
Políticas sociales

Modernización y comercio exterior de los servicios de salud

Francisco León



NACIONES UNIDAS



División de Desarrollo Social

Santiago de Chile, marzo de 2000

Este documento fue preparado por el señor Francisco León, Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la CEPAL, en colaboración con las señoras Macarena Correa, Teresa Hernández y Marcela Weintraub, consultoras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y posteriormente de la CEPAL.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1250-P

ISBN: 92-1-321593-2

Copyright © Naciones Unidas, marzo de 2000. Todos los derechos reservados

N° de venta: S.00.II.G.40

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

| | |
|---|----|
| Resumen | 5 |
| Introducción | 7 |
| I. Modernización, cambios institucionales y comercio exterior de servicios de salud | 9 |
| Cambios institucionales en los agentes | 10 |
| II. El impacto de los procesos de los cambios en el sistema nacional de salud en el comercio exterior de servicios | 19 |
| 1. La importación de servicios para el sistema nacional de salud | 19 |
| 2. La exportación de servicios de salud | 23 |
| III. Hacia una agenda de iniciativas y políticas | 27 |
| 1. Las alternativas | 28 |
| 2. Elementos de la agenda | 30 |
| Bibliografía | 37 |

Índice de gráficos

| | | |
|-----------|---|----|
| Gráfico 1 | Gasto en salud (1984-1997) | 10 |
| Gráfico 2 | Gasto en salud por beneficiario..... | 12 |
| Gráfico 3 | Importaciones de equipos médicos | 13 |
| Gráfico 4 | Médicos graduados en el extranjero habilitados para ejercer en Chile y médicos especialistas | 21 |
| Gráfico 5 | MERCOSUR y Chile | 31 |
| Gráfico 6 | Turismo en Chile-llegadas y salidas | 33 |

Resumen

El documento analiza el impacto y las perspectivas de la modernización del sistema de salud chileno en el comercio exterior de servicios de salud en el período 1983-1999, estableciéndose las vinculaciones de los elementos específicos de la reforma y de la modernización sectorial con las importaciones y exportaciones de determinados servicios producidos o requeridos por el sistema de salud y la población.

En primer lugar, se caracterizan los elementos del proceso de modernización y de reformas que puedan favorecer el comercio exterior de salud, definiéndose hipótesis al respecto.

En segundo lugar, se analizan la influencia efectiva de las vinculaciones de la modernización y la reforma de salud en la exportación e importación de servicios de salud.

En tercer lugar, se analizan los instrumentos de política que podrían movilizar o crear la capacidad nacional para sustituir o desacelerar el ritmo de crecimiento de las importaciones de servicios generadas por la modernización y la reforma.

En el documento se determina que la modernización y la reforma de salud en Chile han favorecido la internacionalización de la salud; que el desarrollo del comercio de servicios y bienes asociados a la salud es una parte importante y creciente en esta internacionalización; y, finalmente, que para promover y regular este comercio se hace necesario que las políticas no se limiten al ámbito nacional, sino que comprendan los acuerdos de integración y comerciales del país.

Introducción

El comercio exterior de servicios de salud fue, hasta la pasada década, un componente marginal en la economía y para los agentes del sistema nacional de salud chilenos. La exportación de servicios de salud ha sido una constante desde mediados del presente siglo, resultante de la formación de profesionales de diversos países latinoamericanos atraídos por el prestigio de los centros de educación superior nacional y proveedores de servicios y la referencia de pacientes por parte de éstos a los especialistas y centros de excelencia donde fueron especializados. La importación de servicios, a las personas y aquellos requeridos por el desarrollo del sistema nacional de salud, correspondían a los de una economía relativamente cerrada y un sistema de salud dominado por el sector público tanto en la provisión, el financiamiento y la seguridad social y, donde la formación de especialistas en salud en el exterior dependía de la ayuda externa y de un reducido financiamiento público.

En este trabajo analizaremos el desarrollo del comercio exterior de servicios en una etapa más reciente, marcada por la introducción de un modelo de apertura (1976-1986) y, posteriormente, el fuerte crecimiento de la economía asociado a la modernización y a cambios institucionales sectoriales, entre ellos, del sistema nacional de salud (1987-actual). La hipótesis central es que más que un cambio en su importancia cuantitativa, probablemente aún marginal, las exportaciones de servicios son vistas ahora por los agentes más avanzados en el proceso de modernización de la salud como un complemento funcional a la misma y una fuente de ingresos considerables en los escenarios futuros. El objetivo es establecer las vinculaciones de los principales elementos del proceso de cambios

institucionales y de la modernización del sistema nacional de salud- desarrollo tecnológico y de modelos de atención, emergencia de nuevos tipos de agentes y prácticas comerciales y, de las reglas de juego en la economía y en el sistema nacional de salud- con la dinámica de las importaciones y exportaciones de determinados servicios producidos o requeridos por el sistema y por la población. Se pretende así identificar una agenda de políticas e iniciativas públicas capaces de promover y regular el potencial de crecimiento de este comercio en aras del desarrollo del sistema de salud y de la economía nacional.

Durante el período analizado el sistema de salud en el marco de una nueva política de financiamiento y organización sectorial y de apertura de la economía nacional a la global, ha incrementado su relación con otros sistemas nacionales de salud y de producción de servicios requeridos para su desarrollo. En esta etapa inicial, las importaciones de servicios del sistema de salud nacional han aumentado y diversificado su composición en mayor medida que las exportaciones por servicios prestados a personas y organizaciones de salud de países limítrofes o, a extranjeros temporales o turistas en el país. Paralelamente, ha tenido lugar una sustitución de importaciones por servicios de salud prestados previamente en el exterior a residentes chilenos y, aumentado la capacidad y el interés de los agentes públicos y privados por exportar esos servicios a los países limítrofes. Estos cambios han adquirido un dinamismo importante y creciente en el período estudiado y todo hace prever que este comercio tenga una aceleración en los años venideros.

En la primera sección del trabajo haremos una caracterización de los elementos de la modernización y de los cambios institucionales y exploraremos los vínculos que pueden explicar su impacto en comercio exterior de servicios. La segunda sección del trabajo estará dedicada a analizar la influencia efectiva de esas vinculaciones de la modernización y la reforma de salud en el comercio exterior de servicios. Finalmente, se formularán algunas ideas de políticas e iniciativas que pueden favorecer el desarrollo del comercio exterior, especialmente, de las exportaciones de servicios de salud a los países limítrofes.

I. Modernización, cambios institucionales y comercio exterior de servicios de salud

En el período 1983-2000 un vasto proceso de cambio en el sistema de salud nacional ha transformado el modelo con sector público dominante, que prevaleció desde mediados de siglo, en uno emergente de creciente heterogeneidad en su composición y cambiante en su estructura de relaciones de uso de los recursos y de poder entre los diferentes segmentos o niveles: público (central, descentralizado y municipal); semi-público (mutuales de seguridad ocupacional y empresas-públicas), privado (seguros, centros de prestación de libre ejercicio y organizaciones sin fines de lucro). Esta transformación del modelo de salud está aún en curso, por lo que el modelo emergente no está completo ni consolidado, existiendo propuestas muy diversas sobre aspectos centrales de su desarrollo futuro.

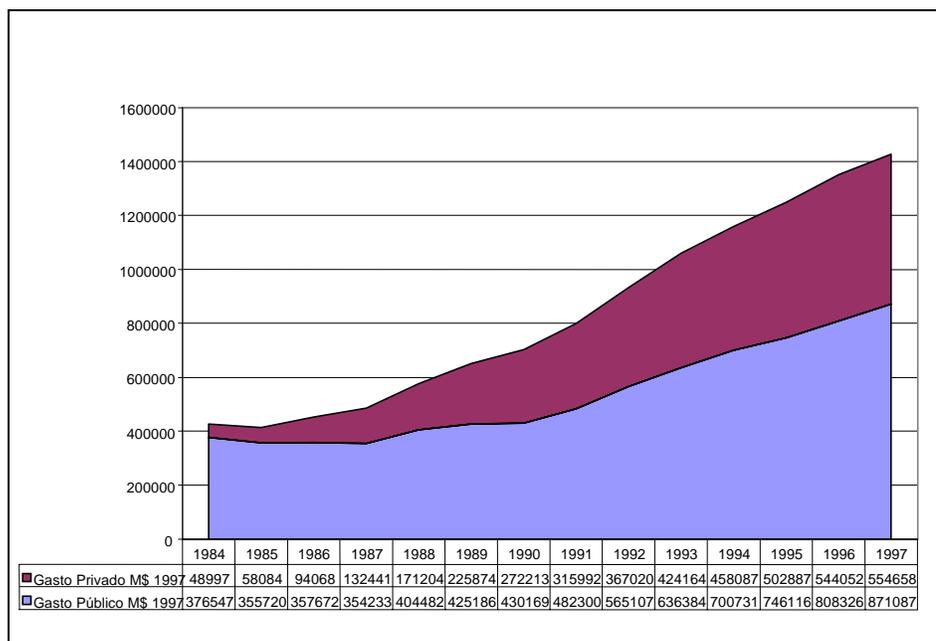
Los procesos sectoriales más importantes, desde el punto de vista de su impacto sobre el comercio exterior de servicios, son los de cambio de las reglas de juego para la constitución y determinación del papel de los agentes del sistema nacional, y el de desarrollo y desregulación del mercado de trabajo. Estos procesos, a su vez, han sido potenciados en sus efectos transformadores por algunas de las reformas estructurales implementadas desde 1974, en especial, las relativas a la apertura de la economía y la desregulación del mercado laboral y de los precios de los servicios.

Cambios institucionales en los agentes

a) Privatización

Los cambios institucionales en el sistema de salud iniciados en 1983 mantienen la obligatoriedad de la contribución a la salud en base a la nómina de salarios, ahora íntegramente a cargo del empleado y la voluntariedad de la contribución por parte de los trabajadores por cuenta propia. El cambio más importante consistió en la libertad del contribuyente para seleccionar la modalidad institucional (pública o privada) del agente contratado para manejar sus fondos de contribución y brindarle los servicios y, la constitución, junto al Fondo Nacional de Salud (FONASA) de carácter público, de agentes privados (ISAPRES) para ofrecer y administrar planes de salud en base a esas contribuciones. Inicialmente, el proyecto desarrollado durante el régimen militar tenía como objetivo favorecer el desarrollo de los agentes privados hasta reemplazar totalmente al FONASA, pero éste varió con los regímenes democráticos (1990) al aumentar la provisión de fondos presupuestarios al sector público de salud con lo que aumentó la cantidad y calidad de los servicios proporcionados por los proveedores públicos y, recientemente, al plantearse la transformación de FONASA hacia un modelo más cercano a una aseguradora. Desde la perspectiva de análisis del proceso de modernización y su influencia sobre el comercio exterior de servicios, el punto esencial es que manteniendo la doble contribución en base a impuestos y nómina de salarios, el sistema de salud chileno ha evolucionado hacia una separación de las funciones de manejo financiero y de provisión de servicios, ampliándose el papel del sector privado primero en el manejo financiero y posteriormente, en la provisión de servicios al aumentar la proporción de servicios que FONASA puede comprar a proveedores privados.

Gráfico 1
GASTO EN SALUD (1984-1997)
(en millones de pesos de 1997)



Fuente: Boletín Estadístico, Superintendencia de ISAPRES; Departamento de Comercialización y Finanzas, FONASA.
División de Comercio Internacional y Financiamiento, CEPAL.

