

Visión y propuesta de cambios a sistema de salud en Chile

Vision and proposal of changes to the Chilean Healthcare System

Sergio Sánchez Bustos¹

Ray Anderson²

Andrés Berríos³

Javiera Herrera⁴

Ricardo Villarreal^{5 6}

RESUMEN

El objetivo de este estudio es diagnosticar la situación del sistema de salud chileno y proponer mejoras para optimizar su funcionamiento, como parte del trabajo del Instituto de Economía Política y Social.

Se reconoce y analiza la inversión pública en salud; el elevado gasto de bolsillo; los diversos niveles de inequidad en los resultados sanitarios respecto a niveles de educación; del tipo de asegurador (público/privado) la compra de servicios de salud y también respecto a los sueldos de los trabajadores del sistema de salud.

Metodológicamente se ha realizado una revisión bibliográfica de diversas fuentes y estudios primarios que analizan las características del sistema de salud chileno, fuentes estatales directas, fallos judiciales, capítulos de libro y artículos de prensa.

Se concluye que es necesario alinear los incentivos en el público con resultados sanitarios, aumentando la proporción de pago asociado a resultados sanitarios y disminuyendo las demás formas de financiamiento; la implementación de un Seguro Único de salud para mejorar los niveles de mancomunidad del sistema y un Plan Único que fortalezca el poder de compra del sector público y reduzca el gasto de bolsillo. Se plantea la necesidad de reestructurar la forma de administrar y recolectar los recursos destinados al Subsidio por Incapacidad Laboral y se discuten reformas al mercado de los medicamentos. Así mismo, la creación de gobiernos corporativos en las principales instancias ministeriales, servicios de salud y APS municipal es propuesta, para evitar problemas de agencia detectados y falta de continuidad de la gestión pública.

Palabras clave: Sistema de salud, derecho a salud, servicios de salud, gestión pública

ABSTRACT

This document aims to study the Chilean health system, diagnosing structural problems, and proposing improvements that would optimize its operation. The document has been written as part of the Institute of Political and Social Economy's work.

Recibido el 26 de julio de 2021. Aceptado el 17 de agosto de 2021.

1 Doctor, MPH, MBA, MD, profesor Universidad del Alba-Chile

2 Economista, Universidad de Chile, Instituto de Economía Política y Social.

3 Estudiante de Economía y Magíster en Políticas Públicas, Universidad de Chile, Instituto de Economía Política y Social.

4 Estudiante de Economía, Universidad de Chile, Instituto de Economía Política y Social.

5 Economista, Universidad de Chile, Instituto de Economía Política y Social.

6 Citar como: Sánchez-Bustos, S; Anderson, R; Berríos, A; Herrera, J; Villarreal, R. (2021) "Visión y propuesta de cambios al sistema de salud en Chile". Correspondencia a: sergiosanchezb@gmail.com Web <https://www.ieps.cl/>

Public investment in health is recognized and analyzed, in addition to the high out-of-pocket expenditure, various levels of health outcome inequality according to the populations education level and insurance type (public / private), health services purchase and salary differences within the health system workforce.

Methodologically, a bibliographic review of various sources and primary studies has been carried out to analyze the characteristics of the Chilean health system, including direct State sources, court rulings, book chapters and press articles.

The conclusions point to the need of aligning the incentives in the public sector with health outcomes, increasing the proportion of payments associated to health outcomes and reducing other forms of funding; the adoption of a unique insurance system to improve the system's pooling and a unique payment scheme that strengthens the purchasing power of the public sector while reducing out-of-pocket expenditure. The need for restructuring the way labor disabilities resources are administered and collected and reforms to the drug market are also discussed. Likewise, the document proposes the creation of corporate governments in the main ministerial instances, health services and municipal health organisms, in order to avoid detected agency problems and the lack of continuity of public management.

Key words: Health System, Health Rights, health services, public management

1 CONTEXTO HISTÓRICO DEL SISTEMA Y SUS REFORMAS

El sistema de salud chileno ha sido objeto de grandes cambios, desde su creación, en 1952 -como Sistema Nacional de Salud- hasta las últimas reformas del año 2005.

Durante la primera mitad del siglo pasado los problemas de cobertura iniciales, de duplicación de funciones y de financiamiento se fueron superando sólo parcialmente gracias a la construcción de establecimientos hospitalarios, a imagen y semejanza del National Health Service inglés (1948), unificados bajo la concepción de sistema nacional de salud (SNS, 1952). Bajo la lógica de un seguro social a la Beveridge se generó un fondo de financiamiento para el SNS. Sin embargo, ninguno de los dos esfuerzos fue una imitación perfecta y, tanto el financiamiento como la prestación de los servicios de salud quedaron, el primero, configurado de manera mixta -incluyendo una

cotización personal a la bismarcksiana, y el segundo, como una prestación de servicios segregada socialmente: servicios médicos para el obrero y para el empleado diferenciados (Molina, 2010).

Durante los primeros años de la dictadura de Pinochet se inició un proceso de desmantelamiento del aparato estatal en salud y, particularmente, del SNS. Políticas de reducción de gasto dentro del sector público junto con paulatinos aumentos en las cotizaciones individuales de trabajadores caracterizan este periodo hasta 1979. A partir de ese año se implementa una ola de reformas con lógica de aseguramiento individual, que incluyeron definiciones estándar de capitalización individual en salud y previsión social (creación de FONASA, ISAPRE y AFP) con el decreto ley 2763, decreto ley 3 y decreto ley 3500 respectivamente. Se crean dos sistemas de seguros en salud (público en FONASA y privado en ISAPRES) y se atomiza la estructura organizacional del sector público, quebrantando la lógica de sistema integrado del antiguo SNS; municipalización de la atención primaria y creación de un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) dividido en 27 Servicios Locales de Salud (Molina, 2010).

Una tercera reforma se produjo entre los años 2004 y 2005 con la creación del mecanismo de gestión de garantías explícitas, que en su momento se llamó AUGE /GES. Esta reforma se completó con una separación de las funciones de prestación y de rectoría, creando las subsecretarías de redes asistenciales y de salud pública y el traspaso de atribuciones de fiscalización y vigilancia epidemiológica a las SEREMI de salud (ley 19.937 de autoridad sanitaria). En ese momento se aumentó el IVA en un 1% (ley 19.888 de 2003) para financiar “el Plan de Salud con Garantías Explícitas (Auge) para todos los beneficiarios del Fonasa” (Cid & Muñoz, 2007).

A nivel constitucional, la salud aparece mencionada en tanto derecho a acceder a un prestador de salud determinado, sea éste de naturaleza pública o privada. También establece que el Estado debe garantizar el funcionamiento de instituciones de salud que ejecuten acciones de salud, lo que implica que el trabajo privado en salud goza de garantías de nivel constitucional en Chile. Esto puede considerarse como una garantía de rango constitucional a la industria de las prestaciones de salud.

1.1 LO ORGANIZACIONAL

El sistema de salud está organizado bajo el Ministerio de Salud, entidad rectora del sistema, una subsecretaría de salud pública, que se encarga

de temas sanitarios, una subsecretaría de redes asistenciales que se encarga de gerenciar la red de establecimientos asistenciales públicos como hospitales tipo I, II, III y IV, inversiones del sector público y personas que trabajan en el sistema (aprox. 200.000) así como de regir técnicamente a la red de Atención Primaria de Salud APS, y cuatro organizaciones autónomas, pero de dependencia política del MINSAL: el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Superintendencia de Salud.

La subsecretaría de redes asistenciales administra gran parte del presupuesto del Ministerio, pues está a cargo de financiar y dirigir los 29 servicios de salud desde Arica a Punta Arenas. Aunque estos servicios son descentralizados, sus direcciones superiores son nombradas por el subsecretario, quien designa a los candidatos a partir de una terna que les propone el servicio civil a través de la ley de alta dirección pública.

La subsecretaría de salud pública propone políticas de salud, es decir, aquellas que benefician o afectan a toda la población, como las clásicas campañas de vacunación, las etiquetas con información nutricional, las políticas de salud mental etc. Maneja también a las SEREMI de salud de las regiones, cuyas máximas autoridades designa de acuerdo a los equilibrios políticos locales (intendencias).

La coexistencia de tres autoridades a nivel central hace posible plantear un posible problema de agencia tradicional al interior del MINSAL. Del mismo modo, se ha descrito un problema de agencia para el caso de hospitales autogestionados (Sánchez, 2010) debido a la múltiples dependencias de los directores de dichos establecimientos.

En la función de prestación de servicios, coexisten prestadores públicos y privados que se financian con alguna proporción de aportes públicos (FONASA) y otros enteramente de manera privada, con lógica individual en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Las redes de prestadores públicos de APS son mayoritariamente de dependencia municipal, ya sea a través de la figura de Corporaciones o Direcciones de salud comunal. Los prestadores privados se encuentran fundamentalmente en grandes ciudades y son escasos o ausentes en algunas regiones del país, e.g Aysén. La compra de servicios de salud se hace por diferentes mecanismos que van desde resultados (GES, GRD) hasta pago por acto, pasando por la entrega de subsidios (Modalidad libre elección de

FONASA) y planes cerrados en ISAPRE y APS.

Respecto a la Superintendencia de Salud, que se estructura sobre una base de fiscalización de seguros (Intendencia de Seguros) que fiscaliza ISAPRE y también pretende hacerlo sobre FONASA y otra Intendencia de Prestadores, que se encarga de observar el desempeño de los prestadores de salud, institucionales y también individuales.

