

SECCIÓN DE OBRAS DE ECONOMÍA CONTEMPORÁNEA

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN II

Primera edición, Chile, 2000

Título original:

Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud.

Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia

© Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas

© Fondo de Cultura Económica

Av. Picacho Ajusco 227; Colonia Bosques del Pedregal; 14200 México, D.F.

© Fondo de Cultura Económica Chile S.A.

Paseo Bulnes 152, Santiago, Chile

Registro de propiedad intelectual N° 114.526

I.S.B.N.: 956-289-018-X (Volumen II)

I.S.B.N.: 956-289-016-3 (Obra completa)

Ilustración de la portada: Juan Cristián Peña Camarda

Composición y diagramación: Gloria Barrios

Impreso en Salesianos S.A.

Impreso en Chile

DANIEL TITELMAN / ANDRAS UTHOFF
COMPILADORES

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE
ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN II



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA
MÉXICO - ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ESPAÑA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA - GUATEMALA - PERÚ - VENEZUELA



COMISIÓN ECONÓMICA PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

LA COMPETENCIA ADMINISTRADA Y REFORMAS PARA EL SECTOR SALUD DE CHILE

Cristián Aedo

I. INTRODUCCIÓN

Chile ha conseguido en las últimas décadas indicadores globales de salud, esperanza de vida al nacer y mortalidad general, superiores a los estimados de acuerdo al nivel de desarrollo económico del país. Sin embargo, la última década presenta una estabilización de los indicadores de salud materno-infantiles y no muestra mejorías en los grandes problemas de salud del adulto: enfermedades crónicas, cánceres, traumatismos y salud mental.

La satisfacción de la población en materia de atención de salud no es alta. Una encuesta reciente del Centro de Estudios Públicos (CEP) reveló que el 43.7% de los beneficiarios del sistema de seguros privados (ISAPRES) y el 51.9% de los beneficiarios del sistema de seguro público (FONASA) se sienten insatisfechos.

El sector público de salud, que atiende a más de un 70% de la población del país, enfrenta una serie de problemas de recursos y gestión, expresados en que no puede garantizar la atención de salud sino tan solo la probabilidad de recibirla. Las colas de espera, los rechazos y la insuficiencia de remedios, generan una insatisfacción creciente en los usuarios del sector. Además, se espera un crecimiento en la demanda por atención de salud proveniente del incremento en el ingreso per cápita, del aumento en el nivel de educación promedio de la población, y del proceso de transición demográfica que el país está experimentando en la actualidad. Este último elemento, que implica un envejecimiento paulatino de la población, será un problema que afectará en mayor medida al

sector público debido al alto porcentaje de la población adulto mayor que son beneficiarios del mismo.

Por su parte, el sector Isapres es percibido como un sistema que permite el acceso a buenos servicios de salud, pero cuyo funcionamiento no es del todo transparente o equitativo, además de no ofrecer una alternativa clara de solución a los problemas de la población adulto mayor y los enfermos crónicos.

Frente a este escenario se hace necesario discutir alternativas de reforma al sector salud en Chile, las cuales incluyan un conjunto de medidas que promuevan la eficiencia en la provisión de servicios de salud en el sistema público a través de subsidios a la demanda; que busquen mejorar la equidad del sistema mediante la incorporación en forma más completa de las enfermedades catastróficas en los seguros ofrecidos y expandiendo la cobertura al adulto mayor; que persigan contener costos a través de mecanismos de pago per cápita o asociados a diagnósticos; que logren una mayor complementación entre los seguros privados y públicos para evitar duplicaciones y compatibilizar el uso de la infraestructura clínica. Los anteriores planteamientos persiguen uno o más de los siguientes objetivos: que el sector consuma una proporción adecuada y sostenible del PGB (eficiencia macroeconómica), que la calidad de la atención de salud y satisfacción de los consumidores sea maximizada al menor costo (eficiencia microeconómica), que la gente participe en el financiamiento de los planes en relación a su ingreso y no a sus riesgos de salud (equidad en el financiamiento) y finalmente, que la gente acceda a la atención de acuerdo a su necesidad y no a su ingreso (equidad en el acceso).

El presente artículo, además de plantear que se requiere diseñar una reforma integral para el sector salud del país, pretende aportar a esta discusión destacando especialmente ciertos aspectos que, desde el punto de vista económico, afectan su estructura. Es importante destacar que no se pretende ofrecer una solución integral a todos los problemas que adolece el sistema de salud chileno, sino más bien analizar algunas materias que deben estar presentes en esta discusión.

Se identifica a las opciones colectivas como una forma que, debido a sus múltiples ventajas, debiera predominar en el mercado de seguros de salud y se discuten maneras de incorporarla dentro de un modelo global de funcionamiento del sector. En particular, se analiza la competencia administrada ("Managed Competition"), mecanismo que ha sido

propuesto en la literatura (Enthoven, 1988 y Diamond, 1992) y que ha sido adoptado en la propuesta de reforma al sistema de salud de Estados Unidos del Presidente Clinton, y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de reciente aplicación en Colombia (Ley 100 de 1993). La competencia administrada introduce elementos que deben estar presentes en la discusión de una eventual reforma para el sector salud chileno.

En su estructura, este trabajo cuenta con una descripción breve del sector salud y una evaluación de los principales problemas que lo afectan; presenta los principales aspectos de la competencia administrada y su posible aplicación al caso de Chile; considera el tema de la canasta básica de salud como uno de sus componentes importantes y, finalmente, analiza mecanismos de transferencia financiera y de participación en el costo.

II. LA SALUD EN CHILE

1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud chileno es un sistema mixto, con participación de los sectores público y privado en materia de seguros, financiamiento y entrega de los servicios de salud. El sector público es liderado por el Ministerio de Salud Pública, quien tiene por tarea el diseño de políticas y programas; la coordinación de las entidades del área; y la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud. La base productiva del sistema de salud público está conformada por 26 servicios de salud autónomos. De éstos depende la infraestructura hospitalaria pública del país, compuesta por 188 hospitales de distinto nivel de complejidad a cargo de las prestaciones de salud secundaria y terciaria: prestaciones médicas de especialidad, de urgencia, odontológicas, exámenes de laboratorio, exámenes de imagenología, intervenciones quirúrgicas, atenciones de parto y días de hospitalización. Por otra parte, la atención de salud primaria está a cargo de los centros de atención primaria, conformados por 329 consultorios y 996 postas. La gran mayoría de estos establecimientos son administrados por las municipalidades de las comunas respectivas. Los consultorios de atención primaria tienen a su cargo la atención de salud del recién nacido hasta niños de 14 años, la consulta

por morbilidad y el control de salud del adulto y del adolescente, el control del embarazo y la planificación familiar.

La principal institución financiera del sector público de salud es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), un servicio descentralizado responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del área.

El sistema de salud privado está conformado por compañías aseguradoras de salud, llamadas instituciones de salud previsual (Isapres), y por productores de salud particulares. La Superintendencia de Isapres es un organismo público descentralizado que se responsabiliza del registro y fiscalización de estas instituciones.

Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar un 7% de sus ingresos al sistema de salud. Este pago puede ser realizado a FONASA, en cuyo caso la persona es beneficiaria del sistema público, o puede tener como destino una Isapre, formando parte del sistema de salud privado. La afiliación a una Isapre requiere de una prima determinada por la institución, la cual puede exigir una contribución superior al 7% del ingreso.

Los cotizantes se adscriben voluntariamente al sistema FONASA o al sistema Isapres. Por otra parte, los indigentes y no cotizantes forman parte de FONASA, pero están sujetos a un trato especial.

Los cotizantes adscritos a FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad de atención institucional y la modalidad de atención de libre elección. En la modalidad institucional (atención cerrada) los cotizantes reciben las prestaciones de salud en hospitales o centros de atención primaria. En la modalidad de libre elección (atención abierta) los cotizantes reciben sus atenciones de salud de prestadores privados adscritos a esta modalidad.

La modalidad institucional requiere un copago que varía con el nivel de ingreso de la persona, estando exentas de éste las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo, mientras que la población restante paga un 25% o un 50% del valor de las prestaciones valoradas de acuerdo al arancel FONASA Nivel 1. El servicio de salud y FONASA tienen convenido este arancel para valorizar las prestaciones. La atención en los centros de atención primaria no requiere de copago.

La modalidad de libre elección requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud (Niveles 1, 2 y 3). Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de la modalidad de libre elección.

Por su parte, las personas cotizantes del sistema Isapres acuden a oferentes de salud privado y realizan un copago dependiente del *contrato adquirido*. Este *varía con el nivel de la cotización*, el número de dependientes y su edad, la cobertura de los beneficios, etc.

En el año 1995 el gasto del sector público en salud, como porcentaje del PIB, representó un 2.5%, mientras que el del sector privado un 1.6%. En 1995 el sector público atendía alrededor del 64% de la población total, mientras que el sistema Isapres cubría un 28% de la misma, con una marcada concentración en los quintiles de ingresos superiores. El 8% restante incluye a beneficiarios de las fuerzas armadas y de orden, y particulares no adscritos al régimen único de prestaciones de salud. Sin embargo, parte de este último grupo debe ser asociado al sistema público puesto que, en caso de necesidad, terminan asistiendo a establecimientos públicos.

El sector público de salud se financia principalmente a través de dos grandes fuentes de ingreso: las cotizaciones de los afiliados a FONASA y el aporte fiscal directo. Una fuente menor de financiamiento la constituye el copago para acceder a la modalidad de libre elección y a las prestaciones institucionales.

Respecto del flujo de recursos, FONASA recibe los recursos fiscales y de las familias para traspasarlos a los servicios de salud y a los oferentes privados adscritos al sistema de libre elección. Los servicios de salud traspasan a su vez los fondos a los hospitales públicos, a los centros de atención primaria, y a subsidios diversos.

Los hospitales obtenían su financiamiento a través de dos ítem principales: sueldos y salarios, y por la vía de Facturación de Atenciones Prestadas (FAP). Este último ítem era un mecanismo que retribuía los costos de insumos de cada una de las atenciones pagables por el Ministerio de Salud Pública, contenidas en un arancel emanado de FONASA. En la actualidad el sistema FAP está siendo reemplazado por uno de financiamiento basado en presupuestos prospectivos negociados, los que se originan a partir de compromisos de gestión entre los servicios y el Ministerio de Salud. En éstos, los servicios se comprometen a realizar ciertas actividades y obtener ciertos resultados mientras que el Ministerio *adelanta los recursos financieros para su realización*.

