

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

La organización del sistema de salud chileno y las barreras a la competencia

Profesor César Oyarzo Mansilla
Gerente General de Integramédica

Presentación

El título de la mesa "Organización de los sistemas de salud y su impacto en el mercado" nos dio a los participantes la oportunidad de abordar perspectivas complementarias. Mi exposición tiene como objetivo analizar el efecto que tiene sobre los beneficiarios y la eficiencia en el mercado la organización del sistema de salud chileno. Quiero también, al final de la exposición, mirar algunos problemas o algunas perspectivas en relación con una transformación, no solo quedar en el diagnóstico, sino echar una mirada a las transformaciones necesarias.

Podríamos decir de manera técnica que la presentación va a estar en el espacio de la relación entre los financiadores y los prestadores, la mirada global también va a tocar algo de la regulación, pero fundamentalmente va a estar muy centrada en el sistema de salud chileno, en la relación entre financiadores y prestadores.

Quiero hacer una aclaración: siento que esta exposición —por el título— tiene el sesgo de ser eficientista, ya que creo que refuerza la imagen de nuestra profesión como gente desvinculada de los temas de equidad, lo que me imagino es la explicación de que en la mesa siguiente, que tiene por título "Equidad", no hay ningún economista.

Mi exposición tiene tres partes: quiero plantear algunas ideas preliminares del tema que voy a desarrollar, luego voy a abordar el tema central, que es la organización del sistema de salud chileno y las barreras a la competencia, y, finalmente, plantear algunos elementos de las transformaciones que yo estimo necesarias.

Ideas preliminares

La competencia es el aspecto deseable del mercado

El primer ámbito es el de las ideas que denominé preliminares, es decir, que cuando hablamos de mercados, en realidad los mercados pueden tener muchos tipos de organizaciones, y lo que de verdad les interesa a los economistas que tienen una visión ética es la competencia como un instrumento para la eficiencia. Yendo de atrás hacia adelante, lo que a uno le interesa son los elementos finales que son eficiencia y equidad, y el convencimiento que tenemos los economistas es que el espacio de la competencia y, por lo tanto, de los mercados competitivos son los que de verdad nos producen la atracción por defender la competencia, no el mercado en sí mismo. Un mercado con carácter monopólico es muy poco atractivo desde el punto de vista de la eficiencia. Desde este punto de vista, planteo la idea de que los mercados competitivos son los que promueven la eficiencia, lo que es bastante obvio; y otra idea que yo creo fundamental en

una discusión, más relevante desde el punto de vista empírico, según mi parecer, es que la competencia, aunque sea imperfecta, es mejor que los monopolios.

Normalmente comparamos la situación observada con patrones perfectos, de tal forma que es muy usual escuchar las críticas en salud respecto a que en realidad no deberíamos tener mercado, no deberíamos tener competencia, porque no es posible que esto sea perfecto, y la solución que se nos ofrece a cambio es la de tener estructuras de carácter monopólico, que son bastante menos perfectos que la competencia imperfecta.

En los mercados de las prestaciones de salud la competencia perfecta

no es posible

Esto es lo que desarrollo en la lámina siguiente, lo que señalo es que en los mercados de las prestaciones de salud la competencia perfecta no es posible, y eso es un tema que desde los primeros economistas que incursionaron en el tema de salud lo tomaron como un dato, probablemente las mayores contribuciones desde el año 1963 en adelante, los pioneros en este campo, como Kenet Arrow, quien fue posteriormente premio Nobel en economía, fue exponer latamente cuáles son las imperfecciones que tienen los mercados de salud. Por lo tanto, de allí también que el análisis de un economista parta de esto como un tema dado. Sin embargo, lo que señalo a continuación es que a pesar de este convencimiento de la competencia imperfecta y en relación con el planteamiento que les hacía anteriormente, creo que hoy día la mayoría de los economistas estamos conscientes de que existe un esquema de competencia regulada como alternativa superior al monopolio.

