

Financiamiento del Sistema de Salud

RESUMEN

Chile presenta un nivel de gasto en salud un poco por debajo del promedio de América Latina, y más bajo que el promedio de Europa.

El financiamiento de este gasto se produce por un modelo de aseguramiento en salud complementado con aportes fiscales proveniente de impuestos generales e IVA, así como gasto de bolsillo y aportes patronales (enfermedades y accidentes laborales).

En 1981 se instaló el modelo de seguros privados de salud llamado isapre. Con esa reforma se perdió el principio de solidaridad en salud y se consagró la noción de que las personas pueden y deben elegir el sistema donde se atiendan. Además, se enquistó en el país la idea neoliberal de la legitimidad del lucro en los procesos de financiamiento y prestación de salud.

Con los años, se consolidó un sistema caracterizado por una salud para pobres y otra para ricos. Se produjo un gradual e incesante desfinanciamiento de la salud pública, el que no ha podido ser revertido ni siquiera con el aumento del gasto fiscal de los últimos años. Además, el sector privado se lleva un porcentaje del gasto en salud sobre PIB desproporcionado con respecto de la población que atiende (2,6% del PIB para atender 19% de la población) (1).

En septiembre de 2009, el Tribunal Constitucional se pronunció acerca de la inconstitucionalidad de la aplicación de la tabla de factores de ajuste por riesgo (sexo, edad y condición de carga) que incrementa los precios de los planes de salud para los afiliados al sistema de aseguramiento privado. El tribunal invocó el principio rector constitucional superior del derecho a la protección de la salud y del derecho de libertad de elegir, derechos ambos que estarían siendo vulnerados por las alzas arbitrarias en los precios de los planes (2). Estas alzas han llevado a que la cotización promedio en el sistema isapre se empine a 10,8% de los sueldos imposables, según estudios recientes.

Esto es una manifestación de la inequidad estructural que cruza nuestro país y una injusticia social moral y políticamente inaceptable.

Proponemos para el país una reforma profunda del sistema de financiamiento en salud que incluya lo siguiente: fin del descreme del mercado por parte de las isapre; creación del Fondo Universal Solidario en Salud; redistribución de las primas per cápita ajustadas por riesgo y por determinantes sociales.

PALABRAS CLAVE:

Fondo universal, pagador único, financiamiento, gasto en salud, cotizaciones, aseguradoras, primas ajustadas por riesgo, determinantes sociales, equidad, solidaridad, isapre.

PROPUESTAS:

1. Creación de Fondo Universal Solidario en Salud (FUSS) que recogerá las cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7%). El fondo distribuirá el financiamiento para cubrir las prestaciones de salud a FONASA e instituciones aseguradoras privadas de salud utilizando criterios de ajuste por riesgo que incluya sexo, edad, variables socioeconómicas, diagnósticos y, eventualmente, ubicación geográfica de los cotizantes.
2. Reforma de la Constitución Política de la República para cambiar “derecho a la protección de la salud” por “derecho a la salud”.
3. Eliminación del 7% aporte contributivo en salud de los pensionados cuyas pensiones sean equivalentes o inferiores a un sueldo mínimo, y reducción escalonada para pensiones superiores a un sueldo mínimo.

DISCUSIÓN:

Antecedentes

El sistema actual de financiamiento de la salud entró en vigencia en 1981 y fue una de las llamadas modernizaciones que nos dejó como herencia la dictadura militar.

La reforma creó un doble sistema de aseguramiento: uno público (FONASA) gestionado por el Estado; y otro privado, las Instituciones de Salud Previsional (isapre).

Los dos sistemas no fueron concebidos como colaborativos entre sí, es decir, no son solidarios. Este extremo neoliberalismo llevó a crear una estructura dual en que se deja en libertad de elegir a las personas en qué sistema desean estar. Sin embargo, al haber entregado el sistema a los condicionantes de mercado, el acceso a los planes de salud terminó siendo regulado por la selección basada en riesgo, y los precios se fijaron en consecuencia. El efecto adverso de esta reforma fue el progresivo desfinanciamiento del sistema público de salud.

