

Capítulo 15

Un sistema de salud para el siglo XXI

Alejandro Ferreiro / Nicolás Figueroa

Síntesis

Si bien el debate reciente se ha centrado en los fallos de los tribunales que impiden el ajuste de los precios base de los planes de salud y la aplicación de la tabla de factores, la verdadera prioridad de las políticas públicas en el sector debiera apuntar a fortalecer la prevención y acelerar la transición de la oferta de prestaciones de salud a las demandas que surgen del nuevo perfil epidemiológico, caracterizado por la prevalencia de enfermedades degenerativas y crónicas, propias de una población que envejece aceleradamente.

Varias medidas pueden adoptarse para potenciar las intervenciones preventivas y curativas más costoefectivas, adoptando los criterios de la medicina basada en la evidencia y mejorando la eficiencia e impacto del gasto sectorial.

Eje de esa propuesta es el reforzamiento del Fonasa, del que cabe esperar -bajo un mandato legal claro, un mejor gobierno corporativo y el pleno ejercicio de su función de "compra inteligente"- un aporte fundamental a la costoefectividad señalada.

Por su parte, el jaque judicial en que está el sistema de precios de las Isapres pone en riesgo su viabilidad en el largo plazo, puesto que el congelamiento del precio de los planes de salud no parece condecirse con el aumento de los costos. Frente a ese dilema, la mejor opción para conciliar libertad de elección, competencia y solidaridad es la reforma radical del sistema de seguros hacia un

modelo de seguros públicos y privados, integrados bajo un plan de salud común y financiados en un esquema de compensación de riesgos que genere solidaridad de ingresos y riesgos. Con todo, dicho modelo impone a los prestadores estatales una compleja transición en sus fuentes de financiamiento, pues se pasaría de la certeza de un presupuesto a la incertidumbre de las ventas en un modelo de competencia. En un contexto de baja flexibilidad para administrar sus recursos y personal, ello supondría dificultades y conflictos prácticos y políticos de envergadura. La inflexibilidad de los prestadores estatales parece impedir, por el momento, la viabilidad de esa opción, lo que sugiere evaluar alternativamente la posibilidad de transitar hacia un modelo a la inglesa: seguro estatal universal único, financiado con impuestos, unido a seguros complementarios privados y voluntarios. Ese seguro estatal debiese, en todo caso, funcionar bajo la conducción de un Fonasa significativamente modernizado.

Finalmente, y en la perspectiva de adecuar la institucionalidad a la nueva realidad, mejorando la cercanía de los servicios a la gente y su costoefectividad, se enuncia la necesidad de revisar sustancialmente el modelo de funcionamiento de la atención primaria municipal, para mejorar su resolutiveidad e integración al resto del sistema. Se concluye describiendo modelos de atención o acompañamiento geriátrico basados en la capacitación de voluntarios y su trabajo coordinado con los centros de salud familiar en el nivel primario.

Diagnóstico

Percepciones y costoefectividad del gasto en salud

Si existe algún rasgo en común entre todos los sistemas de salud del mundo, ese es la insatisfacción social frente a su funcionamiento. Ya sea por sus altos costos, por las largas esperas o por la baja calidad percibida, es generalizada la sensación de que la salud está "en crisis", sea que se trate de modelos que descansan preferentemente en la provisión y el aseguramiento estatal, o aquellos en que el sector privado tiene una participación relevante. Por ejemplo, tanto en Canadá como en Reino Unido, países con sistemas fuertemente estatales, el 72% de la población declaraba en 2007 que el sistema de salud requería cambios fundamentales o debía ser completamente rediseñado. Ese mismo año, el 82% de los estadounidenses (con un sistema con una fuerte presencia de seguros privados) y el 78% de los alemanes (con un sistema basado en cajas de seguridad social relacionadas con el sector laboral) pensaba lo mismo.¹

Esta percepción de "crisis" de los sistemas de salud parece imponerse incluso contra las experiencias personales relativas a la calidad de la atención. En particular, en Chile es llamativa la brecha entre la opinión que los chilenos tienen del "sistema" de salud al que están adscritos y la calificación de su propia experiencia de atención. En efecto, de acuerdo con un estudio de 2010, cerca del 50,8% de los chilenos califica positivamente la atención recibida en su sistema de salud (67,4% en Isapre y 43,9% en Fonasa). Sin embargo, cuando se pide a las personas que opinen en general sobre el sistema de salud, solo el 22,6% considera que el sistema funciona adecuadamente, sin que se adviertan diferencias significativas entre los afiliados al sistema público o al privado.²

Ante estas percepciones sociales -invariablemente negativas-, cobra relevancia atender a los indicadores

Gráfico 1

Gasto público y privado en salud, 2010



Fuente: OECD Health Statistics.

¹ OCDE, "OECD health data", octubre de 2010, www.oecd.org.

² Universidad Nacional Andrés Bello, 2010.

más básicos y objetivos de costoefectividad del gasto en salud. Desde esta perspectiva, cuando se compara el gasto total en salud y los indicadores de mortalidad, la situación de Chile parece satisfactoria. Con un sistema dual en que convive un seguro estatal con seguros privados, los indicadores de salud chilenos, similares al promedio de la OCDE, se han conseguido con niveles de gasto total equivalentes al 37% del promedio gastado por los países que integran esa organización.

Sin embargo, existen por lo menos dos amenazas importantes para sostener estándares como los mencionados. Por un lado están las dificultades fiscales que supondrá sostener permanentemente tasas de crecimiento del gasto público en salud como las observadas en los últimos años. Por otro, los graves cuestionamientos al sistema de precios de las Isapres que provienen del sector judicial.

El creciente gasto en salud, el cambio de perfil epidemiológico y las implicancias para las políticas de salud

El presupuesto de salud ha aumentado, en promedio, a una tasa cercana al 10% real en la última década. Para 2013, el presupuesto estatal para salud asciende a más de US\$ 9.500 millones, cifra que eleva su participación en el gasto público total a su nivel histórico más alto (15,6%).

De hecho, muy pocos países han aumentado el gasto en salud en la última década al ritmo que lo ha hecho Chile.

Por otro lado, la tendencia al aumento del gasto se verá reforzada por la transición epidemiológica, caracterizada por la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas. A continuación analizamos algunos rasgos: la población chilena envejece aceleradamente, es predominantemente sedentaria y manifiesta altos índices de tabaquismo, consumo de alcohol y sobrepeso en comparación con los países de la OCDE.

Principales cambios demográficos

La tasa de natalidad en Chile ha disminuido a niveles equivalentes a la tasa de reemplazo (2,1). Por otra parte, la esperanza de vida al nacer ha aumentado sustancialmente gracias a una mejor calidad de vida, al avance en la educación y a los progresos en el acceso a la atención sanitaria: en 2010 llegó a los 79 años (82 para mujeres y 76,5 para los hombres), lo que sitúa a Chile prácticamente en el promedio de la OCDE (79,8 años). En efecto, los resultados del país en la materia en el último medio siglo son espectaculares. Según el informe "Health at a glance

2011", de la OCDE, Chile, con 21,4 años, es el tercer país de la OCDE que más años de expectativa de vida al nacer ha sumado desde 1960, solo superado por Turquía (25,5) y Corea del Sur (27,9). La brecha que aún persiste se explica por diferencias en la mortalidad infantil: según cifras de 2009, la tasa de mortalidad en niños menores de un año sigue estando en Chile por encima de la media de la OCDE (7,9 contra 4,4 muertos por 1.000 nacidos vivos).