Su función resulta difícil puesto que la designación del superintendente lo realiza el presidente, escogiendo desde una terna certificada por el sistema de Alta Dirección Pública. La descentralización de la Superintendencia de Salud es de suma importancia ya que debe fiscalizar a FONASA y prestadores públicos de salud, donde sus directivos también son nombrados por el presidente generando conflictos de interés que dificultan la probidad en la fiscalización.

La regulación medioambiental está en la SEREMI de salud. También lleva programas de vigilancia epidemiológica, de salud mental, salud dental, programa de género, COMPIN, profesiones médicas, salud ambiental etc.

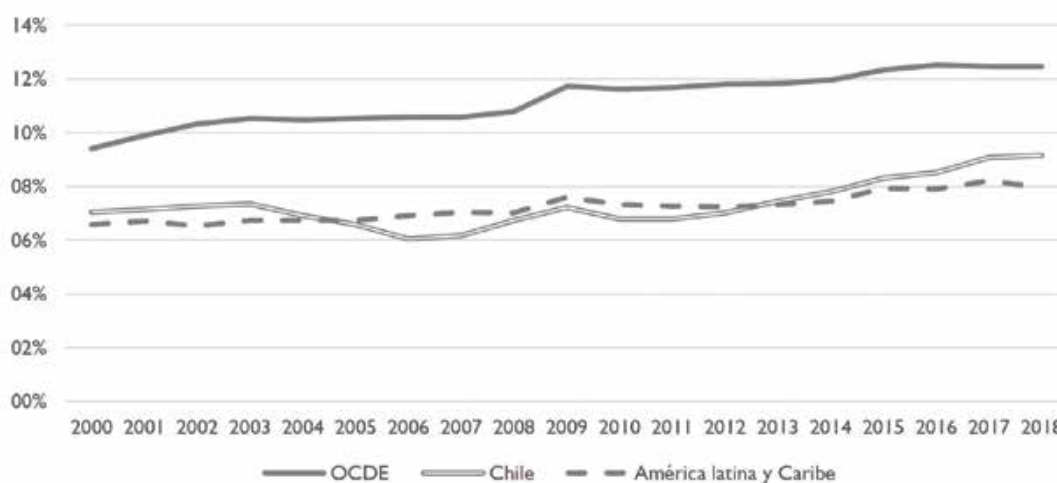
Respecto a la función medioambiental, la acción sanitaria se establece fundamentalmente frente a intoxicaciones alimentarias masivas (restaurantes, ferias alimenticias, eventos populares), mataderos y contaminantes ambientales que pongan en riesgo la salud de las personas. No obstante, existe duplicación de funciones con la actual Superintendencia de Medioambiente (SMA) en esta materia. A esta superintendencia se le entregó capacidad fiscalizadora, lo que ha provocado una disminución en estas materias debido a que la SEREMI de Salud se concentró en sus fiscalizaciones, pero la SMA no cuenta con presupuestos ni experiencia para realizar la labor en el área ambiental (Bergamini & Pérez, Fiscalización y cumplimiento ambiental en Chile: principales avances, desafíos y tareas pendientes, 2015).

2 DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA

2.1 GASTO EN SALUD

El análisis del gasto (o inversión) en salud, total y desagregado, relativo a otros países, nos dará una primera aproximación al caso chileno. El gasto total en salud dista de lo invertido en otros países como porcentaje del PIB. Como se observa en la Figura 1, Chile mantiene un gasto total cercano al 9.1% del producto, en niveles similares al promedio regional, pero todavía lejos de los estándares de la OECD, cuyo promedio es de 12% del PIB.

Figura 1: Gasto total (%PIB) en salud de Chile, promedio OECD y promedio región Latam.



Fuente: World Health Organization Global Health Expenditure database (2020)

Según datos del Banco Mundial, para el año 2018 Chile contaba con un gasto en salud como porcentaje del PIB de 9,1%. Al comparar este gasto con el de los países de la OCDE al año 2001⁷, vemos que existe una diferencia de casi un punto porcentual al gastar estos países, en promedio, un 9,9% de su producto en salud.

En el Cuadro 1 se realiza un análisis respecto a países comparables a Chile en términos de PIB per cápita hoy. En cuanto al gasto como porcentaje del PIB, Chile se encuentra bien posicionado con un 9,1% comparable al 9,2% de Uruguay y 9,4% Portugal, y con una amplia diferencia de cinco puntos porcentuales respecto a Turquía. Sin embargo, más allá del nivel de gasto agregado, es interesante revisar la composición interna.

Como se desprende de las últimas tres columnas, la distribución interna del gasto en Chile es

bastante especial. La alta carga que se lleva el gasto de bolsillo (33,2%), junto con la baja participación del gasto público (50,8%), diferencian al país del resto de la muestra y del promedio OCDE (13,7% de gasto de bolsillo y 61,5% de gasto público).

Esta distribución interna se mantiene al comparar al país con los estándares OECD cuando los países miembros tenían PIB per cápita similares al de Chile. En la Figura 2 se observa que el gasto público en salud como porcentaje del PIB de Chile es de 4,6% (2018) se aleja del promedio y mediana OECD. Podemos ver que Chile mantiene una diferencia de -0,4 puntos con el promedio y de -0,6 puntos respecto a la mediana.

Chile se encuentra en la parte baja del gráfico evidenciando un gasto público menor en relación con países OECD, con economías normalizadas en el tiempo al mismo nivel.

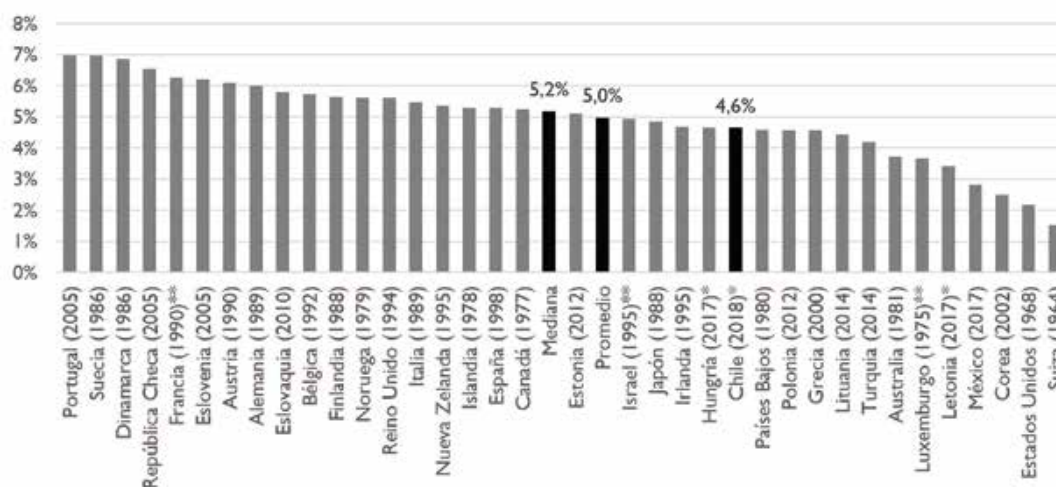
Cuadro 1: Gasto en salud y su distribución en Chile y países comparables.

País	PIB per cápita	Gasto (%PIB)		Distribución del tipo de gasto		
		Total Salud	Público Salud	Bolsillo	Público	S. Privados
Chile	23.663	9,1%	4,6%	33,2%	50,8%	15,9%
Uruguay	21.324	9,2%	6,7%	17,0%	73,0%	10,1%
Colombia	14.316	7,6%	5,5%	15,1%	71,6%	13,3%
Portugal	33.086	9,4%	5,8%	29,5%	61,5%	8,9%
Turquía	27.934	4,1%	3,2%	17,5%	77,4%	5,1%
OCDE	45.874	12,5%	7,7%	13,7%	61,5%	24,8%

Fuente: Banco Mundial (2020), datos del año 2018

⁷ Una buena forma de analizar el gasto en salud en el país es compararlo con el nivel gasto que tuvieron países desarrollados cuando tenían el mismo PIB per cápita que Chile.

Figura 2: Gasto público (%PIB) en salud para con países similar PIB per cápita de Chile hoy.



Fuente: Banco Mundial para datos de PIB per cápita, OWID (2021) para datos de gasto en salud. Nota: *Datos recientes que fueron complementados con bases del Banco Mundial. **Luxemburgo alcanza el PIB en el año 1974 pero el dato disponible es de 1975. Francia lo alcanza el 1988, pero el dato disponible es de 1990. Israel en 1992 pero dato disponible es de 1995.

Podemos sostener que la situación de gasto agregado en salud en Chile es buena, o al menos cercana a lo que se observa en economías similares. Sin embargo, la distribución interna se encuentra mal asignada dado los altos niveles que alcanza el gasto de bolsillo en desmedro del gasto público.

2.2 RESULTADOS SANITARIOS

La eficacia del sistema de salud chileno respecto de sus resultados sanitarios es reconocida internacionalmente. La esperanza de vida en Chile no difiere del promedio de los países OECD y es 4-5 años superior que el promedio de Latinoamérica. La tasa de mortalidad infantil⁸ también es semejante a la de los países OECD y bastante inferior a la del resto de la región latinoamericana. Este indicador es un reflejo del trabajo del sistema de salud y se tiende a incluir en él los cuidados previos y durante el parto, labor específica del sistema de salud.

Cuadro 2: Indicadores de salud de Chile, promedio OECD y promedio Latam en dos cortes temporales diferentes.