Competencia regulada es distinta de competencia imperfecta. Competencia imperfecta es lo que se da, es el resultado de los problemas. Convertir la competencia imperfecta en algo que sea lo mejor posible es básicamente lo que hoy relacionamos con los elementos de salud administrada, con los elementos de competencia administrada, como elemento más global, que yo creo que es uno de los paradigmas que —a mi juicio— hoy está promoviendo la mayor parte de las reformas de salud que hoy día ocurren en el mundo.

No quiero salir del tema de la competencia sin decir que los dos puntos que voy a tratar, el de financiamiento y el de los prestadores, también el análisis técnico que realizan los economistas hoy día, acepta como premisa que la competencia es mucho más factible o posible, aunque no perfecta, en el campo de las prestaciones, y enfrenta muchas más dificultades; y, por lo tanto, requiere un esfuerzo regulatorio mucho más significativo en el campo del financiamiento. Eso se expresa también en las experiencias mundiales donde uno encuentra, hoy en día, mucha más competencia en el mundo de la prestación que competencia en el mundo de los financiadores. El modelo dominante en el mundo del financiamiento está todavía lejos de los sistemas monopólicos integrados a través de esquemas de seguros sociales únicos o las distintas denominaciones que tengan.

Todavía son excepciones, en la exposición que escuchamos, sobre los modelos en América Latina. Hoy día Colombia es el paradigma que está tratando de introducir competencia en el mundo de los financiadores, y es una competencia administrada, porque Chile es el otro

paradigma donde en el mundo de las ISAPRE tenemos también competencia con bajo nivel de lo que uno podría llamar hoy día competencia regulada. Eso es, fundamentalmente, lo que se va a notar en el planteamiento que voy a hacer de cómo funciona el sistema de salud chileno.

La organización del sistema de salud chileno y las barreras a la competencia

El sistema de salud chileno está organizado de manera semiautárquica

Luego plantearé lo que ya Ana Sojo marcaba bastante bien, que en el nivel macro, el sistema de salud chileno está organizado de manera semiautárquica; a esta los economistas le hemos dado varias denominaciones, como "sistema dual", "sistema desestructurado"; yo le llamé así usando la literatura de comercio. Entendiendo la autarquía como un sistema en el que no hay competencia. En Chile tenemos un sistema semiautárquico porque, mirando la perspectiva de los beneficiarios de los sistemas de financiamiento, vemos que sobre el 90% de las prestaciones de atención cerrada de los beneficiarios del FONASA se reciben en establecimientos públicos, cifra que baja a alrededor de un 75% cuando miramos las prestaciones ambulatorias. Pero aun así, es muy significativo el porcentaje de prestaciones que reciben los beneficiarios de FONASA dentro de un mundo de prestadores públicos. Es un indicador de una relación de semiautarquía, y no de competencia. Las cifras son muy equivalentes cuando miramos las ISAPRE; los beneficiarios de las ISAPRE se atienden, mayoritariamente, dentro del mundo privado, y por excepción en el mundo de los prestadores públicos, con algunos de los problemas adicionales que quiero discutir posteriormente.

La semiautarquía se da no solo en el mundo de la salud —entendida como un todo general— sino que, en el sistema de organización que Chile tiene paralelo a su sistema de salud general, está el Sistema de Atención de Riesgo del Trabajo y de Enfermedades Profesionales —que a veces lo olvidamos en la discusión— que resalta este concepto que tenemos de baja competencia. Los beneficiarios del sistema de riesgo del trabajo, llamados en Chile mutuales de seguridad, se atienden casi exclusivamente en establecimientos que la ley obliga a que tengan las mismas mutuales. Por lo tanto, básicamente, lo que tenemos en Chile es tres redes de prestadores asociados a tres tipos de sistemas de seguridad independientes.

