

En el mes de diciembre de 2010 se dio a conocer el informe final de la Comisión Presidencial de Salud, consejo de expertos en la materia que fue creado por el Presidente Sebastián Piñera en julio de ese mismo año. La trascendencia de este informe es que será la guía de posibles modificaciones en el área de salud, especialmente en lo referente al seguro de salud, el financiamiento, la red hospitalaria y las licencias médicas. En esta Nota Técnica se estudiarán los ejes principales de las propuestas de la Comisión, así como un análisis de su implementación.

1. Marco Referencial

A fines del mes de julio de 2010, el Presidente Sebastián Piñera convocó a un grupo experto en asuntos de salud pública, con la finalidad de crear la Comisión Presidencial de Salud.

Pese a los buenos índices de desempeño en salud –como mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer o mortalidad materna–, existe la percepción ciudadana de que la atención de salud no es satisfactoria. Por tales motivos, la comisión debía trabajar en una propuesta que tuviese al menos los siguientes temas:

- ✓ Proponer las bases de una ley a enviar durante el primer semestre del 2011 que configure un plan garantizado de salud que incluya como mínimo el Plan AUGE y las patologías y condiciones que en el futuro se le incorporen, las prestaciones contenidas en el arancel codificado por FONASA y acciones preventivas de demostrado éxito para evitar enfermedades o contribuir a su diagnóstico precoz.
- ✓ Revisar el mecanismo de acceso y financiamiento del Subsidio de Incapacidad Laboral o Licencia Médica.

Sin embargo, otra de las razones que gatillaron la llamada a este grupo de expertos fue la resolución del Tribunal Constitucional respecto a las tablas de factores aplicadas en el sistema privado de salud. Por lo que uno de los puntos a resolver era justamente la inviabilidad legal de las discriminaciones por género y edad que aplican las ISAPRE.

2. Principales Ejes del Informe

El informe final de la comisión se entregó en diciembre de 2010, luego de cuatro meses de trabajo. Se compone de un diagnóstico inicial del sistema de salud en Chile – comparándolo con resultados internacionales–, licencias médicas, financiamiento del sistema de salud –donde se distinguen dos posturas–, fortalecimiento y modernización de la prestación de servicios en el sistema público de salud, medicina preventiva y acciones

de salud pública, y seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Luego se entregan propuestas para posibles perfeccionamientos

Cabe señalar que al tratarse de propuestas de Estado, que buscan la estabilidad a corto y largo plazo, es difícil que los expertos participantes lleguen a un consenso en todas las materias analizadas. Sin embargo, fue posible converger en muchas de las áreas, especialmente en lo referente a modernizar el sistema de prestaciones públicas y mejoras en el sistema de subsidios de incapacidad laboral.

Entre el conjunto de propuestas, se distinguen tres materias principales a destacar, las que se analizan a continuación:

i. Financiamiento del sistema de salud

Se crea un Plan Universal de Seguridad Social en Salud (PU) o Plan de Seguro de Salud Obligatorio (PSSO) –propuesta de mayoría y minoría respectivamente–, para todos los chilenos, cuyo fin es ser un eje ordenador del sistema de financiamiento. El concepto del PU debería quedar establecido en la Constitución con los propósitos de ser más concretos respecto de la garantía constitucional actual y evitar a futuro interpretaciones que nuevamente abran espacio a la judicialización del sistema. Las personas también podrían contratar Seguros Adicionales Voluntarios por montos extras a la cotización de salud.

La medida busca una mayor solidaridad, equidad y eficiencia en la gestión del financiamiento. En este sentido se dieron a conocer dos propuestas –mayoría y minoría–.

➤ Propuesta de mayoría (solidaria)

Las personas pueden elegir entre dos modalidades de atención: la red de consultorios y hospitales públicos, administrado por el Estado a través de FONASA; y clínicas y centros de atención ambulatoria e instalaciones del sistema privado, provisto por las Empresas de la Seguridad Social en Salud (ESSS).

Se define una prima per cápita sanitaria universal (PPCSU), cuyo valor preliminar es cercano a 1 UF. El valor promedio del Plan Universal deberá ser igual a la prima per cápita sanitaria.

Además, se crea un Fondo Compensatorio por Riesgo que se financia con una cotización de salud obligatoria, la cual ha sido estimada en alrededor de un 6% (cotización actual menos el 50% de la cotización promedio destinada hoy a financiar el SIL); y aportes del Estado, ya sean para cubrir el total de la prima de los beneficiarios indigentes que no cotizan y los de menores ingresos.