País	Chile		OCDE		América Latina	
	2011	2017	2011	2017	2011	2017
Expectativa de vida al nacer	79	80	79,4	80	74,3	75,3
Mortalidad Infantil	7,3	6,3	7,15	6,02	17,1	14,5
Mortalidad Materna	18	13	19	18	82	74
Mortalidad Neonatal	5,4	5	4,49	3,9	10,6	9,3

Fuente: banco mundial. Nota: Mortalidad infantil y neonatal son datos por cada 1.000 habitantes. Causas de muerte como porcentaje del total. Mortalidad materna estimados por cada 100.000 nacidos vivos.

Misma situación puede referirse desde la mortalidad materna, construida en base a número de muertes asociadas a parto por 100,000 partos realizados. Este es un indicador de eficacia del sistema de salud, pues refleja la atención profesional del parto. También apunta a la eficacia del sistema la mortalidad neonatal, que es la cifra de recién nacidos que fallecen antes de los 28 días de nacimiento. Los niveles de este indicador, que incorporan los cuidados de salud durante el embarazo, parto y post parto, son equiparables a los de países OECD y bastante inferiores que los del resto de la región americana.

⁸ Expresada como número de muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos

Cuadro 3: Comparación de indicadores entre Chile y países de similares ingresos.

País	Chile	Uruguay	Colombia	Portugal	Turquía
PIB per cápita	23.663	21.324	14.316	33.086	27.934
Expectativa de vida	80	77,6	76,9	81,4	77,2
Mortalidad infantil	6,3	6,8	12,6	3	9,8
Mortalidad materna	13	17	83	8	17
Mortalidad neonatal	5	4,6	8	2	17

Fuente: Banco Mundial (2020). Nota: Mortalidad infantil y neonatal por cada 1.000 nacidos vivos. Mortalidad materna estimada por cada 100.000 nacidos vivos.

El Cuadro 3 muestra los resultados de Chile y de otros países con similar PIB per cápita incluyendo a dos países de la región: Uruguay y Colombia. Como se observa en el cuadro, Chile muestra mejores indicadores de salud que Colombia y Turquía y similares indicadores que Uruguay, no así con Portugal que presenta mejores índices de salud, pero es bastante similar en cuanto a la expectativa de vida con Chile. Se puede elucubrar respecto a este último punto sobre el rol del bienestar material sobre la salud pública, pues estos resultados son buenos si tomamos en cuenta los casi \$10.000 dólares de PIB per cápita que nos separan de Portugal. Respecto al caso de Uruguay, Chile muestra mejor desempeño, pero con una diferencia muy acotada en expectativa de vida, mortalidad infantil y mortalidad materna, siendo la mortalidad neonatal el único indicador en que Uruguay supera a Chile, pero con diferencia bastante pequeña de 0,4 (probablemente debido a la ausencia de regulación del aborto en Chile hasta septiembre de 2017).

2.3 OFERTA EN SALUD

2.3.1 LA PRESTACIÓN A NIVEL CONSTITUCIONAL

La Constitución política de la República asegura el acceso a un servicio de salud, es decir, garantiza el acceso a la prestación de servicios médicos, ya sean de naturaleza estatal o privada. (Art. 19, N°9)

“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las

acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.”

2.3.2 CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA OFERTA

La condición de oferta en Chile es precaria en relación a países de la OECD. Contamos con cerca de la mitad de la dotación de factores respecto al grupo de economías desarrolladas, en el caso de médicos/as y camas de hospital por mil habitantes (4,85 contra 2,45 y 4,73 contra 2,04). Respecto a la dotación de enfermeras/os la situación es todavía más deficitaria (el promedio del país no alcanza a ser una cuarta parte del promedio de la OECD). Por otro lado, la situación de los escáneres de Tomografía, que puede entenderse como proxy de la disponibilidad de equipos de alta tecnología, dista de la realidad de los otros recursos. En este caso, la distancia con el grupo de comparación (OECD) es significativamente menor. En relación a Latinoamérica la condición de oferta en Chile es bastante similar al promedio.

Al comparar Chile con países de ingreso per cápita similar notamos que estamos en una posición intermedia. En número de médicos/as por cada

Cuadro 4: Comparación entre Chile, OECD y Latam en oferta de salud.

País	Chile		OCDE		América Latina	
	2011	2017	2011	2017	2010	2017
Médicos/as	1,58	2,45	4,38	4,85	1,91	2,28
Enfermeros/as	1,1	2,72	11,32	11,83	4,084	5,06
Camas de hospital	2,04	2,17	4,95	4,73	2,23	-
CT scanners	10,2	24,27	22,51	26,58	-	-

Fuente: Banco Mundial (2020). Nota: Mortalidad infantil y neonatal por cada 1.000 nacidos vivos. Mortalidad materna estimada por cada 100.000 nacidos vivos.

Cuadro 5: Comparación de oferta entre Chile y países de ingreso similar (2017 - 2018)

País	Chile	Uruguay	Colombia	Portugal	Turquía
Médicos/as	2,6	5,1*	2,2	5,1	1,9*
Enfermeros/as	2,72*	1,9*	1,3	6,9	2,3
Camas de Hospital	2,1	2,4*	1,7	3,5	2,9
CT scanners	24*	-	1	26	15

Fuente: OECD Data para CT Scanners y enfermería. Datos del Banco Mundial para medicina y camas. Notas: *Dato de 2017. Medicina, enfermería y camas cada 1.000 habitantes. Ct scanners cada 100.000 habitantes.

mil habitantes, el país cuenta con una dotación superior a la de Colombia y Turquía, pero todavía muy por debajo del nivel alcanzado por Uruguay y Portugal (5,1 médicos/as por cada mil habitantes). Algo similar ocurre con el número de camas donde somos superados, aunque en este caso por una distancia menor, por Uruguay, Portugal y Turquía. Finalmente, al igual que en los casos previos, la situación es alentadora respecto a la disponibilidad de CT scanners.

Podemos observar entonces que la disponibilidad de recursos críticos en salud en Chile es deficitaria comparándonos con países de ingresos similares y el estándar para países miembros de la OECD. Presentamos déficit en número de médicos/as, enfermeros/as y camas de hospital, con la excepción de equipos para exámenes imagenológicos de diagnóstico (CT scanners), indicador de acceso equivalente a la situación de Portugal.

2.3.3 INEQUIDAD TERRITORIAL DE LA OFERTA

La distribución de los indicadores revisados anteriormente no es homogénea dentro del país. Para analizar el caso de la dispersión por territorio a nivel regional, la Figura 3 muestra cuál es la distribución de médicos/as especialistas cada 10.000 habitantes.

La figura 3 muestra que mientras la región

Metropolitana cuenta con cerca de 15 médicos/as especialistas/10.000 habitantes, la región de Atacama tiene una dotación de 4,8 /10.000 habitantes. Se trata de una tendencia que muestra cómo, en promedio, las regiones al norte de la región Metropolitana tienen una dotación de médicos/as especialistas más precaria que el resto del país.

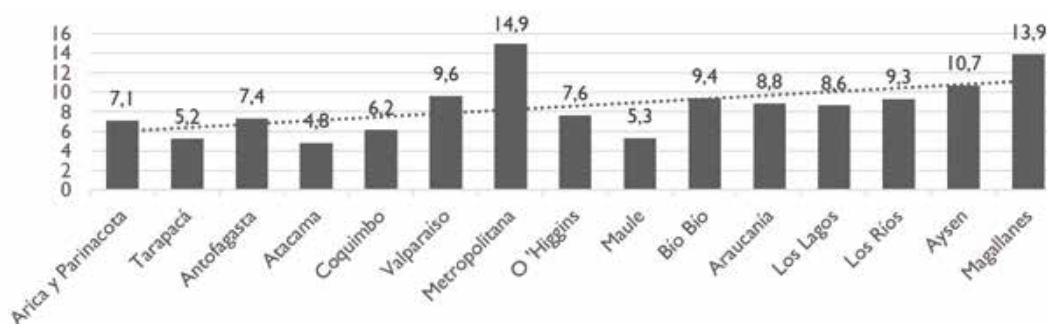
Existen diferencias pronunciadas entre regiones con una menor dotación en el norte del país respecto a la región Metropolitana y otras regiones del sur. Destacan situaciones puntuales como el caso de la región Metropolitana que tiene más de 90 camas disponibles por cada 100.000 habitantes que otras regiones al norte del país como Coquimbo (una dotación 1,8 veces mayor).

La distribución de camas es más homogénea que la distribución de médicos/as. De hecho, el coeficiente de Gini para la distribución de médicos/as especialistas en el país es de 0,26 y 0,06 para el caso de las camas de hospital, lo que refleja un escenario de alta equidad para el caso de las camas y mayor dispersión para el caso de médicos/as especialistas.

2.3.3.1 BRECHAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Se revisa el promedio de remuneración bruta del personal de planta en el área de medicina, enfermería y TENS, en relación con la calidad

Figura 3: Distribución de médicos/as especialistas por cada 10.000 Habitantes por región en el país (2018)



Fuente: Banco Mundial para datos de PIB per cápita, OWID (2021) para datos de gasto en salud. Nota: *Datos recientes que fueron complementados con bases del Banco Mundial. **Luxemburgo alcanza el PIB en el año 1974 pero el dato disponible es de 1975. Francia lo alcanza el 1988, pero el dato disponible es de 1990. Israel en 1992 pero dato disponible es de 1995.

