

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 I



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.: 956-289-017-1 (Volumen I)

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 I



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)

EL MERCADO DE LA SALUD Y LAS REFORMAS AL FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Daniel Titelman *
Andras Uthoff *

INTRODUCCIÓN

El financiamiento y la prestación de servicios de salud han estado tradicionalmente administrados por el sector público en los países de América Latina y el Caribe. Éste ha sido el responsable de brindar atención en salud tanto con respecto a actividades preventivas como curativas. Sin embargo, el gasto privado no ha estado ausente y, de hecho, medido en unidades del producto interno bruto (PIB) que se destinan a salud, es comparativamente más alto que en otras latitudes.

La participación pública en el sector salud no es privativa de las economías de América Latina y el Caribe sino que se observa en todos los países, principalmente en los más desarrollados. En los países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) la participación del gasto público sobre el gasto total en salud es de alrededor de un 75%, cifra que se ha mantenido estable durante los años ochenta y noventa.

Las deficiencias y carencias que hoy observamos en los países latinoamericanos en el ámbito de la salud responden tanto a rezagos históricos, como a la dificultad de adecuarse a desafíos recientes. Entre los primeros, persisten la escasez de recursos, las ineficiencias en la asignación de los mismos, los bajos niveles de cobertura, los rezagos epidemiológicos, y los problemas de articulación de los sistemas de salud. Entre los segundos, destacan los cambios en la demanda producto de la transición

* Los autores agradecen los comentarios de Gunther Held y Jorg Freiberg-Strauss.

demográfica, el aumento de las enfermedades no transmisibles y la incorporación de nuevas tecnologías con su correspondiente escalada en los costos de las prestaciones y, por ende, en los requerimientos financieros.

En términos generales, puede decirse que los distintos modelos bajo los cuales se ha organizado la asignación de recursos en el sector salud siguen sujetos a problemas e interrogantes. De hecho, desde hace algunos años los procesos de reformas del sector son una preocupación universal. Las reformas, en los países industrializados, buscan mejorar la eficiencia y eficacia del sector mediante cambios en la estructura de incentivos a través de la incorporación de mecanismos de competencia para la asignación de recursos. Estos cambios introducen en mayor o menor grado ajustes institucionales, tanto en el ámbito de las prestaciones de servicios como del financiamiento.

Lo específico de los países de América Latina es que las reformas no sólo deben preocuparse por desarrollar mecanismos que mejoren la eficiencia y eficacia de los recursos asignados al sector, sino que deben ser capaces de incorporar y mejorar los mecanismos de solidaridad que ayuden a enfrentar y superar los problemas de falta de acceso a servicios de salud de buena calidad de una parte importante de la población. Esta suerte de doble desafío no es una cuestión menor, en la medida que —como ha sido discutido por numerosos autores— pueden surgir contradicciones entre los instrumentos diseñados para promover la solidaridad y aquellos desarrollados para promover la eficiencia y eficacia.

Sobre la base de los ensayos acerca del sector salud en la Argentina, Chile, Colombia, Canadá y los Estados Unidos incluidos en este volumen, se analizan en este trabajo algunos de los desafíos que las autoridades enfrentan para mejorar simultáneamente la eficiencia y la equidad.¹ Luego de destacar los elementos consensuales en torno a los que giran las reformas, este trabajo analiza algunas de las interrogantes que continúan generando desafíos a las mismas. Ellas se refieren a: i) la selección de riesgos en los mercados de seguros de salud; ii) el financiamiento y asignación de subsidios en el mercado de la salud; iii) las consideraciones fiscales y el diseño de la mezcla pública/privada en salud.

1. Por equidad entendemos el mejoramiento de la capacidad de acceso de la población de menores ingresos a servicios de salud de buena calidad.

I. GASTO EN SALUD

Las economías de América Latina y el Caribe destinan una cantidad no despreciable de recursos al sector salud. Tal como se aprecia en el cuadro 1, el gasto promedio realizado como proporción del PIB por los países de la región (6.2%) no se aleja mucho del observado en las economías industrializadas (7.8%), y supera el promedio mundial (5.1%). Sin embargo, en valores per cápita (medidos en dólares de igual poder de compra) la región presenta un nivel de gasto significativamente menor que el de los países industrializados, y que el promedio de los países en su conjunto.

CUADRO 1
GASTOS TOTALES EN SALUD EN 1990

Región	Producto nacional en dólares per cápita	Gasto en salud en dólares per cápita PPA ^a	Como proporción del PIB		
			Total	Público ^b	Privado
Todos los países	4 010	429	5.1	3.2	1.9
Economías industrializadas	20 040	1 613	7.8	5.8	1.9
América Latina y el Caribe	2 280	297	6.2	3.1	3.1

Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), "Cómo organizar con éxito los servicios sociales", *Progreso económico y social en América Latina. Informe 1996*, Washington, D.C., 1996; Gnanaraj Cheltaraj, Ramesh Govindaraj y Christopher Murray, "Health expenditures in Latin America 1994", Washington, D.C., Banco Mundial, 1994.

^a Paridad del poder adquisitivo.

^b Incluye el sistema de seguridad social.

El promedio para América Latina y el Caribe oculta diferencias importantes entre los países de la región. En un extremo se encuentran países como Perú y Ecuador, que en 1990 destinaban alrededor de tres puntos porcentuales del PIB a salud con un gasto per cápita por debajo de los 150 dólares anuales, y en el otro extremo se ubican países como Argentina y Costa Rica, que en el mismo año destinaban a salud entre

un 9% y 10% con un gasto per cápita superior a los 400 dólares anuales (véase el cuadro 2).

Al examinar la participación pública y privada en el gasto total en salud se aprecia que el gasto privado en la región es comparativamente más alto que en otras latitudes (véase el cuadro 1). Esto sugiere que el pago de bolsillo, así como la adquisición de seguros privados de salud han sido importantes en el financiamiento del sector.

Para los estándares económicos de los países de la región y su nivel de gasto en el sector salud los resultados obtenidos pueden considerarse poco satisfactorios. Alrededor de 105 millones de personas (aproximadamente un 25% de la población) siguen excluidos de los sistemas formales de salud, y más de dos millones de mujeres dan a luz anualmente sin asistencia profesional (BID, 1996). En el cuadro 2 se observa, además, que en muchos países de la región parte importante de la población no tiene acceso a servicios de salud, que la esperanza de vida en varios países es relativamente baja, y que la mortalidad infantil sigue relativamente alta, manteniéndose lo que se ha denominado la "brecha social" en salud (BID, 1996). Esto sugiere que la necesidad de mejorar la eficiencia en la asignación del gasto debe ser un componente fundamental de cualquier agenda de reformas del sector.

Sin embargo, dado el limitado acceso a servicios de salud que enfrentan segmentos significativos de la población, la preocupación sobre el volumen de recursos que se destinan al sector salud también debiera ocupar un lugar en la discusión política. En efecto, la alta incidencia de la pobreza y los relativamente bajos niveles de gasto per cápita en salud de los países de la región hacen que, para lograr incrementos de la cobertura, las ganancias de productividad en el sector deban ir acompañadas en muchos países de aumentos en la disponibilidad de recursos.

