



Capítulo 14

Las Reformas en la Salud en Chile

CRISTIÁN AEDO I.



CRISTIÁN AEDO I. Ingeniero Comercial, Pontificia Universidad Católica de Chile. M. A. y Ph. D. en Economía, Universidad de Minnesota. Profesor del Departamento de Economía, Universidad Alberto Hurtado y del Programa de Posgrado en Economía ILADES/Georgetown University. Email: caedo@uahurtado.cl

Este artículo se ha beneficiado de los comentarios de Mercedes Cifuentes, Claudio Sapelli, Harald Beyer y Rodrigo Vergara.

I. INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta las principales reformas introducidas por los diferentes gobiernos en esta materia en el período 1970-1999. Se resume en él la estructura que resulta de las diferentes reformas, discutiendo la situación de cobertura poblacional, y de gastos e ingresos tanto del sector público como privado. Se entrega una evaluación de los cambios introducidos y los problemas pendientes en el sector salud en dimensiones consideradas cruciales, en opinión del autor. Se discuten las imperfecciones existentes en el mercado de seguros de salud; el problema de la cotización obligatoria y el diseño del mandato del seguro; los gastos en salud del adulto mayor y la cobertura de las enfermedades catastróficas; el incremento de costos que se encuentra presente en el sector; las opciones individuales en el sistema de seguros de salud; y la derogación del subsidio a la demanda del 2%. Finalmente, se plantean elementos para una reforma del sector salud basada en Aedo y Sapelli (1999).

II. EL SECTOR SALUD EN CHILE

II.1. Principales reformas^{1,2}

A comienzos de los años setenta, el sistema de salud chileno se organizaba fundamentalmente a través de la interacción de cuatro agentes: el Ministerio de Salud (MS), el Servicio Nacional de Salud (SNS), el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el sector privado.

El Ministerio de Salud tenía una escasa participación y las funciones de administración y operación del sistema público radicaban en el SNS. El país se dividía en 13 zonas de salud, las cuales se encontraban subordinadas al Director del SNS, quien coordinaba las acciones de dichas zonas.

El SNS, bajo administración estatal, era responsable de atender a obreros, sus cargas y a los indigentes. La cotización era obligatoria y no existía libertad de elección ni en el ámbito de establecimientos de salud ni al nivel de personal médico³. Los obreros podían recibir prestaciones en el sector privado, las que debían financiar en su totalidad con recursos propios. El financiamiento del SNS provenía de aportes patronales, de aportes de los trabajadores y de aportes fiscales.

¹ Para una descripción de las principales reformas en salud durante el período 1970-1998 y de los principales actores involucrados en éstas, se puede consultar Giaconi (1994), Jiménez *et al.* (1995), Loyola *et al.* (1994), Miranda (1994) y Universidad de Chile (1998).

² Estas reformas abarcan al sistema de seguros de salud y prestadores principalmente, y no se analizan tanto las reformas relativas al sistema de protección frente a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales como las relativas a licencias médicas y subsidio de incapacidad laboral.

³ Hacia fines de la década de los setenta se autorizó a los obreros para hacer uso de los bonos del SERMENA, accediendo así a la libertad de elección.

El SERMENA financiaba las atenciones de salud de los empleados y sus cargas, bajo un esquema de libre elección de prestadores, pero no entregaba prestaciones directas⁴ y su base de financiamiento consistía en cotizaciones de los empleados dependientes y pagos directos de los beneficiarios al momento de solicitar una atención.

El sector privado atendía a los beneficiarios de SERMENA que optaban por atenderse con prestadores privados, a la población que contaba con recursos para financiar su salud de manera independiente y a quienes pertenecían a algún otro sistema previsional.

Hacia fines de la década de los setenta, el gobierno inició una serie de reformas estructurales que tenían como objetivos fundamentales la liberalización de la economía, la reducción del tamaño del Estado y la adopción de un modelo de desarrollo económico y social inspirado en la economía social de mercado, el que se basa en el principio de subsidiariedad del Estado, en la participación activa del sector privado en la economía y en la asignación de los recursos a través del mercado.

En 1979, por el Decreto Ley 2.763, se produce la fusión de los recursos del SNS y del SERMENA, se redefinen las funciones del Ministerio de Salud y se crean el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimientos del SNSS (CENABAST).

El sistema de salud público pasa a ser liderado por el Ministerio de Salud, quien tiene por tarea el diseño de políticas y programas; la coordinación de las entidades del área, y la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud.

FONASA es el continuador de las labores de administración y financiamiento que realizaban el SNS y SERMENA, constituyéndose para tales efectos como un servicio público descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio y planta propia. FONASA pasa a ser la principal institución financiera del sector público de salud, responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del área.

El órgano que asume la labor ejecutora de los antiguos SNS y SERMENA es el SNSS, el cual está conformado por 27 entidades descentralizadas, con autonomía administrativa, con personalidad jurídica y patrimonio propio. De éstas, 26 son responsables de entregar servicios curativos, preventivos y de promoción de la salud en zonas geográficas determinadas, y la restante es el Servicio de Salud del Ambiente. De tales entidades depende la infraestructura hospitalaria pública del país, compuesta por 188 hospitales de distinto nivel de complejidad a cargo de las prestaciones de salud secundaria y terciaria: prestaciones médicas de especialidad, urgencia, odontológicas, exámenes de laboratorio, exámenes de imagenología, intervenciones quirúrgicas, atenciones de parto y días de hospitalización.

⁴ Es importante mencionar que, en sus primeros años de operación, SERMENA sí entregaba prestaciones en forma directa.

En 1981 se producen dos reformas importantes. En primer lugar, basado en la aplicación del DFL 1-3.063, de 1980, se comienza con el proceso de municipalización de los Centros de Atención Primaria. Por el mismo decreto se traspa, desde 1981 hasta 1988, un porcentaje estimado en 70% de los establecimientos de atención primaria del SNSS a las municipalidades⁵. Los consultorios de atención primaria tienen a su cargo la atención de salud del recién nacido hasta niños de 14 años, la consulta por morbilidad y el control de salud del adulto y del adolescente, el control del embarazo y la planificación familiar.

En segundo lugar, con la dictación del Decreto Ley 3.626 y con el Decreto con Fuerza de Ley 3 que lo reglamenta, se establece la formación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). De esta manera, se permite la libertad de elección para el trabajador dependiente para optar a comprar su seguro obligatorio de salud, ya sea del sistema público (FONASA) o del recién creado sistema privado (ISAPRE). Para estos efectos se establece una cotización obligatoria del 4% del ingreso imponible del trabajador, porcentaje que aumentó hasta llegar, en 1986, al actual 7% del ingreso imponible, con un tope máximo de 4,2 UF mensuales*.

Con la creación de las ISAPRE se promueven cambios culturales de importancia en el país. En primer lugar, se introduce la noción de que la salud es un bien que requiere de un pago. En segundo lugar, se reconoce al lucro en salud como legítimo y necesario para promover la llegada de capitales y tecnología privada con el objetivo de obtener mejoras en la salud de la población. En tercer lugar, al permitir libertad de elección entre los sistemas público y el recién creado sistema privado de ISAPRE, se eliminan en parte los subsidios cruzados como una fuente de financiamiento de la salud pública.

Con relación a los mecanismos de financiamiento, en 1978 se introduce el procedimiento de pago por servicios FAP (facturación por atención prestada) para financiar la compra de insumos. Los hospitales pasan así a recibir su financiamiento por medio de dos mecanismos principales: sueldos y salarios y FAP. En 1981, este sistema se hizo extensivo para el sostenimiento de los centros de atención primaria. Así, éstos comienzan a recibir todo el aporte sectorial, tanto para salarios como para insumos, a través del mecanismo FAPEM (facturación por atención prestada en establecimiento municipal). El aporte proveniente de las municipalidades se utiliza para complementar el aporte por FAPEM.

En términos del marco regulatorio para el funcionamiento del sector de seguros de salud privada, durante gran parte de la década de los 80, FONASA asumió el papel de regulador del sistema ISAPRE. Sin embargo, la Ley 18.933, de 1990, crea la Superintendencia de ISAPRE, entidad encargada de fiscalizarlas, velar por el cumplimiento de la normativa y promulgar disposiciones relativas al funciona-

⁵ Este porcentaje incluye, aproximadamente, el 92% de los consultorios urbanos, un 100% de los consultorios y postas rurales y clínicas dentales, y un 40% de las estaciones médico-rurales.

* La UF (Unidad de Fomento) es una unidad de cuenta ajustada diariamente por la inflación. A diciembre de 1999 equivalía aproximadamente a US\$ 28.

miento del sector. Se corrige de esta manera el conflicto de interés que existía cuando la labor de regulación de los seguros de salud privados estaba en las manos de FONASA, competidor potencial para las ISAPRE.

A partir de 1990, el esfuerzo del gobierno se centró en la elevación del gasto de salud. Se producen importantes modificaciones en los instrumentos de pagos vigentes: en el caso de la atención primaria, se reemplaza el FAPEM por un sistema capitado de acuerdo a población adscrita y, en el caso de la atención secundaria y terciaria, se reemplaza el mecanismo de pago de tipo retrospectivo FAP por un sistema de pago asociado a diagnóstico (PAD), combinado con un sistema de pago prospectivo por prestación (PPP). Estas modificaciones tienden a corregir los problemas del antiguo sistema de pago y tienen como objetivo incentivar la eficiencia y la calidad de los servicios entregados. En el ámbito regulatorio, en 1995 y después de amplios debates en el Congreso Nacional, se modificó la Ley 18.933, disminuyendo algunas restricciones al otorgamiento de beneficios, aumentando la flexibilidad para cambiarse de ISAPRE y normando el tema de los excedentes de cotización. Finalmente, se implementaron medidas para mejorar los contratos entre los prestadores privados de salud y sus cotizantes, principalmente con la elaboración de compromisos de gestión entre el FONASA y los Servicios de Salud.

II.2. Estructura del sector postreforma

Con estas reformas, el sistema de salud chileno pasa a ser un sistema mixto, con participación de los sectores público y privado en materia de seguros, financiamiento y entrega de los servicios de salud.

El sistema de salud público es liderado por el Ministerio de Salud, quien tiene por tarea el diseño de políticas y programas; la coordinación de las entidades del área; y la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud. La base productiva del sistema de salud público está conformada por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Para llevar a cabo su tarea, cada Servicio de Salud posee y opera varios hospitales de distintos niveles de complejidad y centros de atención abierta, pudiendo establecer contratos con proveedores privados para servir a ciertas zonas o para tipos específicos de prestación. La atención de salud primaria está a cargo de Centros de Atención Primaria (administrados por las municipalidades), los cuales ofrecen servicios curativos básicos, mediante una modalidad de atención abierta, a la vez que realizan actividades de fomento y prevención de salud.

En el sistema público existe un seguro social de salud administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). El seguro opera sobre la base de un esquema de reparto⁶. Los beneficios que este sistema entrega son los mismos para todos

⁶ Se financia con la prima única equivalente al 7 por ciento de la renta imponible de sus asegurados y con recursos provenientes de impuestos generales de la nación.

los asegurados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto.

