

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)

TERCERA PARTE

ENSAYOS SOBRE LA REFORMA AL
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE

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	Sector público	Isapres	Sector público	Isapres	Sector público	Isapres	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.

LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRES) EN CHILE

Ricardo Bitrán
Francisco Xavier Almarza

SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

Chile posee un sistema de salud peculiar. Todo trabajador dependiente debe cotizar el 7% de su sueldo imponible para la previsión en salud, pero puede escoger el destino de dichos fondos entre el sistema público (Fondo Nacional de Salud, FONASA) y el sistema privado (instituciones de salud previsional, isapres). Las isapres fueron creadas en 1981 como entidades que ofrecen seguros de salud a quienes escogen voluntariamente afiliarse a ellas.

Las isapres han recibido elogios y críticas. A veces, tanto estos como aquellas se han basado en fundamentos técnicos, pero lamentablemente con frecuencia la discusión ha sido guiada por argumentos ideológicos. Cuán favorable o negativa sea la evaluación de las isapres depende del prisma con que se las mire. Quien las evalúe bajo la premisa de que estas instituciones debieran contribuir a resolver todos los problemas del sector salud en Chile, arribará a conclusiones muy diferentes de quien las analiza sobre la base de que ellas debieran satisfacer la demanda por seguros de salud de una parte de la población.

El propósito de este documento es presentar un análisis técnico de las isapres desde el ángulo del economista. Se pretende aportar información que permita enriquecer el análisis de las personas en Chile interesadas en el tema, y fuera de Chile de quienes deseen obtener mayor información sobre las isapres con el propósito de evaluar sus propias iniciativas de reforma.

A fines de 1995, estas empresas otorgaban cobertura a un cuarto de la población del país. Puesto que la facultad de pertenecer a una isapre

depende del nivel de ingreso de la persona, se observa que quienes están en las isapres pertenecen predominantemente a los grupos de ingresos medios, medios altos y altos. No obstante, habiéndose limitado el crecimiento de las isapres en los estratos medios y altos, la expansión reciente de la afiliación se ha dirigido progresivamente hacia los grupos de ingresos más bajos. Ello ha sido facilitado por un subsidio público a la afiliación que beneficia a aproximadamente un millón de personas.

El análisis efectuado sugiere que las isapres han tenido un impacto positivo y sustancial sobre la inversión y actividad privada en salud. Además, es evidente que las isapres constituyen una opción válida y beneficiosa para los 3.7 millones de chilenos que voluntariamente han decidido pertenecer a ellas, en lugar de optar por el FONASA o, en el caso de los independientes, de adquirir otros tipos de seguros privados de salud.

La mayoría de los afiliados al sistema de las isapres, está al menos razonablemente satisfecha con el sistema. Sin embargo, a medida que se desciende en la escala socioeconómica, disminuye la proporción de beneficiarios satisfechos. Gran parte de los afiliados se sienten al menos adecuadamente cubiertos, pero queda una cuarta parte de ellos que se sienten insuficientemente cubiertos. La cobertura es una preocupación importante de los beneficiarios de estas instituciones, aumentando la percepción de mayor cobertura con el precio de la prima. Los afiliados a isapres están más satisfechos con su sistema que los afiliados al FONASA. Es mayor el porcentaje de afiliados a isapres que reporta una actitud positiva hacia su sistema, que su equivalente en el FONASA. Asimismo, una menor parte de los afiliados a isapres desea cambiarse al FONASA que lo contrario; entre los afiliados al FONASA, la razón más frecuente para no cambiarse a una isapre es la insuficiencia de ingreso.

El crecimiento de la cobertura de las isapres fue exponencial en los primeros años; sin embargo, a contar de 1995 éste se ha estancado. Se atribuye el fenómeno a una percepción de incertidumbre política sobre el futuro por parte de las isapres, como también a una saturación de su capacidad de crecimiento dadas las actuales condiciones del mercado. Se infiere que un mayor crecimiento será posible solo en la medida en que se subsane la falta de definición oficial sobre el futuro de las isapres, o se adopten cambios sustanciales de política. Ejemplos de cambios que favorecerían el crecimiento de las isapres son el otorgarles mayor acceso a la infraestructura pública de salud, o mayores subsidios públicos a la

afiliación. La reciente decisión gubernamental de discontinuar dicho subsidio, restringe las posibilidades de crecimiento del sistema de isapres.

Así como se ha estabilizado el tamaño de la población beneficiaria de las isapres, también lo ha hecho el número de estas entidades. Existen en la actualidad 21 isapres abiertas, de las cuales 19 son con fines de lucro.¹ El mercado presenta un grado importante de concentración: las tres isapres de mayor tamaño —Consalud, Cruz Blanca y Banmédica— cubren casi el 55% del mercado, medido según el volumen monetario de las cotizaciones obligatorias de salud.

La población cotizante de las isapres, como también la beneficiaria de estas, es más joven y con menor participación de mujeres que la población del país. Con respecto a lo primero, las isapres poseen una mayor representación de hombres y mujeres jóvenes de entre 20 y 39 años que la población nacional, y una menor representación de personas mayores de 50 años y, particularmente, de mayores de 60 años. Además, como consecuencia de la selección de afiliados —debido a restricciones en la cobertura de enfermedades preexistentes, a primas crecientes con la edad, y ocasionalmente al deterioro de la capacidad de pago de quienes experimentan problemas médicos catastróficos— se presume que la población beneficiaria de las isapres es más sana que la población general del país. Sin embargo, estos autores no dispusieron de información apropiada para explorar esta hipótesis.

Las isapres han conservado constante en cifras reales el valor de los beneficios de salud que otorgan a sus afiliados, y han logrado aumentar la proporción de las cotizaciones destinada a servicios directos (atenciones de salud y licencias médicas) de cotizantes y beneficiarios. Un análisis comparativo de estadísticas de uso de servicios médicos revela que existen diferencias importantes entre las isapres y el FONASA, aunque no en las consultas curativas ambulatorias. El FONASA provee un 43% más de intervenciones quirúrgicas por beneficiario que las isapres, y más de tres veces el número de días/cama per cápita. Una posible explicación para estas diferencias sería el distinto perfil de salud de los beneficiarios de ambos sistemas, aunque otras causas podrían también ser responsables de estos contrastes.

1. Es "abierto" toda isapre que ofrece sus planes de salud a la población en general. Las isapres "cerradas" restringen sus servicios a grupos específicos de población, como por ejemplo los empleados de una empresa. Este documento trata principalmente de las isapres abiertas.

Luego de grandes fluctuaciones en su rentabilidad media, en los últimos cuatro años las isapres abiertas han experimentado tasas de rentabilidad anual sobre el patrimonio del orden del 25%, con una utilidad sobre los ingresos de explotación cercana al 5%. La rentabilidad patrimonial media de las isapres abiertas supera a las de otros sectores de la economía. La rentabilidad promedio de las isapres abiertas oculta importantes diferencias de rentabilidad individual. Aquellas isapres de mayor tamaño, que también son las de mayor vida en el mercado (en promedio, catorce años), presentaron en 1995 altas tasas de rentabilidad patrimonial —en algunos casos superiores al 66%. En contraste, la mayoría de las isapres de tamaño mediano a pequeño, con menores ingresos anuales y vida media en el mercado, arrojaron pérdidas importantes respecto de su patrimonio, en 1995. Se concluye que el mercado de las isapres es competitivo; que hay numerosas empresas que efectúan ingentes esfuerzos por penetrar el mercado a costa de pérdidas significativas en el intento; y que aquellas que ingresaron al mercado más tempranamente y lograron permanecer en él, han logrado establecer una posición aparentemente sólida y rentable.

El debate público sobre las isapres se ha centrado en cuatro temas: 1) la capacidad financiera de las personas que envejecen de permanecer en el sistema de isapres; 2) la cobertura que las isapres otorgan para las enfermedades catastróficas; 3) la canalización de subsidios públicos hacia las isapres; 4) problemas de información en el sistema.

Al primero de estos temas se lo conoce como el problema del "financiamiento de la salud en la tercera edad". El problema surge debido a que al entrar en la tercera edad (65 años), los individuos simultáneamente ven reducidos sus ingresos, experimentan una mayor siniestralidad médica, dejan de percibir el subsidio público a la afiliación al sistema, y enfrentan aumentos considerables en las primas de la isapre.