CUADRO 2
GASTOS Y RESULTADOS EN SALUD.
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: 1990/1991-1992

País	Gasto total en salud, 1990				Resultados en salud, 1991-1992			
	Dólares per cápita PIA ^a	Gasto público	Gasto privado	Gasto total	Asistencia profesional al nacimiento (1991)	Tasa de mortalidad infantil (1991)	Acceso a salud (1992)	Esperanza de vida (1992)
	(1)	En porcentaje del PIB			En porcentaje		En porcentaje de la población	Años (8)
Argentina	418	5.8	3.7	9.5	95	24	92	72
Bahamas	580	2.6	2.2	4.8	95	23	98	73
Barbados	636	3.2	2.9	6.1	98	9	97	75
Belice	205	2.7	2.4	5.1	87	33	86	73
Bolivia	95	1.6	3.1	4.7	39	75	34	59
Brasil	296	2.7	3.6	6.4	70	58	72	66
Chile	433	3.3	3.9	7.2	98	16	93	73
Colombia	250	2.9	2.1	5.0	80	37	75	69
Costa Rica	460	7.5	1.6	9.1	96	14	96	76
Rep. Dom.	159	1.9	3.6	5.5	85	42	71	69
Ecuador	131	2.3	1.1	3.4	22	50	61	68
El Salvador	100	1.7	3.2	5.0	31	46	59	66
Guatemala	132	1.6	2.9	4.5	28	48	84	64
Guyana	123	4.2	0.8	5.0	93	48	46	65
Haití	62	1.8	3.8	5.6	40	86	nd	56
Honduras	88	2.5	2.7	5.3	45	43	46	67
Jamaica	270	3.1	5.8	8.9	73	14	89	73
México	335	3.1	2.3	5.4	95	36	77	70
Nicaragua	124	4.9	1.2	6.1	40	52	69	66
Panamá	344	5.1	3.1	8.3	85	25	79	72
Paraguay	113	0.9	2.7	3.7	27	38	54	70
Perú	82	1.0	2.0	3.0	45	64	44	66
Suriname	161	1.0	2.9	4.0	91	28	88	70
Trin. y Tob.	411	2.8	1.9	4.7	98	18	97	71
Uruguay	484	6.3	1.8	8.2	99	20	96	72
Venezuela	274	1.9	2.2	4.1	99	23	76	71

Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), "Cómo organizar con éxito los servicios sociales", *Progreso económico y social en América Latina. Informe 1996*, Washington, D.C., 1996.

^a Paridad del poder adquisitivo.

II. TENDENCIAS DE LOS PROCESOS DE REFORMAS

Las experiencias de reformas que se observan en el contexto regional e internacional responden a particularidades propias de las realidades en las que tienen lugar. Sin embargo, existen elementos comunes que definen sus orientaciones. En general, hay consenso sobre las ventajas de separar las funciones de financiamiento y provisión de servicios; la necesidad de extender los seguros obligatorios de salud más allá de los beneficiarios de la seguridad social, mediante la incorporación de un seguro de salud con carácter universal y obligatorio; la importancia de introducir la competencia como el elemento articulador entre los consumidores y las instituciones de financiamiento y provisión; y la necesidad de desarrollar sistemas de regulación eficientes en estos mercados.

De estos cuatro elementos, la manera como se está implantando la separación de funciones entre financiamiento y provisión de servicios, así como la forma de organizar la competencia de los agentes (públicos y privados) al interior de cada una de estas áreas, están definiendo los perfiles de las principales experiencias de reforma que se observan en la región.

En el ámbito del financiamiento los esfuerzos se han encaminado al desarrollo de entidades financieras dedicadas a la captación y administración de los recursos que se destinan a la salud, a fin de optimizar la asignación de estos recursos en mercados caracterizados por incertidumbre, asimetrías de información, y segmentación social. Este tipo de instituciones deben incorporar algunas de las siguientes funciones: la función de compañía aseguradora y administradora de riesgos; la función de agencia ejecutora;² la función de compradora de servicios de salud en nombre de los consumidores; y la función solidaria.³

El objetivo central de las reformas en el ámbito de la provisión es el de mejorar la eficiencia productiva. Con tal propósito se busca introducir

2. Es decir, proveer información sobre los servicios de salud y ayudar a definir el nivel y composición de la demanda por servicios de salud, reduciendo los problemas de "riesgo moral" que se presentan en el mercado de la salud.

3. Es decir, facilitar el acceso a los servicios de salud mediante la administración y financiamiento del seguro universal.

criterios de mercado en la asignación de los recursos de salud. La principal dificultad de esta tarea es la de promover la competencia entre los prestadores, tanto públicos como privados. Respecto a los primeros se sugiere transformarlos de modo de otorgarles mayor autonomía en sus decisiones, proveerles nuevas formas y fuentes de financiamiento, e insertarlos en un contexto de sana competencia entre sí y con los proveedores privados.

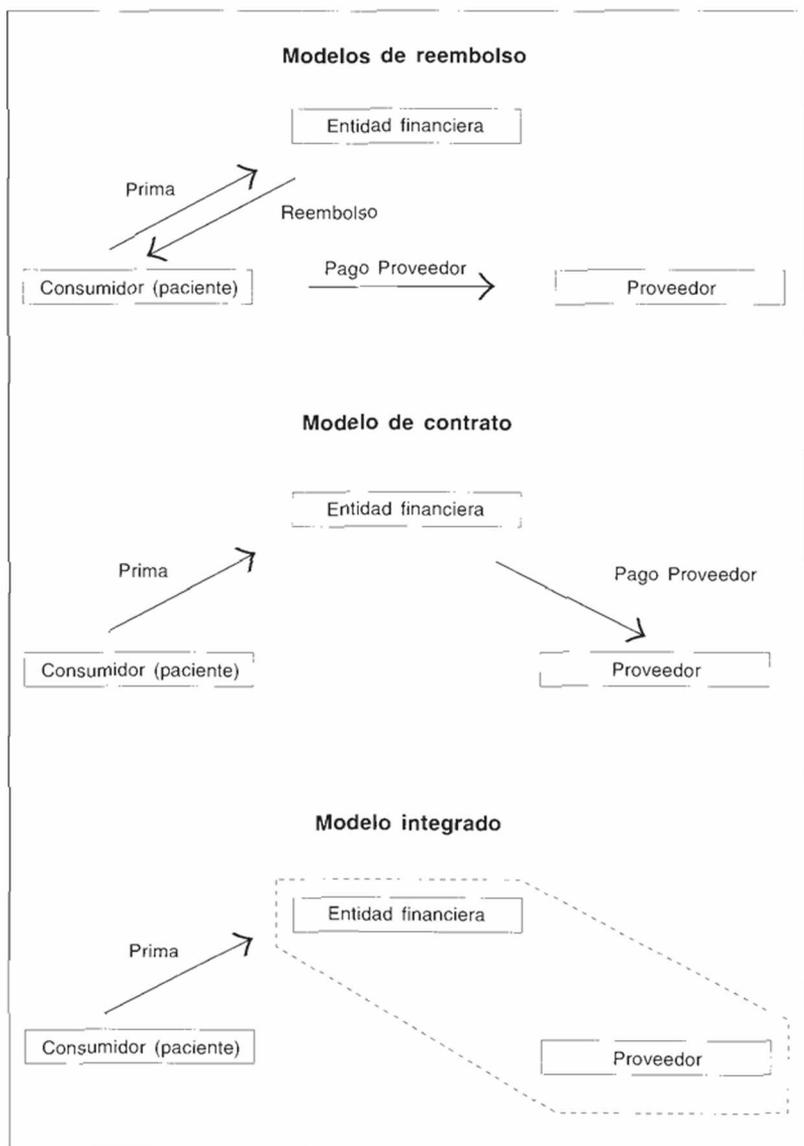
Las reformas también pretenden revisar la función de los ministerios de salud. Les asignan un papel importante en la formulación y evaluación de las políticas de salud, fortalecen las funciones de regulación y supervisión y minimizan sus responsabilidades administrativas y de gestión. *En lo que se refiere a las acciones de salud pública se espera una activa participación de los ministerios, tanto en el financiamiento como en la gestión de estos servicios.*

El gráfico 1 sintetiza las experiencias de articulación entre el financiamiento y la provisión de servicios de salud en países que han separado estas funciones a través del expediente de entidades financieras (agencias aseguradoras públicas o privadas). En él se distinguen tres modelos. El modelo de reembolso, que consiste en que los consumidores (pacientes) pagan una prima de seguro a las agencias aseguradoras y a cambio de ella, cuando incurren en gastos médicos, reciben un reembolso de esa entidad. Estos reembolsos están sujetos a descuentos explicitados en los contratos de seguros. El servicio del proveedor, en este caso, es pagado directamente por el usuario. Este modelo describe parte importante del funcionamiento del sistema de instituciones de salud previsual (Isapres), en Chile.

En el modelo de contrato, el consumidor (paciente) paga una prima de seguro a una agencia de seguros de salud, y esta entidad es quien paga y negocia con el proveedor la compra de paquetes de servicios de salud. Este modelo refleja la experiencia de las entidades promotoras de salud (EPS) en la reforma colombiana.

