría al pasar el bulto de las cotizaciones y del aporte fiscal a un Fondo de Compensación que entregue a las ESSS, a nombre de sus afiliados, el costo del plan universal, ajustado para cada persona según su edad y sexo. El plan sería definido periódicamente por un "panel" de expertos (7) e incluirían las intervenciones con GES y otras.

Será necesario concordar en aclarar que el aporte fiscal es parte integrante del presupuesto de salud y no un "subsidio" a la población menos pudiente. En efecto, la "universalidad" no puede sino implicar que la población es una sola, que la salud es una sola y que el sistema de atención y su financiamiento debe ser también uno e integrado. A su vez, las cotizaciones se conciben como una parte de la seguridad social y no como propiedad privada, aunque se les haya dado un destino individual en el caso de las Isapres. Este es un asunto que se zanjó respecto a las cotizaciones de los imponentes de la Caja de Seguro Obligatorio en la época del Servicio Nacional de Salud.

<sup>1</sup> Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile. Santiago, Chile. Correspondencia a: cmontoya@med.uchile.cl

Según el informe, el financiamiento total sería distribuido per capita, previo ajuste por edad y sexo al interior del fondo. Esto tendría la ventaja de racionalizar el monto y distribución del conjunto de los aportes, vinculándolo al tamaño de la población beneficiaria y a la magnitud estimada de sus necesidades, en lugar de que la contribución estatal se fije sobre una base histórica y mediante negociaciones anuales entre los ministerios de Hacienda y Salud. No se explica qué entidad administraría este fondo, considerando que el Fonasa cambiaría su naturaleza si se efectúa lo que la Comisión propone al respecto a ese organismo. También es necesario calcular la relación entre el monto del Fondo (que la comisión estima en una Unidad de Fomento mensual per capita), y los recursos y actividades concretos a financiar (7).

### **Modalidad de asignación de los recursos al nivel ejecutor de las atenciones.**

Otro aspecto esencial de la definición del sistema de atención de un país es la forma de asignar los recursos desde los intermediarios financieros a los hospitales, clínicas y consultorios. En la práctica tradicional de los seguros privados de salud, la asignación se efectúa pagando “por acto”, es decir, por cada día de hospitalización, por cada consulta o por cada examen; o bien, por una “canasta de actos”. Este modo de asignación es reconocidamente ineficiente, en el sentido de que no relaciona el gasto con la solución de los problemas que las personas enfrentan en su ciclo vital y que suelen presentarse en diversa combinaciones y tener soluciones sinérgicas. Además, incentiva la realización y repetición de actos que suelen ser innecesarios para los pacientes pero beneficiosos para quienes los generan. Por todo ello su aplicación ha disminuido en la mayoría de los países más desarrollados. Algunos seguros privados neutralizan sus efectos negativos mediante el modelo de “salud administrada”, tiene la ventaja, para los administradores de los seguros, de que los “actos” se pueden contabilizar, se les puede fijar un precio o arancel ( de ahí el término “prestaciones valoradas”) y eventualmente se pueden comercializar en un mercado interno o externo.

En cambio, en la práctica habitual del Estado, los recursos se han asignado a los establecimientos prestadores de acuerdo a lo que necesitan gastar en pagar los sueldos del personal y en comprar los medicamentos, alimentos, instrumental y otros insumos requeridos para las

atenciones (“factores de producción”). En el lenguaje del Fonasa esto se llama “modalidad institucional”. El uso de estos recursos se puede controlar a través del llamado “sistema de información gerencial hospitalaria” (SIGH), cuya indispensable generalización en Chile sólo depende de que se tome la decisión político-administrativa pertinente. Una correcta planificación basada en la evidencia médica y en la epidemiología logra una mayor eficiencia, mayor efectividad y mayor control de las tecnologías apropiadas que el esquema basado en el pago por acto o por canasta de actos.

La Comisión ha optado por recomendar el pago por acto. Con ello llama a intensificar una práctica que se inició en el subsistema público en 1995, que se intensificó en el año 2001 y que ha llevado a que en el año 2008 el 38,6% del gasto se realizara pagando “prestaciones valoradas”. En la misma línea, el presupuesto para el año 2011 contempla aumentar la proporción del gasto vía “prestaciones valoradas” en 23,6% respecto al nivel que alcanzaba en el presupuesto del año 2010, mientras el gasto por la vía de la “modalidad institucional” aumenta sólo un.14, 9% y queda por debajo de aquél (5).

