

“Una reforma a la Salud con orientación al mercado”

A Health Reform with a view to the Market

Dr. Vito Sciaraffia Merino*

La discusión actual de la Reforma se ha enfocado en la aprobación -previo un ejercicio iterativo de modificaciones- de los proyectos de Ley emblemáticos en Salud: Autoridad Sanitaria, Modificación de la Ley de ISAPRES, Plan AUGE y el Financiamiento de la Reforma.

La perspectiva de complejidad que abarca un proceso de Reforma requiere la utilización de varios esquemas de análisis, donde las diversas escuelas de pensamiento y disciplinas pueden ser combinadas para obtener un poderoso modelo a aplicar en función de una Reforma operativa.

Es por esto que el aparente antagonismo entre la Ciencia Médica y la Economía es más bien un fantasma cuya sombra no aparecerá a la luz del conocimiento. Me refiero en particular a ambas ciencias, porque siento que han sido enfrentadas, transformándolas en polos opuestos, cuando en la práctica funcionarían (y funcionan) como aliados, socios estratégicos y enfoques complementarios.

Es necesario dejar de creer en la supuesta malignidad «a todo evento» del mercado. De la misma forma es necesario dudar de aquellos que prodigan las «bondades superiores» del mercado como solución a todos los problemas asociados a la enfermedad y a los sistemas de salud en nuestro país.

Al parecer, en Salud hay una carencia significativa de «Visión Sistémica». La alta complejidad del sector y la innegable naturaleza dual del problema económico- clínico, con visiones antagónicas, han aportado a que el sector salud trabaje como un

conglomerado no sinérgico. Además, la Gestión en Salud es un tema relativamente nuevo, donde los profesionales capacitados en ésta área no son muy abundantes.

Actualmente en discusión se encuentra la idoneidad de los profesionales del área de la administración para ocupar el cargo de Director de Hospital en el sector público de salud, innovación impulsada por el Ministerio de Salud (MINSAL) y que ha sido criticada por diversos sectores.

No hay discusión que la mayoría de los cambios que deben ser realizados en el sector se relacionan directamente con aspectos que conciernen a la gestión y administración en salud. Los buenos indicadores de salud, aunque no homogéneos en todo el país, representan la mejor manera de explicar que el antiguo modelo de salud cumplió sus objetivos. Sin embargo, el cambio en el perfil epidemiológico, la incorporación de nueva tecnología, el aumento en la esperanza de vida, la transformación de muchas enfermedades a «estados crónicos» han impactado fuertemente y presionado los costos en salud.

Los costos en salud son siempre crecientes, dado que la demanda por servicios de salud corresponde a la demanda por un bien sobre-normal, es decir, las personas estarán dispuestas a destinar (o en su defecto, hacer gastar a un tercero, en este caso el Fisco) una proporción mayor de recursos ante un leve incremento de sus ingresos (o de los fondos dispuestos y comprometidos, por ejemplo, para las patologías cubiertas por el Plan AUGE). El alto costo de

* *Dr. Vito Sciaraffia Merino, Ingeniero Civil y Médico, Universidad de Chile. MBA, Universidad de Illinois- vsciaraff@correo.facea.uchile.cl*

oportunidad que existe en el área salud y la existencia de buenos proyectos aún sin realizar a todo nivel, hace casi imposible la destinación de fondos, por ejemplo, desde los niveles secundarios y terciarios a la APS, aún cuando se cambie el enfoque del modelo de salud hacia un modelo basado en la prevención y la anticipación del daño.

Las ciencias económicas y administrativas se basan en la Ley de la Oferta y la Demanda. Muchos de los tópicos de discusión actual en la Reforma a la Salud se relacionan con la oferta y demanda de servicios, con la capacidad instalada de las instituciones, con el control de costos, con la generación de centros de beneficios, con las políticas de recursos humanos y los planes estratégicos de dirección, con la gestión de calidad y con la planificación de la producción y la definición de los servicios a entregar.

Es por esto que se emplea el término «Reforma a la Salud con orientación al mercado», para dar énfasis a que el proceso de Reforma podría ser potenciado en la medida en que se incorporen elementos de mercado al análisis, planeación y operacionalización de la Reforma.

