



ISSN 0717-1560

**SERIE INFORME  
SOCIAL  
Nº 99**

**DESAFÍOS DEL NUEVO MARCO  
REGULATORIO DEL SECTOR  
SALUD**

**Rodrigo Castro F.\***

**JUNIO 2006**

---

\* Ingeniero Comercial. PhD ( c ), Universidad de Georgetown. Director del Programa Social de Libertad y Desarrollo.

**INDICE**

**Página**

Resumen Ejecutivo	3
I. Introducción	5
II. Teoría y Elementos de Diseño Institucional del Marco Regulador	7
2.1. Fallas de Mercado	8
2.2. Fallas de la Regulación	11
2.3. Funciones del Sistema de Salud	13
III. Análisis y Comentarios de los Nuevos Marcos Legales y Regulatorios	17
3.1. Régimen de Garantías en Salud	18
3.2. Nueva Autoridad Sanitaria	20
3.3. Modificaciones Legales al Sistema ISAPRE	24
IV. Conclusiones	27
VII. Referencias Bibliográficas	31

LIBERTAD   
DESARROLLO

## DESAFIOS DEL NUEVO MARCO REGULATORIO DEL SECTOR SALUD

### Resumen Ejecutivo

El mercado de la salud no sólo está lejos del óptimo social (o resultado de competencia perfecta), sino que es un ejemplo de mercado imperfecto y lo es tanto en el ámbito de los seguros como en el de la provisión de salud. Estos mercados se caracterizan por: falta de homogeneidad de sus productos y servicios; asimetría de información entre quienes demandan atenciones de salud (que tienen poca o ninguna) y quienes la proveen (que la tienen toda); y por la existencia del fenómeno conocido como demanda inducida por la oferta de prestaciones.

La regulación, al igual que el mercado, tiene fallas, y como éste, los modelos de funcionamiento perfecto sólo operan en la teoría. En efecto, en los procesos de diseño, elaboración y aplicación de la regulación se manifiestan las imperfecciones o fallas del Estado. El diseño y operación de la institucionalidad regulatoria tienen por desafío prevenir o minimizar las fallas de la regulación, tales como la captura del regulador; problemas de información; inconsistencia de las decisiones y la posible sobrerregulación.

Si bien nuestro país presenta buenos indicadores generales de salud, existen importantes deficiencias en la calidad de los servicios entregados a la población, especialmente a la más pobre. En los últimos 15 años se ha triplicado en términos reales el presupuesto estatal de salud, no obstante no han habido cambios en la calidad del servicio ofrecido, debido a que se ha insistido en la mantención del obsoleto modelo estatal de gestión y financiamiento.

El gobierno ha diseñado e implementado el Plan AUGE para solucionar esta situación, definido como un modelo de prioridades de 56 patologías que busca garantizar la atención de ellas y los recursos que aseguran el acceso, oportunidad, calidad y equidad; y, a su vez, mediante la creación de una prima universal y un fondo de compensación, generar una redistribución solidaria entre los fondos del sistema privado. Sin embargo, distintos análisis técnicos han puesto en serias dudas la capacidad de llevar a cabo el AUGE en el SNSS, tanto por la demanda que provocará al sistema, como por el aumento de los costos en salud, la ineficiencia existente en los hospitales, la mala gestión de los recursos humanos y de la

infraestructura, y el desigual desarrollo en las distintas regiones del país.

Cabe destacar que los resultados que obtiene Chile en el análisis comparado de países realizado por la OMS delatan una serie de problemas que le impedirán dar respuesta a los nuevos desafíos que produce el cambio del perfil demográfico y epidemiológico y que se traduce en nuevas demandas y en un incremento sostenido de los costos en el sistema público y privado, lo que hace poco sustentable el sistema de salud en el largo plazo.

Por otro lado, los cambios económicos y sociales de los últimos años han hecho que las personas estén más concientes de sus derechos, elevando sus expectativas respecto de los servicios que reciben de su sistema de salud, los cuales según estudios y encuestas de opinión, no pueden satisfacer adecuadamente.

También existen investigaciones previas que dan cuenta de la brecha que hay entre los requerimientos de inversión que el país necesita en infraestructura y equipamiento, (US\$ 600 millones) versus las reales capacidades de financiamiento que posee el Estado. Por todo lo anterior, si no hay un cambio definitivo del modelo de financiamiento y de gestión, no se obtendrán resultados significativos, como ha quedado en evidencia en estos últimos 15 años.

## I. INTRODUCCIÓN

**E**l rol que tiene el Estado en los sistemas de salud modernos, principalmente en aquellas áreas que son indelegables y que constituyen su función esencial, es la definición de políticas, la regulación y el asegurar acceso equitativo de aquellos grupos de población, que con sus propios recursos no pueden obtener los bienes y servicios que la sociedad considera como mínimos sociales.

En el caso del sector salud se reconoce un rol esencial del Estado para alcanzar grados de equidad en el financiamiento y acceso a los sistemas de salud de toda la población en los niveles que socialmente se determinen.

Es importante reconocer también que el Estado ha tenido y tiene responsabilidades en la gestión del financiamiento mediante un seguro público y en el ámbito de la prestación de servicios de salud a través del sistema público que otorga esos servicios. No obstante lo anterior, ambas funciones pueden ser efectuadas por terceros toda vez que no son de la naturaleza propia de la responsabilidad del Estado, más aún si éstas las realizan dentro del ámbito de las políticas del sector y del marco regulatorio vigente, con mayores niveles de eficiencia, satisfacción para la población y produciendo un mayor bienestar social.

El Estado, además, debiera asumir todas aquellas funciones que por sus características y su naturaleza no pueden ser asumidas por los individuos en forma individual u organizada, ya sea porque éstos no pueden hacerlo o por razones de bien común que así lo aconsejen.

La discusión muchas veces conduce al falso dilema sobre si el sistema de salud debe ser público o privado, en circunstancias que ella debe estar centrada en cuál debe ser el rol del sistema público y el privado para lograr el mayor bienestar social de la población. En efecto, el Estado debe en forma eficiente definir, supervisar y evaluar las políticas de salud del país para toda la población. Asimismo, debe generar un marco regulatorio adecuado para lograr que los bienes públicos, meritorios y privados lleguen a la población de forma tal que se cumplan los objetivos de las políticas de salud bajo criterios de equidad, solidaridad y eficiencia. Por su parte, las instituciones y diferentes actores del sector público y privado

enmarcados por las políticas, regulación y marco de incentivos que éste provea, contribuyen al logro de los objetivos de las políticas nacionales de salud y a la satisfacción de las necesidades de la población en cumplimiento de su fin último como institución.

El Estado debe diseñar los sistemas y proveer los recursos cuando así se requiera para asegurar un acceso equitativo de la población a los diferentes servicios de salud, independientemente de cuál sea su condición socio-económica y de los niveles que la sociedad haya decidido, los que son esencialmente variables por razones políticas, sociales, culturales y económicas.

Asimismo, el sector privado debe participar en todas aquellas áreas de acción que le son propias y en aquellas otras que le son delegadas por el Estado en el ámbito de la gestión del financiamiento y la provisión de servicios de salud, enmarcados por las políticas sectoriales y el marco regulatorio definido por la autoridad. De esta manera se cautela otro principio esencial que dice relación con la libertad de iniciativa de los individuos y de los organismos intermedios de la sociedad.