Un análisis prospectivo efectuado por la Universidad de Chile concluye que bajo ciertos supuestos muchos de los actuales cotizantes no tendrían problemas en financiar las primas de su isapre en la tercera edad. Tendrían dificultades en hacerlo sin embargo las personas que hoy son jóvenes, con menores ingresos y menores niveles de educación. El estudio demostró que la permanencia en las isapres en la tercera edad depende en parte de la alta rentabilidad histórica de las administradoras de fondos de pensiones (AFP), la que muy difícilmente se reproducirá en el futuro. Además, la proyección de un nivel de rentabilidad real anual

promedio de un 5% o 6% de los fondos de las AFP en las próximas décadas —si bien muy inferior al histórico—, es cuestionable. Finalmente, el estudio se concentró en proyectar a través de las décadas venideras la posibilidad de permanencia de quienes hoy están en isapres y no entran aún en la tercera edad. Los supuestos tras las proyecciones, y la sensibilidad de las mismas frente a cambios en los principales parámetros del ejercicio, sugieren que los resultados del estudio debieran ser ponderados con cautela.

Se recomienda el desarrollo de análisis complementarios al estudio descrito, basados en antecedentes empíricos de lo que hoy está sucediendo con los afiliados a isapres que entran a la tercera edad. ¿Cuántos de ellos permanecen en las isapres? ¿Cuántos lo hacen enfrentando gastos por concepto de afiliación y pagos no reembolsables a proveedores médicos que superan el 30% de sus ingresos? ¿Cuántos se retiran del sistema de las isapres, y retornan al FONASA, y cuáles son las principales causas de dicho cambio? La respuesta a estas preguntas, con datos reales de las isapres, permitirá arrojar mayor luz sobre el debate.

En relación con el segundo de los temas antes enumerados, el financiamiento de las enfermedades catastróficas, un análisis efectuado por la Pontificia Universidad Católica concluye que solo una fracción pequeña de los cotizantes en isapres abiertas incurre en gastos catastróficos. Además, en muchos casos dichos gastos se deben a una mala selección del proveedor, es decir un gasto mal cubierto por el plan de la isapre del beneficiario. El estudio concluye, no obstante, que la probabilidad de incurrir en una catástrofe financiera médica es mayor en los beneficiarios de más bajos ingresos. Ello no es de sorprender, por cuanto la cobertura que pueden ofrecer las isapres a personas que pagan bajas primas es evidentemente limitada. La naturaleza competitiva del sistema y su propio esquema de funcionamiento, propenden a que exista una redistribución muy reducida o nula de recursos desde suscriptores de altos ingresos que efectúan aportes elevados a las isapres hacia los de menores recursos que contribuyen con montos modestos.

El estudio de la Pontificia Universidad Católica propone un esquema de seguros de corto plazo que permitiría financiar los gastos catastróficos de salud y, además, financiar el mayor costo actuarial de quienes sufren de problemas catastróficos. Esto último les daría mayor movilidad entre las isapres a quienes experimentan problemas catastróficos, fomentando aún más la competencia en el sistema. Adicionalmente, la solución

propuesta constituiría una opción atractiva frente al actual sistema de exclusión de preexistencias médicas que contempla la ley.

Con respecto al tema de los subsidios públicos al sector de isapres conviene distinguir entre dos tipos de subsidios posibles: 1) el subsidio del 2% de cotización adicional, definido en la ley 18.566, para la afiliación a isapres de personas de bajos ingresos (en vías de ser discontinuado), y 2) subsidios indirectos por el uso de servicios públicos de salud por parte de los beneficiarios de isapres. La existencia del primer subsidio no presenta ambigüedad, por cuanto está gobernado por una ley y opera desde 1990. La conveniencia fiscal del subsidio es materia de estudio. Ella debiera resultar de una comparación entre los recursos que el fisco destina para el subsidio (la suma de los 2% pagados), y los que destinaría por concepto de financiamiento de atenciones de salud en el FONASA para aquellas personas que, al no existir el subsidio de la afiliación, se encontrarían adscritas al FONASA y no a isapres.

Con relación al segundo posible subsidio —la fuga de recursos públicos por la vía de atenciones de salud a beneficiarios de isapres—, la evidencia sugiere que, de existir hoy, estos subsidios serían modestos y con una tendencia a la disminución. Un estudio reciente sobre contribuciones y aportes de los usuarios del sistema público de salud (Bitrán y otros, 1996), revela que en 1992 los particulares que hicieron uso del sistema público de salud efectuaron aportes al sistema público por concepto de pagos de bolsillo iguales a la mitad de los beneficios recibidos. Los beneficios netos derivados de tal uso por los particulares, cercanos a 11 mil millones de pesos (moneda de diciembre de 1995), habrían equivalido a menos del 5% de los aportes totales al sistema público de salud. Considerando que muchos de los particulares usuarios del sector público no eran beneficiarios de isapres, se concluye que la fuga de recursos públicos hacia el sector de las isapres sería muy reducida. Este resultado debe interpretarse con cautela, puesto que se presume que la información obtenida por el estudio no habría permitido identificar a posibles beneficiarios de isapres que ocultarían tal condición al solicitar atenciones en el sector público. Sin embargo, desde 1992 los establecimientos públicos, en particular los hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), efectúan esfuerzos progresivos y cuentan con instrumentos (por ejemplo, un registro computacional de afiliados a isapres) e incentivos para identificar a pacientes que poseen cobertura de isapres y así recaudar mayores recursos propios.

En lo que respecta a los problemas de información en el sistema de isapres, se concluye que estos son importantes y con efectos perversos sobre la eficiencia. La abundancia de planes y la falta de información sobre las condiciones del contrato al momento de la afiliación son uno de ellos, e importan una asimetría de información entre la isapre y el cotizante. La sobreprestación de atenciones médicas es otra dificultad que resulta de asimetrías de información entre el prestador del servicio, por una lado, y el paciente y la isapre, por el otro. Tanto la Superintendencia de isapres como las propias isapres efectúan esfuerzos de educación para reducir algunos de estos problemas de información, aunque varios de ellos persisten y requerirán de iniciativas suplementarias.

Dos últimos puntos de gran importancia pero que han recibido menor atención en el debate público, son: 1) la falta de integración vertical de las isapres, y 2) la tal vez excesiva movilidad de los beneficiarios. Ambos fenómenos se traducen en pérdidas sustanciales de eficiencia. No está claro por qué las isapres en su mayoría —con la excepción de Consalud— siguen organizadas esencialmente como entidades financieras intermediarias, en lugar de integrar operativa y financieramente las funciones de aseguramiento y provisión. La falta de competencia en el mercado de los proveedores de salud puede ser una explicación de ello. En cualquier caso, a la falta de integración se suma un sistema predominante de pago a proveedores por acto médico, el cual tiene conocidos efectos inflacionarios en el gasto en salud.

La posibilidad de cambiarse de isapre que la nueva ley establece para los afiliados es un arma de doble filo: favorece la competencia entre las isapres, pero también promueve la ineficiencia del sistema. La nueva ley le atribuye un carácter permanente al contrato de salud por el lado de las isapres. Ello busca proteger al afiliado, impidiendo que las isapres puedan caducar el contrato arbitrariamente. Por otra parte, la ley le permite al asegurado desafiliarse de las isapres luego de completado el primer año con ella. La movilidad que la ley le otorga al afiliado genera incentivos que hacen que la isapre enfrente una presión competitiva permanente, a contar del primer año, llevándola a mantener o mejorar sus beneficios, o a disminuir sus precios, para así conservar sus afiliados. Este es un efecto positivo de la nueva ley.

La facultad de cambiarse de isapres tiene también consecuencias negativas sobre la eficiencia, puesto que al confrontar el riesgo permanente de perder afiliados, las isapres cuentan con pocos incentivos para

invertir en la salud de sus asegurados. En efecto, por lo general las isapres abiertas no poseen programas de salud preventiva, como por ejemplo los controles preventivos anuales y la promoción de hábitos saludables. Por lo demás, en la mayoría sino en todas las isapres abiertas, se observan bajas tasas de utilización de los controles preventivos anuales que la ley establece como un derecho de los beneficiarios.