Se incorpora el uso de pagos relacionados a resultados a través de un esquema de Pago Asociado a Diagnósticos (PAD). En éste, FONASA retribuye los bienes y servicios de consumo utilizados por los hospitales

de los servicios de salud de acuerdo a diagnósticos resueltos. Debido a dificultades metodológicas para ampliar este mecanismo de pago a todos los diagnósticos, el mecanismo PAD coexistirá en el corto y mediano plazo con un mecanismo "FAP corregido" denominado Pago Prospectivo de Prestaciones (PPP).

En lo relativo a mecanismos de financiamiento de la atención primaria, éstos recibían el total del aporte sectorial —para insumos y salarios— de acuerdo al mecanismo de Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipales (FAPEM), complementando las municipalidades ese aporte con recursos propios. A partir de 1994 se ha procedido a la implementación gradual de un sistema de asignación de recursos para la atención municipalizada de salud, basado en la aplicación de un pago per cápita por población adscrita. Este último concepto se corresponde con el de "manejo de poblaciones".

En relación al sistema Isapres, el afiliado accede a un plan de salud el cual depende del monto de su cotización y del número, edad y sexo de sus beneficiarios. El afiliado puede cotizar un porcentaje mayor al mínimo legal del 7% con el fin de acceder a un plan con mayores beneficios. Las Isapres bonifican un porcentaje de las prestaciones médicas de los beneficiarios, dependiendo del plan de salud del afiliado y del tipo de prestación, el cual en algunos casos puede ser de un 100%. Los beneficiarios del sistema pueden elegir libremente a los prestadores. Sólo recientemente se han comenzado a introducir en el mercado planes similares a los Health Maintenance Organizations (HMO) de los Estados Unidos, con el objeto de controlar costos. Se espera que en el mediano plazo aumente la importancia de este tipo de programas, en la medida que los cotizantes transen parte de su libertad de elección a nivel de prestadores, aunque la mantengan a nivel de aseguradoras (Isapres), a cambio de menores primas y gastos en salud.

Las Isapres tienen sólo un rol asegurador, financiando prestaciones de salud las que son otorgadas por clínicas, doctores y laboratorios independientes. Algunas Isapres se han integrado verticalmente, comprando clínicas y empleando directamente a profesionales de salud, mientras que otras han mantenido su área de negocios en el campo asegurador y no se han integrado. Por último, existen casos de clínicas privadas que han organizado Isapres (integración "hacia arriba").

En el sistema Isapres la forma de pago de las prestaciones médicas consiste casi en su totalidad en pago por servicios ("fee for service"), en

el cual se remunera la totalidad de las prestaciones médicas entregadas a un valor convenido entre el prestador y la Isapres. Este hecho, unido a que los pacientes sólo cancelan el copago por las prestaciones, hace que los prestadores de servicios de salud encuentren pocos incentivos para reducir tanto el número de las prestaciones otorgadas como el costo de las mismas.

2. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Cualquier evaluación del sector salud en Chile debe reconocer el hecho de que el país presenta excelentes resultados a nivel de los indicadores clásicos de salud. Los niveles de mortalidad infantil y esperanza de vida *corresponden a los países desarrollados*. Así, el sistema de salud ha mostrado una alta efectividad debido a una apropiada política de focalización que enfatiza la salud preventiva; de equipos humanos de buen nivel técnico y de una adecuada salud ambiental y nivel educacional de la población.

La población de ingresos altos y medios-altos, adscrita al sistema privado, cuenta con acceso a tecnología moderna, cómoda hotelería y atención expedita. En cambio, la mayoría de la población que accede al sector público enfrenta una situación de deteriorada infraestructura, rechazos en la atención, largas colas de espera, insuficiencias de farmacia y un trato, en general, inadecuado. Las deficiencias del sistema público, en particular las derivadas del deterioro de la infraestructura hospitalaria, de la obsolescencia de los equipos y bajas remuneraciones del personal, se originan en parte en la significativa caída del aporte fiscal al sector en la década de los 80.

Es importante mencionar que a partir del año 1990 se produce un aumento considerable en el gasto público en salud en términos reales. Sin embargo, este incremento de los recursos no ha mejorado la calidad de la atención ni ha hecho disminuir el grado de insatisfacción en la atención recibida por sus usuarios. Si bien el agudo problema de deterioro de los hospitales que existía en el año 1990 requería de un fuerte volumen de recursos para su solución, los nuevos aportes no incentivaron una mayor productividad y mejor calidad de la atención por cuanto no se solucionaron los graves problemas de ineficiencia en la administración de los recursos.

En la actualidad existen en el sector salud numerosas anomalías que requieren de análisis y discusión en profundidad para adoptar líneas de acción que permitan un mejoramiento de la situación de salud de los chilenos. A continuación se presenta una descripción de las principales dolencias que afectan al sector salud en Chile.

a) Imperfecciones en el mercado de seguros de salud

En la actualidad, en el mercado de los aseguradores de salud coexisten un sistema redistributivo FONASA y un sistema Isapres formado por instituciones con fines de lucro y otras sin fines de lucro.

El esquema redistributivo de FONASA radica en cobrar una prima creciente según ingreso (7% del ingreso imponible) y otorgar bonificaciones en la atención institucional que varían inversamente con el nivel de ingreso. Este esquema, aparte de desincentivar la declaración de rentas reales, hace que las personas de mayores ingresos o de menores gastos en salud dentro del sistema público, aporten financieramente al cuidado de salud de los "menos afortunados" tanto en términos de ingresos como de peor salud. Se considera que esta ayuda tiene la característica de ser "implícita" al sistema más que "explícita", en el sentido de que aquellos que financian de manera cruzada la atención de salud de otros no perciben esta situación, lo cual introduce un serio cuestionamiento sobre la justicia del esquema.

Por otra parte, la mayoría de las Isapres abiertas presentan programas de salud cuya calidad —en términos de cobertura, menores copagos y mayores montos límites a los gastos— aumenta en función directa con el monto de la prima. Así, es un sistema que se basa en una racionalidad individual en lugar de una racionalidad redistributiva.

Esto introduce algunos problemas. En primer lugar, FONASA utiliza su estructura de precios y beneficios para realizar una redistribución de ingresos a través del sector salud, lo que origina una serie de preguntas: ¿Es ésta una manera eficiente de lograr esa redistribución? ¿Es justo usar este mecanismo de redistribución cuando las personas más acomodadas no se hallan, en general, en este sector y, por lo tanto, están libres de su efecto?

Se estima que ésta no es una manera eficiente de lograr la redistribución, prueba de ello es la importante migración observada de beneficiarios

de FONASA hacia el sector Isapres; migración que se concentra entre los más acomodados dentro de FONASA. Se genera un problema financiero al sistema público que se resuelve a través de un mayor aporte fiscal al sector. Esto, sin embargo, hace cuestionarse la estabilidad y viabilidad financiera de largo plazo de un FONASA redistributivo.

En el caso de un mercado de seguros de salud en el cual coexisten una lógica redistributiva (FONASA) y una racionalidad individual (Isapres), es deseable limitar el sistema tributario a la recaudación de recursos para fines redistributivos. En caso contrario, se tiende a provocar distorsiones innecesarias en la asignación de recursos al interior del sector salud. El problema no es de redistribución en sí mismo, sino de redistribución en presencia de un mercado con instituciones con objetivos distintos.

En segundo lugar, el sector FONASA no rechaza a los individuos de mayor riesgo, tales como adultos mayores y enfermos crónicos. Es así como FONASA aparece como un asegurador implícito de riesgos catastróficos y crónicos. Se estima que el sector Isapres, que sólo cubre un subconjunto de los riesgos de salud, no sería viable sin un FONASA que actúe como asegurador último de riesgos catastróficos y crónicos.

Se estima que esta función social de FONASA, si es deseada por la sociedad, debiera ser explícitamente reconocida y, en consecuencia, debidamente compensada.

Es importante recalcar que muchas de las críticas que recibe el sector Isapres se deben a las distorsiones que FONASA introduce en el mercado de seguros de salud. En otras palabras, no es que el sistema Isapres sea deficiente en sí mismo sino que parece serlo frente a un sistema redistributivo que actúa como asegurador último de riesgos catastróficos y crónicos. De este modo, se considera fundamental para la viabilidad de largo plazo del sistema Isapres eliminar estas distorsiones introducidas por el sistema FONASA.

Finalmente, es necesario cuestionarse si se desea tener un mercado de seguros de salud en el cual coexistan instituciones con objetivos diferentes (FONASA e Isapres).

b) Incremento de costos

Existen varios factores que se espera tengan un impacto importante sobre los costos de operación tanto del sector público como del sector Isapres. Entre ellos se encuentran los avances tecnológicos en medicina que será necesario incorporar para mejorar la calidad de la atención de salud de la población, y el envejecimiento paulatino de la población beneficiaria debido al cambio demográfico antes mencionado. Factores adicionales que conducen hacia un incremento en los costos son: 1) el aumento de la cobertura de los seguros de salud (FONASA e Isapres) en la población, los que presentan un elemento de financiamiento compartido entre los individuos y las aseguradoras, provoca un aumento en la demanda por prestaciones de salud; 2) los aumentos en el ingreso per cápita de la población que generan un incremento más que proporcional en el gasto en salud; 3) mecanismos de pago por servicios médicos que generan distintos incentivos para ahorrar o sobreutilizar los servicios clínicos e insumos; 4) cambios tecnológicos que crean "expectación" en los usuarios, quienes exigen el uso de tratamientos de avanzada aun cuando su efectividad sea baja; y 5) cambios tecnológicos que introducen equipos de última generación que requieren de personal especializado y de mayor costo para su manejo.

c) Opciones individuales en el sistema Isapres

El sistema Isapres fue concebido como un sistema de seguros individuales de salud. Esto se basa en respetar la diversidad de las preferencias de los individuos y permitir que elijan tanto los proveedores de salud como las características de sus seguros. Sin embargo, en el mercado de los seguros de salud adquieren una importancia creciente las opciones colectivas, ya sea en la forma de opciones contratadas con una Isapre: planes matrimoniales y planes colectivos homogéneos o estratificados, con o sin aporte del empleador, como a través de la opción de la Isapre cerrada (los trabajadores y empleador acuerdan formar una Isapre propia).

Este desarrollo de tales opciones es muy importante y debe ser realzado por cuanto el surgimiento de estos planes colectivos en el

mercado de seguros de salud ha sido el libre fruto de la iniciativa privada.