Adicionalmente, se municipalizó la atención primaria en todos los servicios de salud del país excepto dos (Aysén y Central), con lo que se desarticuló el nivel primario de los niveles secundario y terciario, impidiendo una adecuada coordinación entre niveles de atención y generando una proliferación de diferentes fuentes de financiamiento. Las comunas ricas han podido hacer aportes a los establecimientos de salud bajo su jurisdicción, complementarios al per cápita que entrega el

Estado vía aporte fiscal, mientras que las comunas pobres han tenido que depender exclusivamente del aporte fiscal (per cápita), generándose un desfinanciamiento crónico e irremontable por medios propios.

Por otra parte, se ha producido un encarecimiento de la salud para los beneficiarios de las Isapre, ya que éstas tienen la libertad de fijar sus precios en función de sexo, edad y número de cargas. Dado que no todos los trabajadores con sueldos medios pueden pagar planes más caros, el resultado neto de esta selección por riesgo es lo que se conoce como el “descreme” del mercado: los ingresos más altos fueron capturados por las Isapre y los ingresos medios o bajos, y los más viejos, sin posibilidad de elección libre, quedaron en FONASA.

Pero ciertamente la pregonada libertad de elección ni siquiera es efectiva en el sector Isapre, donde más del 30% de los afiliados son cautivos de su actual aseguradora y no se pueden cambiar porque no serán aceptados en ninguna otra, según datos de la Superintendencia de Salud.

Se trata de una inequidad estructural que persiste hasta el presente. En los años de gobierno de la Concertación se hicieron intentos de reducción de los efectos adversos secundarios a la total desregulación del sector privado. En 1990, se creó la Superintendencia de Isapre; en 1994, se reguló el desahucio de los contratos; en 2005, se promulgó la ley corta, la ley larga y el AUGE. Sin embargo, ninguna de estas leyes o reforma pudo corregir el problema de fondo, que es la profunda inequidad de la salud en Chile.

La consecuencia de tales hechos es la generación de una salud para ricos y otra para pobres. No existe solidaridad entre ricos y pobres, entre jóvenes y viejos, entre mujeres/madres y varones/padres, entre sanos y enfermos, entre urbanos y compatriotas que viven alejados en zonas remotas.

Contexto Constitucional

La Constitución Política de la República de Chile promulgada en 2005 señala, en su artículo 19, numeral 9, el derecho a la protección de la salud y establece que “el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado” (3).

En el numeral 24 de la Constitución Política establece “el derecho a la propiedad en sus diversas especies sobre toda clase de bienes corporales o incorporales. Sólo la ley puede establecer el modo de adquirir la propiedad, de usar, gozar y disponer de ella y las limitaciones y obligaciones

que deriven de su función social. Esta comprende cuanto exijan los intereses generales de la nación, la seguridad nacional, la utilidad y la salubridad públicas y la conservación del patrimonio ambiental.” (3).

Tres fallos del Tribunal Constitucional han sido favorables a los afiliados del sistema privado de salud. El último fallo fue adverso a la isapre Colmena Golden Cross y la resolución del tribunal dejó clara y contundentemente establecido que prima el derecho constitucional de protección de la salud y que las instituciones de salud previsual cumplen un rol subsidiario en la satisfacción de dicho derecho (2).

El Tribunal Constitucional resolvió acerca de la inconstitucionalidad de la aplicación de la tabla de ajuste por factores (edad y sexo) sobre el plan base, ya que vulnera la dignidad de la persona y merma el ejercicio de libertad que la misma Constitución establece en el artículo 19, numeral 9 (derecho de elegir el sistema de salud). El tribunal fundamenta que la aplicación de la tabla de factores debe estar supeditada a los derechos constitucionales fundamentales de las personas (véase Anexo 1).

El fallo es de extrema trascendencia, ya que será utilizado por los tribunales de justicia que están viendo actualmente casos de reclamación de afiliados por lo que consideran alzas injustificadas y arbitrarias de precios, así como discriminaciones y abuso por diagnóstico. El fallo obliga, asimismo, al poder ejecutivo a revisar leyes, dictámenes y resoluciones, que constituyen el cuerpo jurídico y legal que regula a las isapre en la fijación de los precios de sus planes.