Tabaquismo

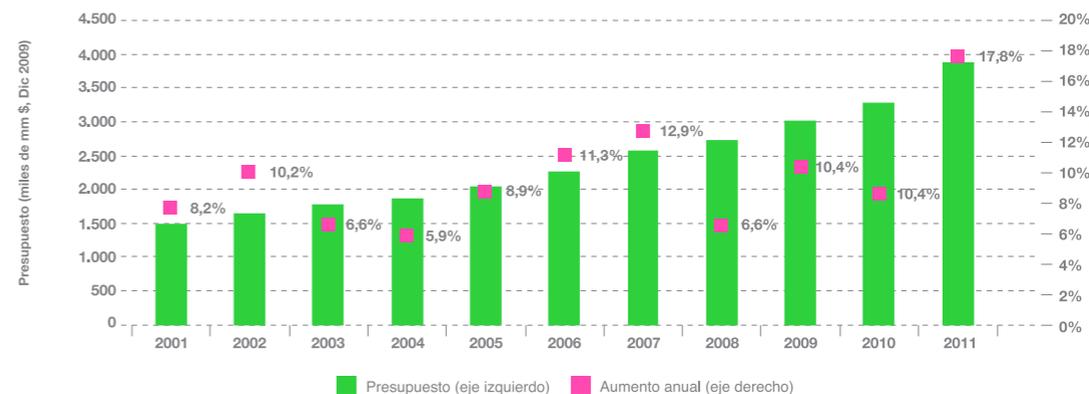
La proporción de personas que fuman a diario en el conjunto de la población adulta chilena alcanzó un alarmante 29,8% en 2009, cifra significativamente por encima del promedio de la OCDE (22,1). De cuarenta países considerados en el informe "Health at a glance 2011", solo Grecia y Rusia muestran mayores índices. Especialmente preocupante es la prevalencia del tabaquismo entre los jóvenes: el 28,5% de las mujeres y el 33% de los varones de entre 15 y 24 años fuma diariamente en Chile. El tabaquismo aumenta la probabilidad de padecer distintos tipos de cáncer, especialmente de pulmón, enfermedades cardiovasculares y enfisema pulmonar. Se calcula que el tabaquismo es responsable de aproximadamente una de cada diez muertes en el mundo.³

Obesidad y sobrepeso

Las tasas de obesidad y sobrepeso han aumentado en casi todos los países de la OCDE en las últimas décadas. En Chile, la tasa de obesidad en la población adulta –basada en medidas reales de tamaño y peso– es de 25,1% para el año 2009. Si bien esa cifra no registra aumentos desde el año 2000, ubica a Chile dentro de los cuatro países de la OCDE con mayor obesidad, detrás de Estados Unidos, México y Nueva Zelanda. El promedio de la OCDE para el año 2009 es de 21%. En Chile, por su parte, el 39,3% de la población exhibe sobrepeso.

Está demostrado que la obesidad es un factor agravante para varios problemas de salud, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, y que es un buen predictor de alto gasto en salud para el futuro. También es tendencia mundial la concentración de la obesidad en los sectores de menores ingresos. Evidencia reciente demuestra, sin embargo, que las crecientes tasas de obesidad no son consecuencia inescapable del mayor poder de consumo de la población y que determinadas políticas públicas pueden revertir esta tendencia.⁴ Ello requiere políticas de promoción de salud, restricciones a los alimentos con altas grasas y calorías y, esencialmente, cambios de conducta a partir de la

Gráfico 2
Presupuesto de salud



Fuente: Presentación del director de Fonasa contenida en el informe de la Comisión Asesora Presidencial en Salud (2010).

toma de conciencia del problema. Lamentablemente, las cifras muestran que en Chile se subestima o niega la obesidad: la tasa de obesidad que resulta de mediciones objetivas basadas en la relación entre altura y peso más que duplica el autorreporte de los chilenos.⁵

Sedentarismo

Las tasas de sedentarismo, que en Chile son extraordinariamente altas para los estándares internacionales, alcanzan casi al 90% de la población. Los efectos combinados del alto consumo calórico y la baja actividad física favorecen la prevalencia de enfermedades como la diabetes mellitus y patologías cardiovasculares. Este fenómeno tiene implicancias no despreciables en el perfil epidemiológico de la población. El Cuadro 1 proporciona una síntesis del estado de salud de la población chilena, de sus principales factores predisponentes y de la evolución de ambos en los últimos años. Como se ve, destaca el aumento en la prevalencia de la diabetes en la última década.

Es importante señalar que, al igual que la obesidad, y en parte como consecuencia de ella, la diabetes afecta predominantemente a personas de menores recursos. En efecto, uno de los rasgos característicos del nuevo

perfil de morbilidad de los chilenos, determinado en buena parte por los hábitos de vida, es su carácter inequitativo. Casi sin excepción, la nueva carga de enfermedad afecta sobre todo a los sectores más pobres. (Gráfico 3)

Algo similar sucede con el riesgo cardiovascular. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud del año 2010, el 17,7% de la población exhibe un riesgo cardiovascular alto (11,9% en el caso de las mujeres y 20,5% en el de los hombres), pero este riesgo muestra fuertes diferencias según el nivel educacional, que en Chile se correlaciona con el estrato socioeconómico. (Gráfico 4)

Consumo de alcohol

El consumo excesivo de alcohol se asocia a deterioros en la morbimortalidad de la población. Incide en el aumento de enfermedades cardíacas, infartos y diversos tipos de cáncer; durante el embarazo afecta la formación del feto, y, muy especialmente, el abuso del alcohol explica un alto porcentaje de los accidentes automovilísticos y su secuela de lesiones y muerte. El consumo de alcohol en Chile, a diferencia de lo observado respecto del sedentarismo, la obesidad y el tabaquismo, se ubica en niveles inferiores al promedio

³ Shafey y otros, 2009.

⁴ Nuevos datos para diez países demuestran que en la década pasada la obesidad total disminuyó o se estancó en Inglaterra, Hungría, Italia, Corea y Suiza, y que creció solo entre 2% y 3% en Francia y España. Por el contrario, aumentó entre 4% y 5% en Canadá, Estados Unidos e Irlanda. La tasa de obesidad infantil, por su parte, se ha estabilizado en Inglaterra, Francia, Corea y Estados Unidos. La razón de estas mejoras parece ser que varios gobiernos han aplicado impuestos adicionales a los alimentos con altos porcentajes de grasa y azúcares. Legislaciones de ese tipo se aprobaron en Dinamarca, Finlandia, Francia y Hungría en 2011, aunque en el caso de Dinamarca los impuestos a las comidas calóricas se revirtieron poco después, por estimarse que la medida era ineficaz (OCDE, 2012).

⁵ "Chile. Tasas de sobrepeso y obesidad: según mediciones de masa corporal y autorreporte", *OECD health data*, 2009.

Cuadro 1
Evolución de los problemas de salud

Problema de salud	Prevalencia (%) ENS 2003	Prevalencia (%) ENS 2009-2010
Tabaquismo (fumador actual)	42,0	40,6
Sobrepeso	37,8	39,3
Obesidad	23,2	25,1
Diabetes mellitus	6,3	9,4
Sedentarismo	89,4	88,6
Síntomas depresivos en último año	17,5	17,2

Fuente: Ministerio de Salud de Chile, Encuesta Nacional de Salud 2003 y 2009-2010.

de la OCDE. Si se considera la población de 15 años y más, alcanza a los 8,6 litros per cápita anual (2009), comparados con los 9,1 litros del promedio OCDE. Mejor aun, ha caído en un 21% desde 1980, mientras que para el promedio OCDE la disminución alcanzó solo al 9% (Health at a glance, 2011).

Con todo, los promedios de consumo nacional esconden realidades muy diversas y no dan cuenta de los grupos de riesgo ni de la evolución de patrones de conducta muy peligrosos, como la tendencia de ciertos jóvenes de tomar "hasta borrarse". Las estrategias recomendadas para combatir el alcoholismo suponen reconocerlo como una adicción patológica y brindar atención médica especializada, prohibir su comercialización a menores y aplicar impuestos progresivos según la graduación alcohólica.

Implicancias de la transición epidemiológica

La transición epidemiológica de Chile que se ha esbozado aquí tiene al menos las características y consecuencias que destacamos a continuación.

