

SECCIÓN DE OBRAS DE ECONOMÍA CONTEMPORÁNEA

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN II

Primera edición, Chile, 2000

Título original:

Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud.

Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia

© Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas

© Fondo de Cultura Económica

Av. Picacho Ajusco 227; Colonia Bosques del Pedregal; 14200 México, D.F.

© Fondo de Cultura Económica Chile S.A.

Paseo Bulnes 152, Santiago, Chile

Registro de propiedad intelectual N° 114.526

I.S.B.N.: 956-289-018-X (Volumen II)

I.S.B.N.: 956-289-016-3 (Obra completa)

Ilustración de la portada: Juan Cristián Peña Camarda

Composición y diagramación: Gloria Barrios

Impreso en Salesianos S.A.

Impreso en Chile

DANIEL TITELMAN / ANDRAS UTHOFF
COMPILADORES

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE
ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN II



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA
MÉXICO - ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ESPAÑA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA - GUATEMALA - PERÚ - VENEZUELA



COMISIÓN ECONÓMICA PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

EFICIENCIA Y EQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Oswaldo Larrañaga

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud chileno presenta características únicas en el mundo. En efecto, en el país existe un mandato que obliga a los trabajadores activos y pasivos (pensionados) a cotizar un 7% de su ingreso para adscribirse, junto a sus dependientes, a un sistema de seguros de salud. Éste puede ser el sistema público —que se organiza a través de una modalidad solidaria de seguridad social— o bien el sistema privado, el cual ofrece seguros de salud que obedecen a una lógica de tipo individual. Los afiliados al sistema público obtienen acceso a atención de salud preferentemente en la red de hospitales públicos así como en los centros de atención primaria administrados por los municipios. En ambos casos la oferta de prestadores responde a un modelo organizacional de tipo burocrático, financiado en forma centralizada y sin mayor atención a la demanda. Por su parte, los adscritos al sistema privado acceden a prestadores privados a través de una modalidad de libre elección que utiliza como método de pago un sistema de reembolso por prestaciones otorgadas.

El sistema dual conserva las fortalezas y flaquezas de las modalidades de seguro y provisión de servicios de salud utilizados. En particular, el sistema privado está afecto a los problemas usuales de los seguros individuales (selección de riesgos, cobertura de corto plazo, elevados gastos de administración y ventas, falta de transparencia de planes y beneficios), mientras que las deficiencias del sistema público se concentran en los problemas de atención a los usuarios característicos de los esquemas de organización burocráticos y financiados sobre la base de la

oferta. Adicionalmente, la conjunción de ambos sistemas separa a la población en grupos segmentados según las variables socioeconómica y de riesgo de salud.

El objetivo de este trabajo es realizar una presentación sistemática de los rasgos característicos del sistema dual de salud chileno y proveer un bosquejo de los cambios necesarios de introducir para mejorar las dimensiones de eficiencia y equidad del sistema. El trabajo se organiza en cuatro capítulos. El primer capítulo provee una descripción del sistema en cuanto a su organización, financiamiento, cobertura y desarrollo temporal. El segundo capítulo examina los aspectos de eficiencia asociados al sistema dual de salud. El capítulo tercero hace lo propio respecto de las materias de equidad. Las conclusiones del trabajo, así como los lineamientos de los cambios que es necesario introducir en el sistema chileno de salud, se presentan en el capítulo cuarto.

I. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

1. ESTRUCTURA

El sistema de salud chileno está estructurado sobre dos subsectores principales —sectores público y privado— que cumplen funciones en materia de seguros y producción de servicios de salud.

El sistema público es liderado por el Ministerio de Salud, quien tiene por tarea el diseño de políticas y programas y la coordinación de las entidades del área. Por su parte, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el servicio descentralizado responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sistema público. En tal sentido, el FONASA tiene a su cargo la operatoria del seguro social de salud de los usuarios del sector público. La base productiva de este sistema está conformada por 26 Servicios de Salud, organismos autónomos con personalidad jurídica y patrimonio propio, responsables de las prestaciones de salud secundaria y terciaria ofrecidas a través de una red de establecimientos hospitalarios —un total de 200 con diferente nivel de complejidad— así como de centros de atención abierta (adosados a los hospitales).

Por otra parte, la atención de salud primaria en el sistema público está a cargo de Centros de Atención Primaria que ofrecen servicios curativos de baja complejidad técnica a través de una modalidad de atención abierta, a la vez que realizan actividades de fomento y prevención de salud. La red de atención primaria consta de un total de 376 consultorios, además de 1102 postas rurales y 720 estaciones médico-rurales.

El sistema de salud privado está conformado por instituciones de salud previsual (Isapres) y por productores de salud particulares. Las Isapres se originan en la reforma de la seguridad social del año 1981, y en la actualidad (1995) comprenden 22 instituciones de carácter abierto a todo público y 12 cerradas a trabajadores de empresas específicas (*self-insurance*).

Los proveedores privados de salud son clínicas, hospitales y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las Isapres como a los cotizantes del sistema público, a través de una modalidad denominada de libre elección. En algunos casos las Isapres ofrecen en forma directa prestaciones de salud, integrando verticalmente las actividades de seguro y producción del servicio.

La regulación del sistema de salud es responsabilidad del Ministerio de Salud, quien tiene a su cargo la supervisión, evaluación y control del conjunto de las políticas de salud. Por otra parte, la Superintendencia de Isapres es un organismo público descentralizado que se responsabiliza del registro y fiscalización de estas instituciones.

2. ACCESO Y FINANCIAMIENTO

El acceso de la población a la atención de salud en Chile ocurre a través de un sistema de afiliación de carácter obligatorio. Así, todos los trabajadores dependientes del país —al igual que los pensionados— tienen la obligación de cotizar un 7% de sus ingresos al sistema de salud. Este pago puede ser realizado al FONASA, en cuyo caso el cotizante y su grupo familiar (dependientes) quedan adscritos al sistema público de atención de salud, o tener como destino una Isapre, pasando en este caso a formar parte del sistema de salud privado.

La elección del sistema público tiene carácter unilateral, puesto que basta la decisión del demandante para que acceda —junto a sus dependientes— a los beneficios de salud provistos por el sector. La modalidad

de seguro corresponde al tipo de seguridad social en la medida que los beneficios que se obtienen no poseen necesaria relación con el nivel de la cotización efectuada. Además, se produce la redistribución característica de estos sistemas desde las personas de mayores ingresos hacia aquellas de ingresos más bajos. Asimismo, el sistema público acoge a las personas y/o familias que no disponen de ingresos —denominados indigentes— quienes son clasificados como beneficiarios no cotizantes del FONASA.

Cuando la persona se adscribe al FONASA obtiene acceso a dos tipos de oferentes de salud. En la modalidad institucional puede acudir a los consultorios de atención primaria de las municipalidades y, en caso de atenciones de mayor complejidad, ser referido a los establecimientos hospitalarios del sistema público. La segunda modalidad de atención, de libre elección, está abierta sólo para los beneficiarios cotizantes del FONASA, quienes pueden acudir a un conjunto de oferentes privados asociados con FONASA para tal efecto.

Los beneficiarios del FONASA tienen derecho a atención y medicamentos gratuitos en los consultorios de atención primaria del sistema público. En cambio, el acceso a los establecimientos hospitalarios requiere un copago que fluctúa —según el nivel de ingreso del usuario— entre un 0% y 50% del arancel establecido para la prestación. Asimismo, el acceso a la modalidad de libre elección está sujeto a una estructura de copagos en función del tipo de prestación (no del ingreso).

La modalidad dominante respecto del pago a los prestadores de salud en el sector público ha sido de carácter centralizado y burocrático. La asignación de recursos se ha efectuado sobre la base de presupuestos históricos y por criterios de negociación discrecional. Los pagos al personal profesional y no profesional han estado vinculados en lo fundamental a variables de tipo categórico, las cuales no guardan relación con la productividad de la labor efectuada. En el último tiempo se ha diseñado un conjunto de instrumentos de pago basados en criterios prospectivos según población adscrita —en el caso de los consultorios municipales— y según el tipo de prestación en la atención hospitalaria, que intentan introducir un mayor nivel de eficiencia y rendición de cuentas en la oferta de prestaciones del sistema público.

Por su parte, el sistema de Isapres opera como un seguro de salud individual y privado, donde los beneficios ofrecidos son una función de la prima pagada y del nivel de riesgo médico de los asegurados

(*experience rating*). En este contexto, la obligación de cotizar el citado 7% de los ingresos confiere un rasgo particular al sistema de Isapres chileno. En efecto, de acuerdo al monto de la cotización, así como al riesgo médico de los asegurados, la Isapre ofrece un plan de seguro de salud que relaciona el gasto esperado con los pagos efectuados. En términos económicos, la cantidad del servicio es la variable endógena en la transacción, la cual se ajusta a un precio que es determinado en forma exógena. Una excepción a esta práctica está dada por la posibilidad de adquirir planes de seguro adicional a cambio de una cotización superior al 7% del ingreso.

Los planes de seguro ofrecidos por las Isapres especifican los porcentajes de reembolso por concepto de prestaciones y servicios asociados (exámenes, días-cama, etc), así como techos límites de la tarifa a reembolsar. En términos generales, los porcentajes de reembolsos y los techos crecen con la prima pagada por el plan de salud.

Una variante del seguro individual es un convenio colectivo ofrecido por las Isapres para grupos de personas; usualmente sindicatos y trabajadores de una misma empresa. En cualquier caso, el convenio ofrece beneficios específicos según el nivel de ingreso de subgrupos de asegurados (supervisores, empleados, obreros) manteniendo la lógica del seguro individual.¹

El pago a los prestadores privados opera a través de reembolsos por servicios prestados, sistema que minimiza el riesgo financiero para los oferentes de salud. También existen alternativas de acceso a subconjuntos acotados de prestadores a precios más reducidos que en la variante de plena libertad de elección. Esta última modalidad puede operar a través de listas de prestadores que tienen convenio con la Isapre respectiva, donde el sistema de pago continúa siendo por servicio prestado, o a través de una modalidad de atención cerrada en el caso de aquellas Isapres que poseen infraestructura propia de prestadores de salud.

El cuadro 1 presenta la cobertura de los sistemas público y privado de salud en el año 1995. El sistema de Isapres cubría a alrededor del 30.4% de la población, mientras que el FONASA representaba el 69.6%. Cabe agregar que la suma de ambos sistemas excluye a las fuerzas armadas, las que tienen un régimen previsional distinto. Asimismo, la

1. Algunos intentos de ofrecer seguros colectivos fueron abortados por la emigración de las personas de mayores ingresos, las cuales podían optar a mejores planes individuales. Este es el caso clásico de selección adversa de los seguros.

cobertura del sistema público está algo sobreestimada puesto que se trata de una estimación de las 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 de Isapres corresponde a la población que está efectivamente cotizando en este sector. Al respecto, el 56.5% de los cotizantes activos depositaba su contribución en el sistema de Isapres, mientras que el 43.5% lo hacía en el sistema público. En cambio, la casi totalidad de los pensionados (96.2%) cotizaba en 1995 en el sistema público.

El cuadro 2 muestra la estructura de financiamiento de los sistemas de salud durante el año 1995. El gasto total en el sistema público ascendió ese año al equivalente 1 703 millones de dólares, los que fueron financiados a través de las cotizaciones de los afiliados al FONASA (33% del total de ingresos del sector), el aporte proveniente del presupuesto fiscal (48%), el copago para acceder a las prestaciones de salud en el sistema público —fundamentalmente en libre elección del FONASA— por el equivalente al 7% del total, mientras que el 12% restante provenía de otras fuentes de ingreso.

Por su parte, el gasto en el sistema de Isapres durante 1995 ascendió al equivalente a 1 167 millones de dólares. Esta cifra corresponde fundamentalmente a las cotizaciones recibidas de la población adscrita y excluye el componente de copagos sobre el cual no existe información sistemática.