El proceso de privatización sectorial ha incidido en el aumento del monto y distribución del financiamiento y del gasto en salud, entre los diferentes segmentos (ver Gráfico 1). Los segmentos privados y el público semi-autónomo han sido los más favorecidos, particularmente el privado que constituye desde 1990 el 40% del gasto total y cuyo gasto por persona beneficiaria ha aumentado en precios de 1997 de 129.115 a 142.858 pesos chilenos en el período de 1990 – 1997 (ver Gráfico 2). Estas cifras agregadas no muestran que, la proporción del gasto privado en el total es mayor en algunos tipos de atenciones de salud especialmente consultas, hospitalizaciones, medicamentos y laboratorios al continuar el sector público con la responsabilidad casi total de la prevención en salud, incluidas las vacunaciones y subsidiando a poblaciones objetivo (*i.e.* maternidad). Sólo los subsidios de maternidad recibidos por beneficiarios de seguros privados representaron un monto equivalente a las utilidades de esos seguros en 1995. Además se producen transferencias de recursos públicos a beneficiarios privados por concepto del uso por asegurados privados de los servicios públicos, sin el pago correspondiente. Estas transferencias fueron estimadas en base a la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN) de 1996 en algo más del 10% de los mismos. Las transferencias públicas a asegurados privados comenzaron a corregirse en las atenciones de los servicios de segundo y tercer nivel desde mediados de la presente década y en el nivel primario sólo desde el pasado año.

El desarrollo de los seguros privados y FONASA durante el mismo período han incidido igualmente en la distribución del gasto al funcionar las ISAPRES en base a un sistema de libre elección del proveedor por el usuario dentro de los niveles de reembolso de los planes de salud y aumentar la proporción del gasto por libre elección en el FONASA (25% del total en 1998). Con ello aumentó la proporción del gasto por libre elección y la competencia entre los prestadores de servicios de salud en esta modalidad (establecimientos de segundo y tercer nivel y los profesionales en libre ejercicio), siendo éstos los grandes favorecidos por la redistribución del gasto total en salud en detrimento de la salud primaria municipalizada y, en menor medida los servicios públicos de nivel secundario y terciario. Consiguientemente, asistimos a una diferenciación también muy favorable de las remuneraciones y de los ingresos de quienes trabajan en los segmentos favorecidos aumentando el número y la experiencia y calificación profesional de los profesionales y técnicos que trabajan a tiempo completo o parcial en los mismos.

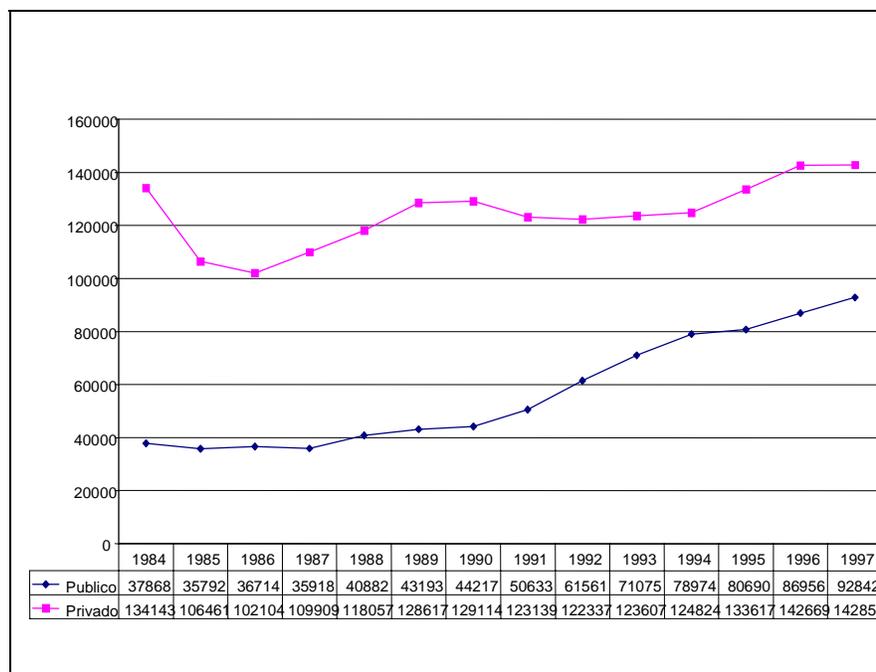
En el contexto antes descrito la modernización de los servicios de salud ha sido función de la disponibilidad relativa de recursos en los diferentes segmentos, o sea muy superior en los establecimientos privados y en los profesionales y técnicos en libre ejercicio. Sin embargo, la secuencia temporal de este aumento diferencial del gasto en salud y de su distribución es bien diversa. Antes de iniciarse los cambios institucionales en el sistema nacional de salud en 1983, las crisis (1976 y 1983) y el cambio de modelo económico, se tradujeron en una reducción de la proporción del gasto de salud en el PIB y en el monto por beneficiario y, consiguientemente, de la inversión en salud. Ello explica, la tendencia a un atraso creciente del sistema de salud chileno en su conjunto respecto al de los países desarrollados en tecnología y los modelos de atención.

En el subperíodo siguiente, desde los cambios institucionales de 1983 hasta el inicio del régimen democrático (1990), los seguros y establecimientos privados y las mutuales de seguridad ocupacional aumentaron sostenidamente su participación en el gasto total de salud hasta alcanzar los primeros el 40% del mismo y, un gasto por beneficiario 2.5 veces superior al del sector público (ver Gráfico 2). Permitiendo a centros de salud privados y a los de las mutuales de seguridad incrementar sus inversiones y comenzar una fuerte modernización mientras el sector público en sus tres niveles permaneció estancado aumentando su atraso relativo al interior del sistema y respecto a los países desarrollados.

En el subperíodo final 1990-1999, el sector público- en particular, los niveles secundario y terciario- aumentó su gasto e inversión total y por beneficiario, básicamente por aumento de la asignación dentro del Presupuesto Nacional, mientras que el público autónomo y el privado lo

hicieron a un ritmo similar, impulsados por el incremento de los salarios reales y, por tanto de las contribuciones, manteniendo su proporción del gasto total en salud. Los sectores público autónomo y privado logran así una modernización acelerada y continua desde 1983, lo cual les permite servir de referencia al sector público en su proceso de modernización después de 1990. Sólo en la actualidad, gracias al aumento de la inversión pública en hospitales, el sector privado comienza a tener también que competir en modernización con el público.

Gráfico 2
GASTO EN SALUD POR BENEFICIARIO
(en pesos chilenos de 1997)



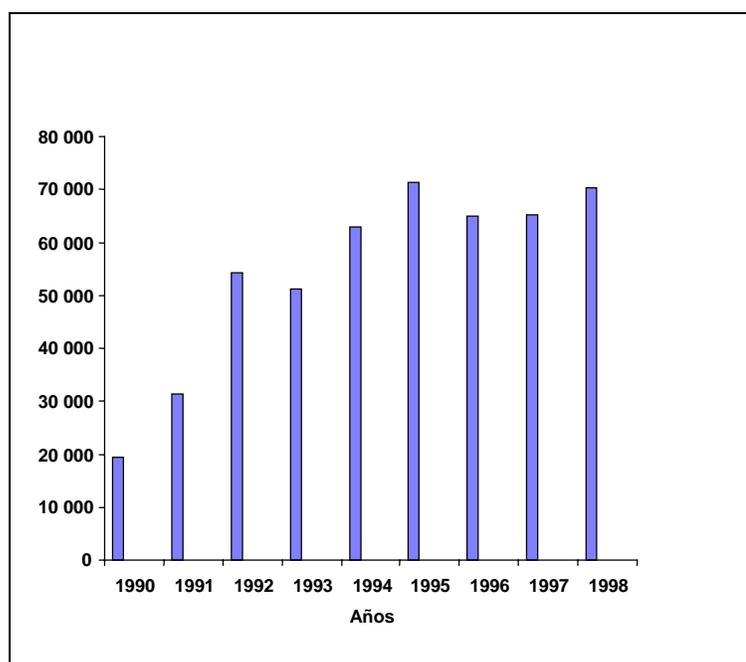
Fuente: Boletín Estadístico, Superintendencia de ISAPRES; Departamento. de Comercilaización y Finanzas, FONASA. División de Comercio Internacional y Financiamiento, CEPAL.

El ritmo de la modernización no sólo se aceleró en función de la mayor disponibilidad de recursos 1983-1999, sino que también, por haber aprovechado la acumulación de progreso técnico en salud en los países desarrollados cuya modernización en las últimas décadas influenciada por una espiral de costos por beneficiarios, se tradujo en una fuerte presión por reducirlos para enfrentar los problemas de financiamiento de sus sistemas (Child y Loveridge, 1990). A su vez, la globalización de la información en salud y el creciente acceso de la población a la misma haría que la orientación de la demanda de salud de la población reforzara las opciones de los decididores del sistema de salud para quienes el referente eran los avances en los países desarrollados. En los años iniciales, la competencia entre las ISAPRES y los centros y profesionales proveedores por atraer a los contribuyentes y beneficiarios de más altos ingresos, harían aún más intensas esas presiones modernizadoras.

La resultante de esta modernización en las importaciones de equipos de salud no se hizo esperar y continuó al impulso del aumento de los recursos financieros y de la expansión de la infraestructura y la modernización del equipamiento de salud (ver Gráfico 3). Al tener lugar esa modernización en un modelo económico de mercado y abierto al comercio internacional, la

combinación de la rebaja arancelaria a las importaciones y la predominancia del mercado en la asignación de recursos, favorecieron la tendencia a comenzar la modernización con inversiones e importaciones en infraestructura y equipamiento más que mejorando prácticas de atención. Adicionalmente, como la competencia por los recursos tuvo lugar entre agentes privados, éstos estuvieron inclinados a expandir su clientela con inversiones más visibles como las de infraestructura y equipamiento que mejorando la calidad de la atención, cambiando o ampliando progresivamente la tecnología y la infraestructura. Posteriormente, esta modernización técnica exigiría trabajar sobre la calidad de la atención e impulsaría y comandaría la demanda por calificación de recursos humanos adecuados a ella así como la importación de servicios, en particular, de formación profesional y técnica, de gestión de servicios y de diseño de establecimientos de salud.

Gráfico 3
IMPORTACIONES DE EQUIPOS MÉDICOS
(en millones de dólares)



Fuente: Boletín Estadístico, Superintendencia de ISAPRES; Departamento. de Comercialización y Finanzas, FONASA. División de Comercio Internacional y Financiamiento, CEPAL.

Los cambios institucionales y la modernización del sistema de salud coincidieron con cambios en la modalidad de financiamiento y la multiplicación de los centros de formación profesional y técnica en salud. Financieramente, las universidades y centros de formación técnica que dependían casi exclusivamente de la asignación fiscal pasaron a depender crecientemente de las contribuciones de los alumnos. Éstas no pudieron mantener, inicialmente, los niveles tradicionales debido a la astringencia del gasto fiscal durante el programa de ajuste económico 1982-1990, a los menores ingresos y posibilidades de contribuir al gasto en educación de la mayor parte de la población durante esos años de recesión y de escaso incremento de los salarios reales. A su vez, la multiplicación de centros de formación técnica y profesional no se tradujo en lo inmediato en una mayor oferta de formación en salud ya que los nuevos centros carecían de los recursos financieros y de la madurez académica para comenzar con especializaciones muy costosas y exigentes como las de salud. Esto mantuvo o redujo la capacidad de formación de recursos humanos en esos centros

educativos y, más aún, la de incorporar nuevas especializaciones y mantener un ritmo adecuado de actualización en las tradicionales.

Adicionalmente, como los sueldos de los trabajadores de salud del sector público que aún constituyen la mayoría en el sistema quedaron rezagados, y los honorarios de los profesionales independientes no tuvieron un alza generalizada hasta que a comienzos de la presente década comenzaron a mejorar los salarios reales en el conjunto de la economía, el interés por ingresar a carreras en salud disminuyó relativamente al de otras carreras más vinculadas a las oportunidades económicas emergentes como administración de negocios. En estas condiciones el sistema de salud para responder al avance técnico que permitían las inversiones en infraestructura y equipos y obtener la rentabilidad requerida o el uso esperado de los mismos, tuvo que utilizar más intensivamente a los profesionales nacionales, atraer profesionales y técnicos extranjeros y, complementar ambas soluciones.

