

El Papel de las Superintendencias en la Regulación de seguros de salud*.

ALEJANDRO FERREIRO YAZI

**ABOGADO, Consultor en regulación de seguros de salud,
y ex Superintendente de Isapres, Chile (1996-2000)**

Agosto de 2000

*** El presente documento ha sido preparado por encargo de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Los puntos de vista expresados son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente las opiniones o las políticas de la Organización o de los Estados miembros.**

INDICE

I.	Consideraciones Generales sobre la Regulación	4
	A) El Proceso de Reforma del Estado	
	B) Marco conceptual para la regulación del sector salud	7
	1) Condiciones del mercado perfecto	
	2) Las fallas de mercado y el sector salud	8
	3) Equidad en salud: acceso garantizado con independencia de la capacidad de pago	10
	4) Los costos de la regulación y las fallas del Estado	11
	5) Segmentación de funciones	11
	Referencias Bibliográficas	15

I.- Consideraciones Generales sobre la Regulación

A) EL PROCESO DE REFORMA DEL ESTADO:

Tópico recurrente en debate actual acerca de las políticas públicas versa sobre la reforma del Estado. Las áreas de análisis y propuestas se refieren tanto a los aspectos funcionales (qué debe hacer el Estado) como a aspectos operativos o de eficiencia (cómo debe el Estado cumplir las funciones que le competen).

Aunque en ocasiones el debate resulta impulsado por urgencias de ajuste fiscal, y por ende aparece asociado a intentos orientados exclusivamente a reducir el tamaño del Estado, la revisión de las funciones estatales debe ser visto como un proceso que trasciende imperativos de ajuste estructural y que busca acomodar la estructura del aparato estatal – en ocasiones definida e inalterada desde hace largas décadas y tributaria de los desafíos del pasado- a las necesidades y posibilidades que impone el presente.

Inserto en ese proceso, el Estado transita desde un creciente desprendimiento de las funciones de producción de bienes y servicios a la regulación de aquellas que, desarrolladas por privados, justifican tal regulación. En palabras del ya clásico y recurrido libro de Osborne y Gaebler, “Reinventing Government”, se trata ya no de remar, sino de llevar el timón, de concentrarse en la función estratégica de conducción y regulación, más que en la función misma de producción, respecto de la cual se reconoce al sector privado mayores posibilidades e incentivos para operar con eficiencia. Excede los ámbitos de este trabajo referirse en detalle a este proceso. Con todo, aludir a él es ineludible puesto que las funciones de supervisión y control de las Superintendencias son, precisamente, expresión de la renovación de una función estatal que reconoce a privados y mercado la producción de bienes y servicios y la asignación de recursos, reservando para el Estado el ejercicio de las competencias públicas que permitan prevenir y corregir las fallas de mercado y, con ello, compatibilizar el emprendimiento privado con los objetivos sociales que han de presidir el acceso a bienes meritorios, como el de la salud. Así, en este nuevo escenario la confianza en el funcionamiento del mercado sólo adquiere justificación si se enmarca en una regulación y fiscalización pertinente, racional y eficiente.

Las fallas de la empresa pública, originadas en los llamados problemas de agencia de que derivan ineficiencias operativas, captura política, inflexibilidades, etc., constituyen la explicación conceptual que motiva un ya extendido proceso privatizador que busca en la gestión privada administraciones más racionales y eficientes. Con todo, el mercado tiene fallas, y la regulación la responsabilidad de minimizarlas o corregirlas. Ahora bien, si el Estado resulta incapaz de abordar con eficacia el desafío regulatorio las fallas del mercado se perpetuarán a consecuencia de las propias fallas del Estado. Paradojalmente, pues, el éxito del mercado y de la provisión privada de bienes y servicios esenciales depende en gran parte de la capacidad del Estado de corregir las fallas del mercado. En ese intento, el Estado también incurre en fallas y distorsiones – las llamadas fallas del Estado-. Algunas de estas fallas resultan de excesos en la intervención estatal, otras de omisiones lamentables, unas surgen por insuficiencias y errores en el diseño del marco regulatorio, otras a consecuencia de debilidades en la fiscalización; las hay derivadas de prejuicios y excesos ideológicos de uno y otro signo, como también de falta de claridad respecto de los verdaderos objetivos de la regulación, etc.