3. EL SISTEMA DUAL DE SALUD

La estructura de seguros de los sectores público y privado de salud origina un sistema de carácter dual que separa la población en dos grupos. Así, la lógica de un seguro que funciona sobre bases individual y privada es la selección de asegurados según ingresos y riesgo médico. Por otra parte, el carácter de seguro solidario del FONASA se asocia con un mecanismo de selección adversa, puesto que las personas de alto ingreso y bajo riesgo médico tienen el incentivo a emigrar hacia el sistema privado. De esta manera, ambos esquemas son funcionales para dar origen a la estructura dual que concentra a las personas de alto ingreso/bajo riesgo en el sistema Isapres y aquellas de bajo ingreso/alto riesgo

en el sistema FONASA, institución que actúa como seguro de último instancia y que viabiliza al fin de cuentas al sistema dual de seguros de salud.²

El cuadro 3 presenta la cobertura relativa de los sistemas público y privado de salud particionando a la población según nivel de ingreso y edad (riesgo médico). La evidencia presentada es clara para mostrar la segmentación del sector salud entre un sistema privado que concentra a las personas de ingreso más alto y menor riesgo médico y un sistema público que reúne a aquéllos de ingreso más bajo y mayor riesgo de salud.

El sistema de Isapres ha crecido en forma continua desde su creación en 1981 hasta representar en 1995 el citado 30.4% de la población cubierta por los sistemas público y privado de salud. Durante los últimos ocho años la tasa de crecimiento de las Isapres ha bordeado el 20% como promedio anual. El crecimiento del sistema de Isapres es aún más fuerte si se considera el subconjunto de la población que cotiza y, en particular, a aquellos laboralmente activos. El crecimiento del sector privado de salud también se ve reflejado en los indicadores de gasto y de prestaciones de salud. Las cifras disponibles —véanse los cuadros 5 y 6— sugieren que la introducción del sistema de Isapres generó las condiciones para la vigorosa expansión de la industria privada de la salud, la cual representa hoy día alrededor de la mitad del gasto total en el sector de salud.

La perspectiva dinámica señala que el sistema de Isapres ha sido exitoso en ampliar su base de cobertura. Al respecto hay dos factores causales importantes de destacar. Por una parte, el rápido crecimiento experimentado por la economía chilena a partir de 1986 ha elevado el ingreso de la población y ampliado la base de usuarios cuyo nivel de cotización les permite adquirir en el sector privado una cobertura de salud que consideran conveniente. Por otra parte, las Isapres han desarrollado una agresiva política de crecimiento hacia sectores de ingresos medios y medios/bajos sobre la base de planes colectivos y seguros de menor cobertura.

2. Algunos analistas postulan que la actuación del FONASA como último pagador alienta la práctica de selección de riesgos de las Isapres. Otros enfatizan la causalidad opuesta; que el rol de FONASA es necesario dada la conducta selectiva de las Isapres. Son dos interpretaciones diferentes para un hecho de naturaleza sistémica, donde existe reforzamiento mutuo.

La afiliación de un conjunto creciente de la población al sistema de Isapres es un elemento esencial en la evaluación del sistema de salud chileno, puesto que revelaría las preferencias de los usuarios por el sistema privado sobre la alternativa del sector público. Sin embargo, la mejor evaluación relativa que efectúan los beneficiarios del sistema privado no es sinónimo de aprobación absoluta del mismo. Para tal efecto considérese que, de acuerdo a la encuesta de opinión pública realizada por el Centro de Estudios Públicos (CEP) en el mes de noviembre de 1994, un 55% de los beneficiarios del sector público estarían insatisfechos o muy insatisfechos con su sistema de salud, mientras que un 69% se sentiría sin protección o insuficientemente cubierto. Al mismo tiempo, un porcentaje significativo de usuarios del sector de Isapres —un 45%— manifestaba insatisfacción respecto de su propio sistema de salud, a la vez que el 39% decía sentirse inseguro en tal esquema.

II. EFICIENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Un sistema de asignación de recursos es eficiente cuando ha agotado todas las posibilidades de producción e intercambio, a objeto de optimizar el bienestar de las personas que demandan el bien o servicio en cuestión. La asignación eficiente de los recursos se logra cuando se cumple una serie de condiciones. Primero, los demandantes tienen un conjunto bien definido de preferencias por los bienes y servicios a consumir y asignan libremente su ingreso entre aquéllos. Segundo, los oferentes demandan insumos y producen en condiciones competitivas, igualando el costo marginal de producción al precio de los bienes y servicios. Tercero, oferentes y demandantes determinan en forma descentralizada los precios de equilibrio del mercado en cuestión. Cuarto, no existen externalidades de manera que los agentes internalizan completamente los beneficios y costos de las actividades realizadas. Quinto, oferentes y demandantes poseen información completa. Sexto, los conjuntos de producción y de consumo son convexos.

Es bien sabido que los mercados de servicios de salud fallan esencialmente en proporcionar las condiciones requeridas para proveer asignaciones eficientes de recursos (Arrow, 1963; Hsiao, 1995, Musgrove, 1996). Así, los demandantes no tienen preferencias bien definidas sobre las actividades necesarias para la prevención y recuperación de la salud;

los oferentes poseen mayor información que los demandantes respecto del bien a producir; diversas actividades de salud están sujetas a fuertes externalidades; los establecimientos hospitalarios están sujetos a importantes economías de escala; y los insumos médicos no son homogéneos ni se ofrecen en condiciones competitivas. Por otra parte, la naturaleza aleatoria de la demanda por prestaciones de salud, así como los elevados costos asociados a ciertos tratamientos, tornan necesaria la operación de seguros para cubrir en forma adecuada los riesgos asociados. Como es bien conocido, los mercados de seguros están afectados a problemas de asimetrías de información que atentan contra la eficiencia de los mismos (Barr, 1992; Pauly, 1968).

Las variadas fallas de eficiencia que caracterizan el funcionamiento de los seguros y producción de servicios de salud, representan un rol clásico para la intervención gubernamental que compense las fallas del mercado y posibilite una asignación de recursos eficiente. Para tal cometido el gobierno dispone de un conjunto de instrumentos que, ordenados de menor a mayor grado de intervención, son los siguientes: provisión de información, regulación, mandatos (normas obligatorias), financiamiento y producción (Poterba, 1994; Musgrove, 1996). Sin embargo, la intervención pública está también afecta a fallas específicas, entre otras, insuficiencias en materia de acopio y procesamiento de información, distorsiones asociadas a la recaudación de ingresos públicos, y objetivos distintos al bienestar social de funcionarios y políticos.

Las fallas naturales del mercado en la provisión de seguros y servicios de salud, unidas a las insuficiencias propias de los gobiernos, entrega como resultado un sector en cuya organización confluyen elementos de mercado y de intervención pública. Las fortalezas y debilidades de los sectores público y privado varían según cada país y aconsejan un tratamiento pragmático para determinar la mezcla más adecuada. Por otra parte, existen dificultades intrínsecas a la compatibilización de los diversos objetivos que persiguen los sistemas de salud: equidad, eficiencia, contención de costos y satisfacción del usuario, de manera que no existe un país que haya logrado una solución óptima al problema de la asignación de recursos en el sector salud. Pero sí es claro que muchos países podrían obtener ganancias substanciales si procedieran a reorganizar sus sistemas de provisión de salud. A este respecto es sugerente que la mayor parte de ellos estén preocupados de la reforma del sistema de salud.

A continuación se revisan los aspectos de eficiencia más relevantes en el funcionamiento de los mercados de seguros y producción de salud chilenos. A fuerza de simplificar el argumento, se puede postular que los problemas de eficiencia en el sector privado están concentrados en la organización del seguro, mientras que aquellos más importantes en el sector público se asocian a la esfera de la producción de los servicios de salud. De tal manera que el sistema de salud dual de Chile parece haber sumado los problemas de eficiencia, que típicamente afectan a los sectores público y privado, antes que haber realizado una consolidación más satisfactoria de los mismos.

1. SECTOR PRIVADO

Los problemas de eficiencia que presenta el sistema privado de salud están principalmente asociados a las características de los seguros ofrecidos. Éstos, a su vez, son determinados por el marco institucional que rige el funcionamiento de las compañías aseguradoras. En efecto, la obligatoriedad de destinar el 7% del ingreso a comprar un seguro de salud de tipo individual entre los ofrecidos por aseguradoras que compiten entre sí, implica la casi natural proliferación de un esquema de selección de riesgos caracterizado por una multitud de ofertas de planes de difícil evaluación por parte de los usuarios, planes que ofrecen coberturas de corto plazo no necesariamente coincidentes con aquellas que determinaría un esquema de afiliación voluntaria, y que aparecen por lo demás asociados con elevados gastos de administración y ventas. Las ventajas potenciales del sistema de Isapres estarían asociadas a las ganancias de eficiencia que proveen los esquemas competitivos y sus atributos asociados: libertad de elección, variedad de productos, flexibilidad y disciplina económica. Tales beneficios son más atingentes al área de prestadores, pero su desarrollo ha sido posibilitado por la intermediación que los seguros de salud han realizado con respecto a los demandantes.

a) Cotización obligatoria del 7% para seguros individuales

La cotización obligatoria del 7% para adquirir un seguro de salud de carácter individual constituye una anomalía importante en la organización

del sistema de salud chileno. En efecto, las cotizaciones obligatorias sobre el ingreso son típicas de los esquemas de seguridad social de tipo solidario, los cuales realizan una redistribución de recursos desde las personas de ingresos altos hacia las de ingresos bajos al interior del sistema de salud. En tal esquema la cotización actúa como un impuesto de uso específico; esto es, tiene como destino exclusivo el financiamiento del sector salud. El seguro de salud social solidario entrega beneficios de carácter homogéneo a sus usuarios, independientemente del monto cotizado por cada cual. Ello, unido a que la cotización se calcula como una fracción del ingreso de las personas, da lugar al citado proceso de redistribución interna que caracteriza a estos seguros de salud.

Por su parte, la esencia de un seguro individual y privado, como los ofrecidos por el sistema de Isapres, es la vinculación entre la prima del seguro y los beneficios esperados en materia de prestaciones de salud. Tal esquema no considera una redistribución *ex ante* de recursos en la medida que cada cotizante espera recibir beneficios en función del pago efectuado. Como en todo tipo de seguros importa hacer una distinción entre los pagos esperados y los efectivos, puesto que estos últimos se materializan sólo en caso de ocurrir la situación que cubre el seguro. En tal sentido, siempre habrá un proceso de redistribución de recursos *ex post* desde aquellos que no hacen uso del seguro hacia quienes sí lo requieren. Pero tal transferencia es consustancial a la esencia de los seguros, cual es, la dispersión de los riesgos entre los partícipes del esquema.

Los seguros de carácter individual pueden ser discutidos desde una perspectiva de eficiencia y equidad, pero poseen una racionalidad distintiva que les define su alcance y cometido. En este contexto, el financiamiento de estos seguros a través de una cotización como fracción del ingreso introduce un elemento extraño a esa racionalidad y es una fuente de ineficiencias y pérdidas de bienestar para la población adscrita al sistema.

En efecto, el esquema vigente hace que la mayoría de las personas —en estricto rigor, grupos familiares— adscritas al sistema de Isapres no elija su plan de seguro de salud, sino que éste le sea impuesto por la normativa descrita. Ello ocurre en la medida que la prima pagada —que no es elegida— determina el monto del servicio adquirido (cobertura del seguro). A este respecto, el mercado de Isapres ofrece una gran variedad de planes de seguro, dependiendo de cual sea el nivel de cotización y el riesgo de salud de los afiliados. Así, determinado el nivel de riesgo de

los asegurados, el mercado proveerá un nivel de cobertura en función del pago efectuado, sin que haya habido mayor grado de elección por parte de las personas.

Una excepción a la situación descrita lo configura la persona (grupo familiar) cuya demanda por seguros excede el monto que puede adquirir su nivel de cotización. En este caso el cotizante tiene la opción de adquirir seguros adicionales, que hagan consistente su demanda con el producto adquirido. De esta manera, el divorcio entre elección y consumo ocurre en los casos en que la cantidad demandada por seguros es inferior a la preestablecida por la cotización obligatoria.