Este conjunto de conceptos y principios debe aplicarse en forma flexible en el sistema de salud chileno, cuidando el bien común y la mayor eficiencia social en el uso de los recursos públicos.

Se entiende que bajo esta visión se fortalece el rol del Estado y del sector privado, pero fundamentalmente se fortalecen los derechos de los individuos, toda vez que el Estado cumple mejor su rol esencial en el ámbito de las políticas y la regulación, y asegura la equidad en el acceso a los servicios. Por otro lado, el sector privado bajo un marco de políticas y de regulación claro, puede desarrollar todo su potencial creativo en beneficio de la población y finalmente abrir opciones a los individuos para que puedan ejercer su derecho a acceder a un sistema de salud eficiente, equitativo y que provea servicios que satisfagan sus necesidades.

## II. TEORÍA Y ELEMENTOS DE DISEÑO INSTITUCIONAL DEL MARCO REGULATORIO

**L**a regulación, desde una perspectiva de la economía institucional, puede verse como una institución formal, referida a una función pública que restringe las actividades de los agentes que participan en el mercado, de manera intencional y con el propósito fundamental de garantizar el bien común. Vista así, la regulación se expresa principalmente en normas, como leyes, reglamentos, decretos o resoluciones, de modo que es de dominio público y obligatoria para todos los agentes, susceptible de ser vigilado su cumplimiento y de establecer sanciones; además, con tales normas se busca corregir problemas específicos que impiden el desarrollo de los mercados o hacen que éstos generen resultados no deseables desde una perspectiva social.

El estudio de la regulación puede abordarse teniendo en cuenta dos elementos fundamentales que constituyen su naturaleza o le dan forma como función pública. Por una parte, puede referirse a las instituciones o normas regulatorias, es decir, al producto de la función, de modo que interesa conocer la lógica y la eficacia de dichas normas como solución a problemas de mercado.

Por otra parte, la regulación también puede abordarse a partir de quienes ejercen la función, es decir, los organismos que proporcionan una estructura a las relaciones de los individuos y definen, ejecutan o vigilan las normas. La importancia de esta distinción radica en la mutua determinación de ambos elementos.

En primer lugar, los organismos u organizaciones toman forma en función de los limitantes provenientes tanto de las particularidades de su conformación y funcionamiento, como de las instituciones que son su razón de ser, lo cual determina las oportunidades potenciales de maximización de sus objetivos, expresados en logros en regulación (North, 1993). En segundo lugar, las instituciones son producidas por las organizaciones, pues éstas tienen la capacidad de dominar su entorno a través de la emisión normativa, por medio de la cual deciden cuántas y cuáles relaciones de las entidades sujetas a regulación quieren afectar (positiva o negativamente); poseen poder de recompensar, incentivar o castigar; además, tienen el poder de reducir (aumentar)



la incertidumbre, garantizando estabilidad (provocando inestabilidad) y manteniendo las relaciones de intercambio entre agentes en determinadas condiciones.

En este orden de ideas, la regulación implica un proceso llevado a cabo por los organismos reguladores, proceso que comprende el diseño y generación de normas, así como la adopción de medidas que garanticen su efectiva aplicación, de lo cual es posible distinguir la tarea normativa de la labor de fiscalización y control, respectivamente.

Aunque el sector salud posee innegables particularidades que lo distinguen del resto de las actividades económicas sujetas a regulación, tales diferencias no alcanzan a excluirlo de las consideraciones conceptuales que explican y enmarcan la regulación estatal.

El mercado de salud no sólo está lejos del óptimo social (o resultado de competencia perfecta), sino que es un ejemplo de mercado imperfecto y lo es tanto en el ámbito de los seguros como en el de la provisión de salud. Estos mercados se caracterizan por la falta de homogeneidad de sus productos y servicios; la asimetría de información entre quienes demandan atenciones de salud (que tienen poca o ninguna) y quienes la proveen (que la tienen toda); y por la existencia del fenómeno conocido como demanda inducida por la oferta de prestaciones. Adicionalmente, la especialización profesional del personal de la salud impone restricciones a la entrada de oferentes y, al menos en la atención de alta complejidad, la atomización de oferentes requerida por un mercado perfecto cede su lugar a niveles de concentración incompatibles con la competencia.

## **2.1. FALLAS DE MERCADO**

La teoría de la regulación identifica las siguientes fallas de mercado o fundamentos para la intervención regulatoria del mercado.

En primer lugar, en los casos en que prevalecen restricciones al número de oferentes o demandantes, no se dan las condiciones para presumir la formación de un precio eficiente. Aún cuando esta es una de las situaciones clásicas que requieren de regulación estatal, especialmente bajo la modalidad de fijación de precios, no

es la razón predominante que justifica la regulación estatal en el área de la salud. Ciertamente es que determinadas economías de escala pueden influir en la falta de competencia o alternativas socialmente justificables en lo referido a la infraestructura hospitalaria de alta complejidad, o la severa limitación de profesionales de determinadas especialidades o subespecialidades podrían justificar algún tipo de regulación de precios. En concreto, sin embargo, esto ocurre sólo de modo excepcional. Tradicionalmente, la reacción del Estado con relación a situaciones como las descritas se ha canalizado a través del intento de proveer directamente, mediante subsidios a la oferta, los servicios de salud cuyo acceso social se ha considerado conveniente o prioritario.

Un segundo fundamento clásico de la regulación lo constituyen los bienes o servicios públicos caracterizados porque el consumo de los mismos por una persona no excluye la posibilidad de consumo por las demás. Se expresa aquí el llamado efecto *"free rider"*, según el cual nadie tiene incentivos para pagar si, aún sin pagar, accede al consumo o provecho del bien público. Justicia, defensa, medio ambiente, acceso a lugares públicos constituyen ejemplos clásicos de bienes públicos. En materia de salud, y aún cuando algunos confunden acciones de salud pública con bienes públicos, sólo podríamos considerar estrictamente dentro de esta categoría las campañas de promoción de hábitos saludables desarrollados a través de los medios de comunicación masivos, la fluorización del agua potable, las políticas de preservación del medio ambiente, etc.

Otras acciones de salud pública, como las campañas de vacunación masiva o los controles preventivos son, en rigor, bienes de tipo privado, en cuanto su consumo se agota en quien lo recibe individualmente. Con todo, se les considera meritorios, y por ello se justifica socialmente su distribución masiva aún cuando ella no corresponda a una demanda espontánea de los potenciales beneficiarios. Los bienes meritorios, así como aquellos de alta externalidad positiva, esto es, aquellos cuyo beneficio alcanza a terceros que no intervienen en el consumo ni ayudan a financiarlo, son, también, justificación clásica de la regulación y, particularmente, de la regulación en salud. En efecto, garantizar acceso al aseguramiento y provisión de atenciones de salud es, para el Estado, una obligación derivada del carácter meritorio de las atenciones de salud, como también de la externalidad positiva que supone para toda la sociedad y su estructura productiva contar con una población saludable.

Un mercado perfecto requiere demandantes con acceso a completa información comparativa acerca de las condiciones relevantes de la oferta. La creciente complejidad técnica de las prestaciones de salud, la extendida incapacidad del paciente de reconocer o contrastar la pertinencia de la atención que el profesional le indica como necesaria (problema de la demanda inducida), así como la extraordinaria complejidad contractual de los seguros de salud revelan situaciones en que la asimetría de información se expresa con gran intensidad. En tal cuadro, confiar en la demanda espontánea de las personas, o incluso en la libre interacción entre demandantes y oferentes de atenciones de salud deriva en serias imperfecciones de mercado que reclaman regulación.