Es este contexto el escenario de las experiencias en las funciones regulatorias en salud encarnadas en Superintendencias de reciente data. Un escenario más caracterizado por procesos de ensayo y error, que por un extendido y arraigado consenso técnico y político acerca del sentido, alcance y finalidad de la regulación. Es más, casi puede decirse que la regulación en salud ha sido más una política de gobierno que de Estado. Por ello, cambios en el signo político de los gobiernos inciden sensiblemente en la orientación de las políticas de regulación de salud, lo que dificulta la primacía de consideraciones técnicas en su diseño y aplicación y las expone a un debate, a veces enconado y -virulento, acerca de los roles del Estado y del sector privado, en general, y en la salud en particular. En tanto no converjan de modo suficiente las diferentes posiciones políticas en el reconocimiento y valoración que merecen Estado y mercado en el ámbito de la provisión, financiamiento y aseguramiento en salud, el debate sobre el componente de la regulación en salud inevitablemente estará marcado por un grado de conflictividad y volatilidad del que, en general, carece el debate acerca de la regulación en otras áreas de las políticas públicas.

Quizás por ello parece prematuro evaluar un proceso que se mantiene como tal evolucionando permanentemente. Quizás por ello, también, resulta necesario mirar con detención sus rasgos y características en búsqueda de lecciones que, no por

provisorias son menos útiles a la hora de proponer experiencias análogas o corregir el curso de las existentes.

Las páginas que siguen pretenden servir de marco conceptual a la función estatal de la regulación. Ellas proporcionarán elementos de análisis para evaluar la práctica regulatoria y fiscalizadora de las Superintendencias del área de la salud en Argentina, Chile y Perú. Un adecuado marco conceptual de la función regulatoria permite, a partir de su contraste con la realidad, desprender las líneas de corrección y perfeccionamiento de los organismos que la llevan a cabo.

B) MARCO CONCEPTUAL PARA LA REGULACIÓN DEL SECTOR SALUD

Aunque el sector salud posee innegables particularidades que lo distinguen del resto de las actividades económicas sujetas a regulación, tales diferencias no alcanzan a excluirlo de las consideraciones conceptuales que explican y enmarcan la regulación estatal. La regulación del Estado de las actividades de producción de bienes y servicios es, en general, resultado de una determinada respuesta contemporánea al dilema planteado por el llamado problema económico. Esto es, quién, para quién, qué y cómo producir los bienes y servicios que la sociedad requiere en un escenario de crónica escasez de recursos frente a necesidades ilimitadas.

Durante el siglo pasado, dos visiones contradictorias intentaron responder al problema económico. Finalmente, el mercado prevaleció sobre la planificación estatal como mecanismo principal de asignación de recursos e interacción entre la oferta y la demanda de bienes y servicios. El predominio del mercado en la función asignadora de recursos no lo exime, sin embargo, de fallas o imperfecciones en su funcionamiento práctico.

1) Las condiciones del mercado perfecto.

El mercado teóricamente perfecto, también llamado “óptimo de Pareto” muy difícilmente, si alguna vez, tiene expresión práctica. Las condiciones que reclama un mercado de este tipo son:

- Atomización de oferentes y demandantes, de modo que ninguno de ellos pueda distorsionar la determinación del precio;

- Producto homogéneo, de modo de facilitar la información, comparación y hacer indiferente al demandante el oferente que se lo provea;
- Plena información a los demandantes acerca del precio, producto y condición de las transacciones;
- Independencia de actores o no colusión; y
- Libre entrada de oferentes y demandantes al mercado.

De cumplirse las condiciones enunciadas, el óptimo de Pareto afirma que todos los bienes y servicios se producen eficientemente (al menor costo posible), se asignan eficientemente entre los consumidores (nadie consume ni más ni menos de lo que necesita) y hay eficiencia en el intercambio (no es posible reasignar el consumo de bienes de manera de mejorar el bienestar social).