La cotización obligatoria del 7% es ineficiente no sólo porque restringe la elección de un conjunto de la población, sino porque además provoca externalidades negativas sobre el resto de la población. En efecto, el segmento de la población con una elevada relación cotización/gasto esperado en prestaciones de salud origina que las Isapres compitan sobre la base de beneficios superfluos: tecnología médica sofisticada, hotelería de lujo y otros. Esta estructura de demanda tiene un efecto de equilibrio general sobre los precios de las prestaciones para los distintos segmentos de usuarios, especialmente si los insumos utilizados son específicos y tienen usos sustitutos al interior del sector (por ejemplo, los médicos). Ello implica un posible deterioro en la calidad —o un incremento en el precio— de aquellos productos destinados a otros segmentos del mercado (por ejemplo, salud para la tercera edad).

b) Competencia, movilidad y seguros de corto plazo

El carácter competitivo del mercado de seguros de Isapres, que alienta la libre elección y el cambio de institución tras la búsqueda de mejores alternativas de planes de salud, tiene como resultado un seguro de carácter transitorio, que provee coberturas acotadas en el tiempo y que atenta contra la toma de compromisos de larga duración entre la Isapre y el afiliado. Tres son las principales ineficiencias que se derivan de este esquema: la subprovisión de actividades de fomento y previsión de la salud, la desprotección de la tercera edad y los elevados gastos de administración y ventas del sistema de Isapres.

En primer término cabe establecer que las Isapres generalmente no ofrecen ni alientan la atención de salud preventiva. Ello ocurre en la

medida que la institución no está segura de internalizar los beneficios derivados de la inversión en salud preventiva —esto es, un menor gasto futuro en salud curativa— puesto que los cotizantes pueden cambiarse de Isapre las veces que deseen. En tal sentido, la oferta de este tipo de actividades está sujeto a una subprovisión, tal como ocurre en todos aquellos ámbitos donde priman las externalidades. Este resultado es claramente ineficiente, puesto que la sociedad y los propios beneficiarios de las Isapres terminan gastando más en salud que si hubieran efectuado las labores de prevención necesarias.

Sin embargo, el argumento de externalidades se aplicaría sólo a las compañías aseguradoras, pero no podría extrapolarse para los usuarios del sistema quienes internalizarían plenamente los beneficios asociados al fomento y prevención de la salud. Si éste fuera el caso, el mercado de seguros debería proveer en forma eficiente las actividades de fomento y prevención. ¿Por qué no ocurre así? Una razón podría ser la falta de conocimiento por parte de las personas respecto de las tecnologías necesarias para generar un estado adecuado de salud. Pero quizás la razón más importante es simplemente miopía sobre el futuro o, expresado en forma más técnica, tasas de descuento muy elevadas que castigan fuertemente los beneficios futuros derivados del cuidado de la salud versus la satisfacción inmediata asociada a conductas en detrimento de la salud.³ A ese respecto el Estado se ha reservado el derecho de hacer obligatorio el consumo de ciertos bienes sobre la base de su carácter meritatorio y porque su subconsumo termina imponiendo costos a la sociedad que rescata en última instancia a las personas en necesidad, independientemente de que ellas hayan o no asumido las labores de prevención.⁴

La información existente valida la hipótesis sobre la subprovisión privada de actividades de fomento y prevención. Si bien las Isapres tienen la obligación de ofrecer un examen preventivo anual y gratuito a sus beneficiarios, en la práctica la iniciativa tiene baja incidencia puesto que no se publicita o bien se dificulta su realización a través de desincentivos como horarios incómodos, colas de atención, exámenes superficiales, etc.

3. Más en general: ¿por qué parte importante de la población efectúa actividades claramente riesgosas para su salud, como son los hábitos de fumar, beber en exceso, sedentarismo, mala alimentación y otros diversos?

4. Igual razonamiento se aplica a otros mandatos como el uso obligatorio del cinturón de conducir y el requerimiento de generar ahorros previsionales para la vejez.

De esta forma, el gasto en el examen preventivo ascendió a un escaso 0.2% del gasto total de las Isapres durante 1994.

La segunda implicancia de los seguros de naturaleza transitoria es la eventual desprotección de la tercera edad, esto es, la posibilidad que una persona que haya estado afiliada al sistema de Isapres durante su vida joven y adulta —cuando sus gastos esperados de salud son relativamente menores— tenga que abandonar el sistema al llegar a la tercera edad, cuando los gastos esperados en atención de salud se incrementan substancialmente y, en correspondencia, también aumenta la prima requerida para obtener un seguro que cubra razonablemente tales gastos.

La desprotección a la tercera edad es una de las principales áreas donde las Isapres proyectan mala imagen. Ello en la medida que atenta contra uno de los objetivos que más valoran las personas en su sistema de salud, cual es, la seguridad de ser atendido en caso de necesidad. ¿Qué más lejos de tal expectativa podría estar un sistema que eventualmente abandona a sus afiliados cuando éstos son más vulnerables y necesitados de la atención de salud?

Existe además un efecto de equilibrio general en una estructura de seguros que discrimine contra la tercera edad, puesto que en tal caso los elevados gastos de salud esperados para la vejez serán en parte resultado endógeno de la estructura de la demanda generada por el sistema. En efecto, tales gastos serán más elevados que en caso que se desarrollara una medicina específica —infraestructura, especialistas— para las personas de mayor edad, que aplique métodos efectivos en función del costo para el cuidado y tratamiento de la salud en dicho estrato.⁵

En cualquier caso, la valoración que las personas hacen de la seguridad del acceso a la salud durante la tercera edad es reconocida por las propias Isapres. A estas instituciones les interesa encontrar una solución satisfactoria al problema, tanto para mejorar su imagen pública como por consideraciones de mercado, puesto que la institución que logre ofrecer un producto atractivo en estas materias acaparará una fracción significativa de la demanda. En relación a esto, es ilustrativo citar que uno de los planes en etapa de desarrollo en esta materia establece ofrecer un plan básico de salud para la tercera edad sujeto al cumplimiento de tres requisitos: (i) una sobrecotización de 1.5% de los ingresos; (ii) estar adscrito

5. La subprovisión de actividades de prevención y de fomento de la salud también contribuiría a la elevación ineficiente de estos costos.

a la Isapre al menos 10 años antes de cumplir 65 años; (iii) realizar en forma obligatoria actividades de prevención de la salud durante ese tiempo y, en caso de detectarse alguna enfermedad, someterse a los tratamientos adecuados.

Es interesante anotar que la solución privada propuesta al problema de la protección de la tercera edad requiere sacrificar espacios de libre elección por parte de los demandantes, al exigir como requisito la adscripción a la institución por un período previo mínimo de 10 años. El caso ilustra a la perfección el tipo de *trade-off* que puede surgir entre el objetivo de libre elección y movilidad versus la adquisición de compromisos de largo plazo que provean formas más completas de seguro.

No obstante lo anterior, la información existente refuerza la hipótesis de desprotección de la tercera edad como situación vigente en el sector. En primer lugar, sólo una proporción menor de personas mayores de 60 años son beneficiarios del sistema de Isapres (véase el cuadro 3). Segundo, la estructura de primas vigente en el mercado establece que el costo del seguro para las personas mayores de 60 años fluctúa entre 2.5 y 5 veces la correspondiente a la de los adultos jóvenes. Tercero, a la fecha las Isapres no han logrado desarrollar soluciones eficaces para tratar el problema descrito.

Un mecanismo que podría preservar los objetivos de competencia y seguridad en la vejez es el financiamiento de la cobertura de salud de las personas de edad avanzada a partir de sus ahorros previsionales. De hecho, algunos años atrás se postuló destinar una fracción de la cotización de salud a una cuenta de ahorros que financiara los mayores gastos esperados para la salud en la tercera edad. Tal iniciativa se frustró en el debate acerca de si la citada tasa (0.9%) debía estar incluida —o sería adicional— en la cotización del 7%. En similar perspectiva, el trabajo de Fischer, Romaguera y Mizala (1995) postula que las mayores primas de los seguros para la tercera edad podrían ser financiadas con los ingresos generados por los actuales fondos de pensiones, después de tomar en consideración la reducción de cargas familiares asociada a la tercera edad. Sin embargo, existe debate sobre los supuestos en que se basan estos planteamientos.

El tercer problema asociado a los seguros individuales de salud provistos por instituciones que compiten por los usuarios, son los elevados costos de administración y ventas. La evidencia empírica para el caso chileno avala esta hipótesis: durante el período 1990-1995 el gasto en

administración y ventas de las Isapres ascendió a alrededor de un 30% del gasto en prestaciones médicas realizado por las mismas instituciones.⁶ Por otra parte, en el estudio de Larrañaga (1996b) se provee evidencia con respecto a la presencia de economías de escala, las que operarían disminuyendo el gasto por beneficiario en administración y ventas a medida que crece el número de personas adscritas al sistema. Así, el gasto promedio en estos rubros como porcentaje del ingreso total del sistema cayó desde un 19.9% en el período 1985-1989 a un 17.1% durante 1990-1994. La hipótesis de economías de escala también es avalada por la información de corte transversal en la medida que las Isapres más grandes tienden a presentar menores gastos de administración y ventas por beneficiario adscrito.

c) Transparencia y multiplicidad de planes

Una condición necesaria para que el funcionamiento de los mercados tenga por resultado una asignación eficiente de los recursos, es que los demandantes realicen decisiones informadas respecto de las alternativas de elección disponibles. Diversos autores (Diamond, 1994; Fuchs y Kramer, 1973) cuestionan las bondades de la asignación de recursos de *mercado en el sistema de salud*, dadas las dificultades informacionales que enfrentan los consumidores para realizar elecciones informadas y conducentes a la optimización de su propio bienestar. Tal crítica ha sido dirigida en particular a la asimetría de información existente entre los *prestadores de salud y los usuarios*, pero también puede aplicarse en materia de seguros de salud.

El caso chileno ilustra adecuadamente las dificultades que tienen las personas al enfrentar la elección del seguro privado de salud. En efecto, *el demandante se ve ante una gran heterogeneidad de planes de salud* ofrecidos por las Isapres, sin contar con la información necesaria para realizar una adecuada discriminación entre los mismos. Y aunque así fuese, no queda claro que tal variedad de planes sea garantía de las mayores ganancias de bienestar que generalmente se asocian a un rango más amplio de alternativas de elección.

6. Diamond (1994) estima que el costo de administración per cápita del sistema de AFP chileno —que opera sobre bases análogas al sistema de Isapres— es varias veces más elevado que el asociado a sistemas de seguridad social eficientes.

En 1995 existían alrededor de 8800 planes diversos de seguros de salud ofrecidos por las Isapres. Tal variedad responde a la diversidad de precios existentes determinados en forma exógena por la cotización obligatoria del 7% del ingreso. Como fuera descrito, el mercado genera un rango continuo de planes de seguro para responder a la oferta análoga de primas originada en la citada estructura de financiamiento. Más aún, el mercado de Isapres ofrece al interior de cada categoría de ingreso una gama de planes alternativos de dudosa utilidad. Al respecto, el cuadro 7 presenta los porcentajes de reembolso para el tratamiento del infarto al miocardio según planes de seguros máximo y mínimo de distintas Isapres. La fuerte variación que presenta la cobertura entregada para la citada prestación no responde a una racionalidad de eficiencia. Esta característica debe distinguirse de la diversidad existente en otras materias como el grado de aversión al riesgo y las preferencias por hotelería y demás características de índole general. En estos casos la diversidad de la oferta sí es conducente a ganancias de bienestar. En cambio, cuando los planes se diferencian según el tipo de prestaciones cubiertas se introduce un factor irracional de incertidumbre, que por lo demás puede inducir a prácticas de selección adversa por parte de los demandantes.