El sistema de salud privado está conformado por compañías aseguradoras de salud (ISAPRE) y por productores de salud particulares. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud, basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de salud son las clínicas, hospitales y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público, por medio de una modalidad denominada de libre elección⁷.

Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar el 7 por ciento de su renta imponible al sistema de salud, con un tope de 4,2 UF mensuales. Este pago puede ser realizado al FONASA, en cuyo caso la persona es beneficiaria del sistema público, o puede tener como destino una ISAPRE, formando parte del sistema de salud privado. La afiliación a una ISAPRE requiere de una prima determinada por cada ISAPRE y que depende del tipo de seguro que se esté comprando. El trabajador puede cancelar primas adicionales al 7 por ciento, para obtener mayores beneficios. Aquellos trabajadores de ingresos relativos más bajos que optan por la alternativa ISAPRE, tienen acceso a un subsidio estatal —actualmente en vías de eliminación—, cuyo monto máximo alcanza al 2 por ciento del ingreso imponible.

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

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

La modalidad institucional requiere un copago que varía de acuerdo al nivel de ingreso de la persona, pero quedan exentas de este copago las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo establecido. La atención en los centros de atención primaria no requiere de copago. La modalidad de libre elección requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud. Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de la modalidad de libre elección.

Las personas cotizantes del sistema ISAPRE acuden a oferentes de salud privados y realizan un copago dependiente del contrato adquirido. Éste varía en función del nivel de la cotización, el número de dependientes y su edad, la cobertura de beneficios, etc.

⁷ En algunos casos, las ISAPRE ofrecen en forma directa prestaciones de salud, integrando verticalmente las actividades de seguro y producción del servicio.

El Cuadro 1 presenta la cobertura de los sistemas público y privado de salud respecto a la población beneficiaria, en el periodo 1982-1996 (periodo posterior a la reforma de la seguridad social)⁸.

CUADRO 1
 POBLACIÓN BENEFICIARIA SEGÚN SISTEMA DE ADSCRIPCIÓN
 (En porcentajes)

Años	Beneficiarios Ley 18.469*	Beneficiarios ISAPRE**			Otros
		Abierta	Cerrada	Total	
1982	85,08	1,09	0,33	1,42	13,49
1984	83,43	2,34	0,72	3,06	13,50
1986	79,04	6,30	1,17	7,47	13,49
1988	77,61	10,04	1,34	11,38	11,01
1990	73,85	14,42	1,58	16,00	10,14
1992	67,51	20,55	1,51	22,06	10,43
1994	63,27	24,81	1,36	26,17	10,57
1996	64,47	25,15	1,29	26,44	9,09

* Todos los individuos que cotizan en el Fondo Nacional de Salud y sus cargas, sean trabajadores dependientes, independientes o pensionados, pensionados asistenciales y causantes de subsidio familiar.

** Todos los individuos que cotizan en una Institución de Salud Previsional y sus cargas, sean trabajadores dependientes, independientes o pensionados.

Fuente: Ministerio de Salud (1998), sobre la base de Encuestas de MIDEPLAN y Superintendencia de ISAPRE.

Nótese que el grueso de la población se encuentra cubierto por el sector público (65 por ciento en 1996)⁹. Sin embargo, el sistema privado de salud ha experimentado un rápido desarrollo desde su creación, tal como se muestra en la alta tasa de crecimiento en su número de beneficiarios (25 por ciento anual promedio en el periodo 1982-1996). Así, se observa un paulatino incremento de la participación de las ISAPRE (particularmente de las ISAPRE abiertas, que pasaron de 1,1 por ciento en 1982 a 25,1 por ciento en 1996) y una disminución de la

⁸ Con el objeto de hacer más ágil la presentación de la información, se ha optado por incluir sólo los años pares.

⁹ Conviene señalar que la cobertura del sistema público está algo sobreestimada, puesto que se trata de una estimación de personas potencialmente beneficiarias, incluyendo a los cotizantes y a la población de bajos ingresos que no cotiza y que se supone beneficiaria por defecto del sistema público. En cambio, la cifra para el sistema ISAPRE corresponde a la población que está efectivamente cotizando en este sector. Al respecto, en 1996, el 56,5 por ciento de los cotizantes activos contribuía al sistema ISAPRE, mientras que el 43,5 por ciento lo hacía en el sistema público. En cambio, la casi totalidad de los pensionados cotizaba en el sistema público.

participación del sector público (de 85,1 por ciento en 1982 a 64,5 por ciento en 1996) y otros¹⁰.

Es importante mencionar que la tasa de crecimiento de la participación de las ISAPRE abiertas ha sido muy alta en el periodo 1981-1992, pero en los últimos años se ha observado un crecimiento menor, debido básicamente a las dificultades para captar a la población de menores ingresos que encuentran un mayor atractivo en el sistema público.

El sector público de salud se financia principalmente a través de dos fuentes de ingreso: las cotizaciones de los afiliados al FONASA y el aporte fiscal directo. Una tercera fuente menor de financiamiento la constituye el copago para acceder a la modalidad de libre elección y a las prestaciones institucionales. Respecto al flujo de recursos, el FONASA recibe los recursos fiscales y de las familias para traspasarlos a los Servicios de Salud y a los oferentes privados adscritos al sistema de libre elección. Los Servicios de Salud traspasan a su vez los fondos a los hospitales públicos, a los Centros de Atención Primaria y a subsidios diversos.

En la actualidad, los hospitales reciben un financiamiento basado, principalmente, en presupuestos prospectivos negociados, los que se originan a partir de compromisos de gestión entre los servicios y el Ministerio de Salud. En éstos, los servicios se comprometen a realizar ciertas actividades y obtener ciertos resultados, mientras que el Ministerio adelanta los recursos financieros para la realización de esas actividades.

Se incorpora el uso de pagos relacionados con resultados aplicando un esquema de pago asociado a diagnóstico (PAD). En éste, FONASA retribuye los bienes y servicios de consumo utilizados por los hospitales de los Servicios de Salud de acuerdo a diagnósticos resueltos. Debido a dificultades metodológicas para ampliar este mecanismo de pago a todos los diagnósticos, el mecanismo PAD coexistirá en el corto y mediano plazo con un mecanismo "FAP corregido" denominado pago prospectivo de prestaciones (PPP).

En el sistema ISAPRE, en tanto, el afiliado accede a un plan de salud que depende del monto de su cotización y del número, edad y sexo de sus beneficiarios. El afiliado puede cotizar un porcentaje mayor que el mínimo legal de 7%, con tope de 4,2 UF mensuales, con el fin de acceder a un plan con mayores beneficios. Las ISAPRE bonifican un porcentaje de las prestaciones médicas de los beneficiarios, dependiendo del plan de salud del afiliado y del tipo de prestación, el cual en algunos casos puede ser de 100%. Los beneficiarios del sistema pueden elegir libremente a los prestadores.

Las ISAPRE tienen sólo un rol asegurador que financia prestaciones de salud que son otorgadas por clínicas, doctores, y laboratorios independientes. Algunas ISAPRE se han integrado verticalmente, comprando clínicas y empleando directamente a profesionales de la salud, mientras otras han mantenido su área de

¹⁰ Incluye a particulares no incorporados a ninguno de los sistemas anteriores, Fuerzas Armadas y de Orden, servicios médicos de universidades, seguros privados, etc.

negocios en el campo asegurador y no se han integrado. Existen casos de redes de prestadores que se han organizado como ISAPRE (integración “hacia arriba”). En el sistema ISAPRE la forma de pago de las prestaciones médicas consiste casi en su totalidad en pago por servicios (*fee for service*), con el cual se remunera la totalidad de las prestaciones médicas entregadas a un valor convenido entre el prestador y la ISAPRE. Este hecho, unido a que los pacientes sólo cancelan el copago por las prestaciones, hace que los prestadores de servicios de salud enfren-ten pocos incentivos para reducir tanto el número de las prestaciones otorgadas como el costo de las mismas.

El gasto total en salud en Chile se ha expandido como porcentaje del PIB desde alrededor de 3,3 por ciento en los 60, hasta llegar a representar entre 4 y 5 por ciento, estimado durante la década de los 90¹¹. Según cifras disponibles para el año 1996, del total de gasto en salud (4,58 por ciento del PIB), el 61 por ciento corresponde a gasto público (2,5 por ciento del PIB), mientras el gasto de las ISAPRE alcanza el 39 por ciento (2,1 por ciento del PIB) (Cuadro 2).

CUADRO 2
 GASTO EN SALUD Y COMPOSICIÓN

Años	Gasto (% PIB)			Participación en el Gasto (%)	
	Público	Privado	Total	Público	Privado*
1982	2,98	0,37	3,35	96,5	3,5
1984	2,96	0,55	3,51	90,6	9,4
1986	2,60	0,59	3,19	88,1	11,9
1988	2,20	1,14	3,34	73,2	26,8
1990	2,06	1,60	3,66	65,3	34,7
1992	2,34	1,86	4,20	63,9	36,1
1994	2,52	2,09	4,61	62,5	37,5**
1996	2,45	2,13	4,58	61,4	38,6**

* Incluye mutuales de seguridad.

** Estimados.

Fuente: Aedo *et al.* (1998), Fischer y Serra (1996).

En términos per cápita (por beneficiario), el gasto público en salud es menor que el que presentan las ISAPRE; sin embargo, la brecha se está cerrando, tal como lo muestra el Cuadro 3.

¹¹ Es importante mencionar que estas cifras no incluyen, entre otros, el gasto en medicamentos y los copagos. Debido a lo anterior, esta cifra subestima el gasto en salud del país como porcentaje del PIB.

CUADRO 3
 GASTO PER CÁPITA EN EL SECTOR SALUD
 (Pesos de 1995)

Año	FONASA	ISAPRE	FONASA/ISAPRE
1990	38.130	104.690	36%
1995	88.756	117.775	75%

Fuente: Estimaciones propias en base a información de FONASA.

II.3. Gasto público en salud

Revisando la distribución del gasto del sistema público de salud por beneficiario (ver Cuadro 4), se observa que el componente de prestaciones¹² es lejos el ítem más importante, tanto por su mayor participación (representa alrededor de tres cuartas partes de aquél) como por su mayor dinamismo en los últimos años. Le sigue en importancia el gasto en bienes públicos¹³ (alrededor del 7 por ciento).

Dentro del gasto total en prestaciones, el gasto por prestaciones directas¹⁴ de la modalidad institucional y libre elección ha crecido significativamente durante los últimos años (representando más del 60 por ciento en 1996). Aunque parte del incremento en el gasto puede ser atribuido a un aumento en el número de prestaciones —nótese en el Cuadro 5 el alza en el número de prestaciones por beneficiario, destacando las atenciones médicas y los exámenes de diagnóstico, los que representan el 73 por ciento del total de prestaciones—, este incremento puede esconder el impacto del costo de cada prestación sobre el gasto total¹⁵.