La regulación o estandarización de los contratos de aseguramiento en salud, los protocolos o guías prácticas de diagnóstico, tratamiento y criterios de concesión de subsidios por incapacidad laboral, como también la adopción de mecanismos de pago que desplazan parte del riesgo financiero al prestador con el objetivo de inhibir la sobrestimación de servicios, son ejemplos de algunos intentos de corregir fallas de mercado derivadas de las asimetrías de información que prevalecen en el sector.

No sólo las innegables fallas que han hecho del sector salud casi un ejemplo de mercado imperfecto, justifican la intervención estatal por vía de la regulación, cuando no la gestión directa de la oferta. Aún cuando el mercado de la salud satisficiera las exigencias teóricas del mercado perfecto, la intervención del Estado sería igualmente necesaria ante la convergencia de dos factores fundamentales: el carácter meritorio de la salud y su alta externalidad positiva, y la desigual distribución inicial de recursos en la sociedad que impide que todas las necesidades reales de las personas en el ámbito de la salud se expresen como demanda solvente en el mercado.

En consecuencia, a las fallas de mercado ampliamente estudiadas y reconocidas, se une la necesidad social de proveer acceso oportuno a las atenciones de salud preventivas y curativas a quienes, necesítandolas, carecen de los recursos propios para financiarlas autónomamente. Esta brecha entre las necesidades y la capacidad autónoma de pago de las personas, expresada en el desafío de aumentar la equidad social en salud, explicaría, incluso en la hipotética presencia de mercados perfectos, la necesidad de intervención o regulación estatal de los mercados de la salud, ya sea mediante la provisión directa de las atenciones de salud que se

definan o mediante mecanismos de subsidio a la demanda que involucren la definición regulatoria de las condiciones del bien o servicio cuya demanda se subsidia.

## 2.2. FALLAS DE LA REGULACIÓN

Desde la perspectiva de la teoría de la regulación, la existencia de fallas de mercado es condición necesaria, más no suficiente, para justificar la regulación estatal. Se requiere, además, que los beneficios sociales esperables de la regulación superen a los costos directos e indirectos que ella conlleva (Musgrove, 1996; Prever y Harding, 2000).

Los costos directos, e ineludibles, corresponden al financiamiento de la operación de las entidades regulatorias, el que debe ser evaluado en función del costo alternativo que supondría la asignación de esos recursos a otras áreas de las políticas públicas.

La regulación, al igual que el mercado, tiene fallas, y al igual que éste, los modelos de funcionamiento perfecto sólo funcionan en la teoría. En efecto, en los procesos de diseño, elaboración y aplicación de la regulación se manifiestan las imperfecciones o fallas del Estado. El diseño y operación de la institucionalidad regulatoria tienen por desafío prevenir o minimizar las fallas de la regulación que a continuación se describen.

Un primer problema se hace evidente al considerar las relaciones subyacentes en los organismos reguladores, en donde existe confrontación de intereses entre sus funcionarios y los objetivos de la regulación, lo cual genera circunstancias propicias para la generación de conflictos de poder que debilitan o desvían esta función de sus objetivos principales y conducen a la captura de intereses por parte de las entidades reguladas más influyentes, o de los mismos ejecutores de la regulación. De este modo, la captura de los intereses particulares genera la desviación de las decisiones del sector público hacia decisiones no eficientes en función de las consecuencias distributivas que tengan, con el fin de favorecer los intereses dominantes de los grupos más influyentes en el proceso de decisión.

La captura puede ser de dos tipos: captura por intereses económicos, y captura por intereses políticos. Es económica, cuando los intereses económicos sujetos a regulación, o

indirectamente afectados por ella, logran del regulador decisiones que los favorecen. La relevancia económica de las decisiones regulatorias, unida a factores como la discrecionalidad del regulador y la falta de transparencia y fundamentación de sus decisiones son factores que favorecen la corrupción del regulador.

Para contrarrestar los riesgos descritos, el diseño de la institucionalidad regulatoria suele considerar exigencias de fundamentación y publicidad de las resoluciones; establecimiento de escalas de remuneraciones que reduzcan las brechas a niveles tolerables entre lo percibido por quienes laboran en el ente regulador y los regulados; reglamentación del post-empleo, estableciendo prohibiciones, plazos mínimos o condiciones para que un regulador se desempeñe posteriormente en el sector regulado; y prohibiciones de recibir regalos, invitaciones pagadas o cualquier otro donativo de parte de los regulados.

La captura puede obedecer, también, a razones políticas. La regulación afecta intereses o expectativas de diversos grupos, los que, por ejemplo, en el área de la salud, poseen innegable influencia política. Gremios profesionales, grupos de usuarios organizados tienen un capital político que puede resultar muy atractivo seducir para reguladores que tengan expectativas en ese ámbito. En otro orden de cosas, y mientras menos clara y explícita sea la misión del regulador, más vulnerable resulta a presiones o condicionamientos políticos de corto plazo del gobierno de turno, particularmente si tanto la designación como la remoción del regulador son materia de decisión exclusiva y discrecional del gobierno. Los riesgos de captura política del regulador son mayores mientras más sensible sea el área regulada a la opinión pública, y más enconado sea el debate social acerca de la orientación y objetivos del regulador en ese ámbito.

La segunda falla de la regulación se asocia con problemas de información. Las estrategias ideadas para llevar a cabo los objetivos finales demuestran poca eficacia en su aplicación, o ellas no son las mejores para cumplir con las metas trazadas. Ello debido principalmente a la ausencia o insuficiencia de información sobre los efectos de las medidas adoptadas, las cuales en ocasiones pueden generar ineficiencias mayores que las que tratan de evitar o corregir. Adicionalmente, pueden presentarse asimetrías de información entre el regulador y los regulados, de modo que el primero no tiene elementos suficientes para conocer la realidad de las actividades que se regulan y, por tanto, sus decisiones pueden

ir en contravía de las necesidades sociales y, más bien, pueden estar influenciadas o favorecer a los segundos, reforzando así la captura de intereses.

El tercer problema de la regulación se refiere a la inconsistencia de las decisiones. Como los gobiernos actúan en un escenario de corto plazo, normalmente definido entre los períodos de elecciones, puede predominar la búsqueda de una eficiencia estática que resulte incompatible con una eficiencia dinámica. Además, si la regulación está regida por organismos en los cuales media la votación para la definición de las normas, pueden presentarse las inconsistencias derivadas de la paradoja del voto, con inestabilidad en la toma de decisiones (Arrow, 1963).

Asimismo, es posible que en este proceso de regulación la autoridad termine sobrerregulando al sector. En este caso, los costos que la regulación impone a la actividad, a los regulados -y por ende al consumidor final-, son superiores a los beneficios que se desprenden de ella. Aunque la ponderación de costos y beneficios es una cuestión difícil y fuertemente dependiente de la valoración subjetiva que se asigne a unos y otros, es innegable que la regulación puede resultar altamente costosa en situaciones en las que no se prevean los efectos colaterales y de largo plazo de una determinada decisión, o en que se impongan gravámenes a la actividad regulada que, más que perfeccionarla, la desincentiven, como puede ocurrir con la fijación de precios o imposición de condiciones de servicios que disuadan la inversión privada.

