

# Desafíos del sistema de salud y la necesidad de una

# Reforma Estructural

• Cristóbal Cuadrado

## Introducción

Una creciente tensión afecta al sistema de salud chileno. El Tribunal Constitucional, con su fallo del 2010, puso en jaque el sistema de múltiples fondos segmentados por riesgo al cuestionar la razonabilidad de la discriminación por edad y sexo aplicadas por las ISAPRE, llevando a una vulneración del derecho a la protección de la salud, y el derecho a la seguridad social (Zárate 2010). Desde entonces, una judicialización cada vez mayor ha sido el reflejo de una respuesta social contra un sistema que se percibe como abusivo. Ha sido la justicia, mas no el mundo político, quien ha venido a responder y representar los intereses de la ciudadanía. En términos de legitimidad, el sector salud se encuentra evidentemente golpeado (Cuadrado 2016). Todo esto con el telón de fondo de largamente postergados proyectos de reforma durante las últimas administraciones.

Por tanto, el sistema de salud se enfrenta desde hace un largo tiempo al desafío de avanzar en una reforma que se haga cargo de manera estructural de los problemas urgentes que lo aquejan. Estos pueden esquematizarse de manera sencilla en: a) problemas de la oferta, tanto en términos de oportunidad como de equidad en el acceso, modelo de atención y calidad; b) problemas asociados a la demanda, en un contexto de envejecimiento poblacional, alta carga de enfermedades crónicas e incremento en los costos de salud asociados a nuevas tecnologías. Estos desafíos fueron solo parcialmente abordados por la última reforma sectorial del sector de principios de la década del 2000, conocida como Reforma AUGE. Desde entonces, ningún Gobierno ha priorizado el sector salud en su agenda política.

Para comprender los desafíos a los que se enfrenta el sector y las necesarias reformas, a continuación presentamos un análisis desde una perspectiva histórica y del financiamiento del sistema, para luego proponer elementos esenciales que una reforma a la seguridad social en salud debería incorporar.

## Desafíos desde la perspectiva histórica del sistema de salud

Un elemento fundamental a reconocer es la segmentación histórica instalada en el sistema de salud chileno. A lo largo del siglo XX, la estructura del aseguramiento y provisión de servicios salud ha segmentado la población de acuerdo con la ocupación,

el nivel socioeconómico o sus ingresos. Una dependencia histórica extremadamente difícil de superar. Desde la creación del seguro obrero (1924), pasando por el SERMENA (1942) e incluso el Servicio Nacional de Salud (1952), nunca existió un único agente asegurador que garantizara mancomunación de los recursos y un acceso equitativo para toda la población, independiente de su ocupación. La creación de FONASA (1979) y posteriormente el sistema ISAPRE (1981), no hace más que consolidar una nueva forma de segmentación dentro del sistema de salud basado en la capacidad de pago de los individuos. Se profundiza en el arreglo institucional la posibilidad de tener un sistema para ricos en paralelo a un sistema para los que no pueden pagar.

Por su parte, sin proponer mayores cambios estructurales, los gobiernos de la Concertación intentaron regular los mercados de seguros de salud y de prestadores de salud con magros resultados. Las lógicas de responsabilidad individual en el arreglo de Seguridad Social se mantuvieron, la privatización de la prestación de servicios se profundizó, el mercado de las ISAPRE tendió a una mayor concentración, observándose progresivamente precios más altos y menores coberturas para sus afiliados (Martínez-Gutiérrez and Cuadrado 2017).

La reforma de la salud de la década pasada falló rotundamente a la hora de intentar modificar la estructura de financiamiento del sector. La creación de un fondo solidario que mancomunara las cotizaciones obligatorias de FONASA e ISAPRE fue transado a cambio de la aprobación del AUGE (Cuadrado 2015). Desde entonces, tres comisiones asesoras a nivel ministerial y presidencial han propuesto cambios a la estructura del financiamiento del sistema, buscando incorporar mayor solidaridad y equidad. La última de estas comisiones fue desarrollada durante la segunda administración de Bachelet (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud. 2014). Pese a las recomendaciones emanadas, la autoridad no mostró una voluntad política efectiva para movilizar un nuevo proceso político de reforma. En consecuencia, superar la segmentación del sistema salud es un desafío histórico vigente hoy.