En efecto, el incremento del gasto en prestaciones en los últimos años se explica más por incremento de precios (costo promedio de la prestación) que por un aumento de cantidad (número de prestaciones por beneficiario), siendo particularmente relevante en el caso de la modalidad institucional (con mayor nivel de gasto y mayor tasa de crecimiento).

¹² Incluye gasto en modalidad de libre elección, modalidad institucional, atención primaria municipal, préstamos médicos y subsidios de incapacidad laboral.

¹³ Considera el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, vacunaciones, campañas sanitarias y otros bienes de financiamiento público.

¹⁴ Las prestaciones por modalidad institucional consideran sólo las atenciones primaria, secundaria y terciaria, excluyendo las prestaciones de la atención primaria municipal, entre otras, que se contabilizan en las restantes partidas. La modalidad de libre elección considera sólo los diversos niveles de atención directa, excluyendo préstamos médicos, gastos de administración, etc.

¹⁵ Por ejemplo, las atenciones médicas, aunque muestran un mayor crecimiento en cantidad, son en promedio de mucho menor costo respecto a las hospitalizaciones. De este modo, el gasto en hospitalizaciones resulta al final mayor, como ha venido ocurriendo en los últimos años.

CUADRO 4
TASAS DE CRECIMIENTO DE ALGUNOS INDICADORES DE COSTO (SISTEMA PÚBLICO DE SALUD*)
(Pesos de diciembre de 1996)

Indicadores de costo (Sector Público) (*)	Nivel			Tasas Crec. Anual	
	1994	1995	1996	1995	1996
Distribución del gasto (Sistema Público de Salud)					
Gasto total/Beneficiario	76.948	82.559	89.532	7,3%	8,4%
1. Gasto de Prestaciones	57.925	63.426	68.910	9,5%	8,6%
1.1. Gasto Modalidad Institucional	16.358	25.309	32.790	54,7%	29,6%
1.2. Gasto Modalidad Libre Elección	7.775	8.527	9.324	9,7%	9,3%
1.3. Atención Primaria Municipal y otros	31.315	26.701	23.381	-14,7%	-12,4%
1.4. Préstamos Médicos Netos	495	503	597	1,6%	18,7%
1.5. Subsidios de Incapacidad Laboral	1.983	2.386	2.818	20,3%	18,1%
2. Gastos en Bienes Públicos	5.125	5.531	5.749	7,9%	3,9%
2.1. PNAC	3.220	3.216	3.367	-0,1%	4,7%
2.2. Otros Bienes de Financiamiento Público	1.905	2.315	2.382	21,5%	2,9%
3. Gastos de Atención a particulares	1.756	3.892	4.913	121,6%	26,2%
4. Gastos de Administración	592	664	745	12,2%	12,2%
5. Otros	11.549	9.046	9.215	-21,7%	1,9%
Modalidad Institucional y Libre Elección (Sistema Público de Salud)					
Número de Prestaciones/Beneficiario	9,09	9,44	10,18	3,8%	7,9%
Modalidad Institucional	7,5	7,75	8,45	3,3%	9,0%
Modalidad Libre Elección	1,59	1,69	1,74	6,0%	2,8%
Costo Promedio de la Prestación	2.656	3.581	4.136	34,9%	15,5%
Modalidad Institucional	2.183	3.261	3.882	49,4%	19,0%
Modalidad Libre Elección	4.879	5.050	5.370	3,5%	6,3%
Subsidio Incapacidad Laboral (Sistema Nacional de Servicio de Salud)					
Número de Licencias/Beneficiario	0,029	0,031	0,035	6,9%	12,9%
Días de Licencia/Beneficiario	0,34	0,36	0,4	5,9%	11,1%
Costo Promedio Días de Licencia	3.437	3.775	3.805	9,8%	0,8%
Duración Promedio de las Licencias	11,7	11,26	11,33	-3,8%	0,6%

Nota: El gasto por modalidad institucional y libre elección sólo incluye las prestaciones directas. El resto se distribuye en las restantes partidas.

* Los beneficiarios incluyen la Modalidad de Libre Elección e Institucional.

Fuente: Elaboración propia con base en información de FONASA (1994,1995 y 1996).

CUADRO 5
 PRESTACIONES ANUALES POR BENEFICIARIO DEL SISTEMA PÚBLICO
 (Ambas modalidades)

Prestaciones	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Consultas Médicas	2,65	2,78	2,93	2,88	3,12	3,00	3,08
Laboratorio Clínico	2,29	2,36	2,35	2,72	3,49	3,58	3,72
Imagenología	0,27	0,29	0,33	0,35	0,44	0,38	0,41
Procedimientos de Apoyo Clínico (*)	0,34	0,36	0,39	0,34	0,43	0,41	0,41
Intervenciones Quirúrgicas (**)	0,11	0,12	0,12	0,13	0,13	0,12	0,11
Días de Hospitalización	0,90	0,86	0,85	0,81	0,85	0,77	0,76

* Incluye Partos Vaginales.

** Incluye Partos por Cesárea.

Fuente: Ministerio de Salud (1998).

El Cuadro 6 muestra las principales prestaciones de la modalidad institucional (las prestaciones del cuadro representan alrededor del 85 por ciento del costo de las prestaciones en esta modalidad). Se puede apreciar que, salvo en el caso de los exámenes de diagnóstico, la variación del costo promedio ha sido mayor que la variación en la cantidad, destacando nítidamente el caso de las prestaciones médicas y las hospitalizaciones, aunque el segundo representa un mayor gasto absoluto.

CUADRO 6
 ESTIMADOS DE INCREMENTOS DE PRECIO Y CANTIDAD DE PRESTACIONES DE MAYOR COSTO
 POR BENEFICIARIO EN LA MODALIDAD INSTITUCIONAL
 (Promedio 1994-1996)

Prestación	Gasto/Beneficiario (Pesos 1996)	Variación % Cantidad	Variación % Costo Promedio
Atención Médica	5.191	3,1	44,7
Exámenes de Diagnóstico	4.972	5,0	3,2
Procedimiento de Medicina Nuclear y Ortopedia	666	1,1	10,4
Intervenciones Quirúrgicas	3.841	-3,8	23,4
Hospitalización	10.317	-1,2	84,3

Fuente: FONASA (1995, 1996, 1997).

Una de las razones que se postulan para explicar el aumento general promedio del costo de los egresos hospitalarios y días/cama en el período estudiado es el aumento en el costo de los insumos tales como medicamentos y salarios¹⁶. Esta razón se presume vigente y con más fuerza en los tiempos actuales. Volveremos a este punto posteriormente.

II.4. Ingreso y costo del sector ISAPRE

El comportamiento de los ingresos y costos privados puede analizarse observando el crecimiento anual de algunos indicadores claves de las ISAPRE abiertas.

CUADRO 7
 TASAS DE CRECIMIENTO DE ALGUNOS INDICADORES DE COSTO: ISAPRE ABIERTAS
 (Pesos de diciembre de 1997)

Indicadores Claves	Nivel 1997	Tasas de Crecimiento Anual en %							
		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
Ingreso Operacional/ Beneficiario	140.415	-2,6	-0,5	2,0	1,4	7,7	6,1	1,9	
Costo Operacional / Beneficiario	111.944	1,1	0,7	1,1	1,4	7,1	8,7	5,0	
Gasto Administración y Ventas/Beneficiario	26.620	-7,0	-5,6	5,2	-0,3	9,8	2,7	-0,5	
Resultado Operacional	1.850	-33,8	2,8	4,2	10,2	9,1	-22,8	-58,8	
Renta Imponible Prom. Mensual/Cotizante	305.061	-4,5	-1,8	-2,4	-0,8	7,9	4,9	-1,1	
Costo Total Prestaciones/ Beneficiario	86.003	2,2	2,7	2,8	0,5	7,2	7,9	4,0	
Subsidio de Incapacidad Laboral/Beneficiario	23.447	1,6	-5,8	-4,6	2,2	6,6	11,8	7,9	
Número de Prestaciones/ Beneficiario	10,18	4,0	-1,4	2,3	-2,7	1,9	4,8	3,2	
Costo Promedio de la Prestación	8.448	-1,8	4,1	0,5	3,3	5,2	2,9	0,8	
Días de Licencia / Beneficiario	3,4	-5,1	-7,6	-11,0	-2,1	7,0	4,8	6,8	
Costo Promedio Días de Licencia	10.402	7,1	1,9	7,6	4,4	-0,3	6,7	1,0	
Días de Licencia/Cotizante	7,6	-7,9	-5,7	-12,0	1,3	7,2	4,7	6,6	
Número de Licencias Pagadas /Beneficiario	0,37	-1,4	6,2	-3,5	-3,4	6,4	5,1	9,1	
Duración Promedio de las Licencias	11,2	-3,8	-13,0	-8,2	1,4	0,5	-0,2	-2,1	
Número de Licencias Pagadas /Cotizante	0,83	-3,5	8,3	-4,2	-0,1	6,7	4,9	9,0	

Fuente: Superintendencia de ISAPRE (1998) y Pontificia Universidad Católica de Chile (1998).

¹⁶ El aumento de sueldos fue especialmente significativo en 1990, cuando se decretó por ley un incremento salarial de 5 por ciento real. Además, hubo reclasificaciones de personal de los Servicios de Salud en grados salariales más altos.

Como se puede observar, a partir de 1995 el ingreso y el costo operacional per cápita crecen a una tasa más alta y semejante, lo que se explica, principalmente, por un cambio en la composición de la población beneficiaria de las ISAPRE. En ese año, el crecimiento en la renta promedio de los cotizantes fue también alto, lo que explica el aumento de los dos anteriores (mayor ingreso operacional por las mayores cotizaciones y mayor costo operacional por contratación de planes de mayor cobertura). Pero en los últimos dos años la tasa de crecimiento del costo operacional es mayor que la del ingreso operacional, representando en 1997 el 80 por ciento del ingreso operacional. Por el lado del gasto en administración y ventas, existe un incremento importante en 1995 (debido al mayor gasto en comisiones y en “otros gastos de administración y ventas”), para luego estabilizarse en los años siguientes.

Analizando los componentes del costo operacional se puede observar que es explicado en parte por el mayor costo total en las prestaciones, pero fundamentalmente por el mayor costo asumido en los subsidios por incapacidad laboral (la “explosión” que se observa en el número de licencias pagadas per cápita, en los últimos 5 años). La razón de este crecimiento, a partir de 1995, podría relacionarse con las reformas legislativas realizadas que cambiaron el sistema de control de las licencias y las hicieron, al parecer, de más fácil concesión.

En cuanto al costo de las prestaciones, aunque no se observa un incremento homogéneo en el número de prestaciones per cápita (ver Cuadro 8), para el total existe una clara tendencia creciente en los últimos años. En cuanto al costo promedio de prestación, éste ha crecido por sobre el aumento en el nivel de precios generales, aunque en los dos últimos años parece que el aumento en la cantidad (junto a una mejor calidad) de prestaciones pagadas es el factor que más afecta los costos¹⁷.