La semiautarquía se sustenta en las reglas e incentivos del sistema

Lo que ahora sostengo puede ser bastante obvio, pero vale la pena identificar en los distintos niveles que esta semiautarquía se sustenta en las reglas e incentivos del sistema, que son, en primer lugar, los subsidios a la oferta en el financiamiento (FONASA) y en la prestación son los elementos que sustentan la semiautarquía del mundo público. Como sabemos, en el sistema de financiamiento chileno todas las personas que son indigentes no pueden trasladar el subsidio que le entrega el Estado hacia el mundo privado, por lo tanto, son cautivos del sistema de administración financiera del Estado, al que llamamos sistema público hoy en Chile, o sea FONASA. Esto ya marca la primera relación, pues al ser cautivos del sistema público pasan a ser también cautivos de la modalidad institucional del sistema público, que es la que atiende de manera exclusiva a los indigentes. O sea, los indigentes en Chile solo pueden estar en el FONASA, y dentro del FONASA atenderse en lo que se llama la modalidad institucional, por

definición constituida solo por los prestadores públicos; y ahí tenemos el 50% de la explicación de la semiautarquía.

Adicionalmente, estos subsidios a la oferta son aun más importantes en cuanto a las limitaciones de la competencia, porque al interior del mismo sistema público, en la modalidad institucional, este concepto de subsidio a la oferta implica, básicamente, que las personas pueden atenderse solo en algunos establecimientos. Esta cuestión se sustenta en lo que acabo de señalar que son los incentivos y en la cultura, porque curiosamente en Chile, la ley, desde el año 1985, establece que los beneficiarios del sistema público pueden elegir el establecimiento que ellos deseen. No obstante, todavía la mecánica del sistema público funciona con la mentalidad de poblaciones asignadas, lo cual constituye, fundamentalmente, un patrón casi cultural y reforzado por el sistema de incentivos sin una base de carácter legal, exactamente la contraria.

Finalmente, la semiautarquía, dentro del mundo público, se complementa con bonificaciones diferenciadas en contra del uso de los prestadores privados. Esto opera en el mundo de los cotizantes. En FONASA, los cotizantes pueden optar por la modalidad institucionalizada o por la modalidad de libre elección; sin embargo, aquí opera fundamentalmente el esquema de incentivos económicos, ya que si los beneficiarios van a la modalidad institucional sus bonificaciones son mucho más altas, o copagan menos; mientras que, si eligen a un prestador privado, su copago es mucho más alto. Es curioso, o quizás no es curioso, que podamos observar que los cotizantes del FONASA, teniendo la opción costo cero —como se diría en el mundo privado—, prefieran de manera significativa un sistema privado para realizar las consultas, los exámenes complementarios, etc., en el cual tienen que pagar una cantidad —la que no podemos expresar como porcentaje del otro costo porque es cero— pero que, sin ninguna duda, tiene una significancia económica importante, los copagos que la gente tiene que hacer para el mundo privado suponen un gasto no irrelevante proporcionalmente a sus ingresos. A pesar de eso, lo usan. Esto es muy interesante para mirarlo desde el punto de vista del bienestar y manifiesta las limitaciones que FONASA impone a sus beneficiarios respecto de los sistemas que se pueden utilizar.

Las regulaciones limitan la venta de servicios del sector público a las Isapre

A continuación marco dos temas adicionales: las regulaciones que limitan la venta de servicios del sector público a las ISAPRE. ¿Por qué las ISAPRE usan, preferentemente, prestadores privados y no usan prestadores públicos? Sobre todo, porque hay barreras legales o barreras regulativas que impone el sistema público para impedir a los beneficiarios de las ISAPRE utilizar los prestadores públicos. La racionalidad que tiene esto es simplemente la incapacidad que ha tenido el sistema público históricamente de diseñar sistemas de incentivo que hagan igualmente atractivo para los prestadores públicos atender a gente de las ISAPRE o atender a la gente del FONASA. Es comprensible que con un esquema de subsidios a la oferta, para los prestadores públicos sea puro costo atender a un beneficiario del mundo público, porque el ingreso ya lo tienen asegurado; mientras que atender beneficiarios privados —aunque sea a pago parcial— le significa ingresos adicionales, por lo tanto, la estructura de incentivos económicos está diseñada de manera perversa para atender fundamentalmente beneficiarios del sistema privado. Entonces, para compensar este mal diseño de incentivos, lo que hay que hacer es regular, o sea, prohibir la atención de los beneficiarios privados en el mundo público. Básicamente, no hay otra buena

explicación para esto que observamos, y que, por lo demás, no es nuevo. Ha sido la contradicción histórica del sistema público chileno, que sabe que, para retener a sus médicos, tiene que ofrecerles práctica privada; pero, por el otro lado, tiene que colocarle un conjunto de cortapisas para evitar que esta práctica privada se transforme, efectivamente, en elemento fundamental de la práctica de los establecimientos públicos.