### **2.3. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD**

A partir de este marco conceptual, el análisis sobre la regulación en salud considera al sistema de salud e identifica cuatro funciones esenciales que éste debe cumplir: rectoría, provisión de servicios, generación de recursos y financiamiento. La primera función es especial por la influencia que tiene sobre las otras, puesto que reúne aspectos que van más allá de la simple reglamentación, involucra a todos los sectores de la sociedad y comprende las tareas propias de la dirección de la política de salud para influir fuertemente en todas las funciones del sistema, de manera que posibilite el logro del fin último de éste: alcanzar las mejores condiciones de salud en la población.

Asimismo, podría considerarse la función de rectoría como equivalente a la de regulación, aunque entre ellas existen diferencias conceptuales. La rectoría se ha definido como el manejo cuidadoso y responsable del bienestar de la población, función liderada por una autoridad nacional –el Ministerio de Salud–, pero que involucra como gestores de ésta a todos los actores que participan en el sistema, dándoles una caracterización de cuidado y responsabilidad que se desliga de sus intereses particulares y encuentra motivación en el compromiso colectivo (Travis et al, 2002).

En las motivaciones de los ejecutores de la rectoría y la regulación radica una diferencia fundamental. Al rector lo motiva el interés colectivo y, por lo tanto, utiliza su poder para lograr el buen desempeño del sistema, su desarrollo adecuado y el mejoramiento continuo; en contraste, el regulador es impulsado por el instinto económico que se traduce en individualismo y sus acciones tratan también de maximizar su propio interés<sup>1</sup>. En este contexto, las fallas de la rectoría y de la regulación, aunque se manifiestan de igual manera, tienen origen diferente: en la rectoría se dan independientemente de la voluntad del rector, mientras en el caso de la regulación nacen de la búsqueda que el regulador hace de sus intereses (Armstrong, 1997; Finkelstein y Hambrick, 1996; Mckee, 2001; Murray y Frenk, 2000).

Se identifican tres fallas en el desempeño de la rectoría (OMS, 2000): la miopía, la cual se manifiesta como la falta de políticas de largo plazo que sirvan para definir prioridades y formar expectativas sobre el papel que deben desempeñar los diferentes actores del sistema; la carencia de estrategias que incentiven la participación de los agentes en el sistema en una dirección determinada, propendiendo en cambio a la emisión de normas y reglamentos que generan resistencia al cumplimiento y en ocasiones no garantizan el buen desempeño del sistema; y la falta o no utilización de mecanismos de presión para obligar a todos los agentes a cumplir sus compromisos.

Para examinar la relación de la rectoría con las demás funciones del sistema, se considera primero que la provisión de servicios

---

<sup>1</sup> Este contraste parece desafiar la teoría de la elección pública y plantear, al adoptar el concepto de rectoría, la posibilidad de contar con individuos guiados por el bien común y desprovistos del egoísmo. Sin embargo, como se reconoce en la literatura sobre el tema y lo admite también la propia OMS, se trata más bien de una propuesta que no se tiene adoptada en ningún país.



requiere la función rectora para tomar las decisiones correctas acerca de qué servicios proveer, a quién entregarlos y cómo racionarlos, dado que elecciones equivocadas al respecto podrían dejar a la población sin las intervenciones que precisan. El papel de la rectoría en la función de generación de recursos se enmarca en asegurar la calidad y brindar confianza en la preparación de los recursos humanos, y organizar el mercado en un ambiente de transparencia competitiva para el suministro de medicamentos, equipos médicos especializados e infraestructura requerida en la producción de servicios. Ello pues gran parte de estas actividades son realizadas en el sector privado y su forma de producción impone barreras de entrada al mercado en forma de patentes y licencias y grandes inversiones de capital a largo plazo.

En cuanto a la función de financiamiento, la rectoría interviene para eliminar o reducir las barreras económicas que impiden el acceso de los individuos a los servicios de salud, organizando en especial la disponibilidad de los fondos financieros y la generación de incentivos para los proveedores. En esta función se diferencian tres elementos: las fuentes de ingresos, su acopio y administración, y las compras de servicios. Se espera, entonces, la suficiente recolección de fondos para el sostenimiento de los gastos en servicios de salud que provengan cada vez más de la modalidad de prepago en sustitución del pago de bolsillo; una administración que diluya el riesgo individual entre el conjunto poblacional; y un sistema de compras estratégicas que involucre una continua investigación para maximizar el desempeño del sistema de salud, decidiendo qué debe comprarse, cómo y a quién.

En esta concepción, la función de rectoría recae de manera especial en el gobierno, quien debe tratar que sea visible en los distintos niveles del sistema y generar los mecanismos necesarios para ejercer influencia en todos los agentes.

La regulación es un proceso complejo que incluye el diseño y generación de normas, como la adopción de medidas que garanticen su efectiva aplicación. A partir de lo anterior es posible distinguir la función normativa, correspondiente al diseño y emisión de las normas correspondientes, de la tarea de fiscalización y control de las mismas.

La función normativa participa de un doble carácter: político y técnico. Según el primero se recogen las opciones mayoritarias de la sociedad respecto de la materia a regular y se priorizan objetivos.



El carácter técnico exige excelencia y conocimiento en el diseño de normas de modo de garantizar que cumplan eficientemente el objetivo planteado.

En términos generales, la institucionalidad normativa debe contar con representatividad política y social, solvencia y autoridad técnica, y desempeñar sus tareas de un modo transparente y sometido al escrutinio social con relación a las decisiones que adopte.

La función fiscalizadora y de control es fundamentalmente técnica y apunta a verificar el cumplimiento concreto de lo dispuesto por la función normativa. Requiere especialización profesional y probada independencia respecto de los fiscalizados. El ejercicio de la función fiscalizadora es altamente dependiente de la disposición de recursos humanos y técnicos, como también de las atribuciones que las normas confieran al respecto. La función de fiscalización, que deriva en la aplicación de sanciones, debe estar sujeta a revisión por los tribunales de justicia, para garantizar un debido proceso y prevenir tendencias abusivas o caprichosas del fiscalizador.

La eficacia global de la regulación depende de la eficacia parcial de ambas funciones. Será siempre más fácil fiscalizar una buena norma, clara, racional y coherente con la estructura general de incentivos para el regulado. A la inversa, las previsiones y objetivos de la regulación sólo se podrán cumplir en la medida en que las tendencias infractoras de los regulados sean inhibidas y reprimidas a partir de una fiscalización efectiva.

### III. ANÁLISIS Y COMENTARIOS DE LOS NUEVOS MARCOS LEGALES Y REGULATORIOS

**S**i bien nuestro país presenta buenos indicadores generales de salud, existen importantes deficiencias en la calidad de los servicios entregados a la población, especialmente a la más pobre. En los últimos 15 años se ha triplicado en términos reales el presupuesto estatal de salud, no obstante no ha habido cambios en la calidad del servicio ofrecido, debido a que se ha insistido en la mantención del obsoleto modelo estatal de gestión y financiamiento. El gobierno ha diseñado e implementado el Plan AUGE para solucionar esta situación, definido como un modelo de prioridades de 56 patologías que busca garantizar la atención de ellas y los recursos que aseguran el acceso, oportunidad, calidad y equidad, y, a su vez, mediante la creación de una prima universal y un fondo de compensación, generar una redistribución solidaria entre los fondos del sistema privado. Sin embargo, distintos análisis técnicos han puesto en serias dudas la capacidad de llevar a cabo el AUGE en el SNSS, tanto por la demanda que provocará al sistema, como por el aumento de los costos en salud, la ineficiencia existente en hospitales, la mala gestión de los recursos humanos y de la infraestructura, y el desigual desarrollo en las distintas regiones del país.