CUADRO 8
 PRESTACIONES ANUALES POR BENEFICIARIO
 (ISAPRE abiertas)

Prestaciones	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Consultas Médicas	3,46	3,41	3,34	3,43	3,26	3,11	3,24	3,33
Laboratorio Clínico	2,38	2,43	2,41	2,51	2,51	2,63	2,83	2,91
Imagenología	0,56	0,58	0,58	0,58	0,57	0,61	0,64	0,65
Procedimientos de Apoyo Clínico*	1,48	1,58	1,54	1,59	1,59	1,69	1,78	1,81
Intervenciones Quirúrgicas**	0,08	0,11	0,09	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09
Días de Hospitalización	0,31	0,32	0,28	0,26	0,24	0,25	0,27	0,28

* Incluye partos vaginales y partos por cesárea.

** Incluye partos por cesárea.

Fuente: Superintendencia de ISAPRE (1998).

¹⁷ Lo anterior ha dado lugar a la discusión acerca de una “explosión de costos” generada en el sistema privado de salud (en adición a su contraparte pública). Argumentos en favor y en contra se discuten más adelante.

III. EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS Y PROBLEMAS PENDIENTES

III.1. Evaluación de las reformas

Una evaluación del sector salud en Chile debe reconocer el hecho de que el país presenta excelentes resultados al nivel de los indicadores clásicos de salud. Los niveles de mortalidad infantil y esperanza de vida corresponden a los de países desarrollados. La reducción de la tasa de mortalidad fue el primer cambio de importancia en el país y se ha traducido en un aumento de la esperanza de vida¹⁸.

CUADRO 9
 ALGUNOS INDICADORES GENERALES DE SALUD EN CHILE

Indicadores	1960	1995
Mortalidad Infantil	120/1.000 nacidos vivos	11,1/1.000 nacidos vivos
Mortalidad Materna	3/1.000 nacidos vivos	0,4/1.000 nacidos vivos
Mortalidad General	12/1.000 habitantes	5,5/1.000 habitantes
Mortalidad por Tuberculosis	53/1.000 casos	5/1.000 casos
Mortalidad por Infecciones	193/1.000 casos	5/1.000 casos
Esperanza de Vida	58 años	74,8 años
Hombres		71,8 años
Mujeres		77,7 años

Fuente: Ministerio de Salud (1998).

Tal como se muestra en el Cuadro 9, la tasa de mortalidad general ha caído desde un nivel de 12 por cada mil habitantes a un nivel de 5,5 por cada mil habitantes. Este cambio se explica fundamentalmente por la notable reducción de las tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna, que se han observado en el período 1960-95¹⁹. Éstas pasaron de 120 por cada mil nacidos vivos a 11,1 por cada mil nacidos vivos y de 3 por cada mil nacidos vivos a 0,4 por cada mil nacidos vivos, respectivamente.

¹⁸ En el origen de este cambio hay un conjunto de factores. El progreso médico y la mayor cobertura de salud han desempeñado un papel preponderante, especialmente en el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, pero también han tenido una gran importancia el mejoramiento de los niveles de vida, los cambios en los hábitos de alimentación (hacia un mayor estado nutricional) y la expansión de la educación.

¹⁹ Esto último, como resultado de la ampliación de la atención de salud materno-infantil, la existencia de redes más extensas de saneamiento ambiental y la expansión de la cobertura del sistema educativo, entre otros.

También es notable el control de la mortalidad asociada a enfermedades transmisibles (tuberculosis e infecciones) observada en el período 1960-1995, las que han disminuido de 53 por cada mil casos a 5 por cada mil casos y 193 por cada mil casos a 5 por cada mil casos, respectivamente.

Aunque con mucho menor intensidad que la mortalidad infantil, la mortalidad en edades avanzadas también ha disminuido, lo que refleja principalmente los avances médicos y tecnológicos que han permitido la prolongación de la vida. Debido a lo anterior, la esperanza de vida promedio de la población ha aumentado desde 58 años en el año 1960 a 75 años en el año 1995.

En cuanto a la transición epidemiológica, Chile ha experimentado cambios importantes, lo cual se hace obvio al observar los cambios en el peso relativo de las enfermedades. Por ejemplo, en 1955 las enfermedades cardiovasculares, tumores y accidentes representaban un 18, 7 y 6% de las enfermedades, respectivamente. En el año 1991, éstas representan un 29, 20 y 12%, respectivamente. El mayor control de las enfermedades transmisibles como causantes de mortalidad y morbilidad ha conducido a la mejora significativa de los indicadores convencionales de salud.

La reducción de enfermedades transmisibles, especialmente aquellas prevenibles con vacunas, ha sido uno de los éxitos epidemiológicos de la acción de salud emprendida en Chile. Mantener estos logros requiere continuar el esfuerzo en términos de vacunación, cobertura y calidad de los programas. Las enfermedades infecciosas como el cólera, tifoidea y hepatitis requieren de acciones focalizadas y de educación permanente de la población. Las enfermedades de transmisión sexual, por su parte, son fenómenos menos precisos en términos de datos, aunque en el caso del SIDA es claramente un fenómeno relevante, pues todas las proyecciones en Chile indican un gran aumento para los próximos años. Las enfermedades crónicas muestran similares factores de riesgo entre las enfermedades cardiovasculares y en algunos casos en los cánceres, destacando entre dichos factores el tabaquismo, el cual es prevenible por medio de campañas de educación masiva en la población.

Con relación a los accidentes laborales y enfermedades profesionales, se observan progresos importantes. Las tasas de accidentes en el trabajo han disminuido en los últimos 20 años; sin embargo, este progreso no ha sido tan evidente en lo que respecta a la enfermedad profesional.

El éxito obtenido en la reducción tanto de la mortalidad como de la morbilidad en estos últimos 30 años se debe no tan sólo a los numerosos progresos económicos que ha experimentado el país, sino también a acciones sistemáticas y planificadas de salud, de alto impacto y con alta cobertura.

No obstante estos cambios notables, en la última década se observa una desaceleración de la tendencia decreciente de la mortalidad general. Esto se explica principalmente porque las reducciones mayores en estos indicadores dependen crecientemente de las reducciones en mortalidad en grupos de población de mayor edad. Entre los problemas menos controlados en el país destacan los de salud mental, dental y accidentes.

El país se encuentra en una transición demográfica. En poco menos de 30 años, Chile ha pasado de su condición de país eminentemente joven a ser un país intermedio en la actualidad. De hecho, en el año 1970, el 40 por ciento de la población era menor de 15 años y el 4,5 por ciento era mayor de 60 años, por lo que demográficamente la población era joven en esa época. Llegado al año 1995, en cambio, los menores de 15 años representan sólo un 30 por ciento y van en descenso, mientras que los mayores de 60 años representan casi el 10 por ciento y van en ascenso.

El proceso de envejecimiento de la población permite anticipar cambios en la demanda de atención de salud. La atención de salud del adulto mayor es, en general, más costosa porque requiere de una mayor tecnología, de cuidados de largo plazo, de una mayor frecuencia de hospitalización y de una mayor permanencia hospitalaria. A medida que se acentúan los cambios demográficos y epidemiológicos, se produce un incremento en la magnitud y severidad de las enfermedades crónicas no transmisibles.

En la tendencia de envejecimiento que se observa subyace una gran diversidad interna entre los adultos mayores y los ancianos, producto de las diferentes condiciones de vida que configuran distintos cuadros de carencia y necesidades. Así, las consecuencias concretas del envejecimiento sobre el sistema de salud dependerán de la estructura social y económica, así como de los recursos con los que el Estado decida enfrentar la situación creada por las nuevas condiciones demográficas.

A pesar de que los problemas van a tener características parecidas a las que se viven en la actualidad, las demandas seguirán aumentando por percepciones distintas o mayores exigencias de la población. Pese a que se han logrado grandes avances en la prolongación y calidad de vida, se espera que en el futuro se enfrenten dificultades para mantener este ritmo. Las mejoras en la salud deberán provenir del control de las enfermedades no transmisibles, las que presentan un avance bastante lento respecto al control de las enfermedades transmisibles. En efecto, las primeras requieren por un lado mayor control y tratamiento y, por otro lado, el uso de tecnología que demanda mayores costos. Ello implica incurrir en mayores gastos en salud con un impacto cada vez menor o marginal sobre el indicador de salud.

A pesar de estos avances, la satisfacción de la población en lo referente a atención de salud no es alta. Un 44% de los beneficiarios del sistema de seguros privados y un 52% de los beneficiarios del sistema de seguro público se sienten insatisfechos. El sector público de salud, que atiende a más de un 70% de la población del país, atraviesa por una serie de problemas de recursos y gestión, que se traducen en colas de espera para la atención, trato inadecuado, insuficiencia de fármacos, obsolescencia de los equipos y deterioro en la infraestructura. Por su parte, las personas adscritas al sector ISAPRE cuentan con acceso a tecnología moderna, cómoda hotelería y atención expedita. Sin embargo, el sector es percibido como un sistema poco equitativo en el acceso, además de presentar deficiencias en lo relativo a la cobertura de enfermedades catastróficas.

Es importante mencionar que a partir del año 1990 se produce un aumento importante del gasto público real en salud. Si bien un volumen importante de los recursos ha sido utilizado en infraestructura y equipamiento, además de financiar incrementos de salarios, éstos no se han traducido en una mayor productividad de los recursos ni han logrado mejoras en la calidad de la atención ni han hecho disminuir el grado de insatisfacción en la atención recibida por el usuario.

Existen, asimismo, problemas pendientes que afectan el funcionamiento del sector salud, los que se presentan en la siguiente sección.

III.2. Problemas pendientes

A continuación se presentan elementos que son importantes para el desarrollo futuro del sector de salud post-reforma y que, en la opinión del autor, no están presentes en la discusión actual la cual se encuentra ampliamente dominada por temas coyunturales relativos a la mezcla pública/privada en el sector de la salud en Chile.

III.2.1. Imperfecciones en el mercado de seguros de salud

En el mercado de los seguros de salud en Chile coexisten dos sistemas con lógicas distintas: FONASA, que utiliza un sistema de financiamiento redistributivo y las ISAPRE, que presentan un sistema de financiamiento individual.

El sistema FONASA cobra una prima creciente según ingreso (7% del ingreso imponible, con tope de 4,2 UF al mes) —independientemente del tamaño familiar y de los factores de riesgo de salud que presenten la persona y su grupo familiar²⁰— y otorga bonificaciones en la atención institucional que varían inversamente al nivel de ingreso. Este es un sistema en el cual no existe un vínculo entre los aportes de las personas y los beneficios que reciben del sistema. Por su parte, el sistema ISAPRE presenta planes de salud cuya calidad —en términos de cobertura, menores copagos y mayores montos límites a los gastos— aumenta en función directa del monto de la prima. Este sistema presenta un claro vínculo entre los aportes individuales y los beneficios que entrega el sistema.

La coexistencia de estos dos sistemas introduce problemas:

1. FONASA utiliza su estructura de precios (fuertemente distorsionados)²¹ y beneficios para realizar una redistribución de ingresos a través del sector salud. Es decir, este esquema hace que las personas de mayores ingresos o

²⁰ Los indigentes y no cotizantes forman parte de FONASA.