La Asociación de Isapres de Chile está preocupada por esta evolución, ya que reconoce que esto podría implicar el fin del sistema privado de salud en Chile (4).

Vicios Privados, Públicas Virtudes

En el gobierno de Ricardo Lagos se envió a discusión parlamentaria la Reforma de Salud (AUGE) que incluía un Fondo Universal Solidario para las patologías AUGE. Esta medida, esencial para recuperar en cierto grado los elementos de solidaridad necesarios para equilibrar el sistema en su conjunto, no fue acogida por el Congreso Nacional, ya que la derecha votó en contra.

Las isapre han propuesto que los trabajadores de los quintiles más bajos paguen su 7% obligatorio y que el Estado los subsidie con un monto adicional. De esta manera, según las isapre, los trabajadores que hoy no pueden pagar los planes de salud que actualmente ofrece el sistema privado de salud, podrían tener una posibilidad de afiliarse a una isapre. Sin embargo, los precios de los planes de salud son aún demasiado caros para que, incluso con un subsidio estatal, los quintiles 1-3 puedan acceder al sistema.

Por esta razón, las isapre están impulsando majaderamente - desde el presidente de la Asociación de Isapre, señor Eduardo Aninat, ex ministro de Hacienda del gobierno de Eduardo Frei y demócrata-cristiano, hacia abajo - que los hospitales públicos se deben abrir a atender a los afiliados del sistema privado de salud. El paso siguiente sería la creación “planes para pobres” de bajo costo, que puedan ser cubiertos por el 7% más el subsidio estatal, para que estos beneficiarios sean atendidos en los hospitales públicos.

El nombre de esta propuesta es el subsidio portable.

Si en Chile se llegara a implantar un sistema como el que se propone, de portabilidad del subsidio, se profundizaría quizás irreversiblemente la inequidad estructural que ya caracteriza nuestro sistema de salud. FONASA desaparecería y seremos testigos desarmados frente a una hemorragia de recursos desde el fisco hacia el sector privado, ya que el subsidio no provendrá del 7% de cotizaciones de los trabajadores de sueldos más bajos, sino que de impuestos generales, o sea pagados por todos los chilenos, bajo la modalidad de gasto fiscal.

Para los pobres, la situación sería igual que antes: estarán atendidos en los mismos establecimientos de siempre, pero ahora el Estado le pagará un plus a las isapre por intermediar entre el afiliado y el establecimiento público. Efecto: el país gastaría más de su PIB en salud, y este mayor gasto sería a cargo del fisco y se canalizaría directamente a los bolsillos de los privados. FONASA sería sustituido por las aseguradoras privadas y quedaríamos exactamente en la situación en que está EEUU en este momento y que el Presidente Obama está tratando desesperadamente de corregir.

La Asociación de Isapre de Chile está abogando fuertemente por instalar esta idea en Chile y la presentan bajo la noción de asociación público-privado. Su extensión natural también, así como lo plantean, es que los particulares participen en la construcción y gestión de los hospitales públicos bajo la modalidad de concesiones, y que el fisco compre prestaciones de salud a los prestadores privados (véase todas las presentaciones en ENASA, enero 2009, www.isapre.cl).

Inequidad en Gasto en Salud

Lo primero que hay que hacer es desmitificar algunas nociones que imperan en nuestro país.

Mito número 1: Chile gasta menos del 3% en salud.

La realidad es que Chile gasta alrededor del 7,5% de su PIB en salud, y el gasto fiscal es 2,8%, aproximadamente. La diferencia está constituida por el gasto por parte de las aseguradoras privadas de salud en prestaciones de libre elección, por FFAA y por las mutuales en relación con la protección de la seguridad laboral.

Según cifras presentadas recientemente y cuya fuente es la OMS, se puede apreciar que el seguro público (FONASA) aporta aproximadamente el 2,9% del financiamiento en salud/PIB, y el sistema de aseguramiento privado aporta aproximadamente el 2,6% del gasto/PIB. El resto de la diferencia está en los aportes a los establecimientos de las FFAA y los aportes patronales a las mutuales, además del gasto de bolsillo de las personas de todos los quintiles.