## Perspectivas desde el financiamiento

El sistema de salud chileno presenta un gasto en salud per

cápita 50% menor que el promedio de la OCDE. Asimismo, pese al importante crecimiento durante los últimos años, el gasto en salud como proporción del PIB sigue por debajo del promedio de los países OCDE (OECD 2017). Aún más preocupante, un tercio del gasto en salud sigue proviniendo directamente del gasto de bolsillo de los hogares (DESAL 2017), exponiendo a la población a un alto riesgo financiero de empobrecerse o sencillamente no poder acceder de manera oportuna a prestaciones de salud necesarias.

Por otro lado, pese a una importante expansión del presupuesto público, las inequidades de recursos disponibles entre los asegurados por FONASA e ISAPRE siguen siendo muy significativas. Estas diferencias no solo se explican por las cotizaciones, sino que también por los co-pagos, que en la población ISAPRE son 3,7 veces mayores a los de los afiliados a FONASA (\$41.490 vs \$11.201, respectivamente) (Instituto Nacional de Estadísticas 2013). En base a supuestos conservadores, los recursos disponibles per cápita por beneficiario ISAPRE son al menos un 40% superiores que los de la población FONASA al año 2015.

Este análisis debe complementarse con la mirada de las necesidades en salud, ya que el mayor riesgo de enfermar de la población FONASA es un factor clave. A este respecto, Cid estimó dicha diferencia de riesgo en un 33% (Cid 2011). Más recientemente, se ha reportado que la diferencia de riesgo asciende a un 72% al considerar diferencias de sexo, edad y carga de enfermedades en ambos sistemas (Urriola 2017).

El suma, la población con menores riesgos de enfermar cuenta con más recursos disponibles para responder a sus necesidades de salud, algo a todas luces injusto y evitable. Estas inequidades se sustentan en la lógica segmentada del sistema de salud en su financiamiento. La ausencia de mecanismos de mancomunación universal de recursos genera ineficiencias en la asignación de recursos, al limitar los subsidios cruzados entre la población, impidiendo que los recursos sigan las necesidades de salud de la

población. Es inevitable, por tanto, repensar la estructura general de nuestro sistema de salud.

### Las necesaria reforma estructural a la seguridad social en salud

Una reforma de seguridad social en salud debe hacerse cargo de estos desafíos, en particular la segmentación e inequidades que genera la actual arquitectura de sistema. Por una parte, debe asegurarse la mancomunación universal de recursos destinados a la Seguridad Social en salud. Esto se recoge adecuadamente en la propuesta de creación de un fondo mancomunado de salud propuesta por la última comisión asesora presidencial (Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud. 2014). La visión de mediano plazo, de un sistema con un seguro universal de salud, permite garantizar un alto grado de universalidad, solidaridad y equidad en el arreglo de seguridad social, tal como han demostrado la experiencia de varias décadas de países que han adoptado modelos de Seguros Nacionales de Salud, sistemas con un pagador único y cobertura universal, como Canadá o Australia (Decker, 2004).

Asimismo, existe evidencia reciente que demuestra que es enteramente factible conducir procesos de integración de sistemas de salud segmentados con múltiples aseguradores en tiempos acotados, en países de ingresos medios-altos similares al de Chile, como Corea del Sur, Estonia, Uruguay, Taiwán o Turquía, durante las últimas dos décadas. Dichas reformas han logrado aumentar la cobertura, incrementar la eficiencia y mejorar la equidad en el acceso de la población.

Para lograr avanzar en esta línea, Chile requiere una reforma que se haga cargo de cuatro elementos fundamentales, más extensamente desarrollados en una reciente propuesta realizada por una comisión de expertos convocada por la Escuela de Salud Pública y el Colegio Médico de Chile A.G (Frenz et al, 2018):