### **El Estado chileno y las necesidades de inversión en el sistema de atención. Las concesiones.**

El financiamiento del sistema debe hacerse cargo, no sólo de los gastos corrientes o de operación, sino también de las inversiones cuantiosas que demanda el crear, mantener y – en el caso actual de Chile- reconstruir la infraestructura física. Reconociendo que el Estado no puede, en las actuales circunstancias, resolver esta necesidad con la celeridad que se requiere, el Colegio Médico ha aceptado que se concesione la construcción y equipamiento de los hospitales. Concesionar la administración de los establecimientos es un asunto enteramente diferente, que no se justifica por carencias financieras y que, en cambio, conlleva el riesgo de favorecer criterios y objetivos ajenos a los de salud ; por eso el Colegio Médico la rechaza. Llama la atención que el informe plantee la concesión de dicha administración e incluso considere la posibilidad de concesionar la gestión de redes completas, adjudicando territorios y poblaciones.

### **Médicos suficientes para el sistema público.**

Aún más importante que la infraestructura física, es la dotación y la formación de recursos humanos mejorados

en cantidad y en capacidad resolutive, tanto para hospitales como para el nivel primario de atención. Este aspecto ha sido enfatizado por el ministro actual y no podía sino figurar en el informe de la comisión. En este campo, la comisión recomienda que los contratos en los hospitales se rijan por el código del trabajo, posiblemente para lograr mayor flexibilidad laboral. En el caso de los médicos se cuenta con una legislación que resulta de una larga experiencia y existen normas y prácticas de garantía de calidad de su trabajo. Este aspecto se haría aún más efectivo si se volviera a la colegiatura obligatoria y a la consiguiente tuición ética eficaz por el Colegio Médico. Es un aspecto importante a incorporar en el debate.

### **Nuevas disposiciones acerca de los subsidios de incapacidad laboral temporal**

Los subsidios por incapacidad laboral temporal han venido dando origen a dificultades administrativas, financieras y éticas. Hace tiempo que hay acuerdo en reformar la legislación respectiva. La comisión recomienda que se financien con el uno por ciento de los salarios - aportado por los trabajadores y rebajado del siete por ciento de la cotización para atención de salud - y con otro uno por ciento aportado por los empleadores. Estas sumas serían administradas por instituciones externas al sistema de atención. Al mismo tiempo se propone rebajar a dos días los tres días iniciales que hoy no se pagan en el caso de enfermedad común de menos de 11 días de duración; pero este deducible se extendería a todas las licencias por enfermedad común. Hasta aquí, las recomendaciones tienen una base técnica, y podrían solucionar algunos de los problemas que existen actualmente y que dañan a los trabajadores del sector privado. Lo preocupante es que la comisión propone dejar este importante rubro de la seguridad social en manos privadas.

### **Un plan universal de atención en accidentes del trabajo y enfermedades ocupacionales**

Es de interés la sugerencia de la Comisión en el sentido de que los trabajadores que no pertenecen empresas afiliadas a Mutuales de salud ocupacional puedan beneficiarse de la atención que éstas están en situación de brindarles desde el punto de vista técnico y financiero. Si la recomendación se entiende de esta manera, sería un ejemplo concreto de solidaridad con las "pymes" y sus empleados.

### **Desde el mirador de la experiencia cotidiana.**

Afortunadamente el documento emitido incluye, como anexos, las experiencias entregadas por la directora del SSM Sur y por el Director del Hospital Van Buren. Según ellas, desde el Servicio se sufre de insuficiente programación sanitaria territorial, centralismo, falta de información adecuada e inconsistencias en el financiamiento de las prestaciones por parte de Fonasa. El hospital padece de la falta de funcionamiento en red: la atención primaria tiene baja resolutive y los hospitales no se complementan entre sí. Estos textos merecen un análisis detenido que conduzca a soluciones.

### **Problemas para la integralidad del modelo y del sistema**

El objetivo de **integralidad** del modelo de atención, es vulnerado por la municipalización de la atención primaria y por la división del Ministerio en dos subsecretarías y la del territorio entre Seremis y Direcciones de Servicios de Salud. La comisión constata la inequidad y la falta de resolutive que es asociada a la municipalización y recomienda reconsiderar la dependencia municipal de la APS. Este punto debería ser desarrollado en dos aspectos: primero, los Municipios no deben administrar consultorios y postas, pero sí tienen tareas esenciales en salud, tales como la información y participación comunitaria, la observación del funcionamiento de los establecimientos de salud y la protección del ambiente local; segundo, las Direcciones de Servicios de Salud deberían prepararse para tener la capacidad de supervisar a la APS. La desmunicipalización podría comenzar pronto por las comunas más pequeñas y pobres.