En primer lugar, su rasgo acelerado. La transición chilena ha sido más rápida que la experimentada décadas atrás por la mayoría de los países de altos ingresos, tanto en cuanto a demografía como a la prevalencia de enfermedades asociadas a hábitos de vida. Ello ha dificultado la adecuación de la oferta de prestaciones al nuevo perfil de morbilidad chileno. La infraestructura hospitalaria, la formación de especialistas y, también, la cobertura de los seguros de salud, siguen asociados a un patrón de prestaciones médicas más propio de las prioridades del pasado que las que el nuevo escenario impone. Si bien la inclusión de patologías AUGE-GES aspira a priorizar en función de la costoefectividad de las intervenciones, con especial consideración hacia las

prioridades de salud actuales, la definición de cuáles incluir sigue estando muy determinada por consideraciones de oferta (capacidad del sistema asistencial).⁶

En el nivel público, por su parte, el gasto en prevención y promoción de hábitos de vida saludable es mínimo en relación con el esfuerzo económico en las prestaciones curativas, a pesar de la demostrada incidencia que las políticas públicas preventivas pueden tener en el aumento potencial de años de vida saludables en el nuevo contexto epidemiológico.

Por lo tanto, la principal transformación que requiere el sistema de salud chileno para incrementar la costoefectividad de sus políticas es el reforzamiento radical de sus políticas de prevención y promoción de hábitos saludables y autocuidado. Asimismo, y dado que la nueva carga de enfermedad afecta especialmente a los sectores menos educados y de menores recursos, los esfuerzos en prevención tendrán un marcado carácter progresivo al concentrar el beneficio en años de vida saludable obtenidos entre los más pobres.

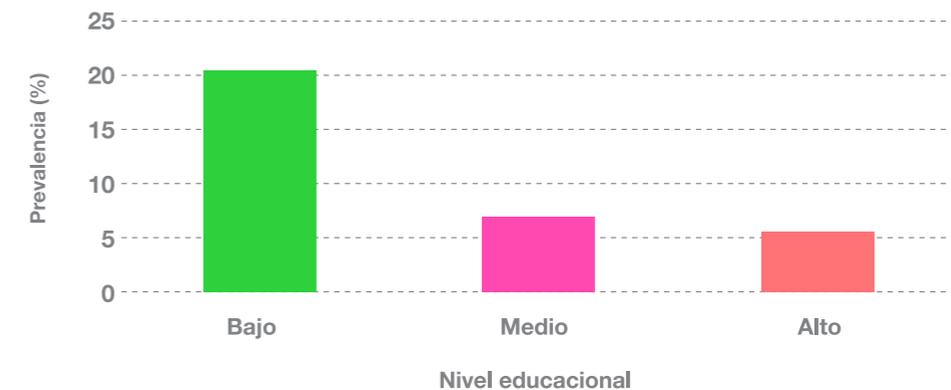
Por último, en el ámbito privado la medicina preventiva no ha tenido el desarrollo necesario, en parte por los bajos incentivos que para las Isapres tiene potenciar la prevención, tratándose de contratos de corto plazo que pueden ser desahuciados por los afiliados en cualquier momento.

Las dudas sobre la viabilidad del sistema de Isapres, o al menos sobre la fijación de precios basada en el riesgo

El modelo chileno enfrenta hoy dudas sustantivas acerca de la viabilidad de largo plazo del sistema de Isapres, fundamentalmente debido a cuestionamientos provenientes de los tribunales.

⁶ Aunque se requiere más información y análisis acerca de la inadecuación entre la oferta de prestaciones AUGE y el perfil de enfermedad, algunos ejemplos parecen validar la hipótesis. En efecto, la escasez de prestaciones odontológicas y psiquiátricas se explica más por la ausencia de capacidad de la oferta que por falta de demanda prioritaria.

Gráfico 3
Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 por nivel educacional

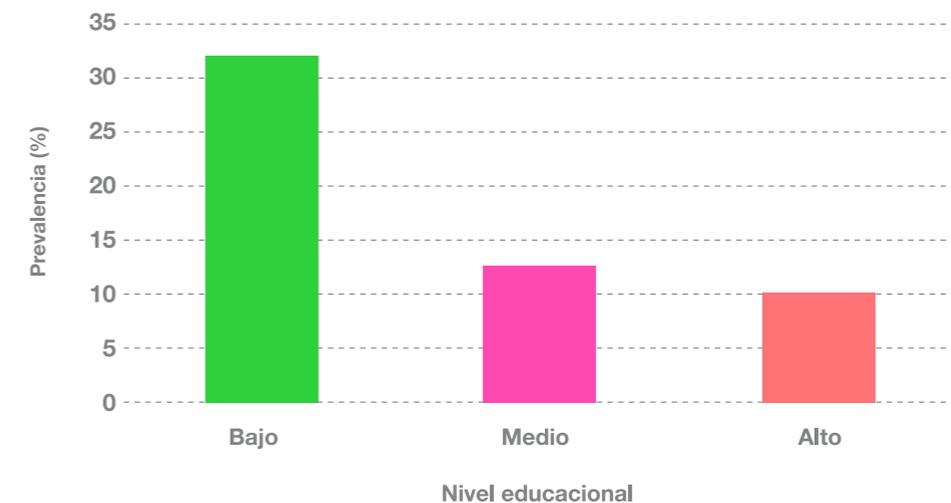


Fuente: Ministerio de Salud de Chile, Encuesta Nacional de Salud 2003 y 2009-2010.

Nota: Nivel educacional bajo = menos de 8 años.
Nivel educacional medio = entre 8 y 12 años.
Nivel educacional alto = más de 12 años.

La prevalencia se refiere al porcentaje de la población en cada nivel educacional que padece la enfermedad.

Gráfico 4
Prevalencia de riesgo cardiovascular alto por nivel educacional, 2010



Fuente: Ministerio de Salud de Chile, Encuesta Nacional de Salud.

Nota: La prevalencia se refiere al porcentaje de la población en cada nivel educacional que padece la enfermedad.

El 6 de agosto de 2010, el Tribunal Constitucional declaró la inconstitucionalidad de parte del artículo 38 ter de la ley de Isapres, reformada el año 2005.⁷ Este fallo se traduce en un llamado a legislar para reemplazar la fijación administrativa de la Superintendencia de Salud por una definición por ley de tablas de factores de precios que resulten idóneas, necesarias, proporcionales y razonables. Además, este fallo se suma a otros, de efectos individuales, de cuyos fundamentos se desprenden cuestionamientos radicales al sistema vigente de tarificación basado en los riesgos individuales de los beneficiarios. Básicamente, el fallo restringe severamente la posibilidad de fijar precios sobre la base de los diferenciales de riesgo provenientes del género y edad de los beneficiarios.

En paralelo, las diversas Cortes de Apelaciones del país, mediante millares de recursos de protección, casi invariablemente fallados en contra de las Isapres, han declarado arbitrarios e ilegales los aumentos de los precios de los planes de salud, no solo por la aplicación de la cuestionada tabla de factores, sino también por los aumentos de precios base de cada plan de salud.⁸

La propia Corte Suprema, fallando en enero de 2013 un conjunto acumulado de apelaciones de recursos de protección, ha confirmado la inviabilidad de ajustar los precios base de los planes de salud, al considerar que su modificación unilateral por parte de las Isapres constituiría una conducta arbitraria e ilegal. Ese fallo ratifica que los obstáculos que las Isapres enfrentan para ajustar las primas a los riesgos y costos de la población beneficiaria ya no solo surgen de la inaplicabilidad de la tabla de factores, sino también del congelamiento del precio de los planes resuelto por los tribunales.

Los tribunales, en la práctica, han dado origen a un

cambio radical en el modo en que tradicionalmente se entendió y aplicó la libertad de elegir sistemas de salud consagrada en la Constitución.⁹ Anteriormente, y en los hechos, se entendía que tal libertad solo podían ejercerla efectivamente quienes tuviesen la capacidad de pagar con recursos propios el precio o prima de un plan de salud ofrecido por una Isapre: la población solvente y/o de bajo riesgo. A modo ilustrativo, si bien la Constitución parece reconocer a toda persona el derecho de elegir entre un sistema estatal o privado de salud, el personal de las Fuerzas Armadas y Carabineros y su grupo familiar están, por ley, imposibilitados de ejercer tal libertad. Este factor dificulta la comprensión del verdadero sentido y efecto vinculante de la disposición constitucional que dispone la libertad de elección. Por ello, la norma constitucional habría tenido por efecto práctico solo proscribir los obstáculos que pudieran afectar el ejercicio de esa opción por quienes estuvieran en condiciones de pagar por ella. Pero los fallos recientes del Tribunal Constitucional parecen transitar hacia una acepción más material y concreta de ese derecho. Ya no sería suficiente que la libertad de elegir estuviese disponible para quien pudiese financiar la opción privada. Por eso, se cuestiona la constitucionalidad de un precepto legal que permite ajustar el precio de los planes de salud a la evolución que experimente el perfil de riesgo de los cotizantes y beneficiarios, en la medida en que de ello resulte un aumento de precio considerado incompatible con la preservación de dicha libertad y la vigencia del derecho a la seguridad social.