²¹ Es importante que FONASA cobre sus verdaderos costos en su arancel para de este modo reconocer el verdadero costo social de proveer estos servicios.

de menores gastos en salud dentro del sistema público aporten financieramente (subsídios cruzados) al cuidado de salud de las personas con menores ingresos o con mayores gastos de salud dentro del sistema público. Esto abre espacio para las siguientes preguntas: ¿Es ésta una manera eficiente de lograr dicha redistribución de ingresos? ¿Cuáles son los incentivos que presenta este esquema para que las personas declaren sus rentas reales?

Se estima que los subsidios cruzados dentro del sector salud no son una manera eficiente de lograr esta redistribución, la que debiera realizarse explícitamente con subsidios directos y focalizados financiados con impuestos generales. En caso contrario se provocan distorsiones innecesarias en la asignación de recursos al interior del sector salud. Por otra parte, el sistema FONASA, al no contar con un vínculo entre los beneficios y los aportes, no presenta incentivos adecuados para declarar las rentas reales, lo que requiere un sistema de información que permita monitorear de manera continua la situación de ingresos de las personas.

2. El sistema público de salud cobra precios artificialmente bajos por sus servicios y entrega un subsidio implícito a sus beneficiarios. Así, este sistema incentiva a los cotizantes de ISAPRE a atenderse en el sistema público, incluso pagando por los servicios, lo cual da origen a críticas al sistema de seguros privados. A juicio del autor, se requiere que el sistema público distinga entre los costos reales de sus servicios, que en principio debieran ser cobrados a todos los usuarios, y los esquemas de financiamiento público para subsidiar a las personas de menores recursos. Esto permitiría sincerar los precios que cobra este sector, compitiendo de manera más justa con las ISAPRE.
3. El sector FONASA en sus políticas de precios cobra primas muy inferiores a las personas de alto riesgo, tales como adultos mayores y enfermos crónicos, actuando como un asegurador último de riesgos catastróficos y crónicos. Así, muchas de las críticas que recibe el sector ISAPRE en este aspecto se deben a las distorsiones que introduce FONASA en el mercado de seguros de salud. No es que el sistema ISAPRE sea deficiente en sí mismo sino que parece serlo frente a un sistema redistributivo, con precios distorsionados, fuertemente subsidiado, y que actúa como asegurador último de riesgos catastróficos y crónicos.

Esta coexistencia de los sectores ha creado un estado de tensión, el cual es poco adecuado para el desarrollo futuro de ambos. Además, muchos de los problemas que presenta FONASA se expresan a través de sus (largas) listas de espera para acceder a determinados servicios. Estamos en presencia de una discusión seria (y a veces mal enfocada) con relación a cuál es la mezcla adecuada entre los sectores público y privado en el mercado de seguros de la salud.

III.2.2. Cotización obligatoria para salud y el diseño del mandato del seguro

Una pregunta básica es por qué se mandata en el terreno de seguros de salud. La respuesta se basa en que bajo un contexto de previsión voluntaria de salud habría individuos que, por diversas razones, optarían por no asegurarse o comprar una cobertura insuficiente de seguro, dados los riesgos objetivos que enfrentan. Esto crea una posible externalidad sobre el resto de la sociedad, que puede tomar la forma de una población con peor salud; o de la sociedad financiando la totalidad o parte de los gastos de salud de estas personas, cuando podrían haberlo hecho ellos mismos de haber sido previsores. El dilema básico es que, en este plano, no existe una amenaza creíble por parte del Estado que permita el cumplimiento de la afirmación: “quienes no obtengan suficiente cobertura, pudiendo hacerlo, deberán afrontar las consecuencias de esta decisión”. Ya sea por derechos incorporados a la Constitución o las leyes, los ciudadanos saben que contarán con un subsidio estatal en la eventualidad de no poder financiar su atención de salud. Esto crea un problema ya que el grupo que al final demanda el subsidio es mucho mayor que el que se había previsto inicialmente. Por ello, personas que son merecedoras de un subsidio —en el sentido de que no pueden financiar la cobertura mínima exigida— se ven desplazadas por personas que sí habrían podido financiar. Por ello, la generosidad de la sociedad de querer cubrir y proteger a los indigentes es abusada y el beneficio se vuelve (en ocasiones) imposible de financiarla. Para evitar todo esto es que se justifica el mandato.

Hay también argumentos a favor del mandato del Estado para proteger a quienes presentan i) miopía, y ii) tasas de descuento altas. La miopía radica en no asegurarse (o no ahorrar) debido a que se subestima la probabilidad de ocurrencia del evento riesgoso (la enfermedad, en este caso). Esto puede ocurrir por ignorancia y puede ser más probable entre los más pobres. Una tasa de descuento alta consiste en descontar fuertemente lo que ocurre en el futuro (alta tasa de impaciencia), despreocupándose entonces de todos los eventos lejanos en el tiempo. Esta también es una característica de los pobres.

En opinión del autor, la necesidad del mandato en salud surge principalmente para evitar las actitudes oportunistas y no representa una solución directa tanto para la falta de información como para las personas con bajos ingresos. Sin embargo, la presencia del mandato permite solucionar en parte las consecuencias de la falta de información. A su vez, el mandato combinado con subsidios a la demanda decrecientes según mayor sea el ingreso, ayuda a solucionar el problema de las personas de más bajos recursos.

Por lo anterior, se justifica que el Estado imponga a los ciudadanos, a través de una cotización obligatoria, la obligación de ser previsores en materia de salud. No obstante, el mandato actual de destinar el 7% del ingreso disponible, con topes de 4,2 UF mensuales, adolece de dos problemas importantes:

1. En primer lugar, tal como indica Aedo (1994), la cotización actual conduce a que muchos individuos estén sobreasegurados respecto incluso del nivel óptimo social que incorpora las externalidades. Este sobreseguro constituye un impuesto para el cotizante, quien hubiera optado, comparando los beneficios y costos de los distintos niveles de compra de seguro de salud, por gastar menos en salud. Este grupo de individuos tiene un incentivo ya sea para tratar de eludirlo mediante la subdeclaración del ingreso o a través del trabajo independiente o, en el caso de que no pueda eludirlo, para sobreutilizar los servicios de salud, constituyéndose en una presión de costos sobre el sector.
2. En segundo lugar, el sistema de cotización obligatoria le permite a la persona que elige el sistema ISAPRE “diseñar” su seguro; tal como indican Aedo y Sapelli (1999), la cotización obligatoria sólo determina el gasto en seguro en el sector privado, pero no lo que debe incluir dicho seguro. Así, el asegurado puede seleccionar un paquete fuertemente concentrado en lo ambulatorio —con lo cual se asegura una devolución importante en términos de lo aportado—, pero que lo deja expuesto a un gran riesgo financiero en lo hospitalario, perdiéndose tanto las características de un seguro como también la lógica de un mandato.

III.2.3. Gastos de salud del adulto mayor y cobertura de enfermedades catastróficas²²

El problema de salud del adulto mayor y el de las enfermedades catastróficas existe, con matices distintos, para los subsistemas público y privado de salud postreforma.

Las proyecciones demográficas de la población chilena mencionadas previamente reflejan que el país se encuentra en un claro proceso de envejecimiento. Cuando los países tienen una estructura poblacional relativamente joven, pueden financiar de manera solidaria o redistributiva con impuestos generales moderados los gastos de salud de la población adulta mayor. Sin embargo, a medida que la estructura poblacional envejece tales posibilidades de financiamiento van disminuyendo porque implican cargas tributarias mayores para el país.

Estimaciones de CIEDESS (1992) indican un gasto en salud anual de 17,5 UF para el adulto mayor, el cual es más alto que el de otros grupos de la población (véase Cuadro 10). Por otra parte, el tamaño del grupo familiar disminuye a medida que aumenta la edad del jefe de hogar. Por ejemplo y de acuerdo a la misma fuente, el tamaño del grupo familiar, incluyendo al afiliado, disminuye de manera notable desde un máximo de 3,1 para una familia con jefe de hogar con edad

²² Aedo (1996) presenta una discusión más amplia con relación a estos temas.

entre 35 y 39 años, a un máximo de 1,6 para una familia con un jefe de hogar cuya edad se ubica en el rango 60-64 años y de 1,2 para una familia con un jefe de hogar de 90 años o más. De esta manera, el gasto total en salud del grupo familiar sigue una conducta decreciente a medida que la edad del jefe de hogar supera los 35 años.

CUADRO 10
GASTO ANUAL POR TIPO DE BENEFICIARIO

Tipo de beneficiario	Gasto en salud anual (UF)
Lactante	12,9
Preescolar y escolar	3,9
Hombre	8,7
Mujer en edad fértil	13,1
Mujer en edad no fértil	11,6
Adulto Mayor	17,5

Fuente: CIEDESS (1992).

Respecto de la capacidad financiera del adulto mayor para solventar sus gastos en salud es importante considerar sus pensiones de vejez. Según esto, se estima que los cotizantes hombres, al momento de su retiro de la fuerza de trabajo, tendrán una pensión bruta que se ubica entre 79 y 105% del ingreso disponible antes de la jubilación. Para las cotizantes mujeres, esta cifra se ubicará entre 57 y 75%. Así, la disponibilidad de recursos per cápita aumentaría en la tercera edad al reducirse el tamaño del grupo familiar. Debido a lo anterior, se concluye que en general no existiría un problema para el financiamiento de la salud para el adulto mayor²³.

Es importante indicar que el nivel de cobertura de la seguridad social ha disminuido sostenidamente desde la década de los ochenta, representando los cotizantes activos un 54% de la fuerza de trabajo en el año 1997. Así, sin una política que incentive una mayor cobertura del sistema de pensiones, podría existir un problema de financiamiento privado para un porcentaje importante de la población.

Para analizar alternativas de solución hay que distinguir entre un problema de corto plazo —qué hacer con la población adulta mayor que existe hoy en el país y la que entrará en este grupo en el futuro cercano— y el problema de mediano y largo plazo —qué hacer con la población que llegará a esta edad en el futuro lejano.

²³ Fischer *et al.* (1995) arriban a la misma conclusión.

El problema de corto plazo es complicado por la urgencia de su solución y porque el financiamiento de estos gastos, al romperse el financiamiento intergeneracional con las reformas de los años 80, se convierte en una deuda social que no es una responsabilidad ni del FONASA ni del sector ISAPRE. A juicio del autor, la sociedad chilena como un todo debe asumir la responsabilidad por el financiamiento de la salud del adulto mayor, a través de un subsidio explícito para que éste pueda financiar la compra de un seguro de salud, ya sea del sector público o privado. El financiamiento de este subsidio debe provenir de impuestos generales de la nación.

Para el problema de largo plazo se requiere en primer lugar solucionar los problemas en la estructura del mercado de seguros de salud del país mencionados previamente y que afectan la elección FONASA/ISAPRE para el adulto mayor. En segundo lugar, se debe pensar en políticas que incentiven el ahorro individual de manera voluntaria para los gastos del adulto mayor, entre éstas: i) una fuerte campaña de información que muestre la necesidad de precaver para el futuro; ii) una política fiscal que incentive el ahorro (ej., incentivos tributarios); y iii) una política económica que permita un crecimiento fuerte y sostenido, con generación de empleos y crecimiento en los salarios reales.