El peso de las inversiones y la necesidad de mejorar la gestión de los centros proveedores de servicios y de las aseguradoras públicas y privadas resultaba una exigencia natural al proceso de modernización de la salud, particularmente, al aumentar la disponibilidad de recursos y los controles políticos y financieros durante la presente década. Así, la democratización del régimen político hizo más rápida y completa la evaluación y crítica del uso de los fondos presupuestarios asignados a salud, máxime cuando parte importante de los mismos provenían de una reforma tributaria consensuada entre gobierno y oposición. En lo financiero comenzó a prevalecer el criterio de que las empresas de salud tenían y que podían lograr y aumentar sostenidamente su rentabilidad, como ya ocurría en otros sectores de actividad. Por ambas vías el resultado fue similar: la adopción de prácticas de evaluación y mejora de la gestión de las empresas y de los servicios públicos, con lo cual los economistas y administradores entrarían a manejar la programación y gestión de actividades claves del sistema nacional de salud.

b) El desarrollo de los seguros

Con los cambios institucionales del sistema de salud en 1983, los honorarios de los servicios y el precio del trabajo asalariado previamente fijados por el Estado debían serlo teóricamente por el mercado. Sin embargo, durante los años iniciales prevaleció un sistema dual donde en el sector privado emergente regiría el mercado y, en el público continuaría la fijación estatal y centralizada, predominando la influencia de este último en el sistema en su conjunto. En materia de honorarios, a través de los aranceles fijados por el FONASA en negociación con los profesionales de la salud, y de precio del trabajo mediante la determinación de las escalas de sueldos del sector público. La escasez de recursos asignados al sector público debido al programa de ajuste económico y consistente con el objetivo de acelerar la privatización de los servicios y el paso de afiliados del FONASA a las ISAPRES, hicieron que el aumento de los precios de las atenciones profesionales y hospitalarias quedara limitado al sector privado y fueran pagados básicamente por el grupo de contribuyentes y beneficiarios de más altos ingresos.

La desregulación de los precios de las atenciones de salud, sin embargo, al aumentar en forma más general los ingresos de los hogares durante la presente década, encontraría límites en intervención de las ISAPRES y la continuidad del FONASA. Los instrumentos para ello son los planes establecidos para los afiliados y los convenios con los prestadores de servicios de salud en el marco legal que rige la operación de las ISAPRES y del FONASA. Los planes de salud, al determinar las atenciones reembolsables y el copago correspondiente a cada una de ellas, dan una prioridad económica y favorecen la ampliación de la demanda por las mismas en la población asegurada y de la oferta de esos servicios por parte de los proveedores. A su vez, los convenios determinan precios normativos o descuentos a los mismos en las atenciones acordadas entre el seguro y proveedores individuales e institucionales que benefician a los beneficiarios del mismo, sean éstos las ISAPRES o el FONASA. Los planes y los convenios juegan, de este modo, un papel

decisivo en la formación de precios de los servicios mediante negociaciones, que si bien se hacen en el mercado, quedan limitadas a un conjunto de proveedores institucionales y, en algunos casos como en las negociaciones con el FONASA, también a los representantes de los prestadores individuales. Con esto, la evolución de la demanda efectiva de servicios de salud y el universo de las atenciones beneficiadas por la modernización del sistema de salud nacional son determinadas principalmente por los planes y convenios de las ISAPRES y el FONASA que cubren alrededor del 90% de la población del país.¹

En ese contexto, la decisión de realizar una inversión en equipos, gestión, o recursos humanos de un proveedor de atenciones de salud a la población nacional, está condicionada por la probabilidad de inclusión de las mismas en los planes de salud de las ISAPRES y del FONASA, la cual influye decisivamente en la recuperación de la misma. De esta forma, los seguros privados y el FONASA han tenido un papel importante en el ritmo y la orientación de la modernización y de la importación de equipos y de formación profesional para el sistema nacional de salud. Esta relación tiene múltiples expresiones yendo la influencia en ambos sentidos, de los proveedores a los aseguradores y viceversa. Algunos centros proveedores, especializados en nichos de demanda correspondientes a grupos de altos ingresos o personas con seguros de salud que cubren enfermedades de tratamiento de muy alto costo, sin embargo, tienen la capacidad de incorporar atenciones para captar una demanda que anteriormente sólo podía encontrar satisfacción en el exterior, ofreciéndola en el país a costos globales más bajos o equivalentes. Una vez establecida esa capacidad nacional, relativamente limitada, las presiones por acceder a ella van generalizándola a otros centros proveedores y, finalmente, terminan por imponerse logrando la aceptación del acceso a los beneficiarios de las ISAPRES y, luego, del FONASA. En sentido contrario, un tipo de atención- como ha sucedido en los últimos meses con los diagnósticos por imagen- puede ser admitido por las aseguradoras, pero la frecuencia de su prescripción llevar a las aseguradoras a establecer limitantes adicionales a su reembolso a los beneficiarios y limitar su prescripción y prestación.

La influencia de los seguros en la importación y exportación de servicios de salud es, en general, más directa y, en el caso chileno, ha sido favorecida por la reducción arancelaria y la eliminación de las restricciones por producto propias a un modelo exportador. La incorporación en uno o más de sus planes de salud del derecho a atenciones en el exterior dependen de la decisión de cada seguro privado y, en el de FONASA de decisiones caso a caso de las autoridades del Fondo. Por ello, es justificada la hipótesis que existe un papel facilitador potencial de las ISAPRES y, en menor medida de FONASA, para la importación de servicios de salud. Adicionalmente, como los precios de los servicios de salud en Chile han tenido un alza importante durante el período 1983-1999, los seguros han podido facilitar el acceso a atenciones en el exterior como un instrumento de control de costos, al tener los usuarios la alternativa de atenderse en el país o en el exterior.

El papel facilitador de los seguros nacionales puede ampliarse al comercio de servicios de salud cuando, en particular, en los países limítrofes existen seguros similares con los cuales establecer convenios de intercambio. Éste ha sido el caso en el período 1983-1999 que analizamos e, inclusive, por haber tenido un papel pionero los seguros privados chilenos en la región latinoamericana, algunos elementos básicos de los seguros de salud de otros países han sido inspirados en ellos. Igualmente, los seguros nacionales pueden incorporar en sus planes la cobertura de atenciones en centros de países que ofrecen atenciones que no son ofrecidas, o sólo limitadamente en el país, facilitando la importación de estos servicios. Como durante el período analizado los agentes del sistema nacional de salud chileno han estado importando servicios de formación profesional, asesoría técnica en servicios requeridos por el sistema de salud o, equipamientos de algunos países, la posibilidad de que el papel facilitador de los seguros para

¹ El resto es atendido por los proveedores públicos como indigentes.

incorporar en sus planes de salud las atenciones en esos países ha aumentado. Es natural, por ejemplo, que los profesionales y técnicos formados en centros del exterior no sólo traigan consigo el conocimiento, sino que además los contactos para referir a sus pacientes o buscar apoyo en su práctica del centro en que estudiaron y de otros conocidos durante su estadía en el país. Además, la revolución informática se encargará de multiplicar las posibilidades de interconsultas a distancia, por ejemplo, mediante el envío de *dossiers* vía Internet.

c) Desregulación del mercado de trabajo

En un sistema intensivo en el uso del trabajo como el de salud, cambios institucionales orientados a desarrollar una economía de mercado tenían que considerar esta dimensión dentro de sus prioridades; este fue el caso en Chile. Como fuera señalado anteriormente, en la fijación del precio de los honorarios y del trabajo en los servicios de salud inicialmente existió un sistema dual, de mercado en el sector privado y de fijación administrativa de precios en el sector público que daba un peso muy fuerte a los precios del sector público en el sistema. Como los precios fijados en el sector público eran muy bajos, el sector privado podía competir favorablemente con este en la afiliación al seguro de salud, la libre elección como proveedor de servicios y centro de trabajo.

Posteriormente durante los años noventa, con la descentralización de los servicios de segundo y tercer nivel, la municipalización de la salud primaria y los cambios para acercar al FONASA a una aseguradora estatal comenzaría a producirse una diferenciación de las remuneraciones de los funcionarios de salud entre los servicios, entre municipios y entre ambos a la vez que, los honorarios de las prestaciones de salud por FONASA bajo la influencia creciente de los mecanismos de mercado. Aun manteniéndose la fijación central de la escala de sueldos del sector público y de los aranceles de FONASA, la multiplicidad de agentes autónomos que emergieron de la descentralización de los servicios, de la municipalización y el mayor margen de libertad de acción respecto a las autoridades centrales de FONASA, abrieron el paso a la competencia y a la acción del mercado. Ni los servicios y municipios serían capaces de atraer personal, ni el FONASA profesionales para inscribirse en su lista de libre elección, si las remuneraciones de los mismos no fueran crecientemente competitivas entre ellas y con las del sector privado.

Colectivamente las asociaciones de empleados de los servicios y de los municipios lograron aprobar un programa de reajuste de remuneraciones del sector público de salud a mediano plazo, cuyos niveles pasaron a convertirse en el nivel base, el cual cada uno de ellos mejoraba para poder competir para retener su personal y llenar sus vacantes. Como es natural, máxime en un mercado con limitantes a la oferta de trabajo por la insuficiente formación de recursos humanos relativa a la expansión rápida de los recursos económicos y las actividades del sistema de salud durante esta década, esta mayor competencia obligaba a un alza sostenida de las remuneraciones de los profesionales más escasos, a una baja en el nivel de las calificaciones exigidas por los distintos puestos y, a la contratación de personal en el extranjero.

En este contexto, al contrario de lo que ocurría en materia cambiaria, donde la moneda nacional continuaba valorizándose frente al dólar, las remuneraciones y costos del trabajo y de las atenciones de salud en Chile aumentaban con respecto a la de la mayoría de los países limítrofes. Esto genera la tendencia de hacer más atractivo a los agentes proveedores importar equipos, a los pacientes extranjeros atenderse en su propio país o en otros menos costosos, y a los profesionales del exterior venir a trabajar al país. Esta tendencia evolucionó más rápidamente en la importación de equipos y en la de las remuneraciones de profesionales, que en la de pérdida de competitividad de los servicios. Con lo cual la modernización tecnológica se aceleró aumentando la necesidad de profesionales especializados y la competitividad por ellos de los centros más avanzados en ese proceso, obligando a los con menores posibilidades de modernización a terminar importando profesionales del exterior.

La carencia de recursos humanos especializados ha acentuado la tendencia a buscar rápidamente la formación de éstos en el exterior, particularmente en los niveles de calificación mayor y con requerimientos de formación de duración corta (una a unas pocas semanas) y media (tres meses a menos de un año), postergando u obviando la expansión y adecuación de la capacidad nacional de formación en muchas de las especialidades. Las mejores oportunidades de movilidad profesional y técnica, fruto de la formación profesional especializada en un mercado de trabajo con escasez de estos recursos, ha llevado a que la formación profesional, en el exterior, pase a convertirse en un componente estratégico en la competitividad de las empresas e instituciones en el mercado de trabajo.

II. El impacto de los cambios en el sistema nacional de salud en el comercio exterior de servicios

Durante el período 1983-1999 la exportación de servicios de salud, a diferencia de la modernización del sistema nacional, no fue un objetivo de los agentes al iniciarse el proceso, sino que surgió cuando la modernización ya había adquirido importancia, generalización y sustentabilidad. Por ello, hemos preferido en esta sección comenzar por la importación de servicios generada por el proceso de modernización y, posteriormente, abordar la exportación de servicios de salud.