Esta transición interpretativa es radical y trascendente, aunque no todos parecen advertir o aceptar sus consecuencias lógicas, si se la toma en serio. En efecto, de consolidarse la interpretación según la cual la libertad de elección constitucionalmente garantizada debe entenderse

como un derecho concreto y material para todas las personas, esta debiera extenderse a todos los ciudadanos, por ende a los millones de chilenos que, por carecer de capacidad autónoma de pago suficiente, jamás han podido optar por el sistema privado. En términos lógicos, ellos enfrentan dificultades equivalentes a aquellos que recurren a tribunales para congelar el precio de sus planes en Isapres. Sin embargo, hoy nos encontramos ante la aparente inconsistencia de defender la libertad de elección de algunos, para justificar así el congelamiento de precios de sus planes, mientras el resto de la población carece –como ha carecido siempre– de la posibilidad práctica de optar por el sistema privado.

En rigor, la única forma de tomarse en serio la libertad de elección entre ambos sistemas de salud supondría la existencia, para toda la población, de subsidios a la demanda o “portables” que permitan elegir entre Fonasa e Isapres. La finalidad de esos subsidios sería complementar el financiamiento que las personas podrían sufragar con sus propios ingresos, de modo de sumar el monto necesario para financiar un plan que cubra a todo su grupo familiar. Dado que los riesgos y gastos esperados en salud de las personas difieren según sexo y edad, el sistema de subsidios debiera enmarcarse en un modelo de compensación de riesgos que genere subsidios cruzados. Bajo tal esquema, cada cotizante aportaría un porcentaje de su renta imponible a un fondo que, a su vez, redistribuiría esos aportes en función del riesgo del grupo familiar. De este modo, cada persona recibiría el monto necesario para cubrir el precio de un plan de salud para su grupo familiar, considerando la cantidad, edad y sexo de los beneficiarios. Este sistema, que concilia solidaridad, libertad de elección y sostenibilidad financiera es, por ejemplo, el vigente en Colombia desde 1993.¹⁰

Los jueces en Chile cuestionan, desde la óptica constitucional, la fijación de primas o precios basada en el riesgo actuarial de los beneficiarios. Desde el ángulo de los aseguradores, no obstante, resulta injusto e insostenible exigirles que brinden coberturas sin recibir el financiamiento actuarialmente equivalente, a menos que exista algún sistema de subsidios cruzado o compensación de riesgos. Lamentablemente, la solidaridad a la que aspira el Tribunal Constitucional es impracticable en el esquema actual de libre elección, porque es imposible evitar el comportamiento oportunista de las personas. En efecto, no se puede forzar a los cotizantes de menor riesgo relativo a que subsidien a los de mayor gasto esperado. Los mecanismos de compensación de riesgos no funcionan en sistemas duales con libertad de elección, puesto que quienes se perciban como “aportantes netos” preferirán salirse del sistema y afiliarse al Fonasa, especialmente si en el sistema público los afiliados reciben cada vez más subsidios públicos. Muestra de ello es que en el presupuesto 2013 solo el 38,9% del financiamiento de Fonasa provendrá de cotizaciones. El gasto fiscal hará la diferencia. Más aun, del total del presupuesto para salud, casi US\$ 16,5 mil millones, solo el 58,1% va a Fonasa. Buena parte de la diferencia va directamente a los servicios de salud y centros asistenciales para financiar la oferta de prestaciones.

En síntesis, la solución teóricamente perfecta para conciliar libertad de elección para todos, solidaridad y sostenibilidad financiera parece exigir la adopción de subsidios portables, la creación de un fondo de compensación de riesgos y la eliminación del riesgo de comportamientos oportunistas, al estilo del modelo colombiano establecido en la ley 100 de 1993. ¿Es viable esa opción en Chile? Y en caso contrario, ¿cuál es la mejor opción para el Chile del futuro?

⁷ Conviene citar dos considerandos relevantes del fallo del Tribunal Constitucional (TC) que declaró inconstitucional el precepto de la ley de Isapres que contiene la regulación de las tablas de factores. “Considerando 145: Que, en primer lugar, es dable observar que si bien las diferencias fundadas en los criterios de la edad y del sexo de las personas no son, en sí mismas, jurídicamente reprochables, ni tampoco *prima facie* arbitrarias, siempre que respondan a una fundamentación razonable, sí lo son aquellas que se derivan de dichos preceptos. En efecto, los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso tercero del artículo 38 ter de la Ley N° 18.933 son contrarios a la igualdad ante la ley asegurada en el numeral 2° del artículo 19 de la Carta Fundamental, toda vez que admiten el establecimiento de diferencias arbitrarias al no instituir límites idóneos, necesarios, proporcionados y, por ende, razonables, respecto del ejercicio de la potestad discrecional que el mismo precepto legal le entrega a la Superintendencia del ramo para determinar, a través de ‘instrucciones de general aplicación’, los topes de edad, dentro de la estructura de las tablas de factores que, a su vez, deben utilizar las Isapres al elaborar los planes de salud que ofrezcan a sus afiliados y para determinar la manera cómo influirá en la variación del precio de tales contratos el aumento o la reducción del factor que corresponda a un beneficiario del respectivo plan en razón de su edad (...). Considerando 148: Que, además, como lo ha señalado esta Magistratura en sentencias recientes –roles 1.273 y 1.348–, la diferenciación por sexo y edad que permite el artículo 38 ter de la Ley N° 18.933, establece un trato desigual para igualdades esenciales, como son: i) la igualdad en dignidad y derechos con que las personas nacen (inciso primero del artículo 1° de la Constitución), ii) la igualdad de oportunidades como derecho de las personas en la participación en la vida nacional (inciso quinto del artículo 1° de la Ley Fundamental), iii) la igualdad ante la ley entre el hombre y la mujer (oración final del inciso primero del número 2° del artículo 19 de la Constitución), y iv) la igualdad de acceso a las acciones de salud (inciso 120 segundo del número 9° del artículo 19 de la Constitución)”.

Como se desprende del considerando 148, el TC parece rechazar la conmutatividad o tarificación en función de riesgos, pues considera que las diferencias que resultan de cobrar en razón del sexo y la edad vulnera derechos fundamentales.

⁸ En 2011 se presentaron 32.000 recursos de protección ante las Cortes de Apelaciones, un 162% más que el año 2010. De ellos, más del 90% corresponde a recursos contra las Isapres por alzas de precio, acogidos casi íntegramente con costas por parte de los tribunales.

⁹ La parte final del numeral 9 del artículo 19 de la Constitución chilena señala: “Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado”.

¹⁰ Para hacer viable la libertad de elección, el sistema colombiano, conformado sobre una base única –y no dual, como el caso chileno–, impone una cotización obligatoria para salud del 12%. Esa cotización va al Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, y desde allí se distribuye a las Entidades Promotoras de Salud –equivalentes a las Isapres– que las personas elijan bajo la forma de Unidades de Pago por Capitalización (UPC). Las UPC se calculan en función del género y la edad de los beneficiarios. Así, si bien los cotizantes contribuyen en proporción a su capacidad de pago, los seguros reciben una prima ajustada al riesgo.