Se estima que la obligatoriedad del ahorro no debe ser promovida porque: En primer lugar, se puede percibir como un impuesto al trabajo, lo que podría implicar un menor nivel de ocupación, posiblemente una mayor subdeclaración de ingresos y una mayor informalización de las empresas de menor tamaño. En segundo lugar, la obligatoriedad afecta el ingreso disponible de los hogares justo en una etapa en la cual la composición familiar implica mayores gastos.

Fischer *et al.* (1995) sugieren que si los trabajadores activos destinan 1% de los ingresos imponibles a un fondo de capitalización, se acumularía una suma suficiente para compensar los mayores costos de salud que ocurrirán al llegar a la tercera edad. Los autores no justifican, sin embargo, exigir una cotización especial para estos efectos.

Por su parte, las enfermedades catastróficas²⁴ presentan, en general, como característica el hecho de que son de baja prevalencia y que pueden representar un fuerte impacto financiero para la familia, al generar un copago alto en relación con su capacidad de pago. Analizando la prevalencia de algunas enfermedades consideradas como catastróficas (cánceres, enfermedades isquémicas al corazón, etc.), se observa que la presencia del grupo de 65 años y más es importante. Debido a lo anterior se estima que el tema de salud referente a las enfermedades catastróficas está íntimamente relacionado con el de la salud del adulto mayor, por lo que analizar uno de ellos sin considerar el otro constituye una visión parcial para estos problemas.

²⁴ Díaz *et al.* (1995).

El sistema ISAPRE ha ido reflejando una mayor preocupación por abordar de manera adecuada los problemas derivados de las enfermedades catastróficas. Esto se ha reflejado en la aparición de planes complementarios concebidos para cubrir una lista de eventos definidos, costosos y de baja probabilidad de ocurrencia. Los planes convencionales existentes en la actualidad son claramente insuficientes por los topes y porcentajes de bonificación que contemplan.

Estos esfuerzos si bien positivos no son suficientes porque: en primer lugar, los planes complementarios son accesibles sólo para un porcentaje de la población; en segundo lugar, presentan montos que no cubren adecuadamente los gastos asociados con el tratamiento de estas enfermedades, generando un copago elevado para los afiliados; y en tercer lugar, los planes en general presentan límites de edad para sus beneficiarios, y no entregan cobertura precisamente en el rango de edad en el que las personas se encuentran más vulnerables a sufrir eventos catastróficos.

Una manera de ofrecer mayor cobertura en estas condiciones es presentar planes con menor amplitud en lo ambulatorio (lo que hace sentido desde el punto de vista de un seguro de salud con eventos casi ciertos) que ofrezcan a cambio un mayor rango —tanto en prestaciones como en montos— para las enfermedades catastróficas. Esto permite un balance adecuado en las cuentas financieras de las ISAPRE y requiere educar a la población para que acepte en sus planes este intercambio entre lo ambulatorio (más probable) y hospitalario (más incierto).

Díaz *et al.* (1995) proponen, por su parte, un interesante mecanismo, el cual consiste básicamente en dos seguros: el primero cubre sólo gastos médicos (incluyendo catástrofes) incurridos en los primeros doce o veinticuatro meses desde la firma del contrato; y el segundo cubre los incrementos de prima originados en enfermedades duraderas iniciadas durante los primeros doce o veinticuatro meses desde la firma del contrato, por encima de los aumentos de prima que sufriría una persona sana que no inicie enfermedades duraderas en ese año. La lógica del mecanismo propuesto es cubrir a las personas frente al incremento en las primas que experimentarán a lo largo de sus vidas en caso de desarrollar una enfermedad catastrófica, entregando así una real protección de largo plazo para estas personas. Lamentablemente los autores no desarrollan con amplitud esta propuesta, con lo cual sólo se puede indicar que constituye una idea interesante, cuya aplicabilidad está aún por analizarse.

III.2.4. Incremento de costos del sector salud

En la mayoría de los países, y Chile no es una excepción, se ha comenzado a experimentar un proceso de aumento sistemático de los gastos en cuidado de salud. En algunos países esto ha originado la necesidad de reforma, mientras que en otros este incremento ha contribuido a la búsqueda de maneras nuevas y originales de proveer cuidado de salud.

Tal como se muestra en el Cuadro 11, el gasto en servicios y productos médicos de los hogares ha aumentado en la última década, lo que se refleja en la nueva canasta del IPC.

CUADRO 11
 PONDERADORES DE GASTO EN SALUD EN EL IPC

Subgrupo		Ponderación	
		IPC 1988	IPC 1998
Servicios Médicos	Consultas Médicas	0,61%	1,43%
	Gastos en Intervenciones	1,71%	1,65%
	Servicios de Urgencia	0,00%	0,05%
	Servicios de Laboratorio	0,25%	0,41%
	Subtotal	2,57%	3,54%
Productos Médicos	Medicamentos	1,07%	1,70%
	Otros Productos Médicos	0,31%	0,40%
	Subtotal	1,38%	2,10%
Total		3,95%	5,64%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Un problema importante es que para contener los costos en salud el sistema tenderá a cerrarse en torno a prestadores preferenciales y a planes gerenciados o administrados, lo que implica un desafío ético al limitarse la libre elección prevaleciente hoy día tanto en el sistema ISAPRE como en el sistema FONASA libre elección.

Existen diversas razones que explican el incremento de los costos. En primer lugar, hay razones de “demanda” relacionadas con cambios en los factores que la determinan y, en segundo término, hay razones de “oferta” asociadas con las fuentes de financiamiento de los gastos de salud y con los mecanismos de pago.

III.2.4.1. Cambios en la demanda por cuidado de salud

Aunque las personas son, en general, más sanas que antes, la demanda por un mejor cuidado de salud continúa elevando los costos en esta área.

Las investigaciones modernas constantemente están encontrando nuevas curas para las enfermedades, o mejorando las ya existentes. Los avances en tecnología han conducido al desarrollo de maquinarias de alta tecnología para su utilización en salud, a la vez que se descubren y desarrollan nuevas drogas de mayor efectividad. Estos avances tecnológicos implican que muchas enfermedades que eran intratables o fatales algunos años atrás, pueden ser tratadas en la actualidad

con terapias que prolongan la vida y que mejoran su calidad. Mientras, por una parte, el mejoramiento en los tratamientos puede disminuir los costos, un tratamiento nuevo puede aumentarlos. Las nuevas tecnologías requieren de personal más especializado, lo cual hace elevar tanto los salarios de los doctores como de los técnicos.

Estos avances tecnológicos implican que muchas enfermedades que eran intratables o fatales algunos años atrás pueden ser tratadas en la actualidad con éxito. Tales avances afectan también las expectativas de mejoramiento en la población. Las personas presionan al sistema prestador para realizar los tratamientos, aun cuando su efectividad clínica sea mínima, conducta que se potencia con la presencia de un pagador (compañías de seguros) que no está presente explícitamente en esta relación.

Los cambios demográficos mencionados previamente tienen también un impacto importante sobre los costos. El aumento en la esperanza de vida de la población hace que las personas no tan sólo requieran cuidado de salud por un mayor período de tiempo, sino también crea oportunidades para el desarrollo de enfermedades crónicas (hipertensión, osteoporosis, glaucomas, Alzheimer, etc.). Así, la realidad demográfica indica que estamos enfrentados a una población que ahora desarrolla más enfermedades crónicas tratables antes de su muerte, lo cual implica que se incurren en mayores gastos.

Casi la totalidad de los últimos trabajos empíricos (ya sean éstos de corte micro o macroeconómico, nacionales o internacionales) validan la incorporación del ingreso per cápita y la educación (por algún indicador) como determinantes principales de la demanda por salud. La evidencia empírica es, por tanto, clara en el sentido de que un mayor crecimiento económico está asociado con una mayor demanda por atención de salud.

Lo anterior nos permite señalar que, dadas las proyecciones de mayor crecimiento económico, empleo y salario real para el país, habría por este solo canal (efecto crecimiento) un importante impacto sobre la demanda por salud.

Un aspecto que no puede quedar fuera de las condiciones sociales y económicas son los niveles de instrucción. El avance en el número de años de escolaridad es alto tanto en la población joven como en la población femenina (en este último caso es más acelerado que el promedio), lo cual tiene connotaciones importantes sobre la demanda en salud. Todos los estudios de factores asociados a la demanda de atención infantil y asociados a la mortalidad infantil como indicador último de impacto, se relacionan directamente con los años de instrucción de la madre. Sólo una madre instruida va a exigir más atención de salud, estará más motivada y será más precoz en la atención de un proceso de enfermedad²⁵.

²⁵ Es importante considerar la mayor participación laboral de la mujer, que alcanza al 30% de la población trabajadora en 1990 y se proyecta a 35% para el año 2000. Esto planteará grandes desafíos para la atención médica, derivados de los múltiples roles que ellas están asumiendo.

Los determinantes antes mencionados también tienen y tendrán efectos en el sistema de seguros. Estudios como el de Torche y Sapelli (1997) señalan que en la determinación de la elección entre seguro público y privado, tanto el ingreso como la edad son en extremo importantes. La segmentación que se observa en el mercado laboral entre personas de alto riesgo y bajo ingreso que eligen FONASA, por un lado, y de bajo riesgo y alto ingreso, que eligen ISAPRE, por otro, da lugar a que se acentúe fuertemente la tendencia a que exista lo que parece un “descreme” en el mercado, resultando en la paradoja que aquellos más vulnerables reciben la atención de más baja calidad. En efecto, en la medida en que el ingreso promedio no crezca en la magnitud suficiente para compensar el mayor riesgo inherente a una población más envejecida, dicho “descreme” será mayor, lo que desfavorecerá a cierto grupo de la población que no puede beneficiarse de una mejor atención.

Una tendencia importante tiene que ver con la intensidad de la provisión de salud per cápita. Asociada con el aumento en los ingresos de la población y con los aumentos en los niveles educacionales, se observa una mayor demanda tanto de atención de salud —curativa y preventiva—, como una mayor preocupación con relación a la calidad de la atención. Estos factores pueden estar incidiendo también en los aumentos de costos que percibimos en el país.

Las personas hoy día tienen mayor información, mayores expectativas respecto a salud y exigen mayor calidad, tal como han aprendido a hacerlo en otras áreas de la economía. Éste es un hecho creciente que va a condicionar la evolución del sistema de salud y el mercado de las aseguradoras, y que se reflejará en los costos del sector. En particular, ello obligará a cambiar la noción de integralidad de las atenciones de salud presente en el sector público de salud²⁶ por un derecho quizás limitado en términos de servicio, pero garantizado en términos de cobertura y oportunidad.

III.2.4.2. El lado de la oferta

Por el lado de la oferta, la disposición de financiamiento para el cuidado de la salud y los mecanismos de pago tienen un impacto sobre los costos del cuidado de la salud.