Este fondo de compensación tiene la virtud de ser solidario y con portabilidad, es decir, todo chileno tiene derecho en promedio a 1 UF (el costo del PU) mensuales. A cada persona le corresponde un monto específico de acuerdo a la tabla de factores, así como la libertad de escoger que sistema maneja su plan (para el caso de los indigentes es la ESSS pública).

Una de las razones que favorecen esta propuesta es la viabilidad política y judicial. La comisión fue creada tras el fallo del TC, por lo que su relevancia no es menor. En el fallo

quedó claro que no se aceptaban diferencias de precios discriminatorias por edad y género (pese a que la tabla de factores es matemáticamente correcta, invita a crear un mecanismo razonable y proporcionado de montos de las primas por los contratos de salud previsual), así como resaltar el deber intrínseco de la seguridad social en proveer seguridad a las personas. Por lo que una mayor solidaridad es factible judicialmente.

Las instituciones de salud pueden crear planes complementarios con las tablas que se apliquen, a diferencia del PU, donde la tabla no funciona a nivel de cada institución sino que una comisión distribuye el promedio de 1 UF según la tabla a aplicar por tal período.

➤ *Propuesta de minoría (no solidaria)*

Una vez definido el plan, se puede determinar el valor base actuarial para la población, tarea que recaería en el Ministerio de Salud, que lo definiría mediante un estudio técnico de una entidad independiente, anualmente y cada vez que se modificare el PSSO.

El Estado subsidia la diferencia que falta para llegar al costo del PSSO, en el caso de los cotizantes cuyo 6% no es suficiente y para quienes no poseen recursos. Mientras que en aquellos casos que el 6% de los ingresos sea superior al precio del PSSO para él y su familia, podría destinar ese excedente a otros gastos en salud (cuentas de ahorro para la salud, incorporación de otros miembros del grupo familiar, seguros adicionales de salud, etc.).

Los recursos fiscales a la salud debieran seguir un modelo de aporte per cápita, en lugar de la forma actual que sigue los presupuestos históricos, según necesidades declaradas de los establecimientos públicos.

Además, se estima que todas las personas debieran idealmente tener la posibilidad de elegir tanto la entidad que los asegure, como al prestador de su confianza. Para ello, los subsidios recibidos deberían ser nominados al trabajador que los necesite, y que él pueda decidir sobre su uso en la ESSS que elija.

ii. Licencias médicas

Se estima separar el sistema de licencias médicas, tanto público como privado, con el propósito de crear una institución especializada, independiente de las prestaciones en salud.

El actual SIL se transforma conceptualmente en un Seguro de Incapacidad Laboral, único, nacional, que cubre la incapacidad temporal de generar ingresos producida por la enfermedad común de un trabajador. Este seguro cubre indistintamente a trabajadores dependientes, independientes que coticen regularmente, que sean afiliados a ISAPRE, o a FONASA, o a quienes los sustituyan.

Funciona con cobertura médica cofinanciada entre el 50% de cargo del trabajador y 50% del empleador (estimación de 1% para cada uno, el cual podría reducirse tras un manejo más eficiente). Estos aportes serían recaudados por las AFP y el IPS.

El seguro sería administrado por entidades registradas en la Superintendencia de Salud para administrar y gestionar el riesgo del seguro. Tales entidades podrían ser ISAPRE o Compañías de Seguros de Vida, las que deben presentarse a licitación pública para

adjudicarse la administración del SIL para la totalidad del sistema, cada uno o dos años, por fracciones porcentuales de riesgo (como se hace con el seguro de invalidez y sobrevivencia). Se establece un mínimo de 5 o 6 entidades, cuya tarea es financiar el SIL, pero sobre ellos estará una entidad gestora (Corporación) que conecte a todas las administradoras, cuya función es la evaluación y pago de las licencias médicas.

Asimismo, se establecen cambios en el pago de los beneficios. Toda licencia médica tendría 2 días de deducible, independiente de su extensión. Del mismo modo, existe discrepancia en el nivel de la tasa de sustitución de la renta (copago), actualmente en un 100%. Esto a raíz de los incentivos a no volver al trabajo, por lo que se propone una tasa no mayor al 90% (80% de países OCDE poseen un copago entre el 50% y 75%).

iii. Prestaciones de operadores de salud pública

Se pretende que la institucionalidad de todo el aparato hospitalario sea crecientemente no estatal (sin SNSS), como los hospitales universitarios y las mutuales. Asimismo, se permitiría la existencia de operadores de salud de diversa magnitud o forma, eliminando el monopolio estatal actual.