1. La importación de servicios para el sistema nacional de salud

a) La formación profesional y técnica en el exterior

En las entrevistas durante la investigación de terreno para este trabajo, los especialistas en los centros proveedores de servicios y directores de centros de formación en salud, manifestaron reiteradamente preocupación por la dificultad en lograr que la disponibilidad de profesionales y técnicos especializados en las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento pudiera satisfacer la creciente demanda generada por el creciente equipamiento técnico. En especial preocupaba éticamente, que la asociación de la desregulación relativa

de la certificación de especialistas², con la escasez de personal especializado y la presión por amortizar las inversiones en los centros y unidades, estuvieran favoreciendo un aumento de la mala práctica a niveles inaceptables.

En un sistema nacional de salud como el de Chile, que durante las últimas cinco décadas había sido capaz de proporcionar entrenamiento en los centros académicos nacionales a sus especialistas y a un número importante de los de otros países latinoamericanos y caribeños, la situación de escasez de éstos no dejaba de parecer extraña. La entrevista con el Dr. Valdivieso, Director del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile y Presidente de la Comisión Nacional de Certificación, permitió aclarar el problema de la escasez de especialistas y orientar la búsqueda de la información relevante. En realidad el país continúa cumpliendo, nacional y regionalmente, la función formadora de especialistas en salud y es posible que en las nuevas facultades de medicina y los centros de formación técnica creados en las últimas dos décadas la oferta de formación de especialistas aumente en forma importante. Cuando existe, el problema de insuficiencia de oferta no es en las especializaciones de largo plazo (varios años), sino en las subespecialidades que sólo demandan algunas semanas o meses, en las cuales los profesionales y técnicos son entrenados en nuevas técnicas o modalidades de atención.

La demanda de subespecializaciones en los centros proveedores de servicios de salud ha aumentado sostenidamente con la modernización del sistema nacional en las últimas dos décadas, la escasez relativa de personal calificado ha aumentado mucho los ingresos de los que obtienen esa calificación, aumentando la demanda por obtener esa formación. Teniendo que ser ésta satisfecha, a menudo por la limitada oferta nacional en el exterior; facilitándose aún más con la reducción de los costos de transporte internacional. Al comienzo lo más usual eran las estadías de muy corto plazo, en algunos casos limitadas a la asistencia a congresos e intercambios informales con especialistas en centros formadores o proveedores de salud, y visitas a firmas comerciales vendedoras de tecnología en salud. Sin embargo, la tendencia a buscar formación de tres meses o más ha aumentado en la presente década, la que incluye cursos formales y períodos de práctica en centros especializados.

La alta valoración de los subespecialistas y la necesidad y posibilidad de reemplazar con ellos a especialistas en el mercado de trabajo profesional en un contexto de desregulación de la certificación, han comenzado a hacer disminuir el interés por la formación tradicional de especialistas. De acuerdo con los directores de centros de formación universitaria, por vez primera han comenzado a tener vacantes sin llenar en sus cupos ofrecidos anualmente en algunas especialidades. Sólo excepcionalmente, en alguna especialidad como en el de los oftalmólogos, habría más demanda por especialistas que la oferta disponible a nivel profesional. En el caso de las enfermeras universitarias, la especialización recibida en centros de formación no es apreciada por hospitales y centros médicos, o no lo es en igual medida que la obtenida en servicio. Esto indica, además, que hay problemas emergentes no resueltos en el campo de la formación profesional de especialistas asociados con la modernización en curso del sistema de salud (Toro Alvarez, 1999).

Tradicionalmente, la formación de especialistas en el país o en el exterior, ha sido financiada por el Ministerio de Salud, directamente o, en combinación con aportes de los servicios descentralizados y la salud primaria municipalizada y, es uno de los incentivos con que cuenta el sector público para atraer y mantener a sus profesionales. El Gráfico 4 muestra la evolución durante el período 1985-1997, que refleja la del financiamiento de esa formación especializada, el cual disminuyó proporcionalmente más que el presupuesto de los servicios del MINSAL durante el subperíodo 1983-1989 y, en cambio a partir de 1990 crece a tasas mayores. Adicionalmente, el

² Aunque existe una comisión nacional de certificación de especialidades médicas, esta certificación no es necesaria para ejercer como especialista. Esa desregulación es obviamente mayor cuando pasamos del nivel profesional al técnico dado que en este caso el jefe de servicio o de equipo tratante es quién define el nivel de calificación aceptable de quienes operan los equipos o realizan los tratamientos.

gobierno chileno fue favorecido por contribuciones extraordinarias de la cooperación financiera y técnica internacional, (bilateral y multilateral), de manera de facilitar la transición democrática, la cual priorizó los sectores sociales, entre ellos la salud y en especial, las actividades del sector público. Una parte de esa cooperación internacional, mayormente bilateral en el caso de la salud, permitió al MINSAL disponer de asesorías técnicas y de un programa extraordinario de becas al exterior. Este último favoreció, inicialmente, a los especialistas de largo plazo, pero progresivamente fue dando un lugar destacado a las pasantías y al entrenamiento en subespecializaciones con una duración de unos tres meses; en parte, respondiendo al programa extraordinario de construcción de infraestructura y equipamiento hospitalario, impulsado por el MINSAL en el gobierno del Presidente Alwyin (1990-1994). En el decursar de la década, esa cooperación bilateral ha sido mantenida por países como España e Inglaterra, pero no así por otros países, lo cual provocó una reducción de los fondos disponibles para formación especializada, pero la misma fue compensada desde el pasado año a través de un proyecto con fondos nacionales dedicado a los profesionales de salud pública primaria³ que en 1998 fue de unos US\$ 1.1 millones y para 1999 es de US \$ 1.3 millones (Anríquez, 1998).

Gráfico 4
MÉDICOS GRADUADOS EN EL EXTRANJERO HABILITADOS PARA EJERCER EN CHILE Y MÉDICOS ESPECIALISTAS



Fuente: Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Serie de Documentos Académicos No. 1, Recursos Humanos en Salud, Formación y Acreditación, Agosto de 1999., ASOFAMECH, Escuela de Medicina U. de Chile, Ministerio de Educación, Ministerio de Relaciones Exteriores.

El número de profesionales extranjeros que trabaja actualmente en Chile, de acuerdo a las informaciones disponibles, sería de varios miles, principalmente médicos y enfermeras. Sólo médicos en el período 1990-97 habrían sido autorizados a trabajar legalmente 1297, un sexto de los cuales, por revalida de títulos y el resto por convenios internacionales; habiéndose más que quintuplicado el número de autorizaciones anuales durante ese período. La mayoría de estos

³ Este fondo, por lo tanto, constituye un financiamiento de los servicios descentralizados que fue presentado en el Cuadro 1 en el texto.

profesionales trabaja en centros de atención primaria en municipalidades con población de bajos ingresos o relativamente aisladas geográficamente, en centros de salud de empresas públicas y privadas en localidades también aisladas como las de la minería y, en otros casos, en centros privados de excelencia en especializaciones no desarrolladas tradicionalmente en el país, como la rehabilitación. Considerando sólo el sector público (servicios de segundo y tercer nivel y primario municipalizado) actualmente el número de los que trabajan Salud primaria (540) duplica el de los que lo hacen en los servicios (240).

A su vez, las nuevas tendencias en la propiedad y organización de los centros proveedores, con la entrada de los grupos económicos nacionales y de las corporaciones internacionales, y la influencia de las administradoras de riesgo, al asociar más directamente el mejoramiento de la calidad y de la productividad de las atenciones con la inversión en recursos humanos, han incrementado el papel marginal en el país y en el exterior que tenía el sector privado institucional en el financiamiento de la formación de las especializaciones y subespecializaciones médicas y de los demás profesionales y técnicos en los equipos de salud. Una idea de la evolución que puede tener la participación institucional del sector privado la da el caso de una de las clínicas más avanzadas en el proceso de modernización. En esta institución el número de médicos a quienes se les ha financiado sus especializaciones en el exterior aumentó de 2 en 1994, antes de asumirse la responsabilidad institucional, a 21 en la actualidad, lo que representó aproximadamente US\$ 400 000 en este último año; o sea aproximadamente un tercio del monto del MINSAL en su proyecto especial para formación de profesionales y técnicos en el exterior.

b) Otros servicios del exterior requeridos por el sistema

En los últimos años se han diversificado los servicios importados por el sistema nacional de salud y las asociaciones *-joint ventures-* entre empresas nacionales y extranjeras, principalmente, por la demanda de los centros de mayor excelencia y a la vanguardia de la modernización. Entre ellos pueden señalarse los de diseño de arquitectura para la construcción de centros de segundo y tercer nivel de atención. Así por ejemplo, las dos importantes ampliaciones de grandes clínicas de excelencia, actualmente en curso o en diseño, han contratado a la firma nacional asociada con un importante consorcio especializado de EE.UU. Igualmente, los servicios de manejo de desechos hospitalarios y de alimentación para pacientes internados en los mismos están siendo realizadas por firmas nacionales asociadas a consorcios europeos y norteamericanos. Finalmente, en materia de gestión de salud, actualmente hay consultoras extranjeras proporcionando ese servicio a hospitales del sector público autónomo y a clínicas privadas.

c) Servicios de salud a las personas en el exterior

La hipótesis que sostiene que los seguros privados habrían podido jugar un papel facilitador de las importaciones, al incluir en sus planes estos servicios en el exterior fue confirmada, al constatar un aumento en el número de ISAPRES y en el número de planes que ofrecen ese beneficio en el último quinquenio. En la institución pionera, la ISAPRE Vida Tres, se acaba de generalizar ese beneficio en la Clínica Mayo (EE.UU.) a todos sus planes; sin embargo, esta generalización al no haber ido acompañada de un aumento adicional en las primas, ha hecho que el uso del servicio, hasta el momento sea marginal. Lo que no significa que la importación de este servicio habría disminuido en el país, por el contrario, la Clínica Mayo ha comenzado a operar con una representación en el país desde hace al menos dos años; y, los servicios en Cuba han aumentado, en algunos rubros como la rehabilitación, estableciendo también en el país una firma encargada de vender esos servicios.

Adicionalmente, los centros proveedores indicaron en general que usan servicios como las interconsultas con centros extranjeros, pero que éstas son a título gratuito por hacerse con los profesores y en los centros donde sus especialistas recibieron su formación especializada.

Igualmente, señalaron que con frecuencia refieren a sus pacientes a centros en el exterior, generalmente para diagnósticos o para algunos de los pocos tratamientos e intervenciones no realizables en el país; los envían con un médico tratante, y la parte más prolongada y costosa de los servicios son realizados en el país. Esto indica un esfuerzo por minimizar el costo total en el exterior y estas prácticas son promovidas por las ISAPRES y el FONASA, en planes habituales de salud.

Frecuentemente, los expertos consultados han identificado la incorporación de la oferta de estos servicios de salud en el exterior como parte de la política de mercadeo de algunos de los seguros privados, principalmente aquellos orientados a la población de mayores ingresos. Estos servicios ofertados y los realmente usados, hasta el momento, han estado asociados a atenciones en centros en EE.UU. y no en los países limítrofes, lo cual hace que la incidencia del costo de viaje actúe como un filtro para las atenciones, limitándolas a las superiores a varios miles de dólares o a las que siendo imprescindibles, no son posibles en el país.

El dinamismo que comienza a darse en este tipo de importación de servicios puede conocer un desarrollo muy importante cuando los centros de referencia para las atenciones en el exterior estén situados en países limítrofes, donde los pacientes puedan viajar por vía terrestre o aérea con costos mucho menores que al hacerlo a EE.UU., como sería el caso de Argentina que es, entre los países limítrofes, aquel que más centros y especialistas de excelencia tiene en toda Sudamérica. A ese respecto, por ejemplo, el hecho que las ISAPRES Cruz Blanca y Aetna Salud del consorcio internacional AETNA en Chile tengan un número de afiliados que representan un quinto del total (equivalentes a 800 000 personas beneficiarias) y el consorcio tenga una presencia igualmente destacada en los seguros argentinos, sería un caso donde la importación de servicios de salud de Argentina podría aumentar muy rápidamente.