Cabe destacar que los resultados que obtiene Chile en el análisis comparado de países realizado por la OMS delatan una serie de problemas que le impedirán dar respuesta a los nuevos desafíos que produce el cambio del perfil demográfico y epidemiológico y que se traduce en nuevas demandas y en un incremento sostenido de los costos en el sistema público y privado, lo que hace poco sustentable el sistema de salud en el largo plazo.

Por otro lado, los cambios económicos y sociales de los últimos años han hecho que las personas estén más concientes de sus derechos, elevando sus expectativas respecto de los servicios que reciben de su sistema de salud, los cuales según estudios y encuestas de opinión, no pueden satisfacer adecuadamente.

También existen investigaciones previas que dan cuenta de la brecha que hay entre los requerimientos de inversión que el país necesita en infraestructura y equipamiento, (US\$ 600 millones)

versus las reales capacidades de financiamiento que posee el Estado. Por todo lo anterior, si no hay un cambio definitivo del modelo de financiamiento y de gestión, no se obtendrán resultados significativos, como ha quedado en evidencia en estos últimos 15 años.

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Salud revela que nuestro país enfrenta una situación muy preocupante desde el punto de vista de las enfermedades crónicas no transmisibles y una alta prevalencia de factores de riesgo. Por ejemplo, un tercio de la población tiene hipertensión, un 60% sufre de sobrepeso u obesidad, y un 22% de angina de esfuerzo. Al hacer los exámenes de sangre, se comprobó que un tercio sufría de hipercolesterolemia, y un 4,2%, de diabetes. A nivel de hábitos, un 42% fuma y un 90% de la población no hace actividad física regularmente. En suma, más de la mitad de los adultos chilenos tienen un riesgo cardiovascular alto o muy alto. Esta encuesta refleja que el sistema de salud estatal enfrenta un desafío mayor, que no está recogido actualmente en los protocolos AUGE de la reforma de salud. Es necesario asumir en serio la tarea de prevención y promoción de la salud para cambiar la tendencia epidemiológica. Esta es una tarea propia del nivel primario de atención de salud y por ello es prioritario reformar este nivel.

A continuación se presenta un breve análisis a la luz de los aspectos señalados en la sección II, de los nuevos marcos legales y regulatorios en el sistema de salud.

### **3.1. RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD**

Tanto el esfuerzo realizado a principios de los años '70 como el desarrollo económico llevaron a Chile a mejorar sustancialmente sus indicadores básicos de salud, tales como esperanza de vida, mortalidad infantil, nutrición, etc. Sin embargo, hay consenso en que persisten problemas relacionados con la insatisfacción de la población con el sistema de salud, en cuanto a la falta de cobertura y acceso, protección financiera y mala calidad de los servicios públicos de salud.

Ahora bien, este nuevo marco legal tiene como objetivo mejorar la salud para todos los chilenos, garantizando igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad sanitaria, eficiencia en el uso de los recursos y

participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales.

Un aspecto fundamental del marco legal que define y establece el Régimen de Garantías en Salud corresponde a la nueva institucionalidad que determinará y recomendará las prestaciones asociadas a diferentes patologías que deberán ser garantizadas por los seguros públicos y privados. Este diseño presenta un riesgo político y económico en cuanto a las expectativas que ha creado el Plan AUGE a la ciudadanía. Aunque la representación del Consejo Consultivo en los diferentes actores interesados sea la óptima, aún persisten los riesgos de captura debido a que los grupos de interés (gremiales y corporativos) buscarán, a través de la competencia y el consecuente mal uso de recursos, ser beneficiados con la incorporación de alguna nueva prestación o patología que sea de su interés.

Adicionalmente, si se busca priorizar enfermedades, sujeto ello a los cambios epidemiológicos y demográficos, sería positivo evaluar la posibilidad de que el Régimen de Garantías y su reglamento definieran sólo un número limitado y fijo de enfermedades, de tal manera que a través del mecanismo de actualización (definido cada tres años) opere un esquema de sustitución de enfermedades.

Es evidente que esta ley implica un gran avance especialmente para el sistema público. Sin embargo, hay diversos aspectos que se deben ir resolviendo a medida que la reforma a la salud se implemente. La ley define una aplicación gradual del AUGE. Ello es positivo aunque insuficiente, ya que para cumplir con los plazos y con la restricción presupuestaria considerados en la ley, el sector público tendría que aumentar en forma sustancial su actual nivel de eficiencia, de lo contrario se deberá ajustar en el número de enfermedades que se incorporarán al AUGE o por el nivel de garantías explícitas que se define otorgar. Es importante recordar que, desde 1990, el gasto público del sector salud se ha triplicado, las listas de espera siguen aumentando y los hospitales públicos han mostrando importantes ineficiencias. Esto último debido principalmente a la falta de autonomía y flexibilidad que disponen sus directivos para gestionar sus recursos financieros y humanos. En este sentido, un estudio reciente evalúa la eficiencia técnica y productividad de un grupo de hospitales públicos (Libertad y Desarrollo, 2004). Los resultados del trabajo muestran que los hospitales más ineficientes en promedio consumen entre 30 y 94 por ciento más de recursos que los más eficientes. Asimismo se

concluye que si los hospitales ineficientes usaran de manera más eficiente sus recursos, el gasto destinado a este sector se reduciría en aproximadamente US\$ 107 millones, un monto suficiente para cubrir las mayores inversiones para la implementación del plan AUGE y mejorar los estándares de calidad del servicio.

### **3.2. NUEVA AUTORIDAD SANITARIA**

Este nuevo cuerpo legal que modifica el decreto ley 2.763 de 1979, establece una nueva concepción de autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y el fortalecimiento de la participación ciudadana.

El sector salud ha recibido en los últimos años importantes flujos de recursos, principalmente en la década de los noventa; sin embargo, éstos no han rendido los resultados esperados principalmente por problemas de gestión. Ello afecta en especial al sistema público prestador que tiene una organización y un marco de incentivos que no estimulan mayores niveles de eficiencia en la asignación de recursos y en su administración. En este sentido, la autoridad sanitaria debiera tener capacidad técnica y política suficiente para definir políticas de salud para el país, supervisar su cumplimiento y evaluar sus resultados.

Lo anterior se logra con un Ministerio de Salud altamente técnico, moderno, desconcentrado, y desligado completamente de FONASA y de los prestadores públicos de salud. En consecuencia, para lograr una autoridad sanitaria eficiente se debe establecer una organización del sistema de salud con una clara separación de funciones que desligue al Ministerio (autoridad rectora) de otras funciones operativas del sistema que tienen que ver con la gestión del financiamiento (seguro público) y la prestación de servicios de salud (red hospitalaria). El actual marco legal que rige este sector avanza en este sentido.