La isapre Consalud parece ser una excepción a esta regla, por cuanto estaría desarrollando estrategias para conservar a sus afiliados en el largo plazo mediante incentivos económicos, invirtiendo en su salud a través del tiempo. La falta de iniciativas de este género, puede obedecer a que el mercado de las isapres aún es inmaduro, y continuará evolucionando. Esta hipótesis, en parte, se apoya en el hecho de que la ley de isapres ha seguido cambiando hasta hace poco tiempo. Es de esperar, por lo tanto, que las otras isapres también generen soluciones tendientes a retener a sus afiliados a través del tiempo, con ganancias de eficiencia para ambas partes. La escasez de soluciones espontáneas lleva a ponderar con cautela las virtudes de la ley de isapres en esta materia.

Finalmente, es importante mencionar que las isapres han evolucionado en forma positiva y se han adaptado a cambios importantes en su marco regulatorio y en las condiciones del mercado. Estas entidades son aún relativamente nuevas y no debiera desestimarse su capacidad de innovar y resolver desafíos. La autoridad dispone de numerosos estudios y recomendaciones que le permitirían continuar perfeccionando el marco regulatorio del sistema de isapres. Sin embargo, el mayor desafío para la autoridad es lograr limar la fricción generada en el sector por el funcionamiento de dos sistemas distintos de salud —uno público y otro privado— que operan con lógicas diferentes, y que por lo mismo resultan en pérdidas de equidad y eficiencia.

I. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Desde la vigencia de la ley que dio vida a las isapres en 1981, estas instituciones han crecido y evolucionado cambiando en forma importante la organización, la provisión y el financiamiento del mercado de la salud en Chile. Hoy las isapres otorgan cobertura de salud a más de un cuarto de la población nacional. Con su creación, el mercado de la salud ha

pasado a ser uno mixto, diferente a su perfil histórico, con una participación creciente del sector privado en el financiamiento de la infraestructura médica y en el pago y otorgamiento de atenciones.

Las isapres han recibido elogios y críticas. A veces, tanto estos como aquellas se han basado en fundamentos técnicos, pero lamentablemente con frecuencia la discusión también ha sido guiada por argumentos ideológicos. Cuán favorable o negativa sea la evaluación de las isapres depende del prisma con que se las mire. Quien las evalúe bajo la premisa de que estas instituciones debieran contribuir a resolver todos los problemas del sector salud en Chile, arribará a conclusiones muy diferentes de quien las analiza partiendo de la base de que ellas debieran satisfacer la demanda por seguros de salud de una parte de la población.

El propósito de este documento es presentar un análisis técnico de las isapres desde el ángulo del economista. Se pretende aportar información que permita enriquecer el análisis en Chile de las personas, interesadas en el tema, y fuera de Chile de quienes deseen obtener mayor información sobre las isapres con el propósito de evaluar sus propias iniciativas de reforma.

En el mercado de las isapres se presentan todos los problemas y peculiaridades propios de la economía de la salud. El economista mira las isapres desde los ángulos de la eficiencia y la equidad. Se pregunta: ¿En qué medida las isapres han ayudado a mejorar la eficiencia en el sector salud en Chile?, ¿en qué grado la existencia de estas instituciones ha afectado la equidad del sector? Estas dos dimensiones de todo sistema económico son evidentemente muy amplias. Y en el ámbito de cada una de ellas se plantean preguntas más precisas. Por ejemplo, en lo relativo a la eficiencia, el economista se interesa en saber, entre otras cosas, lo siguiente:

- ¿En qué medida las isapres han contribuido a estimular la competencia entre proveedores y entre aseguradores, presionando así a la baja los precios de las atenciones de salud, y mejorando la calidad de los servicios?
- ¿En qué grado el desarrollo de estas instituciones ha afectado la disponibilidad de recursos y servicios, las opciones de los consumidores, y la satisfacción de estos?
- ¿Cuál ha sido la contribución de las isapres a la salud de los chilenos, y a qué costo?

- ¿Qué mecanismos usan las isapres para protegerse del riesgo subjetivo y de la selección adversa, y cuáles han sido los resultados?²
- ¿Qué problemas de información existen en el mercado de las isapres y qué recursos han surgido para superarlos? De haber problemas, ¿en qué medida ellos constituyen fallas del mercado que interfieren con la eficiencia del sistema de las isapres?
- ¿Qué impacto ha tenido el sistema de isapres sobre la eficiencia del sector público de la salud?

En lo referente a la equidad, el economista formula las siguientes interrogantes:

- ¿Quiénes pueden acceder al sistema de isapres y quiénes encuentran dificultades en hacerlo? De haberlas, ¿cuáles son las barreras a la entrada?
- ¿Existen diferencias en el acceso a un nivel mínimo aceptable de servicios de calidad, entre las personas que están en isapres y quienes están fuera de ellas?
- ¿Existen subsidios cruzados desde el sector público de la salud hacia el sector de las isapres, o en el sentido opuesto, y cuál sería su magnitud?
- ¿Se presta el sistema de isapres para una redistribución regresiva de los recursos entre sus beneficiarios?

Estudiar un mercado tan complejo como el de las isapres es un desafío mayor, exacerbado en parte por la disponibilidad todavía incipiente de información, no obstante los loables y promisorios esfuerzos de modernización y automatización desplegados por la Superintendencia de isapres. Dos estudios efectuados durante el año 1995 sobre dos aspectos críticos del sistema de isapres, consumieron grandes recursos tanto financieros como humanos.³ Desarrollar análisis fiables sobre el tema requiere de un esfuerzo significativo y permanente.

Considerando los recursos relativamente modestos destinados a la producción de este trabajo, se prefirió otorgarle al lector una visión amplia de las isapres con un tratamiento inicial de los diversos temas, en

2. Ver definiciones de estos dos términos en las secciones 4 y 5, respectivamente.

3. Fisher Mizala y Romaguera (1995) y Díaz y otros (1995), respectivamente.

lugar de un análisis en profundidad de solo algunos de ellos. Con dicho objeto, donde fue posible se incorporaron al análisis datos provenientes de otros estudios o de fuentes secundarias. Se hizo, empero, un esfuerzo por obtener información de fuentes directas, incluyendo numerosas entrevistas con la autoridad y con representantes de isapres y de gremios profesionales.

Este estudio pretende definir problemas económicos relevantes, aportar la información disponible y emitir una opinión sobre los temas analizados, cuando el caso lo permita. Si la información es insuficiente para ofrecer un análisis conclusivo, se esbozan los requerimientos futuros de datos y de análisis para avanzar en la investigación de los aspectos abordados.

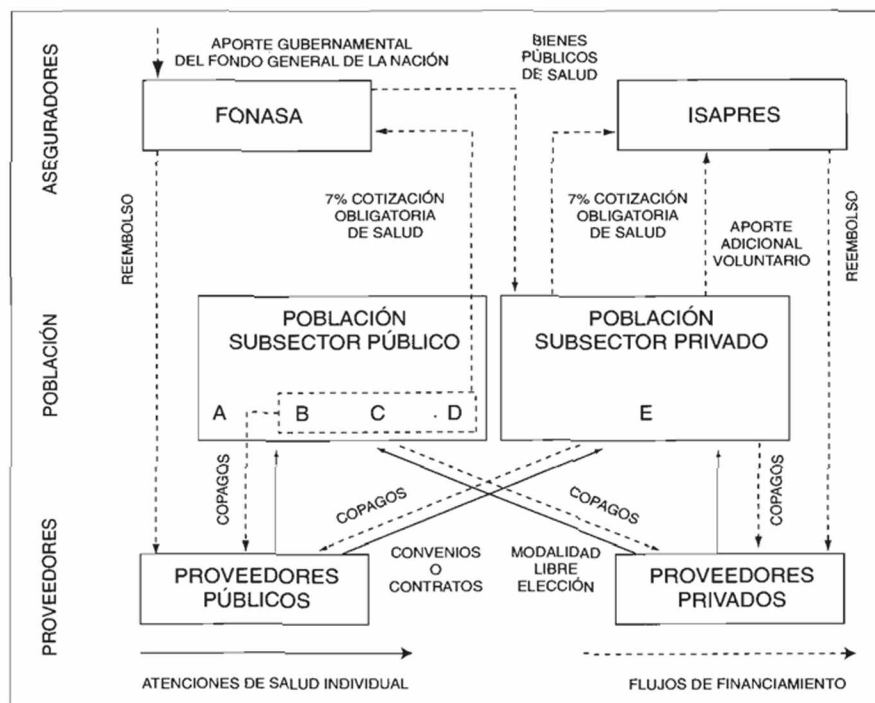
II. EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Chile posee un sistema mixto de financiamiento de la salud, a través de un seguro público y de seguros privados (ver gráfico 1). El primero es administrado por el Fondo Nacional de Salud, mientras que los seguros privados se concentran esencialmente en las instituciones de salud previsional, entidades aseguradoras creadas a contar de 1981. En 1994, el FONASA estimaba tener un total aproximado de 8 600 000 beneficiarios (62% de la población nacional), que incluía unos 3.6 millones de indigentes y 5 millones de cotizantes y sus cargas (FONASA, 1995; FONASA, 1996). Por su parte, a fines de 1994 las isapres cubrían poco más de un cuarto de la población del país, o 3.7 millones de personas (Superintendencia de instituciones de salud previsional, 1995a). El 12% restante corresponde a personas adheridas a sistemas de menor cobertura —entidades previsionales de las fuerzas armadas, de universidades y otros seguros privados— y a personas sin seguro alguno de salud.