Finalmente, el modelo integrado refleja la experiencia de las organizaciones de mantención de la salud (HMO) norteamericanas, y algunas experiencias de Isapres en Chile. En este modelo, las agencias de seguros y las instituciones proveedoras se fusionan y forman una sola entidad. El consumidor (paciente) paga una prima de seguro y recibe a cambio servicios médicos y de hospitalización.

GRÁFICO 1
MODELOS ALTERNATIVOS DE SEPARACIÓN DE FUNCIONES



Fuente: Wynand Van de Ven, "The Netherlands", *Health Care Reform: Learning from International Experience*, Chris Ham (comp.), Open University Press, 1997.

Estos tres tipos de modelos pueden implementarse tanto con esquemas de seguros de salud voluntarios como obligatorios, y permiten distintos grados y formas de competencia entre las agencias aseguradoras, por una parte, y los proveedores, por otra.

A nivel internacional se ha ido creando consenso sobre las bondades del modelo de contrato. Se piensa que, combinado con seguros universales y obligatorios y activos esquemas de regulación y supervisión, puede contribuir a resolver varios de los problemas del sector. Las bondades de este modelo radican en sus posibilidades de lograr ganancias de eficiencia a los niveles micro y macroeconómicos. A nivel microeconómico se espera que la competencia entre proveedores de servicios de salud, y agencias aseguradoras, estimule ganancias de productividad que redunden en menores costos. A nivel macroeconómico, se espera que las agencias de seguros ejerzan su papel de compradores de servicios de salud en nombre de los asegurados (*"prudent buyer on behalf of consumers"*) y logren establecer mecanismos de pago que incentiven la eficiencia. Así el modelo ayudaría a contener la participación del gasto en salud en el PIB. Las ganancias de eficiencia dependen de la capacidad que tengan los distintos actores para negociar entre sí: la capacidad de las aseguradoras para actuar como compradores eficientes de servicios de salud a nombre de los usuarios; la capacidad de los proveedores para proveer servicios y negociar tarifas con los aseguradores, y la capacidad de los consumidores para negociar con las aseguradoras.⁴

Para lograr incrementos de productividad se sugiere introducir mecanismos de competencia vía precios entre los proveedores, siempre y cuando los ajustes no se hagan vía calidad. Sin embargo, las bondades de la competencia vía precios entre las agencias aseguradoras es un tema que aún genera fuertes controversias. De hecho, la experiencia muestra una fuerte tendencia a la selección de riesgos (*"descreme"*) por parte de las compañías aseguradoras. Independientemente del grado de competencia que se dé a nivel financiero o de proveedores, las imperfecciones de mercado que caracterizan al sector salud hacen necesario fortalecer la

4. Por su parte, la estructura de funcionamiento del modelo de reembolso por servicios lo hace vulnerable a problemas de contención de costos puesto que las agencias aseguradoras no son capaces de influir en los costos de las prestaciones. El modelo integrado, a su vez, tiende a presentar problemas de eficiencia microeconómica al integrar una función financiera con una de provisión.

regulación para evitar prácticas de discriminación de riesgos por parte de las aseguradoras y de comportamiento oligopólico por parte de los proveedores.

Las pocas experiencias que existen en la región indican que, sin mecanismos de regulación adecuados, la promoción de la competencia en mercados imperfectos de salud va en detrimento de la eficiencia y la equidad. Tales casos muestran que la promoción de mercados competitivos y desregulados en el sector salud se ha traducido en prácticas de selección de riesgos y sobreconsumo de servicios de salud.⁵ Esto atenta tanto contra la equidad como contra una eficiente y eficaz utilización de los recursos.

De ahí que las experiencias internacionales enseñen que las reformas deben apuntar a construir un marco institucional mixto entre entidades públicas y privadas, con el propósito de avanzar en las siguientes direcciones: i) separación de las funciones de financiamiento y provisión; ii) implementación de contratos entre instituciones aseguradoras y proveedoras (los pagos de los servicios los realizan las propias aseguradoras⁶); iii) incremento de la capacidad de los usuarios para elegir proveedores, y en algunos casos aseguradores; iv) promoción de la competencia entre los proveedores y entre los aseguradores, y v) fortalecimiento de los mecanismos de regulación y supervisión.

Sin embargo, dentro del contexto latinoamericano, el mayor desafío es evitar las prácticas de discriminación de riesgos, en reformas que incorporan seguros de riesgos en el ámbito del financiamiento de la salud. Por ello es importante promover debates acuciosos acerca de cómo mantener o incorporar esquemas de solidaridad.

El problema radica en que los esquemas de seguros privados fijan el valor de la prima por la compra de un seguro tomando en cuenta el estado de salud del individuo, bajo la modalidad de primas ajustadas por riesgo. Según esta práctica los individuos con altos riesgos de enfermedad deben pagar primas mayores que aquellos con bajos riesgos de enfermedad. Esto atenta contra los principios de solidaridad tradicionales

5 La experiencia chilena es un ejemplo de prácticas de discriminación de riesgos en mercados poco regulados, mientras que la Argentina muestra altos niveles de sobreconsumo de servicios de salud.

6. Estos pagos pueden realizarse a través de pagos por servicios, contratos por capitación u otros.

de la seguridad social, según los cuales las contribuciones del individuo no deben depender de sus condiciones de salud *ex ante* sino de su capacidad de pago (ingresos), y los servicios deben proveerse en función de las necesidades y no de los pagos.

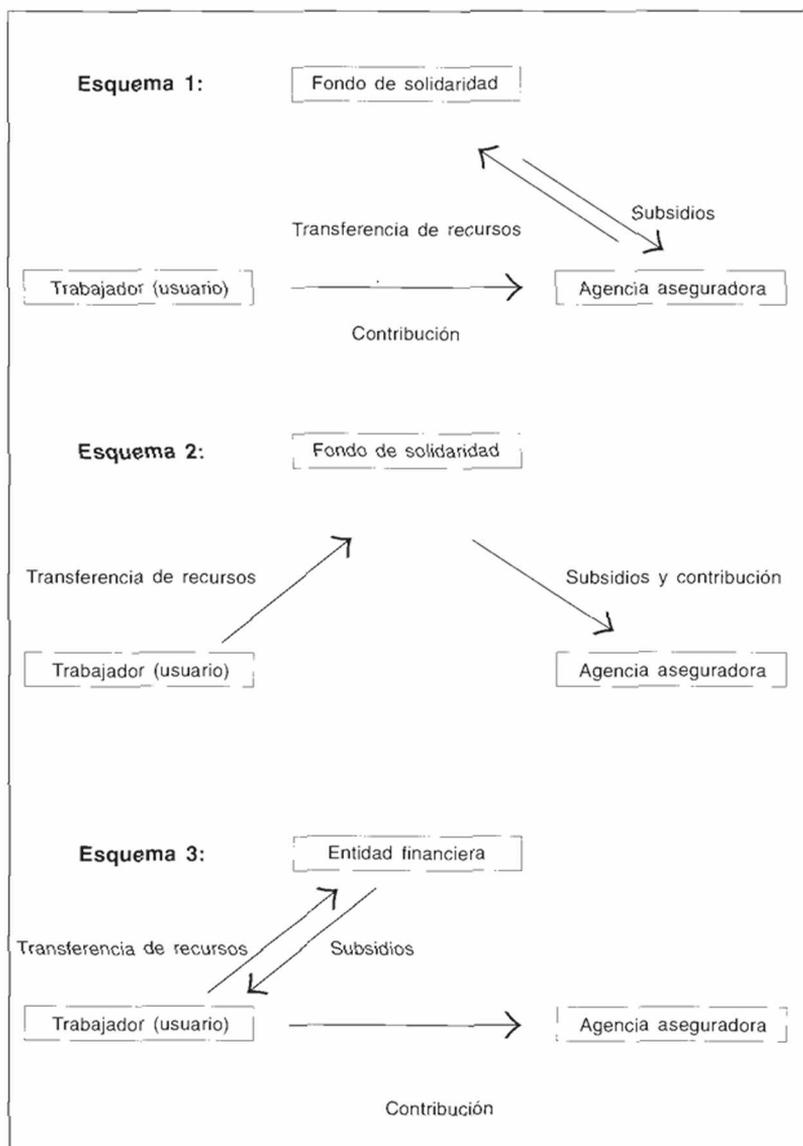
La necesidad de mantener la solidaridad en el financiamiento en esquemas competitivos, ha sido una preocupación constante de las reformas en los países industrializados. Como se aprecia en el gráfico 2, existen diversos modelos para organizar un sistema de subsidios en contextos de seguros de riesgos. Estos se organizan principalmente en torno a la creación de un fondo de solidaridad encargado de distribuir subsidios que compensen los diferentes riesgos individuales, de modo tal que cada individuo contribuye en función de su ingreso, el valor de la prima se fija en función del riesgo promedio, y la compañía aseguradora recibe pagos en función de su cartera de riesgos. Este sistema implica que dependiendo de los niveles de ingresos y riesgos hay personas que contribuyen por encima del valor promedio de las primas y personas que contribuyen por debajo de él. Las contribuciones excedentes unidas a la recaudación de otros impuestos proveen los recursos del fondo de solidaridad.