Propuestas

En esta sección proponemos algunas reformas que se hacen cargo de las debilidades del sistema expuestas en la sección anterior. En efecto, tanto los indicadores de salud como los costos se verán amenazados en el corto y mediano plazo si no adecuamos la costoefectividad del gasto público en salud, por lo que se requiere reforzar la medicina preventiva y su impacto en el cambio de las conductas de la población para contrarrestar los hábitos y patrones de consumo que inciden negativamente en la nueva carga de enfermedad. La institucionalidad debe responder a ese desafío desde tres perspectivas: potenciando el papel rector del Ministerio de Salud (Minsal) en lo que a medicina preventiva se refiere, fortaleciendo la atención primaria de salud como puerta de entrada al sistema y promotora del autocuidado de la población, y garantizando que los seguros de salud –especialmente Fonasa– ejerzan su función de compra de prestaciones para la población beneficiaria velando por su costoefectividad y su adecuación al cambio de perfil epidemiológico de la población. En suma, el modelo de salud debe acelerar su ajuste al nuevo escenario, aunque ello signifique hacer cambios complejos –y resistidos por algunos– a la estructura de la oferta de prestaciones.

Paralelamente, el sistema privado de seguros de salud (Isapres) ha sido desafiado por los tribunales de justicia de un modo que exige respuestas radicales.

Los desafíos descritos exigen respuestas en varios planos. Por un lado, y dado que la nueva carga de enfermedad está crecientemente determinada por factores de riesgo que provienen de conductas de la población que pueden modificarse, es imperioso que la salud preventiva asuma un rol más importante en las prioridades del Minsal, en la estructura del plan de salud que ofrecen los seguros y en el reforzamiento de la atención primaria de salud, tanto en su resolutivez como en su función de control y promoción de hábitos saludables entre la población asignada. En ese mismo sentido, el envejecimiento de la población exige respuestas institucionales costoefectivas, lo que conduce a proponer un modelo de atención del adulto mayor en asociación entre el Estado y la sociedad.

Por otro lado, un sistema de seguros en jaque por los tribunales demanda reformas legislativas que le den viabilidad bajo el nuevo marco de exigencias, que impone armonizar libertad de elección con solidaridad. Ello se resuelve, en teoría, mediante un sistema de subsidios portables y compensación de riesgos no exentos de dificultades técnicas y políticas en su implementación.

En suma, los principales desafíos y consecuentes pro-

puestas se centran en la adecuación de la institucionalidad al nuevo escenario de morbimortalidad de la población, y en la búsqueda de soluciones al desafío judicial que enfrentan las Isapres.

Ajustar la institucionalidad al nuevo perfil de enfermedad de la población

La acelerada transición epidemiológica chilena, marcada por el envejecimiento de la población y la incidencia creciente de factores originados en los hábitos y conductas, se ha manifestado a velocidades que han superado la respuesta institucional. Aunque el detalle de los desfases entre la nueva demanda y la vieja oferta excede el alcance de este documento, cabe resaltar lo siguiente:

- Chile gasta poco en prevención y mucho en financiar una oferta de prestaciones que no siempre responde a las prioridades sanitarias.

- La atención primaria, bajo una compleja doble dependencia de municipalidades (administrativa) y de los servicios de salud (técnico y sanitario), es el pariente pobre del sistema, cuando debiera ser la piedra angular. Una mayor resolutivez en la puerta de entrada al sistema de salud favorece la costoefectividad global de la red asistencial, al permitir intervenciones tempranas y favorecer controles y promoción de hábitos saludables de manera más cercana a la población. Esa oportunidad, sin embargo, la estamos perdiendo en Chile: la atención primaria aparece desarticulada, desfinanciada y con bajos niveles de resolutivez y prestigio entre médicos y pacientes.

- Fonasa, el gran asegurador de Chile, ha ejercido solo parcialmente el tremendo potencial ordenador de la oferta de prestaciones. En efecto, un seguro no solo gestiona riesgos, sino que, muy esencialmente en esta materia, ejerce la función de comprar las prestaciones que brinda a sus beneficiarios. Ello implica mucho más que el aprovechamiento de escalas y poder negociador para reducir costos, y debiese extenderse a la posibilidad de priorizar o condicionar la oferta de prestaciones en función de objetivos muy fundamentales:

- Verificar la calidad de los prestadores, exigiendo las certificaciones a que muchos hoy se resisten tanto en el sector público como en el privado.

- Potenciar modalidades de atención que propicien el autocuidado de la población.

- Establecer copagos u otros incentivos asociados a la costoefectividad de las prestaciones.

- Promover la aplicación de guías prácticas y protocolos basados en la evidencia de la costoefectividad de las prestaciones correspondientes.

- Financiar campañas de salud pública que impacten sobre las tasas de tabaquismo, sedentariedad, obesidad, abuso de drogas y otras conductas de riesgo.¹¹

El envejecimiento de la población y la escasa respuesta institucional al desafío geriátrico. Una población más vieja no es necesariamente una más enferma. La carga de enfermedad de la vejez puede postergarse con adecuados cuidados y controles y, cuando se manifiesta, no siempre demanda el modelo tradicional de atención hospitalaria para su tratamiento. En el mundo existen experiencias interesantes de vinculación entre las instituciones asistenciales y la población para apoyar el cuidado y monitoreo de los adultos mayores que van perdiendo gradualmente su autovalencia. En Chile es posible y crecientemente impostergable adoptar y adaptar prácticas similares.

La opción del subsidio portable y la compensación de riesgos: fortaleza teórica, dificultades prácticas

Una propuesta para un nuevo sistema de aseguramiento debe hacerse cargo de varios elementos. En lo básico, debe asegurar una cobertura razonable para toda la población. Además, debe permitir la libertad de elección de proveedores (tanto de seguro como de servicios), garantizada en la Constitución. Finalmente, debe apuntar a la costoefectividad del sistema en su conjunto y a su sostenibilidad futura en un contexto de envejecimiento de la población y de incremento constante de demandas sociales en la materia.

Sin embargo, un análisis completo del problema no puede limitarse al aseguramiento, sino que debe considerar la interacción de los seguros con los proveedores de servicios. Así, aun cuando el subsidio portable y la compensación de riesgos nos parece la mejor opción para conciliar libertad de elección, solidaridad y competencia, su instalación supondría que los subsidios estatales que hoy se canalizan a la oferta se trasladen hacia la demanda, con lo que el financiamiento que hoy recibe la red de prestadores públicos se volvería incierto.

Lamentablemente, la situación en Chile hace muy complejo, si no inviable, este tránsito en la próxima década. Las experiencias de autogestión hospitalaria, una versión tímida de una verdadera autonomía, han sido más bien frustrantes a la fecha. En el estudio de Inostroza y Nancuante (2012) se aprecia que las metas de autogestión distan mucho de estar cumplidas. El informe del gobierno del año 2012 sobre calidad de los hospitales autogestionados confirma el poco avance en gestión.

Por eso, una solución técnicamente interesante, como la del subsidio portable y la compensación de riesgos, parece inviable en la situación actual y en el mediano plazo. Ese modelo requiere una fuerte competencia entre los aseguradores, la cual requiere a su vez un acceso igualitario a la infraestructura, pública o privada, que provee los servicios. El año 2010, el gobierno del Presidente Piñera convocó a un grupo asesor para que evaluara alternativas de reformas ante el ya comentado fallo del Tribunal Constitucional. En su voto de mayoría, la comisión asesora se pronunció favoreciendo la adopción de un sistema de subsidios portables y compensación de riesgos que permitiera a todas las personas optar por afiliarse a un seguro privado o a Fonasa. Los requisitos de tal esquema eran la definición de un plan nacional de salud que ambos sistemas debían otorgar, y el establecimiento de un sistema de compensación de riesgos que generara subsidios cruzados entre las personas de mayores ingresos y menores riesgos hacia los cotizantes de menor renta y mayor gasto esperado en salud. Bajo tal esquema, los subsidios estatales serían portables o a la demanda, de modo de “financiar” una efectiva libertad de elección para todos. Por ello, y en la medida en que el Estado canalizara los subsidios a la demanda, la red asistencial estatal pasaría a financiarse con cargo a la “venta” de servicios, y ya no sobre la base de transferencias calculadas sobre bases históricas independientes de la cantidad y calidad de prestaciones otorgadas.