La ley chilena dispone que los trabajadores dependientes que cotizan en un sistema previsional aporten el 7% de su renta imponible (con un tope mensual de 60 Unidades de Fomento (UF))⁴ a su sistema de

4. El valor de una UF a mediados de enero de 1996 era de aproximadamente 12 500 pesos, o 31 dólares a la tasa de cambio de 405 pesos por dólar. El tope mensual imponible era, entonces, de 750 000 pesos (1 852 dólares), cuyo 7% para salud era de 52 500 pesos (129 dólares).

GRÁFICO 1
ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DEL
SISTEMA DE LA SALUD EN CHILE ^a



Fuente: R. Bitrán y otros, Estudio "Equidad en el financiamiento del seguro público de salud", vols. 1-3, documento preparado para el Ministerio de Salud Pública y el Fondo Nacional de Salud por el Programa de Gestión y Economía de Sistemas de Salud de la Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile (GESS), Bitrán y Asociados y Sistemas Integrales, Santiago de Chile, 1996.

^a Se excluye del gráfico al 12% de la población nacional cubierta por otros sistemas de seguros o de bienestar médicos, como las Mutuales de Seguridad y las Fuerzas Armadas.

salud, pudiendo ellos escoger entre el FONASA o una isapre. Para el FONASA, la suma de estos aportes constituye una fuente importante (34.8% del total en 1993), pero no exclusiva, de financiamiento. La principal fuente de fondos es el aporte del Estado, proveniente de fondos generales de la nación (46.3% en ese año). Las isapres se financian principalmente en base a la cotización de salud de sus afiliados. En 1994 el

gasto público en salud fue de aproximadamente 570 000 millones de pesos, o 66 270 pesos por beneficiario del sistema público⁵ (moneda de diciembre de 1994), habiendo aumentado esta última cifra, en valores reales, en un 78% entre 1990 y 1994 (FONASA, 1995). En 1994 las isapres abiertas gastaron un promedio de 97 830 pesos (misma moneda) por beneficiario, cifra que en valores reales se mantuvo constante entre 1990 y 1994 (Superintendencia de isapres, 1996b).⁶

Los beneficiarios indigentes del FONASA que reciben atención médica en el sistema público de salud obtienen esta atención en forma gratuita. Además, los cotizantes del FONASA y sus cargas pueden optar por obtener atención médica ambulatoria general y especializada con un proveedor privado mediante la modalidad de libre elección del FONASA, para lo cual deben efectuar un copago en función de su ingreso. Los beneficiarios cotizantes del FONASA de mayor ingreso también deben efectuar un copago por su atención en establecimientos del sistema público (ver más abajo). Los beneficiarios de las isapres generalmente están sujetos a copagos, y cargos deducibles y máximos. Desafortunadamente, no existen estimaciones del gasto de bolsillo de las personas en atenciones de salud. Puesto que la posibilidad de afiliación a una isapre depende en gran parte del ingreso del individuo —el 7% de su ingreso debe ser lo suficientemente elevado como para alcanzar a financiar un plan de salud en una isapre—, los afiliados a estas instituciones pertenecen mayoritariamente a grupos de ingresos más altos que los beneficiarios del FONASA. En 1990, el 73% de los afiliados a isapres pertenecían a los dos quintiles de ingreso más elevados, mientras que el 55% de los afiliados al FONASA pertenecían a los dos quintiles más bajos de ingreso.

La provisión de servicios de salud también es mixta en Chile. El sistema público está constituido principalmente por los servicios de salud —que a lo largo del país totalizan 27 y ofrecen atención secundaria y terciaria—, y por los consultorios primarios de salud administrados por las municipalidades. En su conjunto, los servicios públicos constituyen

5. Son beneficiarios del sistema público las personas clasificadas como indigentes (grupo A en el gráfico 1), los afiliados cotizantes del FONASA (grupos B, C, y D), y las cargas familiares de estas personas.

6. Son isapres abiertas aquellas que ofrecen sus planes de salud a la población en general. Las isapres cerradas restringen sus servicios a grupos específicos de población, como por ejemplo los empleados de alguna empresa de gran tamaño. En 1994, las isapres cerradas gastaban por beneficiario aproximadamente el doble que las abiertas.

el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Las isapres otorgan atención de salud a sus beneficiarios principalmente a través de proveedores privados.

En 1992 el país contaba con 42 900 camas hospitalarias, de las cuales un 75% pertenecía al sector público. En la actualidad, se estima que el SNSS emplea a 65 000 funcionarios mientras que el sistema de consultorios municipales da trabajo a otros 16 500. No existen estimaciones del número de personas que trabajan en la provisión privada de servicios de salud. El volumen de atenciones curativas y preventivas otorgadas a través del SNSS y en los consultorios municipales revela la importancia del sector público en la provisión. En 1992, este atendía alrededor del 75% de los controles preventivos de la madre y el niño ocurridos en el país, el 40% de los partos, el 80% de las hospitalizaciones, y el 84% de las urgencias (Araiz y Puentes, 1992).

Chile enfrenta una situación de salud compleja debido a la coexistencia de problemas de salud ligados al subdesarrollo, a estilos de vida poco saludables, y al envejecimiento de la población (Ministerio de Salud Pública, 1994). Sin embargo, como se aprecia en el cuadro 1, el país exhibe buenos indicadores globales de salud en relación con las demás naciones de Latinoamérica, aun cuando existen inequidades como resultado de desigualdades sociales, económicas y en el acceso a los servicios médicos (Araiz y Puentes, 1992). Un diagnóstico de salud efectuado en 1992 revela importantes diferencias regionales en mortalidad y en disponibilidad de recursos médicos (Ministerio de Salud Pública, 1995). Estudios anteriores también acusaban dichas diferencias (Sistemas Integrales, 1992).

CUADRO 1
INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS DE LA SALUD,
EN CHILE Y OTROS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

	ARGENTINA	MÉXICO	CHILE	BRASIL	VENEZUELA	PERÚ	COLOMBIA
<i>Indicadores demográficos</i>							
Población en 1993 (millones)	33.8	90.0	13.8	156.5	20.9	22.9	35.7
Tasa anual de crecimiento de la población (%) 1970-1980	1.6	2.9	1.6	2.4	3.4	2.7	2.2
1990-2000	1.0	1.9	1.3	1.4	2.2	1.8	1.4
Tasa de fertilidad (niños por mujer)							
1970	3.1	6.5	4.0	4.9	5.3	6.0	5.3
1993	2.7	3.1	2.5	2.8	3.2	3.3	2.6
<i>Indicadores de salud</i>							
Esperanza de vida al nacer (años)							
1960	67	56	55	52	67	n.d.	58
1993	72	71	74	67	72	66	70
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)							
1970	52	72	78	95	53	108	74
1993	24	35	16	57	23	63	36
Años de vida perdida por mil habitantes, 1990	12	17	13	26	13	n.d.	11
Prevalencia de la desnutrición (menores de 5 años), 1991 (%)	n.d.	14	2	13	5	n.d.	12
Niños con bajo peso al nacer, 1990 (%)	n.d.	5	7	15	n.d.	n.d.	17
<i>Indicadores de cobertura de servicios de salud (%)</i>							
Vacuna triple DPT*, 1990-1991	84	64	91	75	54	71	84
Vacuna del sarampión, 1990-1991	99	78	93	83	54	59	75
Partos asistidos, 1985	n.d.	n.d.	97	73	82	n.d.	51