Lo anterior no implica de ninguna manera la privatización de la Salud Pública, sino más bien, el aprovechamiento de herramientas, conceptos y «formas de hacer cosas» institucionalizadas desde hace muchos años en el sector privado.

Este know-how de gestión podría ser un real aporte en el sector público, en la medida que se considere prioritario incluirlo como un enfoque integrador y esencial en las políticas del MINSAL.

Esa es la intencionalidad del presente artículo: hacer presente la necesidad de explorar las herramientas que ofrece el mercado para mejorar la Gestión de la Reforma en nuestro Sistema de Salud. La experiencia ha demostrado que las ciencias económicas y administrativas han contribuido a la búsqueda de la eficiencia de los sistemas y a lograr continuidad y viabilidad en el tiempo. Este aporte podría extenderse al sistema público de salud. Los cambios que busca el MINSAL apuntan hacia esa dirección y en virtud de lo anterior son analizados en este documento.

El presente texto se divide en la siguiente forma: la primera parte se refiere a una revisión teórica de los supuestos de mercado perfecto y su conexión con las principales diferencias que explicarían en parte, la pugna entre las ciencias médicas y la economía; y la necesidad de considerar a la salud como un mercado de características particulares.

Una segunda parte explora el estado actual de la Reforma, específicamente los cambios impulsados por el MINSAL, dirigidos hacia una gestión eficiente. En esta sección se vinculan las acciones emprendidas en el sector con aspectos teóricos relevantes (tópicos de administración).

1. La valoración monetaria de la salud

La verdad es que de un lado y otro existen argumentos de peso. Algunos argumentos señalan que es imposible introducir nociones económicas a la salud, debido a la importancia vital que la medicina tiene en la vida del hombre y la imposibilidad de valorar ésta en términos económicos. Por otro lado, se argumenta que debido a la importancia vital de la medicina es que ésta constituye una necesidad que debe ser satisfecha universalmente, eficientemente y sin distinciones a pesar de las restricciones de presupuesto que existen, como en todo orden de cosas. No sería apropiado aplicar un enfoque de costo-beneficio o de evaluación privada pura cuando se valora la vida humana o las acciones de salud. Sin embargo, existen otros enfoques que permitirían establecer un puente entre la valoración monetaria y la imposibilidad de expresar en términos monetarios la vida humana y los beneficios directos e indirectos de mantener saludables y productivas a las personas. El más utilizado actualmente es el enfoque de Costo Efectividad que intenta ordenar las acciones más costo efectivas en función del costo y su impacto en el mejoramiento del estado de salud de los pacientes. Esta herramienta asigna eficientemente los recursos en el área médica y permitiría la contención de costos, el aseguramiento de la calidad y la evaluación de programas de prevención y de curación, el establecimiento de protocolos y guías clínicas, los criterios para acreditación, entre otros elementos que se pretende convertir en los ejes de la Reforma.

Por otra parte, cuando se habla del mercado de la salud es necesario señalar que «lo transable» en este mercado no corresponde a la salud (o la ausencia de enfermedad), como señalan Donaldson y Gerard, sino más bien a los servicios de salud. Los servicios en sí poseen las características de intangibilidad, inseparabilidad de la producción y el consumo, heterogeneidad y caducidad. Estas características son inherentes a todos los servicios incluidos, los servicios de salud, y en general dificultan la capacidad que tienen los pacientes (o clientes) para evaluar la calidad del servicio, de comparar y evaluar alternativas.

2. Características particulares del mercado de la salud

El mercado de la salud tiene características particulares cuyo conocimiento permitirá sentar las bases del análisis para la posterior evaluación del proceso de Reforma según el enfoque utilizado en este artículo.