La ley también promueve la creación de entidades que apliquen normas de acreditación de prestadores de servicios de salud institucional e individuales para dar cumplimiento a las políticas de control de calidad de los prestadores públicos y privados. Los SEREMI verifican el cumplimiento de los requisitos, mientras que la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Prestadores y los acreditadores, verifica los estándares mínimos. Sin embargo, cabe preguntarse cómo se incentiva la calidad de las

prestaciones en salud en este nuevo contexto. Es muy posible que se pierda el valor de la calidad, generándose una equivocada percepción (expectativas) en las personas y un incentivo del Estado a elevar los estándares mínimos, con un aumento en los costos, con beneficios inciertos. ¿Cómo se promueve verdaderamente la calidad? El proceso debe ser voluntario para todas las instituciones prestadoras de salud. Se debe garantizar que este proceso sea competitivo entre agencias acreditadoras y en donde los criterios sean definidos por cada una de ellas, donde la mayor rigurosidad de la agencia se traducirá en un mayor prestigio del acreditado. En definitiva, es clave enfatizar el mayor contenido de información del proceso de acreditación.

Ahora bien, también es necesario definir una autoridad sanitaria con una institucionalidad fuerte, profesional y transparente para protegerla del riesgo de posibles capturas por parte de diferentes grupos de interés, corporativos, empresariales y gremiales. La forma que en los países con estados modernos han abordado este problema es mediante autoridades sanitarias orientadas claramente a definir, supervisar y controlar el cumplimiento de las políticas, establecer entidades independientes para regular los mercados de financiamiento y prestación de servicios de salud y tener completa transparencia en el ejercicio de su rol rector, de forma tal que todos los agentes y en especial la población tengan la seguridad de que la autoridad garantiza los intereses sanitarios de la población.

Las modificaciones al sistema de gestión hospitalaria del sector público fueron un avance. Sin embargo, se hace necesario avanzar hacia una institucionalidad más moderna para la administración y organización de los hospitales públicos. Es por ello que es necesario discutir un nuevo gobierno corporativo para el sector, que establezca un marco de incentivos que promueva una mayor eficiencia en el uso de los recursos, y que aumente gradualmente el rendimiento del gasto en el sector. Los hospitales públicos que se han definido como autónomos se deberían administrar con normas flexibles semejantes a las sociedades anónimas. Luego de un período de transición, los hospitales deberían tener una estructura jurídica independiente, constituida con participación minoritaria del Estado, dando una opción preferente para funcionarios y abiertos a la incorporación de entidades privadas interesadas en asociarse. Se debieran organizar con un estatuto similar al de empresas públicas con autonomía de gestión, con un régimen laboral regido por el Código del Trabajo, y directorios responsables de la dirección de las nuevas entidades jurídicas. Los hospitales deberían vender

sus servicios a precios que le permitan recuperar sus costos; y estar facultados para vender servicios a aseguradoras privadas y particulares hasta una cierta proporción de su capacidad, a precios negociados libremente.

Por otro lado, se requiere extender la experiencia piloto de Sistemas de Pago Prospectivo (PAD y PPP) a todos los hospitales. Esto significa establecer pagos vinculados a la condición médica tratada, utilizando costos estándares. Este sistema, a diferencia del pago por prestación, incentiva la administración médica, induce a la contención de costos y genera la posibilidad de promover la competencia comparada entre hospitales, aunque tengan poder monopólico en áreas geográficas determinadas.

Tercero, respecto a la atención primaria se requiere que los municipios compitan entre sí y con el sector privado para atraer beneficiarios del sistema institucional y captar clientes demandantes de prestaciones de salud de los sistemas FONASA libre elección, ISAPRE y particulares. Luego, los municipios podrían participar en la administración de los recursos previsionales, cobrando las cotizaciones obligatorias de salud y recibiendo el subsidio fiscal destinado a financiar todo o parte del gasto per cápita en salud. El municipio podría participar en la ejecución, compitiendo con el sector privado, de programas estatales y del plan básico de salud. Asimismo, podría administrar los recursos, subcontratando con terceros la prestación de servicios o realizar ambas funciones.

Desde la economía política es importante destacar que más allá de sus legítimos intereses, los gremios de la salud no han ofrecido una propuesta alternativa que garantice que la atención de salud mejorará sustancialmente; ni siquiera asumieron los costos de los paros que organizaron. Los diversos dirigentes han insistido en que, para alcanzar niveles aceptables, se requiere aumentar significativamente el gasto público en salud. Sin embargo, durante los últimos 14 años dicho gasto ha pasado del 1,9 al 3% del PIB, lo que ha significado en términos reales, que los recursos de la salud estatal se han triplicado, sin que eso se haya traducido en un progreso equivalente en la calidad y oportunidad de las prestaciones. En definitiva, si se destinan más recursos a la salud, la sociedad debe tener la garantía de que serán utilizados con eficiencia y ese aval todavía no existe. Por ello, en la reforma el pilar de la iniciativa no es el Plan AUGE, sino la mejoría en la gestión del sector público de salud.



Se debe llegar a la descentralización efectiva de la administración de los prestadores públicos. Para ello es necesario aumentar las transferencias de recursos destinados a comprar prestaciones y flexibilizar el presupuesto de los hospitales, de manera de incentivar los esfuerzos para aumentar los ingresos y hacer más eficiente el gasto. En este sentido se debe permitir que los establecimientos públicos atiendan a beneficiarios de las ISAPRE. Para ello se requiere facilitar el uso de las camas y permitir que el sector público pueda ampliar la compra de servicios en el sector privado y este último pueda aumentar el uso de la infraestructura pública. Lo anterior requiere instituciones autónomas que se administren con normas flexibles semejantes a las sociedades anónimas y se financien con recursos provenientes de la atención de personas beneficiarias del sector público y privado, compitiendo entre sí y con establecimientos privados.

A nivel internacional, la experiencia de países como Australia, Inglaterra, Brasil y Suecia, entre otros, es elocuente en lo que se refiere a las opciones disponibles para mejorar la gestión del sistema público de salud.

A medida que los sistemas de salud se enfrentan a aumentos en los costos de atención, la asociación del sector privado y público en la construcción y administración de hospitales públicos, como también de consultorios, puede resultar en nuevas e innovadoras formas de controlar costos y mejorar la calidad de los servicios, como también generar un ahorro fiscal neto. La experiencia muestra que tal asociación entrega significativos beneficios siempre que el gobierno estructure las transacciones cuidadosamente y diseñe arreglos contractuales adecuados que aseguren el acceso universal, un cuidado de la salud de calidad y un aumento en la eficiencia.

Pero, ¿cuál es la mejor opción para nuestro país? La asociación público-privado en el sector salud puede tomar muchas formas, cada una con un grado diferente de responsabilidad y riesgo para el sector privado. Estas alternativas dependerán de manera crítica de si la empresa privada administra los servicios médicos, es dueño o arrienda la propiedad, es empleador y financia y administra las inversiones de capital. La decisión con respecto a la opción más apropiada dependerá en las necesidades del hospital y la capacidad de regulación y control de la calidad y el consenso público en la necesidad de un cambio en este sentido.