(Continuación Cuadro 1)

	ARGENTINA	MÉXICO	CHILE	BRASIL	VENEZUELA	PERÚ	COLOMBIA
<i>Recursos médicos</i>							
Médicos por cada mil habitantes, 1988-1992	3.0	0.5	0.5	1.5	1.6	1.0	0.9
Relación enfermera/médico, 1988-1992	0.2	2.5	0.8	0.1	0.5	0.9	0.6
Camas hospitalarias por cada mil habitantes (1985-1990)	4.8	1.3	3.3	3.5	2.9	1.5	1.5
<i>Ingreso nacional y gasto en salud</i>							
PIB per cápita 1993 (dólares)	7 220	3 610	3 170	2 930	2 840	1 490	1 400
Gasto total en salud per cápita en 1990 (dólares)	138	89	100	132	89	n.d.	50
Gasto total en salud como porcentaje del PIB en 1990	4.2	3.2	4.7	4.2	3.2	n.d.	4.0
Gasto público en salud per cápita en 1990 (dólares)	82	45	72	88	49	n.d.	23
Gasto público en salud como porcentaje del PIB en 1990	2.5	1.6	3.4	2.8	2.0	n.d.	1.8
Gasto privado en salud en 1990 (dólares)	56	45	28	44	40	n.d.	27
Flujos de asistencia externa para salud como porcentaje del gasto total en salud en 1990	0.2	0.9	0.7	0.4	0.1	n.d.	1.6

Fuente: Elaborado por los autores sobre la base de Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial*, ediciones 1994 y 1995.

n.d.: No disponible.

(*) DPT: difteria, pertussis (tos convulsiva), tétanos.

III. EL SISTEMA DE ISAPRES

Esta sección explica la génesis de las isapres y caracteriza estas instituciones desde el punto de vista del seguro de salud que ofrecen, y de la evolución de su número y afiliación a través del tiempo.

1. GÉNESIS

A comienzos de la década del 70, Chile presentaba una economía cerrada, protegida y con una amplia participación del Estado. A partir de 1974 se comenzó a gestar una transformación estructural del modelo de desarrollo económico, pasando progresivamente a una economía abierta y con participación preponderante de la iniciativa privada.

En este nuevo esquema el Estado pasó a ser principalmente un ente normativo y regulador, con un papel subsidiario que propendió a limitar su participación a aquellas actividades que, por consideraciones económicas o de seguridad de la nación, no pueden o no deben ser desarrolladas por el sector privado.

Con anterioridad a la reforma, el Estado cumplía múltiples funciones en la salud: tenía a su cargo la normativa y regulación del sector, y desempeñaba un papel activo como asegurador y prestador de servicios de salud. En cuanto al seguro de salud, el Estado tenía el monopolio de la captación y administración de los recursos previsionales para la salud; en lo relativo a su papel como prestador de servicios, tenía una infraestructura propia con más del 90% de las camas hospitalarias del país, concentrando igual proporción de los egresos hospitalarios. Además, el sector público proporcionaba más del 75% de las atenciones ambulatorias. En este contexto, el sector privado tenía una participación marginal como proveedor, con seguros de salud casi inexistentes.

Si bien el Estado mantuvo su papel de asegurador con el llamado "seguro público de salud", y de prestador a través del SNSS, la reforma del sector salud fomentó una creciente privatización de sus acciones y estimuló, además, la actividad privada en un ambiente de competencia.

Con la reforma el Estado perdió la exclusividad sobre la administración de las cotizaciones previsionales y de salud; si bien ambas siguen

siendo obligatorias para todos los trabajadores dependientes, bajo el nuevo régimen previsional el trabajador pudo escoger las instituciones donde confiar sus contribuciones. Las administradoras de fondos de pensiones (AFP), creadas en 1980, son instituciones privadas que captan y manejan las cotizaciones destinadas a la jubilación mediante un sistema de capitalización individual. El trabajador puede escoger entre distintas AFP y buscar a la que ofrezca mayor rentabilidad a sus fondos. Las instituciones de salud previsional, también privadas, fueron creadas por ley en 1981. A partir de ese momento algunos trabajadores —aquellos cuyos ingresos se lo permitían— pudieron ejercer la opción de destinar su cotización obligatoria al sistema público (FONASA) o a alguna de las muchas isapres.

Con el pasar de los años tanto el gobierno como las propias isapres vieron la necesidad de crear una autoridad que rigiese el funcionamiento de estas instituciones para corregir algunas imperfecciones del sistema. Hasta 1990 era el FONASA quien desempeñaba dicho papel, además de administrar el seguro público de salud. No obstante, ese año se creó la Superintendencia de instituciones de salud previsional, cuyas funciones son fiscalizar, actuar como árbitro en las disputas entre afiliados e isapres, y generar información para favorecer la transparencia de ese mercado.

2. CARACTERIZACIÓN DE LAS ISAPRES

Este apartado describe el contrato de salud que establecen las isapres con sus afiliados, y luego presenta la evolución del número de isapres en el mercado y de su afiliación.

a) El contrato de salud

Características del contrato

Las isapres son empresas que ofrecen seguros de salud mediante un contrato pactado entre estas y el afiliado.⁷ El contrato puede otorgar cobertura a solo un individuo (es decir el afiliado), o bien al grupo familiar

7. Por afiliado se entiende quien efectúa su cotización a la isapre. En este trabajo se usará indistintamente las expresiones afiliado y cotizante en el ámbito de las isapres.

(el afiliado más su cónyuge, hijos y otras cargas familiares, legales o no legales). Por beneficiario del seguro se entiende tanto el afiliado como sus cargas incluidas en el contrato.

Puede optar al sistema de isapres, todo trabajador dependiente, es decir aquel que está sujeto a una relación contractual con un empleador, el que por ley debe retener el 7% del sueldo imponible del trabajador. Dicho monto es canalizado por el empleador directa y automáticamente hacia el FONASA (el seguro público de salud) o, en caso de solicitarlo así el trabajador, hacia una isapre de su elección. También pueden optar voluntariamente a las isapres los trabajadores independientes.

Así como la ley establece un monto mínimo de cotización —el 7% antes mencionado— también establece un máximo legal. Este último ha sido fijado en 4.2 UF mensuales (aproximadamente 133 dólares), lo cual, como se explicó anteriormente, equivale al 7% del sueldo tope imponible legal de 60 UF (1 900 dólares por mes). No obstante existir ese máximo legal para la cotización obligatoria, el precio del contrato con las isapres no tiene limitaciones legales: el cotizante y la isapre pueden pactar voluntariamente el precio de la prima por encima de las 4.2 UF.⁸

Para permitir la incorporación al sistema de isapres, de cotizantes de menores ingresos o con muchas cargas, desde 1986 el Estado provee de un subsidio mensual de hasta 1 UF para el cotizante y de 0.5 UF por cada una de sus cargas (Jara y Vergara, 1996). Este subsidio tiene un tope del 2% de su sueldo imponible y, además, la cotización total (es decir el 7% más el subsidio) no puede exceder las 4.2 UF por grupo familiar.

La isapre tiene la facultad de revisar anualmente los contratos de salud, readecuar sus precios, las prestaciones convenidas, y el monto de sus beneficios para todos los afiliados que tengan un tipo de contrato, o *plan de salud*. Sin embargo, las isapres tienen prohibido hacer cambios a subgrupos de afiliados dentro de un mismo plan. La ley establece que en caso de que el afiliado no acepte los cambios al contrato, la isapre debe ofrecerle planes alternativos en condiciones "equivalentes", pudiendo

8. A primera vista esto último podría dar lugar a una asimetría entre el seguro público de salud y las isapres: el primero no puede aspirar más que a la cotización legal del 7% con su tope, mientras que las isapres pueden recaudar por encima del tope. En la práctica esta asimetría no se da por cuanto la mayoría —si no la totalidad— de los trabajadores que perciben sueldos iguales o superiores a 60 UF mensuales, por decisión individual pertenecen a una isapre. El FONASA, sin embargo, no persigue el objetivo de competir como asegurador con las isapres.

el afiliado aceptar alguna de las opciones o desafiliarse. Si el afiliado estima que este nuevo ofrecimiento no reúne las condiciones de equivalencia antes mencionadas, podrá recurrir a la Superintendencia de isapres, la que resolverá como árbitro arbitrador dichas diferencias.