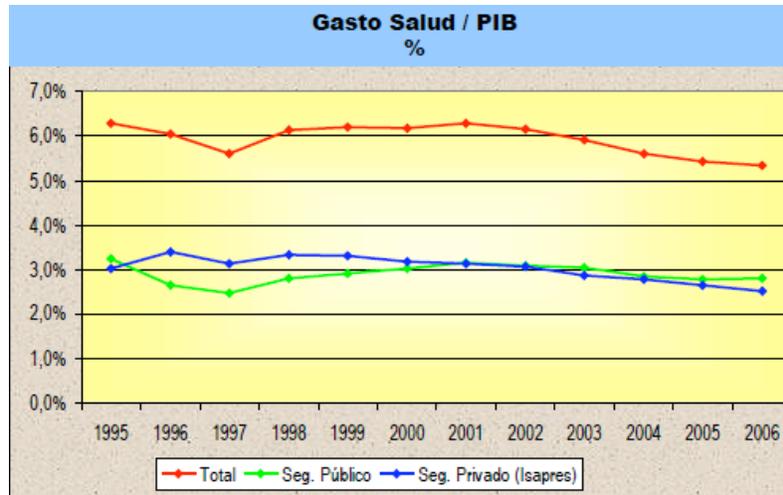


Tabla 1: Gasto Salud/PIB, desglose por cotizaciones a FONASA y a isapres. Fuente OMS, ENASA 2009.

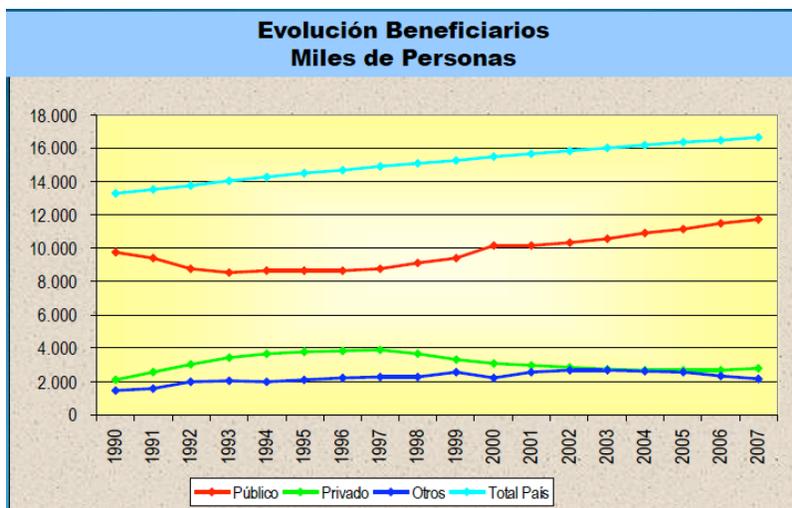


Tabla 2: Comparación entre número de beneficiarios por sistema de aseguramiento. Fuente OMS, ENASA, 2009.

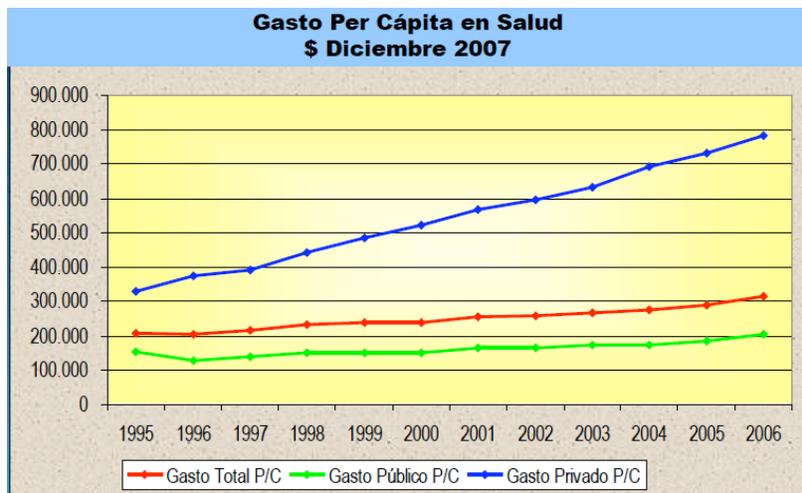


Tabla 3: Gasto per cápita en salud. Fuente OMS, ENASA 2009.