Las dificultades informacionales que caracterizarían al mercado de seguros de las Isapres se amplifican cuando se considera que cada institución funciona con una estructura específica de aranceles, sobre los cuales se determinan los copagos de las prestaciones. Un sistema de aranceles puede abarcar varios miles de tarifas según cada tipo de prestación, y sólo puede ser consultado por el usuario en la planta física de la Isapre. Se comprenderá que bajo tales condiciones resulta prácticamente imposible realizar una evaluación racional de la conveniencia de optar por uno u otro seguro de salud.

d) Acceso y pago a proveedores de salud

El sistema de seguros de las Isapres funciona básicamente a través de un esquema de libre elección de proveedores, en el cual los usuarios deciden el oferente del servicio de salud de acuerdo a sus preferencias y a los precios (copago) que enfrentan en cada caso. Por su parte, y salvo excepciones, los oferentes son reembolsados en forma retrospectiva de acuerdo a los servicios prestados (fee for service).

La libre entrada al sistema privado de salud es un bien apreciado por los usuarios. De esta manera, las personas pueden acudir a diferentes especialistas en búsqueda de un diagnóstico o la confirmación del mismo, elegir entre una gama de establecimientos para la realización de exámenes o tratamientos más complejos, etc. En suma, cada afiliado puede hacer amplio uso de su libertad de elección. Además, la forma de pago establecida hace que la remuneración del prestador dependa de la elección del usuario, lo que es funcional a la atención diligente y considerada, y contrasta con las modalidades de atención prevalecientes en el sistema público.

No obstante lo anterior, la combinación de libre elección y pago retrospectivo por prestaciones tiene asociados algunos problemas que podrían opacar las ganancias en materia de satisfacción del usuario antes descritas.

En primer término, recurre el tema de la supeditación de la demanda a la oferta. Esto es, si la demanda por prestaciones es largamente inducida por los prestadores —lo que no es necesariamente malo— la argumentación respecto de los beneficios de la libre elección pierde bastante fuerza.

En segundo lugar, aparece la inexistencia de puertas de entrada al sistema de salud privado. De esta manera, el usuario elige acudir a un especialista después de haberse autodiagnosticado el tipo de dolencia que le aqueja, en vez de acudir a un médico general que le provea un diagnóstico fundamentado y le derive —en caso de necesidad— al tipo de especialista requerido. En el esquema vigente es probable que se acuda al especialista equivocado, quien puede referir al paciente a la alternativa correcta o realizar una prestación sin contar con las ventajas comparativas necesarias. Imagínese este proceso repetido innumerables veces para tener una apreciación intuitiva del eventual nivel de ineficiencia asociado.⁷

La tercera fuente potencial de ineficiencia está ligada al sistema de pago que reembolsa a los proveedores por atenciones prestadas. En este esquema el prestador actúa libre de riesgo financiero, el que es absorbido

7. La estructura de demanda amplifica las ineficiencias de una cultura médica donde el especialista posee alto estatus en la profesión, mientras que el médico general es subvalorado. Como consecuencia de ello abundan los buenos especialistas y los médicos generales terminan efectivamente siendo de menor calidad.

completamente por los demandantes (intermediados a través de las compañías de seguros de salud). Por tal motivo el prestador no tendrá incentivos para contener los costos del sistema. Más bien lo contrario, es probable que los costos aumenten en respuesta a acciones que benefician al prestador del servicio de salud: minimizar el riesgo de las intervenciones, satisfacer a plenitud al consumidor en presencia de un tercer pagador y utilizar nuevas tecnologías sin mayor preocupación por su costo-efectividad.

Por las razones citadas el pago retrospectivo por servicios prestados es una modalidad raramente utilizada por los sistemas de salud en el mundo. Los sistemas más comunes son aquellos que traspasan parte del riesgo al proveedor: pagos prospectivos per cápita, pagos asociados a diagnóstico, presupuestos globales y otros. En cambio, en el caso del sistema de pago retrospectivo por atenciones el objetivo de contención de costos queda circunscrito a la esfera de los instrumentos de demanda (copagos y similares), lo cual puede restringir excesivamente el acceso a la salud y atentar contra el objetivo de seguridad que los sistemas de salud deben proveer a sus poblaciones usuarias (Ellis y Mc Guire, 1993).

e) Contención de costos

El problema más importante que han experimentado los sistemas de salud en los países de mayor desarrollo económico durante los últimos años es la explosión de costos (Hoffmeyer y McCarthy, 1994). Tal fenómeno ha sido particularmente agudo en los Estados Unidos, donde a juicio de los especialistas la modalidad de seguros privados se habría constituido en un factor agravante del citado problema (Weisbrod, 1991). ¿Ocurre algo similar en el caso de Chile dada la importancia relativa que tienen los seguros privados en el financiamiento del sector?

La información estadística disponible muestra que el costo técnico de las prestaciones por beneficiario en el sector privado de salud se ha mantenido relativamente estable a partir de 1986, después que la cotización para salud se estabilizó en la tasa actual del 7%.⁸ La tendencia que presenta el costo de la salud refleja en última instancia un patrón de

8. Nótese, sin embargo, que en sus comienzos el sistema de Isapres requirió para su funcionamiento un alza en la cotización para la salud desde el 4% inicial al actual 7%.

similar evolución al exhibido por los ingresos del sistema. En cierto sentido éste es un resultado tautológico, puesto que la conducta optimizadora de las instituciones en un marco de competencia induce a que el crecimiento de los costos esté alineado con la expansión de los ingresos.

El resultado anterior se origina en el hecho que las primas de los seguros están básicamente determinadas por la fracción del 7% de los ingresos que debe destinarse a tal efecto. Ello establecería una diferencia cualitativa respecto de aquellos sistemas donde la prima del seguro es determinada libremente en el mercado.

Se precisa, sin embargo, realizar algunas calificaciones previas a la deducción de conclusiones más definitivas. En primer lugar, se requiere considerar la evolución de los copagos para lo cual sólo se dispone de un estudio realizado por la Isapre Consalud, donde se estima que el gasto per cápita por concepto de copago se incrementó a una tasa anual promedio de 12.9% entre 1989 y 1993, causando que la relación entre gasto en copagos y gasto operacional de las Isapres se incrementara desde un 19.9% a un 32.2% entre los años citados. En segundo término, se necesita tener en cuenta que la recaudación por concepto de la cotización adicional voluntaria como porcentaje de la cotización obligatoria ha crecido desde un 10% en 1990 a alrededor de un 15% en 1995. Tercero, las cifras de gasto promedio están influenciadas por los cambios que experimenta en el tiempo la distribución de los cotizantes de las Isapres, la que se ha expandido hacia niveles de ingresos más bajos.

Los antecedentes arriba considerados sugieren que el gasto por beneficiario en prestaciones de salud —controlado por nivel de ingreso de los cotizantes— habría experimentado un alza importante durante los últimos años.

Finalmente, es importante reconocer la interrelación de los costos e ingresos entre los sistemas público y privado. En efecto, el ingreso medio del cotizante de las Isapres es determinado por el cociente beneficio/costos que el usuario espera encontrar en este sector versus la alternativa provista por el FONASA. Mientras mejor sea la alternativa Isapre respecto al FONASA, mayor será la población adscrita a la primera y menor será el ingreso del cotizante promedio del sector. Por otra parte, una hipótesis razonable de trabajo postula que los costos de los insumos del sector público dependen positivamente del nivel de actividad del sector privado, el cual influencia directamente la demanda por los insumos de salud y eleva los precios del mercado en su conjunto.

2. EL SECTOR PÚBLICO

Los principales problemas en materia de eficiencia del sector público han estado asociados a la gestión y producción de la salud. A tal resultado concurren una serie de características asociadas a la organización tradicional de la provisión pública: centralización de funciones; asignación de recursos a los establecimientos sobre la base de criterios de oferta; ausencia de mecanismos de rendición de cuentas hacia los beneficiarios; uso de tarifas y precios distorsionados; falta de disciplina financiera en un contexto de restricciones presupuestarias blandas y la gestión de tipo burocrático con baja autonomía y significativas restricciones en el uso de los insumos.

Es preciso establecer que el sistema público ha sido bastante activo en la búsqueda de soluciones a sus principales problemas. En efecto, desde inicios de los años noventa se ha desarrollado una serie de iniciativas tendientes a reformar el sistema de financiamiento a los proveedores, flexibilizar la gestión y el régimen laboral del sector y reorientar la actividad del FONASA hacia el seguro público. El avance de estas reformas se ha visto dificultado por el accionar de los gremios del sector, que junto con oponerse a algunos de los cambios han trasladado parte importante del debate hacia el terreno reivindicativo.

El análisis de eficiencia del sector público se realiza al nivel de sus principales instituciones: el FONASA, los Servicios de Salud que administran los establecimientos hospitalarios y los Centros de Atención Primaria a cargo de la administración municipal.

a) El FONASA

El FONASA es el organismo financiero del sistema público de salud. El papel que cumple al interior de este sistema es determinante en la asignación de recursos en el sector, esto es: qué, cómo y para quién producir. En tal sentido, el FONASA replica al interior del sector público de salud las funciones que los mercados realizan para la mayor parte de los bienes y servicios que se transan en una economía. La principal diferencia estriba en que el FONASA tienen códigos propios de intermediación. De esta

manera, ofrece servicios de salud a los demandantes utilizando como criterio de distribución mecanismos de racionamiento de cantidad (colas, listas de espera) antes que de precios. Asimismo, la modalidad histórica de organización ha sido dirigida a financiar la oferta de prestaciones, independientemente de los resultados alcanzados o de las preferencias de los demandantes. Como se detalla en las secciones que siguen, tal práctica ha impactado negativamente sobre la cultura y comportamiento de las organizaciones públicas de salud.

En cambio, la creación de mercados internos y la separación de las labores de financiamiento y de producción son un instrumento importante para generar mayor eficiencia en el sector público de salud. La labor del FONASA es idealmente visualizada como un intermediador entre consumidores que demandan salud y oferentes que proveen las prestaciones. Con cada uno de estos agentes el seguro adopta el papel de la contraparte: al enfrentar la demanda de los consumidores, actúa como oferente, ofreciéndoles alternativas de planes de salud con distintas coberturas. Al enfrentar a los proveedores, actúa como demandante de sus prestaciones y, como tal, tiene que tomar buenas decisiones respecto a la compra que efectúa (Oyarzo y Galleguillos, 1995).

Una fuente también significativa de ineficiencias vinculada a la labor del FONASA es la falta de sistemas de información sobre los cotizantes y beneficiarios del sector. Ello da lugar a problemas diversos que entorpecen la operatoria del sector público de salud. Así por ejemplo, la recuperación de costos en la modalidad institucional puede estar sujeta a considerables niveles de evasión en la medida que no se puede monitorear con eficacia la capacidad de pago de las personas. Tal situación es aún más grave en el caso de aquellos beneficiarios de las Isapres que aducen ser indigentes para acceder gratuitamente a los hospitales públicos en demanda de atenciones complejas que les significarían un alto nivel de copago en el sistema privado. Esta práctica ha favorecido la segmentación presente en el sistema dual de salud, al alentar —al menos para determinados estratos de ingreso— la cobertura de actividades de menor complejidad en el sistema privado y de aquellas más caras y complejas en el sector público.

No obstante lo anterior, es justo reconocer que el FONASA está modernizando sus sistemas de información y gestión para poder identificar plenamente a sus beneficiarios, tener un control adecuado sobre los recursos que financian el sistema, y proveer así una eficiente gestión de los mismos.

b) Los servicios de salud y la red de establecimientos hospitalarios

La problemática de la eficiencia de los hospitales públicos ha sido resalada en el marco de crecimiento de los recursos presupuestarios. En efecto, durante los años ochenta el gasto público en salud experimentó un fuerte retroceso y se produjeron significativos rezagos en áreas esenciales como personal, insumos médicos e infraestructura. Posteriormente, el gobierno de Aylwin realizó un serio esfuerzo para revertir las tendencias descritas. De tal modo, el gasto público en salud se incrementó en un 70% en términos reales en el período 1990-1994.