La ley permite que el afiliado se pueda cambiar de isapres en cualquier momento, una vez transcurrido un año de permanencia; sin embargo, el contrato es de duración indefinida para la isapre la cual puede desahuciarlo solamente ante incumplimiento de las obligaciones contractuales del afiliado (por ejemplo, el no pago oportuno de la prima mensual o la violación de los términos del contrato por parte del asegurado), o por mutuo acuerdo entre la isapre y el afiliado. La nueva ley de isapres contempla la posibilidad para el afiliado de pactar planes de salud por un tiempo definido, eliminando en ese lapso su derecho a desahucio, aun cuando para la isapre el contrato sigue siendo de duración indefinida para la isapre (Asociación de Isapres, A.G., 1996).

Los contratos deben incluir información suficiente sobre todas las variables relevantes del seguro de salud que están determinadas por la ley.

Servicios ofrecidos y coberturas

Se obliga a las isapres a incluir en sus planes de salud todas aquellas prestaciones otorgadas por el FONASA; ello representa una lista de por lo menos dos mil tipos distintos de atenciones, desde la consulta curativa ambulatoria hasta procedimientos complejos de atención terciaria. Como efecto de esta imposición, lo que distingue un plan de salud de otro es la inclusión de prestaciones suplementarias a las requeridas por el FONASA y el nivel de cobertura financiera de las atenciones. Por ley existe, sin embargo, un mínimo de cobertura, igual al 25% de la cobertura general.⁹ Además, el seguro debe tener efecto inmediato prohibiéndose los períodos de espera para todas las enfermedades, excepto las preexistentes (ver discusión de ellas en la sección V).

9. Se excluyen la cirugía plástica para embellecimiento, hospitalización para reposo y atención particular de enfermería, prestaciones para curar enfermedades producto de la guerra o de actos delictuales del afiliado, las afecciones preexistentes (ver sección V) y las cubiertas por otras leyes.

Por otra parte, el afiliado tiene derecho a algunas prestaciones gratuitas ambulatorias que tienen relación con la prevención y promoción de la salud. Estas consisten en: 1) un examen de salud preventivo anual; 2) control del embarazo y puerperio de la mujer, y 3) control de salud del recién nacido hasta los seis años de edad.

La ley exige también otras coberturas obligatorias a las isapres; estas son conocidas como *subsídios por incapacidad laboral* o *atenciones pecuniarias*. En primer término, la isapre debe pagar el sueldo de sus afiliados, con un tope mensual de 60 UF, mientras estos gocen de un permiso o licencia médica debido a un problema de salud. Este beneficio se conoce con el nombre de *licencia curativa*, y tiene por objeto asegurarle un nivel mínimo de ingreso al afiliado mientras permanece incapacitado para trabajar. El costo del subsidio es financiado por las isapres con fondos propios.

En segundo término, las isapres también otorgan a sus afiliadas el *subsidio maternal* y el *subsidio por enfermedad del niño menor de un año*. El primero consiste en pagar a la mujer embarazada su sueldo mensual, con un tope de 60 UF, durante los tres últimos meses de su embarazo y durante los tres primeros meses después del parto.¹⁰ El segundo le permite también a la madre gozar de un sueldo (con el mismo tope), para cuidar a un hijo menor de un año que se encuentra enfermo. Estos dos últimos subsidios son entregados por las isapres, pero su financiamiento es de origen público y proviene de fondos generales de la nación. La justificación de estos dos subsidios responde principalmente a consideraciones de equidad entre hombres y mujeres en el mercado del trabajo, aunque también se puede argumentar que estos subsidios conllevan externalidades positivas respecto a la salud del niño (Bitrán y otros, 1996).

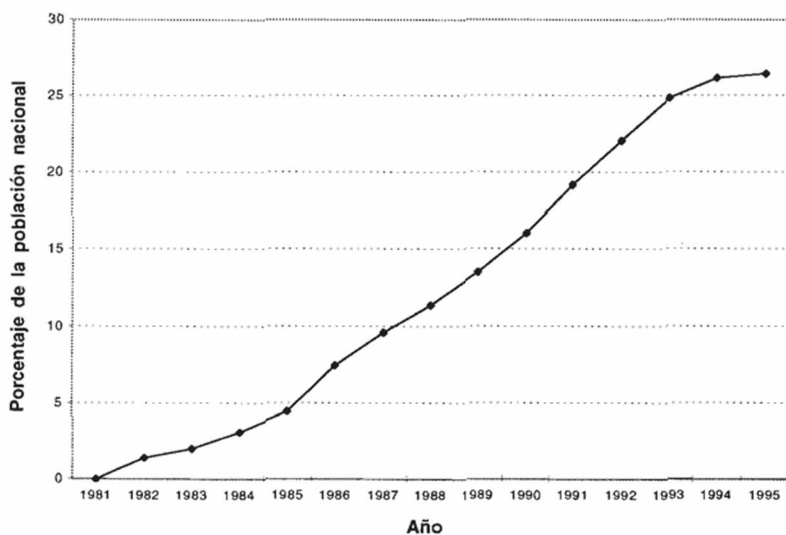
b) Evolución de las isapres

El sistema de isapres ha experimentado altas tasas anuales de crecimiento de la afiliación desde su inicio en 1981 —tasas superiores al crecimiento de la población general. Empero, éstas han disminuido en los años

10. Si el parto se posterga más allá del período pronosticado por el médico, este emite una licencia prenatal suplementaria y la isapre debe pagar un sueldo proporcional a este tiempo.

recientes hasta el punto de que en la actualidad se estima que el crecimiento del sistema es nulo. En diciembre de 1995, las isapres contaban con 1 615 046 cotizantes, los cuales tenían 2 092 459 cargas, totalizando una población beneficiaria de 3 707 505 personas, o un cuarto de la población nacional.

GRÁFICO 2
BENEFICIARIOS DE ISAPRES COMO PORCENTAJE
DE LA POBLACIÓN NACIONAL



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

El estancamiento en el crecimiento del sistema plantea importantes desafíos a las isapres y marca una nueva etapa en la vida de estas instituciones. La realidad actual exige que para crecer cada isapre debe tratar de atraer afiliados desde otras isapres, aumentando la competencia y posiblemente también los gastos de administración y ventas. Otra posibilidad, para la cual las isapres parecieran estar preparándose, es lograr ofrecer planes de salud a precios más módicos, de modo de poder expandirse hacia poblaciones de menores ingresos.¹¹

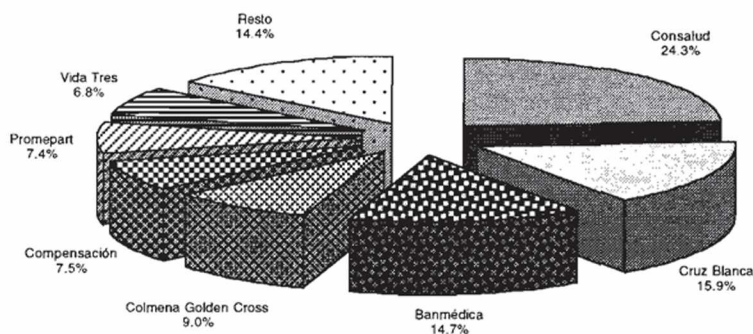
c) Número y tipos de isapres, y participación de mercado

Las isapres se dividen en abiertas y cerradas. Estas últimas pertenecen generalmente a empresas y son una forma de bienestar social de sus trabajadores, por lo que no tienen fines de lucro; en 1995 representaron un 6.6% de las cotizaciones obligatorias y no más de un 4% de los cotizantes.

Las isapres abiertas son aquellas que ofrecen sus servicios a la población general. Estas son empresas con fines de lucro, a excepción de Consalud y Promepart. A fines de 1995 las isapres abiertas totalizaban 21, de las cuales 3 concentraban más del 50% del mercado (medido en ingresos por cotización) y 7 captaban más del 95% de la cotización obligatoria y el 83% del total de las cotizaciones. La participación de mercado de las isapres cambia al usar distintas medidas: número de cotizantes, número de beneficiarios o los ingresos por la cotización legal obligatoria o por contribuciones totales de los afiliados. El gráfico 3 presenta la participación de mercado de las isapres abiertas en 1995, usando como medida la proporción de la masa de cotizaciones legales.