A medida que el ingreso nacional de un país aumenta no es sorprendente que una proporción de esa mayor riqueza se dedique al cuidado de la salud. Tal como se ha mencionado previamente, los datos sugieren que a medida que aumenta el ingreso nacional los países aumentan más que proporcionalmente sus gastos en salud.

²⁶ En el sector público de salud existe el discurso tradicional de que se puede dar una atención integral y completa de salud a toda la población. La realidad de escasez de recursos que adolece el sector se traduce en la práctica en un racionamiento implícito de los recursos sin mayores consideraciones hacia la persona, lo que se refleja en las colas de acceso, escasez de fármacos y deterioro en la infraestructura, entre otros.

La manera como se pagan los servicios de salud también tiene un impacto sobre la cantidad y los costos de los servicios provistos. Diferentes métodos de pago entregan a los prestadores de servicios y a los pacientes distintos incentivos, ya sea para economizar o para sobreutilizar los cuidados de salud, lo cual tiene un efecto obvio sobre los costos totales.

Detrás del aumento de costos también se encuentra el aumento en los precios generales de la economía, pero aún más específico es que los precios del sector salud han aumentado en mayor medida que los precios de los demás bienes. Esto tal vez esté relacionado con el envejecimiento de la población, el cambio tecnológico y los esquemas de financiamiento que quizás no presentan incentivos adecuados para controlar costos.

III.2.5. Opciones individuales en el sistema de seguros de salud ISAPRE

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

La opción colectiva es más eficiente que la opción individual, por cuanto esta última²⁷:

1. Es una opción que no utiliza las economías de escala en la adquisición y manejo de la información. Estas economías de escala se logran con los planes ofrecidos a grupos de individuos por las agencias especializadas en seleccionar los mejores seguros de salud para los individuos. A su vez, es conveniente resaltar la importancia que sobre la eficiencia del sector tiene el buscar unidades de referencia comunes que le permitan al consumidor la comparación de distintos programas de salud. Se hace necesario aumentar, homogeneizar y mejorar la información que recibe el cotizante.
2. Los seguros colectivos permiten evitar el problema de la selección adversa que enfrentan todos los seguros, si los grupos a asegurarse se han formado por otras razones que no sean comprar un seguro de salud. Esto permite a la aseguradora reducir sustancialmente sus costos y colocarle un precio al seguro como si el asegurador fuera una persona promedio de la población.

²⁷ Aedo y Sapelli (1999).

3. Los gastos de administración y ventas del sistema ISAPRE podrían ser menores bajo una lógica colectiva de los planes, al utilizarse economías de escala tanto al nivel de inscripción de los asegurados como al nivel de manejo de los servicios.

Se estima que en el largo plazo la opción colectiva en seguros de salud debiera ser la forma predominante en el mercado de seguros de salud, debido a las múltiples ventajas que representa por sobre la opción individual.

La situación en Chile hoy en materia de seguros colectivos adolece de dos defectos que pueden ser corregidos: en primer lugar, la legislación que rige la relación entre las ISAPRE y sus afiliados establece que los contratos son individuales. Frente a esta situación los afiliados a ISAPRE abiertas en planes colectivos deben efectuar un contrato individual. Esta situación provoca algunas ineficiencias, como, por ejemplo, que para terminar un contrato colectivo se debe esperar a que cada uno de los individuos que forman parte de él cumplan con el plazo mínimo de duración de sus contratos individuales. En segundo lugar, la opción de seguros colectivos en su forma actual no representa una solución para muchas personas: trabajadores en empresas sin planes colectivos; trabajadores del sector público; trabajadores independientes; desocupados; pasivos; personas fuera de la fuerza laboral; etc. En tercer lugar, el contrato colectivo en su forma actual (asociada fuertemente al empleador) es un desincentivo para cambiar de trabajo.

Se estima que la solución a dichos problemas pasa por una reforma a la normativa que afecta la relación entre ISAPRE y afiliados, con el objeto de reconocer y permitir explícitamente la opción colectiva en adición a la opción individual.

III.2.6. ¿Eliminación de subsidios a la demanda en salud?²⁸

Se discutió en el Congreso Nacional un proyecto de ley cuyos objetivos eran “resolver las inequidades en el acceso a la atención de salud, tanto entre los subsistemas público y privado, como entre regiones, grupos étnicos, socioeconómicos y geográficos” y “utilizar con mayor eficiencia los recursos aportados por los cotizantes y el Estado, en función de resguardar y garantizar los derechos de los beneficiarios del sector público de salud”. La propuesta gubernamental se refería, en parte, a eliminar gradualmente el subsidio a la demanda al que los trabajadores dependientes tenían derecho.

El artículo 8 de la Ley 18.566, de 1986, establecía que los trabajadores dependientes del sector privado podían solicitar a sus empleadores que les efectuaran, con cargo a éstos y que recuperarían como crédito fiscal, una cotización adicional de hasta 2% de la remuneración imponible en la ISAPRE en que estaban afiliados. Dicho subsidio se entregaba siempre que la cotización legal de 7% más

²⁸ Ver informes TASC 78, de 1997, y 83, de 1998.

la adicional de 2% no superarán 1 UF mensual, más 0,5 UF por cada carga afecta a asignación familiar, con tope de 4,2 UF. Debido a que los recursos se le otorgaban al cotizante, las ISAPRE competían entre ellas por captar este segmento del mercado. Por eso, éste constituía un subsidio a la demanda y no a las ISAPRE, como erróneamente se ha señalado.

La propuesta de ley consistía en eliminar el subsidio en un plazo de 54 meses y transferir los recursos a FONASA²⁹, efectuándose la eliminación de manera gradual. La propuesta de eliminación del subsidio del 2% se justificaba en parte por aspectos de equidad, vinculándolo con el tema de la utilización de hospitales y consultorios públicos por parte de quienes son beneficiarios de ISAPRE, sin que estos últimos paguen en su totalidad por las atenciones prestadas, en desmedro de aquellos que son beneficiarios de FONASA.

Este argumento era incorrecto por dos razones:

1. Tal como ha sido mencionado anteriormente, FONASA recibe importantes subsidios directos del tesoro público (un 45% de los aportes presupuestados para FONASA en 1998 provenían del aporte fiscal).
2. El problema de identificar los beneficiarios para cobrar por las atenciones prestadas en el sistema público era fácilmente solucionable con la aplicación de medidas técnicas y administrativas, sin requerir de la eliminación del subsidio del 2%³⁰.

En opinión del autor, no parece razonable mezclar un problema de identificación de beneficiarios de responsabilidad exclusiva del sistema público, con la eliminación del subsidio del 2%, el cual debía ser evaluado por sus propios méritos y no por motivos ajenos a su diseño.

Un segundo argumento que entregó la autoridad económica para justificar la eliminación del subsidio tiene que ver con su carácter regresivo, ya que beneficiaba en mayor proporción a sectores de ingresos relativamente altos. Según cifras de la Asociación de ISAPRE, el grueso de los cotizantes beneficiados en el año 1997 tenía ingresos mensuales entre los \$ 100 mil y \$ 250 mil. Ello sugería que había espacio para mejorar su focalización nuevamente sin justificar su eliminación.

En opinión del autor, el problema de fondo en esta discusión tiene que ver con cuál es la opción elegida para transferir los subsidios del Estado hacia las personas. Existen dos modalidades: la primera conocida como subsidios a la deman-

²⁹ Se habla de utilizar estos recursos para apoyar el financiamiento del Programa de Oportunidades de Atención a las Personas; para apoyar la formación de especialistas, para el desarrollo de un programa de incentivos al mejoramiento de la calidad de la atención primaria y para reducir los copagos de los beneficiarios de FONASA en la modalidad de libre elección.

³⁰ Un problema que parece alimentar el recelo de ciertos sectores hacia las ISAPRE tiene que ver con algunos servicios de salud que ofrece el sector público, con financiamiento del aporte fiscal, en forma gratuita a todas las personas independientemente del sistema de salud (programas de vacunación, subsidio pre y postnatal, y programas ministeriales de protección y fomento a la salud).

da, que consiste en entregar los subsidios a las personas para que éstas, de manera soberana, informada y libre, escojan entre ISAPRE y FONASA. La segunda, conocida como subsidio a la oferta, consiste en el ingreso automático a una de estas compañías aseguradoras, en este caso a FONASA, en cuyo caso esta institución recibe directamente el subsidio del Estado.

La literatura económica es clara al destacar las ventajas relativas que tienen los subsidios a la demanda: por un lado, privilegian las decisiones personales y, por otro, incentivan la eficiencia de las instituciones que tienen que competir por los cotizantes. Así, cuesta entender la racionalidad de los argumentos a favor de la eliminación del subsidio a la demanda del 2%, los que con toda certeza tienen más que ver con el pensamiento de ideológicos relacionados con el rol de los sectores público y privado en el ámbito salud.

No cabe duda que la eliminación del subsidio afectará a sus actuales beneficiarios. Por una parte, aquellos que recibían el subsidio y tras su eliminación se queden en el sistema de ISAPRE, se verán perjudicados al contar con menores recursos y enfrentar un seguro de mayor costo. Por otra parte, los individuos que se cambien a FONASA se verán beneficiados sólo si los recursos transferidos generan incrementos significativos en la calidad y cobertura de los servicios ofrecidos por el sistema de salud público. Sin embargo, uno debe ser escéptico a este respecto ya que, en primer lugar, en los últimos siete años el aporte fiscal para el sistema de salud se ha duplicado en términos reales, sin que exista evidencia de un sustancial mejoramiento en la cobertura y calidad de los servicios prestados. En segundo lugar, el efecto neto de la reasignación del subsidio hacia FONASA (excluyendo el aumento de ingresos por cotizaciones) involucra recursos que representan una fracción ínfima de sus actuales gastos. De hecho, los 35 millones de dólares que traspasó el gobierno durante 1997 por este concepto equivalen a 2% de los ingresos considerados en el presupuesto de FONASA para 1998. Así, no es racional esperar que con estos recursos adicionales se obtenga un aumento significativo en calidad y cobertura de servicios en FONASA.

III.3. Conclusión

Chile ha conseguido en las últimas décadas indicadores globales de salud, esperanza de vida al nacer y mortalidad general, superiores a los esperados de acuerdo al nivel de desarrollo del país. No obstante estos avances, la satisfacción de la población en lo referente a atención de salud no es alta. El sector público de salud atraviesa por una serie de problemas de gestión y de recursos, mientras que el sistema ISAPRE es percibido como un sistema que permite el acceso a buenos servicios de salud, pero cuyo funcionamiento no es del todo equitativo, al no ofrecer una alternativa clara de solución para los problemas de la población adulta mayor y los enfermos crónicos.

El sistema de seguro de salud chileno no constituye un sistema en sí mismo sino más bien dos subsistemas (público y privado) funcionando en paralelo, con poca coordinación entre ellos, y con formas de operación en algunos casos incompatibles. Un problema fundamental tiene que ver con el diseño del mandato actual de destinar el 7% del ingreso a la compra de un seguro de salud. Este mandato determina el gasto en seguro, pero no qué debe incluir el mismo. Esto permite evadir el mandato asegurándose contra eventos ciertos, con lo cual se obtiene una devolución importante de la prima, pero se deja de tener un seguro.