Sin embargo, el fuerte incremento del gasto no fue acompañado de una mejora equivalente en la percepción que la población tiene sobre la atención prestada en los establecimientos de salud del sistema público. En efecto, la encuesta CEP-Adimark de octubre de 1993 identificaba a la salud como el segundo problema nacional en orden de importancia, detrás de la delincuencia. Así, un 49.2% de la población encuestada evaluaba mal la labor del gobierno de Aylwin en materia de salud; mientras que la labor global del gobierno era rechazada sólo por un 20% de la población. En cambio, el gobierno de Pinochet obtenía en 1988 —en el período de gasto deprimido— una tasa de aprobación en la política de atención de salud significativamente superior a la obtenida por el gobierno de Aylwin al término de su mandato (33% versus 19%).⁹

La falta de respuesta del sistema a la inyección de nuevos fondos que reflejan las encuestas de opinión, es validada por las estadísticas que muestran que el aumento en el personal contratado durante el período 1989-1993 no fue seguido de un correspondiente aumento de la producción de prestaciones y procedimientos, de manera que la productividad de los mayores recursos destinados al sector habría sido muy baja (véase el cuadro 8). Un informe sobre la materia fue discutido internamente en el Ministerio de Salud Pública hacia mediados de 1994. Allí se señalaba la necesidad de realizar cambios institucionales que asegurasen la plena productividad de los recursos en el sector. El informe en cuestión fue rechazado por el Colegio Médico de Chile A.G., tras argumentar que no

9. En encuestas comparables de la misma fuente.

consideraba dimensiones como la calidad de las atenciones y otras variables cualitativas.

Los antecedentes presentados son, sin embargo, suficientemente claros para detectar la presencia de serios problemas de eficiencia que entran la gestión y producción de los servicios públicos de salud. Por lo demás, tal apreciación es una hipótesis común de trabajo que postulan la mayor parte de los analistas del sector. La causa de los problemas citados sería el modelo organizacional burocrático allí imperante, que depende críticamente del sistema de financiamiento en vigencia.

En efecto, la atención hospitalaria del sector público ha tenido dos fuentes principales de financiamiento en el período comprendido entre las reformas de comienzos de los años ochenta y el momento actual. Por una parte, los materiales e insumos médicos se financian a través del mecanismo FAP (Facturación por Atención Prestada). Éste es un sistema de recuperación de costos basado en las atenciones prestadas y que ha adolecido de insuficiencias en materia del costeo de las prestaciones y del sistema de recopilación de información de las atenciones efectuadas. Por otra parte, los costos laborales se financian en forma centralizada en la medida que el personal que trabaja en los Servicios de Salud (hospitales) posee rango de empleado público y está adscrito a la administración central del gobierno. Como tales, sus salarios son predeterminados según un conjunto de variables categóricas —título profesional, experiencia, lugar de trabajo— independientemente de los niveles de desempeño, esfuerzo o resultado.

La estructura de financiamiento orientada hacia la oferta favorece la organización burocrática, donde los procedimientos y las formas son más importantes que los resultados. En este contexto la gestión pública se desarrolla al interior de un conjunto de reglas institucionales y administrativas que, teniendo como fin originario el resguardo de la probidad en la gestión pública, adquieren una dinámica propia que termina enredando el funcionamiento de la organización en una trama de normas que olvida su función original (Marcel, 1993).

La estructura organizacional y financiera citada hace que la operación de los establecimientos se independice de las decisiones y preferencias de los demandantes. Por norma general, la desvinculación de la oferta respecto de la demanda provoca pérdidas de bienestar significativas, puesto que los bienes y servicios que se consumen no responden a las preferencias y/o necesidades de la población. Ahora bien, puede

argumentarse que las particularidades del servicio de salud tornan menos crítica la soberanía de la demanda, ya que en este mercado se acude precisamente a un oferente en búsqueda de conocimiento e información. No obstante lo anterior, la desvinculación de la oferta respecto de la demanda también favorece situaciones de abusos de poder, maltrato y, en general, una atención menos satisfactoria que la vigente en esquemas donde los pagos a los oferentes dependen de las decisiones de los demandantes.

La estructura organizacional y de financiamiento vigente en el sistema público atenta también contra la gestión autónoma de los establecimientos de salud. En efecto, la descentralización de los Servicios de Salud se circunscribe a una cuestión sólo formal si la mayor parte de las decisiones presupuestarias quedan en manos de instancias centrales. A este respecto considérese que, además de la determinación central de los salarios, el número de empleados en los establecimientos hospitalarios es controlado por el Ministerio de Hacienda y el despido de funcionarios está severamente restringido por la normativa vigente. Es claro que en tales condiciones no es posible lograr una oferta de servicios de salud que se adecúe a las especificaciones y contingencias de cada entorno, ni se puede esperar mayor eficiencia en la gestión de establecimientos de salud públicos.

Por último, la carencia de un sistema de precios que entregue señales claras para la asignación de los recursos al interior del sistema público de salud, provoca indisciplina económica y constituye una condición suficiente para que éstos se asignen en forma ineficiente. La existencia de una restricción presupuestaria blanda, donde nunca es claro el significado de un déficit operacional, contribuye a la citada falta de disciplina financiera de los establecimientos hospitalarios.

Las autoridades del sector comparten básicamente el diagnóstico descrito y han procedido a diseñar un esquema de financiamiento y organización alternativo. De esta manera, algunos años atrás se puso en marcha como plan piloto un nuevo sistema de financiamiento a los hospitales denominado PAD-PPP (Pagos Asociados a Diagnóstico y Pagos Prospectivos por Prestaciones).

El primer componente del nuevo sistema (PAD) establece un pago por diagnóstico de egreso de los pacientes que asisten a atención cerrada en los establecimientos hospitalarios. De esta manera, el PAD transfiere recursos sobre la base de resultados y establece los incentivos adecuados

para que los establecimientos provean las prestaciones de salud de manera eficiente. El sistema está planificado sobre la base de costos promedio, pero contiene la necesaria flexibilidad que la atención de salud puede requerir. Así, en el caso que un diagnóstico de ingreso derive en otro tipo de prestación se establece que el pago se realice en base al PPP; esto es, un pago por la atención efectivamente realizada.

El mecanismo PPP se aplica también para las prestaciones de menor frecuencia, para las cuales no existe un PAD preestablecido.¹⁰ A diferencia del esquema vigente en la actualidad, el pago por atención tiene un carácter prospectivo en el agregado, puesto que establece un presupuesto predeterminado para que cada servicio de salud lo asigne de acuerdo a las prioridades del caso. De esta manera se introduce un mecanismo de control de costos en el sistema PAD-PPP.

El problema reside en que el nuevo sistema de pagos ha estado operando en el nivel de los Servicios de Salud —no de los hospitales— y sólo lo ha hecho a nivel referencial. El financiamiento de los centros hospitalarios sobre la base del mecanismo PAD-PPP requiere flexibilizar el régimen de salarios y de empleo en el sector. En particular, el pago por diagnóstico de egreso no es compatible con una planta laboral prefijada en el nivel central y con una escala de remuneraciones que no responda a consideraciones de productividad. Más en general, se requiere dotar a los hospitales públicos de cierto grado de autonomía para que tenga sentido la introducción de los nuevos mecanismos de pago.

La piedra de tope para una efectiva modernización del sector público de proveedores ha sido la oposición de los gremios de quienes allí laboran. A partir de una combinación de elementos reivindicativos y culturales se ha estructurado una fuerte resistencia a la introducción de cambios que avancen hacia la mayor autonomía del sector. Así, tales iniciativas son percibidas como atentatorias contra la estabilidad laboral y como intentos de privatización del sector. En principio no son ni lo uno ni lo otro. Pero la resistencia a los cambios puede engendrar una situación que termine siendo tan crítica que requiera de cambios aún más radicales.

10. Se presume que un 40 a 50% del gasto en prestaciones de atención cerrada será financiado con el sistema de pago por diagnóstico (Lenz, 1995b).

*c) Consultorios de Atención Primaria*¹¹

Los Consultorios de Atención Primaria administrados por las municipalidades experimentan problemas semejantes a los descritos para el caso de los establecimientos hospitalarios.

En efecto, la atención primaria de salud se financió desde 1981 sobre la base de la Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipales (FAPEM), instrumento que en la práctica funcionó como una asignación presupuestaria decidida por criterios histórico-discrecionales sobre la base de techos en cuatro niveles: presupuesto fiscal, asignación centro/regiones, asignación región/comunas y asignación comuna/consultorios.

El FAPEM financiaba en principio la totalidad de los gastos de operación de los Consultorios de Atención Primaria, incluyendo los costos laborales. Los trabajadores de la atención primaria fueron traspasados a la condición de empleado particular, siendo contratados por los respectivos municipios con un salario que incorporaba consideraciones de oferta y demanda. Sin embargo, durante los últimos años se ha tendido a un esquema de negociaciones salariales de carácter nacional, inducido por la presión del gremio de trabajadores del sector. La entrega de concesiones salariales a través de este conducto rompe la relación laboral entre los trabajadores del municipio y el alcalde, reduce el ámbito de la administración local, y refuerza la lógica de la reivindicación centralizada. La reciente puesta en marcha del Estatuto del Trabajador de la Salud Municipal, donde se introducen cláusulas de alcance nacional sobre las remuneraciones y la carrera funcionaria de los trabajadores del sector, es un paso más hacia la recentralización de la salud primaria.

En el caso de la gestión municipal de atención primaria, las eventuales ineficiencias se refuerzan por una restricción presupuestaria blanda. Allí, las pérdidas experimentadas se convierten en déficit financiados con recursos municipales. La figura de déficit es luego utilizada por los municipios para presionar al nivel central por mayores aportes financieros. El problema para el gobierno es distinguir si las pérdidas ocurren

11. Esta sección está basada en Carcioffi, Cetrángolo y Larrañaga (1996b).

porque los ingresos otorgados son insuficientes para cubrir los costos de operación, o si existe un grado de ineficiencia en la gestión de los consultorios.

Se encuentra en etapa de implementación un nuevo mecanismo de financiamiento de la atención primaria de salud basado en un pago per cápita prospectivo. Este sistema reemplazaría a la modalidad de financiamiento FAPEM/techos, transfiriendo a cada consultorio un monto de recursos proporcional a la población allí inscrita. La transferencia por beneficiario varía según la condición tanto urbana/rural como pobre/no pobre de cada comuna.

La modalidad del pago per cápita determina el nivel de recursos por transferir a través de una fórmula (población inscrita por subvención per cápita), otorgando autonomía a cada administrador para efectos de la administración de estos fondos. El esquema de fórmula introduce mayor transparencia y objetividad respecto del sistema FAPEM/techos.

Asimismo, el financiamiento per cápita introduciría un mecanismo de rendición de cuentas en la operación de la atención primaria de salud. En efecto, el subsidio per cápita vincula la aceptación del servicio prestado con los recursos de que dispondrán los oferentes de salud, introduciendo un aspecto de cuasi-mercado en el sistema de atención primaria. Sin embargo, la distancia geográfica existente entre los consultorios dificulta el papel que puedan jugar la competencia y la libre elección en la asignación de recursos del sector.¹²

Un serio problema de eficiencia asociado a la municipalización de la atención primaria de salud ha sido el quiebre en el concepto de integralidad en la atención que siguió a la descentralización. En parte, el problema es de tipo operativo puesto que los consultorios y hospitales carecen de un mecanismo ágil y efectivo de coordinación y de referencia mutua. Más grave es el hecho que no se realizan actividades esenciales para la atención y cuidado de la salud, como es la planificación local sobre la base de las necesidades específicas de la población.

La desvinculación de la atención primaria respecto de los niveles superiores de atención de la salud, es identificada por los médicos que trabajan en los consultorios como una causa de deterioro de sus perspectivas

12. Algunas autoridades del sector han sugerido la posibilidad de extender el financiamiento per cápita a oferentes privados de atención primaria, que introduzcan la competencia faltante en el sector.

de trabajo y desarrollo profesional. Como corolario se produce un desinterés de los médicos por trabajar en la atención primaria, que redundará en una alta rotación y problemas de escasez de personal en dichos establecimientos.

El funcionamiento de una red de salud que integre los distintos niveles de atenciones, puede ser determinado a través de procedimientos burocráticos y jerárquicos, como ocurre en los sistemas centralizados. También es posible establecer esa red a través de contratos establecidos en forma voluntaria por las partes, como ocurre en segmentos del sector privado de prestadores de salud. El problema vigente en Chile es que el vínculo entre municipios y Servicios de Salud ha fallado en términos de establecer una red asistencial eficaz, quizás porque los objetivos e incentivos que enfrentan ambos tipos de organizaciones no han sido funcionales a tal propósito. En cualquier caso, éste es un tema que amerita mayor estudio.