Otros obstáculos a la integralidad son: el pago por acto, el énfasis en prestaciones curativas dirigidas a patologías e intervenciones específicas y no a personas, familias y comunidades en sus ambientes; y la desconexión funcional entre el nivel primario y los hospitales. Un aspecto del informe que agravaría la fragmentación es la división institucional entre el Fonasa para pobres y el Fonasa para no pobres. Superar la separación actual entre las funciones de curación, por una parte, y de prevención, por otra, es condición importante para facilitar la ejecución de estas últimas, tal como las destaca el informe de la comisión. El debate que se inicia debe considerar estas debilidades del sistema nacional de atención.

Al comienzo de los años noventa se percibió una insuficiencia en la formulación de los Programas Básicos de atención para niños, adultos, mujeres, adolescentes y ambiente, así como en la de algunos programas transversales como salud mental, salud ocupacional y otros. Por razones históricas comprensibles, faltó la competencia en materia de salud pública que hiciera posible completar este aspecto de la política de salud. El plan de garantías en salud – GES - representó un avance al incorporar el concepto de “medicina basada en evidencia”, con la redacción de guías y protocolos que eran necesarios; pero introdujo otra forma de desintegración de la atención, entre patologías GES y NO-GES; y al estar asociado a pago por acto, resulta de alto costo para el sistema, yendo así en desmedro del fortalecimiento que requieren los hospitales y consultorios del sector público, así como del desarrollo de la red de establecimientos sociosanitarios para discapacitados y ancianos sin familias competentes para cuidarlos. La comisión se refiere positivamente a la necesidad de este desarrollo.

### **El lugar de los seguros privados de salud: ¿dentro o fuera de la Seguridad Social?**

La obtención de mayor **equidad** en las prestaciones, a través del “plan universal” sin diferenciación individual por riesgos, debe ser analizada a la luz de la desigualdad de ingresos de nuestra población. Aquellos que puedan, comprarán un plan “universal” más caro (sic), mediante una prima adicional, o contratarán seguros adicionales (7). Sería mucho más lógico y transparente que las Isapres se asimilaran a seguros comerciales, en que las personas que lo desearan y pudieran comprar “planes” individuales, mientras el total de la población tuviera acceso equitativo al sistema universal financiado vía Fonasa y administrado con eficiencia. Lo que se propone parece destinado a conservar de todas formas a las Isapres actuales,

fabricando un mercado interno al estilo holandés (6), para que ellas (como ESSS) sigan participando en la administración de los fondos de la seguridad social y además operen con las primas adicionales y con el aseguramiento comercial complementario.

### **En resumen**

Es de desear que el debate y las decisiones consiguientes nos lleven a tener un Sistema Nacional de Salud equitativo, que sea satisfactorio para toda la población y que continúe mejorando el estado de salud de las personas, las familias y las comunidades. Para ello es muy importante que los que deciden recojan aquellos aspectos positivos, que responden a problemas reales de la evolución de salud pública de nuestro país; y que dejen de lado las recomendaciones que no responden a la realidad y a los intereses nacionales y que no representarían un avance en nuestra salud pública y nuestra seguridad social.

### **Referencias:**

1. *Comisión Presidencial de Salud, Informe Diciembre 2010-12-17*
2. *Sentencia Rol 1572 del Tribunal Constitucional 30 Noviembre 2010; y similares (<http://cl.vlex.com>)*
3. *Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Ley de Presupuesto 2011 ([www.dipres.cl](http://www.dipres.cl))*
3. *Tsai T C, Second chance for health reform in Colombia, The Lancet 2010; 375 (9709): 109-10*
4. *Yasmin A E, Colombia's health reform, The Lancet 2010; 375 (9717): 803*
5. *Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Ley de Presupuesto 2011 ([www.dipres.cl](http://www.dipres.cl))*
6. *Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, et al, The Netherlands: health system review, Health systems in transition 2010; 12 (1): 1-229*
- 7.- *Tagle A, entrevista de Rodríguez M, en: La Tercera, Negocios, págs 12 y 13, 26.12.2010*