1. Universalización y unificación de los diversos esquemas de aseguramiento existente (FONASA, ISAPRE, FFAA, seguros contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales) en un único esquema de seguro, que le permita actuar como un pagador único del sistema de salud, el cual modernice sus procesos, establezca contratos con prestadores tanto públicos como privados y tenga un sistema de afiliación automática para todas las personas del territorio nacional.
2. Unificación de todas las fuentes de financiamiento de la atención de la seguridad social en salud, incluidos aportes fiscales, las cotizaciones de los trabajadores y las cotizaciones de empleadores para el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
3. Creación de un Plan de Salud Universal que cubra a todas y todos los afiliados del seguro, tenga una cobertura integral de prestaciones (incluidas promoción, prevención, curación y rehabilitación), y que contemple de forma amplia las prestaciones de salud, excluyendo sólo a aquellas que no tengan un resultado o eficacia demostrada y aquellas que no se consideren fundamentales para mejorar la salud (ej: atenciones de medicina estéticas). Este Plan de Salud Universal dará mayor protección financiera, con especial énfasis en la cobertura de medicamentos, incluirá plazos de atención, y altos estándares de calidad.
4. Transformación de los seguros privados (ISAPRE), abandonando el rol sustitutivo que tienen actualmente, para transformarse en seguros de segundo piso con un rol complementario o suplementario de carácter voluntario, con regulaciones que protejan a las personas de prácticas discriminatorias.

Una reforma de este tipo es enteramente factible en términos técnicos e institucionales, dada la arquitectura actual del sistema de salud. No obstante, avanzar a un modelo de aseguramiento universal y libre de discriminación se relaciona con el modelo de sociedad que queremos construir. La responsabilidad del mundo político de impulsar y conducir este debate es indelegable. Es de esperar que los anuncios de propuestas de modernización al sistema de aseguramiento de la salud en Chile que está planteando el Ejecutivo, permitan generar un debate de política pública con altura de miras y que de una vez se haga cargo de los problemas estructurales del sistema de salud chileno.

## Referencias

- Cid, Camilo. 2011. "Problemas y Desafíos Del Seguro de Salud y Su Financiamiento En Chile: El Cuestionamiento a Las ISAPRE y La Solución Funcional." Centro de Políticas Públicas UC 6 (49): 1–19.
- Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud. 2014. "Informe: Estudio y Propuesta de Un Nuevo Modelo y Marco Jurídico Para El Sistema Privado de Salud." Santiago de Chile.
- Cuadrado, Cristóbal. 2015. "Solidaridad: Un Análisis Del Hecho y El Valor En El Proceso de La Reforma Del Sistema de Salud." Universidad de Chile. doi:10.13140/RG.2.1.2979.5366. 2016. "Public Health Policies in Chile: Seeking to Regain Trust." *Medwave* 16 (8): e6532. doi:10.5867/medwave.2016.08.6532.
- Decker, S.L. & Rentier, D.K. 2004. *Appl Health Econ Health Policy* 3: 205.
- DESAL. 2017. "Gasto En Salud Por Esquemas de Financiamiento." Información Económica En Salud - Sistema de Cuentas de Salud. <http://ies.minsal.cl/gastos/sha2011/reporte3>.
- Frenz P, Siches I, Aguilera X, Arteaga O, Cid C, Estay R, Galleguillos S, Oyarzún R, Parada M, Uthoff A, Vega J. 2018. Propuesta para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile. Comisión Escuela de Salud Pública - Colegio Médico de Chile.
- Instituto Nacional de Estadísticas. 2013. "VII Encuesta de Presupuestos Familiares. Metodología." Santiago de Chile.
- Martínez-Gutiérrez, María Soledad, and Cristóbal Cuadrado. 2017. "Health Policy in the Concertación Era (1990–2010): Reforms the Chilean Way." *Social Science and Medicine* 182: 117–26. doi:10.1016/j.socscimed.2017.04.012.
- OECD. 2017. "Health at a Glance 2017 - OECD Indicators." <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>.
- Urriola, Rafael. 2017. "Las Isapres Frente a Fonasa: Historia de Un Mercado Segmentado e Inequitativo." In Bachelet II. *El Difícil Camino Hacia Un Estado Democrático Social de Derechos. Barómetro de Política y Equidad. Volumen 13*, 99–119.
- Zárate, Sebastián. 2010. "Los Efectos de La Sentencia Del TC En El Caso de Isapres: Análisis Del Fallo Del Tribunal Constitucional Sobre La Constitucionalidad Del Artículo 38 Ter de La Ley de Isapres."

## SOBRE EL AUTOR



### Cristóbal Cuadrado

MD, MPH, PhD ©.

Profesor Asistente, Programa de Políticas, Sistemas y Gestión en Salud. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Secretario Técnico, Departamento de Políticas Públicas y Estudios, Colegio Médico de Chile