Cuadro 6: Distribución salarial profesionales de la salud.

	Máximo	Mínimo	Promedio	Desv. Est.	Mediana
Medicina planta	\$5.416.804	\$2.251.737	\$3.846.879	\$704.911	\$148.767
Enfermería planta	\$4.784.851	\$1.621.970	\$2.442.434	\$693.632	\$2.262.880
Tens planta	\$1.629.918	\$169.913	\$1.088.566	\$308.864	\$1.077.759
Medicina honorario	\$61.388.842	\$1.029.373	\$7.690.013	\$14.790.747	\$2.753.487
Enfermería honorario	\$19.965.770	\$822.444	\$3.471.431	\$4.883.757	\$1.525.033
Tens honorario	\$8.050.782	\$241.230	\$1.233.971	\$1.900.072	\$633.841
Medicina contrata	\$4.369.203	\$1.838.832	\$3.037.223	\$604.954	\$3.024.798
Enfermería contrata	\$2.491.761	\$1.192.743	\$1.796.170	\$341.311	\$1.796.420
Tens contrata	\$971.046	\$400.118	\$699.448	\$148.767	\$703.051

Fuente: Elaboración propia en base a la ley de Transparencia activa, año 2020

contractual de cada trabajador en los principales hospitales regionales del país ligados al Sistema Nacional de Servicios de Salud, año 2020. El cuadro 6 entrega algunos estadísticos básicos que resumen la distribución completa de estas remuneraciones a nivel de hospitales regionales dentro del SNSS. Como se observa, existen diferencias significativas en remuneraciones de profesionales de la salud, tanto a nivel inter como intra-áreas. Las brechas entre las áreas alcanzan niveles significativos. Por ejemplo, la remuneración de profesionales de planta del área de la medicina es en promedio 3,5 veces la percibida por profesionales del área TENS y 1,6 veces la percibida por profesionales del área de enfermería. Esta brecha entre sueldos de profesionales, y profesionales y técnicos, es una característica distintiva del sistema de salud en Chile, que reproduce de manera innecesaria y evitable una brecha social en el salario de trabajadores de diferentes estamentos.

Esta brecha debe ser revisada, pues perfectamente podría revalorizarse el trabajo, por ejemplo, de profesionales del área TENS al interior del sector público.

En el sector público existe una lógica de acceso universal y de guías clínicas, pero en la práctica el acceso se ajusta en tiempos de espera que las personas deben aguardar para ingresar al sistema. Del mismo modo, cabe señalar que el pago de remuneraciones en el sector se traduce en compra de servicios por horas de profesional no asociadas a productividad.⁹ Hay contratos por ley médica a 11, 22, 33 y 44 horas semanales. El incentivo es la permanencia del profesional en el sector, con una estructura de incentivos que replica la idea de

estabilidad en el tiempo. Hay otra ley de contratos médicos, ley 15.076 que permite la contratación de profesionales médicos/as para la atención de urgencia. Todo esto ayuda a entender la dispersión por tipo de contrato dentro del sector.

2.3.3.2 BRECHAS SALARIALES APS MUNICIPAL

Los fondos del Estado destinados a APS municipal se distribuyen principalmente según pagos per capitados, ajustado por criterios de pobreza, ruralidad, desempeño, entre otros. Además de eso, la APS municipal se financia con recursos provenientes de las mismas municipalidades, por medio del Fondo Común Municipal. Al año 2021 el presupuesto del sector público, aproximadamente “asciende hasta la suma de \$1.460.982.752.976” pesos chilenos (MINSAL, 2021). El año 2018 el 71% de este presupuesto inicial corresponde al aporte estatal per cápita. El aporte per cápita basal para el 2021 se ha fijado en \$8.028 pesos chilenos.

Esta estructura de financiamiento, y el funcionamiento de la prestación en atención primaria, ha contribuido a la heterogeneidad en el país en términos de resultados sanitarios (discutidos previamente a nivel comunal y en materia de oferta de prestaciones) y estructura de remuneraciones. Nicolas Silva ha estudiado las diferencias salariales del personal médico en APS dentro de la región Metropolitana. De acuerdo con él, existen diferencias importantes por territorio dentro de la región. Concluye que existe una gran dispersión entre el número de pacientes a cargo y el salario mensual para médicos generales en las comunas de la Región Metropolitana. Esta diferencia sería

⁹ Aunque la compra que hace el FONASA tiene un componente asociado a resultados, variable. De acuerdo a la ley de presupuesto en salud 2021, un total de 65 hospitales públicos están recibiendo hasta un 59% de financiamiento vía GRD (PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTOS 2021 PARTIDA 16 MINISTERIO DE SALUD, Tercera Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos, 15 de Octubre 2020) equivalente a MM\$ 3.558.644, esto es, un 20% del total bruto del presupuesto. Respecto al presupuesto vinculado a GES MM\$ 224.516, equivalente al 11% aproximado del presupuesto bruto total.

Cuadro 7: Distribución salarial profesionales de la salud APS.

	Máximo	Mínimo	Promedio	Desv. Est.	Mediana
Medicina planta	\$4.744.497	\$2.774.285	\$3.872.242	\$1.164.028	\$4.279.488
Enfermería planta	\$3.740.272	\$2.271.961	\$2.657.169	\$820.432	\$2.812.006
Tens planta	\$1.988.220	\$1.001.119	\$1.355.090	\$481.227	\$1.530.480
Medicina honorario	\$1.540.395	\$35.192	\$825.636	\$463.200	\$662.454
Enfermería honorario	\$1.540.395	\$260.030	\$383.668	\$269.336	\$422.910
Tens honorario	\$484.161	\$90.050	\$209.158	\$153.479	\$247.872
Medicina contrata	\$3.709.483	\$1.707.725	\$2.261.025	\$879.563	\$2.475.360
Enfermería contrata	\$2.362.047	\$1.113.132	\$1.490.526	\$559.063	\$1.775.873
Tens contrata	\$1.473.670	\$133.855	\$1.775.873	\$471.544	\$980.542

Elaboración propia en base a la ley de Transparencia activa, año 2019

de 3,8 veces entre la comuna con mayor y menor salario por paciente (Silva Llanes, 2013).

Del mismo modo, analizamos la dispersión salarial a lo largo del territorio nacional en atención primaria dentro de las capitales regionales del país. Esta información salarial del personal de medicina, enfermería y técnicos/as de nivel superior (TENS) es obtenida en base a la Ley de transparencia activa del mes de diciembre del año 2019. Los montos se analizan según la calidad contractual que posee cada trabajador, ya sea de planta, a honorarios o a contrata.

A pesar de que la diferencia promedio entre profesionales TENS y médicos/as es menor que para el caso del SNSS (3,5 veces mayor el salario de médicos/as respecto a profesionales del área TENS en SNSS contra 2,9 en APS), existe una mayor dispersión en remuneraciones de profesionales planta y contrata de las tres áreas en APS respecto a lo presentado en el Cuadro 6. Las diferencias pueden deberse a la escala de remuneraciones y sus incentivos a la permanencia en el tiempo (planta) por sobre los del estatuto de APS que son eminentemente de acuerdo a metas anuales y de carácter trimestral. Además, la ley médica 19664 tiene su propia escala de beneficios, así como la ley de urgencias 15.076, que beneficia la permanencia de los profesionales médicos en turnos de atención de urgencias con sus artículos 44, que implica la mantención del régimen de remuneraciones sin cambiar con evolución del

régimen laboral desde el turno de urgencia hacia la modalidad de asistencia diaria y matinal.

2.3.3.3 BRECHA ENTRE SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO

Como último punto de este análisis de Brechas Salariales, presentamos una comparación entre las remuneraciones del sector público y privado. Debido a que la información de este último sector no es pública, utilizamos información de un único prestador del sector privado. En la Figura 4 se contrastan las remuneraciones anuales del personal médico de planta del Servicio Nacional de Sistemas de Salud (SNSS) y APS¹⁰ con las remuneraciones anuales de médicos de clínica Las Condes (CLC).¹¹

Se observa una notable diferencia de ingresos entre médicos la cual genera una brecha de aproximadamente 69 millones anuales a favor de la CLC respecto a APS y 77 millones respecto a SNSS. Es de esperar que esta diferencia impacte negativamente en la dotación de profesionales de la salud en el sector público respecto al privado. Sin embargo, no contamos con los datos como para estudiar este fenómeno en detalle.

2.4 FINANCIAMIENTO Y SEGUROS DE SALUD

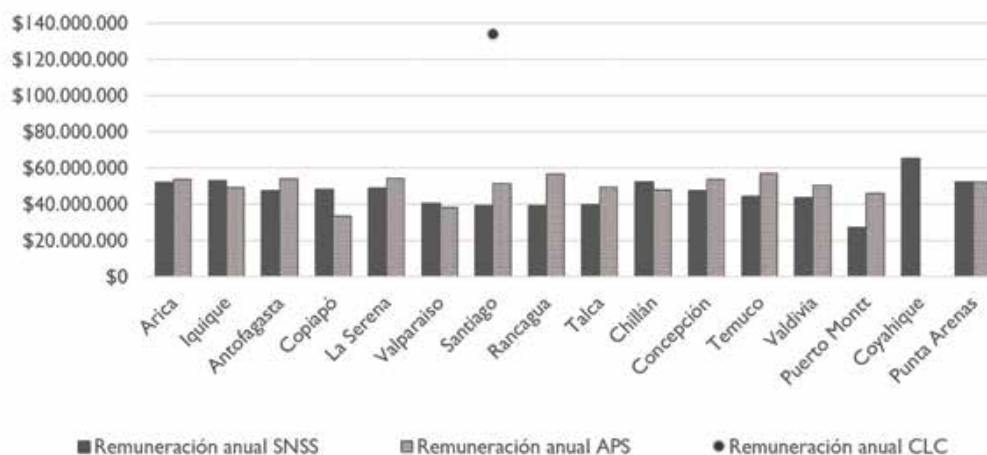
A pesar de que el financiamiento público de la salud provenga principalmente del fisco y no de cotizaciones individuales (66% del de los ingresos de FONASA proviene de Aportes Fiscales¹²) el

10 Para el caso de SNSS y APS, se consideraron las remuneraciones de médicos/as del sector planta del servicio público debido a que el sector de trabajadores/as por honorarios generaba una gran dispersión con la que no se lograba una comparación razonable. Además, los datos de APS y SNSS no son representativos en su totalidad al solo considerar las capitales regionales del país.