Se estima que la opción colectiva es más eficiente que la opción individual, ya que esta última adolece de los siguientes defectos:

- i) Es una opción que requiere que cada cotizante maneje una cantidad completa (y compleja) de información sobre los diversos planes, con sus respectivos aranceles, beneficios, copagos y topes, que ofrecen tanto la Isapre a que está afiliado como las otras Isapres que él considera como alternativas factibles. A la vez, requiere de un conocimiento sobre la efectividad de las prestaciones incluidas en sus respectivos planes. Esto genera un costo privado y social importante al no utilizarse economías de escala en la adquisición y manejo de la información. Estas economías de escala sí se logran a través de planes ofrecidos a grupos de individuos o a través de agencias especializadas en seleccionar los mejores seguros de salud para los individuos.
- ii) El problema se acentúa por lo complicado que resulta el sector para los individuos debido a la presencia de distintos aranceles de referencia para establecer los beneficios y copagos, falta de homogeneidad en los diversos beneficios, distintas exclusiones y carencias, cláusulas diferentes en los contratos, etc. Bajo esta perspectiva, y para el normal funcionamiento de un sistema competitivo, se hace necesario aumentar, homogeneizar y mejorar la información que recibe el cotizante. Es importante destacar que con esta crítica sólo se intenta resaltar la gravitación que sobre la eficiencia del sector tiene el buscar unidades de referencia comunes, que le permitan al consumidor comparar distintos programas de salud.
- iii) Los individuos aparecen sin poder de negociación frente a las Isapres en comparación con el que tienen cuando los contratos son establecidos para grupos, lo cual incide en los precios y beneficios obtenidos.
- iv) Al negociar de manera individual las Isapres pueden seleccionar los mejores riesgos. En otras palabras, éstas pueden hacer una selección de riesgos desincentivando la afiliación de individuos que presentan un alto riesgo o un gasto de salud previsible, tales como el adulto mayor y el enfermo crónico. Nótese que esto no se limita necesariamente a tales individuos, sino que puede hacerse extensivo

a aquellos que presenten conductas consideradas "riesgosas", como por ejemplo, los fumadores.

- v) Asociado a lo anterior, se estima que el sistema Isapres no representa una solución para personas con perfil de gasto predecible, tales como los enfermos crónicos. Se reconoce que esas personas son de difícil tratamiento bajo un sistema Isapres, por cuanto rompen el esquema de un seguro cuya función es proteger contra eventos futuros inciertos. El sistema se protege a través de una discriminación implícita de ellos a través de períodos de espera, carencias y restricciones de cobertura.
- vi) Existe un grupo de personas que dado el aumento estimado en la esperanza de vida será cada vez más relevante: el del adulto mayor. El aumento en los gastos en salud en esta etapa de la vida y la caída esperada en los ingresos posretiro de la fuerza de trabajo, hacen que el sector Isapres (con primas que reflejan costos) no represente una solución para este grupo de personas. Ello cuestiona la viabilidad de largo plazo del sistema Isapres al no ofrecer una solución de salud para toda la vida del afiliado.
- vii) Es probable que el gasto de administración y ventas sea mayor al que existiría bajo una lógica colectiva de los planes, ya que no se estarían aprovechando las economías de escala aplicadas a un grupo que opera en forma colectiva, tanto para captar clientes como en el procesamiento de las solicitudes de reembolso.

Se estima que en el largo plazo la opción colectiva en seguros de salud debiera ser la forma predominante en este mercado, debido a las múltiples ventajas que ella representa por sobre la opción individual y, por tanto, tendría que ser incorporada a una posible reforma del sector salud. La situación actual en Chile en materia de seguros colectivos adolece de dos defectos que pueden ser corregidos: en primer lugar, la legislación que rige la relación entre las Isapres y sus afiliados establece que los contratos son individuales. Frente a este hecho, los afiliados a Isapres abiertas en planes colectivos deben efectuar un contrato individual. Esta situación provoca ciertas ineficiencias, como por ejemplo, para terminar un contrato colectivo se debe esperar a que cada uno de los individuos que forman parte de él cumplan con el plazo mínimo de duración de sus contratos individuales. En segundo lugar, la opción de seguros colectivos en su forma actual no representa una solución para

muchas personas: trabajadores en empresas sin planes colectivos; trabajadores del sector público; trabajadores independientes; desocupados; pasivos; personas fuera de la fuerza laboral; etc.

Se estima que la solución para el primer problema pasa por una reforma a la normativa que afecta la relación entre Isapres y afiliados, a objeto de reconocer y permitir explícitamente la opción colectiva en adición a la opción individual. El segundo problema puede ser solucionado a través de la adopción de un modelo de reforma del sector salud que incorpore las ideas de la competencia administrada.

III. LA COMPETENCIA ADMINISTRADA

1. ESTRUCTURA GENERAL DE LA COMPETENCIA ADMINISTRADA

La competencia administrada presenta un esquema de operación general del mercado de la salud, a través del cual se crean las condiciones necesarias e incentivos para que aseguradores y prestadores de servicios de salud compitan entre sí por satisfacer los requerimientos de los pacientes. Los elementos principales de este sistema están conformados por (Enthoven, 1988): i) cobertura universal; ii) consorcios para la compra de seguros de salud; iii) beneficios estandarizados; iv) fondo de ajuste de riesgo; v) incentivos adecuados para todos los agentes involucrados; y vi) libre elección de plan de salud por los consumidores basado en precio, calidad y servicio.

La *cobertura universal* es básica para garantizar el acceso a la atención de salud de todos los sectores de la población a cambio de una prima según el ingreso de las personas, garantizando servicios adecuados para las poblaciones de menores recursos y evitando problemas de selección adversa de riesgos por parte de las aseguradoras.

Los *consorcios para la compra de seguros de salud* se conforman para agrupar a un número importante de consumidores (socios) bajo una sola organización, con el objeto de negociar como grupo precios competitivos con las aseguradoras de salud. Los consorcios, quienes manejan la inscripción y recolección de primas, deben ser sin fines de lucro y pueden formarse a partir de empresas, ramas de actividad económica, agrupaciones voluntarias, entre otros.

Estos consorcios deben recolectar y difundir entre sus miembros información relativa a la calidad y servicio de las aseguradoras, de los prestadores asociados a dichas compañías de seguros y sobre la costo-efectividad de los procedimientos. Toda la información a las personas fluye a través de estos consorcios quienes la procesan y auditan.

Los *beneficios estandarizados o Plan Básico de Salud (PBS)* son considerados esenciales por dos razones principales: en primer lugar, beneficios diferentes hacen la selección de planes de salud más difícil para los consumidores. En segundo lugar, beneficios diferentes pueden derivar en selección de riesgos mediante el contenido del plan.

Un elemento central en la relación entre aseguradoras y consorcios bajo el entorno de la competencia administrada, es la obligatoriedad que tienen las primeras de entregar el PBS en las mismas condiciones, tanto en contenido como en precio, a todo miembro del consorcio de consumidores, independientemente de consideraciones de ingreso o de condiciones de salud.

Dado que las compañías de seguros deben aceptar a todas las personas que decidan comprar un seguro de salud, se requiere de la conformación de un *Fondo de Ajuste de Riesgo*. Este fondo es necesario para tratar en forma justa a las distintas compañías de seguros compensándolas, positiva o negativamente, por la mezcla de riesgo de la cartera de clientes con que termina finalmente una aseguradora.

El sistema utiliza fuertemente la *elección de las aseguradoras por parte de los consumidores*. De modo que, si una compañía de seguros ofrece un mal servicio, la persona puede optar por cambiarse de aseguradora. O si los prestadores entregan un mal servicio a las personas, la aseguradora puede intervenir para evitar que sus asegurados se cambien de compañía.

Es importante que la competencia entre las compañías de seguros se dé a nivel de calidad, de servicio y precio del PBS. Para ello se requiere un flujo amplio de información hacia las personas, tanto a nivel absoluto como comparativo, para facilitar su elección.

Las personas pueden pactar libremente con sus aseguradores beneficios adicionales al PBS, que pueden incluir entre otros mejoras en hotelería, libre elección de prestadores y un conjunto mayor de procedimientos clínicos.

Las oportunidades de negocio que enfrentan las aseguradoras son a nivel de aumento en las personas inscritas al fomentarse la universalidad; a nivel de venta de beneficios adicionales al PBS (hotelería,

procedimientos, tecnología); mejoras en eficiencia que permitan disminuir los costos de entrega del PBS, dadas las frecuencias y los costos de las prestaciones; el establecimiento de contratos de prestación de servicios a precios más bajos que los contenidos en la definición de la Unidad de Capitación del PBS; y la introducción de prácticas de promoción y prevención de salud que permitan disminuir las tasas de utilización de los servicios contenidos en el PBS.

El sistema introduce *incentivos* adecuados para todos los agentes involucrados: médicos, hospitales y compradores. En primer lugar, se establece un pago fijo a las compañías de seguros ajustado por riesgos objetivos relacionados con edad, sexo y ubicación geográfica, lo que evita la selección adversa de riesgos. En segundo lugar, las personas escogen sus aseguradoras basadas en información correcta y relevante provista por los consorcios. En tercer lugar, el uso de copagos a nivel del PBS hace que las personas sean más conscientes de los recursos médicos y clínicos que utilizan. En cuarto lugar, las aseguradoras tratan de tener sus costos bajo control manteniendo la calidad de los servicios, por cuanto ante cualquier deterioro las personas pueden elegir otra aseguradora que está obligada a recibirlo. En quinto lugar, las aseguradoras deben establecer contratos con prestadores que mantengan o promuevan la entrega de servicios costo-efectivos a objeto de mantener el precio del PBS.

Finalmente, el gobierno tiene diferentes roles en el funcionamiento del sistema:

- i) Es rol del gobierno definir y aplicar un marco regulatorio. El sistema requiere de obligaciones, las que deben ser impuestas por ley: por ejemplo, las compañías de seguros están obligadas a aceptar a todas las personas; las personas están obligadas a cotizar en un consorcio; y tercero, la cotización entregada debe estar en relación al ingreso de las personas.
- ii) El gobierno debe definir el contenido del PBS ya que, en primer lugar, este define lo mínimo que cada persona debe recibir y cada compañía aseguradora debe ofrecer. En segundo lugar, existen muchas opciones metodológicas y economías de escala en el diseño por lo que resulta socialmente eficiente que sea un agente, el gobierno, quien lo defina.
- iii) El gobierno debe asegurar la calidad de los servicios y preocuparse de que exista una competencia efectiva. Primeramente, debe asegurarse

de que los fondos de compensación efectúen los ajustes por riesgos objetivos a la Unidad de Capitación que entregan a las compañías de seguros. En segundo término, debe regular la competencia entre las aseguradoras y prestadores para evitar la formación de carteles y prevenir conductas anticompetencia. En tercer término, debe autorizar la operación de los diferentes agentes y comprobar que las compañías de seguros sean financieramente sólidas.

- iv) El gobierno debe mantener su responsabilidad por la promoción y financiamiento de programas de salud pública.
- v) Finalmente, el gobierno debe ayudar a las personas a través de subsidios focalizados y decrecientes en función del ingreso para que elijan sus compañías de seguros de salud.