En el esquema 1, las agencias aseguradoras son las encargadas de recolectar las contribuciones directas mediante el pago de las primas. Los recursos excedentes (contribuciones por encima del precio de las primas) son canalizados hacia el fondo de solidaridad, el cual distribuye los subsidios a las diferentes aseguradoras según sus carteras de riesgos. En el esquema 2 los consumidores transfieren directamente los recursos excedentes al fondo de garantía y éste los canaliza hacia las aseguradoras. Finalmente, en el esquema 3, el fondo de solidaridad capta y luego distribuye los subsidios directamente a los usuarios, los que a su vez pagan a las aseguradoras una prima en función de sus riesgos individuales.

III. EXPERIENCIAS DE REFORMAS AL FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN ALGUNOS PAÍSES DE LA REGIÓN

Las reformas (o propuestas de reformas) de los sistemas de salud en los países de la región están incorporando varios de los elementos reseñados. En lo fundamental, tienden a separar las funciones de financiamiento y provisión de servicios. También, buscan mejorar y modernizar la gestión pública en la provisión de servicios de salud a nivel primario, secundario

GRÁFICO 2
 MODELOS DE ADMINISTRACIÓN Y RECOLECCIÓN DE FONDOS DE SOLIDARIDAD



Fuente: Wynand Van de Ven, "The Netherlands", *Health Care Reform: Learning from International Experience*, Chris Ham (comp.), Open University Press, 1997.

y terciario. Tal como se aprecia en las experiencias de reformas analizadas en este volumen, el logro de estos objetivos tiene como eje central la incorporación de mecanismos de competencia a través del mercado.

Tradicionalmente el financiamiento del sector salud ha estado estructurado en torno a cuatro componentes: Primero, el constituido por los esquemas de seguridad social en salud organizados sobre la base de seguros públicos financiados a partir de contribuciones tripartitas del *trabajador, el empleador, y el Estado*. En esta modalidad de seguros las contribuciones se definen en función del ingreso de los cotizantes, quienes independientemente del monto de su contribución reciben un paquete de beneficios preestablecido. La contribución es un porcentaje (definido por ley) del ingreso, lo que en la práctica ha permitido que en este tipo de seguros coexistan subsidios de ingresos con subsidios de riesgos.⁷ El segundo lo constituye el sistema público de salud (Ministerio de Salud), que cubre las acciones de salud pública y a la población indigente sin capacidad de contribución. Este sistema ha sido financiado mediante recursos provenientes del presupuesto general de la nación y de las contribuciones a la seguridad social en salud. El tercero, son los seguros de salud ofrecidos en los mercados privados de seguros (una opción de los sectores de altos ingresos). El cuarto y último componente deriva del crecimiento de la importancia relativa del pago de bolsillo por parte del usuario.

Uno de los principales objetivos de las reformas ha sido alterar esta estructura de financiamiento, en particular en lo que se refiere a las fuentes provenientes de la seguridad social (y en una menor medida del sistema público de salud). Lo que se busca es sustituir el esquema de seguridad social en salud por un sistema de seguros de salud sujetos a reglas de mercado. En los estudios de casos examinados se discuten dos estrategias diferentes para la introducción de seguros de riesgos: el sistema de instituciones de salud previsional (Isapres) introducido en la reforma chilena de 1981, y el de las entidades promotoras de salud (EPS) establecido en la reforma colombiana de 1993. Como se desprende del análisis de estas dos experiencias, la manera como se organizan los seguros de riesgos tiene importantes repercusiones sobre la equidad y la eficiencia global del sector salud.

7. Subsidios que van de los estratos de altos ingresos hacia los estratos de bajos ingresos, y de los grupos de bajo riesgo de enfermedad hacia los grupos de alto riesgo.

1. EL PROBLEMA DE LA SELECCIÓN DE RIESGOS

Un mercado competitivo de seguros individuales presupone por definición que el precio de la prima de seguro depende del riesgo. Esto es, personas (o grupos de personas) de mayor riesgo deben pagar un precio más alto por un mismo seguro. Este principio básico de los mercados de seguros es contradictorio con los principios de solidaridad que han guiado el esquema de la seguridad social, donde —como se señalara— las contribuciones son en función del ingreso y no del riesgo, lo que permite introducir subsidios al financiamiento.

El desafío que se plantea entonces es cómo conciliar la existencia de seguros de riesgo con mecanismos de solidaridad en el ámbito del financiamiento. La tarea exige compatibilizar dos objetivos de las reformas: la implementación de instrumentos de mercado para la captación y gestión de los recursos, y, simultáneamente, avanzar hacia la creación de un seguro universal que permita expandir la cobertura de los servicios de salud a toda la población. La experiencia muestra que la forma de responder a este desafío no es irrelevante y que un diseño institucional inadecuado puede generar serios problemas de inequidades e ineficiencias.

Los ensayos sobre la reforma chilena de 1981 incluidos aquí, aportan diversos ejemplos de ello. Esta reforma se estructuró como un sistema mixto, con la participación del sector privado en materia de seguros, financiamiento y provisión de servicios. Los seguros privados son seguros de riesgos donde las contribuciones se fijan en función del ingreso y del riesgo médico.⁸ El seguro público, por su parte, mantiene la lógica tradicional de la seguridad social, donde las contribuciones se determinan sólo en función del ingreso. Esta estructura dual ha estimulado una concentración importante de los cotizantes de altos ingresos y de bajos riesgos en el sistema privado de Isapres, y de las personas de bajos ingresos y altos riesgos en el sistema público, Fondo Nacional de Salud (FONASA), el que a su vez actúa como seguro de última instancia.

8. Debe recordarse que en el caso chileno, por ley, los trabajadores activos y pasivos deben cotizar el 7% de sus ingresos para afiliarse a un seguro médico ya sea privado o público. En la práctica esto implica que el precio de la prima que cobra la aseguradora lo determina el ingreso del cotizante, lo que lleva a que el plan de seguro se ajuste a la capacidad de pago del asegurado generando una multiplicidad de planes.

Los problemas de la reforma chilena no obedecen exclusivamente a la introducción de seguros de riesgos en el sector salud, sino al contexto institucional y marco regulatorio en el cual se desenvuelven estos seguros. Dada la combinación pública/privada que ha generado la estructura dual del modelo chileno, coexisten los problemas de los seguros de riesgos individuales con los problemas tradicionales de gestión y funcionamiento del sector público.⁹ Lo que ha ocurrido es que en el sistema privado la población más afectada por la discriminación de riesgos ha sido aquella perteneciente a la tercera edad, los enfermos crónicos, y la de menores ingresos relativos, fenómeno que genera impactos negativos sobre la equidad. Esto se observa en el cuadro 3. Luego de una década y media de operación del sistema en Chile, las personas pertenecientes a los cuatro primeros quintiles de la distribución de ingresos se encuentran principalmente afiliados al sector público, es decir, fuera del sistema de seguros de riesgos. Además, se observa que independientemente del quintil de ingresos a que pertenezcan, la mayoría de las personas de más de 65 años también se encuentran fuera del sistema de Isapres.¹⁰

2. SEGUROS DE RIESGOS Y SOLIDARIDAD

El aumento de la cobertura poblacional y la solidaridad, en un contexto de seguros de riesgos que operen en mercados privados competitivos, precisan de instrumentos regulatorios. Entre estos instrumentos destacan la regulación del valor de las primas de los seguros, la definición de un paquete básico de coberturas que obligatoriamente deben proveer las aseguradoras a cualquier persona que lo demande,¹¹ y los denominados mecanismos de pagos ajustados por riesgo (por ejemplo, la unidad de pagos por capitación ajustada por riesgo de la reforma colombiana).