El Dr. Vito Schiaraffia, que presentó estos datos en ENASA en enero 2009, concluye en su presentación (5) que ambos sectores tienen un gasto bastante paritario, pero la diferencia está en que el per cápita del gasto para el sector privado es el doble que el per cápita del gasto para el sector asegurado por FONASA. También señala que el per cápita real privado se ha doblado entre 1995 y 2006, mientras que el público sólo ha crecido en 37%. Schiaraffia concluye su presentación indicando que el mayor gasto en el sector privado se explica principalmente por el mayor consumo de prestaciones, aumento de precios y aumento de frecuencia de uso.

Schiaraffia también señala que la cartera de beneficiarios del sistema isapre ha envejecido y que cambios socioeconómicos han aumentado los factores de riesgo. Además, indica que el crecimiento económico ha permitido el acceso a más y mejores servicios de salud, por lo que los beneficiarios están haciendo un uso más intensivo de las prestaciones médicas. Agrega que por el lado de la oferta hay un mayor desarrollo tecnológico, con el consiguiente aumento de gastos. Termina explicando que sin la existencia de subsidios adicionales, las isapre se ven, y verán, obligadas a incrementar los precios de los planes.

Tal como se puede apreciar en las Tablas 1, 2 y 3, y como se señaló más arriba, los dos sistemas de aseguramiento contribuyen en partes casi equivalentes al financiamiento del gasto en salud del país como función del PIB. La gran salvedad es que el sistema público de aseguramiento cubre una población muchísimo más grande que la que está cubierta por el sistema privado, lo que se ve reflejado en el per cápita (Tabla 3).

En conclusión: si bien el país gasta un poco más de 7% PIB en salud, lo que no se dice es que Chile concentra el 2,6% de su PIB en beneficio de los afiliados a isapre, que son el 19% de la población; que gasta el 2,9% del PIB para financiar al 67% de la población que se atiende en el sector público; que gasta el 1,6% en FFAA y privados sin cobertura de seguros; y que no hay solidaridad entre estos subsectores.

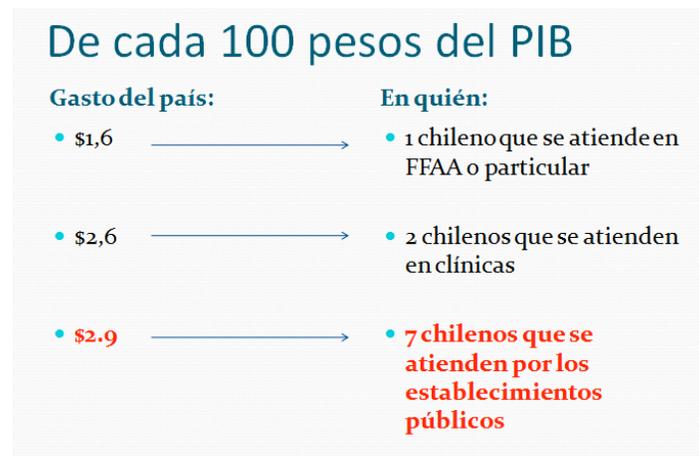


Figura 1: Inequitativa distribución del gasto en salud, sobre la base de datos 2005. La situación no ha modificado sustancialmente desde esa fecha y no existen datos completos posteriores a 2006. Estos datos corresponden a FONASA 2005.

Mito número 2: Chile debería incrementar su gasto en salud de 3% a 6% para corregir el problema de la salud pública.