Es precisamente la transformación de los subsidios estatales –desde la oferta hacia la demanda– la fuente de las principales dificultades prácticas de la propuesta de mayoría de la citada comisión asesora. En efecto, y más allá de las presumibles resistencias políticas y gremiales a esta transformación –por el temor de que una parte de los subsidios estatales termine subsidiando el acceso a prestaciones brindadas por el sector privado–, sería un desafío mayor para los centros asistenciales públicos pasar de la certeza de un presupuesto fijo a la incertidumbre de los ingresos por venta o actividad. Además, la casi nula flexibilidad de los hospitales para administrar sus recursos (plantas, remuneraciones e inversiones fijadas por ley) impide ajustar la estructura de costos a la evolución de la demanda.

Un buen examen de la aptitud de los centros asistenciales estatales para administrarse con la flexibilidad exigida en un contexto de creciente financiamiento por el lado de la demanda ha sido la experiencia de gestión de los hospitales autogestionados. A casi seis años de la puesta en práctica de la reforma que los creaba, en diciembre de 2012 el Ministerio de Salud difundió

¹¹ Si bien las campañas de salud pública se consideran propias del Ministerio (bienes públicos), cuando un seguro cubre al 80% de la población y concentra a las personas de mayores riesgos relativos, el dinero gastado en promoción y prevención será con certeza más costoefectivo que la expansión de la oferta curativa.

un estudio comparativo de calidad de gestión de 59 hospitales de esa categoría. Los resultados no son auspiciosos. Si bien las facultades con que cuentan distan de dotarlos de real autonomía, la mayor flexibilidad relativa de que disponen se ha traducido en mejoras significativas. Solo 26 de los 59 hospitales evaluados cumple con estándares básicos de calidad de gestión, en cuatro categorías: sustentabilidad financiera, eficiencia operacional, gestión clínica y excelencia en la atención.

Los problemas de gestión observados en escenarios de ingresos casi enteramente fijos no permiten ser optimistas respecto de la capacidad del sistema para adecuarse a escenarios en que el financiamiento sea una variable dependiente de su actividad. Normas, cultura e incentivos conspiran en contra de esa opción. Un informe encargado por Grupo Res Pública Chile, precisamente para evaluar la posibilidad de transitar en el mediano plazo hacia un financiamiento de la red asistencial consistente con un sistema de subsidios portables, confirmó que la magnitud de los obstáculos hace inviable esa opción en el mediano plazo (Inostroza y Nancuante, 2012). En parte por oposición política y gremial, y en parte por falta de apoyos, sistemas e incentivos, lo cierto es que la evaluación de la experiencia de los Establecimientos Autogestionados en Red muestra avances muy inferiores a los previstos al momento de la reforma de 2005. Ni las autoridades del gobierno anterior ni las actuales han tenido el interés o la capacidad suficientes para promover el cambio esperable y deseable en la gestión hospitalaria. Así las cosas, propiciar el tránsito desde financiamiento fijo a variable parece demasiado prematuro y audaz, si no irresponsable. Dicho de otro modo, este modelo requiere, como precondition de viabilidad, introducir flexibilidad efectiva en la organización de los prestadores estatales, de modo que su estructura, gastos, eventual expansión, reducción o incluso cierre puedan responder a sus niveles de actividad observada. En ausencia de esa flexibilidad, transitar desde el financiamiento a la oferta hacia el que resulte de la venta de prestaciones en escenarios de competencia puede generar un descalabro financiero y organizacional que ningún gobierno querrá experimentar.

Propuesta 73 La prioridad a todo evento: un súper Fonasa para los chilenos

No deja de resultar paradójico que el debate sobre salud en la agenda pública –e incluso en las páginas anteriores– se concentre en identificar fórmulas para dar viabilidad a un sistema al que pertenecen solo 3

millones de chilenos y tan poco se hable acerca de cómo mejorar la calidad, oportunidad y pertinencia de la atención que reciben los casi 13,3 millones de chilenos afiliados a Fonasa.

La prioridad de las políticas públicas en el futuro debiera ser el fortalecimiento del sistema estatal, su adecuación al nuevo perfil epidemiológico y, muy especialmente, transformar al Fonasa en un seguro público que optimice su función de compra en lo económico y sanitario. Muchas razones justifican esta definición de foco de política.

Cobertura y equidad

La gran mayoría de los chilenos se atiende en Fonasa, en especial aquellos que, por sus menores ingresos y mayores riesgos, no tienen otra opción que la estatal. Toda mejora lograda en Fonasa es, por ende, un paso hacia una mayor equidad e igualdad de oportunidades, sobre todo si se tiene en cuenta que la carga de enfermedad asociada a hábitos y conductas afecta especialmente a los sectores más pobres.

Necesidad de transformar a Fonasa en un comprador inteligente de prestaciones públicas y privadas

Hemos señalado que un seguro de salud de las dimensiones de Fonasa debe ser un comprador inteligente que maximice la costoefectividad de los beneficios a que accede la población cubierta. Ello, por cierto, exige de Fonasa mucho más que ser una mera tesorería de los prestadores estatales (cuestión que más de algún prestador y dirigente gremial preferiría). Tampoco es suficiente que el poder comprador se exprese simplemente en negociar precios y reducir costos, objetivo no desdeñable, por cierto. Lo que cabe esperar de un seguro público es, además, que utilice todos los instrumentos a su alcance para acelerar la adecuación de la oferta a las necesidades de la demanda. Cabe advertir que la demanda a que hacemos referencia no es necesariamente la que surge espontáneamente de las personas en condiciones de asimetrías de información o inducción por parte de los prestadores. La demanda a que nos referimos consiste preferentemente en las prestaciones preventivas y curativas que, de acuerdo con la evidencia de costoefectividad, de mejor manera resuelven los desafíos del nuevo marco de morbimortalidad de la población chilena.

Para ejercer esta función de “compra inteligente y costoefectiva” se requiere, como veremos, de un mandato legal claro, y de un gobierno corporativo sólido y capaz de enfrentar las presiones y resistencias al cambio.

El DFL N° 1 de 2005 regula la institucionalidad del sector salud, incluyendo a Fonasa. Si bien la norma es amplia y permite a Fonasa ejercer una función de compra activa, ello no se expresa como obligación. El artículo 50, literal b), del referido DFL, señala que será función del Fondo:

“Financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II de esta Ley, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Régimen del Libro II de esta Ley en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de este, sean públicos o privados. Asimismo, financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema. El financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital”.

Cabe destacar en la norma citada la dependencia de la función de Fonasa a las definiciones que imparta el ministro, cuestión explicable y natural, pero que no siempre facilita que el Fonasa ejerza “presión” sobre los prestadores cuya jefatura máxima es el ministro del sector. La norma también explicita que el Fonasa financia prestaciones, pero también las inversiones de los establecimientos públicos, lo que dificulta conocer el verdadero costo de las primeras. Finalmente, la norma no es explícita en exigir una función de compra basada en los criterios de costoefectividad que aquí se sugieren.

Por ello, estimamos necesario que sea la ley la que establezca un mandato claro en el sentido de que el Fondo debe, preferentemente, velar por la mayor costoefectividad de las prestaciones a que acceden por su intermedio sus beneficiarios, siempre en el marco de las prioridades definidas por el Ministerio de Salud.

Gobierno corporativo

En los últimos años las prioridades de Fonasa y su gestión han cambiado radicalmente según quién sea su director, lo que confirma en parte la laxitud de su mandato legal. La importancia de Fonasa para las personas demanda, más que cambios bruscos de orientación estratégica, continuidad y perfeccionamiento de una gestión enmarcada en un mandato legal más claro y que ponga a sus usuarios en primer lugar. Asimismo, y frente al propósito de ejercer la función de compra forzando cambios en el mundo prestador público, se requiere de una dirección sólida que pueda enfrentar las previsibles presiones a favor del *statu quo*. En tal sentido, proponemos evaluar la existencia de un Consejo Directivo designado por mayorías parlamentarias amplias

que acompañe a un director designado bajo el modelo de la Alta Dirección Pública y con una remuneración acorde a sus altas responsabilidades.