11. En entrevistas con los autores, los ejecutivos de algunas isapres indicaron estar estudiando estrategias para expandir su cobertura hacia sectores de ingresos más bajos, aunque no revelaron el contenido de dichas estrategias.

GRÁFICO 3
DISTRIBUCIÓN DE LA COTIZACIÓN OBLIGATORIA ENTRE ISAPRES.
AÑO 1995

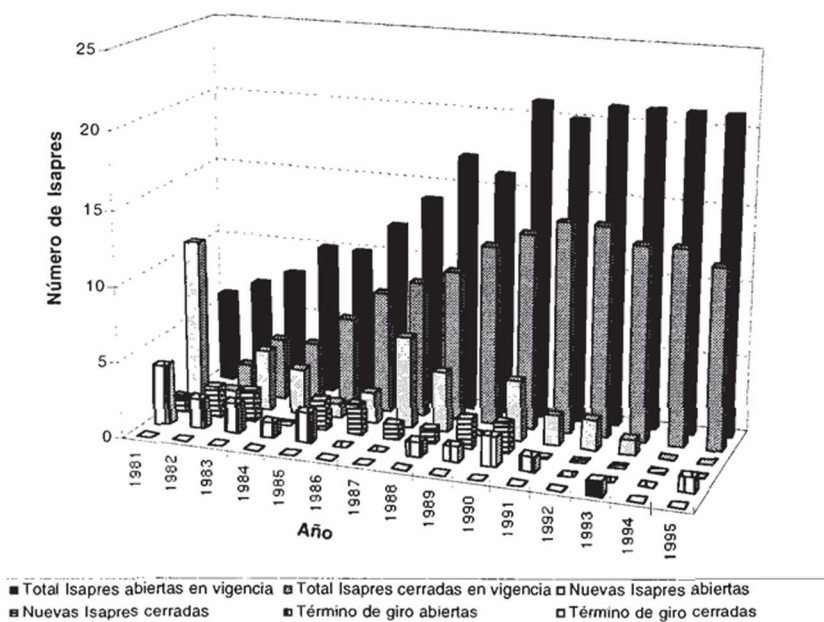


Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

Así como se ha estabilizado el volumen de afiliados en años recientes, también lo ha hecho el número de isapres en el mercado. Como se aprecia en el gráfico 4, en los últimos tres años solo ha habido cambios marginales en el número total de isapres abiertas y cerradas. A diferencia de lo observado en los años siguientes a la creación de las isapres, cuando surgían y desaparecían varias instituciones abiertas y cerradas por año, en períodos recientes ello ha ocurrido con poca frecuencia, observándose un mercado maduro en lo relativo a su tamaño.

Como se indicó más arriba, el estancamiento de la afiliación y el número de isapres, observado recientemente, posiblemente señala el término de una etapa en el desarrollo de la explotación de estas entidades en Chile. Muy probablemente, una expansión significativa de estas instituciones ocurrirá solo en la medida en que se produzca un cambio estructural en el sistema de salud chileno.

GRÁFICO 4
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ISAPRES ABIERTAS Y CERRADAS.
AÑOS 1981-1995



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

3. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DE ISAPRES

a) Sexo y edad de los beneficiarios

Los hombres constituyen aproximadamente dos tercios de los cotizantes y la mujeres un tercio, situación que se invierte en las cargas; por ello, hombres y mujeres están igualmente representados a nivel de los beneficiarios (ver cuadro 2).

CUADRO 2
 COTIZANTES, CARGAS Y BENEFICIARIOS POR SEXO. AÑO 1995
 (En número y porcentaje)

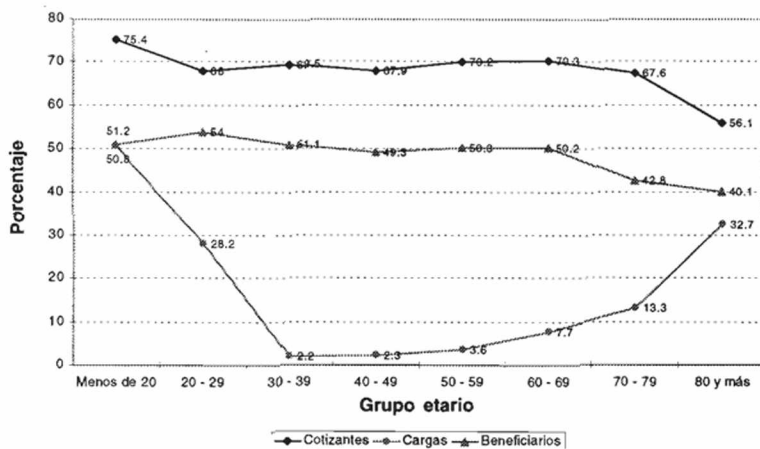
	Personas			Porcentajes		
	Cotizantes	Cargas	Beneficiarios	Cotizantes	Cargas	Beneficiarios
Hombres	1 135 561	798 411	1 933 972	68.9	37.8	51.5
Mujeres	513 664	1 316 013	1 822 837	31.1	62.2	48.5
Total	1 649 225	2 114 424	3 756 809	100.0	100.0	100.0

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

El gráfico 5 muestra el porcentaje de hombres en cada grupo de edad. La mayoría de los cotizantes son hombres, siendo esta representación mayor entre los más jóvenes, lo que concuerda con su participación en el mercado del trabajo. Respecto de las cargas, entre los menores de 20 años hay igual porcentaje en ambos sexos, lo que concuerda con la distribución de los hijos en las familias. En edades mayores el porcentaje cae drásticamente; esto se debe a que los hijos se incorporan al mercado del trabajo y dejan de ser cargas, mientras que las esposas son la carga principal del cotizante varón. El porcentaje de cargas aumenta progresivamente desde su nivel más bajo (en menores de 40) en adelante.

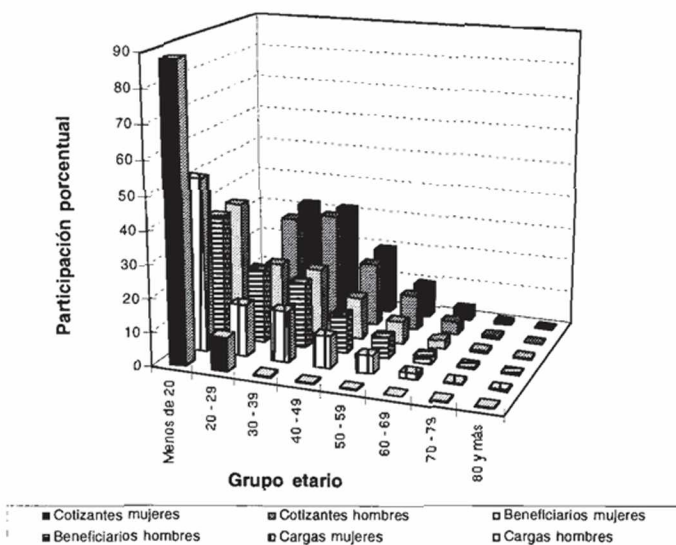
Los menores de 20 años de nivel socioeconómico alto, por lo general son estudiantes que no han ingresado al mercado laboral permaneciendo como cargas de sus padres. Esta situación se hace menos frecuente en los tramos etarios más altos (ver gráfico 6). De esta forma, los menores de 20 años tienen gran participación en las cargas y baja participación en los cotizantes.