Es importante que estos instrumentos se enmarquen dentro de un esquema de regulación que promueva la competencia. No se trata de

9. Véanse más adelante los trabajos de Osvaldo Larrañaga y Cristián Aedo incluidos en la tercera parte de este libro.

10. Tal como se argumenta en el trabajo de White incluido en este volumen, es sumamente difícil controlar las prácticas de selección de riesgos. Una ilustración de ello es el caso de los Estados Unidos.

11. La regulación del precio de la prima obviamente se refiere a este paquete básico o seguro básico.

mecanismos regulatorios diseñados para evitar la competencia, sino que busquen superar las fallas de mercado propias del sector salud en un contexto competitivo. La capacidad de implementar y hacer operativos estos instrumentos, depende de manera determinante del desarrollo institucional de los países.

De ahí que el diseño de instituciones e instrumentos sea una cuestión esencial. Por ejemplo, la regulación del precio de las primas de seguros que busca incrementar la cobertura de la población, induce a la selección de riesgos (discriminación) por parte de las aseguradoras. Ello afecta negativamente la cobertura poblacional y de enfermedades. La razón salta a la vista. Si las aseguradoras no pueden compatibilizar sus estructuras de riesgos con los precios que cobran por las primas, entonces tendrán la motivación necesaria para evitar la afiliación de personas o grupos de ellas que presentan mayores riesgos de enfermedad. Esto es especialmente claro en el caso de las enfermedades crónicas, donde la probabilidad de requerir atención es alta. Por lo tanto, el riesgo desde la perspectiva de las aseguradoras también lo es.

La selección de riesgos también tiene efectos adversos sobre la eficiencia global del sistema. Ello ocurre toda vez que la discriminación de riesgos sea más rentable económicamente que el mejoramiento de la eficiencia. En este caso, los incentivos van más dirigidos a evitar la afiliación de personas de alto riesgo que a promover mejoras en la eficiencia de las prestaciones.¹²

Para superar este problema, un mecanismo alternativo (o complementario) a la regulación del precio de las primas es el sistema de pagos ajustados por riesgo. En principio, éste permite evitar la selección de riesgos otorgando a las compañías aseguradoras un subsidio según la estructura de riesgos de su cartera de clientes. En este contexto, la compañía de seguros recibe de cada asegurado una prima que incluye el riesgo colectivo. Adicionalmente recibe un subsidio de acuerdo al riesgo del individuo, el que se financia en base a un fondo de solidaridad. El monto del subsidio es igual a la diferencia entre el riesgo colectivo y el riesgo individual de la persona. Desde el punto de vista de los asegurados, el costo de la prima no resultará afectado por los riesgos individuales

12. Los servicios de baja calidad y las malas coberturas son dos maneras de desincentivar la afiliación.

CUADRO 3
CHILE 1996: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PREVISIÓN, EDAD E INGRESO
Porcentaje Cobertura

Rango de edades	Quintil 1				Quintil 2				Quintil 3				Quintil 4				Quintil 5			
	Sist.Pub.	Isapres	FFAA	Resto																
00-20	85,4	5,5	0,4	8,7	69,9	16,6	3,8	9,7	54,4	28,0	4,8	12,8	36,6	42,7	5,5	15,2	19,1	66,1	2,6	12,1
21-50	81,8	6,1	0,4	11,8	67,6	16,4	3,1	13,0	54,4	26,6	3,5	15,6	37,9	40,4	4,5	17,2	21,8	60,1	2,5	15,6
51-64	87,3	2,9	0,4	9,4	81,8	6,0	1,5	10,7	72,4	12,1	2,6	12,9	59,6	20,3	7,2	13,0	37,1	39,8	6,3	16,9
65 y más	89,5	0,8	0,5	9,2	91,1	1,1	0,9	6,9	89,4	1,6	2,2	6,8	79,4	5,9	6,1	8,7	55,5	21,8	9,8	13,0
Total	84,2	5,4	0,4	9,9	71,2	14,6	3,1	11,0	59,5	23,3	3,7	13,5	44,3	35,2	5,3	15,2	26,5	35,2	3,8	14,6

Fuente: Cálculos a partir de la Encuesta CASEN 1996.

en la medida en que la prima que paga el asegurado corresponda al promedio de su categoría poblacional y cualquier diferencia sea cubierta por el fondo de solidaridad.¹³

El diseño de instrumentos que teóricamente permiten lidiar con el problema de selección de riesgos no garantiza que su puesta en práctica pueda controlar este fenómeno. Lo que ocurre es que existen numerosas formas bajo las cuales las compañías de seguros pueden seleccionar riesgos. La falta de desarrollo institucional en mercados de salud imperfectos hace que éste sea un fenómeno difícil de enfrentar. Por este motivo, las reformas deben incluir de manera simultánea diversos instrumentos, como los seguros de salud obligatorios, la definición de paquetes básicos de salud administrados por las aseguradoras, la regulación de los precios de las primas, y, en general, una sólida supervisión y regulación por parte de la autoridad.

Los ensayos sobre Colombia presentan una experiencia interesante en este sentido. Ellos tratan sobre la reforma de 1993, donde se incorporan prácticamente todos los instrumentos arriba mencionados y se busca explícitamente enfrentar los problemas de equidad y eficiencia, incorporando un bloque contributivo y un bloque solidario. El bloque contributivo se financia mediante contribuciones directas ascendentes a un 12% de los ingresos salariales. Esta contribución tiene dos usos: la compra de un paquete básico de salud (o plan obligatorio de salud) cuyo precio corresponde a la llamada "unidad de pagos capitados" (UPC), y el financiamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía (FSG). Este organismo compensa a las entidades promotoras de salud (EPS) según la composición de riesgos de sus carteras, financia el régimen solidario, y financia otras cuentas relativas a la prevención y promoción de salud, riesgos de catástrofes y accidentes del tránsito.^{14 15}

Existen diversos esquemas institucionales para la recolección y administración de los fondos. El FSG colombiano es el encargado de

13. A modo de ejemplo, un asegurado con un problema de diabetes paga una prima individual igual a un asegurado de su misma cohorte sin este problema. La compañía de seguros recibe un subsidio por asegurar a una persona de mayor riesgo. De este modo aunque la prima del asegurado no lo refleje, la aseguradora recibe pagos en función del riesgo de sus clientes.

14. El Fondo de Garantía y Solidaridad también recibe aportes provenientes de otros impuestos.

15. Véanse más adelante los trabajos de L.G. Morales y M. Restrepo incluidos en la cuarta parte de este libro.

administrar los subsidios (cuentas de compensación interna del régimen contributivo, y de solidaridad con el régimen subsidiado). Sin embargo, los recursos de este fondo son captados en parte importante a través de las EPS, que son las agencias encargadas de recolectar las contribuciones obligatorias para la compra de seguros de salud.¹⁶

El caso colombiano corresponde al esquema 1 del gráfico 2. Los trabajadores transfieren un monto equivalente al 12% de su salario (ingreso) a las agencias de seguros (EPS) por la compra de un seguro básico de salud. El excedente sobre el precio del seguro básico (dado por el valor de la UPC) es transferido desde las EPS hacia el Fondo de Solidaridad y Garantía. En función de los mecanismos de ajuste de riesgos este fondo compensa a las agencias aseguradoras de acuerdo a sus carteras de riesgos, y además transfiere subsidios a los beneficiarios del régimen subsidiado. Estos subsidios se canalizan a través de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), que actúan como agencias aseguradoras en este subsistema.

Si bien la reforma colombiana está aún en sus inicios —comenzó a implementarse a partir de enero de 1995—, una mirada cautelosa sugiere importantes dificultades en el logro de aumentos de cobertura poblacional y ganancias en productividad. Las causas de estas limitaciones radican en aspectos propios del diseño institucional de la reforma, así como en las condiciones socioeconómicas del país.