Las ideas de la competencia administrada han sido aplicadas o propuestas en algunos países y constituyen experiencias interesantes de analizar en la discusión de posibles reformas estructurales del sector salud en Chile. En particular, en los modelos holandés (Schut, 1992) y estadounidense (Reinhardt, 1993) se crea un seguro de "segundo piso" encargado de recaudar las cotizaciones y contribuciones del Estado, realizar la solidaridad interna y transferir los recursos a las compañías de seguro de "primer piso".¹ La solidaridad se logra mediante el desembolso capitado desde el fondo central a las compañías aseguradoras por la entrega de un paquete de seguro básico. El desembolso capitado considera los elementos actuariales del grupo adscrito, es decir, edad, sexo y estado de salud inicial. A cualquier beneficio adicional al ofrecido por el paquete debe corresponderle una prima adicional. En América Latina, Colombia aplicó en el año 1993 una reforma global a su sistema de salud que acoge estas ideas y cuya experiencia es de interés analizar.

1. No debe confundirse solidaridad con redistribución de ingresos, por cuanto solidaridad implica compensar el sistema por diferencia de riesgo asociado con sexo, edad y región geográfica.

2. APLICACIÓN DE LAS IDEAS DE LA COMPETENCIA ADMINISTRADA:
EL CASO DE COLOMBIA²

El gobierno de Colombia se ha empeñado en un ambicioso plan de reforma del sector salud, con el objetivo de promover el acceso a la atención de salud de la totalidad de la población, independiente de su capacidad de pago, con una alta calidad y eficiencia en la prestación del servicio. Como ya señalamos, esta experiencia está siendo seguida de cerca como modelo a imitar por otros países de América Latina.

Con este objeto se aprobó en 1994 la ley 100, que provee una cobertura universal de salud a través de un plan de seguridad social obligatorio pagado por medio de una cotización mensual y subsidios del gobierno. Bajo este esquema todos los beneficiarios reciben un paquete básico de servicios previsto en un Plan de Salud. Las personas pertenecen a dos tipos de régimen según los ingresos del afiliado: el régimen contributivo (RC), que lo pueden pagar los trabajadores del sector formal o los trabajadores independientes más solventes, y el régimen subsidiado (RS), para la clase menos favorecida (población de bajos ingresos). Se estima que alrededor de un tercio de la población puede acogerse al régimen subsidiado mientras que los dos tercios restantes se afiliarán al régimen contributivo.

Los miembros del RC deben aportar el 11% de su salario para el financiamiento del sistema, aportando además un 1% para financiar la cobertura de los afiliados al RS; esto introduce un elemento de redistribución o solidaridad de la financiación. La cobertura del RS es financiada por los municipios, transferencias del nivel central y el 1% de los aportes de los afiliados al RC.

Se crean las entidades promotoras de salud (EPS), las que recaudan por cuenta del Estado o de un organismo de seguridad social, un precio único (valor fijo anual o Unidad de Pago por Capitación (UPC)) a cambio del cual ellas se comprometen a ofrecer un plan básico de salud.

La ley 100 contempla dos paquetes de servicios de salud: el Plan Obligatorio de Salud (POS) para la población del régimen contributivo, y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS) para la población

2. Referencias al caso de Colombia pueden ser encontradas en Restrepo (1997), Londoño (1996) y Jaramillo (1996).

subsidiada. Ambos contemplan servicios básicos de prevención y promoción de salud. El plan para la población contribuyente, más generoso que el plan para la población subsidiada, incluirá servicios curativos y de emergencia. Un aporte de tasa fija, deducible del salario, se asignará exclusivamente para la prevención y promoción de salud. El POSS es más limitado que el POS, especialmente en el componente hospitalario, de salud mental y medicamentos.

El POS contempla los siguientes beneficios generales: consulta médica general; consulta externa; medicamentos esenciales; consulta de urgencia; exámenes de laboratorio, imagen y de anatomía patológica; hospitalización y cirugía; odontología básica y medicamentos. Después de un año de afiliación contempla cobertura para: resección de cristalino; septorrinoplastia; tiroidectomía; cardiovascular; resección de estómago; resección de riñón; extracción cálculos renales; cirugía correctora del descenso de vejiga o útero; extracción de próstata; extracción de útero; reemplazo de cadera; y fractura de fémur. Después de dos años de afiliación contempla cobertura para: enfermedades neurológicas; enfermedades cardiovasculares; tratamiento trauma mayor; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); quimioterapia y radioterapia para cáncer; malformaciones congénitas; transplantes de órganos; diálisis crónica; y reemplazos articulares.

Cada ciudadano podrá escoger o inscribirse, de manera individual o colectiva, a una EPS. Lo mismo ocurre con las denominadas empresas sociales del Estado (ESS) que atenderán las necesidades de salud de los afiliados al RS. Las EPS (o ESS) son responsables por la provisión de servicios normalizados de salud. Éstas podrán ser públicas o privadas y pueden ofrecer servicios en forma directa o a través de otras instituciones. Las EPS tienen la facultad de celebrar contratos con hospitales o centros de salud para la prestación de servicios, o pueden organizar y manejar sus propios hospitales o centros de salud, aunque estas entidades suministradoras de servicios conserven su independencia administrativa.

Se crea un Fondo de Solidaridad, el cual tiene como propósito definir una UPC ajustada por edad, sexo y zona geográfica, la que establece un monto ajustado por riesgo que debe recibir cada EPS por beneficiario. Las EPS deberán entregar al Fondo de Solidaridad cualquier exceso de cotización por beneficiario que sea superior a la UPC ajustada por riesgo, o bien, en caso de que dicha contribución fuera inferior, las EPS recibirían un pago compensatorio por parte del Fondo de Solidaridad.

Se crea también un órgano regulador, la Superintendencia Nacional de Salud, que expide y controla el cumplimiento de los reglamentos que gobiernan el comportamiento de las EPS, además de establecer las pautas para un sistema que recolecte indicadores de eficiencia y calidad normalizada de las entidades que ofrecen los servicios de salud y las EPS, con el objeto de evaluar su desempeño e informar a los beneficiarios sobre la calidad de los servicios ofrecidos.

Toda EPS está obligada a documentar dos veces al año que la composición de sus afiliados comprende un 5% de personas con más de 60 años de edad, y que no menos de un 20% son mujeres entre 15 y 44 años. Las EPS están obligadas a garantizar el ofrecimiento del POS a cualquier persona que desee afiliarse, y no están autorizadas para interferir en la libre elección de parte de los afiliados. A su vez, no pueden utilizar incentivos para lograr la reasignación de afiliados (por ejemplo, descuentos de cualquier tipo o condiciones especiales para familiares o parientes). No pueden discriminar a una persona dada sus condiciones de salud previas, actuales o pronosticadas, ni terminar de manera unilateral su contrato con el afiliado; a su vez no pueden negar afiliación a una persona que quiera afiliarse. La afiliación dura un año y la EPS debe poner a su disposición una lista de instituciones que presten servicios médicos y que sean adecuadas para el uso esperado de los servicios.

Un problema importante es que en la actualidad existen alrededor de 16 millones de colombianos que no se encuentran cubiertos por las EPS, y están conformados principalmente por revendedores, dueños de pequeños negocios, trabajadores irregulares, trabajadores del sector informal y profesionales de altos ingresos y comerciantes, quienes son evasores de impuestos del sector formal. Esto introduce la dificultad de cómo extender la cobertura del sistema a esta población —muchos de ellos pobres o casi pobres— dados los recursos disponibles y, por otra parte, cómo recaudar más impuestos de la clase con altos ingresos para ayudar a ampliar la cobertura del sistema. Nótese que para los profesionales independientes de altos ingresos, el 12% de cotización puede ser mayor que el costo de seguros privados de salud, lo que no incentiva su afiliación.

Además del POS, las EPS están autorizadas para ofrecer planes complementarios a sus afiliados, que sirven para cubrir servicios no contemplados en el POS, acceder a instituciones de salud de mayor costo, escoger entre un mayor número de prestadores de servicios, y/o mejores condiciones

de hotelería. Las tarifas de los planes complementarios varían de acuerdo con criterios de edad, género y ciudad urbana/rural. Se espera que exista una activa competencia entre las EPS en el ofrecimiento de planes complementarios.

En la práctica las EPS tienen una fuerte motivación para lograr la afiliación de personas saludables y no así para cubrir a las que no gozan de buena salud, lo que se hace evidente a través de, por ejemplo, propaganda que apunta a un segmento específico; ofrecimiento de gimnasios; especialistas poco amigables para el tratamiento de enfermedades crónicas; y largas colas de espera por obtener citas para el tratamiento de tales enfermedades.

Otro de los problemas existentes es que para que funcione el sistema debe haber un alto número de EPS e instituciones de salud que estén compitiendo en una cantidad suficiente de regiones, para así garantizar mejoras en calidad y eficiencia. Sin embargo esto es cuestionable, especialmente en las zonas urbanas de tamaño medio y bajo en Colombia. Problemas adicionales dignos de considerar son el nivel de informalidad de la economía colombiana y la cultura de evasión y/o elusión que existe en el país, los que limitan la cobertura poblacional con estas reformas.

Es necesario mencionar que en las ideas originales que forman la base para la reforma propuesta (Enthoven, 1988), se supone que la competencia entre las EPS —bajo el contexto de un plan de beneficios estándar como el POS— debiera tener lugar a través del precio del plan, calidad técnica de los prestadores adscritos al mismo y del servicio de la aseguradora. Sin embargo, en la reforma aplicada se descarta la competencia vía precio dejando como fuentes de competencia sólo a la calidad y el servicio.

Bajo este contexto es importante preguntarse cuáles son los incentivos financieros que enfrenta el sector privado para ofrecer el plan de beneficios estándar. Se estima que existen al menos tres fuentes posibles de incentivos para este sector:

- i) En primer lugar, el contar con un volumen importante de población a la cual se le entrega el POS abre amplias oportunidades de nuevos negocios a las aseguradoras privadas, en lo que dice relación con ofrecer planes complementarios de salud a los beneficiarios.³

3. Evidencia de tipo anecdótica sugiere que el interés de las aseguradoras más allá del POS ha estribado en la posibilidad de ofrecer planes complementarios a sus beneficiarios.

- ii) En segundo lugar, si el sector privado a través de una política fuertemente centrada en actividades de prevención y promoción de salud o a través de la incorporación de nuevas tecnologías, logra reducir las tasas de utilización de los servicios por debajo de las empleadas en el cálculo de la UPC, entonces podrá convertir estas ganancias de eficiencia en márgenes de utilidad a partir del plan integral de salud.
- iii) En tercer lugar, si el sector privado logra "negociar" con los *prestadores de servicios precios menores a los utilizados en el cálculo de la UPC* (por ejemplo, a través de contratos de atención cerrada), podrá obtener márgenes de utilidad a partir del POS.