Las regulaciones impiden entrar al sector de riesgo del trabajo sin infraestructura propia y adicionalmente limita la venta de servicios

El otro elemento que, finalmente arroja el ámbito de la autarquía es la regulación, que impide entrar en el sector de riesgo del trabajo sin infraestructura propia y, adicionalmente, limita la venta de servicios del sector mutualidades.

Este es un esquema particular en el caso chileno —que prácticamente en todas las reformas de América Latina se ha estado abandonando— en el cual los sistemas de accidentes del trabajo y riesgos profesionales no requieren, en otros países, primero, que las compañías aseguradoras tengan su propia infraestructura hospitalaria, y, segundo, que se deriva de lo que acabo de señalar, que si tienen infraestructura, no tienen limitaciones para vender servicios. En Chile, ocurren las dos cosas: por un lado, para entrar a vender, las mutuales tienen que tener una red nacional de infraestructura y, adicionalmente a esa red de infraestructura, se le colocan barreras muy importantes para que puedan vender servicios.

¿Cuáles son las implicancias que, a mi juicio, tiene en el sistema chileno la semiautarquía?

La falta de competencia ha generado un sistema que reduce la satisfacción de los beneficiarios de ambos sistemas

Primero, que la falta de competencia ha generado un sistema que reduce la satisfacción —debería decir quizás el bienestar— de los beneficiarios de ambos sistemas. La reflexión general ya la planteé, yo creo que en la medida en que hay menos posibilidades de elegir es evidente que las personas hoy día no están en la situación en que les gustaría estar. A las mismas bonificaciones ¿los beneficiarios del FONASA seguirían prefiriendo a los prestadores públicos que hoy les atienden? o ¿escogerían los prestadores privados? En caso de que quiere decir que estamos con un problema: la regulación está reduciendo directamente el bienestar de la población.

La falta de competencia ha generado un sistema prestador ineficiente

Segundo, la falta de competencia ha generado un sistema prestador ineficiente. Dos elementos de la ineficiencia son: uno que es fácil entender y que tiene un alcance más nacional, creo que aquí es evidente que la duplicación de recursos es una manifestación de la ineficiencia. Tenemos hoy día múltiples evidencias, particularmente en el ámbito de las camas, pero no solo en el ámbito de las camas, sino también en el de la tecnología, que este sistema, que va en paralelo entre las mutuales, el sistema público y el sistema privado, está generando una muy importante subutilización de toda la inversión que este país hace. Esto es extremadamente concreto y visible

en todas las ciudades intermedias y pequeñas de este país; en Santiago probablemente es menos visible, pero llega a extremos absurdos en ciudades de cien mil o ciento cincuenta mil habitantes, en las que estamos manejando tres, cuatro o cinco *scanner*, porque cada uno de los sistemas tiene que tener su propia tecnología, porque cada uno de los sistemas tiende a tener sus propias camas, con tasas de ocupación del 30 al 35%. Esa irracionalidad en la asignación de recursos, que hoy día se observa en este país, es producto de un sistema semiautárquico que no puede aprovechar en plenitud los recursos, como podría hacerlo en un contexto de competencia.

El otro elemento que es más técnico, aunque menos visible, es que el sistema semiautárquico ha generado una dualidad en la producción de sistemas que tienen diferencias sustantivas en términos de su estructura de productividad y costos, entre subsistemas y dentro de ellos. Para caracterizar el problema en términos generales, uno podría decir que esta relación de autarquía ha producido sistemas productivos tipo norteamericano y mexicano antes de la integración; esto significa que el sistema público trabaja con bajos salarios y baja productividad, con costos razonables, y compite con un sector privado que tiene alta productividad y paga altos salarios. Dentro del sistema público, la falta de competencia se manifiesta en que, mientras hay hospitales que pueden exhibir niveles de productividad del mundo privado, del mundo desarrollado en salud, hay hospitales que simplemente están a distancias muy significativas de sus indicadores de productividad. Los análisis que se han hecho en el sistema público son muy concretos y muestran que hay, fundamentalmente en los que llamamos hospitales desfinanciados del sistema público, tremendas brechas de productividad, sobre todo por las transformaciones tecnológicas que no han sido incorporadas en esos hospitales, por los cambios en la demanda, que tampoco se han reflejado en la acomodación del recurso humano y cuestión que, finalmente, en términos de incentivos generales, no obliga al sistema a los ajustes de productividad. Esto para los economistas es una clara señal de un sistema que expresa problemas importantes en cuanto a sus niveles de eficiencia.