Dado que no es posible realizar con éxito una transformación de fondo de los sistemas de financiamiento de la salud sin antes considerar en paralelo una reforma del sistema de provisión de servicios y de los mecanismos de asignación de los recursos, se consideran las siguientes recomendaciones en el sector público de salud por parte de la comisión:

- ✓ Incentivos y financiamiento para la promoción y prevención en todo el sistema de salud, pero en especial para la población que se atiende en el sector público.
- ✓ En el caso de la atención primaria es crítico sostener coberturas apropiadas de los programas, hacer diagnóstico precoz y mantener compensados a los pacientes crónicos, para evitar complicaciones.
- ✓ Se requiere un mayor financiamiento para reponer y mejorar la infraestructura asistencial hospitalaria y en APS, con el fin de cumplir con los nuevos estándares de calidad exigidos.
- ✓ Es necesario vincular en forma clara las necesidades de inversión con las necesidades de mejoramiento de la gestión.
- ✓ Es necesario realizar definiciones que permitan desarrollar un programa de inversiones que sea a su vez transformador del modelo de atención.
- ✓ Es necesario desarrollar infraestructura socio-sanitaria de baja complejidad, que permita reservar las camas hospitalarias para pacientes agudos y, al mismo tiempo, incrementar la proporción actual de camas de mayor complejidad.
- ✓ Se deben incentivar las inversiones publico-privadas, especialmente en lugares donde ambos sectores por sí solos no puedan disponer de dicha oferta.
- ✓ En lo inmediato, los hospitales públicos necesitan desarrollar con eficacia un modelo de gestión clínica y financiera que les permita cumplir con el desafío de

certificarse como establecimientos públicos autogestionados, que proporcionan servicios de calidad.

- ✓ Es necesario definir políticas de formación de especialistas, tarea que debe recaer en el Ministerio de Salud y no en los servicios y hospitales.
- ✓ Se requiere implementar un nuevo trato laboral con los médicos, otros profesionales y funcionarios de la salud pública.
- ✓ Se requiere modificar los métodos de transferencia de recursos a los hospitales, de modo tal que se haga crecientemente importante un financiamiento asociado a la prestación de servicios o a los resultados.

3. Implementación y Desafíos

3.1. Implementación

La visión más factible es una implementación de forma gradual de alguna de las propuestas de la comisión, especialmente en lo referente a mejorar la eficiencia del operador público y perfeccionamientos al sistema de licencias médicas (actualmente existe en el parlamento una propuesta sobre penalizar licencias médicas negociadas). Cabe destacar que, previo a considerar las propuestas del informe, es conveniente completar la reforma de salud del año 2004.

En función de los principales puntos del informe y los actuales avances del sistema de salud se puede establecer lo siguiente:

- ✓ Administración de los hospitales públicos: actualmente su financiamiento variable es el 50%, antes era sólo el 20% (pago por prestaciones), es decir, ahora se firma un compromiso con FONASA y la Subsecretaría de Redes Asistenciales donde se entrega un manejo mensualizado del presupuesto, con grados de flexibilidad para que, llegado el momento de rendir resultados, si se pueden otorgar más prestaciones, se abastecerá con más recursos. Lo anterior crea un estímulo a mejorar la eficiencia del manejo de los hospitales. Lo anterior logra que un hospital de mayor eficiencia tenga más recursos.
- ✓ Atención primaria: las personas podrán elegir su consultorio una vez al año, moviendo su per cápita mensual (aproximadamente de \$ 2.800) hacia donde estimen conveniente. Esta libertad no sólo es dentro del municipio, sino también de la Región.
- ✓ Financiamiento: se considera el adelanto de la obligatoriedad de los trabajadores independientes a cotizar.
- ✓ Licencias médicas: asumir la ley del parlamento que penaliza el mal uso de licencias médicas, constituir en FONASA una auditoría que permita a quien es dueño del dinero lo administre con mucha mayor probidad de lo actual (administrado por terceros), de modo que todo lo que se mejore por el lado de eficiencia no se destine a gastos del SIL. Se estudia la viabilidad en la disminución de la tasa de sustitución con un tope, es decir, rentas menores al tope reciben el 100% y las mayores al tope una tasa que cae de forma gradual.