11 El promedio de remuneraciones de CLC fue calculado con la información expuesta en el informe presentado por la Corte de Apelaciones de Santiago acerca de la controversia ocurrida entre CLC y sus médicos/as. En dicho informe se establece que 559 médicos/as recurrentes en conflictos generaban \$80.000 millones de los cuales solo \$4.879 millones iban como ingresos directos a la clínica; este cálculo nos da aproximadamente \$134.384.615 como ingresos anuales para cada uno de los 559 médicos/as. Cabe destacar que la comparación con la Clínica Las Condes no es representativa, pero podría dar una idea de la dispersión de salarios que existe entre el sector público y privado.

12 Información obtenida del Balance de Gestión Integral de Fonasa año 2018.

Figura 4: Remuneración promedio anual en médicos según sistema de salud y región.



Fuente: Realización propia en base a datos de Informe judicial 2020 y nota de prensa de radio Bío-Bío 2020 y datos SNSS.

sistema de financiamiento se organiza de acuerdo a seguros en salud donde FONASA e ISAPRES reciben y administran el 7% de la cotización obligatoria de los trabajadores.

2.4.1 SEGUROS DE SALUD

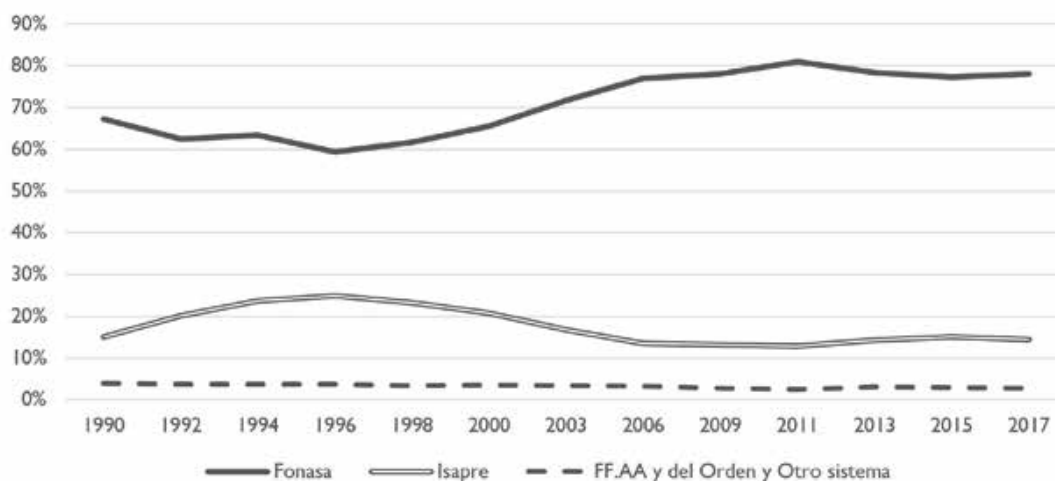
Los contratos individuales de ISAPRE varían en función de cada individuo, mientras que el seguro público se encarga de fijar cobertura progresiva de acuerdo al nivel de ingresos y las cargas familiares. Así mismo, el paquete de beneficios varía en función del tipo de seguro.

Como se observa en la Figura 5, la población adscrita a ISAPRE oscila en torno a un 14% de la población a nivel nacional, mientras que el 78% se

atiende en FONASA. Hay un 2,8% perteneciente a las cajas de las FF.AA.

Las mujeres se concentran en FONASA, con un 80% de participación, mientras que los hombres están en un 15,7% más adscritos a ISAPRE. Es un efecto de la aversión al riesgo de las ISAPRE: la etapa fértil de la mujer genera más gasto. También mide la desprotección financiera, de predominancia femenina, otra faceta de la inequidad de género. Además de la segmentación por sexo, debido a la aversión al riesgo del seguro privado, las ISAPRE segmentan por rango etario y por ingresos. Actualizando con datos del año 2018 el estudio realizado por Castillo-Laborde, et al. (2017), realizado con datos para el año 2013,

Figura 5: Distribución de la población según situación de afiliación a sistema previsional de salud (1990-2017).



Fuente: Síntesis de Resultados, Casen 2017. Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile.

Cuadro 8: Beneficiarios, financiamiento y gasto para Fonasa e Isapre, 2013 - 2018.

Indicador	2013		2018		Variación	
	Fonasa	Isapre	Fonasa	Isapre	Fonasa	Isapre
Total beneficiarios	13.451.188	3.206.312	14.242.655	3.404.896	5,56%	5,83%
No contribuyentes	3.195.978	-	3.398.467	-	5,96%	-
Contribuyentes	5.718.110	1.732.754	7.592.212	1.971.099	24,68%	12,09%
Dependientes	4.537.100	1.473.558	2.743.463	1.433.797	-65,38%	-2,77%
Pensionados contribuyentes	585.045	156.398	1.492.512	127.622	60,80%	60,80%
Cotizaciones mensuales per cápita	\$14.94	\$40.93	\$13.53	\$48.20	-10,44%	15,08%
Cotizaciones y aportes adicionales mensuales per cápita	-	\$14.28	-	\$19.64	-	27,29%
Aportes fiscales mensuales per cápita	\$18.28	-	\$30.71	-	40,47%	-
Fondos totales mensuales per cápita	\$33.22	\$55.22	\$44.24	\$67.85	24,90%	18,61%
Gasto de prestaciones mensuales per cápita	\$29.96	\$40.56	\$37.83	\$45.54	20,81%	10,94%
Gasto en SIL por contribuyentes (excluyendo pensionados)	\$7.63	\$18.93	\$11.03	\$24.05	30,82%	21,27%

Fuente: Tabla extraída de Castillo-Laborde et al. (2017), actualizada para el año 2018 con datos de FONASA (Boletín estadístico 2017-2018), DIPRES (Ejecución presupuestaria FONASA, cuarto trimestre 2018) y Superintendencia de salud (Cartera ISAPRE 2018, Estadísticas Financieras ISAPRE a diciembre 2018).

la tabla contiene información muy relevante para la caracterización de los seguros de salud; el tipo de personas afiliada a cada uno y los recursos que movilizan.

En el Cuadro 8 se observa que, entre los años (2013-2018), el grupo de pensionados contribuyentes en FONASA ha aumentado en un 60,8%, mientras que en ISAPRE esta variación ha sido de -22,55%. Por otra parte, de la fila número 6 se desprende que existe una amplia diferencia, que se ha agravado en el tiempo, en el monto individual que las personas afiliadas contribuyen mensualmente a los seguros FONASA e ISAPRE; \$13.529 y \$48.201 respectivamente. Esta diferencia, algo contenida luego del aporte fiscal para el financiamiento de FONASA (fila 8), se traduce en una diferencia importante en términos de gasto. En suma, tenemos una brecha en gasto promedio per cápita en prestaciones entre ISAPRE y FONASA igual a \$7.713 (fila 10) y una brecha en términos de disponibilidad de fondos per cápita de \$23.609 (fila 9) al 2018.

2.4.2 LICENCIAS MÉDICAS Y SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL

El Subsidio por incapacidad laboral (SIL) permite a todos los trabajadores afiliados a un seguro obligatorio sustituir remuneraciones, manteniendo la cotización en salud y en pensiones, en caso

de incapacidad laboral (medicina preventiva, enfermedad común, etc.) A diferencia de los seguros por accidentes del trabajo, o enfermedades profesionales, que son financiados por el empleador, el SIL es financiado con recursos provenientes de las cotizaciones obligatorias en salud. De acuerdo a información proporcionada por la Superintendencia de Salud en su informe sobre Estadísticas de Licencias Médicas y Subsidio por Incapacidad Laboral (2018), el gasto en SIL ha crecido de forma importante en los últimos años; el aumento entre los años 2017 y 2018 fue de un 8,4%, alcanzando un gasto total de \$1.387.362.884 (miles de pesos chilenos a diciembre de 2018). De ese total, un 42% corresponde a ISAPRE y un 58% a Fonasa.

El aumento en este gasto es un reflejo de que en Chile el SIL funciona como un seguro de último recurso frente a carencias globales en materia de protección social. Permite compensar tiempos de espera por pensiones de invalidez, enfrentar limitantes del seguro de cesantía, entre otros, algo que se aleja de la función social para la cual había sido inicialmente diseñado el instrumento. Esto abre una discusión en torno a cómo financiar la incapacidad laboral dado que en el año 2016, el 23,9% de las cotizaciones legales recaudadas fueron gastadas en SIL. Dicho de otra forma: la cotización efectiva en salud fue en realidad de un 5,3% para

ese año (restándole al 7% el 1,7% que es lo que se va a licencias médicas) (Villalobos Dintrans, 2017).