Al repasar las condiciones anteriores se hace evidente su abismante diferencia con la realidad de los “mercados” de atenciones de salud. Tanto en el subsector aseguramiento como en el referido a la provisión, son evidentes las diferencias con la teoría del mercado perfecto, particularmente en lo referido a la falta de homogeneidad del producto o servicio y a la estructural asimetría de información que caracteriza la relación entre quienes demandan atenciones de salud y quienes la proveen, lo que determina el fenómeno de la demanda inducida por la oferta de prestaciones. Adicionalmente, la especialización profesional del personal de la salud impone restricciones a la entrada de oferentes y, al menos en la atención de alta complejidad, la atomización de oferentes teóricamente preconizada cede su lugar a niveles de concentración difícilmente compatibles con la teoría del mercado perfecto.

2) Las fallas de mercado y el sector salud.

La teoría de la regulación identifica las siguientes fallas de mercado o fundamentos para la intervención regulatoria del mercado.

i) **Monopolios, oligopolios; monopsonios, oligopsonios.** En los casos en que prevalecen restricciones al número de oferentes o demandantes, no se dan las condiciones para presumir la formación de un precio eficiente. Los monopolios pueden tener varios orígenes:

Naturales: derivados de realidades físicas, tecnológicas o económicas, según las cuáles ninguna combinación de dos o más oferentes de un bien o servicio

es capaz de ofrecer aquellos más eficientemente que el monopolio. Ejemplo de ello son la distribución eléctrica, las líneas férreas y otras situaciones en que la eficiencia lograda por la concentración o economías de escala supera claramente la eficiencia esperable de una producción en escenarios de competencia. Aún cuando esta es una de las situaciones clásicas que requieren de regulación estatal, especialmente bajo la modalidad de fijación de precios, no es la razón predominante que justifica la regulación estatal en el área de la salud. Ciertamente es que determinadas economías de escala pueden influir en la falta de competencia o alternativas socialmente justificables en lo referido a la infraestructura hospitalaria de alta complejidad, o la severa limitación de profesionales de determinadas especialidades o subespecialidades podrían justificar algún tipo de regulación de precios. En concreto, sin embargo, esto ocurre sólo de modo excepcional. Tradicionalmente, la intervención del Estado con relación a situaciones como las descritas se ha canalizado a través del intento de proveer directamente, mediante subsidios a la oferta, los servicios de salud cuyo acceso social se ha considerado conveniente o prioritario.

ii) Tipo de bienes o servicios: públicos, meritorios y de alta externalidad.

Un segundo fundamento clásico de la regulación lo constituyen los bienes o servicios públicos caracterizados por que el consumo de los mismos por una persona no excluye la posibilidad de consumo por las demás. Se expresa aquí el llamado efecto parásito o "free rider", según el cual nadie tiene incentivos para pagar si, aún sin pagar, accede al consumo o provecho del bien público. Justicia, defensa, medio ambiente, acceso a lugares públicos constituyen ejemplos clásicos de bienes públicos. En materia de salud, y aún cuando algunos confunden acciones de salud pública con bienes públicos, sólo podríamos considerar estrictamente dentro de esta categoría las campañas de promoción de hábitos saludables desarrollados a través de los medios de comunicación masivos, la fluorización del agua potable, las políticas de preservación del medio ambiente, etc. Otras acciones de salud pública, como las campañas de vacunación masiva o los controles preventivos son, en rigor, bienes de tipo privado –en cuanto su consumo se agota en quien lo recibe individualmente-. Con todo, se les considera meritorios, y por ello se justifica socialmente su distribución masiva aún cuando ella no corresponda a una demanda espontánea de los potenciales beneficiarios. Los bienes meritorios, así como aquellos de alta externalidad positiva, esto es, aquellos cuyo

beneficio alcanza a terceros que no intervienen en el consumo ni ayudan a financiarlo, son, también, justificación clásica de la regulación y, particularmente, de la regulación en salud. En efecto, garantizar acceso al aseguramiento y provisión de atenciones de salud es, para el Estado, una obligación derivada del carácter meritorio de las atenciones de salud, como también de la externalidad positiva que supone para toda la sociedad y su estructura productiva contar con una población saludable.