III. EQUIDAD EN EL SISTEMA DUAL DE SALUD

La equidad es una categoría consustancial al análisis de la política de salud. Las materias que tienen que ver con la salud de las personas están directamente vinculadas con su bienestar y calidad de vida. Por otra parte, la falta de salud puede provocar dolor y sufrimiento, además de impedir el normal desempeño de la vida humana. Por tal razón, los criterios de asignación y distribución de los recursos que se destinan al cuidado de la salud están fuertemente influenciados por los juicios éticos que prevalecen en las distintas sociedades.

El análisis de equidad es complejo debido al carácter normativo del concepto y a la existencia de juicios éticos diferentes que, sujetos a diversos grados de coherencia, poseen las personas que integran una sociedad. Así, mientras hay situaciones que originan relativo consenso en la población, reflejando su acuerdo con las acepciones más comunes de equidad, existen también materias que dividen a la sociedad en grupos antagónicos al provocar un enfrentamiento entre concepciones de equidad que, aún cuando opuestas, pueden ser completamente legítimas. La resolución de estas materias corresponde en última instancia a la esfera del proceso político, donde los intereses y valores que poseen los distintos grupos de la población debieran ser compatibilizados.

El debate público sobre materias de equidad en el sistema de salud chileno enfatiza elementos críticos sobre el funcionamiento del sector. Quizás el más importante se refiere a la falta de equidad de un sistema que divide a la población entre ricos y pobres, según la respectiva adscripción a los sistemas Isapres y FONASA. Otros temas en el debate de equidad son la pertinencia de los subsidios públicos que beneficiarían al sistema privado; la redistribución que ocurre en el sistema FONASA desde personas de ingresos medios a aquellas de bajos ingresos y el patrón de asignación de recursos al interior del sistema de prestadores públicos.

1. EQUIDAD EN EL SISTEMA DUAL DE SALUD

El sistema dual de salud que caracteriza al caso chileno origina dos *preguntas centrales* en materia de equidad. Primero, ¿es equitativo un esquema que asigna a las personas según su nivel de ingresos a sistemas que ofrecen distintos grados de acceso a las prestaciones de salud? En segundo término, ¿responde a consideraciones de equidad la diferenciación de personas según su nivel de riesgo médico por parte de los citados sistemas de salud?

Las cifras oficiales más actualizadas sostienen que para 1995 el gasto per cápita en el sector público ascendían al 76.5% del mismo gasto en el sistema privado,¹³ cifra que se compara bastante favorablemente con el 42.9% vigente en 1989 y que refleja el substancial incremento en el gasto público de salud acontecido durante los últimos años (véase el cuadro 4).

Las estadísticas anteriores representan presupuestos globales, que no corresponden al gasto efectivamente realizado en prestaciones individuales de salud. En el caso del sector público es preciso restar el gasto efectuado en inversión, salud pública y licencias médicas, mientras que en el caso de las Isapres se requiere descontar el gasto destinado a licencias médicas, administración, ventas y utilidades, a la vez que agregar el copago efectuado por los usuarios del sistema privado. Realizadas las modificaciones del caso, se establece que el gasto per cápita efectuado durante 1995 por el sistema público en prestaciones de salud habría sido

13. Esto es, el gasto en el sector dividido por el total de beneficiarios potenciales.

un 59.2% del realizado por el sistema privado, esto es, 49 059 pesos versus 83 790 pesos.¹⁴

Las diferencias de gasto citadas se traducen en un acceso diferenciado a las prestaciones de salud entre los sistemas público y privado, que refleja en última instancia la mayor capacidad de pago de los usuarios del sector de Isapres. Ahora bien, el acceso diferenciado a los servicios de salud no es necesariamente atentatorio contra las concepciones de equidad que presentan mayor vigencia en la actual sociedad chilena. Efectivamente, el presente ordenamiento reconoce como aceptables la existencia de diferencias en el acceso a los distintos bienes y servicios, incluyendo a aquellos que satisfacen necesidades básicas como es el caso de la alimentación y la vivienda. En tal sentido, se reconoce que equidad no es sinónimo de igualdad y la pregunta relevante es cuánta desigualdad resulta aceptable y cuál es el nivel mínimo acorde con la satisfacción de las necesidades básicas de las personas.¹⁵

Por otra parte, las diversas estadísticas disponibles sugieren que el acceso a la salud está distribuido entre la población en forma significativamente más pareja que el ingreso o, lo que es igual, el consumo de la generalidad de los bienes y servicios.

¿Cómo compatibilizar estos resultados con el fuerte cuestionamiento a la equidad del sistema de salud chileno? La disociación entre resultados y percepciones puede tener dos tipos de explicaciones. Primero, puede haber un porcentaje significativo de la población que estima que la salud debiera ser otorgada en condiciones más igualitarias que las hoy día vigentes, a pesar de que tal distribución sea marcadamente más igualitaria que la asociada a los demás bienes y servicios. Segundo, puede existir una asimetría importante entre la realidad que representan las estadísticas y la percepción de un conjunto de la población sobre la materia. Ello podría estar basado en consideraciones objetivas, como son los problemas de atención en el sector público, o tendría su origen en una agenda política interesada en resaltar los problemas de la salud por sobre otras materias de la problemática social.

14. Sobre la base de Bitrán (1996) y de una estimación para el copago en el sector privado de un 15% sobre el gasto en el sector de acuerdo a cifras disponibles para 1993.

15. El acceso diferenciado a las prestaciones de salud según el nivel de ingreso trasciende a la distinción sistema público versus privado, puesto que al interior del sector de Isapres hay una vinculación explícita entre el nivel de ingresos y los beneficios esperados en materia de cobertura de las prestaciones de salud.

La segunda pregunta sobre equidad dice relación con la segmentación de sistemas de salud según el nivel de riesgo médico de la población. La relación entre equidad y riesgo puede ser ilustrada en el caso de dos personas, idénticas en cuanto a ingresos y preferencias, que posean además el mismo riesgo *ex ante* de salud. El criterio de equidad horizontal —tratar igual a los iguales— postula que ambas personas debieran ser tratadas igual por el seguro de salud en cuanto a primas, coberturas, etc., y que si una de ellas adquiriera un mayor riesgo *ex post* de salud, el seguro cubriría adecuadamente los gastos asociados a tal condición.

¿Qué sucede, sin embargo, con las personas que poseen distinto riesgo de salud a la fecha de adquisición del seguro? ¿Es equitativo que las personas de mayor riesgo sean discriminadas en el sentido que se les cobre una prima más alta, o que, a igualdad de la prima, se les ofrezca una cobertura más baja? La respuesta a la última pregunta seguramente diferirá según cuál sea la causa del mayor riesgo que enfrenta la persona descrita. Es distinto el caso de un riesgo adquirido en forma voluntaria como ocurre con las conductas que causan reconocido perjuicio a la salud, de aquellas situaciones donde el riesgo es exógeno, de manera que la persona no tiene mayor control en su adquisición. En este último caso la mayor parte de las personas probablemente calificarán como injusto un sistema de seguro que discrimine contra los mayores riesgos de salud.

El funcionamiento del sistema de seguros de las Isapres se basa precisamente en la discriminación de riesgos, en el sentido que la prima del seguro está relacionada con el riesgo de salud de la persona. El ejemplo más evidente es el mayor precio de las primas para las personas de tercera edad que, como fuera señalado, representa entre 2.5 y 5 veces el valor de la prima asociada a planes para personas más jóvenes. Esta discriminación de riesgos implica que la probabilidad de pertenecer a una Isapre es más alta para las personas que poseen un mejor estado de salud. El resultado es un sistema que ofrecería mejor acceso a prestaciones a quienes menos las necesitan, al tiempo que las personas que experimentan mayores necesidades serían preferentemente asignadas al sistema público. Tal situación sería producto de la lógica de la competencia de un mercado de seguros privados, más allá de las intenciones de los administradores de las Isapres. En efecto, si una compañía implementase una política tarifaria equitativa para la tercera edad, que mantuviese las primas asociadas a los planes de las personas más jóvenes, experimen-

taría un proceso de selección adversa al atraer a los malos riesgos y provocar la emigración de los buenos riesgos, causando su rápida eliminación del mercado.

2. REDISTRIBUCIÓN AL INTERIOR DEL FONASA

Todo sistema de salud efectúa una redistribución de ingresos hacia los grupos más pobres, los cuales acceden a las prestaciones de salud en forma gratuita o fuertemente subsidiada. Los mecanismos utilizados para realizar esta redistribución varían según la organización del sistema de salud: los más utilizados son las cotizaciones en el caso de los esquemas de seguridad social y los impuestos generales en los sistemas que basan su financiamiento en los tributos (Hoffmeyer y McCarthy, 1994).

La condición híbrida del sistema de salud chileno también se refleja en la modalidad de redistribución utilizada para financiar la salud de los más pobres. En efecto, una parte de esta actividad se financia con impuestos generales que alimenta el denominado aporte fiscal al sistema público de salud. La otra parte es financiada con las cotizaciones que proveen las personas adscritas al FONASA. El problema es que esta última modalidad no funciona si existe la alternativa del seguro privado, puesto que las personas de ingresos más altos emigran hacia el sector de Isapres y la redistribución termina siendo financiada por los cotizantes de ingresos medios que permanecen en el FONASA.

Los sistemas de seguridad social que cubren el conjunto de la población y que redistribuyen ingresos a través de las cotizaciones pueden ser criticados desde una perspectiva de eficiencia,¹⁶ pero mantienen una lógica redistributiva que responde las más de las veces a criterios razonables de equidad. Sin embargo, esta lógica se quiebra cuando el sistema solidario ha sido fragmentado y cubre sólo a la fracción de personas situadas en la parte inferior de la distribución de ingresos. En este contexto no resulta claro que las cotizaciones deban ser utilizadas para financiar los grupos más pobres, menos aún si se carece de un sistema de información que focalice en forma efectiva los subsidios en estos grupos. Más allá de los problemas de equidad asociados a tal práctica, ésta acenúa la selección adversa presente en el sistema dual puesto que aumenta

16. En la medida que aparecen asociados con esquemas monopólicos semi-públicos.

los incentivos de quienes financian la redistribución interna del FONASA a emigrar al sistema de Isapres. En tal contexto es posible que los grupos de ingresos medios/bajos sean los más afectados por la peculiar estructura del sistema de salud chileno, ya que su alternativa es financiar (parcialmente) la salud de los más pobres cuando están en el FONASA o bien ser los clientes de última clase del sistema Isapres, con una cobertura bastante precaria de sus riesgos de salud.

3. SUBSIDIOS PÚBLICOS A LAS ISAPRES

La equidad del sistema híbrido es también cuestionada por los diversos subsidios que favorecerían a los beneficiarios del sistema de Isapres. Tal situación es presentada como inequitativa ya que se estarían destinando recursos públicos a las personas de mayores ingresos y fortaleciendo al sistema de seguros privado en vez de reforzar la atención en el sector público de salud.

En total existen seis tipos de subsidios públicos que favorecen a las personas adscritas a las Isapres. Sin embargo, cuatro de ellos son subsidios cuyo objetivo es fomentar actividades relacionadas con la salud a nivel de la población general, más allá del sistema de salud al cual pertenezca la persona. Sólo en el caso del 2% adicional y de la atención de beneficiarios de Isapres en el sistema público, se beneficia específicamente a quienes pertenecen al sistema de Isapres.

Así, un primer subsidio de carácter general es el pago de salario a la madre cotizante del sistema de salud —público o privado— en el período pre y post natal, como también en caso de ausencia laboral por enfermedad grave del hijo menor de un año. El pago referido constituye más bien un subsidio de orden laboral que es canalizado a través de las instituciones de salud previsional. Su propósito es fomentar la adscripción laboral de la mujer, independiente de su nivel de ingresos o sistema de salud al cual pertenezca. El subsidio, eso sí, es regresivo en la medida que estipula un pago proporcional al salario ganado por la beneficiaria, sujeto a un tope de alrededor de 1 800 dólares mensuales.