El diseño institucional de la reforma colombiana es todavía insuficiente para corregir las imperfecciones propias de los mercados de la salud, lo que ha implicado problemas de captación y gestión de los recursos, y prácticas de selección (discriminación) de riesgos por parte de las EPS. Lo anterior ha contribuido a que la cobertura y la eficiencia y calidad de las prestaciones no hayan mejorado en las proporciones esperadas. Por otro lado, Colombia al igual que la mayoría de los países de la región, tiene una alta incidencia de pobreza y una estructura del mercado de trabajo que, por sus características de exclusión social e informalidad, dificultan la implantación y continuidad de esquemas contributivos para financiar demandas de solidaridad.

16. El valor de las UPC y los mecanismos para ajustarlas por riesgo, conjuntamente con el monto global de los subsidios públicos, los define el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.

Durante los primeros años de funcionamiento su esquema ha presentado problemas de evasión y afiliación. Los primeros se originan en la subdeclaración de ingresos, y junto a los problemas de afiliación inciden en los déficit financieros del sistema. Para los efectos de aumentar los recursos se requiere un aumento de los afiliados a las EPS, principalmente de los trabajadores independientes. Este esquema se ha visto limitado por las características del mercado de trabajo, donde el 40% de la población se ubica en el sector informal y por ende no está obligada a cotizar en el sistema de salud. A junio de 1997, el 46% de la población no estaba afiliada al nuevo sistema (véase el cuadro 4). Además, al igual que en otras áreas de la economía, la introducción de un marco regulatorio de las EPS en particular, y del sector salud en general, no ha sido fácil de lograr.

CUADRO 4
COLOMBIA: COBERTURA TOTAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL,
JUNIO DE 1997

Afiliación	Número	Porcentaje de población
Régimen contributivo	15 531 059	38.9
Régimen subsidiado	5 981 774	15.0
No afiliados	18 347 864	46.1
Total	39 860 697	100.0

Fuente: Amparo Hernández Bello, "Perspectivas de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia", serie Financiamiento del desarrollo, N° 73 (LC/L.1108), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo de 1998.

Pero la dificultad para controlar la selección de riesgos no es un fenómeno exclusivo de la región. Las asimetrías de información son propias del mercado de la salud, e inducen a las agencias aseguradoras a utilizar diversos mecanismos para discriminar riesgos. De hecho, la evidencia empírica internacional muestra que las fórmulas para estimar los parámetros de ajuste de riesgo, y por lo tanto el monto de los subsidios que deben otorgarse a las aseguradoras, son débiles. Por ello, existen experiencias de otras formas de regulación.

Por ejemplo, hay países que utilizan fórmulas de compensación por los excesos de pérdidas. Estas consisten en que las agencias aseguradoras reciben un reembolso (compensación) del fondo de solidaridad por todos los gastos que exceden un monto máximo por individuo, o grupos de individuos. Este tope máximo es definido por las autoridades correspondientes *en conjunto con las agencias aseguradoras*.¹⁷

Otro tema vinculado al mercado de la salud y que afecta la solidaridad, es el de las enfermedades catastróficas.¹⁸ Su carácter aleatorio permitiría, en principio, que los gastos a que conducen fuesen cubiertos en un contexto de seguros de riesgo. Sin embargo, la experiencia práctica señala que el mercado no ha sido capaz de dar buenas soluciones. Por esto, se aduce la necesidad de crear seguros especiales para cubrir estas eventualidades, o simplemente dejar en manos del sector público la financiación del tratamiento de este tipo de afecciones. Un caso concreto al respecto es el de la reforma holandesa, pionera en la introducción de mecanismos de mercado en un contexto de competencia regulada. En ella, a partir de 1994, se ha dejado en manos del sector público todo lo referente al financiamiento, determinación de precios, y estrategias para enfrentar los denominados riesgos catastróficos.

La sustitución de los subsidios a la oferta, que tradicionalmente han operado en el sector, por subsidios a la demanda, es otro tema general de discusión. Esto se constata tanto en los ensayos sobre la experiencia colombiana como chilena. En ambas, la sustitución se justifica como parte de la estrategia encaminada a incrementar la capacidad de elección del consumidor, tanto en lo que se refiere a seguros como proveedores.

Las experiencias de introducción de subsidios a la demanda muestran que esta forma de subsidios no necesariamente resulta en una mayor eficiencia en la asignación del gasto. Esto obedece tanto a particularidades propias del sector salud como a la capacidad institucional que tienen los gobiernos de implantar este tipo de subsidios.

En los mercados de salud no le es fácil al consumidor (contribuyente/paciente) acceder a y procesar la información relevante para una toma

17. En la reforma holandesa, debido a las dificultades de implementar los pagos ajustados por riesgos, las agencias aseguradoras sólo se responsabilizan de un 3% de las diferencias entre sus costos reales y los costos que se utilizan para definir los pagos por capitación ajustados por riesgos. El 97% restante es reembolsado retrospectivamente por el fondo de solidaridad mediante un sistema de compensación de pérdidas.

18. Enfermedades catastróficas desde un punto de vista económico.

de decisión adecuada. Por ello, puede no hacer un uso eficiente¹⁹ de los subsidios que recibe por carencia de información, y además las decisiones de consumo de servicios de salud están fuertemente condicionadas por el proveedor (oferta). No debe sorprender entonces que los problemas vinculados a la asignación ineficiente de recursos en sistemas con subsidios a la oferta puedan repetirse cuando se introducen subsidios a la demanda en mercados con información incompleta. Por ejemplo, en el caso de seguros de riesgos, una mala decisión respecto a la cobertura al adquirir el seguro puede llevar a una ineficiente asignación del subsidio si el aporte del usuario más el subsidio le dan acceso a seguros privados de baja cobertura y, en la eventualidad de requerir servicios de hospitalización o tratamientos más complejos, debe acudir al sector público. Este tipo de consideraciones se encuentra en el debate que actualmente propone modificar, en el caso chileno, el llamado “subsidio del 2%”, y volver a canalizar esos recursos a través del sector público.²⁰

Las experiencias basadas en el otorgamiento de subsidios a la demanda también muestran limitaciones para administrar, recolectar y determinar el monto de los mismos. Como ya se mencionó, las fórmulas para definir pagos ajustados por riesgo son difíciles de establecer ya que el cálculo debe incluir estimaciones de riesgos de enfermedad, las que no son fáciles de realizar. Esto complica enormemente el cálculo de los subsidios que debe otorgar el Estado para compensar las diferencias de riesgos. Los errores de cálculo se reflejan en las primas que deben pagar los usuarios y pueden afectar los objetivos de equidad, a la vez que pueden implicar una sobrecarga financiera al sector público.

Tal como se aprecia en el gráfico 2 existen diversas formas de organizar un sistema de subsidios a la demanda. Es posible, por ejemplo, pensar que el trabajador paga un precio (contribución) a las aseguradoras en función de un riesgo promedio (según sexo y edad), y que el fondo de solidaridad capta directamente los recursos para financiar los subsidios y luego los traspasa (bajo la modalidad de compensaciones a la cartera de riesgos) a las aseguradoras (esquema 2). También es posible que

19. Por uso eficiente nos referimos a la elección de planes de seguros y proveedores con cobertura adecuada al nivel de riesgo y financiamiento de los individuos.

20. Este subsidio (a la demanda) corresponde a un apoyo que da el Estado para que trabajadores con una renta inferior a la mínima requerida puedan escoger afiliarse al sistema de Isapres o al sistema público (FONASA). Según cálculos realizados, este subsidio demanda recursos del orden del 5% del gasto público anual en salud.

el fondo de solidaridad traspase directamente el subsidio a los usuarios (*subsidio equivalente a la diferencia entre la prima promedio y la prima individual*) y sean éstos quienes pagan a la aseguradora el valor de la prima del seguro (esquema 3).

La elección del ordenamiento institucional necesario para organizar la asignación de los subsidios a la demanda debe corresponder a las realidades propias de cada país. En contextos de mercados poco desarrollados se requiere una activa participación del sector público en la captación y asignación de estos recursos. En el marco del gráfico 2 serían preferibles en estos casos sistemas organizados conforme a los esquemas 2 o 3. Además, tanto la experiencia chilena como colombiana, al igual que la de muchos otros países, muestran que en general las reformas terminan combinando subsidios a la oferta y a la demanda.