3 PROPUESTAS Y DESAFÍOS POLÍTICOS

3.1 PRESTACIÓN

En el Reino Unido, el NHS realiza pagos a través del sistema de pagos por resultados (Payment by Results - (PbR) desde 2012 para, entre otros objetivos: *“reduce waiting times by paying providers for the volume of work done”*¹³ con lo que introduce eficiencia y pone el foco en la calidad al tener un precio fijado previamente en sus HRG (Healthcare Resource Groups)(NHS, 2012). En este sistema, se paga al prestador por cada paciente atendido de acuerdo a guías clínicas y a precios fijos. El sistema cuenta con una contabilidad de resultados independiente del prestador.

Sin embargo, el solo pago asociado a resultados no es recomendable sin un componente fijo, que estimule la permanencia de los profesionales y la identificación con la institución, también como responsabilidad política del gobierno, que de otra manera transferirá la totalidad del riesgo al prestador.

En Chile, se podría mejorar el desempeño del sistema si se asocian los pagos a resultados de los equipos de salud y no solamente con un pago fijo que solo señala cumplimiento horario. Esto significa asociar un pago variable a todos los integrantes del equipo de salud de acuerdo con la productividad de los mismos, es decir, en relación a pacientes recuperados en el hospital (altas médicas y quirúrgicas) y controlados en la APS.

Segundo, se debe facilitar la compra de servicios médicos por sistemas como el GRD o el GES, es decir servicios ajustados a resultados ajustados a normas técnicas de calidad, a precios conocidos y transparentes y en plazos regulados por la autoridad sanitaria. Este mecanismo de compra se puede aplicar tanto en el sistema estatal como en el privado. Un sistema de pago así diseñado debería contar con una contabilidad asociada a un diagnóstico, ya sea por la vía del GES, ya sea por la vía del GRD, es decir, pagos asociados a resultados, que permite introducir eficiencia al sistema, ya que se asegura un resultado determinado. También facilita introducir calidad, siguiendo protocolos clínicos que aseguren un cierto tipo de prestaciones asociadas a un cada resultado sanitario esperado

La experiencia indica que esta forma de comprar servicios debe ir asociada a estándares de calidad asociado a guías clínicas actualizadas para evitar incentivos que vayan en detrimento de la calidad de servicios ofrecidos.

Tercero: la unificación de los contratos de los médicos en una única ley, para los médicos diurnos, idea apoyada por el Colegio Médico de Chile A.G. Contempla la movilidad de los funcionarios e un servicio a otro, sin perder los beneficios acumulados de la “carrera funcionaria” La condición solicitada por la agrupación de médicos parece apuntar en una dirección favorable a la optimización del sistema, pues se favorecería la movilidad de los profesionales entre dependencias del sistema de salud, así como la permanencia del profesional en el SNSS.

Para obtener mejores resultados con la oferta estatal se debe establecer una jornada laboral ampliada de médicos que trabajen en el sector público con proporciones crecientes de contratos por 44 horas semanales y reducción gradual y eliminación de los contratos por 11 y 22 horas.

Finalmente, en ambos tipos de prestadores se debe establecer un sistema de control de gestión real en el público, y basado en resultados sanitarios y no solo comerciales en el privado. Esto lo podría realizar la superintendencia de salud a través de la intendencia de prestadores.

3.2 FINANCIAMIENTO

La propuesta que presentamos en materia de financiamiento busca cumplir con los siguientes objetivos: 1. Mejorar la mancomunación (distribuir mejor el pool de riesgos) 2. Hacer más progresivo el sistema de recaudación de fondos 3. Reducir el gasto de bolsillo en salud y 4. Fortalecer el sistema público de salud terminando con la segmentación en el mercado de seguros.

La combinación de estas cuatro reformas significa un avance relevante en materia del sistema de financiamiento de la salud en el país. Permitiría hacer más progresivo el sistema de financiamiento al reducir el GBS en un 22%, y logrando que el pago de licencias médicas corra, al menos en parte, por cuenta del empleador. Del mismo modo, nos permitirá mejorar la distribución de riesgos en la mancomunación del sistema, aumentando los montos per cápita disponibles para prestaciones en salud en el país. En materia de finanzas públicas, la implementación conjunta de estas reformas requerirá de un aumento de 0,7 puntos del

13 “Reducir los tiempos de espera pagando a los proveedores por el volumen de trabajo realizado” Traducido por autor.

PIB en el corto plazo y 3,1 puntos del PIB en el mediano plazo.

3.2.1 FONDO ÚNICO DE SALUD (FUS)

En economías desarrolladas, a diferencia de Chile, se ha avanzado significativamente en materia de mancomunación. En general, estos países cuentan con un fondo único que reúne los recursos provenientes de las diferentes fuentes de recaudación y cubre a toda la población en materia de salud. Alemania, por ejemplo, icónico país bismarckiano sin un seguro único universal, cuenta con múltiples aseguradoras que recaudan de forma independiente, sin embargo, luego los recursos se juntan en un único fondo de salud central (Villalobos Dintrans, 2017).

La mancomunación en fondo único de salud trae múltiples beneficios. En primer lugar, cumple un importante rol en términos de solidaridad; hay entrega cruzada de recursos entre personas con mayores niveles de ingresos y menor riesgo hacia personas con problemas de salud que requieren más atención y personas con menores ingresos. En segundo lugar, fortalece el poder de mercado del sector público, permitiéndole a éste alcanzar mejores contratos con prestadores privados y proveedores de insumos y, por consiguiente, usar los recursos públicos de forma más eficiente. En tercer lugar, reduce los costos de administración al concentrar el trabajo en una única aseguradora pública y traspasa los recursos que hoy se van en rentas económicas de ISAPRES al Fondo. En relación a este último punto, de acuerdo al trabajo de Accorsi & Sturla (2019), este monto rondaría los \$50.000.000 miles de pesos chilenos anuales.¹⁴

3.2.2 PLAN ÚNICO DE SALUD

Se debe crear un Plan Único de Salud que permita alcanzar una mayor y mejor cobertura de salud determinando un paquete de prestaciones garantizadas para la población del país.

Evidentemente, la definición del paquete de beneficios y prestaciones cubiertas por este plan escapa del alcance del presente documento. En su determinación, como discutiremos más adelante, será relevante el Gobierno Corporativo del FUS a cargo de la administración de recursos públicos en salud. No obstante, sí consideramos relevante indicar, tal como se hace en la propuesta

de Financiamiento en Salud del Colegio Médico de Chile y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, 2017, que la cobertura de este plan debe estar, al menos de forma inicial, guiada por un objetivo de gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) presentado al comienzo de este documento.

Consideramos que como primera medida este plan puede reducir en un 60% el copago en prestaciones de salud que son directamente financiadas desde los bolsillos de las personas. En lo inmediato, esto significa un aumento de 0,7 puntos del PIB (2018) en el aporte fiscal al financiamiento de la salud.¹⁵

3.2.3 LICENCIAS MÉDICAS (SIL)

Que los trabajadores carguen con todo el peso de este subsidio es problemático, así como también lo es el hecho de que los fondos para este subsidio sean los mismos fondos que se utilizan para cubrir prestaciones.

En los países miembros de la OECD, se han implementado reformas que traspasan la responsabilidad de pago del subsidio por incapacidad laboral a los empleadores durante los primeros días de la licencia médica con el fin de incentivar al empleador a mantener un ambiente laboral saludable. Entre los países que operan con este sistema podemos encontrar a Alemania, Noruega, Suecia, España, Bélgica, Finlandia, Italia, Suiza, Irlanda, entre otros (Poblete, 2017).

Existen en el mundo diferencias importantes en términos de la duración del subsidio y la responsabilidad en el pago por parte de los empleadores. En Inglaterra, por ejemplo, el empleador paga por hasta 28 semanas un pago definido que puede variar según contrato, siendo los primeros 3 días de ausencia exentos de pago. Si la enfermedad se extiende más allá de las 28 semanas, se postula a un subsidio de empleo y apoyo por parte del Estado. En otros países, como en el caso de Alemania, el empleador paga el 100% del salario en caso de ausencia por enfermedad o cuidados por enfermedad del hijo/a, por un periodo de hasta 6 semanas. Tras 6 semanas, es el seguro de salud el responsable de cubrir al menos un porcentaje del salario (Poblete & Rivera, 2017).

Es a partir de esta tendencia en materia de financiamiento del subsidio de incapacidad laboral

¹⁴ Tomando las rentas económicas promedio entre los años 2007 y 2017 para el caso de ISAPRES abiertas.

¹⁵ Monto estimado a partir de los resultados de Benítez, et al. (2019) y considerando, de acuerdo a las categorías establecidas en la Encuesta de Presupuestos Familiares 2016, como copago en prestaciones los desembolsos en los siguientes ítems: Consultas médicas, Laboratorios y rayos, Servicios quirúrgicos y procedimientos ambulatorios, Servicios de emergencia móvil. El detalle de este procedimiento es presentado en el Anexo F.

dentro de la OCDE, junto con la ya discutida falta de progresividad en materia de recaudación del sistema de salud, que proponemos, como primer punto, separar la administración del subsidio de la administración de fondos de salud por parte del FUS.