Instrumentos de la “compra inteligente”

Finalmente, una reforma de Fonasa debe tender a la utilización de mecanismos concretos a través de los cuales el objetivo de optimizar la costoefectividad, el énfasis preventivo y la adecuación al perfil epidemiológico se concreten mediante la función de “compra”. Para esto resulta necesario expandir la utilización de un conjunto de instrumentos y objetivos utilizados parcialmente hasta ahora, pero que deben reforzarse e institucionalizarse en adelante y que pasamos a revisar a continuación:

- Compra de prestaciones a los centros asistenciales y laboratorios privados bajo fórmulas objetivas, condicionadas a la acreditación de calidad y bajo exigencias de costoefectividad basadas en la evidencia. La objetividad se transforma en un criterio necesario para prevenir riesgos de abuso de posición dominante por parte de una institución que adquiere rasgos cuasimonopólicos.

- Exigir a los prestadores públicos y privados que utilicen guías prácticas y protocolos que permitan verificar la calidad de la atención y su sujeción a medicina basada en la evidencia.

- Acelerar la acreditación de los prestadores públicos y privados condicionando compras o precios al cumplimiento de ese procedimiento. Una manera eficaz de forzar las mejoras necesarias –tanto tiempo postergadas– en el sector público es establecer un calendario gradual pero exigente que vaya progresivamente subordinando la compra o el precio de las prestaciones financiadas por Fonasa a la acreditación del prestador que las brinda. Los malos resultados en calidad y gestión no son admisibles, ni es aceptable que los recursos públicos fluyan a quienes no demuestran estándares de gestión adecuados. El condicionamiento de la compra de prestaciones a mejoras sustantivas en la calidad de las prestaciones puede ayudar a presionar por los cambios de un modo viable y efectivo.¹²

- Utilizar la función de compra y las señales financieras en el sector salud para favorecer la adecuación de la oferta de prestaciones. El arancel de Fonasa es, en la práctica, un plan de salud, pero plano en prioridades. Es posible avanzar, más allá de lo que hoy hace el sistema AUGE o GES, en la conformación de un plan de salud más costoefectivo y pertinente.

¹² La tendencia a un aumento del gasto en salud es universal, como también el avance de las conclusiones derivadas de la medicina basada en la evidencia. En tal sentido, es imperioso disciplinar el gasto público en función de la evidencia de su efectividad. Para ello se requiere de un poder comprador inteligente e informado de prestaciones, y no de meras tesorerías que transfieren recursos para financiar la oferta tradicional de prestaciones, las que no siempre aprueban el test de la pertinencia, necesidad o eficacia.

- Favorecer la prevención en salud, tanto en el autocuidado de quienes sufren enfermedades crónicas (hipertensión o diabetes, por ejemplo), como en la difusión de campañas de prevención y promoción de hábitos de vida saludables.

En suma, Fonasa puede y debe contribuir, a través de su función de compra, a acelerar la adecuación y respuesta de los establecimientos y las atenciones que brindan a las exigencias de la nueva carga de enfermedad. Ello puede hacerse de modo costoefectivo, cuestión especialmente relevante en un contexto en que previsiblemente el gasto sectorial público y privado tenderá a aumentar. Siendo casi cierto el aumento del gasto, un mejor Fonasa puede contribuir a mejorar sustancialmente su impacto en ganancias de años de vida saludable para su población beneficiaria. Un Fonasa que prioriza la asignación del gasto de modo claro y predecible a la evolución de la carga de enfermedad de los chilenos, puede hacer mucho para acelerar la transformación de nuestra oferta de prestaciones para satisfacer la nueva demanda. Con todo, no se nos escapan las dificultades de generar la transición anotada, especialmente a la luz de las dificultades que ha tenido el proceso de autogestión hospitalaria y las fuertes presiones que conducen al inmovilismo en el sector. Sin embargo, el cambio es viable y necesario para mejorar la atención de las grandes mayorías de la población, por lo que si se explicitan con claridad las ventajas para los usuarios, será posible concitar el apoyo político y la sostenibilidad de los cambios bajo un nuevo marco legal, un mandato claro y un sólido gobierno corporativo.

Propuesta 74 Fonasa como seguro de primer piso y seguros privados complementarios: una opción de mediano plazo

La solución al desafío que los tribunales plantean al sistema Isapre no es sencilla. La opción del subsidio portable y de fondo de compensación único para todo el sistema de salud, si bien exhibe fortalezas teóricas y capacidad de armonizar libre elección, solidaridad y sostenibilidad financiera de los seguros, no parece viable desde la perspectiva política ni desde la capacidad de los prestadores públicos para adecuarse a un financiamiento incierto dependiente de su actividad o venta de prestaciones.

Por otro lado, un fondo de compensación interisapre, como el que actualmente se discute en el Parlamento,

no es capaz de resistir el comportamiento oportunista, por lo que no resuelve los desafíos de sostenibilidad financiera. En efecto, la propuesta contiene una tarifa plana para acceder al plan básico al interior de las Isapres. Dado que los costos efectivos de las personas se relacionan con sus factores de riesgo por edad y sexo, una tarifa plana generará dos grupos de cotizantes: los que pagan más (aportantes) y los que pagan menos (subsidiados) que sus riesgos. Los primeros, en cuanto no son cautivos, tenderán a evitar su condición de aportantes, optando por Fonasa o por seguros particulares, lo que afectará la viabilidad y sostenibilidad financiera de la iniciativa. Es cierto que el proyecto en trámite también incluye el llamado IPC de la salud resuelto por un comité de expertos. Ello, de aprobarse, podría generar un marco legítimo e indisputado para los aumentos de precio, eliminando una fuente de las controversias legales actuales. Con todo, a la fecha de escribirse estas líneas seguía siendo incierto el resultado del proyecto de ley y no es posible estimar, de aprobarse, el modo en que será aplicado por los tribunales.

En suma, el proyecto de ley en trámite no parece constituir una solución de fondo al problema suscitado por el fallo del Tribunal Constitucional y más bien posterga la búsqueda de las soluciones más sistémicas que el asunto merece.

Por lo dicho, el equilibrio de largo plazo del sistema parece inestable y no debiera sorprender un progresivo debilitamiento del sistema privado si no se resuelve, a satisfacción de los tribunales, el modo en que pueden ajustar los precios de sus planes de salud a la evolución de sus costos. En este escenario, cabe evaluar el establecimiento en Chile de un modelo a la inglesa, esto es, basado en un seguro público universal, financiado con impuestos, al que las personas puedan complementar mediante seguros privados. Esta opción tiene ventajas, pero exige las siguientes condiciones:

Condición esencial

Un nuevo Fonasa, fortalecido, con gobierno corporativo de excelencia, mandato legal claro y prevención del abuso de posición dominante en su función de compra. En la medida en que el sector asegurador privado se debilite y disminuyan las alternativas de financiamiento de las prestaciones de salud, los diversos establecimientos o proveedores privados quedarán expuestos al abuso de la posición cuasimonopsónica del Fonasa. Por ello, la transformación de Fonasa en un seguro social único requiere medidas de resguardo que establezcan condiciones objetivas, justas y predecibles para la compra de prestaciones brindadas por privados.

Opciones de seguros privados complementarios

Entregar por ley –y previa reforma constitucional que modifique la garantía de libre elección hoy contenida en el artículo 19, N° 9– la seguridad social en salud al seguro estatal equivale a suprimir la alternativa privada

que hoy configuran las Isapres. Con todo, una transición de ese tipo debiera contemplar facilidades para que tales seguros se reconviertan en complementos adicionales para quienes deseen contratarlos. Ello puede lograrse mediante algunos beneficios tributarios, eventualmente transitorios, de modo de evitar la desaparición abrupta de una industria vigente.

Ventajas

Las ventajas de esta propuesta, que no son desdeñables, se concentran en tres dimensiones: el control de costos, la transición a un sistema de financiamiento a través de impuestos generales y el compromiso de las elites con el buen funcionamiento del sistema.