- 1) **No Homogeneidad:** Por su naturaleza de servicio, no es posible señalar que una *cirugía x* en el *hospital y* es comparable en un *hospital z*.
- 2) **Incertidumbre:** En el mercado de la salud no se cumple el supuesto de perfecta información asociada a los requisitos a cumplir para constituir un mercado perfecto. La incertidumbre puede ser analizada a través de dos vías:
 - Incertidumbre sobre aparición de la enfermedad y por ende sobre la capacidad de anticipar la demanda por servicios de salud.
 - Incertidumbre sobre la efectividad de los tratamientos.
- 3) **Asimetrías de Información y la soberanía del consumidor:** La ausencia de perfecta información implica la formación de relaciones asimétricas de información que afectarían el proceso de compra de servicios:
 - *Relación médico-paciente (agente-principal):* El médico podría influir en la demanda de sus pacientes, sobre la cantidad y calidad de servicios dada la existencia de incertidumbre sobre la enfermedad (complejidad del diagnóstico) y la imposibilidad de tener un diagnóstico concluyente (sin embargo, existen nuevos métodos como scanner, resonancias magnéticas y otros utilizados para aumentar el grado de certeza en el diagnóstico). Por otra parte, el paciente se encuentra imposibilitado para decidir soberanamente su demanda, requiriendo el consejo de su médico.
 - *Relación asegurado-asegurador (selección adversa y riesgo moral):* La asimetría de información afecta también el mercado asegurador privado (ISAPRE). El costo de la prima estará subestimado si un individuo es capaz de ocultar información sobre su estado de salud. Por otra parte, el conocimiento de la ISAPRE de las pre-existencias de sus afiliados podría implicar el establecimiento de topes, exclusiones, entre otros elementos, que afectarían la cantidad óptima a demandar por parte de los asegurados. Esto no ocurre en el sistema público

(FONASA) porque este seguro posee una manera distinta de valorar el riesgo.

- 4) **Gran número de oferentes y demandantes:** En el mercado de salud, dada su complejidad no existe un gran número de oferentes para algunas prestaciones y además esta oferta no se distribuye de igual manera para todas las regiones rurales y urbanas en el país. Esto en la práctica implica la existencia de oligopolio (pocos oferentes) en el mercado prestador, la presencia de competencia monopolística (instituciones que en la práctica ofrecen servicios únicos) y en otros casos, la ausencia de condiciones de competencia (monopolio generado por la existencia de un solo oferente en algunos lugares, preferentemente público).
- 5) **Barreras a la entrada y salida del mercado:** Esta condición de mercado puede ser entendida en el contexto del mercado de la salud como la obligatoriedad de cotizar para salud (el 7%) para los trabajadores independientes y la imposibilidad de adquirir planes de salud por un monto menor al señalado por el beneficio mandado. En la práctica ha implicado la existencia de sectores no asegurados (trabajadores independientes) y en el mercado prestador, barreras a la entrada de privados al sector público de salud (tema aún en discusión).
- 6) **Externalidades:** La presencia de externalidades positivas, como el ejemplo, las campañas de vacunación masiva y la promoción de hábitos de vida saludables en el mercado de la salud hace necesaria la labor de organismos de gobierno, toda vez que la demanda social sea distinta a la demanda privada. Para este tipo de servicios u otros similares, socialmente es deseable la existencia de estos bienes, pero los individuos no estarían dispuestos a pagar de su bolsillo estas actividades relacionadas con el bien público.

3. ¿Qué elementos de mercado pueden ser un apoyo para el proceso de Reforma?

1. Es interesante el aporte de la economía en el tema de la valoración de riesgos en los seguros de salud. En Chile, la coexistencia de dos seguros de salud, público y privado, en la práctica ha significado la segmentación de la población por nivel de ingreso, condición de salud, sexo, edad, localización geográfica entre otras variables debido a la configuración actual de los seguros- público y

privado- y la forma de valorar el riesgo. El seguro público de salud se basa en un «community rating», donde los aportes no están relacionados con el nivel de riesgo del cotizante y su familia (en la práctica tampoco hay diferencias sustanciales en los beneficios potenciales y/o recibidos según el monto absoluto de aporte). En comparación, el seguro privado de salud (ISAPRE) se basa en «experience rating», donde cada individuo y su grupo familiar enfrenta su propio riesgo y en función de éste se determina el porcentaje de aporte. La Reforma a la Salud debería considerar esta falla estructural del sistema la que no debe ser traspasada a los futuros «planes AUGE» de FONASA y de las ISAPRES. El cálculo de la prima, seguramente vía «community rating», debe ser un valor que permita el financiamiento del sistema y su permanencia en el tiempo. La teoría de seguros puede aportar valiosamente a este tema.