iii) Asimetrías de información. Un mercado perfecto requiere demandantes con acceso a completa información comparativa acerca de las condiciones relevantes de la oferta. La creciente complejidad técnica de las prestaciones de salud, la extendida incapacidad del paciente de reconocer o contrastar la pertinencia de la atención que el profesional le indica como necesaria (problema de la demanda inducida), así como la extraordinaria complejidad contractual de los seguros de salud revelan situaciones en que la asimetría de información se expresa con gran intensidad. En tal cuadro, confiar en la demanda espontánea de las personas, o incluso en la libre interacción entre demandantes y oferentes de atenciones de salud, - que como ya vimos está potencialmente contaminada por el fenómeno de la demanda inducida - deriva en serias imperfecciones de mercado que reclaman regulación.

La regulación o estandarización de los contratos de aseguramiento en salud, los protocolos o guías prácticas de diagnóstico, tratamiento y criterios de concesión de subsidios por incapacidad laboral, como también la adopción de mecanismos de pago que desplazan parte del riesgo financiero al prestador con el objetivo de inhibir la sobreprestación de servicios, son ejemplos de algunos intentos de corregir fallas de mercado derivadas de las asimetrías de información que prevalecen en el sector.

3) Equidad en salud: acceso garantizado con independencia de la capacidad de pago.

No sólo las innegables fallas de mercado que han hecho del sector salud casi un ejemplo de texto de mercado imperfecto justifican la intervención estatal por vía de la regulación, cuando no la gestión directa de la oferta. En efecto, y aún cuando el mercado de la salud satisficiera las exigencias teóricas del mercado perfecto, la

intervención del Estado sería igualmente necesaria ante la convergencia de dos factores fundamentales: el carácter meritario de la salud, y su alta externalidad positiva –cuando no de bien público- y la desigual distribución inicial de recursos en la sociedad que impide que todas las necesidades reales de las personas en el ámbito de la salud se expresen como demanda solvente en el mercado.

En consecuencia, a las fallas de mercado ampliamente estudiadas y reconocidas, se une la necesidad social de proveer acceso oportuno a las atenciones de salud preventivas y curativas a quienes, necesítandolas, carecen de los recursos propios para financiarlas autónomamente. Esta realidad, a saber, la brecha entre las necesidades y la capacidad autónoma de pago de las personas, expresada en el desafío de aumentar la equidad social en salud, explicaría, aún en la hipotética presencia de mercados perfectos, la necesidad de intervención o regulación estatal de los mercados de la salud, ya sea mediante la provisión directa de las atenciones de salud que se definan –subsidio a la oferta- o mediante mecanismos de subsidios a la demanda que involucren la definición regulatoria de las condiciones del bien o servicio cuya demanda se subsidia.

4) Los costos de la regulación y las fallas del Estado

Desde la perspectiva de la teoría de la regulación, la existencia de fallas de mercado es condición necesaria, mas no suficiente, para justificar la regulación estatal. Se requiere, además, que los beneficios sociales esperables de la regulación superen a los costos directos e indirectos que ella conlleva.

Los costos directos, e ineludibles, corresponden al financiamiento de los costos de operación de las entidades regulatorias, el que debe ser evaluado en función del costo alternativo que supondría la asignación de esos recursos en otras áreas de las políticas públicas.

Más relevantes para nuestro análisis son los costos indirectos de la regulación o también llamados fallas de la regulación. De la minimización de estos depende la calidad del sistema regulatorio.

La regulación, al igual que el mercado, tiene fallas, y al igual que este, los modelos de funcionamiento perfecto solo existen en la teoría. En efecto, en los procesos de diseño, elaboración y aplicación de la regulación tienden a prevalecer las imperfecciones del mercado. El diseño y la operación de la institucionalidad regulatoria tienen por desafío, pues, prevenir y/o minimizar las fallas de la regulación que a continuación se describen:

i.- Riesgo de captura: La importancia de las decisiones adoptadas por el regulador lo transforman en blanco de los intereses creados en torno al sector regulado. La captura del regulador se produce cuando prevalecen los objetivos de quien ejerce presión, por sobre, y en contradicción, con los objetivos propios de la regulación. La captura puede ser de dos tipos: captura por intereses económicos, y captura por intereses políticos.