Es importante enfatizar que en el modelo colombiano no tan sólo se fija el contenido del plan de beneficios estandarizados, sino que también se fija el precio al cual las aseguradoras ofrecen dicho plan. Esto puede ser considerado como un límite a las fuerzas de mercado que son las que debieran determinar dicho precio.

Es importante mencionar que el sector privado enfrentará el riesgo "político" tanto de que se le redefina el contenido del POS como que se cambie el valor de la UPC. Este es un riesgo cierto que enfrentará este sector y que no fue considerado al momento de calcular el valor de la UPC (no se castigó este valor por el riesgo "político"). Por lo tanto, se estima que deben desarrollarse mecanismos que contribuyan a disminuir tal riesgo para el sector privado.

Con relación a lo anterior uno se puede preguntar qué incentivos tendrá el sector privado para incorporar mejoras en eficiencia que se traduzcan, por ejemplo, en reducciones en las tasas de utilización de servicios, cuando es probable que tales reducciones aumenten el riesgo "político" de redefinición del plan, ya sea en su contenido o en el valor de la UPC.

Se hace necesario evaluar el impacto de la mayor cotización sobre el grado de formalización de la economía colombiana. Esto se debe a que el efecto conjunto de la mayor tasa de contribución y la mayor cobertura, producirán un más alto costo laboral para las empresas. Frente a este nuevo escenario las empresas, especialmente las pequeñas, pueden tener un mayor incentivo a informalizarse evitando así costos laborales más elevados. En consecuencia, el impacto de esta reforma sobre el porcentaje de asalariados en la población ocupada es aún incierto.

Finalmente, es factible que el sector contributivo genere déficit o superávit financieros agregados. Frente a déficit financieros se deberá ajustar el POS, ya sea en contenido, en copagos o en general introduciendo mayores aportes del afiliado. En este caso las aseguradoras privadas "presionarán" a la autoridad respectiva para obtener estos cambios.⁴ Frente a superávit surge la pregunta de quién se apropiará de estos recursos: las aseguradoras privadas, el Estado a través de transferir estos recursos al Fondo Nacional de Salud o al financiamiento del régimen solidario; o si estos serán compartidos.⁵ Es aconsejable que estas situaciones sean incorporadas al marco regulatorio para contar con una normativa clara al respecto y que no sea interpretada como un cambio en las reglas por parte del sector privado.

3. EVALUACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS EN AMÉRICA LATINA

En la experiencia de reforma a los seguros de salud en América Latina (Hsiao y Herrera, 1995; CONAM, 1995): 1) se trabaja la idea de un plan integral de salud, obligatoriamente ofrecido por las aseguradoras (Plan Básico); 2) se crean dos regímenes de salud: uno contributivo y otro subsidiado con el objeto de lograr equidad en el financiamiento; y 3) se crea un fondo de compensación de salud con tres funciones: realizar transferencias de compensación (desde o hacia) las compañías de seguros, manejar los fondos públicos y contribuciones solidarias para el régimen subsidiado, y manejar la cuenta de compensación por enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito.

El fondo de compensación permite los ajustes de las primas de riesgo por sexo y edad; la cuenta subsidiada administra los recursos dirigidos a financiar a los adscritos al régimen subsidiado: indigentes, pobres, campesinos, etc.; y la cuenta de enfermedades catastróficas administra los recursos para financiar enfermedades de bajo riesgo pero de alto costo, que no están incluidas en el plan de salud integral.

4. Es esperable que ellas presionen por estos cambios aun cuando no existan déficit reales.

5. Las aseguradoras tendrán un incentivo a no mostrar superávit si no se pueden beneficiar con ellos.

De la experiencia de estas reformas⁶ se pueden extraer algunas lecciones que deben considerarse en cualquier reforma del mercado de salud basada en la competencia regulada. Entre ellas:

- i) Es imprescindible acercar los cuidados de salud a los seguros de salud para que el sistema sea equitativo y eficiente.
- ii) La participación del Estado en la prestación directa de servicios de salud es necesaria y no se puede soslayar, en el corto y mediano plazo, ante mercados incompletos.
- iii) Para corregir los problemas de "descreme" a grupos con enfermedades catastróficas y de tercera edad, se hace necesario crear fondos de compensación que actúen como un sistema de reaseguro.
- iv) El mercado es más eficiente si se incentiva la participación del sector privado con una regulación que no obstruya ni la competencia ni la libre elección de los consumidores.
- v) Un elemento de regulación de la demanda por cuidados de salud ("moral hazard" e inducción de demanda), debe contemplar la inclusión de copagos por prestación.
- vi) Finalmente, el marco institucional del Estado debe ser reorganizado para que su gestión sea más eficiente en la inversión de recursos públicos, en la transferencia de presupuestos, en la focalización de subsidios y en la prestación de servicios.⁷

Estas experiencias deben ser estudiadas para extraer elementos que permitan diseñar la aplicación de este esquema en Chile. En particular, se deben considerar los siguientes aspectos: la reorganización institucional tanto del sector público como del privado; la elaboración de un plan básico de salud; un sistema de competencia basado en precios (primas y copagos) y calidad (planes adicionales al básico); el Estado, además de su rol subsidiario hacia los grupos vulnerables, debe regular el sistema en torno al plan básico y a las fallas del mercado que se pretenden resolver o reducir.

6. Oyarzo (1994), Caviedes (1994), TASC No 15 (1991), TASC N° 25 (1991), Barreto (1993), Trejos (1993) y Castañeda (1990) presentan las experiencias en América Latina.

7. En términos de gestión de establecimientos públicos se deben incorporar presupuestos prospectivos, es decir, asociados a resultados (diagnóstico-resolución) para atenciones secundarias y terciarias, y capitados para atenciones primarias.

4. APLICACIÓN DE LA COMPETENCIA ADMINISTRADA EN CHILE

Tal como se ha mencionado previamente, las opciones colectivas representan muchas ventajas desde el punto de vista teórico por sobre las opciones individuales, de modo que se debiera incentivar la formación de los *consorcios de consumidores* que sugiere la teoría de la competencia administrada.⁸ Estas entidades, intermediarias entre los consumidores y los aseguradores de salud, tendrían los siguientes roles:⁹

- i) A nivel de los individuos, recolectarían los pagos de las primas por seguro.
- ii) Actuarían como un órgano que centralice y difunda información sobre planes de salud, cobertura de los planes, calidad de la atención recibida de los distintos planes de salud que maneja (satisfacción del consumidor) y, efectividad médica de corto y de largo plazo de los prestadores que trabajan con los planes de las aseguradoras.
- iii) A nivel de las aseguradoras, negociarían los precios que éstas cobrarían por el Plan Básico a los miembros del consorcio.
- iv) Finalmente, se preocuparían de traspasar las primas recolectadas, descontadas por un margen para cubrir costos de administración, al Fondo de Ajuste de Riesgo.

Con lo anterior se propende a crear una instancia de representación de los consumidores que permita el agrupamiento de riesgos, que evite la selección de los "mejores" riesgos por parte de las aseguradoras, y que haga el mercado más transparente al difundir información relevante, apropiada y de fácil comprensión. Esto permite obtener eficiencia microeconómica a través de la operación de un mercado "vigilado" por estos "representantes" de los consumidores, además de las instancias reguladoras que para estos propósitos defina el Estado.

8. Estas agrupaciones de consumidores son sugeridas originalmente por Diamond (1992) y fueron adoptadas en la propuesta de reforma al Sistema de Salud de Estados Unidos del presidente Clinton.

9. Nótese que esta es una diferencia con el modelo colombiano, el cual si bien permite estos consorcios, en la práctica ha dividido su labor entre las EPS y la Superintendencia Nacional de Salud.

Los consorcios de consumidores debieran ser corporaciones sin fines de lucro, y su forma jurídica específica determinada por la propia comunidad que representen. Se sugiere que la junta directiva esté conformada por consumidores y que no incluya a personas relacionadas con la industria de la salud, tanto a nivel de aseguradoras como de prestadores, aun cuando puedan tener un grupo asesor compuesto por profesionales del sector. Se requiere que el Estado reconozca y reglamente estos consorcios, a fin de fortalecer su capacidad negociadora, fijando por ejemplo un número mínimo de afiliados para ser reconocidos como tales, y de evitar posibles incentivos a la corrupción en los gerentes de estas corporaciones.

Un problema con las agrupaciones de consumidores es cómo conformarlas. Este es un problema importante ya que, por una parte, una asignación voluntaria de los individuos a las distintas agrupaciones puede provocar un problema de "selección adversa" según la cual permanecerían voluntariamente en los grupos aquellos que presentaron mayores niveles de riesgo.¹⁰ Por otra parte, la misma asignación voluntaria puede introducir competencia a nivel de consorcios lo cual crea incentivos para mejorar su nivel de eficiencia. Se estima que lo aconsejable es que sean las personas quienes, de manera libre e informada, escojan el consorcio al cual desean pertenecer.

Se plantea permitir conformar estos consorcios a nivel de empresas, ramas de actividad económica, agrupaciones gremiales, asociaciones voluntarias de diverso tipo, o utilizar un ordenamiento territorial, como por ejemplo a nivel de servicios de salud.

Una de las críticas que se hace a la opción colectiva es la posibilidad de una conducta corrupta del encargado del plan colectivo. Se estima que una supervisión cercana por parte de los beneficiarios del plan colectivo complementada con una normativa administrativa y legal apropiada, actuarían como un fuerte desincentivo a esta conducta.

Las aseguradoras de salud compiten por ofrecer planes a los consorcios y a los individuos. La competencia opera sobre la base de las primas de los planes y la calidad de sus servicios y de los prestadores, y no a través de la selección de riesgos. Dentro de esta lógica FONASA

10. Se estima que el Fondo de Ajuste de Riesgo compensa en parte este peligro; sin embargo, el nivel de riesgo de la cartera de clientes puede reflejarse en el precio del plan convenido entre el consorcio y las aseguradoras.

debiera actuar como un asegurador más que participa en este mercado de seguros colectivos.

Se estima que los aseguradores de salud podrían estar integrados verticalmente con prestadores de salud a objeto de contener costos, pero ello no es necesario para el funcionamiento de este sistema. Incluso, para que los individuos mantengan la libertad de elegir se sugiere que las aseguradoras trabajen en sus planes con diversas instituciones prestadoras de atención de salud.

Un aspecto esencial para este diseño radica en la adopción de un Plan Básico de beneficios, el cual debiera estar contenido —al menos— en los planes que las aseguradoras ofrezcan a estos consorcios o a los individuos. La obligatoriedad de las personas en términos de seguros de salud estaría limitada a la adquisición de este Plan Básico de beneficios. Sin embargo, los individuos tendrían la libertad de contratar beneficios adicionales con las aseguradoras (prestaciones no incorporadas en el plan, mejor hotelería, nuevas tecnologías, libre elección, etc.).