2. La exportación de servicios de salud

a) La sustitución de importaciones

Al colocar en primer lugar de este análisis la sustitución de importaciones, queremos destacar su importancia con relación a la exportación de servicios de salud en Chile. El dinamismo de la sustitución de importaciones, sin ser uno de sus objetivos, ha sido fruto de la modernización de la salud que dentro de sus prioridades incluyó atenciones que exigieron el desarrollo de tecnologías y modelos de atención en enfermedades como el cáncer, que constituían uno de los campos más importantes de atenciones de salud en el exterior.

Este proceso de sustitución de importaciones ha tenido lugar en un período fruto del crecimiento sostenido de la economía nacional por 12 años, acompañado de una concentración del ingreso favorable al 5% superior, llevó el ingreso de estos hogares actualmente a unos US\$80 000. O sea, el grupo de ingresos más proclive y capaz de consumir servicios en el exterior aumentó en número y en su nivel de ingresos. Simultáneamente, el desarrollo de las ISAPRES y los seguros contra riesgos mayores, (catastróficos) que reclutan la mayoría de sus afiliados en los hogares de los tres niveles más altos de la estructura de ingresos, favoreció un crecimiento de la demanda de las atenciones de salud más exigentes en complejidad y actualización, algunas de las cuales no estaban disponibles en el país en años anteriores. Ambos factores impulsaron un crecimiento de la demanda efectiva por esas atenciones que generando un mercado cuya magnitud permitía hacer rentable la provisión relativamente amplia de esos servicios en el país, como sucedió entre otros con el diagnóstico por imágenes. En algunos casos, el tipo de tratamiento que ha sido desarrollado como sucede con la cirugía estética, vinculado también al crecimiento y la concentración del ingreso no es considerado por muchos especialistas en salud como una actividad del sector, pero a los efectos

económicos y laborales, es también un aporte de los centros proveedores de servicios de salud a la economía nacional.

Otro indicador del dinamismo que tiene la sustitución de importaciones es la rapidez con la que el sistema nacional de salud ha sido capaz de desarrollar atenciones que en los últimos años dieron lugar a un flujo de pacientes en el exterior, como ha sido el caso de la rehabilitación, especialmente hacia Cuba. En respuesta a ello se desarrolló el proyecto del centro de excelencia en rehabilitación en Las Rejas, en la zona metropolitana de Santiago, por las dos más grandes mutuales de seguridad del país y un consorcio norteamericano. En cuyo caso, el centro nacional tendrá la ventaja adicional a los costos de transporte a Cuba, el contar con clientela propia representada por los accidentados requiriendo rehabilitación entre los dos millones de afiliados a esas mutuales de seguridad.

La mayor limitante al proceso de sustitución de importaciones en servicios de salud, como en otros productos de alto costo relativo, es la estrechez del mercado nacional y la lentitud de la expansión en el mismo. Para enfrentarlo, los centros privados de excelencia están desarrollando dos tipos de estrategia: la atracción por el prestigio institucional y la constitución de redes o sistemas de centros de atención y de referencia. La primera exige el reconocimiento del centro por la calidad de las atenciones y la espectacularidad de sus éxitos en casos que han logrado atención nacional, la notoriedad de su equipo profesional y técnico y de su clientela habitual y el efecto de atracción de sus instalaciones. La constitución de redes descansa menos en el *marketing* y la publicidad que el precedente, exigiendo un esfuerzo de organización importante y sostenido cuya complejidad desalienta a muchos de los responsables de centros proveedores de excelencia. Esta estrategia es más factible de desarrollar en hospitales clínicos universitarios cuya vinculación a la docencia básica y de especialización les permite partir con una base amplia de redes profesionales y técnicas en las cuales asentar la organización del sistema de centros. Igualmente, este caso puede ser el de centros vinculados a través de su relación con una aseguradora, o pertenecientes a una institución de salud ocupacional.

La importancia de la sustitución de importaciones de servicios de salud en Chile puede apreciarse al comparar el comportamiento de otros sectores de servicio como el turismo, donde también el incremento y la concentración del ingreso y la reducción del costo del transporte de personas al extranjero, especialmente el aéreo, ha favorecido un fuerte incremento del turismo al exterior.

b) Servicios a residentes en países limítrofes

Chile comparte con Argentina, Brasil y Uruguay una posición favorable a la exportación de servicios de salud al ofrecer atenciones que por su complejidad y modernidad no existen en algunos de los países limítrofes. Ellos juegan también un papel importante en la formación de profesionales de salud bolivianos, ecuatorianos, paraguayos y peruanos, los que tienden a referir sus pacientes al exterior a centros y especialistas que conocieron durante sus estudios. Adicionalmente, el desarrollo de sistemas de seguros de salud relativamente similares completa ese escenario favorable al comercio de servicios de salud en el Mercosur y con los países limítrofes de esa unión aduanera.

En el caso chileno, sus centros de excelencia han captado pacientes de ingresos altos y medios altos de Bolivia, Perú y, en menor medida, de Ecuador. Entre ellos, Bolivia ha sido donde se ha originado el mayor flujo de pacientes y orientado los esfuerzos por captarlos de parte de las ISAPRES y los centros proveedores de salud nacionales. Durante la presente década, el crecimiento sostenido de la economía boliviana y consiguiente del número de hogares de ingresos medios y altos y el mejoramiento de la conexión carretera y el transporte de personas entre ambos países, han aumentado el potencial de comercio de servicios y el interés de instituciones chilenas por captar pacientes bolivianos.

En el caso de las antes mencionadas clínicas de excelencia, éstas han establecido convenios con centros proveedores bolivianos y aumentado sus actividades de promoción en ese país, concentrando aún más la captación de pacientes de ese origen. De acuerdo a las entrevistas realizadas con funcionarios de las gerencias de esas y otras clínicas y hospitales de excelencia, éstas juegan un papel alternativo o complementario a los centros proveedores en EE.UU. al realizar en unos casos toda la atención especializada. En otras combinan el diagnóstico en EE.UU. y el tratamiento en Chile. No obstante la existencia de seguros de salud similares en Bolivia y Chile, algunos de los cuales tienen vínculos accionarios, la mayoría de los pacientes paga privadamente sus gastos por las atenciones recibidas, pues sólo recientemente dos de las aseguradoras en ese país han incluido expresamente el reembolso de las atenciones en Chile dentro de sus planes.

En el centro de tercer nivel de atención más exitoso en la captación de pacientes bolivianos el número de hospitalizaciones pasó de 236 en 1996 a 314 en 1998. En este año el número en atenciones ambulatorias fue superior a 600. Los gastos de esos pacientes en hospitalizaciones pueden estimarse en alrededor de US\$2.5 millones y las atenciones ambulatorias de más de US\$1.2 millones.

A su vez, en el caso de las ISAPRES, el interés ha sido por extender la captación a los pacientes provenientes de hogares de las clases medias cuya importancia numérica y nivel de ingreso han aumentado fuertemente con el crecimiento económico, existiendo al menos tres de ellas que han realizado estudios de prefactibilidad para iniciar actividades en el mercado boliviano. De ellas, son las dos especializadas en el mercado de salud del norte, las que han iniciado desde el pasado año las actividades de captación de afiliados y la venta de servicios en sus centros proveedores asociados. La explicación, según la ISAPRE especializada en el mercado del centro del país, residiría en la ventaja que significa para sus competidoras nortinas el estar localizadas en una zona distante a pocas horas de transporte terrestre, mientras ellos están a más de 24 horas de viaje por esa vía.

c) Servicios a extranjeros residentes temporales en Chile

Como es sabido, en las últimas dos décadas, Chile ha logrado atraer importantes flujos de inversión extranjera directa, lo que sumado a algunas ventajas de localizarse en el país para operar en el Mercosur y en rubros comunes con países limítrofes como el minero, han aumentado el número de empresas y de profesionales y técnicos extranjeros residentes. Estos profesionales y técnicos están afiliados a seguros de salud de los países de donde provienen y desean mantener la antigüedad y los derechos en ellas, por lo cual buscan hacerlo mediante la transferencia de la administración del seguro o, utilizando centros proveedores de salud que junto con el máximo de calidad en las atenciones tengan práctica en operar con seguros extranjeros.

La experiencia previa de algunos centros proveedores de excelencia localizados en la zona metropolitana de Santiago, en la captación de las atenciones de salud del personal diplomático y los organismos internacionales mediante convenios, les permitió hacerlo también con este nuevo segmento de residentes temporales extranjeros. El número de hogares de este segmento ha pasado de unos pocos miles a varias (3-4) decenas de miles en el curso de la presente década. El interés de los centros proveedores ha estado relacionado no sólo con este crecimiento, sino también, de acuerdo a los funcionarios de sus gerencias entrevistados, por el prestigio que representa la atención de esta clientela y, en relación a los pacientes residentes en países limítrofes, porque las atenciones que se les proporcionan corresponden a una gama mucho mayor y frecuente de problemas de salud. De esta forma, la captación de este segmento de residentes temporales permite un crecimiento y modernización más rápido a los centros capaces de combinarlo con la captación de pacientes nacionales asegurados de medianos y altos ingresos y extranjeros residentes en países limítrofes.

Las ISAPRES, tal vez por la escasa importancia numérica del segmento, no han mostrado interés ni han sido presionadas por los centros proveedores de excelencia y los seguros extranjeros

para jugar un papel facilitador y hacerse cargo de administrar los seguros extranjeros de los profesionales y técnicos de las empresas antes analizadas. En el caso de los centros proveedores las eventuales demoras y riesgos en los pagos son considerados marginales en relación al volumen de las atenciones y de los ingresos generados por éstas.

En cambio, varias de las ISAPRES estarían interesadas en explorar el mercado en expansión exterior el de extranjeros en Chile, ya cercano a los dos millones de visitantes año, que está siendo promovido mediante un ambicioso programa nacional que podría aumentar en 50% en algo más de un quinquenio. El hecho que, en su mayoría, el lugar de origen del turismo extranjero y de destino del nacional al exterior son los países del Mercosur, incluyendo Chile y Bolivia, permitiría una negociación en el marco de la unión aduanera para regular los intercambios entre seguros de salud, ampliando el acuerdo actualmente existente en la materia de cooperativas de salud. En tal sentido, las iniciativas de algunos gobiernos provinciales argentinos para establecer intercambios entre sus seguros de salud para cubrir a los turistas residentes en ambos, permitirían desarrollar útiles experiencias piloto en vistas a ir progresando hacia una integración de seguros de salud, que aportaría elementos para una más amplia a nivel del Mercosur, Bolivia y Chile.

III. Hacia una agenda de iniciativas y políticas

El análisis realizado ha mostrado cómo la modernización y los cambios institucionales en el sistema de salud en Chile han favorecido una internacionalización de la salud, entendida como un estrechamiento de los vínculos entre el sistema de salud nacional y los de terceros países. El desarrollo del comercio de servicios de salud y de bienes y servicios requeridos por los sistemas de salud, es una parte importante y creciente de esa internacionalización. En ese contexto es lógico que las políticas para promover y regular ese comercio no puedan limitarse al ámbito nacional sino que comprendan el ámbito de los acuerdos de integración y comerciales del país.

La internacionalización y el comercio de servicios relacionados con la salud han tenido un papel importante en la modernización del sistema nacional y en el mejoramiento de la salud de la población que ésta ha permitido. Igualmente, han influido en la evolución de los costos de las atenciones y el cambio en el uso relativo de los factores de producción de la salud (capital, tecnología, trabajo). Las iniciativas y las políticas para enfrentar algunos de los problemas centrales al desarrollo del sistema de salud nacional, como el déficit de profesionales y técnicos y la tendencia a la elevación de los costos per capita de los seguros de salud- incluido —FONASA— tendrán que considerar el comercio exterior de servicios de salud. Desde esa perspectiva, sería más conveniente dar una prioridad en esta sección a las políticas de comercio exterior de servicios que estén vinculadas a esos problemas centrales del sistema nacional de salud, buscando seleccionar instrumentos que sean consistentes con la estrategia de

inserción internacional de la economía chilena, en particular, en lo relativo a la integración regional latinoamericana y hemisférica (Zarilli y Kinnon, 1998).