Es económica, cuando los intereses económicos sujetos a regulación, o indirectamente afectados por ella, logran del regulador decisiones que los favorecen. La relevancia económica de las decisiones regulatorias, unida a factores como la discrecionalidad del regulador y la falta de transparencia y fundamentación de sus decisiones son factores que favorecen la corrupción del regulador. De un modo más sutil, la existencia de perspectivas laborales promisorias en el sector regulado puede condicionar conductas de parte de los reguladores, generando una excesiva aversión al conflicto con los regulados.

Para contrarrestar los riesgos descritos, el diseño de la institucionalidad regulatoria suele considerar las siguientes medidas:

- Exigencias de fundamentación y publicidad de las resoluciones;
- Establecimiento de escalas de remuneraciones que reduzcan las brechas a niveles tolerables entre lo percibido por quienes laboran en el regulador y los regulados;
- Reglamentación del post-empleo, estableciendo prohibiciones, plazos mínimos y/o condiciones para que un regulador se desempeñe posteriormente en el sector regulado.
- Prohibiciones de recibir regalos, invitaciones pagadas o cualquier otro donativo de parte de los regulados.

La captura puede obedecer, también, a razones políticas. La regulación afecta intereses o expectativas de diversos grupos, los que, por ejemplo, en el área de la salud, poseen innegable influencia política. Gremios profesionales y grupos de usuarios organizados poseen un capital político que puede resultar muy atractivo seducir para reguladores que tengan expectativas en ese ámbito. En otro orden de cosas, y mientras menos clara y explícita sea la misión del regulador, más vulnerable resulta a presiones o condicionamientos políticos de corto plazo del gobierno de turno, particularmente si tanto la designación como la remoción del regulador son materia de decisión exclusiva y discrecional del gobierno. Los riesgos de captura política del regulador son mayores mientras más sensible sea el área regulada a la opinión pública, y más enconado sea el debate social acerca de la orientación y objetivos del regulador en ese ámbito. La regulación ambiental parece ser un ejemplo al respecto.

ii.- Sobrerregulación: Se refiere a las situaciones en que los costos que la regulación impone a la actividad, a los regulados –y por ende al consumidor final- son superiores a los beneficios que se desprenden de ella. Aunque la ponderación de costos y beneficios es una cuestión difícil y fuertemente dependiente de la valoración subjetiva que se asigne a unos y otros, es innegable que la regulación puede resultar altamente costosa en situaciones como las que siguen:

- incapacidad de prever los efectos colaterales y de largo plazo de una determinada decisión, los que pueden generar efectos negativos no ponderados al tomar la decisión.
- Imposición de gravámenes a la actividad regulada que, más que regularla, la desincentivan severamente, tales como la fijación de precios o imposición de condiciones de servicios que disuaden la inversión privada.

iii.- Asimetrías de información: La creciente complejidad técnica de las materias que se regulan suele determinar que el regulador adopte decisiones cuyos impactos concretos desconoce en su totalidad y, por ende, no han sido ponderados previamente. Con frecuencia el regulado sabe más de la industria regulada que el regulador, y esa asimetría de información, agravada en ocasiones por la desigual capacidad de captar y retener personal especializado, genera decisiones ineficientes, ineficaces y hasta contraproducentes del regulador. Caso frecuente en esta materia lo constituyen

los procesos de fijación tarifaria de servicios públicos gestionados por privados en que la información de los costos de producción es proporcionada por la industria. Las dificultades para verificar o auditar esa información suelen conducir a fijación de tarifas que resultan en utilidades superiores a las perseguidas por la fijación precios.

Para incrementar la eficacia y eficiencia de la regulación, y prevenir los problemas antes reseñados, es fundamental contar con agencias públicas altamente especializadas. Restricciones presupuestarias generales conspiran contra este propósito, lo que es posible y conveniente salvar gravando la actividad regulada con pagos proporcionales a la participación de mercado de cada empresa, con cargo a los cuales financiar total o parcialmente la agencia reguladora.