Segundo, es necesario avanzar en que una mayor proporción del financiamiento de este subsidio corra por cuenta de los empleadores. Todo esto permitiría hacer más progresivo el sistema de financiamiento de este subsidio, y de las prestaciones en materia de seguridad social en el país, a la vez que se mejoran los niveles de transparencia en el uso directo de los recursos.

3.2.4 REDUCCIÓN GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS

En promedio los medicamentos representan más del 35% del gasto de bolsillo en salud. Considerando solamente los hogares que consumen fármacos, este porcentaje supera el 50%. En el mismo sentido, los hogares de menores ingresos destinan un mayor porcentaje de su gasto a medicamentos (Benítez, Hernando, & Velasco, Gasto de bolsillo en salud: una mirada al gasto en medicamentos, 2019).

Esto se debe, entre otras cosas, a que existen fallas en el mercado de medicamentos que derivan en altos precios. Si bien distintas iniciativas se han implementado para solucionar estas fallencias, como la ley de fármacos o las farmacias populares, el alto costo de estos bienes persiste. Es necesario continuar con las propuestas y discusiones de política pública para aliviar el GBS de los ciudadanos.

Las dos iniciativas más importantes de la última década fueron las políticas de Bioequivalencia y las Farmacias Populares (o Comunitarias). La primera estaba orientada a dinamizar el mercado con un sello que aseguraba la similitud de distintos parámetros del producto original, dejando claro que la única diferencia es el precio. La segunda, por otro lado, tenía como objetivo la distribución de medicamentos a precio de costo por parte de los municipios para los residentes de sus comunas.

La Fiscalía Nacional Económica llevó a cabo un estudio de mercado sobre los medicamentos (FNE, 2020) para esclarecer las razones de por qué la competencia no está funcionando en el mercado de medicamentos. Uno de los principales hallazgos es que la industria no compite por precios, sino que por Marketing. Esto significa que el interés de los laboratorios es la mera venta de productos, utilizando como vendedores a médicos/as

para que receten sus productos, mientras que las farmacias intentan dispensar la mayor variedad de fármacos. En otras palabras, los pacientes siguen buscando el medicamento por la marca que les recetó su tratante, que a su vez está influenciado por las visitas médicas. La droguería, al tener que comprar de varios laboratorios distintos, pierde capacidad de negociación y termina adquiriendo medicamentos con sobreprecio del 80% en comparación a CENABAST. Finalmente, con la poca competencia que existe en la distribución minorista, los márgenes en esta industria son mayores que en otros bienes. De esta manera, a pesar de que existan Bioequivalentes más baratos, los usuarios siguen demandando la alternativa más costosa.

La canasta de medicamentos que ofrecen las farmacias populares es un 66% más barata que las grandes farmacias (Atal, Cuesta, González, & Otero, 2021). Sin embargo, este beneficio no se puede materializar para todos los consumidores. De partida, gran parte de la reducción de precios se debe al acceso al arsenal de CENABAST, pero esta entidad no posee todas las variedades de medicamentos demandados ni el formato para la comercialización minorista. Esto obliga a las Farmacias Populares a negociar por separado con los laboratorios para abastecerse, perdiendo poder de mercado. Además, debido a la naturaleza de su funcionamiento, no todos los fármacos se pueden conseguir inmediatamente, por lo que el paciente debe esperar algunos meses para conseguir su tratamiento. Finalmente, solo pueden acceder aquellos ciudadanos que residan en la misma comuna de la farmacia y aún existen decenas de municipios que no cuentan con este servicio. Todas estas razones derivan en que, a pesar de contar con esta política pública, los usuarios se vean obligados a seguir pagando los altos precios de las farmacias comerciales.

Para solucionar ambos problemas, es necesario forjar un cambio estructural en el mercado de medicamentos, como lo postula la misma Fiscalía Nacional Económica. Con el fin de eliminar el incentivo que tienen los laboratorios en influenciar a médicos, se propone la creación de un sistema de recetas electrónicas que deje en claro el Principio Activo de los fármacos. Luego, la farmacia tendría la obligación dispensar en primer lugar la alternativa más económica para el paciente, cambiándola solo si este explícitamente lo desea. Así la demanda por los productos más caros disminuiría, permitiéndole a las mismas farmacias buscar mejores ofertas por menos productos que antes, impactando también en una reducción de costos.

Luego, en el mercado minorista, es necesario crear una institución encargada de coordinar y abastecer de medicamentos a las farmacias públicas. De esta manera se puede contar con un ente que concentre el poder de negociación y obtenga menores costos por fármaco. Este organismo se encargaría de estimar la demanda de medicamentos en cada comuna para no perder eficiencia en las cantidades compradas. Por último, es esencial que se pueda mantener una asistencia organizacional a los municipios para que puedan implementar farmacias públicas y así extender esta política a todo el país. Las municipalidades, por su parte, se enfocarían solamente en la dispensación de los productos, reportar datos sobre el consumo de medicamentos y de mantener a la población informada de la disponibilidad de los fármacos.

3.3 RECTORÍA

Se ha reconocido la debilidad del Ministerio de Salud como ente rector de políticas sanitarias. Con el objetivo de restarle importancia a la coyuntura asistencial dentro de las funciones ministeriales y privilegiar la formulación de políticas públicas preventivas con impacto poblacional, se promulgó la Ley 19.937 de Autoridad sanitaria que establece la separación de las diferentes funciones asignadas en gestor de redes y autoridad sanitaria.

Esta nueva Ley, es decir, la separación de la prestación de servicios y rectoría tenía como objetivo terminar con los problemas al interior del Ministerio de Salud. En un estudio realizado por Jaime Burrows se evidenciaron errores en: *“Dispersión, burocracia e ineficiencia; Capacidad normativa desigual; Insuficiente fiscalización de calidad de las prestaciones; Insuficiente regulación de los administradores privados...; Insuficiente comprensión del rol de la autoridad sanitaria por parte de la ciudadanía; Debilitamiento de las capacidades normativas y fiscalizadoras sobre el sector privado de prestadores; Énfasis en las acciones sanitarias de tipo curativo-asistencial; ...”* (Burows, 2014).

La separación de funciones en la Subsecretaría de Redes y la Subsecretaría de Salud Pública pretendía acabar con problemas mencionados anteriormente, pero persisten dificultades. La gestión de la autoridad sanitaria presenta un problema de multiplicidad de agentes, puesto que el sistema ha sido diseñado para que tres autoridades políticas compartan el poder al interior del ministerio, actuando como autoridad política, gestor de redes y autoridad sanitaria.

Esto viene de la mano de una gran complejidad para evitar los conflictos de intereses, promover códigos de conducta para una buena gestión y

generar una estrategia de gestión y administración que permita generar eficiencias, calidad y equidad en el sistema de salud tanto a nivel ministerial como en la cadena asistencial, incluyendo a la APS y los servicios básicos asistenciales. Esta propuesta va directamente relacionada con la creación de un organismo colegiado del tipo corporativo.

3.3.1 GOBIERNO CORPORATIVO

En un gobierno corporativo se interrelacionan todos los elementos de una gobernanza integrándose de forma eficaz para lograr un resultado positivo en la administración del sistema de salud y así terminar con los problemas de agencia al interior de las instituciones. Esto requiere una clara identificación y articulación de responsabilidades, una comprensión real de las partes interesadas de la organización y los encargados de gestionar sus recursos, además del uso eficiente de los recursos, acotándose a los principios de transparencia, liderazgo, integración, compromiso, responsabilidad e integridad.

Los gobiernos corporativos en salud deben presentar ciertas características que permitan controlar y dirigir de manera eficiente el sistema. Algunos de estas características deben ser (Freire & Repullo, 2011):

1. Los servicios de salud con personalidad jurídica propia diferenciada de la administración pública que permita desarrollar autonomía.
2. Organización territorial descentralizada.
3. Gobierno de Áreas/Distritos/hospitales en base a órganos colegiados de gobierno.
4. Los gestores tienen carácter profesional, no son nombramientos discrecionales.
5. Alto nivel de autonomía, con la capacidad de contratar al personal propio.
6. Regulación y organización de la profesión médica (y otras profesiones de la salud) favorable a los valores de la profesionalidad al diferenciar regulación, aspectos sindicales y temas profesionales.
7. Establecer una atención primaria fuerte, es decir, se debería ampliar la integración subsectorial con el objetivo de que la APS sea más coordinada en todo el territorio nacional. Esto a través de una red integrada de representantes de la APS que tenga poder en la toma de decisiones dentro del gobierno corporativo para trasladar una coordinación transparente a los establecimientos de atención primaria en salud.

Chile debería propender hacia gobiernos corporativos; a nivel de Ministerio, que debería absorber a la Subsecretaría de Salud Pública, bajo un solo gobierno.

La Subsecretaría de Redes, debería estar dotada por su propio directorio con la única función de gerenciar la red de salud estatal, sus inversiones, personas que trabajan ahí y especialmente los resultados sanitarios del sistema. Estos directorios deberían ser nombrados como se nombran otros directorios de empresas públicas, con consulta al poder legislativo y se deberían des-indexar sus cargos a los gobiernos nacionales de turno, para dar continuidad al trabajo. Deberían ser de dedicación exclusiva o cuasi exclusiva.

Esta idea implica distinguir la autoridad política del Ministro de la gestión de la red asistencial, a cargo de gobiernos corporativos, de manera de dotar a la gestión de la red de un equipo de funcionarios públicos responsables, removibles y representativos del equilibrio político del momento. Esta medida es el principal foco de éxito de países con gobiernos corporativos a cargo del sistema de salud, los servicios médicos de salud deben tener personalidad jurídica propia diferenciada de la administración a cargo de la fiscalización y que no se produzcan inconsistencias que traigan consigo errores e ineficiencia.