Las exportaciones de servicios de salud, por su parte, han estado limitadas a algunos centros proveedores y zonas del país, teniendo más importancia la de las atenciones prestadas a residentes extranjeros en el país que las a residentes de países limítrofes. Éstas, originadas en las ventajas comparativas de localización y reforzadas por la modernización reciente y los lazos de algunos centros académicos y proveedores de atenciones con profesionales de países limítrofes dan al país un papel intermediario o final con respecto a países desarrollados (UNCTAD, 1997). Las exportaciones de servicios de salud son complementarias al importante proceso de sustitución de importaciones en el sistema nacional de salud, el cual tendrá que continuar en su dinamismo actual para responder a las demandas de calidad y actualización de las atenciones por los grupos de ingresos altos y medios altos, cuya importancia numérica e ingreso medio crecerán sostenidamente de acuerdo a las tendencias previsibles del crecimiento económico nacional. En ese contexto, la promoción de las exportaciones de salud puede tener posibilidades de expansión en mercados como el generado por el turismo, sea por la magnitud de los flujos potenciales y la promoción en curso, y por la natural asociación del mismo con atenciones de salud como sería el caso de los baños termales.

Como señalamos en la presentación, las opciones relativas a la orientación futura de la reforma de salud distan mucho de apuntar a un consenso, reforzando la conveniencia de situar la discusión de los instrumentos de política en el marco de la heterogeneidad estructural actual del sistema nacional de salud y, considerando que las medidas que se propongan para ser eficaces tienen que estar orientadas a favorecer la concertación entre los agentes principales del sistema y adecuadas a las particularidades de los diferentes segmentos (públicos, privados y solidarios) que lo componen. Dado el propósito de concitar una reflexión de un conjunto de especialistas que anima a este trabajo más que instrumentos acabados, en lo que resta de esta sección, señalaremos algunos de los elementos de una agenda de iniciativas y políticas para promover y regular el comercio exterior de servicios relacionados con la salud.

1. Las alternativas

Las estrategias de comercio exterior de servicios de salud abiertas para Chile en el mediano y largo plazo, tienen en común la búsqueda de una ampliación del mercado para hacer más viable y rápida la modernización del sistema nacional e impedir que ésta acentúe el dualismo e inequidad prevaleciente actualmente. En ese marco cabe explorar la alternativa gradualismo sobre la base de las fórmulas actuales de expansión del comercio versus la ampliación rápida del mercado modificando el mercado de referencia y la canasta de exportaciones.

La alternativa gradualista consistiría en maximizar las posibilidades de las fórmulas actuales más promisorias, básicamente:

- en materia de exportaciones de servicios, repetir experiencias como la ampliación del mercado boliviano sobre la base de las facilidades del transporte y reforzarlas usando más el papel facilitador de los seguros de salud en el caso de algunas regiones limítrofes argentinas;
- en la regulación de importaciones, aprovechar más plenamente la formación de especialistas de larga y corta duración en el exterior usándola con la función de alimentar un sistema nacional de formación continua de profesionales y técnicos de salud.

La alternativa de ampliación rápida del mercado consistiría en convertir el Mercosur en el mercado de referencia, priorizando:

- el intercambio y la integración entre los seguros de salud públicos y privados de los países de la subregión para captar la demanda generada por los flujos turísticos entre ellos y, favorecer el desarrollo de sistemas de centros proveedores en algunas especializaciones y zonas limítrofes;
- el desarrollo de las especializaciones relacionadas con la atención del segmento de personas mayores de 60 años; y
- el desarrollo de una sistema de servicios de formación profesional y técnica especializada de corta duración a escala subregional sobre la base de las necesidades propias de la subregión y a la captación de demandas del resto de Latinoamérica.

La alternativa gradualista tiene el atractivo para los centros proveedores más avanzados en el proceso de modernización de poder tomar el ejemplo que comienzan a ser exitosos, como Bolivia y, repetirlos en los casos de las regiones limítrofes del norte y centro argentino. En cambio, el riesgo es de acentuar el dualismo entre los niveles de calidad y cobertura de atención de esos centros y los de la mayoría del sistema, dada la inviabilidad financiera de generalización en plazos razonables de esa modalidad de modernización basada en la capacidad de pago de grupos de ingreso alto y medio a la mayoría de los centros proveedores y de la población atendida por el sistema nacional de salud.

La alternativa de ampliación rápida del mercado tiene el atractivo de poder desarrollar una modalidad común de modernización viable financieramente para el sector público y privado dada la reducción de costos que supondría trabajar a escalas tecnológicas y organizacionales más eficientes económicamente, beneficiando en forma más equitativa a la población nacional. Las dificultades estriban en: la inseguridad que aún rodea al Mercosur como proyecto de integración, lo cual pone en riesgo de retrocesos proteccionistas a los acuerdos realizados en ese marco; y, la resistencia de muchos agentes del sistema a iniciativas multisectoriales como las que suponen los productos desarrollables para el segmento de población de personas mayores de 60 años.

Estas alternativas para promover y regular el comercio de servicios deben ser evaluadas en la perspectiva de la evolución demográfica y epidemiológica de la población, de la superación de la dualidad entre subconjuntos de ésta en aras de una mayor equidad y, de la contribución del sistema de salud junto a otros sectores de actividad para favorecer el crecimiento económico y la apertura económica en el marco de la integración subregional (Mercosur) y hemisférica.

El envejecimiento de la población y la creciente importancia de los problemas de salud de la misma, constituyen el principal desafío emergente en las dos próximas décadas del sistema de salud, poniendo en jaque la capacidad de financiamiento del mismo, dados los elevados costos que representara la duplicación en ese período de la proporción de personas mayores de sesenta años. Epidemiológicamente, el envejecimiento representará una mayor incidencia de las enfermedades crónicas y degenerativas en la demanda de salud, con el consiguiente requerimiento de profesionales y técnicos especializados en ellas. Financiera y éticamente, plantea la necesidad de resolver el éxodo actual de personas mayores de 60 años del sistema privado al público al elevarse sus primas hasta cinco veces respecto al pago a los 30 años, al aumentar los copagos exigidos por las ISAPRES; haciendo aún más precario el financiamiento, por FONASA o como indigentes, de las personas pertenecientes a los grupos de menores ingresos de la población. El actual problema de la equidad en salud entre grupos de ingreso de la población ya existente y que se traduce en un perfil epidemiológico, de demanda de salud y, de solución institucional diferenciales mayormente privada para los de mayores ingresos y pública para los de ingresos bajos sería aún más difícil de superar en ese escenario de envejecimiento poblacional (Titelman, Bitran y Almarza, 1997).

La relación entre la aceleración del proceso de modernización y los cambios institucionales con la equidad en salud, como pudo verse en el análisis del envejecimiento, puede sintetizarse en términos de ampliación de la brecha de equidad preexistente. La concentración del ingreso que ha acompañado el incremento del mismo global y por hogar, junto con la de los contribuyentes y

beneficiarios de mayores ingresos en instituciones de seguro\financiamiento de la salud no podían sino potenciar, a su vez, la de los avances de la modernización en un número limitado de centros, en los niveles superiores más que en el primario y, en los afiliados a las ISAPRES y los seguros contra riesgos mayores o catastróficos que en el FONASA. Como pudo verse en el análisis de los problemas emergentes de la desregulación del mercado de trabajo y de los cambios institucionales en la formación profesional, una de las consecuencias de esta concentración ha sido la migración profesional hacia los niveles, tipos de atención e instituciones mejor incorporadas al proceso de modernización en detrimento de muchos de los centros de atención del sector público, especialmente los de salud primaria municipalizada aquejados de un déficit y extremadamente alta rotación del personal.

Un contrasentido, pero igualmente ventaja potencial de los problemas de concentración, es la aparición de capacidades instaladas poco utilizadas a nivel regional en el país, junto con una mayor capacidad económica de los hogares por el incremento del ingreso y el mejor funcionamiento de FONASA, las ISAPRES y las instituciones del sector público autónomo, con los cambios institucionales. Esto, como analizaremos posteriormente, constituyen una base muy conveniente para asociar el desarrollo del comercio exterior en zonas limítrofes.

El gráfico 5 muestra la evolución del envejecimiento entre países del Mercosur incluidos los asociados (Bolivia y Chile) como conjunto subregional y la chilena, destacándose la rapidez del crecimiento de los grupos etarios de más edad, gasto por persona en salud y perfil epidemiológico relativamente similar. En este contexto, la diversidad de desarrollos de sus sistemas de salud, donde por ejemplo Chile transita hacia una especialización en las profesiones y equipos de salud que Argentina ya recorrió y, Bolivia aún no inicia, favorece la complementariedad e intercambios en servicios de salud en el Mercosur.

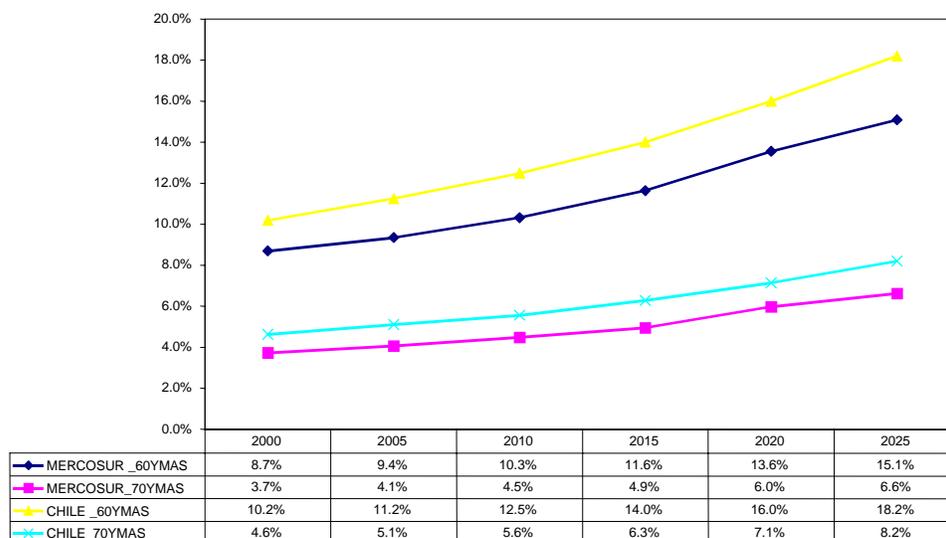
Los antecedentes expuestos indicarían que en el desarrollo del comercio exterior de servicios de salud, existen para Chile condiciones para considerar positivamente la alternativa de ampliación rápida del mercado, en una perspectiva de integración subregional en el Mercosur. No obstante, hay elementos no descartables, como el desarrollo de ese comercio en zonas fronterizas, en la alternativa gradualista que merecen ser incorporados a la de ampliación como productos específicos.

2. Elementos de la agenda

a) Prioridad al envejecimiento

El mercado en expansión de la demanda de salud de las personas mayores de 60 años ofrece para las exportaciones de servicios de salud chilenos en la subregión del Mercosur, el potencial mayor en volumen y en capacidad de pago de los demandantes. Mientras no se resuelvan los problemas de equidad general y en salud, la esperanza de vida de los mayores de 60 años aumenta con el nivel de ingreso de las personas y de sus hogares. A la vez que, una probabilidad creciente en el tiempo existe en el marco de las reformas recientes de la seguridad social en los países del MERCOSUR para que las personas de esas edades tengan una pensión de vejez y pueda reducirse el número de indigentes en esos grupos de población.