- ✓ Preventivo: otorgar un paquete de prestaciones preventivas con cuota de obligatoriedad.
- ✓ Enfermedades laborales: traspasar a mutuales todo lo referente a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Ley Nº 16.744).

3.2. Desafíos

➤ *Plan Universal*

Modernizar el sistema de salud se relaciona directamente con la necesidad de modificar el hábito de las personas, por lo que previamente debiese realizarse una etapa de educación.

La creación del Plan Universal equivale a una cobertura mínima que todos los chilenos debiesen tener, la dificultad está en explicitar detalladamente esta cobertura. Debe ser lo suficientemente clara con la finalidad de minimizar los riesgos de judicialización, no deben dejarse espacios de intervención.

El contenido (beneficios) del PU debe incluir al menos enfermedades GES, con sus futuras incorporaciones; enfermedades no GES, a través de aranceles de prestación corregidos, ya que actualmente se da cobertura razonable en lo ambulatorio pero no así en lo hospitalario (coberturas mínimas); el arancel de FONASA, corrigiéndolo con el objeto de permitir a los individuos acceder a una bonificación o copago que realmente les dé la posibilidad de usarla.

Se debe tener presente que las propuestas no resolverán el problema de las listas de espera, ya que esto no se relaciona con la cantidad de recursos. Sin embargo, se pueden minimizar en los problemas más específicos, utilizando un sistema tipo GES.

➤ *Financiamiento*

Desde el punto de vista del financiamiento puede decirse que las dos propuestas son solidarias, es la forma en que se traspasan los recursos donde está la diferencia.

Hay diferencias por género y edad dramáticas, debido a distintos consumos de prestaciones. Asimismo, hay diferencias de ingresos importantes en los cotizantes de ambos sistemas. Lo anterior hace necesario la construcción de un fondo de compensación que reciba un precio parejo de todos los individuos y entregue de vuelta a la ESSS un valor ajustado por riesgo e ingreso de forma individual. Si no se aplica este sistema, no habría entidades privadas dispuestas a otorgar cobertura. El fondo debe hacer una compensación tal, que a los prestadores les sea indiferente la otorgación de beneficios, es decir, no puedan escoger a los de menor riesgo (selección adversa).

El fondo restituye la diferencia para equilibrar los valores que corresponden. Es posible crear un fondo ya que el aporte de los individuos es muy similar gracias al aporte fiscal, según se observa en el Cuadro Nº 1. En este sentido, habría un traspaso de recursos desde la población menos riesgosa (jóvenes) hacia el resto (adultos y mujeres en edad fértil).

Cuadro Nº 1
Efectos del aporte fiscal en una cotización del 6%
US\$

	Sin aporte	Con aporte
FONASA	12	38
ISAPRE	46	46
Diferencia	34	8

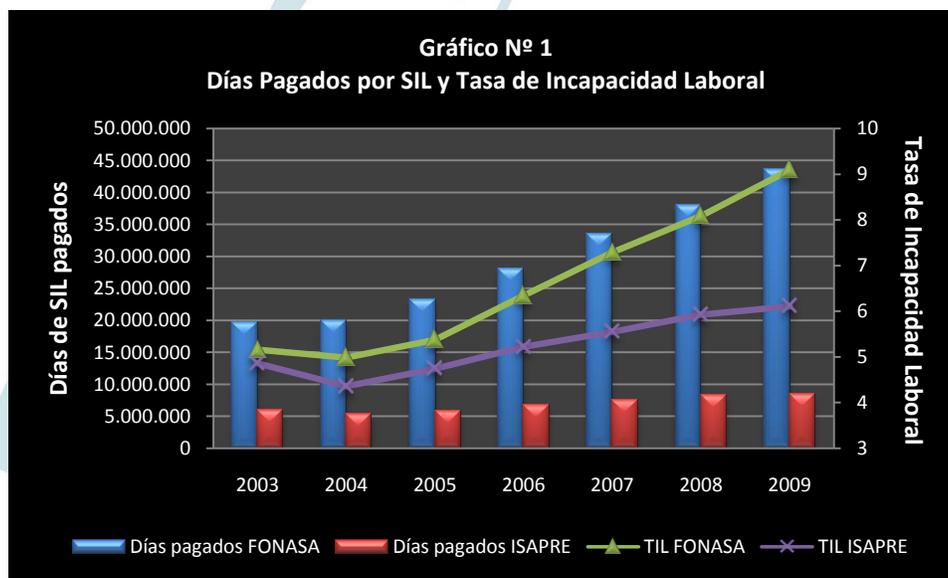
Fuente: FONASA, Superintendencia de Salud.
Elaboración CIEDESS.