2. La operacionalización exitosa de la Reforma requiere la existencia de estudios de oferta y demanda en los servicios de Salud que den cuenta de la capacidad de los equipos médicos y administrativos para cumplir con los protocolos y metas que se derivarán de la implementación de la Reforma. El establecimiento de protocolos y guías clínicas no implicará de por sí, el orden del sistema si previamente cada institución no conoce los costos en los cuales incurre, si no conoce la composición de sus listas de espera, si no hay una evaluación previa de las capacidades del personal. Es necesario mencionar que el nuevo modelo de gestión requiere solucionar la siguiente interrogante: ¿cómo se hará para aumentar el número de cirugías en los hospitales públicos en las tardes?
3. Actualización de los precios de FONASA. En la medida que los precios de FONASA se alejen de los valores de mercado, seguirá la presión sobre los flujos de fondos disponibles por los hospitales públicos. La revisión de estos precios, sobre todo considerando que la discusión actual se ha centrado en el incentivo que tendrían los hospitales de privilegiar las patologías AUGE por sobre las No AUGE es una actividad de vital importancia para asegurar la viabilidad financiera de los hospitales y por otro lado para limitar los efectos negativos de asegurar el pago de sólo algunas patologías (enfermedades cubiertas por el Plan AUGE).

4. Existe amplio consenso en señalar que las tareas propias de un administrador de cualquier organización son de un extenso espectro. El administrador es quien está encargado de planificar, organizar, dirigir y controlar, basando su accionar en su condición profesional y en sus cualidades personales. Debe desarrollar un rol de líder, monitor, representante, emprendedor, negociador, manejador de crisis, asignador de recursos, entre otras tareas (Mintzberg). La ejecución de la estrategia es una de las tareas principales a las que se debe enfrentar un alto directivo. La formulación correcta de la Misión, Visión y de los objetivos estratégicos, tácticos y operativos no asegura el éxito de la organización si el directivo no es capaz de conducir el proceso de implementación de la estrategia. En esta tarea, adquiere gran relevancia la capacidad gerencial del directivo para ser capaz «de que las cosas se hagan concretamente». Sin embargo, la principal razón de desalineamiento estratégico se relaciona con la rotación de los directivos, que obliga a la organización a adoptar un funcionamiento distinto en virtud del estilo de dirección impuesto por el nuevo gerente o directivo que ocupa el cargo. Una alta rotación puede impactar negativamente sobre la consecución de los objetivos estratégicos y tácticos, y aún cuando se cumplan los objetivos operativos, no se asegura el cumplimiento de la misión y visión, y finalmente, de la estrategia. Según lo anterior, la evaluación del desempeño de un directivo debe considerar los objetivos estratégicos, tácticos y operativos a través de indicadores medibles y verificables. Según un estudio del Instituto de Administración de Salud (IAS), la rotación de directivos en salud es alta, produciéndose en promedio cada 1,3 años. El costo sobre la continuidad del trabajo, sobre la moral del personal y sobre las expectativas de los pacientes es bastante alto cada vez que se producen cambios. La nueva Ley de Gestión debe considerar horizontes de largo, mediano y corto plazo para evaluar la labor de sus directivos. La confección de un plan de trabajo verificable, medible y controlable por parte de la autoridad debe ser uno de los requisitos más relevantes al momento de elegir un Director de Servicio u Hospital. Este plan debe ser combinado con una definición clara de los sistemas de incentivos y metas para el