Esta problemática hace necesario discutir alternativas de reformas, las cuales deben incluir un conjunto de actividades que promuevan la eficiencia en la provisión de servicios de salud en el sistema público, a través de subsidios a la demanda que busquen mejorar la equidad del sistema, incorporando en forma más completa las enfermedades catastróficas en los seguros ofrecidos, y contener costos por medio de mecanismos de pagos innovadores.

En la siguiente sección se plantea una propuesta fórmula: se propone cambiar el mandato actual de destinar el 7% del ingreso a la compra de un seguro de salud, por la alternativa de mandar la compra de un seguro catastrófico (SC) que cubra completamente al cotizante y su familia, por todos los gastos que superen un porcentaje, que se debe determinar, de su ingreso familiar anual. La propuesta elimina los subsidios cruzados de las personas de bajo a alto riesgo presentes hoy en el sistema, para incorporar un esquema de subsidios directos a la demanda para financiar la diferencia entre el costo del SC y el 7% del ingreso, lo que facilitaría el funcionamiento de las aseguradoras privadas y evitaría los problemas de selección de riesgo y “descreme” del mercado que la regulación actual genera. Para asegurar la movilidad de las personas se propone que los SC reembolsen a quienes se les detecte una enfermedad crónica una suma similar al valor presente de los gastos que dicha enfermedad implica en promedio. El sistema de SC se puede combinar con una cuenta de ahorro para salud (CAPS) para financiar una porción del deducible del SC. Finalmente, se postula resolver la incompatibilidad del sistema de seguros privado con el público, cambiando la estructura de este último.

Esta propuesta tiene como objetivos que la calidad de la atención de salud y satisfacción de los consumidores se maximicen al menor costo (eficiencia microeconómica); que la gente participe en el financiamiento de la salud en relación a su ingreso y no en relación a sus riesgos de salud (equidad en el financiamiento); y que acceda a la atención de salud de acuerdo a su necesidad y no al ingreso (equidad en el acceso).

IV. ELEMENTOS PARA UNA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Aedo y Sapelli (1999) proponen un esquema de reforma para el sector de seguros de salud de Chile que permite superar algunas de las deficiencias que presenta el sistema y que han sido mencionadas anteriormente. Debido a su impor-

tancia, se presenta ahora un esquema resumido de esta propuesta. De acuerdo a los autores, este sistema debiera tener las siguientes características:

1. Se separaría el componente seguro de salud del componente subsidio de incapacidad laboral.
2. Toda la población estaría mandatada a obtener un seguro.
3. Las personas podrían elegir libremente donde asegurarse.
4. El seguro que se mandataría es un seguro catastrófico (SC) que cubriría completamente al cotizante y su familia, por todos los gastos que superen un porcentaje a determinar de su ingreso familiar anual. La cobertura mínima mandatada estaría así relacionada con el ingreso.
5. En la transición, las personas tendrían un periodo de libre adscripción en las diferentes aseguradoras privadas que ofrezcan el SC. Después de este periodo las personas que no ejercieran su derecho entrarán a una lista que manejaría el Estado, cuya cobertura de seguros de salud se licitaría entre las distintas aseguradoras. Las primas se obtendrían por medio del sistema impositivo y del sistema de bienestar. Si las personas no pagaran impuestos, fueran trabajadores independientes o no recibieran ningún otro pago del Estado, deberían cancelar las primas al interactuar con el sistema de salud.
6. El cotizante para el cual la prima del seguro catastrófico fuese mayor que el 7% de su ingreso familiar, tendría derecho a un subsidio por la diferencia entre la prima y el 7% del ingreso. Este subsidio sería entregado directamente por el Estado a la aseguradora. Con el objeto de que el compromiso fiscal fuese conocido *ex ante* y para evitar incentivos perversos, los autores sugieren que los subsidios sean calculados según una tabla de primas preestablecidas. Para estos efectos se puede utilizar la tabla de primas de la aseguradora licitada para la población que no ejerce su opción de elegir aseguradora o, de manera alternativa, las primas de la aseguradora más barata.
7. Con el objeto de asegurar la movilidad futura de los afiliados entre aseguradoras, los seguros catastróficos reembolsarían a quienes se les detecte una enfermedad crónica una suma similar al valor presente de los incrementos futuros de las primas que dicha enfermedad implica en promedio.
8. El sistema de seguro catastrófico (SC) podría combinarse con una cuenta de ahorro para salud (CAPS), la que podría financiar una porción del deducible del primero. Para conformarla se podría hacer lo siguiente:
 - Se aportaría un porcentaje del ingreso al mes, de dos a cuatro años consecutivos, hasta acumular dos tercios del deducible del seguro catastrófico.

- En cada mes se aportaría el porcentaje estipulado del ingreso o dicho porcentaje del ingreso menos los gastos en salud del mes. De ser negativo, el aporte no se haría y se acarrearía el saldo negativo para el mes siguiente.
 - Se aportaría al mismo seguro en que se tiene el seguro catastrófico o a la compañía con la cual la aseguradora haya establecido un contrato de manejo de cuentas.
 - Todo aquello acumulado en la cuenta que sea mayor que dos tercios del deducible del seguro catastrófico sería de libre disposición. Si la persona quedara desempleada, no podría retirarse la cuenta, pero sí podría deducirse de la CAPS la prima del SC.
 - El dinero acumulado en la CAPS se podría gastar en todo lo relacionado con salud.
 - La recolección de la prima en el caso de los trabajadores dependientes se haría por el empleador. Para los independientes, sería en forma individual sobre la base de una declaración jurada. Debería crearse una instancia de control ante la cual debería demostrarse que se está asegurado.
9. La reforma del FONASA y de los hospitales del MS incluiría aspectos jurídicos, gerenciales y de activos. Jurídicamente aparecerían dos entidades nuevas: una aseguradora pública de salud y una administradora de servicios hospitalarios. La aseguradora pública competiría en el mercado de SC en pie de igualdad con las privadas. La administradora de servicios hospitalarios licitaría la administración de los hospitales, y los activos se dejarían a disposición de las empresas administradoras (pero no podrían enajenarse, salvo autorización especial). La concesión sería por un periodo de tiempo, plazo después del cual se evaluaría la experiencia y se relicitarían.
10. Para el seguro de incapacidad laboral, se propone que las mismas empresas lo administren. La empresa estaría obligada a pagar a los trabajadores enfermos un porcentaje de su sueldo con un deducible. Su obligación sería menor que el 100% del ingreso y el deducible podría ser de dos o tres días. Este derecho tendría un tope de días hábiles por año, días que serían acumulables de año en año. Los empleadores estarían obligados a reasegurarse como empresa en una aseguradora e incorporar a ella a todos sus trabajadores. Los empleadores tendrían la facultad de cambiarse de aseguradora una vez al año. La cotización sería negociada entre el empleador y la aseguradora escogida.

A continuación se ofrece un cuadro resumen con los elementos esenciales contenidos en la propuesta de Aedo y Sapelli.

CUADRO 12
 RESUMEN DE LA PROPUESTA

Características	Situación actual	Situación propuesta
Mandato	Sí	Sí
Extensión del mandato	Trabajadores dependientes	Todos
Derechos población no mandatada	Ministerio de Salud	No aplicable
Tipo de mandato	Seguro valor 7% ingreso	Seguro contra eventos catastróficos (y cuenta de ahorro)
Financiamiento	7%	El costo del SC hasta tope
Subsidio	2%	A la población con bajos ingresos o altos riesgos
FONASA	Aseguradora estatal con <i>status</i> especial	Aseguradora sin <i>status</i> especial
Financiamiento publico	Principalmente oferta	Principalmente demanda

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aedo, C., 1994, "Sector Salud en Chile: Un gran desafío", en *Chile hacia el 2000*, editado por Felipe Larraín B., Centro de Estudios Públicos.
- , 1996, "Los problemas de salud del adulto mayor y las enfermedades catastróficas", *Estudios Públicos*, 63 (invierno).
- , R. Bergoing, y E. Saavedra, 1998, "El Sistema de Seguridad Social Chileno: Un Estudio Prospectivo", mimeo, Departamento de Economía, Universidad Alberto Hurtado.
- y C. Sapelli, 1999, "Una propuesta para la reforma del sistema de seguros de salud en Chile", *Estudios Públicos*, 75 (invierno).
- CIEDESS, 1992, "La tercera edad y el sistema ISAPRE".
- Díaz, C., R. Gazitúa, A. Torche, S. Valdés, 1995, "Estudio: Alternativas de Solución para el Financiamiento de la Salud en la Tercera Edad en el Sistema ISAPRE", Superintendencia de ISAPRE.
- Fischer, R.; A. Mizala; P. Romaguera, 1995, "Estudio: Cobertura Catastrófica para los Cotizantes del Sistema de ISAPRE", Superintendencia de ISAPRE.
- y P. Serra, 1996, "Análisis Económico del Sistema de Seguros de Salud en Chile", *Revista de Análisis Económico*, N° 11.
- FONASA, *Boletín Estadístico*, varios números.

- Giaconi, J, 1994, "Proyecciones de las reformas introducidas en el sector salud por el Gobierno de las Fuerzas Armadas (1973-1990)", en *La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas*, editado por Ernesto Miranda, Centro de Estudios Públicos.
- Jiménez, J. y T. J. Bossert, 1995, "Chile's Health Sector Reform: lessons from four reform periods", en *Health Sector Reform in Developing Countries*, editado por P. Berman, Harvard University Press.
- Loyola, V. y M. Vergara, 1994, "Evolución Histórica del Sistema de Salud", en *La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas*, editado por Ernesto Miranda, editor, Centro de Estudios Públicos.
- Ministerio de Salud, 1998, *Boletín Estadístico*.
- Miranda, E., 1994, "Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno", en *La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas*, Ernesto Miranda, editor, Centro de Estudios Públicos.
- Pontificia Universidad Católica de Chile, 1998, Boletines del Programa de Economía de la Salud, junio y octubre.
- Superintendencia de ISAPRE, 1998, Series Estadísticas del Sistema ISAPRE 1981-1997.
- TASC, N° 78, 1997, "Reformas Previsionales: Subsidio a la salud privada y costos de AFP", Programa de Posgrado en Economía ILADES/Georgetown University.
- TASC N° 83, 1998, "Perfeccionamiento del Sector Salud y la Derogación del Subsidio del 2%", Programa de Posgrado en Economía ILADES/Georgetown University.
- Torche, A. y C. Sapelli, 1997, "¿FONASA para pobres, ISAPRE para ricos? Un estudio de los determinantes de la elección entre seguro público y privado", mimeo, Pontificia Universidad Católica de Chile, agosto.
- Universidad de Chile, 1998, "Evaluación del Proceso de Reforma del Sector Público Chileno: una Experiencia de 20 años", mimeo, Instituto de Economía-PIAS. ●