La descentralización de las funciones de gestión resulta ser un pilar clave para disminuir los conflictos de intereses de y entre los agentes en las decisiones administrativas, de gestión y rectoría. Para poder lograr esto debemos tener una tendencia a gobiernos corporativos que cumplan con tres pilares fundamentales: un equilibrio entre gestión, administración y propiedad, un ambiente de control tanto interno como externo que regule las decisiones y acciones y una correcta rendición de cuentas (*accountability*) que maneje correctamente el panorama financiero y productivo de la red asistencial.

Algunos países que tienen una estructura organizacional similar a la que proponemos son Nueva Zelanda que ejerce el control y regulación a través de los 21 distritos de la junta de salud (DHB) y Reino Unido a través del *National Health Service*.

3.4 REGULACIÓN

En el diagnóstico se presentan cuatro problemas principales en la función reguladora del Sistema de Salud chileno: centralismo en

entidades fiscalizadoras, discrecionalidad en elección de cargos de las Superintendencias, la duplicación de funciones y la falta de presupuesto de dichas instituciones.

Se ha pretendido combatir el centralismo al incluir la SEREMI de Salud, pero esta sigue siendo dependiente del gobierno central aun siendo organismos desconcentrados. Con el nuevo cargo de Gobernador Regional, se abre la posibilidad para que la fiscalización sanitaria radicada en la SEREMI esté a cargo de una nueva institucionalidad que dependa del Gobernador. De esta forma la fiscalización quedaría vinculada a las necesidades de las particularidades territoriales y la SEREMI de Salud se concentraría en su función política y de aplicación de políticas públicas del gobierno central.

Es de suma importancia que la Superintendencia de Salud lleve a la práctica su descentralización política debido a los conflictos de intereses que se generan en la fiscalización de instituciones públicas como FONASA. Estudios muestran la necesidad de avanzar hacia autoridades reguladoras elegidas por el Senado, ya que, aunque la Alta Dirección Pública mejora las capacidades de las personas a cargo, los ciclos políticos permean estas instituciones y genera mayor rotación de directivos (Pardow & Verdugo, 2020). Se propone que la dirección de la Superintendencia se componga de tres personas con elección alternada, evitando discrecionalidad en la gestión, captura e inestabilidad en la institución. En cuanto a la forma de elección de estos, se propone que la ADP siga acreditando una terna idónea para el cargo, pero que luego se elijan por diferentes vías. El tipo de elección debe responder a la distribución del poder que se acuerde en la Convención Constituyente estableciendo coherencia con el eje presidencialismo-parlamentarismo definido u otro.

La duplicación de funciones nace de que a la Superintendencia de Medio Ambiente (SMA) se le encargaron oficios de varias instituciones (SEREMI Salud, SISS,¹⁶ entre otras), sin embargo, sus funciones no se condicen con el presupuesto que tiene para llevarlas a cabo (Bergamini, Irarrázabal, Monckeberg, & Pérez, 2018). Se propone que se evalúe su presupuesto en vinculación directa con sus funciones. Por otro lado, la medida propuesta toma tiempo, y además del presupuesto, la SMA carece de experiencia para la realización de las operaciones. Se sugiere que en la espera de que se lleve a cabo la medida, se

¹⁶ Superintendencia de Servicios Sanitarios.

potencie a la SMA como coordinadora de la Red Nacional de Fiscalización Ambiental (RENFA) en pos de un trabajo de colaboración mutua y aprendizaje intersectorial que la fiscalización en estas materias requiere.

Se propuso que el presupuesto de la SMA sea repensado conforme a sus funciones, esto se debe extender a todas las fiscalizadoras en materias sanitarias ya que constantemente se suman necesidades de fiscalización, pero no así dinero al presupuesto. Conforme a la vinculación de presupuesto, se deben generar estándares mínimos e indicadores de gestión de fondos para impedir el mal uso de estos y una pertinente evaluación de dichas instituciones.

4 COMENTARIO FINAL

En el documento se ha buscado presentar un conjunto de reformas estructurales al sistema de salud en Chile a partir de un diagnóstico crítico. Consideramos que la segmentación en la adquisición de seguros, las desigualdades territoriales en materia de oferta y resultados sanitarios, el regresivo sistema de financiamiento de la salud por los altos niveles de gasto de bolsillo, la duplicidad de funciones a nivel administrativo y las deficiencias regulatorias, por nombrar algunos problemas, justifican reformas estructurales en el área.

Es fundamental transparentar que este trabajo es solo una primera aproximación a los complejos desafíos que enfrenta el país en materia de salud. El trabajo no profundiza en un importante número de temas relevantes, y es que el carácter multidimensional del área hace que abarcar todos los puntos sea sumamente difícil. Reconocemos, por ejemplo, la imperiosa necesidad de abordar y debatir políticas públicas que se hagan cargo tanto de la transición demográfica por la que comienza a transitar el país, como del preocupante aumento de enfermedades de salud mental en la población. Del mismo modo, la importancia de abordar el tema de la oferta médica y la formación de profesionales en el país, junto con el fortalecimiento de la atención primaria en salud como una real puerta de entrada al sistema de atención pública, por solo nombrar algunos de los temas que no son discutidos en este trabajo.

Esperamos que el documento sea una contribución para el debate en torno a reformas al sistema de salud en Chile. Especialmente, en miras a los procesos de cambio que se avecinan.

REFERENCIAS

1. Accorsi, S., & Sturla, G. (2019). Una Estimación de la Renta Económica en el Mercado de las Isapres en Chile. *Serie de Documentos de Trabajo, Departamento de Economía Universidad de Chile*.
2. Atal, J. P., Cuesta, J. I., González, F., & Otero, C. (2021). The Economics of the Public Option: Evidence from Local Pharmaceutical Markets. *Penn Institute for Economic Research, Department of Economics, University of Pennsylvania*.
3. Benítez, A., Hernando, A., & Velasco, C. (2018). *Encuesta de Presupuestos Familiares y gasto en salud: una primera mirada*. Santiago: Centro de Estudios Públicos.
4. Benítez, A., Hernando, A., & Velasco, C. (2019). *Gasto de bolsillo en salud: una mirada al gasto en medicamentos*. Santiago: Centro de Estudios Públicos.
5. Bergamini, K., & Pérez, C. (2015). Fiscalización y cumplimiento ambiental en Chile: principales avances, desafíos y tareas pendientes. *EURE (Santiago)*, 41(124), 267-277.
6. Bergamini, K., Irrarrázabal, R., Monckeberg, J. C., & Pérez, C. (2018). Fiscalización, sanción y control ambiental en Chile. Diagnóstico y propuestas para la Superintendencia del Medio Ambiente y tribunales ambientales. En I. Irrarrázabal, E. Piña, M. Letelier, & M. I. Jeldes, *Propuestas para Chile 2017* (págs. 167-198). Santiago: Centro de Políticas Públicas UC.
7. Burows, J. (2014). El desafío del fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria en Chile. *Ministerio de Salud*.
8. Castillo-Laborde, C., Aguilera-Sanhueza, X., Hirmas-Adaúy, M., Matute, I., Delgado-Becerra, I., Nájera-De Ferrari, M., . . . González-Wiedmaier, C. (2017). Health insurance scheme performance and effects on health and health inequalities in Chile. *MEDICC Review 2017*, 19(2-3), 57-64.
9. Cid, C., & Muñoz, A. (2007). *Evaluación de la Implementación de la Reforma de Salud en el Sistema Isapres y su Impacto en los Beneficiarios*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.
10. FNE. (2020). *Estudio de Mercado sobre Medicamentos*. Santiago.
11. Freire, J. M., & Repullo, J. R. (2011). El buen gobierno de los servicios de salud

- de producción pública: ideas para avanzar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2733-2742.
12. MINSAL. (2021). *Determina aporte estatal a municipalidades que indica, para sus entidades administradoras de salud municipal, por el período que señala*. Santiago: pendiente.
 13. Molina, C. (2010). *Institucionalidad Sanitaria Chilena 1889-1989*. Santiago: LOM Ediciones.
 14. Moscone, F., & Tosetti, E. (2010). Health expenditure and income in the United States. *Health economics*, 19, 1385-1403.
 15. Pardow, D., & Verdugo, S. (2020). Estabilidad, profesionalismo y politización en los nombramientos de directivos de agencias reguladoras independientes: lecciones desde la experiencia chilena. *Derecho del Estado*, 46, 223-252.
 16. Poblete, I., & Rivera, J. (2017). Subsidio por Incapacidad Laboral en Chile: Situación Actual y Propuestas de Modificación. *Serie Documentos de Trabajo, Superintendencia de Seguridad Social*.
 17. Sánchez, S. (2010). Hospitales autogestionados en la red de salud de Chile: alcances y limitaciones de su ley. *En Cuadernos médico sociales Chile*, 50(1), 5-10.
 18. Silva Llanes, N. (2013). *Análisis del actual diseño de contrato en médicos de atención primaria en Chile*. Universidad de Chile. Santiago: Tesis de Magister.
 19. Villalobos Dintrans, P. (2017). *Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido*. *Documentos de Trabajo Superintendencia de Salud*.
 20. Yang, X. (2019). Health expenditure, human capital, and economic growth: an empirical study of developing countries. *International Journal of Health Economics and Management*, 20, 163-176.