### 3.3. MODIFICACIONES LEGALES AL SISTEMA ISAPRE

Las modificaciones al sistema de ISAPRE fue dividido en dos leyes. Por un lado se presentó una “ley corta” que nació con premura a la luz de la crisis desatada por la quiebra del grupo Inverlink y su ISAPRE Vida Plena y que busca fortalecer las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud y aumentar la solvencia financiera de las instituciones de salud previsual. La otra ley denominada “ley larga” introduce una serie de cambios que buscan fortalecer las facultades de la Superintendencia de Salud en la fiscalización de las ISAPRE y aumentar la protección de los beneficiarios del sistema ante estas entidades. Estos cambios necesariamente elevarán algunos costos en las ISAPRE y traerán consecuencias para sus afiliados. Particular preocupación debería tener el llamado Fondo Solidario Interisapres, ya que significará necesariamente la exclusión de un grupo importante de beneficiarios del sistema, especialmente concentrados en los grupos de ingresos más bajos.

Sin duda que las nuevas normas propuestas para las ISAPRE en cuanto a requisitos patrimoniales, de garantías y liquidez fortalecerán el sistema, disminuyendo, por tanto, la probabilidad futura de que alguna de ellas caiga en insolvencia. Sin embargo, de producirse esta última situación, no podría imponerse una asignación obligatoria de la cartera entre las demás ISAPRE, a las cuales no cabe responsabilidad alguna en los eventos que han motivado la liquidación de otra de esas entidades.

Se debe consignar que los afiliados con enfermedades preexistentes o con cualquier otra característica de cautivo, tales como mujeres embarazadas no quedan sin protección en el caso que la aseguradora en la cual cotizan quiebre. Esto debido a que el FONASA, cumpliendo su rol subsidiario, impediría que estas personas quedaran sin protección de salud, toda vez que el seguro público actúa como último recurso. No obstante, los cotizantes y afiliados de una ISAPRE fallida que se reconocen como cautivos que cotizaban en una ISAPRE valoraban las prestaciones en más que el costo de su plan y es por ello que no habían elegido al FONASA en una primera instancia. Es por ello que la actual legislación no permite solucionar de manera equitativa el problema que enfrentan estas personas.

Ahora bien, en la práctica, la inestabilidad de las ISAPRE está más bien acotada, pues pueden reducir sus utilidades (al menos por un tiempo) con el objeto de no elevar el precio de sus planes por sobre los de la competencia. De ahí la necesidad de que dispongan de reservas para hacer frente a la posibilidad de quiebra. Cabe señalar, sin embargo, que alterar esta condición también generará nuevas barreras de entrada que pueden contribuir a la concentración del mercado asegurador.

Hay diversos aspectos pendientes en la reforma a la salud. Un aspecto adicional pero no menos importante es el aumento de los costos en salud que ha enfrentado Chile desde la mitad de los años '80, el cual ha sido superior al crecimiento de las remuneraciones y por consiguiente a la cotización de salud. En el contexto de una reforma, cabe preguntarse por qué obligar a las personas a asegurarse por un porcentaje de su ingreso cuando éste no responde a una lógica redistributiva y el costo del seguro médico no depende del ingreso individual. En lugar de destinar el 7% del ingreso a la compra de un seguro de salud, se podría establecer la obligación de adquirir un seguro catastrófico que cubra completamente al cotizante y su familia, por todos los gastos que superen un porcentaje a determinar de su ingreso familiar anual. Esto eliminaría los subsidios cruzados de las personas de bajo a alto riesgo hoy presentes en el sistema, e incorpora un esquema de subsidios directos a la demanda para financiar la diferencia entre el costo del seguro catastrófico y el 7% del ingreso, eliminando los problemas de selección de riesgo y “descreme del mercado” que genera la regulación actual. El sistema de seguro catastrófico podría combinarse con una libreta de ahorro para salud destinada a financiar una parte del deducible del seguro catastrófico. Las familias en este caso aportan por un período determinado a estas libretas hasta alcanzar un monto de, por ejemplo, un 60% del deducible.

El sistema de salud público presenta pocos incentivos para contener costos, mientras la salud en el sector privado se financia con un sistema de seguros de corto plazo y pagos por prestación. Con el fin de controlar los costos en salud o limitar el riesgo de abuso, se hace necesario imponer un mecanismo de participación de costos, tanto en el sector público como privado. Las libretas de ahorro para salud serían más eficientes que otros sistemas tradicionales de contención de costos, dado que generan recursos adicionales.

Asimismo, se requiere avanzar en la portabilidad de los subsidios públicos, medida que permitiría garantizar la libre movilidad de las familias entre los sistemas público y privado y permitiendo el acceso de todos al sistema ISAPRE.

Por último, cabe señalar que el marco legal que reforma el funcionamiento de los subsidios por incapacidad laboral y los subsidios maternales aún está en proceso legislativo. Baste indicar que en el último decenio se ha observado un importante crecimiento del gasto en subsidios por incapacidad laboral (licencias médicas), el que se duplica para el subsidio por enfermedad y medicina curativa y más que se triplica para el subsidio por reposo maternal y enfermedad grave de hijo menor de un año. Esta tendencia es preocupante, ya que implica una carga creciente para los sistemas de salud público y privado, lo que a la larga se traduce en una reducción de los recursos disponibles para la cobertura del resto de las prestaciones de salud. A la luz de estos antecedentes se hace necesario evaluar un nuevo diseño que favorezca la reducción al mínimo de los abusos, liberando recursos que permitan, entre otras cosas, mejorar la calidad de las atenciones de salud, especialmente en el sector público.

Es necesario diseñar un sistema que contenga los incentivos adecuados para su correcto funcionamiento, cubriendo a los trabajadores de la contingencia de contraer una enfermedad que les impida trabajar, asegurando su adecuada recuperación y minimizando los abusos que se observan en la actualidad. En este sentido, parece razonable considerar al menos dos instrumentos de política pública. En primer lugar, una alternativa que mejora los incentivos a racionalizar este subsidio es dar libertad a las personas para pactar el subsidio de incapacidad laboral, con el objeto de mejorar la cobertura de salud y abaratar los planes. Para ello es necesario flexibilizar los contratos del subsidio de forma de permitir que los cotizantes puedan pactar libremente, ya sea subsidios menores al 100% del ingreso o deducibles expresados en números de días.

#### IV. CONCLUSIONES

El mercado de salud no sólo está lejos del óptimo social (o resultado de competencia perfecta), sino que es un ejemplo de mercado imperfecto y lo es tanto en el ámbito de los seguros como en el de la provisión de salud. Estos mercados se caracterizan por la falta de homogeneidad de sus productos y servicios; asimetría de información entre quienes demandan atenciones de salud (que tienen poca o ninguna) y quienes la proveen (que la tienen toda); y por la existencia del fenómeno conocido como demanda inducida por la oferta de prestaciones.

La regulación, al igual que el mercado, tiene fallas, y al igual que éste, los modelos de funcionamiento perfecto sólo funcionan en la teoría. En efecto, en los procesos de diseño, elaboración y aplicación de la regulación se manifiestan las imperfecciones o fallas del Estado. El diseño y operación de la institucionalidad regulatoria tienen por desafío prevenir o minimizar las fallas de la regulación, tales como la captura del regulador; problemas de información; inconsistencia de las decisiones y la posible sobrerregulación.

No sólo las innegables fallas que han hecho del sector salud, casi un ejemplo de mercado imperfecto, justifican la intervención estatal por vía de la regulación, cuando no la gestión directa de la oferta. Aún cuando el mercado de la salud satisficiera las exigencias teóricas del mercado perfecto, la intervención del Estado sería igualmente necesaria ante la convergencia de dos factores fundamentales: el carácter meritario de la salud, y su alta externalidad positiva y la desigual distribución inicial de recursos en la sociedad que impide que todas las necesidades reales de las personas en el ámbito de la salud se expresen como demanda solvente en el mercado.