Gráfico 5
MERCOSUR Y CHILE
 (Evolución de la población de 60 y 70 y más años)



Fuente: CELADE, Boletín Demográfico No. 62, julio 1998-América Latina: Proyecciones de Población 1970-2050.

Nota: MERCOSUR incluye además Chile Bolivia.

Este segmento de mercado en Chile en el año 2000 está constituido por 1.55 millones de personas de las cuales 704 mil mayores de 70 años; a la vez que en el conjunto del Mercosur, más Perú como país limítrofe, serán 23.12 millones, de los cuales 9.92 millones son mayores de 70 años; en 25 años, estará integrado por 3.55 millones en Chile y 52.58 millones en el Mercosur, de los cuales 1.6 y 23.2 millones respectivamente, tendrán más de 70 años. La mayor concentración espacial de este mercado está y estará en las regiones centrales de Argentina, en Uruguay y el sur de Brasil, que coincidentemente son zonas de donde viaja una proporción importante de personas a Chile en la subregión del Mercosur, lo cual hace razonable el traslado a recibir atención especializada de salud.

La especialización en la atención de salud relacionadas con el envejecimiento, coincide con ser una prioridad en Chile y un mercado en expansión en sus zonas limítrofes de relación de viaje reciente de vecinos próximos del Mercosur, las cuales coinciden con ser las zonas de más altos ingresos de esa subregión. Esto permite una evaluación positiva de las iniciativas y políticas que favorezcan el desarrollo de productos de servicios de salud en Chile orientados a este mercado, y del potencial de ampliación rápida del mismo debido al crecimiento poblacional y de demanda efectiva en el mismo.

Algunos de los productos de exportación de servicios de salud para la población de 60 años y más a países del Mercosur requerirían dar un énfasis mayor, o incorporar, algunas especializaciones y modalidades de atención actualmente poco desarrolladas o inexistentes en el país. Así, comparativamente, con otros países de la subregión como Argentina, habría un rezago en otros como la rehabilitación donde recién hay iniciativas de importancia en curso, pero limitadas a la esfera ocupacional y en otras como las atenciones de salud asociadas al desarrollo de baños

termales, prácticamente no existen experiencias. Es este desarrollo de especialidades relacionadas con el mercado de atenciones a los mayores de 60 años que requeriría ser precisada con el país en el corto plazo.

En el plano organizacional, el desarrollo de estos productos es uno de los campos en que se requeriría cambiar la perspectiva mayormente aislada con que han evolucionado las instituciones y empresas del sistema nacional de salud. Una mayor integración de actividades como las de casas de reposo, cultura física y turismo con las de salud sería necesaria, enfrentando el temor a manejos intersectoriales y complejos que encontramos, inclusive entre los gerentes reconocidamente más capaces del sistema de salud, durante la presente investigación. Una exposición a experiencias en otros países, en misiones de captura de tecnologías, podría ser un factor básico en la promoción de estas ideas.

b) Vincular turismo y salud

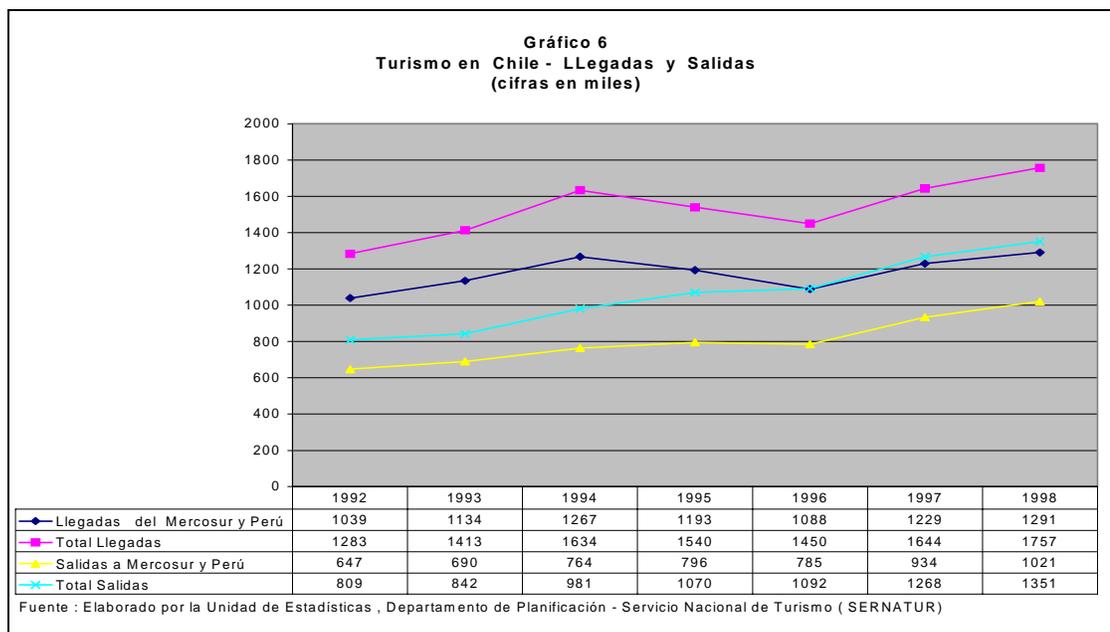
Siempre desde la perspectiva del Mercosur, aunque no limitada a ella, surge la conveniencia de vincular las actividades de turismo y las de ampliación de la prestación de servicios de salud a extranjeros residentes temporales (Ashworth and Goodall 1999). En este caso, a diferencia de lo ya hecho con extranjeros residentes por períodos de uno o varios años donde es previsible un incremento gradual y a tasas inferiores a las de años anteriores, el segmento de mercado estaría constituido por los turistas. Sea que la estadía de éstos represente un incremento de la demanda de atenciones generales de salud, sea que algún producto turístico, donde el país pueda aprovechar ventajas comparativas, posea un componente importante de atención de salud.

El gráfico 6 muestra el crecimiento dinámico de las actividades turísticas en el país y de la concentración de las llegadas y salidas en la subregión del Mercosur y Perú. Una estimación simple en base a los datos elaborados por el Servicio Nacional de Turismo teniendo en cuenta la evolución de las economías de los países de origen de los turistas (CEPAL, 1999), arroja una manutención de esa concentración en la subregión de las llegadas y del aumento de las salidas, y la posibilidad de que Chile reciba para el final del próximo quinquenio 2.5 millones de turistas, de los cuales más del 70% procedentes de países del MERCOSUR más Perú, con una estadía promedio de 12 días (SERNATUR, 1999).

La importancia de este flujo turístico no es tanto por lo que representa de incremento de la demanda de atenciones de salud, sino porque estas personas tienen la oportunidad al visitar el país, de interesarse, como un criterio para su preferencia como opción turística, en su sistema de salud y, eventualmente, de usar sus servicios. El hecho de que el 65% de los turistas llegados en 1988 procedieran de Argentina, Bolivia y Perú, a la vez predominantemente de las zonas limítrofes, aumenta el relacionamiento entre turismo y salud ya indicado.

Adicionalmente, dentro de las atracciones de turismo interno e internacional, Chile ha desarrollado tradicionalmente los baños termales y *spas*, existiendo más de 100 sitios potenciales de los cuales 30 están en explotación, encontrándose la mayoría de ellos en una etapa de desarrollo medio o bajo, lo que coloca al país en el primer lugar en Sudamérica en el rubro. Esta tendencia en el nivel de desarrollo de los baños térmicos y *spas* ha comenzado a revertirse al coincidir varios de los centros, o lo que incluyen, con establecimientos del mejor nivel de atención. Sin embargo, en ellos la única relación con la atención de salud es la presencia de un médico o enfermera, para atender eventuales problemas de salud. Existiendo una posibilidad cierta de añadir a este atractivo natural y recreativo, toda una gama de atenciones de salud, especialmente las orientadas al segmento de personas de 60 años y más.

Gráfico 6
TURISMO EN CHILE-LLEGADAS Y SALIDAS
 (cifras en miles)



Fuente: Elaborado por la Unidad de Estadísticas, Departamento de Planificación-Servicio Nacional de Turismo (SERNATUR).

c) Exportación de servicios de salud en zonas limítrofes

Este es uno de los productos más conocidos de la exportación en salud, particularmente, cuando existen diferencias notorias entre las zonas, como es el caso entre las del norte y central de Chile y las del sur del Perú, el centro y sur de Bolivia y, el norte de Argentina. Las zonas en los países limítrofes coinciden con ser alejadas de la zona metropolitana o capital del país, a excepción de Bolivia que la incluye, y en total las más próximas tienen actualmente una población de alrededor de 10 millones de habitantes. A los efectos de apreciar mejor lo que representa el desarrollo de este producto, analizaremos brevemente el caso del norte chileno.

Esta zona es la que ha conocido un aumento mayor de los flujos de comercio bilateral y de turistas y pacientes bolivianos en los últimos dos años, asociada a la conclusión de las obras de la carretera internacional uniendo la capital boliviana con la capital del departamento chileno de Arica y la red troncal de carretera nacional. Simultáneamente, la región norte chilena es aquella junto con la capital que ha recibido la mayor proporción de inversión extranjera directa de las regiones del país, en el período máximo histórico de éstas, concentradas en las actividades mineras. Desde el punto que nos interesa, esto ha dado lugar a una gran inversión en centros productores de salud, generalmente de alto nivel para poder atraer y mantener a la población trabajadora, y con gran capacidad ociosa debido a la reducida población objetivo actual.

El desarrollo de esta zona, además de lograr que los seguros de salud cumplan con su función facilitadora del comercio, como está señalado en la sección II; requiere adoptar medidas para usar plenamente la capacidad ociosa de los centros de alto nivel existentes, ampliando su radio de

atención a la población de países limítrofes y coordinando las acciones de los centros de atención general con los de salud ocupacional.⁴ Las entrevistas exploratorias con personas claves en las actividades económicas y de atención de salud, de los gobiernos locales de esas zonas y de sus órganos centrales nacionales, indican que existe una alta receptividad a estas propuestas.

Esta zona limítrofe conocerá una expansión como mercado potencial de exportación de salud con la terminación de la conexión carretera internacional con el norte argentino y con la zona oriente de Bolivia y occidental de Brasil (Matto Grosso).

d) Acuerdos internacionales sobre seguros de salud

El Mercosur como unión aduanera y germen de un acuerdo de integración económica posee comisiones especializadas, como la de salud, que ya han aprobado iniciativas como las de intercambio de servicios entre cooperativas productoras de servicios de salud. Un primer paso en esa dirección sería la negociación de un acuerdo que permitiera incorporar los seguros de viaje a los planes de salud de las aseguradoras públicas y privadas, lo cual sería un aliciente adicional al turismo interno de la subregión y favorecería la exposición de los turistas a la experiencia de los sistemas de salud de la misma. De manera de avanzar, posterior o paralelamente según sea el caso, hacia acuerdos que permitieran el acceso en campos especializados o de carácter general en las zonas limítrofes a los afiliados de los sistemas de uno o varios países miembros.

La coincidencia de las reformas de la seguridad social en salud y la constitución del Mercosur hacen de éste, un momento oportuno para estas iniciativas. El ejemplo de la Unión Europea muestra que una vez consolidados los procesos de integración, las barreras no removidas como las del comercio de servicios de salud en los países de la UE, cuesta más para modificarlas. Igualmente, la experiencia del Sudeste asiático indica que las empresas de seguro y las proveedoras de salud presentes en varios países, como ya sucede en el Mercosur, pueden jugar un papel de integración de hecho, que favorezca luego las negociaciones más generales entre países.

e) Formación profesional y técnica especializada

Aceptando que la internacionalización de la formación profesional, académica y en servicio de los equipos de especialistas es un requerimiento en evolución muy dinámico, el objetivo sería ir optimizando la combinación entre esos componentes de la formación. En particular, obtener un balance entre la modernidad de la formación, medida en relación con el nivel internacional más avanzado, y el desarrollo máximo de la capacidad nacional para formar en la academia y en los servicios los equipos de especialistas. Una atención particular se prestaría a la justa distribución del financiamiento de la formación entre los agentes públicos y privados, así como los institucionales y los profesionales y técnicos como practicantes autónomos.