Un punto importante de cómo se organiza un sistema de subsidios a la demanda son sus fuentes de financiamiento; en particular, si éstas corresponden a impuestos generales o a redistribución de las cotizaciones. La reforma colombiana busca incrementar sustantivamente la participación de las cotizaciones directas al sector salud como fuente de financiamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía, e ir reduciendo significativamente los aportes provenientes del presupuesto fiscal. El éxito de esta alternativa está estrechamente ligado a la capacidad de incrementar el número de cotizantes, lo que como ya se dijo no es fácil por la estructura del mercado de trabajo colombiano. Dada esta experiencia y el hecho de que en la mayoría de los países de la región los mercados de trabajo no permiten asegurar la obligatoriedad y continuidad de las cotizaciones (al menos en un alto porcentaje de la población), pareciera conveniente que los subsidios se financien mediante impuestos generales. Ello aseguraría la factibilidad y continuidad, y una mayor eficiencia en la captación de estos recursos.

3. LA MEZCLA PÚBLICO-PRIVADA Y LAS CONSIDERACIONES FISCALES

Una motivación importante de las reformas (o propuestas de reformas) del sector salud se relaciona con consideraciones de carácter fiscal. La incorporación del sector privado no solo pretende mejorar la eficiencia en la gestión del sector, sino además permitir un traspaso de los gastos que tradicionalmente realiza el sector público hacia el sector privado. En

este sentido, el sector privado debe ser capaz de financiar y brindar servicios de salud a una parte importante de la población, que históricamente dependía de la seguridad social y el sector público.

Para que lo anterior ocurra, las reformas deben ser capaces de desplazar no sólo el financiamiento sino también la demanda por servicios de salud hacia proveedores privados. De lo contrario, el Estado tiene que enfrentar los mismos gastos en salud pero con menores niveles de ingresos.

Sin embargo, la interacción de dos factores limitan traspasos significativos de demanda desde el sector público hacia el privado: i) los bajos ingresos que caracterizan a una parte importante de la población de los países de la región, lo que contrasta con la tendencia alcista en los costos y complejidad de la atención en salud, y ii) la práctica de selección (discriminación) de riesgos. Diseños deficientes de la mezcla público-privada que no desplazan la demanda al sector privado, fuerzan al sector público a incurrir en importantes gastos al tener que cubrir a la población de mayores riesgos y menores ingresos. Esto contrasta con el hecho de que —como producto de las reformas— parte importante de los recursos captados a través de las cotizaciones para la seguridad social en salud tienden a canalizarse hacia el sector privado.

La reforma chilena implementada desde inicios de los años ochenta, permite extraer útiles lecciones relativas a este efecto de la mezcla público-privada. Luego de la reforma se observa que los montos de los recursos financieros que reciben el sector público y el privado son similares. Sin embargo, este último sólo cubre alrededor del 30% de la población, mientras que el público se responsabiliza por el 70% restante (véase el cuadro 3). A la vez, han disminuido los recursos financieros destinados al sector público, ya que se ha canalizado una parte importante de las contribuciones a la seguridad social en salud hacia el sector privado. Las instituciones —privadas— de salud previsual (Isapres) pasaron de representar el 1.5% del PIB en 1991 a cifras cercanas al 2% en 1997, con una tasa de crecimiento del 31%, mientras que el sector público (FONASA) pasó en esos mismos años del 2.2% al 2.4%, con un crecimiento del 10%.

La desigual distribución de la cartera de riesgos entre el sector privado y el sector público como consecuencia de una inadecuada mezcla público-privada, no es la única fuente de presiones sobre el presupuesto público. Un mal diseño del marco institucional y regulatorio

puede presentar problemas de subsidios cruzados, los cuales se originan como consecuencia del uso de consultorios y hospitales públicos por parte de quienes son beneficiarios del sector privado, sin que este pague al sector público el total de las atenciones prestadas. En el caso chileno, el subsidio cruzado se ha estimado en un monto aproximado de 15 mil millones de pesos por año, cifra cercana a un 4% del gasto público en salud.

Una deficiente mezcla público-privada no sólo puede deteriorar las capacidades financieras del Estado, sino también puede producir serios problemas de equidad. El cuadro 5 muestra cómo el subsector privado de la salud en Chile gastaba por beneficiario en 1997 casi el doble que el subsector público, y recibía una contribución promedio 3.8 veces mayor. Como la población que atiende el sector público presenta una estructura de riesgos mayor y menores niveles de ingresos que aquella que se atiende en el sector privado, los esfuerzos financieros del sector público para financiar la solidaridad tienden a incrementarse. El mismo cuadro muestra que a diferencia del sector privado, el sector público en Chile tiene un gasto por beneficiario mayor que las contribuciones en promedio que recibe. De esta forma, presiona sobre los aportes fiscales necesarios para financiar los costos de funcionamiento del sector y los esfuerzos de solidaridad.

CUADRO 5
 FINANCIAMIENTO Y COBERTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD.
 CHILE: 1991, 1993, 1995, 1997

	1991		1993		1995		1997	
	Isapres	FONASA	Isapres	FONASA	Isapres	FONASA	Isapres	FONASA
Financiamiento total (porcentaje del PIB)	1.49	2.21	1.97	2.48	1.95	2.42	1.91	2.25
Fuentes de financiamiento (porcentaje)								
Aporte fiscal	6	44	7	43	5	48	3	50
Cotizaciones	92	41	90	36	94	33	95	34
Co-pago	-	7	-	7	-	7	-	7
Otros ingresos	2	8	3	14	1	12	2	9
Gasto por beneficiario (pesos de 1995)	87 082	41 106	105 973	60 494	117 262	74 941	127 027	77 893
Cotización promedio (pesos de 1995)	240 332	42 059	241 936	55 024	272 061	64 715	274 081	72 085
Total de beneficiarios (porcentaje de la población)	19.8	80.2	24.3	75.7	30.4	69.6	30.6	69.4

Fuente: Boletines estadísticos de FONASA, varios números; serie Estadísticas de la Superintendencia de instituciones de salud previsional (Isapres).

El problema del traslado efectivo de la demanda por servicios de salud que enfrenta el sector público hacia el sector privado, se agrava cuando se toma en cuenta la necesidad de dar servicios de salud a la población no cubierta. Esto queda claro en la experiencia colombiana. En junio de 1997, del total de su población 15 millones de personas estaban afiliadas al sistema de régimen contributivo, 6 millones de personas al régimen subsidiado, y se estiman en 18 millones las personas no afiliadas a ninguno de estos dos regímenes.²¹ Esto significa que alrededor de un 46% de la población total colombiana no está afiliada ni al sistema contributivo ni al sistema solidario, de la cual aproximadamente un 30%

21. Véase más adelante, el trabajo de L.G. Morales.

corresponde a personas bajo la línea de pobreza. Esto permite inferir que parte importante de estas demandas no cubiertas son responsabilidad de la salud pública, con la consiguiente demanda de recursos financieros.

CONCLUSIONES

A pesar de los significativos esfuerzos que realizan los gobiernos de la región por mejorar la atención de salud de su población persisten importantes problemas. Los recursos son aún escasos y su asignación puede mejorar. Esto se traduce en bajas coberturas, rezagos epidemiológicos, desnutrición, desarticulación dentro del sector, etc. Es muy probable que tales problemas se agudicen, como consecuencia de la transición demográfica (envejecimiento de la población y mayores requerimientos de salud), del aumento de las enfermedades no transmisibles, de la mayor incidencia de enfermedades catastróficas, y por la escalada de costos de las prestaciones de salud.

Esta situación ha desembocado en reformas o propuestas de reformas a los sistemas de financiamiento y prestación de servicios de salud destinadas a superar los rezagos históricos y los desafíos más recientes. Debido a la dificultad para canalizar mayores recursos al sector salud, y al hecho de que conforme a los niveles actuales de gasto los resultados obtenidos pueden considerarse menores a los esperados, las reformas intentan mejorar la asignación de los recursos con el objeto de hacerlos más eficientes.