En consecuencia, a las fallas de mercado ampliamente estudiadas y reconocidas, se une la necesidad social de proveer acceso oportuno a las atenciones de salud preventivas y curativas a quienes, necesitándolas, carecen de los recursos propios para financiarlas autónomamente. Esta brecha entre las necesidades y la capacidad autónoma de pago de las personas, expresada en el desafío de aumentar la equidad social en salud, explicaría, incluso en la hipotética presencia de mercados perfectos, la necesidad de

intervención o regulación estatal de los mercados de la salud, ya sea mediante la provisión directa de las atenciones de salud que se definan, o mediante mecanismos de subsidios a la demanda que involucren la definición regulatoria de las condiciones del bien o servicio cuya demanda se subsidia.

Si bien nuestro país presenta buenos indicadores generales de salud, existen importantes deficiencias en la calidad de los servicios entregados a la población, especialmente a la más pobre. En los últimos 15 años se ha triplicado en términos reales el presupuesto estatal de salud, no obstante no ha habido cambios en la calidad del servicio ofrecido, debido a que se ha insistido en la mantención del obsoleto modelo estatal de gestión y financiamiento.

El gobierno ha diseñado e implementado el Plan AUGE para solucionar esta situación, definido como un modelo de prioridades de 56 patologías que busca garantizar la atención de ellas y los recursos que aseguran el acceso, oportunidad, calidad y equidad, y, a su vez, mediante la creación de una prima universal y un fondo de compensación, generar una redistribución solidaria entre los fondos del sistema privado. Sin embargo, distintos análisis técnicos han puesto en serias dudas la capacidad de llevar a cabo el AUGE en el SNSS, tanto por la demanda que provocará al sistema, como por el aumento de los costos en salud, la ineficiencia existente en hospitales, la mala gestión de los recursos humanos y de la infraestructura, y el desigual desarrollo en las distintas regiones del país.

Cabe destacar que los resultados que obtiene Chile en el análisis comparado de países realizado por la OMS muestran una serie de problemas que le impedirán dar respuesta a los nuevos desafíos que produce el cambio del perfil demográfico y epidemiológico y que se traduce en nuevas demandas y en un incremento sostenido de los costos en el sistema público y privado, lo que hace poco sustentable el sistema de salud en el largo plazo.

Por otro lado, los cambios económicos y sociales de los últimos años han hecho que las personas estén más conscientes de sus derechos, elevando sus expectativas respecto de los servicios que reciben de su sistema de salud, los cuales según estudios y encuestas de opinión, no pueden satisfacer adecuadamente.

También existen estudios previos que dan cuenta de la brecha que hay entre los requerimientos de inversión que el país necesita en

infraestructura y equipamiento, (US\$ 600 millones) versus las reales capacidades de financiamiento que posee el Estado. Por todo lo anterior, si no hay un cambio definitivo del modelo de financiamiento y de gestión, no se obtendrán resultados significativos, como ha quedado en evidencia en estos últimos 15 años.

Quedan algunos aspectos pendientes en la reforma a la salud. Un aspecto adicional pero no menos importante es el aumento de los costos en salud que ha enfrentado Chile desde la mitad de los años '80, el cual ha sido superior al crecimiento de las remuneraciones y por consiguiente de la cotización de salud. En el contexto de una reforma, cabe preguntarse por qué obligar a las personas a asegurarse por un porcentaje de su ingreso cuando éste no responde a una lógica redistributiva y el costo del seguro médico no depende del ingreso individual. En lugar de destinar el 7% del ingreso a la compra de un seguro de salud, se podría establecer la obligación de adquirir un seguro catastrófico que cubra completamente al cotizante y su familia, por todos los gastos que superen un porcentaje a determinar de su ingreso familiar anual.

El sistema de salud público presenta pocos incentivos para contener costos, mientras la salud en el sector privado se financia con un sistema de seguros de corto plazo y pagos por prestación. Con el fin de controlar los costos en salud o limitar el riesgo de abuso, se hace necesario imponer un mecanismo de participación de costos, tanto en el sector público como privado. Asimismo, se requiere avanzar en la portabilidad de los subsidios públicos, medida que permitiría garantizar la libre movilidad de las familias entre los sistemas público y privado y permitiendo el acceso de todos al sistema ISAPRE.

Por último, cabe señalar que el marco legal que reforma el funcionamiento de los subsidios por incapacidad laboral y los subsidios maternales aún está en proceso legislativo. Baste indicar que en el último decenio se ha observado un importante crecimiento del gasto en subsidios por incapacidad laboral (licencias médicas), el que se duplica para el subsidio por enfermedad y medicina curativa y más que se triplica para el subsidio por reposo maternal y enfermedad grave de hijo menor de un año. Esta tendencia es preocupante, ya que implica una carga creciente para los sistemas de salud público y privado, lo que a la larga se traduce en una reducción de los recursos disponibles para la cobertura del resto de las prestaciones de salud. A la luz de

estos antecedentes se hace necesario evaluar un nuevo diseño que favorezca la reducción al mínimo de los abusos, liberando recursos que permitan, entre otras cosas, mejorar la calidad de las atenciones de salud, especialmente en el sector público.

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akerlof, George (1970), *"The Market for 'lemons': qualitative uncertainty and the market mechanism"*, Quarterly Journal of Economics, 84.
- Arrow, Kenneth (1963), *"Uncertainty and the welfare economics of medical care"*, American Economic Review 53.
- Castro, Rodrigo (2004), "Midiendo la Eficiencia de los Hospitales Públicos", Serie Informe Social N° 83.
- Enthoven, Alain (1993), *"The history and principles of managed competition"*, Health Affairs 12, pp. 24-48.
- Ferreiro, Alejandro (2000), "El papel de las Superintendencias en la regulación de seguros de salud". División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.
- Folland, Sherman; Goodman, Allen; Stano, Miron (1997), *"The economics of health and health care"*. New Jersey, Prentice Hall.
- Mitnick, Barry (1989), "La economía política de la regulación" México, Fondo de Cultura Económica.
- Murray, Christopher; Frenk, Julio (2000), *"A framework for assessing the performance of health systems"*. Theme papers. Bulletin of World Health Organization 78, 6.
- Musgrave, Philip (1996), *"Public and private roles in health: theory and financing patterns"*. Washington, Human Development Department. World Bank.
- North, Douglass (1993), "Instituciones, cambio institucional y desempeño económico" México, Fondo de Cultura Económica.
- Preker, Alexander; Harding, April (2000), *"The economics of public and private roles in health care: insights economics and organizational theory"*; The World Bank, HNP, 21875.
- Sanhueza, Ricardo (1999), "Burocracia pública y organizaciones en salud", Departamento de Economía, Universidad de Chile.



## **Serie Informe Social**

Últimas publicaciones

- Nº 96**                    **Derrotar la Pobreza hacia el Bicentenario**  
Patricia Matte y Rosita Camhi  
Enero 2006
- Nº 97**                    **Midiendo la Eficiencia de la Salud Municipal**  
Rodrigo Castro  
Febrero 2006
- Nº 98**                    **Investigación y Desarrollo:  
Análisis y Propuestas**  
M. de los Ángeles Santander  
Rodrigo Castro  
Marzo 2006