También es fundamental que se contemple anualmente un período de suscripción de nuevos contratos o renovación de antiguos, para los individuos que conforman los consorcios. Los planes de salud que ofrecen las aseguradoras a un consorcio determinado deben aceptar durante este período a todos los individuos que deseen adscribirse a él, sin lapsos de espera y sin exclusiones por condiciones preexistentes. Por otra parte, los beneficios contemplados en el Plan Básico no pueden ni terminarse ni restringirse por ningún motivo.

Otro aspecto esencial es que los individuos y familias escojan el seguro de salud de su elección dentro de la oferta disponible para cada consorcio. Para estos efectos las aseguradoras enviarán ofertas, en términos de calidad y precio,¹¹ a los consorcios y se comprometerán a recibir a todo aquel miembro que desee contratar el plan de salud con ella. Es de advertir que, dependiendo de las preferencias y restricciones, no todos los individuos y familias de un consorcio contratarán sus seguros con la misma aseguradora. Esto garantiza la libertad de elección y un resultado más eficiente.

Los consorcios recolectarán de las personas, primas que reflejen la prima más barata de las ofertas recibidas, ajustada por riesgo y por gastos

11. Esta es una diferencia con el caso colombiano que no permite competencia vía precio del plan de salud.

administrativos del consorcio. En caso de que un individuo decida contratar su Plan Básico con una aseguradora que no es la de menor prima, él deberá pagar el sobreprecio de su bolsillo directamente a la aseguradora. Además, los individuos que opten por contratar beneficios adicionales a los contemplados en el Plan Básico deberán pagar directamente al asegurador estos costos adicionales.

Téngase en cuenta que las primas están relacionadas con factores objetivos de riesgo (edad, género y ubicación) y no con el estado de salud particular de la persona. Así, se obtiene equidad en el financiamiento.

A objeto de proporcionar equidad en el acceso, más allá de la obligatoriedad de comprar el Plan Básico de beneficios, el Estado debe concurrir al financiamiento parcial o total de las primas de aquellos individuos que se encuentren en situación de pobreza, siendo consistente así con un esquema de subsidios a la demanda. Para este fin, se puede definir un esquema de subsidios en el cual toda persona con un ingreso inferior a cierto umbral es elegible para la obtención de un subsidio que cubra la diferencia entre la prima ajustada por factores objetivos de riesgo y la capacidad de compra del seguro del individuo, determinado como un porcentaje del ingreso (por ejemplo, el 7% actual). Una tarea pendiente es analizar la capacidad del país para financiar, con los recursos que actualmente destina al sector, el funcionamiento de este modelo.

5. POLÍTICA ECONÓMICA DE LA REFORMA

Para que una iniciativa de reforma como la que se propone se aplique, no sólo es necesario que esté bien diseñada sino que además sea puesta en práctica. Es condición necesaria para ello que un grupo mayoritario esté de acuerdo con su realización.

Son afectados por la reforma todos aquellos individuos, agrupados o no, que tienen algún interés por su desarrollo o sus consecuencias, o que consideran que serán beneficiados o perjudicados con su implantación. Ellos constituyen un grupo muy amplio de personas que puede incluir: medios de comunicación masiva, opinión pública, políticos, funcionarios públicos, prestadores de servicios médicos, compañías aseguradoras, proveedores de insumos médicos, personas que requieren de servicios médicos, es decir, todos aquellos que pueden tener un beneficio o un costo directo o indirecto con la reforma.

Los beneficios o pérdidas visualizadas por los afectados pueden ser de muy variados tipos: económicos (mayores impuestos o nuevos y mejores programas de salud), cambio en poderes políticos, prestigio profesional, nuevas y más difíciles responsabilidades, satisfacción de ayudar a otros, etc.

Dependiendo de sus recursos, los costos de organización y de hacer "lobby", estos diferentes actores pueden cumplir un rol importante en el resultado final de un proceso de reforma, apoyándola o rechazándola con mayor fuerza de lo que se pensó inicialmente.

No basta que una reforma haya sido diseñada para beneficiar a un grupo en particular para que éste se sienta afectado positivamente y apoye la reforma, es necesario a su vez que se perciba recibiendo beneficios y que tenga confianza en que éstos serán efectivos y no se verán disminuidos por otras actividades. El caso opuesto se presenta con aquellas personas que se ven amenazadas por la reforma a pesar que, según sus diseñadores, no sea así.

En general, la implementación de una reforma integral que adopte las ideas de la competencia administrada, sin un modelo consensuado entre los diferentes agentes o grupos potencialmente afectados por ella, requiere de grandes cambios institucionales que involucran al poder ejecutivo y legislativo. La reforma precisa de un gran período de tiempo para su aplicación, además de requerir la cooperación de muchos actores.¹²

La no existencia de un modelo de consenso entre todos los agentes involucrados implica que existe espacio para una lucha política y técnica, tanto sobre el diseño inicial como sobre cambios factibles de efectuar, lo que puede desvirtuar los objetivos buscados con esta reforma. Por otra parte, debido a que requiere la coordinación de muchos actores, la falta de cooperación de uno de ellos puede comprometer su puesta en práctica. Otro aspecto importante de considerar es que los costos de la reforma serán inmediatos y sus beneficios de mediano y largo plazo, por lo que hay que contar con un apoyo político importante para poder ponerla en marcha.

12. Adicionalmente, hay que mencionar que en el sector salud opera un gran número de proveedores, con numerosas regulaciones y en muchos casos asociados en fuertes sindicatos o gremios. Además, el Ministerio de Salud es en general débil y presenta divisiones internas.

Por todas estas razones, se estima que existen muchas posibilidades de que el proceso de reforma aborta antes de su real materialización, por lo cual se considera como poco probable la aplicación de una reforma integral al modelo chileno de salud.

IV. OTRAS REFORMAS

Independiente de si se adoptan o no las ideas de la competencia administrada, se estima que se deben introducir a la brevedad otras reformas o modificaciones al sector salud de Chile, los cuales son compatibles con una aplicación posterior de un modelo de competencia administrada en el país. Estas reformas o cambios se describen a continuación.

1. AJUSTES A LA OPERACIÓN DE FONASA

Se debe intentar eliminar las imperfecciones que el sistema redistributivo FONASA introduce en el mercado de la salud, lo cual involucra lo siguiente:

- i) En primer lugar, FONASA debe cobrar sus verdaderos costos de operación para reconocer de este modo el verdadero costo social de proveer estos servicios.
- ii) En segundo lugar, en sus modalidades de atención FONASA debe hacer explícitos sus subsidios. Particularmente, debe explicitar los subsidios que otorga al grupo de población de la tercera edad y a los enfermos crónicos, quienes en su gran mayoría son beneficiarios de FONASA. Ante la opinión pública aparece que el sistema Isapres no ofrece una solución a este grupo de individuos, mientras que sí lo hace el sistema FONASA, pero esto ocurre debido a que FONASA no diferencia la cotización ni el copago por condición médica. Sin embargo, en una era de escasez de recursos alguien paga estos mayores gastos, y es así como FONASA usa implícitamente un mecanismo de subsidios cruzados para financiar estos gastos de salud con fondos provenientes de individuos con un menor perfil de gastos. Se estima que esta situación debe terminar a objeto de no afectar la percepción pública del sistema Isapres. Una manera de hacerlo, es reconocer el mayor gasto que demandan estos individuos

y expresar el deseo del Estado de ayudar a este grupo, directa y explícitamente, a través de subsidios focalizados, y no mantener la actual situación de subsidios cruzados.

- iii) En tercer lugar, sería deseable que FONASA diferenciara sus cotizaciones y copagos para reflejar el verdadero riesgo de los distintos individuos y que otorgara beneficios que estuvieran más de acuerdo al aporte individual, aun cuando esto signifique abandonar su concepción redistributiva. Este cambio pondría término a la paradójica situación de que individuos de ingresos medios y bajos afiliados a FONASA, ayudan a financiar el gasto médico de los menos afortunados a través de sus cotizaciones y copagos en adición de los impuestos directos e indirectos, mientras que los de mayores ingresos afiliados al sistema Isapres sólo lo hacen a través del sistema impositivo.

2. ADOPCIÓN DE UN PLAN BÁSICO DE BENEFICIOS DE SALUD¹³

Ya se ha mencionado que el país se encuentra en una era de escasez de recursos para satisfacer las múltiples necesidades de salud de la población, en especial de la beneficiaria del sector público, déficit que se hará más evidente a medida que avance el proceso de transición demográfica que ocurre en la actualidad en Chile, el cual provocará un envejecimiento paulatino de la población y por ende, mayores necesidades de atenciones de salud.

Es por esto que se deberá aceptar explícitamente que es necesario priorizar y racionalizar las acciones de salud. Esto significa cambiar el énfasis desde los servicios médicos que benefician a pocos o que tienen poco impacto sobre calidad de vida (transplantes o tratamiento quirúrgico para pacientes terminales), servicios médicos que benefician a muchos o que tienen un impacto importante sobre calidad de vida (prevención y promoción de salud). Racionalizar permite encauzar el énfasis de la discusión hacia las acciones de salud y su grado de efectividad relativa. Por otra parte, racionalizar explícitamente permite generar una

13. Existe una amplia literatura sobre este tema la que incluye: Bobadilla y otros (1994), Brown (1991), Callahan (1991), Etzioni (1991), Fox y Leichter (1991), Murray (1994), Neubauer (1993), *The Clinton Blueprint* (1993) y Banco Mundial (1993).

mayor sensibilidad en la opinión pública que puede traducirse en una mejor disposición para asignar recursos al sector salud.

Sin lugar a dudas, estas decisiones de asignación o racionalización de los recursos serán difíciles; pero se estima que los criterios de costo-efectividad, impacto sobre calidad de vida e impacto sobre la esperanza de vida debieran jugar un importante papel para priorizar las acciones de salud. Este proceso de priorización permite definir un cuidado de salud básico y, por ende, reducir la provisión de servicios médicamente inefectivos y que no son valorados por la comunidad.

Es preciso destacar que en la actualidad sí se fijan prioridades y se toman decisiones sobre racionalización de los recursos. Sin embargo, estas son decisiones implícitas y no explícitas del sistema. Así, la percepción de los beneficiarios que son rechazados del sistema, que se encuentran en lista de espera para recibir un tratamiento o atención de salud, que deben enfrentar problemas de insuficiencia de farmacia, etc., es que esta situación se debe a su "mala suerte" o a consideraciones sobre su situación médica particular. Ellos no lo atribuyen a medidas de racionalización que han sido tomadas por alguien responsable en la cadena de decisiones del sector público.