Si nos hacemos cargo de que la distribución del gasto en salud/PIB es inequitativa, como consecuencia de un sistema estructuralmente injusto a nivel de su financiamiento, entonces la propuesta que han hecho otras candidaturas presidenciales en orden a aumentar sólo el gasto fiscal de 3 a 6%, no aborda el nudo de la cuestión.

Si sólo enfocamos la propuesta de reforzamiento de la salud pública sobre la base de incrementar el aporte fiscal vía impuestos generales (tipo IVA, o en presupuesto general de la nación proveniente de impuestos a la renta o empresas), estamos dejando intacto el problema de fondo que es la separación estructural entre los dos subsistemas de salud en Chile.

Debemos entender y hacernos cargo de que el país tiene un nivel de gasto en salud bastante adecuado para su nivel de desarrollo, pudiéndose contemplar un mayor esfuerzo país para cerrar las brechas existentes, de tal manera de llegar a los niveles de gasto/PIB similares a países europeos o Canadá donde existe solidaridad en el sistema de salud.

La solución, por lo tanto, no pasa solamente por aumentar el gasto fiscal en salud; pasa por resolver las causas estructurales de la inequidad del sector.

Solución Estructural al Nudo de Inequidad en Salud

Se propone la creación de un fondo único que recoja todas las cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7% cotización legal para salud). El fondo recibirá los aportes legales de asalariados ricos y pobres, con lo que se repone el principio de la solidaridad en salud.

El fondo recibirá la recaudación total proveniente de todos los cotizantes. Este monto, dividido por el número de cotizantes, da un promedio per cápita. Este valor se ha llamado por algunos autores prima comunitaria o contribución solidaria (6).

El fondo funcionará como una entidad pagadora a las diferentes aseguradoras, tanto pública (FONASA) como privadas.

Para generar los pagos, el fondo calculará el egreso per cápita aplicando una tabla de factores de ajuste por riesgo (instalación del principio de equidad en el sistema). Los factores deberían ser, al menos y a saber, los siguientes: sexo, edad, variables socioeconómicas, diagnóstico, y eventualmente geográficos.

Una vez aplicada la corrección por factores, se redistribuirá por persona de acuerdo a sus riesgos o determinantes sociales, el per cápita, que se devuelve a los trabajadores según la entidad en que estén afiliados: FONASA o isapre (abiertas y cerradas).

El 7% total recaudado en el fondo o aporte solidario cubrirá una canasta amplia de prestaciones. Se propone también que las personas efectúen copagos sobre las prestaciones, definidos en función de ingresos y con tope para evitar el perjuicio por enfermedades catastróficas. El tope podría ser equivalente a dos salarios, por ejemplo. El copago sería en función de su ingreso, calculado y financiable, y servirá, complementariamente, como una manera de desincentivar el gasto excesivo por redundancia de prestaciones y llevará a disminución de costos.

Los asalariados de mayores ingresos y que deseen atenderse en clínicas de mayor costo podrán pagar un monto adicional de su bolsillo.

Se deberán derogar todas las disposiciones legales hoy en vigencia en materia de ajustes de precio en función de factores de riesgo. En otras palabras se deberá recuperar el sentido constitucional del derecho a la salud y que la acción de las isapre es subsidiaria al rol del Estado en la promoción y protección de la salud. La resolución reciente del Tribunal Constitucional fija los elementos que deben inspirar dichos cambios legales (véase Anexo 1). De esta manera, las isapre deberán ser más competitivas pero sin diferenciar por riesgo ni ajustar los precios en función del mismo.

Una reforma de esta naturaleza y envergadura generará los siguientes efectos:

1. Recuperación del principio rector de la solidaridad en el financiamiento de la salud.

2. Creación de un sistema de reparto equitativo de los fondos nacionales provenientes de los aportes de todos los trabajadores, dando más a los que tienen menos y a los que necesitan más.
3. Término a las preexistencias, y a los abusos y discriminaciones arbitrarias por parte de las Isapre.
4. Aumento de eficiencia y disminución de costos por el lado de la prestación de servicios.
5. Gasto de bolsillo conocido y acotado por parte de los beneficiarios de los planes privados de salud, haciendo innecesaria la contratación de seguros adicionales para enfermedades catastróficas y de otro tipo.