La ausencia de regulación procompetitiva contribuye a un mercado

imperfecto en la prestación

Finalmente, lo que planteo aquí es que la ausencia de una regulación procompetitiva contribuye a un mercado imperfecto en la prestación, y esto se hace manifiesto especialmente en la falta de un sistema de acreditación de prestadores. Aun aceptando la semiautarquía, la falta de un regulador hace que la competencia en el mundo privado sea hoy día una competencia imperfecta por la falta de transparencia. De tal manera que subsisten prestadores de muy diversa calidad, que en un mercado con mayor información se reflejaría directamente en sus precios o en su supervivencia. Situación que hoy día tenemos en Chile, porque el aparato regulador no está operando en el mundo de la acreditación con el suficiente impacto. Lo mismo dentro del sistema público. A nadie se le pasa por la cabeza dar a conocer, como hoy día se hace en la educación chilena, los análisis de calidad de los hospitales públicos, que nosotros sabemos se hacen tardíamente, que se hacen algunas veces con grandes esfuerzos dentro del sistema público, pero que, cuando se hacen, quedan guardados en los escritorios. No hay nadie en este país que se atreva a mostrar — como se hace por ejemplo con los sistemas de medición de la calidad de la educación— la medición de la calidad de los hospitales públicos. Porque mostrar la medición de los hospitales públicos realmente produciría un tremendo impacto, y eso lo sabemos todos los que hemos

conocido los informes respecto de la calidad medida dentro de los hospitales. Por lo tanto, hay un tema de la regulación procompetitiva que considero hace falta en este país.

El cambio es deseable y posible

Al final, quiero decir tres ideas positivas. El cambio es deseable y posible y un cambio deseable y posible gradual dentro de lo que en general son los sistemas de semiautarquía, cuya apertura — para seguir el lenguaje de los economistas en materia comercial— y una apertura violenta, produce enormes costos. Eso es indudable que ha sido la piedra de tope para frenar cualquier tipo de reforma en este país. Todos sabemos que una apertura violenta hacia la competencia va a llevar a la quiebra a muchos hospitales, va a producir un ajuste muy importante dentro de los recursos humanos, y esto es lo que hace que, frente a cualquier intento de cambio, se encuentre una resistencia gremial significativa. Esto se constató en otros sectores de la economía cuando se abrió, pues también se resistieron los industriales, los sindicatos. Por lo tanto, la viabilización de un cambio requiere, como un principio fundamental, el ser gradual. En este sentido planteo, en primer lugar, que se debe aumentar la competencia en cada subsector: esto es lo que hoy en día se llama en el mundo "competencia interna".

Antes de salir a la competencia internacional, al sector público le haría bastante bien empezar a competir de manera más intensa dentro de su mercado. En segundo lugar, hay que eliminar, de manera gradual, las barreras entre los distintos sectores (mutuales, sector privado y sector público).

Se requiere, entonces, de un nuevo sistema que debe operar sobre la base de separación de funciones. El marco de la competencia obliga, casi de manera natural, a que el Estado asuma los roles que le son propios para que el aparato productor y el aparato financiador se incorporen de una manera justa a un sistema de competencia. De esta forma —vuelvo a mi tesis inicial— yo creo que hoy día el paradigma de estos cambios es que el Estado debe asumir su papel de regulador de un sistema competitivo, aplicando lo que hemos llamado "competencia administrada", porque, naturalmente, partimos de la tesis de que no vamos a tener, en ningún caso, un sistema de competencia perfecta que nos garantice la eficiencia que estamos buscando.