Entre los principales instrumentos para lograr esos objetivos estarían los convenios de cooperación técnica internacional, las políticas de becas y créditos a la formación profesional y técnica especializada, incluyendo una fuerte participación de los seguros FONASA y los centros proveedores de servicios. Igualmente, la promoción del desarrollo de la formación especializada y la modernización de la gestión de servicios de salud, en particular de los recursos humanos para mejorar a corto y mediano plazo la mejor asignación y utilización de los mismos.

El análisis realizado muestra que la internacionalización del sistema de salud chilena, si bien ha tenido un apoyo esencial en los avances de los países desarrollados, en especial de EE.UU. y algunos países de la Unión Europea como Inglaterra y España, ha encontrado un ámbito natural en los países integrantes del Mercosur y en algunos de los latinoamericanos sobre la base de la

4 Actualmente Chile tiene un nivel de desarrollo muy superior en salud ocupacional relacionado con las actividades mineras en altura (más de 2 000 metros), las cuales son también importantes en esas zonas limítrofes bolivianas y peruanas.

localización geográfica y de los lazos académicos y profesionales tradicionales. En particular, el Mercosur aparece como un ámbito internacional privilegiado para desarrollar actividades de formación profesional.

En el campo de la formación profesional y técnica especializada, Chile y los países más avanzados en tecnología y formación en salud, podrían combinar esfuerzos para desarrollar una formación en especialidades de corto y mediano plazo. Lejos de una perspectiva de sustitución de importaciones de los países desarrollados, creemos que el enfoque correcto de política sería el de utilizar esos vínculos actuales, pero orientarlos a un vasto programa de formación en subespecialidades que les permitiera enfrentar con mayor rapidez y a menor costo, la demanda insatisfecha actualmente existente en el Mercosur, Chile y Bolivia. Posteriormente, entrar a competir por la formación profesional y técnica de corto y mediano plazo en el mercado sudamericano y en el de algunos países de Centroamérica.

Simultáneamente, en el campo de la formación profesional sería posible facilitar la venida de especialistas de alto nivel dentro de las actividades orientadas a la integración hemisférica y con la Unión Europea, así como facilitar otras como los programas de estudios en el extranjero (*studies abroad*) donde ya existen experiencias en otras disciplinas en el país. Estas actividades podrían favorecer el programa nacional y el del Mercosur de formación de especialistas.

Los avances en las ciencias y en las atenciones de salud de los países desarrollados y la similitud en aspectos centrales de la evolución demográfica y epidemiológica con respecto a Chile y el Mercosur, hacen que la incorporación adaptativa de los mismos sea la vía natural de modernización del sistema de salud nacional. Sin embargo, uno de los peligros de la modernización de los sistemas de salud, basados exclusivamente en la imitación de experiencias, es el subdesarrollo de la investigación nacional y la dependencia de la modernización e investigación de los desarrollos en terceros países. Por lo que es posible potenciar los vínculos que la formación de especialistas e investigadores nacionales en países desarrollados produce, en particular, la investigación asociada; sea en patologías que son más generalizadas o específicas en Chile y el Mercosur, o en aquellas comunes, donde la asociación entre investigadores de diversos países acelera la obtención de resultados o, la generalización de éstos.

En la etapa actual de las negociaciones en vistas a la creación de sistemas de libre comercio hemisférico y con la Unión Europea, la búsqueda de iniciativas conjuntas, como la formación profesional y las investigaciones en salud, tendrían una atención privilegiada. Ellas por no afectar intereses comerciales de importancia, o bien por ser de interés común, podrían ser vistas como símbolos de integración y recibir el apoyo de los países más avanzados en el campo de la formación profesional y la investigación en ciencias de la salud como los de la UE, Canadá y Estados Unidos de Norte América.

Bibliografía

- Anríquez, Carlos (1998), *El sector salud, un caso de cooperación internacional, Santiago de Chile: MINSAL, 1990 y MINSAL*, oficina de cooperación de asuntos internacionales, cooperación técnica en salud, Santiago de Chile, julio.
- Ashworth, Gregory y Brian Goodall Eds. (1990), *Marketing tourism places*, London: Routledge.
- CEPAL, Naciones Unidas (1999), *Estudio económico de América Latina y el Caribe 1998-1999 LC/G. 2056*, Santiago de Chile.
- Child, John y Ray Loderidge (1990), *Information Technology in European Services. Towards a Microelectronic Future*, Basil Blackwell, Ltd.
- Servicio Nacional de Turismo (SERNATUR), (1999), *El turismo chileno en cifras*, Santiago de Chile.
- Titelman, Daniel (1997), "Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile", en *Revista de la CEPAL* (en prensa), y Ricardo Bitran y Francisco Xavier Almarza, *Las instituciones de salud previsional en Chile*, CEPAL: Serie Financiamiento del Desarrollo No.56, julio.
- Toro, Carlos (1999), *Educación continuada de postítulo para médicos en Chile en Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Recursos humanos en salud, formación y acreditación*, Serie de Documentos Académicos No.1, Santiago, agosto.
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y el Desarrollo, (UNCTAD) (1997), *Health Care Exports under Consumption Abroad Mode*, Geneva, 16-18 junio.
- Zarilli, Simonetti y Colette Kinnon (Eds.) (1998), *International Trade in Health Services: a Development Perspective*, Ginebra, Naciones Unidas y OMS.



Serie políticas sociales

Números publicados

- 1 Andrés Necochea, La postcrisis: ¿una coyuntura favorable para la vivienda de los pobres? (LC/L.777), septiembre de 1993.
- 2 Ignacio Irrazábal, El impacto redistributivo del gasto social: una revisión metodológica de estudios latinoamericanos (LC/L.812), enero de 1994.
- 3 Cristián Cox, Las políticas de los noventa para el sistema escolar (LC/L.815), febrero de 1994.
- 4 Aldo Solari, La desigualdad educativa: problemas y políticas (LC/L.851), agosto de 1994.
- 5 Ernesto Miranda, Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina (LC/L.864), octubre de 1994.
- 6 Gastón Labadie y otros, Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño (LC/L.867), diciembre de 1994.
- 7 María Herminia Tavares, Federalismo y políticas sociales (LC/L.898), mayo de 1995.
- 8 Ernesto Schiefelbein y otros, Calidad y equidad de la educación media en Chile: rezagos estructurales y criterios emergentes (LC/L.923), noviembre de 1995.
- 9 Pascual Gerstenfeld y otros, Variables extrapedagógicas y equidad en la educación media: hogar, subjetividad y cultura escolar (LC/L.924), diciembre de 1995.
- 10 John Durston y otros, Educación secundaria y oportunidades de empleo e ingreso en Chile (LC/L.925), diciembre de 1995.
- 11 Rolando Franco y otros, Viabilidad económica e institucional de la reforma educativa en Chile (LC/L.926), diciembre de 1995.
- 12 Jorge Katz y Ernesto Miranda, Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos (LC/L.927), diciembre de 1995.
- 13 Ana Sojo, Reformas en la gestión de la salud pública en Chile (LC/L.933), marzo de 1996.
- 14 Gert Rosenthal y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen I, (LC/L.996), noviembre de 1996.
- 14 Eduardo Bascuñán y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen II, (LC/L.996 / Add.1), diciembre de 1996.
- 14 Secretaría Permanente del Sistema Económico Latinoamericano (SELA) y Santiago González Cravino, Aspectos sociales de la integración, Volumen III, (LC/L.996/Add.2), diciembre de 1997.
- 14 Armando Di Filippo y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen IV, (LC/L.996/Add.3), diciembre de 1997.
- 15 Iván Jaramillo y otros, Las reformas sociales en acción: salud (LC/L.997), noviembre de 1996.
- 16 Amalia Anaya y otros, Las reformas sociales en acción: educación (LC/L.1000), diciembre de 1996.
- 17 Luis Maira y Sergio Molina, Las reformas sociales en acción: Experiencias ministeriales (LC/L.1025), mayo de 1997.
- 18 Gustavo Demarco y otros, Las reformas sociales en acción: Seguridad social (LC/L.1054), agosto de 1997.
- 19 Francisco León y otros, Las reformas sociales en acción: Empleo (LC/L.1056), agosto de 1997.
- 20 Alberto Etchegaray y otros, Las reformas sociales en acción: Vivienda (LC/L.1057), septiembre de 1997.
- 21 Irma Arriagada, Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo (LC/L.1058), septiembre de 1997.
- 22 Arturo León, Las encuestas de hogares como fuentes de información para el análisis de la educación y sus vínculos con el bienestar y la equidad (LC/L.1111), mayo de 1998. [www](#)

- 23 Rolando Franco y otros, Social Policies and Socioeconomic Indicators for Transitional Economies (LC/L.1112), mayo de 1998. experiencia de empoderamiento rural en Guatemala (LC/L.1177), marzo de 1999.
- 24 Roberto Martínez Nogueira, Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico (LC/L.1113), mayo de 1998. [www](#)
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Marco conceptual, Vol.I (LC/L.1114), mayo de 1998. [www](#)
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Metodológica para su análisis, Vol.II (LC/L.1114/Add.1), mayo de 1998. [www](#)
- 26 Rolando Franco y otros, Las reformas sociales en acción: La perspectiva macro (LC/L.1118), junio de 1998. [www](#)
- 27 Ana Sojo, Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa (LC/L.1135) julio de 1998.
- 28 John Durston, Juventud y desarrollo rural: Marco conceptual y contextual (LC/L.1146), octubre de 1998. [www](#)
- 29 Carlos Reyna y Eduardo Toche, La inseguridad en el Perú (LC/L.1176), marzo de 1999.
- 30 John Durston, Construyendo capital social comunitario. Una experiencia de empoderamiento rural en Guatemala (LC/L.1177), marzo de 1999. [www](#)
- 31 Marcela Weintraub y otras, Reforma sectorial y mercado de trabajo. El caso de las enfermeras en Santiago de Chile (LC/L.1190) abril de 1999.
- 32 Irma Arriagada y Lorena Godoy, Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: Diagnóstico y políticas en los años noventa (LC/L.1179-P), Número de venta: S.99.II.G.24 (US\$ 10.00) 1999.
- 33 CEPAL PNUD BID FLACSO, América Latina y las crisis (LC/L.1239-P), Número de venta: S.00.II.G.03 (US\$10.00), diciembre de 1999.
- 34 Martín Hopenhayn y otros, Criterios básicos para una política de prevención y control de drogas en Chile (LC/L.1247-P), Número de venta: S.99.II.G.49 (US\$ 10.00), noviembre de 1999.
- 35 Arturo León, Deempeño macroeconómico y su impacto en la pobreza: análisis de algunos escenarios en el caso de Honduras (LC/L.1248-P), Número de venta: S.00.II.G.27 (US\$10.00). enero de 2000.
- 36 Carmelo Mesa-Lago, Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI (LC/L.1249-P), Número de venta: S.00.II.G.5, (US\$ 10.00), enero de 2000.
- 37 Francisco León y otras, Modernización y comercio exterior de los servicios de salud (LC/L.1250-P), Número de venta: S.00.II.40, (US\$10.00), marzo de 2000.

-
- El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la División de Desarrollo Social, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile. No todos los títulos están disponibles.
 - Los títulos a la venta deben ser solicitados a Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, publications@eclac.cl.
 - [www](#): Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

| |
|--------------------------------------|
| Nombre: |
| Actividad:..... |
| Dirección:..... |
| Código postal, ciudad, país: |
| Tel.: Fax: E.mail: |