REFERENCIAS:

1. FONASA, 2005. www.fonasa.cl. Sección estadísticas.
2. Resolución 1287, Tribunal Constitucional, 08 de septiembre de 2009.
3. Constitución Política de la República de Chile, 2005.
4. Presentación del abogado Julio Díaz, "Judicialización del Sistema Privado de Salud en Chile, ¿Defensa de Derechos Constitucionales o Injerencia en Política Pública?" ENASA, noviembre 2009.
5. Presentación de Vito Sciaraffia M., Director, Instituto de Administración de Salud, Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile, "Evolución del Gasto de Salud en Chile", ENASA, enero 2009.
6. Camilo Cid Pedraza: C. Cid (2008). "Causas Estructurales de los Problemas de Inequidad en el Acceso a la Salud en Chile". Revista Chilena de Salud Pública, Vol 12. Universidad de Chile.

ANEXO

Extractos de la Resolución 1287 Tribunal Constitucional

TRIGESIMONOVENO. Que, en semejante orden de ideas, habiéndoles reconocido el Poder Constituyente a las instituciones de salud previsional, como manifestación del principio de subsidiariedad, la facultad de intervenir en el proceso de satisfacer el derecho constitucional a la protección de la salud de sus afiliados, en los términos contemplados en el precepto respectivo, ellas deben, siempre y en todo caso, procurar que los derechos consustanciales a la dignidad de la persona humana, en especial aquél cuya satisfacción les ha sido reconocida y está amparada por la Carta Fundamental, no sean afectados en su esencia ni menoscabados por la imposición de

condiciones o requisitos que impidan su libre ejercicio, con sujeción a lo previsto en el artículo 19, Nº 26º, de la Carta Política;

CUADRAGESIMOPRIMERO. Que el deber de los particulares de respetar y promover los derechos inherentes a la dignidad de la persona persiste, inalterado, en las relaciones convencionales entre privados, cualquiera sea su naturaleza. Sostener lo contrario implicaría admitir la posibilidad de que, invocando la autonomía de la voluntad, tales derechos y, a su vez, la dignidad de la persona pudieran ser menoscabados o lesionados en su esencia, interpretación que, a la luz de lo ya explicado, se torna constitucionalmente insostenible;

CUADRAGESIMOCUARTO. Que, por último, el derecho a la protección de la salud, en los términos en que se encuentra plasmado en el artículo 19, Nº 9º, de la Carta Fundamental, es la base constitucional y de orden público de todo contrato de salud, con plena vigencia en el contexto y espíritu de dicha convención, razón por la cual ésta no puede incluir cláusulas que desconozcan o aminoren tales derechos. Consiguientemente, estipulaciones de esa índole, en la hipótesis que ellas aparecieran pactadas, tendrían que ser reputadas inválidas por ser contrarias a la Constitución. Tal ineficacia debe extenderse a las estipulaciones que, directamente o no, signifiquen que la contraparte quede, de facto, impedida de ejercer la plenitud de todos y cada uno de los atributos que le han sido asegurados en esa disposición suprema;

A) Que la Constitución asegura a todas las personas, con certeza suma y legítima, el derecho a la protección de la salud a través de las acciones respectivas;

B) Que el Estado cautela el acceso libre e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo;

C) Que al Estado le corresponde, además, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la protección de la salud;

D) Que es deber del Estado garantizar también la ejecución de tales acciones, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley; y

E) Que cada cotizante es titular del derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado, atributo que no le puede ser disminuido, menoscabado y menos desconocido.

SEXAGESIMOSEGUNDO. Que, consiguientemente, no cabe sino concluir que toda facultad que por ley se otorgue a las Isapres de fijar, libre o discrecionalmente, un factor para incorporarlo a dichas contrataciones, debe suponerse siempre limitada por los valores, principios y disposiciones constitucionales. Si esta deducción, cuya lógica es irrefutable, fuera desconocida o ignorada, sería equivalente a quebrantar el valor de la supremacía que singulariza a la Constitución e incurrir en las consecuencias de tan ilegítima determinación.