Un seguro estatal único ofrece

la opción institucional más costoefectiva

El caso inglés, así como el canadiense, muestran cómo pueden lograrse buenos resultados en salud manteniendo el gasto total bajo control. En la perspectiva de fuertes incrementos futuros de gasto en salud, no es menor la ventaja de optar por un modelo que, de acuerdo con la experiencia comparada, parece mejor preparado para controlar el aumento del gasto total en salud. Un poder de compra “inteligente” consigue para los consumidores mejores precios y, más importante aun, orienta la oferta hacia las necesidades reales de la población. Esto último, como se ha reiterado, es una necesidad insoslayable considerando la transición epidemiológica que ha vivido nuestro país y las restricciones que inevitablemente enfrentará el aumento del gasto público.

Un seguro estatal favorece el tránsito desde el financiamiento mediante cotizaciones hacia el financiamiento mediante impuestos generales

Chile, de modo implícito, ya ha avanzado en esa dirección: más del 60% del presupuesto de Fonasa proviene hoy de impuestos. Adicionalmente, la opción de eliminar el 7% de los pensionados avanza en la misma dirección y reducirá aun más la capacidad futura de financiarse mediante cotizaciones. Por otro lado, y desde la perspectiva de la formalización laboral e incentivos al empleo, resulta menos distorsionador financiar la salud con impuestos generales que hacerlo mediante impuestos “al trabajo formal”. Por cierto, esa transición obligaría a incrementar impuestos generales, tales como el IVA, y los impuestos a la renta a personas y empresas, para compensar los montos que dejarían de aportarse con cargo al descuento del 7% obligatorio para salud. En rigor, sin embargo, se trataría de la sustitución de un impuesto (al trabajo) por otro de base más general.

En consecuencia, y aunque no es de la esencia de la propuesta transitar hacia un financiamiento íntegro

de la seguridad social en salud mediante impuestos generales, la opción por un seguro estatal básico y universal facilita la eventual decisión de preferir a futuro su financiamiento vía impuestos. Ello ofrece no solo ventajas porque se elimina el impuesto al “trabajo” y su efecto adverso sobre la formalización del empleo, sino también porque elimina la justificación para ofrecer coberturas diferenciadas entre cotizantes y no cotizantes, lo que garantiza plena igualdad para toda la población en lo relativo a la cobertura del seguro estatal.¹³

Seguro estatal para todos: un incentivo al compromiso de las elites por su buen funcionamiento

Algunos han dicho que el compromiso de las elites por la calidad de la educación pública sería mayor si sus hijos se educaran allí. Algo parecido puede aplicarse a la salud pública. Por ello, la opción de un Fonasa para todos genera las condiciones políticas para que su perfeccionamiento sea un compromiso vital de todos, y muy especialmente, de las elites que toman decisiones públicas y que solo muy marginalmente hoy están afiliadas a Fonasa.

Propuesta 75 Fortalecer la atención primaria y su capacidad resolutive

La atención primaria debe ser la puerta de entrada al sistema, resolviendo la gran mayoría de los problemas y solo excepcionalmente derivando al paciente a niveles de atención más complejos. Lamentablemente, en Chile estamos lejos de contar con un primer nivel de atención como ese. Los consultorios o centros de salud familiar, dependientes administrativamente de los municipios y coordinados funcionalmente con los servicios de salud, suelen estar mal dotados de equipamiento y personal. Además, el sistema de financiamiento per cápita vigente, aunque contiene fórmulas para ajustar el pago a las particularidades de la población atendida, no genera incentivos para resolver los problemas. Por el contrario, cada vez que un paciente decide “saltarse” la atención primaria para concurrir directamente a un hospital o urgencia, el consultorio municipal ve reducidos sus costos, pero no sus ingresos. Esto genera incentivos perversos, que tienden a transformar la atención primaria en un simple mecanismo de derivación de pacientes.

El nuevo perfil de morbilidad exige un rol especialmente relevante a la atención primaria. El control de enfermedades crónicas, la promoción de vida saludable, las políticas

¹³ En la actualidad, los no cotizantes o “indigentes” de Fonasa (afiliados tipo A y B) solo pueden acceder a prestaciones de salud en la modalidad asistencial, pero no pueden utilizar la modalidad de libre elección.

de prevención en salud y el acompañamiento geriátrico deben prestarse preferentemente a ese nivel. Asimismo, parece imprescindible mejorar la articulación de la atención primaria con el resto de la red asistencial del país dependiente de los servicios de salud y con los establecimientos autogestionados. Las distintas dependencias orgánicas no deben obstaculizar la colaboración y coordinación, especialmente porque un paciente suele transitar por varios de esos niveles para resolver su problema.

En suma, en relación con la atención primaria, se propone:

- Reforzar la rectoría técnica de la atención primaria por parte del Ministerio de Salud y su coordinación con los servicios de salud correspondientes a su territorio, evitando que la dependencia administrativa municipal derive en una fragmentación que impida su funcionamiento en red.
- Potenciar la inversión en equipamiento que incremente la resolutivez a ese nivel.
- Asociar el pago del per cápita municipal a objetivos de salud más específicos, premiando la resolutivez de la atención y castigando derivaciones innecesarias.
- Mejorar el financiamiento de la atención primaria municipal en vinculación al tratamiento de sus nuevas responsabilidades potenciales, tales como acompañamiento geriátrico y participación en campañas de promoción de hábitos de vida saludable y autocuidado.

Propuesta 76 Colaboración entre el Estado y la comunidad para el cuidado de los adultos mayores

El envejecimiento de la población se acelera en Chile. De acuerdo con cifras del INE, el 14,5% de la población actual chilena es mayor de sesenta años. Esa cifra alcanzará el 28,9% el año 2050. Si bien la autovalencia de los adultos mayores se extenderá, en muchos casos, a edades cercanas a los ochenta años, es evidente que el cuidado del adulto mayor será progresivamente una prioridad de política pública. El nuevo perfil de la estructura familiar, caracterizada por mayores tasas de divorcio,

familias con menos hijos y mujeres incorporándose al mercado del trabajo, reduce las opciones del cuidado de los adultos mayores por sus descendientes. Por otro lado, el monto de las pensiones no alcanzará para financiar estadías en casas de reposo adecuadas. Finalmente, la escasa oferta de profesionales (médicos geriatras y enfermeras) y establecimientos públicos para la estadía de ancianos revela que no estamos preparados para esta dimensión del cambio demográfico.

En tales condiciones, parece imperioso innovar en las políticas de cuidado del adulto mayor siguiendo las prácticas observadas en algunos países asiáticos que han experimentado transiciones similares. Un buen ejemplo es Hong Kong. Allí, los centros de salud ofrecen capacitación a familiares y voluntarios (colegios, ONG y pensionados) para que ellos conformen una red de atención básica para los adultos mayores que han perdido autovalencia. Estos voluntarios se comprometen a visitar diariamente a los ancianos y verificar su situación de salud, e informar a los coordinadores geriátricos de los centros de salud. Este sistema permite entrenar a personas genuinamente motivadas, dotarlas de equipamiento básico y coordinarlas con los especialistas médicos cuando la atención profesional sea ineludible.

La motivación de las personas es, en esta materia, fundamental. La experiencia asiática revela que los ancianos prefieren que los atiendan y acompañen familiares o voluntarios que irradian afecto y preocupación personal. Dado que muchas de las atenciones de salud de los adultos mayores no requieren la participación de especialistas (trabajos kinésicos básicos, control de variables de salud, suministro de medicamentos, etc.), la participación de voluntarios entrenados es suficiente.

La vinculación de los voluntarios entrenados con el sistema asistencial debiera generarse a través del sistema de atención primaria. Es en ese nivel donde se produce la cercanía y la cobertura territorial que permiten apoyar el trabajo de voluntarios y reaccionar con prontitud cuando el adulto mayor requiera alguna atención de salud profesional.

Con todo, y más allá del ejemplo y la propuesta que se mencionan, el país debe incorporar como prioridad en la agenda de salud la atención a las personas de la tercera edad, promoviendo y extendiendo la autovalencia, y prefiriendo la participación activa y entrenada de voluntarios y familiares, que son a quienes los ancianos prefieren como compañía y apoyo.