En definitiva, una regulación adecuada es aquella cuyas intervenciones sobre la actividad regulada se caracterizan por su:

- Pertinencia: , en cuanto cada decisión, norma o política, encuentra fundamento en la corrección de imperfecciones de mercado o en la búsqueda de garantizar acceso a bienes meritorios, tales como las atenciones de salud.
- Racionalidad: en cuanto la acción regulatoria, fundada en objetivos claros, es idónea para conseguirlo.
- Proporcionalidad, en cuanto existe adecuada relación entre los medios y los fines,
- Eficacia, en cuanto se consigue el efecto deseado, y se previenen efectos colaterales o futuros indeseados,
- Eficiencia o costo efectividad, en cuanto los beneficios de la regulación superan claramente a los costos, y de un modo tal que no puede ser superado por la adopción de otro tipo de medida regulatoria.

5) Segmentación de funciones

La regulación es un proceso complejo que incluye el diseño y la generación de normas, como la adopción de medidas que garanticen su efectiva aplicación. A partir de lo anterior es posible distinguir la función normativa, correspondiente al diseño y emisión de las normas correspondientes, de la tarea de fiscalización y control de las mismas.

La función normativa. Participa de un doble carácter: político y técnico. Según el primero se recogen las opciones mayoritarias de la sociedad respecto de la materia a regular y se priorizan objetivos. El carácter técnico exige excelencia y versación en el

diseño de normas de modo de garantizar que cumplan eficientemente el objetivo planteado.

En términos generales, la institucionalidad normativa debe contar con representatividad política y social, solvencia y autoridad técnica, y desempeñar sus tareas de un modo transparente y sometido al escrutinio social con relación a las decisiones que adopte. En materia sanitaria, la función normativa ha de corresponder a los Ministerios o Secretarías de Salud. A ellos, en cuanto autoridad política y sanitaria, compete la definición de objetivos y prioridades capaces de armonizar los desafíos derivados del perfil epidemiológico de la población con los recursos humanos, técnicos y económicos que permitan abordarlos. En el ámbito de los seguros de salud, por ejemplo, lo anterior se traduce en la definición de las prestaciones comprendidas en el plan básico, incluyendo exigencias obligatorias en materia de prevención en salud. En el ámbito de la prestación de salud, una expresión normativa concreta de la autoridad sanitaria, reside en la definición de protocolos y guías prácticas que buscan maximizar la costo efectividad de la práctica clínica.

La función fiscalizadora y de control es fundamentalmente técnica y apunta a verificar el cumplimiento concreto de lo dispuesto por la función normativa. Requiere especialización profesional y probada independencia respecto de los fiscalizados. El ejercicio de la función fiscalizadora es altamente dependiente de la disposición de recursos humanos y técnicos, como también de las atribuciones que las normas confieran al respecto. La función de fiscalización que deriva en la aplicación de sanciones debe estar sujeta a revisión por los tribunales de justicia, para garantizar un debido proceso y prevenir tendencias abusivas o caprichosas del fiscalizador.

Las Superintendencias son los organismos que, por antonomasia, desempeñan la función de supervisión y control. Aunque las funciones normativa y fiscalizadora son distintas y debieran desempeñarse por órganos diversos –así se desprende, incluso, de la propia teoría de separación de poderes de Montesquieu- lo cierto es que la evidencia muestra casos en que órganos eminentemente fiscalizadores desempeñan, a su vez, funciones de tipo normativas. Tales son, por ejemplo, las circulares, instrucciones o normas de carácter general impartidas por las Superintendencias. Con todo, estas expresiones deben ser vistas como actos de ejecución de directrices superiores emanadas de la autoridad sanitaria o de la ley, más que como una intromisión en las funciones normativas que corresponde a aquellas.