Debido a lo anterior se estima razonable limitar la responsabilidad del Estado a garantizar un nivel mínimo de cuidado de salud a través de la adopción de un *Plan Básico de Beneficios*, el cual sería exigible a todos los individuos y que tendría un costo fijo mensual independiente del ingreso. Este Plan Básico debiera estar incorporado, como mínimo, en cualquier plan ofrecido por las aseguradoras pudiendo variar según edad, composición y tamaño familiar, y área geográfica de residencia.

La responsabilidad del Estado estaría limitada a: 1) obligar a los individuos a efectuar la cotización obligatoria o a comprar el Plan Básico de beneficios, permitiéndoles decidir si cotizan o no para planes complementarios que incorporen prestaciones de salud adicionales o mejor hotelería; y 2) concurrir, en casos justificados, al financiamiento de la brecha existente entre el costo mensual del Plan y un máximo porcentaje de la remuneración del afiliado.

Una tarea que se debe efectuar es definir el contenido del Plan Básico de beneficios. Ella excede los objetivos de este trabajo y por lo tanto, no se intentará aquí.¹⁴ Sin embargo, se estima que en su definición

14. El Ministerio de Salud se encuentra realizando diversos estudios dirigidos a definir el contenido del Plan Básico de Salud.

se requiere complementar el análisis técnico efectuado por personal médico con los valores y opiniones que la sociedad tiene con respecto a salud. Una alternativa a lo anterior es dejar que el mercado lo defina, no obstante, se considera que sólo un análisis técnico objetivo, complementado con una participación de la comunidad, permitiría cumplir con la meta de asegurar un mínimo de salud de acuerdo a las reales necesidades de la población.

En lo relativo al financiamiento del Plan Básico se estima que su compra se debe exigir a las personas, tanto activas como pasivas. El Estado debe concurrir al financiamiento solidario de la brecha que existiría entre el costo mensual del plan y un porcentaje máximo de los ingresos de las personas.

Este esquema de financiamiento permite preservar los mecanismos actuales de seguros de salud, tanto de FONASA como del sector Isapres, permitiendo a los individuos contratar beneficios adicionales a los contenidos en el Plan Básico. Es preciso subrayar algunos importantes aspectos de diseño del subsidio, entre ellos su población beneficiaria, las aseguradoras elegibles y el monto máximo.

Para definir a la población beneficiaria se puede utilizar un criterio de ingreso familiar, estableciendo niveles de ingresos bajo los cuales la persona puede acceder al subsidio o bien, se puede utilizar la clasificación socioeconómica que en la actualidad emplea FONASA (tramos de ingresos A, B, C y D).

Para definir a las aseguradoras elegibles se considera que el Plan Básico puede ser ofrecido tanto por el sector público (FONASA) como por el sector privado (Isapres). Se estima que las personas debieran tener la oportunidad de elegir libremente la institución de la cual obtener el Plan y por tanto, el subsidio debiera ser entregado a la institución que libremente hubiese elegido la persona. El subsidio a la demanda sugerido producirá una efectiva competencia entre las aseguradoras para atraer beneficiarios.

Esto implica cambiar el énfasis desde un subsidio a la oferta a un subsidio a la demanda, lo cual introduce mayores incentivos para que el sistema de salud supere las rigideces y responda con mayor agilidad a las necesidades de la población.

Con relación al monto máximo del subsidio éste corresponde al costo mensual del Plan Básico en establecimientos de salud del sector público (P). Se sugiere que el subsidio se entregue a personas bajo el

requerimiento de destinar un determinado porcentaje (t) del ingreso (Y) a la compra del plan. Las personas elegibles para este subsidio son todas aquellas para las que se cumple que el costo del plan excede el monto máximo de ingreso destinado a la compra de la canasta, es decir, para todas aquellas personas para las que se cumple la desigualdad $P > t Y$. El subsidio correspondería solamente a la diferencia entre el costo del plan y el monto máximo de ingreso, es decir, $P - t Y$. Nótese que a medida que el ingreso decrece, el monto del subsidio se incrementa hasta alcanzar un máximo igual al costo del plan.

La aplicación de esta propuesta deberá hacerse en forma gradual, ajustada a la realidad financiera del sector salud de Chile. Un límite natural, dada la necesidad actual de mantener los equilibrios macroeconómicos, es que el monto de subsidios entregados no sea mayor que el que ya se destina al sector. La diferencia conceptual con la situación presente es que ya no se trataría de un asistencialismo sino de una ayuda para que las personas puedan acceder de manera libre a un Plan Básico.

Un elemento de aplicación importante es si el Plan Básico se inserta dentro de una concepción individual o colectiva de seguros de salud. De acuerdo a la opinión del autor, la opción colectiva presenta una serie de ventajas por sobre la opción individual y debiera ser adoptada.

En primer lugar, porque si se utiliza una base individual las personas aparecen sin poder de negociación frente a las aseguradoras, lo que afecta los precios y beneficios obtenidos, en comparación con aquellos que se obtienen cuando los contratos son establecidos para grupos.

En segundo lugar, porque si se utiliza una base individual se requiere que cada individuo adquiera y actualice información relativa a la calidad del plan de salud que ofrece una aseguradora en particular, como también de los que ofrecen otras aseguradoras consideradas como alternativas factibles. Esto afecta el comportamiento que tienen los individuos en un ambiente de competencia, incluso con planes de beneficios estandarizados.

Una manera de disminuir este problema, más allá del necesario marco regulatorio, es a través de un flujo de información hacia los consumidores sobre el comportamiento de las aseguradoras de salud, que les permita comparar sobre bases homogéneas las distintas calidades de las aseguradoras de salud.

Ligado a lo anterior, el sistema individual es costoso desde el punto de vista social por cuanto requiere que cada individuo maneje información

relativa a las distintas aseguradoras de salud. Esto genera un costo privado y social importante al no utilizarse economías de escala en la adquisición y manejo de la información. Estas economías de escala se logran a través de planes colectivos que delegan las decisiones de comparación, actualización y compra de seguros de salud en expertos o agencias especializadas en seleccionar dichos seguros.

Es probable que en un contexto de seguros individuales exista un mayor costo —asociado con un esfuerzo de las aseguradoras por captar individualmente a las personas— que en el contexto de seguros colectivos. A su vez, dado lo complejos que son los seguros de salud, es probable que los traspasos de los individuos entre aseguradoras no estén muy relacionados con aspectos técnico-médicos de calidad de los prestadores ni con el servicio que proveen las aseguradoras. Esta posibilidad de traspasos “irracionales” se atenúa en el contexto de seguros colectivos de salud. A su vez, el costo administrativo es menor en la opción colectiva que en la opción individual.

Un serio problema que presenta la opción individual aun con planes de beneficios estandarizados, es la probabilidad de que las aseguradoras realicen un “descreme” del mercado, en otras palabras, que sigan prácticas que les permitan seleccionar los mejores riesgos (es decir, que escojan a los individuos más sanos), desincentivando la afiliación de individuos que presenten un alto riesgo.

Se estima que la opción colectiva, la cual fuerza al asegurador a ofrecer seguros a cada miembro del grupo en las mismas condiciones, constituye una manera adecuada de reducir las posibilidades de selección de riesgos que tienen las aseguradoras privadas de salud. La opción colectiva, con aceptación obligatoria a todo el grupo por parte de las aseguradoras, posibilita realizar un “agrupamiento” de riesgo —“risk pooling”—, lo cual permite incorporar individuos con riesgos de salud diferentes dentro de un mismo plan colectivo.

3. ESQUEMAS DE PARTICIPACIÓN EN EL COSTO

Con el objeto de frenar el incremento de costos que enfrenta el sector, se requiere poner mayor énfasis en mecanismos de participación en el costo por parte de las personas y prestadores de servicios en su relación con

las compañías aseguradoras.¹⁵ Estos mecanismos de participación, tanto por parte de la demanda (pacientes) como de la oferta de servicios (prestadores), son útiles también para frenar el incremento de costos asociado a la adopción de nuevas tecnologías médicas. Los prestadores, dadas la asimetría de información existente entre los pacientes y los prestadores y la insensibilidad al precio de los servicios implícita en los mecanismos con bajos copagos, pueden competir por pacientes mediante la oferta de acceso a tecnologías de avanzada con una baja relación costo/efectividad. Los esquemas de participación en el costo disminuyen estos incentivos, al lograr que los participantes en el mercado sean más sensibles al precio de la atención de salud.

La mayor participación en el costo por parte de los demandantes (pacientes) de atenciones de salud se puede lograr a través de aumentos en el copago o en los deducibles o limitando la cobertura de los planes de salud.¹⁶

Sin embargo, también por parte de la demanda se considera que el espacio para usar estos mecanismos es limitado, debido fundamentalmente, a dos razones:

- i) Si bien los mecanismos mencionados logran el objetivo de frenar el consumo *ex ante* de las personas, ellos no son recomendables porque aumentan el riesgo financiero asociado a episodios de morbilidad o mortalidad. En el extremo, un esquema con copagos de 100% hace que el paciente y/o su familia internalicen completamente el costo de la atención de salud frenando, quizás, de manera excesiva sus gastos en este rubro. Así, es obvio que se elimina el incentivo a sobreconsumir (o riesgo moral) a costa de eliminar el sentido del seguro de salud, que es repartir el riesgo financiero de los episodios de enfermedad entre las distintas personas.
- ii) Los pacientes en general entregan las decisiones de tratamiento y, por ende, de gastos en salud al médico tratante. Sin embargo, el personal médico puede inducir una mayor demanda de prestaciones

15. En la literatura económica este tema ha adquirido importancia en la discusión. Véanse, por ejemplo, los artículos de Randall y McGuire (1986, 1988, 1990 y 1993), Pope (1990) y Siegel y otros (1991).

16. Los esquemas de seguros con deducibles no se encuentran, en general, disponibles en el sector Isapres. Sin embargo, ellos son de común aplicación en otros países.

de salud, especialmente cuando se les retribuye por atenciones prestadas o tienen un interés financiero comprometido (por ejemplo, integración explícita o implícita del personal clínico con laboratorios). Esta conducta también ocurre cuando el personal médico observa la existencia de un tercer pagador (aseguradora), lo que reduce el costo percibido de solicitar procedimientos de baja efectividad terapéutica. Ante esta situación se considera aconsejable que los individuos estén apropiadamente cubiertos de tal riesgo.

Una alternativa factible de analizar por la parte de los demandantes, es que los aseguradores diferencien la estructura de copagos de acuerdo a el costo-efectividad de los distintos procedimientos médicos. Esta alternativa se hace recomendable ya que fomentaría la utilización de tratamientos de mayor efectividad sin aumentar el riesgo financiero que enfrentan los individuos. Su aplicación requiere, sin embargo, de estudios que midan el costo-efectividad de los diferentes tratamientos.