Se debe contar con un fondo de recursos integrado, con aporte de cotizaciones y el Estado, por lo que apurar el proceso de incorporación de los trabajadores independientes –antes de la obligatoriedad definida para 2018– sería óptimo.

Obviamente la propuesta de mayoría presentará oposición considerando el derecho de los recursos propios, por lo que la cotización debería ser individual y no del colectivo. Además, las personas que reciben aporte tendrían incentivo a no declarar todos sus ingresos, ya que la prestación es la misma independiente del nivel de ingreso. Del mismo modo, se esboza resistencia por parte de las ISAPRE por terminar la forma de operar que existe actualmente

➤ *Licencias Médicas*

El sistema de licencias médicas se ha distorsionado en los últimos años, con tasas de incapacidad laboral (TIL) de 6 o 9 días por cotizante al año, según se observa en el Gráfico Nº 1. En el sistema privado posee un mayor control, pero con un trade off de imagen relevante.



Fuente: FONASA, Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Salud.
Elaboración CIEDESS.

La reducción a dos días del deducible radica en solucionar el conflicto de intereses entre médico y paciente, actualmente su relación se transforma en una instancia de negociación ajena a lo netamente terapéutico.

En general, la tasa de sustitución no alcanza el 100% en los países desarrollados, existe un grado de copago. Debe existir un castigo para incentivar el retorno al trabajo.

Considerando el ámbito internacional, se recomienda un plan de lucha contra el mal uso de las licencias médicas según planteamientos de la OMS, ya que es creciente la pérdida de recursos en esta área. En Chile existe un consenso en esta materia que podría resultar en un proyecto de ley de pronta salida.

➤ *Modernizar el sistema prestador público*

El servicio de salud posee costos fijos altísimos. Mientras la red pública siga operando como hoy, donde se captura el 90% de los recursos fiscales, será difícil implementar un fondo de compensación solidario. Para realizar perfeccionamientos se debe cambiar la institucionalidad, recurriendo al sector privado para hacer convenios. La deuda pública en el sector salud es preocupante, ya que por las restricciones presupuestarias se disminuyen las metas de los programas.

Antes de asignar mayores recursos es necesario corregir la gestión del sistema público, así como resolver las diferencias de calidad. Se recomienda la compra estratégica desde el sector público.

Adicionalmente, el sistema de salud público prestador debe enfocarse en mejorar su eficiencia y gestión. Es importante señalar que si los beneficiarios no sintiesen que perder las prestaciones y calidad del sistema privado fuera tan significativa, no se hubiese incurrido en el TC, dejando de lado el tema de ajustes de factores. La evidencia internacional indica que los juicios son principalmente para conseguir mayor atención.

Debiera implementarse una mejora en el sistema contable de los hospitales y estadísticas de productividad. En la medida que un operador obtenga mejores resultados se le pueden asignar mayores recursos.

Gestionar la red asistencial e instalar algún grado de gobernabilidad de los hospitales (de dirección y manejo) sería pertinente. Cabe la necesidad de plantear un cambio en los estatutos que regulan el quehacer de los hospitales, asimilando su operación al de una empresa productora de servicios.

Respecto a la red de atención primaria se observa que la autogestión en bloque no es sustentable técnicamente, hay que evitar caer en un sistema de costos crecientes. Otro elemento a mejorar es la formación de especialistas, se estima un déficit de al menos 1.000 a 1.500 para el sistema de atención primaria, especialmente en regiones. Se debe considerar que el per cápita actual es muy bajo si se desea obtener una atención primaria más resolutive.

La alta dirección pública no ha resuelto el problema de la dirección de los hospitales. Existe una alta brecha de las vacantes de los directores, donde los cargos no son del grado técnico que se estimó, a lo que se suman los bajos sueldos y la alta rotación, lo que no ayuda a programar un trabajo de largo plazo y su medición respectiva.