En segundo término, el gasto en los programas de inmunización nacional y de alimentación complementaria favorece a todas las personas que asistan a establecimientos públicos a hacer uso de estos beneficios. La justificación del carácter universal de estos subsidios radica en el

componente de externalidad o bien público asociado a las actividades de prevención y fomento de la salud. Ahora bien, en la práctica estos programas se autofocalizan puesto que las personas de mayores ingresos no concurren a los consultorios públicos.

A continuación aparecen los subsidios asociados a la exención de impuestos por concepto de cotización de salud y del gasto en las prestaciones de salud. Estos beneficios tienen un carácter universal, y su racionalidad económica es discutible.

Así, el tercer subsidio establece la exclusión del impuesto a la renta de aquella fracción del ingreso destinada a la cotización obligatoria de salud. Ello para evitar una eventual doble tributación de la cotización previsional (entendida como un impuesto). Sin embargo, es discutible el carácter de impuesto que la cotización de salud tendría en un esquema de seguros individuales que asocia dicho pago con el monto esperado de beneficios. Por lo demás, se trata de un subsidio regresivo en la medida que favorece a las rentas mayores.

Por otra parte, como las prestaciones públicas de salud están exentas del impuesto sobre el valor agregado (IVA), se decidió extender este beneficio a las prestaciones privadas —un cuarto subsidio— cuyo monto no supere el arancel referencial de FONASA. Sin embargo, no es clara la pertinencia de excluir del IVA al sector salud en una economía donde este impuesto cubre a prácticamente todos los bienes y servicios.

La cotización del 2% adicional es un quinto subsidio, el cual favorece solamente a los cotizantes de las Isapres. El beneficio funciona a través de la exención tributaria que reciben las empresas que complementan en tal proporción las cotizaciones que realizan a las Isapres los trabajadores situados en tramos bajos de ingreso (ajustado por el número de cargas). Este beneficio tiene algunas características de subsidio a la demanda, pero acotado sólo a las instituciones privadas de salud y sujeto a dificultades de fiscalización.

Finalmente, el sistema público otorga un subsidio de hecho a los beneficiarios de las Isapres que acuden a establecimientos públicos de salud y acceden en forma gratuita a prestaciones que les significarían un importante copago en el sistema privado. Esta situación deriva de la falta de mecanismos de información y control del sistema público y resultaría especialmente gravosa en el caso de los cotizantes de bajos ingresos de las Isapres que requieren prestaciones complejas de salud.

4. ASIGNACIÓN DEL GASTO PÚBLICO

A diferencia del sistema de Isapres, los beneficios otorgados por el sistema público de salud debieran contener un claro sesgo redistributivo, ya sea proporcionando beneficios parejos a la población sin distinciones de nivel socioeconómico, o bien, mediante una discriminación positiva hacia los grupos de menores ingresos. Tal cometido ha sido explicitado como uno de los objetivos fundamentales de la política de salud.

¿Son consistentes tales preceptos de equidad con las cifras disponibles? En Larrañaga (1996b) se confrontaron las estadísticas de gasto público en salud versus los indicadores de pobreza para las áreas geográficas cubiertas por los distintos Servicios de Salud. Para tal efecto, se construyeron estimadores de pobreza a partir de la información comunal contenida en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Chile) CASEN 1992. El procedimiento entregó un resultado preciso en 18 de los 26 servicios de salud en cuanto fue posible extrapolar con exactitud las medidas de pobreza. En los ocho casos restantes se dispuso de información sólo para un subconjunto de comunas del área geográfica cubierta por el Servicio de Salud respectivo. Las series de gasto per cápita a nivel de Servicios utilizadas fueron tomadas del estudio de Lenz (1995a), donde se realiza una corrección gruesa por los costos diferenciales de salud que introducen las variables de localización geográfica y prestaciones complejas.¹⁷

El resultado del análisis fue que la asignación de los recursos públicos entre los Servicios seguía una distribución más bien regresiva, puesto que el gasto per cápita corregido por costos diferenciales de la provisión de salud favorecía a las regiones que exhibían menor pobreza. La conclusión tiene naturaleza preliminar, ya que los supuestos utilizados para ajustar los costos diferenciales según Servicio de Salud pueden ser objeto de discusión.

17. De no proceder tal corrección, el gasto estaría influenciado por el componente de zona que recibe el personal que trabaja en las regiones más alejadas y por los costos de prestación asociados a actividades de alta complejidad en los establecimientos de referencia nacional localizados en la capital y grandes ciudades del país. Las series referidas de gasto se expresan en términos de la población beneficiaria del sector público en cada servicio.

A una conclusión parecida llega el trabajo de Larrañaga (1996a) respecto de la distribución comunal de los recursos públicos destinados a la atención primaria municipalizada. La información utilizada en este trabajo tiene como primera fuente a la Subsecretaría de Desarrollo Regional y el Ministerio de Salud. Así, cuando las comunas se ordenan de acuerdo a su nivel de población bajo pobreza, los deciles superiores de ingreso obtienen entre 50% y 100% de recursos adicionales que el resto de las comunas.

La desigual distribución del aporte público a los establecimientos de atención primaria sería consecuencia de un sesgo regresivo tanto en el aporte central como local. Este último puede ser fácilmente explicado a partir de la mayor disponibilidad de recursos de las comunas más ricas. El resultado sorprendente es el sesgo regresivo de la transferencia FAPEM. A modo de hipótesis se formulan dos tipos de explicaciones. Primero, el carácter del FAPEM de transferencia decidida por negociación entre el nivel central y regional/local habría favorecido a las instancias con mayor influencia política o poder de presión, que no serían aquellas con mayores carencias. Segundo, el traspaso de población desde el sistema de salud público al privado habría reducido con mayor fuerza la población beneficiaria de la atención primaria en los municipios más ricos. En la medida que los criterios de asignación estén, al menos parcialmente, basados en estimaciones ya obsoletas de la población beneficiaria, se produciría el efecto descrito.

IV. A MODO DE CONCLUSIÓN: LOS CAMBIOS NECESARIOS DE REALIZAR EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Los problemas de eficiencia y equidad del sistema de salud chileno han dado origen a diversas propuestas de cambio respecto de la actual situación (Aedo, 1994; Fisher y Serra, 1997). A continuación se resumen las principales líneas de una propuesta de reforma elaborada en forma reciente por un equipo interdisciplinario, a partir de un encargo realizado por el Ministerio de Salud (Departamento de Economía, 1997).

La propuesta de reforma se fundamenta en un diagnóstico similar al establecido en este trabajo: el sistema dual de salud imperante en el

país replica, por una parte, las deficiencias de los esquemas de seguros privados e individuales de salud, y por otra, las fallas asociadas a los esquemas de provisión públicos que se sustentan en esquemas de organización burocráticos y se financian sobre la base de la oferta. Al mismo tiempo, la propuesta de reforma reconoce las fortalezas existentes; entre otras, los logros en materia de salud pública que dan lugar a indicadores de vanguardia en la región latinoamericana, el desarrollo de la infraestructura privada de salud y el acervo de conocimiento y organizacional que se ha acumulado en instituciones como las Isapres y el FONASA.

Las líneas centrales de la propuesta de reforma son cinco: definir un Plan Garantizado de Beneficios de Salud (PGBS); establecer un régimen de competencia administrada para otorgar el citado PGBS; redirigir los subsidios públicos desde la oferta hacia los usuarios; establecer un sistema de manejo del riesgo basado en parámetros comunitarios y de largo plazo; proveer autonomía al sector de proveedores públicos.

El PGBS es el instrumento central sobre el cual se organizan los demás cambios propuestos. Se trata de una canasta de prestaciones de salud que el Estado garantiza a toda la población, sea subsidiando su adquisición a quienes no poseen los recursos necesarios, sea obligando a su cobertura al resto de la población. En tal sentido el PGBS se convierte en la nueva obligación previsional en la salud, y reemplaza a la cotización del 7% del ingreso.

El diseño del PGBS es responsabilidad de una Comisión de Reforma, organismo público descentralizado conformado por técnicos y representantes de la sociedad civil. El PGBS debe ser social y económicamente validado.

El PGBS atiende a las prestaciones de salud individual. Para resguardar las acciones de salud pública —aquéllas con carácter de bien público— se define un Plan de Salud Pública (PSP) que debe financiarse a partir de impuestos generales y ser la responsabilidad de los Servicios de Salud.

Asimismo, se establece la creación de planes adicionales voluntarios que complementen la cobertura del PGBS sobre la base de un pago suplementario. La equidad del sistema de salud se juega en la extensión del PGBS, no en la existencia de planes adicionales. En la medida que el PGBS cubra efectivamente las necesidades de salud de la población, los planes adicionales tendrán efectivamente una naturaleza optativa; acceder o no a ellos no resulta esencial para el cuidado de la salud.

El Plan es ofrecido por entidades denominadas administradoras del PGBS, las que pueden ser de propiedad pública (FONASA) o privada (Isapres). El PGBS es ofrecido en condiciones competitivas y su precio debe ser determinado por el mercado de manera de conciliar el diseño normativo con la disponibilidad de recursos existentes. Sin embargo, el carácter homogéneo del PGBS introduce transparencia en las transacciones y, sobretudo, induce a las administradoras a buscar la rentabilidad a través de convenios eficientes con los prestadores de salud, antes que en prácticas de "descreme" de los usuarios.

Al respecto, se establece libertad de sistemas de pago entre administradoras del PGBS y prestadores de salud. Sin embargo, el carácter homogéneo del producto, en conjunto con la competencia por atraer y retener a los usuarios, debiera privilegiar aquellos sistemas de pago más costo-efectivos, los que se caracterizan por requerir participación de los prestadores en el riesgo financiero asociado a las prácticas de prevención y recuperación de la salud.

El PGBS será ofrecido sobre la base del riesgo comunitario antes que individual. Ello significa que la prima del seguro o precio del PGBS no variará según el riesgo médico del usuario. En términos dinámicos, el precio de mercado fluctuará de acuerdo a las condiciones agregadas de oferta y demanda por el paquete de prestaciones. De esta manera, un individuo enfrentará a lo largo de su vida un precio del PGBS que no estará sujeto a recargos por incrementos en el riesgo personal de salud. Esto, unido a la condición que las administradoras estarán obligadas a no realizar prácticas de discriminación de riesgos con su cartera o con potenciales beneficiarios, implica que las personas accederán a una verdadera *seguridad* en materia de salud.

El requerimiento de un precio del PGBS basado en el riesgo comunitario y la prohibición de realizar prácticas de selección de riesgos torna necesario establecer mecanismos que tornen viable la operatoria de las compañías que administrarán el plan. Al respecto se establecen tres tipos de instrumentos. En primer lugar, se introduce un ajuste de las primas según categorías asociadas al riesgo ex-ante que presente la cartera de una institución; en particular, debe existir un mecanismo compensatorio entre compañías de acuerdo a la mezcla edad/género/localidad de su cartera. En segundo término, se establece un esquema de reaseguro de segundo piso que cubra los eventos catastróficos definidos como aquellos gastos por prestaciones incluidas en el PGBS que superen para un

beneficiario un techo a determinar. Tercero, la movilidad de los individuos con enfermedades pre-existentes entre administradoras es un aspecto problemático que hasta el momento sólo encuentra una solución teórica consistente en compensaciones monetarias entre las firmas. Alternativamente, la movilidad de los riesgos ciertos puede ser reemplazada por una adecuada regulación que asegure al enfermo una atención eficaz por parte de su primera administradora.

El financiamiento del sistema de salud proviene de los usuarios, quienes adquieren el PGBS y, a través de la intermediación de las administradoras, financian la oferta de prestaciones de salud. Un cambio importante que supone la reforma es la reasignación del financiamiento público desde la oferta hacia los usuarios de menores recursos, de modo que éstos suplementen la adquisición del PGBS. De esta manera la reforma sitúa al usuario en un lugar central, y le entrega poder para elegir sus prestadores a través de un mecanismo que asegura que el oferente se esforzará en brindar una atención digna y de calidad.