La búsqueda de eficiencia del sector se ha traducido en cambios en la estructura de incentivos, a través de la incorporación de mecanismos *de competencia en la asignación de recursos*. Estos cambios se han dado en mayor o menor grado en forma de ajustes institucionales en el ámbito de las prestaciones de servicios y del financiamiento. En este sentido, las reformas han centrado sus esfuerzos en redefinir el papel de los sectores público y privado en el financiamiento y provisión de la salud.

Para lograrlo se ha avanzado en cinco aspectos: i) la separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios; ii) el aumento de la capacidad de los usuarios para elegir proveedores y aseguradores; iii) el estímulo a la competencia entre proveedores y aseguradores, ya sean éstos públicos o privados; iv) el fortalecimiento de los mecanismos de regulación y supervisión, y v) las mejoras en la gestión del sector público.

La realidad de los países de la región impone a las reformas de los servicios de salud un doble desafío. No sólo deben ser capaces de mejorar los procesos de asignación de recursos, sino también deben mejorar la calidad de los servicios que recibe una parte importante de la población y expandir la cobertura de los servicios de salud a la población que actualmente se encuentra excluida. Junto a mejoras de eficiencia esto también requiere del diseño y financiamiento de esquemas de solidaridad en el sector, lo que podría eventualmente demandar mayores recursos.

La introducción de mecanismos de mercado no es una tarea sencilla en el contexto de mercados imperfectos y poco desarrollados, como es el caso del sector salud. En el ámbito del financiamiento, la incorporación de los seguros de riesgos tiende a producir problemas de selección (discriminación) de riesgos, los que atentan tanto contra los objetivos de eficiencia como de equidad.

La experiencia chilena muestra que los sistemas de mercados desregulados no son capaces de enfrentar esta tendencia. Después de casi una década y media de funcionamiento, los seguros de riesgos prácticamente no han avanzado o han avanzado muy poco en brindar solución a los problemas de la tercera edad y de las enfermedades catastróficas, y en expandir la cobertura hacia los segmentos de mayores riesgos de salud y/o de menores ingresos relativos.

La reforma colombiana, por su parte, enseña que la implementación de esquemas de regulación en los seguros de salud para enfrentar la selección (discriminación) de riesgos e introducir solidaridad en el financiamiento (vía la "unidad de pagos capitados" y la creación de fondos de solidaridad), requiere de una capacidad institucional que en general los países de la región no poseen.

Es por esto que los objetivos de los procesos de reformas al sector salud no sólo deben orientarse a la incorporación de instrumentos de mercado para la asignación de recursos, sino que deben preocuparse por desarrollar el marco institucional dentro del cual estos instrumentos puedan promover simultáneamente la eficiencia y la solidaridad. La experiencia muestra que de no existir una institucionalidad adecuada,²² las fallas

22. Por institucionalidad adecuada nos referimos a la capacidad de superar las fallas del mercado de la salud que impiden el correcto funcionamiento de la competencia, mediante el desarrollo de instrumentos e instituciones de regulación tanto en el ámbito privado como público.

en la competencia tenderán a tener efectos negativos tanto sobre la eficiencia como sobre la equidad.

La capacidad de los mercados y del sector público para administrar y gestionar recursos, también incide en la factibilidad de avanzar hacia la implantación de sistemas de subsidios a la demanda. Como se discutió en el texto, las asimetrías de información propias del sector salud, así como las dificultades institucionales para la administración y recolección de estos fondos, ponen en riesgo las ventajas de esta forma de asignar subsidios. Independientemente de los mecanismos que se utilicen para la distribución de los subsidios, las características de los mercados de trabajo de los países de la región aconsejan que para dar continuidad y eficiencia a la captación de estos recursos, éstos deben ser financiados mediante impuestos generales. Ello no impide aumentar los recursos factibles de canalizar mediante contribuciones directas y obligatorias al sector salud.

Una de las motivaciones de las reformas a la seguridad social en salud, ha sido el transferir hacia el sector privado gastos de salud que tradicionalmente realiza el sector público. Para que ello efectivamente ocurra, se requiere de desplazamientos de la demanda de servicios de salud desde el sector público hacia el privado. De lo contrario, el Estado se verá enfrentado a los mismos gastos pero disponiendo de menores recursos.

Dos características atentan contra traspasos significativos de demanda. Por un parte, las condiciones de bajos ingresos que caracterizan a los países de la región, lo que contrasta con la tendencia alcista en los costos y complejidad de la atención en salud. Por otra, la configuración que adopta la mezcla público-privada. Como lo demuestra la experiencia chilena, una deficiente mezcla público-privada traspasa recursos financieros al sector privado, pero no lo hace en igual medida con la demanda efectiva por servicios de salud. De esta forma, exige al sector público cubrir parte importante de la población donde justamente se concentra la población de mayores riesgos y menores ingresos.

Una configuración público-privada deficiente no sólo tiene impactos desde la óptica fiscal, sino que tiene efectos negativos sobre la equidad y la eficiencia global del sector. En la medida en que el sector público opera como un "asegurador de última instancia" facilita la selección (discriminación) de riesgos por parte de las aseguradoras privadas, lo que redundará en una menor eficiencia y equidad.

No cabe duda de que los sistemas de salud de los países de la región requieren de reformas. Éstas deben ocuparse de definir los niveles adecuados de recursos que se destinan al sector, de mejorar la gestión y asignación de estos recursos, y de mejorar el acceso de un porcentaje significativo de la población a servicios de salud de buena calidad. Los procesos de reformas implementados en países de la región se han visto afectados por las imperfecciones propias de los mercados de la salud, por la implantación de esquemas institucionales inadecuados o insuficientes, y por las condiciones de exclusión y marginalidad social que caracterizan a estos países.

Tal vez el principal desafío de los procesos de reforma sea el conciliar los requerimientos de eficiencia con los de solidaridad. En el ámbito del financiamiento, la introducción de seguros de riesgos debe ir acompañada con medidas que eviten la selección (discriminación) de riesgos, y sistemas de subsidios que permitan combinar la solidaridad en el financiamiento con contribuciones en función del riesgo. Esto es, la contribución no debe depender de las condiciones de salud *ex ante* sino de las capacidades de pago (ingresos), y las prestaciones deben proveerse en función de las necesidades y no de los pagos.

En el ámbito de la provisión de servicios, las reformas deben promover una mayor competencia entre proveedores privados y públicos. La provisión pública de servicios requiere de profundos cambios en las formas de financiamiento y gestión. En particular, se deben introducir instrumentos que condicionen el financiamiento de estos servicios a criterios de desempeño. Finalmente, la configuración de la mezcla público-privada que se diseñe debe permitir una distribución equilibrada de la cartera de riesgos entre los subsectores público y privado.

BIBLIOGRAFÍA

- BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (1996), "Cómo organizar con éxito los servicios sociales", *Progreso económico y social en América Latina. Informe 1996*, Washington, D.C.
- Chellaraj, Gnanaraj, Ramesh Govindaraj y Christopher Murray (1994), "Health expenditures in Latin America", Washington, D.C., Banco Mundial.
- Hernández Bello, Amparo (1998), "Perspectivas de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia", serie Financiamiento del desarrollo,

- Nº 73 (LC/L.1108), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo.
- Londoño, Juan Luis y Julio Frenk (1997), "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina", *Salud y gerencia*, Nº15, julio-diciembre.
- Programa de Posgrado en Economía ILADES/Georgetown University (1997), "TASC: reformas previsionales: subsidio a la salud privada y costos de AFP", Santiago de Chile, julio.
- Van de Ven, Wynand y René C.J.A. Van Vliet (1992), "How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market. The great challenge for the 90's", *Health Economics Worldwide*, Kluwer.
- Van de Ven, Wynand (1997), "The Netherlands", *Health Care Reform: Learning from International Experience*, Chris Ham (comp.), Open University Press.
- (1996), "A framework for analysis of health financing systems and recent European experiences in health financing", documento presentado al seminario "Health Financing Reform. European Experiences and their Relevance for Latin America", Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ).
- White, Joseph (1995), "Competing Solutions", Washington, D.C., The Brookings Institution.