- personal, los cuales deben expresarse en indicadores objetivos. El enfoque de planificación estratégica y la gerencia de recursos humanos abordan estos temas en extenso y poseen plena aplicación para este aspecto, clave en el éxito del proceso de Reforma a la Salud.
5. La Gestión de la Calidad. Este enfoque ha estado muy de moda últimamente y su eficacia radica en lograr una gestión de calidad integral que abarque tanto los aspectos clínicos como administrativos, donde la búsqueda de la calidad debe resumirse en el emprendimiento de las acciones más costo efectivas. Las mediciones se expresan en términos de indicadores de proceso, resultado y de producto. Estos indicadores serían la base del proceso de acreditación de Hospitales y de las comparaciones que realizará el MINSAL para medir el desempeño de los Hospitales Autogestionados.
 6. Indicadores Financieros para medir la gestión de calidad deben ser incluidos en la lista de indicadores a evaluar por el MINSAL. Un estudio realizado por el IAS estableció que el nivel de satisfacción de los trabajadores está directamente relacionado con la situación financiera de la institución de salud donde trabajan. De la misma forma, las condiciones de espacio, infraestructura y disponibilidad de insumos también aparecen como significativas al momento de evaluar el nivel de satisfacción experimentado. Un resultado digno de destacar lo constituye el hecho de que el desempeño de la gerencia también está relacionado positivamente con el nivel de satisfacción de los trabajadores de la salud. Por otra parte, no se encontró significancia en la influencia de variables como tipo y naturaleza del establecimiento (público o privado), número de camas, nivel de ingreso de los pacientes, información sobre salarios de mercado, disponibilidad de nueva tecnología y tipo de cargo -clínico o administrativo-. Estos indicadores podrían ser un buen instrumento para evaluar la calidad del servicio, dado que los pacientes podrían juzgar ex post y manifestar su preferencias o su rechazo reflejado en la demanda. En ningún caso se está postulando que estos indicadores deban reemplazar a los indicadores clásicos, sino que deben ser considerados como complementarios al momento de evaluar el desempeño de las instituciones.
 7. Necesidad de generar un sistema de datos que apoye la gestión en el Sistema de Salud para realizar la evaluación de la calidad y para el control del proceso de acreditación. Aparece como una falencia significativa que el sector salud posea un déficit de información para realizar gestión en el sector público, para facilitar el funcionamiento de la red asistencial y la anunciada complementariedad de los establecimientos públicos y privados en el contexto de la implementación del plan AUGE.
 8. Análisis de organización industrial del mercado de Salud y de la estructura organizacional del MINSAL con sus nuevas subsecretarías: de Salud y de Redes. La Superintendencia de Salud será la entidad única encargada de la fiscalización (dejando de existir la Superintendencia de Isapres), velando por el funcionamiento de FONASA e ISAPRES. Cabe señalar que la función de acreditación será efectuada por entidades públicas y privadas acreditadas por la misma Superintendencia de Salud. La Superintendencia de Redes se preocupará de la articulación de la red prestadora y de la complementación pública-privada para el funcionamiento del Plan AUGE. Sin lugar a dudas, estos cambios en la estructura organizacional del sistema involucrarán un amplio espacio para producir eficiencias y al mismo tiempo una amenaza latente: aumentar la burocracia al crear nuevas estructuras. Estos cambios no tendrán mayor efecto (ganancia en eficiencia) sino se produce efectivamente el funcionamiento de los Hospitales Autogestionados, los que deben contar con todas las herramientas para realizar gestión. Por otra parte, la anunciada complementariedad público- privado requiere la generación de mecanismos a partir de los cuales los privados puedan participar en el sistema de salud público y que implique además nuevas formas de obtener recursos para el sector público.
 9. Participación de privados para el desarrollo de nuevas infraestructuras. No debe ser descartada a priori. Los privados podrían transferir no sólo recursos al sector público sino que además traspasar know-how. El tema no es discutir si la propiedad pasa a manos de privados, sino como construir contratos eficientes para normar y controlar la labor de los privados. Desde la prestación de determinados servicios (lavandería, casino, etc), pasando por la entrega de servicios específicos

(laboratorio, imagenología, entre otros) hasta la construcción de nuevos hospitales que impliquen además, nuevos puestos de trabajo, la opción de la participación privada no debe ser descartada sin realizar, como se ha señalado en todo el artículo, estudios previos que sean concluyentes para aceptar o rechazar esta iniciativa¹.

La participación de privados debe entenderse de la siguiente forma: Los problemas que pueden ocurrir no son atribuibles al modelo de

participación, sino más bien a cómo se establezcan los contratos. Es decir, que el privado no desarrolle condiciones monopólicas que impliquen un nivel de prestaciones menor al óptimo; que el valor a pagar no sufra aumentos drásticos; que el nivel de inversiones sea el óptimo; que la localización sea correcta; que se asegure la vida útil del hospital a los 20 años de funcionamiento cuando se traspase al sector público, son todas condiciones a fijar a través de un contrato eficiente.

1 Véase el artículo «Mecanismos de traspaso de recursos desde privados al sector público de Salud» del mismo autor en *Revista de Economía y Administración*, Universidad de Chile, año 2003.