En cuanto a la relación aseguradora-prestadores de servicios y en caso de utilizar un esquema de pago por acto médico,¹⁷ mientras el pago exceda al costo de producir el servicio, el prestador tendrá el incentivo de entregar tantos servicios como lo demanden las personas o como lo indique el tratamiento asignado por el médico tratante. Bajo este esquema de compensación, al prestador de salud se le retribuye por todos los insumos utilizados en la resolución de sus casos, de modo que el costo marginal del acto médico lo asume el pagador (aseguradora) con cero riesgo para el prestador. Aún más, este pago se realiza sin considerar, en general, la efectividad o impacto de los procedimientos médicos que se están utilizando.

Sistemas de pagos basados en resultados, en los que se cancela una suma alzada, independiente de los insumos utilizados en la resolución del caso en particular o de los servicios entregados, cambian los incentivos que enfrentan los prestadores. Bajo este esquema, el prestador internaliza por completo el costo marginal de atender a un paciente recibiendo directamente el riesgo financiero del tratamiento de la persona, con cero riesgo para el pagador. En este esquema, cada peso que gasta el prestador en la atención de salud reduce el "beneficio neto" de prestar

17. En Chile el FAP y el sistema de Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipalizados (FAPEM), eran ejemplos de este tipo de mecanismos de pago.

el servicio en exactamente un peso. En efecto, si al tratar a un paciente el prestador *gasta menos que la suma alzada*, él estará recibiendo un beneficio neto por paciente, mientras que si *gasta más* estará incurriendo en una pérdida.

Se estima que desde el punto de vista social no es perjudicial que sea el prestador quien asuma el riesgo financiero, bajo el supuesto de que la suma alzada se encuentra bien calculada. Esto se debe a que el volumen de operación de los prestadores les permite, en general, lograr un agrupamiento de riesgos.

Dentro de las ventajas que presenta la adopción de este esquema de pago, está la de proporcionar incentivos tanto para que el prestador use de manera eficiente los recursos como para que provea los servicios que presentan la mayor costo-efectividad, generándose así una contención de costos.

Dentro de las desventajas es preciso mencionar que, en primer término, se generan incentivos perversos a minimizar la cantidad de recursos que se utilizan por paciente, por lo cual el uso de este esquema de pago requiere establecer estándares de calidad para los actos médicos o que se controle de manera cercana los resultados logrados por los prestadores. En segundo lugar, el prestador tiene un incentivo a "descremar" el mercado de pacientes, evitando a aquellas personas que de antemano son percibidas como pacientes de alto costo.

En relación a estas críticas es importante señalar que, dada la relación de largo plazo existente entre la aseguradora y los prestadores, se generan incentivos para que los prestadores de servicios entreguen un *cuidado de salud de alta calidad*. Ahorrar costos comprometiendo los resultados de salud de los pacientes, puede disminuir su capacidad de negociar en el futuro buenos contratos con la aseguradora.

Finalmente, respecto del desarrollo de mecanismos de participación de costos es importante agregar que FONASA ha implantado esquemas de pago por resultados, conocidos como Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) para los niveles de atención secundario y terciario, y un esquema de Pago Per Cápita en atención primaria.

Se estima que FONASA debiera extender y perfeccionar el mecanismo PAD, lo cual involucra entre otras ventajas aumentar la cobertura de diagnósticos, incorporando tanto enfermedades complejas como el sistema de remuneraciones al personal en dicho pago.

FONASA debería liderar el desarrollo de metodologías de pago por resultados a prestadores, las que debiera ofrecer para su adopción al sector privado. Esto se basa en que mecanismos de pago por resultados requieren del desarrollo, entre otros, de sistemas de clasificación de enfermedades, de la estandarización de los tratamientos y del desarrollo de metodologías de cálculo de costos asociados a los tratamientos. Para los aseguradores privados ello significaría una inversión importante de recursos, por lo cual se sugiere que el sector público, que ya ha desarrollado estas metodologías, las haga disponibles al sector privado. Lo anterior es recomendable también para asegurar que se adopte un esquema homogéneo de pago por resultados y para evitar duplicación de esfuerzos en el sector privado.

V. CONCLUSIONES

Si bien conceptualmente las ideas de la competencia administrada son atractivas, en términos prácticos se estima como improbable la aplicación de este sistema en Chile. Esta predicción se basa en que para introducir una reforma se requiere de grandes cambios institucionales, que involucren tanto al poder ejecutivo como al legislativo, sin que haya un modelo de consenso entre los diferentes agentes afectados positiva o negativamente por dichos cambios; agréguese a ello un gran período de tiempo para su puesta en práctica y la cooperación de muchos actores.

La inexistencia de un modelo consensuado implica que existe espacio para una lucha política y técnica tanto sobre el diseño inicial como sobre cambios factibles de efectuar, lo que puede desvirtuar los objetivos buscados con esta reforma. La no cooperación de uno de estos agentes puede debilitar o afectar, a través de su capacidad de veto, la aplicación de la misma. A su vez, dado que los costos de la reforma son inmediatos y los beneficios de mediano y largo plazo, existen muchas posibilidades que el proceso fracase antes de su real materialización.

Aun cuando se estima que no se puede implantar abiertamente una reforma institucional completa que incorpore las ideas de la competencia administrada, sí se puede pretender que sea el mercado el que promueva los cambios necesarios para llevar a cabo estas propuestas. Para ello se requiere de la acción decidida del Estado en cuanto a promover cambios legislativos y otros operacionales, de carácter no estructural, que

introduzcan incentivos adecuados para avanzar en la direcciones propuestas en este artículo y que son compatibles con la aplicación futura de la competencia administrada. Esas modificaciones debieran producirse en las siguientes áreas: cambios en el marco regulatorio para permitir seguros colectivos de salud; desarrollo del Plan Básico de salud; iniciativas que promuevan una elección más informada por parte del consumidor; y finalmente, desarrollo de mecanismos de participación de costos entre aseguradoras y prestadores de servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (1993), *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial, 1993*, Nueva York, Oxford University Press.
- Barreto de Oliveira, Francisco E. (1993), "Seguridade social na América Latina: a experiência da Argentina, Brasil, Chile e Venezuela", serie Documento de trabajo, N° 159, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID), junio.
- Bobadilla, José Luis y otros (1994), "Design, content and financing of an essential national package of health services", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 72, N° 4.
- Brown, L. (1991), "The national politics of Oregon's rationing plan", *Health Affairs*, junio-agosto.
- Callahan, D. (1991), "Commentary. Ethics and priority setting in Oregon", *Health Affairs*, junio-agosto.
- Castañeda, T. (1990), "El financiamiento de sistemas de salud: alternativas y dilemas", *Cuadernos de economía*, N° 81, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, agosto.
- Caviedes, Rafael (1994), "Subsidios a la demanda en salud: una alternativa viable", *Estudios públicos*, N° 54, Santiago de Chile, marzo-mayo.
- CONAM (Consejo Nacional de Modernización del Estado) (1995), *Propuesta de reforma a la seguridad social*, Quito.
- Diamond, P. (1992), "Organizing the health insurance market", *Econometría*, vol. 60, N° 6.
- Enthoven, Alain (1988), *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North Holland.
- Etzioni, Amitai (1991), "Commentary. Health care rationing: a critical evaluation", *Health Affairs*, junio-agosto.
- Fox, D. y H. Leichter (1991), "Rationing care in Oregon: the new accountability", *Health Affairs*, junio-agosto.

- Hsiao, W. y M.D. Herrera (1995), "Background paper on Colombian health care system and current reform".
- Jaramillo, Iván (1996), "Los propósitos de la reforma de la seguridad social colombiana", *Las reformas sociales en acción: salud*, serie Políticas sociales, N° 15, Iván Jaramillo, Cleofe Molina y Alvaro Salas (comps.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Londoño, J.L. (1996), "Estructurando pluralismo en los servicios de salud", *Revista de análisis económico*, vol. 11, N° 2, noviembre.
- MINSALUD (Ministerio de Salud de Colombia) (1993), "Ley 100, de 1993, La seguridad social en Colombia", Santafé de Bogotá.
- Murray, Christopher J.L. (1994), "Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 72, N° 3.
- Neubauer, D. (1993), "Hawaii: a pioneer in health system reform", *Health Affairs*, junio-agosto.
- Oyarzo, César (1994), "La mezcla público-privada: una reforma pendiente en el sector salud", *Estudios públicos*, N° 55, Santiago de Chile, junio-agosto.
- Pope, G. (1990), "Using hospital-specific costs to improve the fairness of prospective reimbursement", *Journal of Health Economics*, junio.
- Randall, E. y T. McGuire (1993), "Supply-side and demand-side cost sharing in health care", *The Journal of Economics Perspectives*, vol. 7, N° 4, septiembre-noviembre.
- (1990), "Optimal payment systems for health services", *Journal of Health Economics*, diciembre.
- (1988), "Insurance principles and the design of prospective payment systems", *Journal of Health Economics*, septiembre.
- (1986), "Provider behavior under prospective reimbursement: cost sharing and supply", *Journal of Health Economics*, junio-agosto.
- Reinhardt, U. (1993), "The Jackson Hole Initiative for a twenty-first century American health care system", *Journal of Health Economics*, septiembre.
- Restrepo, Mauricio. (1997), "La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada", serie Financiamiento del desarrollo, N° 47, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Schut, F. (1992), "Workable competition in health care prospects for the Dutch design", *Social Science and Medicine*, vol. 35, N° 12.
- Siegel, C. y otros (1991), "A risk based prospective payment system that integrates patient, hospital, and national cost", *Journal of Health Economics*, diciembre.
- TASC (*Trabajo de Asesoría Económica al Congreso Nacional*) N° 15 (1991), "Los sistemas de seguros de salud", Santiago de Chile, Programa Postgrado de Economía Instituto Latinoamericano de Doctrinas y Estudios Sociales (ILADES) / Universidad de Georgetown, febrero.

- TASC (Trabajo de Asesoría Económica al Congreso Nacional) N° 25 (1991), "Reformas propuestas al sistema de salud", Santiago de Chile, Programa Postgrado de Economía Instituto Latinoamericano de Doctrinas y Estudios Sociales (ILADES) / Universidad de Georgetown, septiembre.*
- The Clinton Blueprint (1993), "The President's Health Security Plan", Washington, D.C., The White House Domestic Policy Council.*
- Trejos, Juan Diego (1993), "Sistemas de entrega de los servicios sociales: una agenda para la reforma en Costa Rica", serie Documento de trabajo, N° 153, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID), mayo.