La eficacia global de la regulación depende de la eficacia parcial de ambas funciones. Será siempre más fácil fiscalizar una buena norma, clara, racional y coherente con la estructura general de incentivos para el regulado. A la inversa, las previsiones y objetivos de la regulación sólo se podrán cumplir en la medida en que las tendencias infractoras de los regulados sean inhibidas y reprimidas a partir de una fiscalización efectiva. Finalmente, todo el proceso pierde legitimidad social y credibilidad entre los actores cuando la brecha entre lo que dicta la norma y lo que ocurre en la realidad adopta proporciones excesivas.

Un aspecto importante a considerar reside en la relación entre quienes ejercen preferentemente la función normativa (autoridad sanitaria) y los órganos de fiscalización y control (superintendencias). La cuestión no es simple ni pacífica. Dos posiciones se enfrentan al respecto: quienes postulan la subordinación y quienes defienden la autonomía.

En efecto, algunos estiman que la primacía de la función normativa sobre la propiamente fiscalizadora requiere, en los hechos, la subordinación funcional y jerárquica de la segunda. Se buscaría evitar por esta vía que el ejercicio de la fiscalización se aparte de los objetivos normativos. En contrario se arguye que ambas funciones son distintas y que, si las competencias se encuentra claramente delimitadas, no hay razón para oponerse a la autonomía de la función fiscalizadora, lo que, a su vez, permitiría garantizar de mejor manera el carácter técnico del organismo de control y protegerlo del riesgo de captura política.

En nuestra opinión, el debate reseñado puede revelar una cierta confusión de roles derivado del justificado deseo de evitar que un órgano de control ejerza funciones normativas que, eventualmente, puedan contradecir decisiones o políticas adoptadas por la autoridad sanitaria. La solución a este punto no estriba tanto en propiciar la subordinación jerárquica de la función de control, lo que efectivamente puede resentir su deseable carácter técnico y “apolítico”, sino en garantizar que esta función no contradiga la definición de políticas propia de la función normativa que ejerce la autoridad sanitaria. Dicho de otro modo, más que subordinación, se requiere un diseño de atribuciones y facultades que reconozca a cada órgano los roles que le son propios e impida conflictos o confusiones.

Referencias bibliográficas :

- Comisión Presidencial de Modernización de la Institucionalidad Reguladora del Estado (1998), *Modernización de la Institucionalidad Reguladora del Estado*, Informe Final, Santiago, Chile.
- Muñoz, Oscar y colaboradores, *El Estado y el Sector Privado*, FLACSO- Dolmen Editores, 2000, Santiago, Chile.
- Aedo, Cristián y Sapelli, Claudio, *El sistema de Salud en Chile: readecuar el mandato y reformar el sistema de seguros*, Centro de Estudios Públicos, Serie de Documentos de Trabajo N° 293, abril de 1999, Santiago, Chile.
- Fundación Omega Seguros, *El sistema de Salud en la Argentina*, Colección temas económicos y sociales, 1997.
- Oficina General de Planificación, Superintendencia de EPS, OPS, *Equidad en la Atención de la Salud*, Lima, Perú, Abril de 1997.
- Banco Mundial, Human and Social Development Group Latin America and the Caribbean Region, *Argentina Facing the challenge of health sector reform*, Reporte 16402-AR, mayo de 1997.
- Garay, Oscar, *Desregulación de las Obras Sociales*, Ed. Adhoc, 1997, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social, *Selección de Legislación y Normativa para el Sistema Nacional del Seguro de Salud*, Buenos Aires, 1997.
- Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, *Guías para el Tratamiento Ambulatorio*, Lima, Noviembre de 1998.
- Fisher, Ronald, *Como Reformar el Sistema Isapre*, en "Perspectivas", Vol 1, N° 2, Ing. Industrial de la Universidad de Chile, 1997., pp. 249 y ss.
- Superintendencia de Servicios de Salud, *Información General del Sistema de Obras Sociales, Vol 1, 1999, Buenos Aires*.
- Superintendencia de Servicios de Salud, *Memoria de la Gestión 1993-1999*, Buenos Aires, 2000.
- Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, *Nuevas Opciones de Salud*, Suplemento Especial, Diario El Comercio, Lima, 7 de Enero de 1999.
- Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social, CIEDESS, *La Administración de Seguros de Salud en Latinoamérica*, Santiago, Mayo de 1998.