El traslado del financiamiento público hacia los usuarios requiere conceder autonomía a los oferentes públicos de salud: hospitales y consultorios. Estos últimos deben ser capaces de financiarse a través de la venta de prestaciones a los usuarios, intermediados por las administradoras del PGBS. Para tal efecto deben poseer autonomía real de gestión y manejo de recursos, incluido el referente al personal. La importancia del sector público de proveedores, en particular de los hospitales de mayor complejidad, torna crítico el tema de la autonomía del sector en el éxito de la reforma. Ello, unido a las dificultades políticas asociadas a la iniciativa de autonomía, recomienda elegir ésta como la variable estratégica de transición desde el actual sistema de salud hacia aquel propuesto en la reforma.

De esta manera, la propuesta de reforma introduce modificaciones que alteran esencialmente las áreas más neurálgicas de ineficiencia: seguros individuales de corto plazo y provisión pública burocratizada; introduce mayor equidad al garantizar a los usuarios un conjunto de prestaciones que cuide adecuadamente su estado de salud; y entrega poder a los usuarios al situarlos en el centro del sistema de asignación de recursos. Por otra parte, la propuesta de reforma rescata los logros más valiosos del sistema actual —salud pública, organizaciones y capital humano— y contiene elementos de economía política que tornan viable su implementación. A tal efecto, la reforma introduce cambios de importancia

en el sector público y privado (ley pareja) y ofrece incentivos para que la mayor parte de los agentes del sector se interesen en el cambio. Pero, ciertamente, se trata de una propuesta de cambio radical que necesita decisión y espacio político para su puesta en práctica.

ANEXOS

CUADRO 1
 COBERTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN 1995
 (Miles de personas, promedio anual)

	Privado Isapres	Público FONASA (1)
Beneficiarios	3 764 30.4%	8 637 69.6%
Cotizantes	1 650 42.6%	2 222 57.4%
Fuerza de trabajo	1 610 56.5%	1 238 43.5%
Pensionados	39 3.8%	982 96.2%

Fuente: Sobre la base de estadísticas del Fondo Nacional de Salud (FONASA), instituciones de salud previsional (Isapres), Instituto de Normalización Previsional (INP), y Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

(1) Estimaciones oficiales.

CUADRO 2
FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN 1995

	Privado Isapres	Público FONASA (1)
Total		
Millones de dólares	1 167	1 703
Fuentes (%)		
Aporte fiscal	5	48
Cotizaciones	94	33
Copago	-	7
Otros ingresos	1	12
Gasto por beneficiario (En dólares)	310	197
Cotización promedio (En dólares)	646	169

Fuente: Sobre la base de estadísticas del Fondo Nacional de Salud (FONASA) e instituciones previsionales de salud (ISAPRES).

(1) Estimaciones oficiales.

CUADRO 3
AFILIACIÓN POR ESTRATO DE INGRESO Y POR EDAD
(% cobertura)

Rango de edades	QUINTILES									
	I		II		III		IV		V	
	Sector público	Isapres								
0-20	93	7	82	18	69	31	51	49	30	70
21-50	92	8	82	18	69	31	53	47	34	66
51-64	97	3	94	6	88	12	81	19	51	49
65 y más	99	1	98	2	97	3	94	6	77	23
Total	93	7	84	16	74	26	60	40	39	61

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Chile) (CASEN) 1994.

CUADRO 4
 COBERTURA RELATIVA ISAPRES
 (Como % del total público y privado)

	Beneficiario (%)	Cotizantes (%)	Cotizantes activos (%)	Ingreso promedio cotizante Isapres (1)
1986	6.4	11.7	0.0	322.2
1987	9.8	15.2	21.5	284.6
1988	12.1	18.2	25.3	294.3
1989	13.9	21.8	30.0	313.5
1990	16.9	25.9	35.4	292.9
1991	19.8	31.0	42.0	280.2
1992	23.4	35.9	47.0	273.2
1993	24.3	40.7	52.7	265.2
1994	27.3	41.6	53.9	259.2
1995	30.4	42.6	55.2	277.3

Fuente: Superintendencia de instituciones previsionales de salud (Isapres).

(1) En miles de pesos mensuales de 1995. El tope máximo de cotización introduce una subestimación de este indicador.

CUADRO 5
 EVOLUCIÓN DEL GASTO PER CÁPITA SECTOR SALUD 1989-95
 (En pesos de 1995)

	Sector público	Sector Isapres
1989	30 090	105 356
1990	38 130	104 690
1991	43 206	102 475
1992	53 729	104 275
1993	61 792	105 822
1994 (1)	74 057	109 827
1995 (1)	88 756	117 775

Fuente: Subdepartamento de Programación Financiera del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

(1) Estimaciones propias.

CUADRO 6
DISPONIBILIDAD DE CAMAS Y NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS
(Por cada mil beneficiarios)

	Disponibilidad de camas		Número de consultas	
	Sector público	Sector Isapres	Sector público	Sector Isapres
1986	3.3	10.0	2 538	3 339
1987	3.3	7.7	2 383	3 355
1988	3.3	7.0	2 515	3 874
1989	3.3	5.9	2 583	3 566
1990	3.3	5.0	2 651	3 269
1991	3.4	4.1	2 781	3 242
1992	3.7	3.7	3 061	3 271
1993	3.7	3.2	3 022	3 356
1994	3.7	3.0	3 198	3 306
1995	---	---	---	---

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Superintendencia de instituciones de salud previsual (Isapres) y Ministerio de Salud Pública.

CUADRO 7
INFARTO AL MIOCARDIO CON BY PASS
PLAN TOP

	Total	Hospitali- zaciones	Exámenes Laboratorio	Materiales Cirugía	Honorarios	Farmacia Médicos	Otros
Valor de facturación	8 081 483	2 456 800	438 209	1 901 884	3 000 042	207 000	77 548
Porcentaje valor facturación total	100.0	30.4	5.4	23.5	37.1	2.6	1.0
Porcentaje de bonificación:							
Promedio	69.6	97.8	83.1	40.7	62.0	74.8	
Máximo	96.4	100.0	100.0	100.0	90.4	100.0	
Mínimo	51.7	87.0	22.7	0.0	46.4	0.0	
Desvinculación estándar	16.4	5.3	30.6	49.0	15.8	39.1	

Fuente: Departamento de Estudios, Superintendencia de instituciones de salud previsual (Isapres), 1993.

CUADRO 8
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD:
RECURSOS HUMANOS Y SERVICIOS PRESTADOS
(Índice 1989 = 100)

	1989	1993
Médicos	100.0	134.5
Enfermeras	100.0	122.3
Matronas	100.0	118.5
Auxiliares	100.0	107.7
Atenciones médicas	100.0	102.7
Atenciones enfermera	100.0	83.1
Atenciones matrona	100.0	105.2
Consultas urgencia	100.0	124.4
Intervenciones quirúrgicas	100.0	94.8

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Estadísticas e Indicadores de Atenciones, Chile 1978-1993.

CUADRO 9
INCIDENCIA NETA DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD POR HOGAR
(En miles de pesos de 1990)

	QUINTILES					TOTAL
	I	II	III	IV	V	
Prestaciones de salud	51.9	46.6	41.7	31.8	16.7	37.7
PNAC	8.7	7.1	4.2	2.2	0.8	4.6
Subsidio maternal	0.3	0.7	1.6	2.8	8.8	2.8
Licencias médicas (1)	0.9	2.3	3.1	4.3	7.5	3.6
Cotización y copago	6.6	17.9	26.9	41.1	47.3	26.4
Beneficio Neto	55.2	38.8	23.7	---	-13.5	22.3

Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación (Mideplan) sobre la base de Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Chile) (CASEN) 1990.

(1) Por cada mil beneficiarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Aedo, C. (1994), "Reforma del sector salud", *Chile hacia el 2000: ideas para el desarrollo*, F. Larraín (comp.), Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP).
- Arrow, K. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, vol. 52, N° 5.
- Asociación de Isapre (1995), "Análisis de los subsidios al sector de Isapre", Santiago de Chile, inédito.
- Barr, N. (1992), "Economic theory and the welfare State. A survey and interpretation", *Journal of Economic Literature*, vol. 30, N° 6.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (1994), *Modernizar con todos: hacia la integración de lo social y lo económico en Chile*, Washington, D.C., enero.
- Bitrán, R. (1996), "Equidad en el sistema de salud chileno", inédito.
- Carciofi, R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga (1996), *Desafíos de la descentralización. Educación y salud en Argentina y Chile (LC/L.950)*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cutler, D. (1995), "The cost and financing of health care", *The American Economic Review*, vol. 85, N° 2.
- Departamento de Economía, Universidad de Chile (1997), "Una propuesta de reforma para la seguridad social de salud", documento preparado para el Ministerio de Salud Pública en conjunto con Gredis y Bitrán y Asociados, Santiago de Chile, inédito.
- Diamond, P. (1994), "Privatization of social security: lessons from Chile", *Revista de análisis económico*, vol. 9, N° 1, junio.
- (1992), "Organizing the health insurance market", *Econometría*, vol. 60, N° 6.
- Díaz C., S. Valdés y A. Torche (1995), "Cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema Isapre", Santiago de Chile, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, diciembre.
- Ellis, R. y T. Mc. Guire (1993), "Supply-side and demand-side cost sharing in health care", *Journal of Economics Perspectives*, vol. 7, N° 4.
- Fischer, R., P. Romaguera y A. Mizala (1995), "Alternativa de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema Isapre", Santiago de Chile, Centro de Economía Aplicada, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, diciembre.
- Fischer, R. y P. Serra (1997), "Análisis económico del sistema de seguros de salud en Chile", Documento de trabajo, N° 17, Santiago de Chile, Centro de Economía Aplicada, Ingeniería Industrial, Universidad de Chile.

- Fuchs, V. y M. Kramer (1973), "'Determinants of Expenditures for Physicians' Services in the US", Occasional Paper, N° 116, Cambridge, Massachusetts, Oficina Nacional de Investigaciones Económicas (NBER).
- Hoffmeyer, U. y Mc Carthy, T. (1994), *Financing Health Care*, Dordrecht, Boston, Kluwer Academic Publisher.
- Hsiao, W (1995), "Abnormal economics in the health sector", *Health Policy*, N° 32, 1995.
- Larrañaga, O. (1996a), "Public and Private Social Sectors in Chile", inédito.
- (1996b), "Descentralización y equidad: el caso de los servicios sociales en Chile", *Cuadernos de economía*, año 33, N° 100, Santiago de Chile, diciembre.
- Lenz, R (1995a), "Equidad en la atención de salud en el sector público de salud: SNSS, medicina curativa y atención primaria", Santiago de Chile, Fondo Nacional de Salud (FONASA), inédito.
- (1995b), "Pago asociado a diagnóstico: breve reseña", *Cuadernos de economía*, N° 95, abril.
- Marcel, M. (1993), "Mitos y recetas en la reforma de la gestión pública", *Como mejorar la gestión pública*, E. Lahera (comp.), Santiago de Chile, Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica (CIEPLAN).
- Musgrove, P. (1996), "Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns", Washington. D. C., Banco Mundial, inédito.
- Oyarzo, C. y S. Galleguillos (1995), "Reforma del sistema de salud chileno: marco conceptual de la propuesta del FONASA", *Cuadernos de economía*, año 32, N° 95, Santiago de Chile abril.
- Paul, S. (1991), "Accountability in Public Services. Exit, Voice and Capture", Policy Research and External Affairs Working Papers, N° 614, Washington, D. C., Banco Mundial, marzo.
- Pauuly, M. (1968), "The economics of moral hazard: comments", *American Economic Review*, vol. 58, N° 3.
- Poterba, J. (1994), "Government Intervention in the Markets for Education and Health Care: How and Why?", Working Paper, N° 4916, Oficina Nacional de Investigaciones Económicas (NBER).
- Weisbrod, Burton (1991), "The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment", *The Journal of Economic Literature*, vol. 29, N° 2, junio.