GRÁFICO 5
PORCENTAJE DE HOMBRES EN CADA GRUPO ETARIO
AÑO 1995



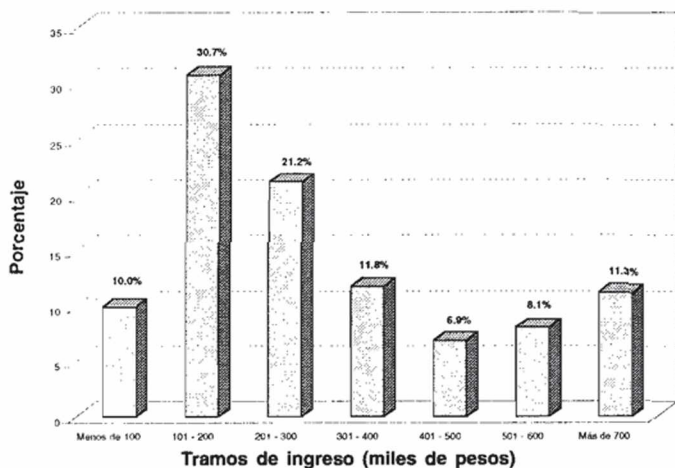
Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

GRÁFICO 6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDADES DE COTIZANTES,
CARGAS Y BENEFICIARIOS. AÑO 1995



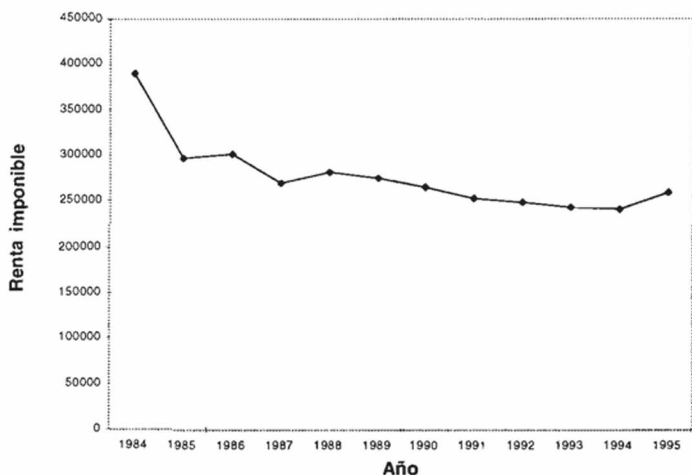
Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

GRÁFICO 7
DISTRIBUCIÓN DE LOS COTIZANTES DE ACUERDO
AL INGRESO IMPONIBLE. AÑO 1995



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

GRÁFICO 8
EVOLUCIÓN DE LA RENTA IMPONIBLE REAL PROMEDIO
(Pesos de diciembre 1995)



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

b) Ingresos de los cotizantes

La distribución del ingreso imponible de los cotizantes alcanza un máximo en el rango de 245 000 a 366 000 pesos, donde se ubica casi el 16% de los cotizantes (ver gráfico 7). Alrededor de este, el ingreso se distribuye asimétricamente teniendo mayor participación los ingresos superiores —asimetría semejante a la distribución del ingreso nacional.

La renta imponible promedio de los cotizantes ha disminuido en valores reales en el período 1984-1995 (ver gráfico 8). Esto se debe a dos causas: la primera es que en un comienzo las isapres centraron sus esfuerzos de captación en el sector de personas de ingresos más altos; la segunda, la implantación del subsidio estatal para promover la afiliación a las isapres de las personas de menores ingresos en 1990, fecha a partir de la cual se acentúa la caída del ingreso medio real.

En la gráfico 9 se muestra la participación porcentual de los distintos tipos de previsión en salud según quintil de ingreso. A mayor ingreso es menor el porcentaje de personas adscritas al sistema público de salud, aumentando los adscritos a las isapres. También tienen un leve crecimiento los adscritos a las fuerzas armadas y los que no pertenecen a ningún sistema (particulares).

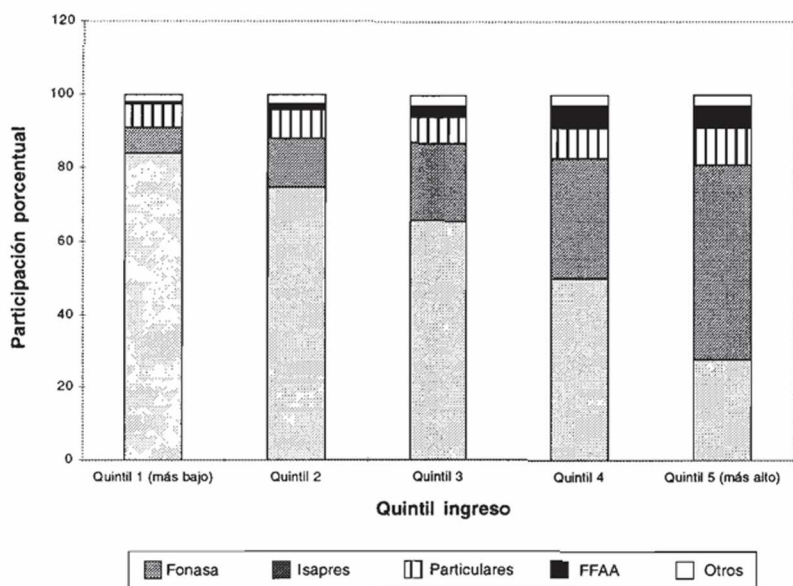
Si bien el salario promedio de los cotizantes de isapres ha ido disminuyendo, la mayoría de los beneficiarios que ingresan pertenecen a los tres últimos quintiles de ingreso.¹²

El gráfico 10 presenta un cambio en la participación porcentual de los beneficiarios de isapres según quintiles de ingreso en los períodos 1987-1990, 1990-1992 y 1992-1994. En el primer período, el aumento en la participación de los quintiles fue mayor mientras mayor era el quintil. Así, por ejemplo, mientras que los beneficiarios del quintil 1 (el más bajo) aumentaron su presencia en sólo un 2%, aquellos pertenecientes al quintil 5 (más alto) lo hicieron en casi un 15%. Esta situación cambió en el segundo período. Entre 1990 y 1992 los quintiles 2, 3 y 4 aumentaron su participación en forma semejante —aproximadamente en un 6%— mientras que los quintiles 1 y 5 lo hicieron en un porcentaje cercano al

12. Los quintiles de ingreso se ordenan desde los menores a los mayores ingresos, estando los más pobres en el primer quintil y los más ricos en el quinto quintil.

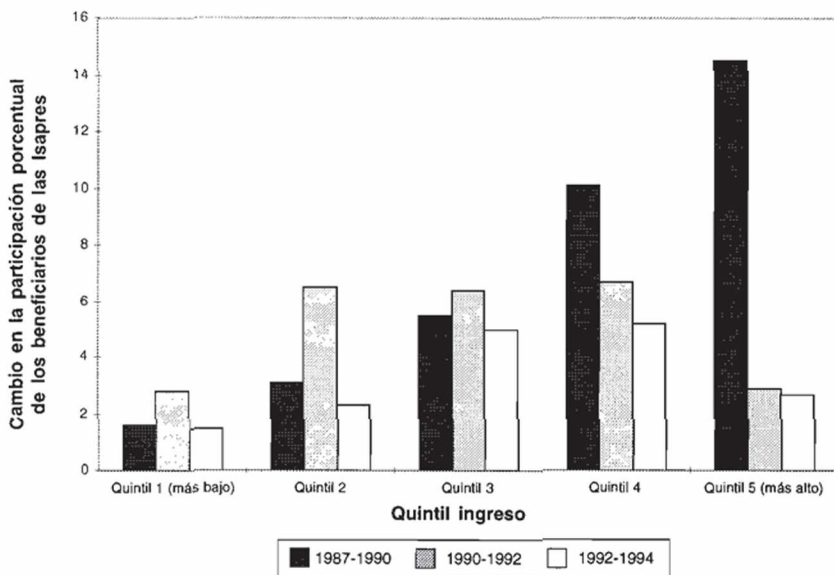
3%, En el período más reciente, 1992-1994, fueron los quintiles 3 y 4 los que mostraron el mayor crecimiento porcentual, con un aumento en la participación de sus respectivas poblaciones del orden del 5%; el crecimiento de los quintiles 1, 2 y 5 fue inferior a 3%. En resumen, hasta 1990 el crecimiento de las isapres prevenía principalmente de la entrada al sistema de personas de ingreso altos y medios. A contar de ese año, esta situación se modificó, puesto que el mayor crecimiento se produjo en los quintiles medio bajo, medio y medio alto.

GRÁFICO 9
INGRESO Y PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE LOS SISTEMAS
PREVISIONALES DE SALUD. AÑO 1994



Fuente: MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación), *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional, CASEN 1994. Módulo salud*, Santiago de Chile, División de Planificación, Estudios e Inversión, Departamento de Planificación y Estudios Sociales, 1996.

GRÁFICO 10
 DIFERENCIA EN LA PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE LOS
 BENEFICIARIOS DE ISAPRES EN LOS PERÍODOS
 1987-1990, 1990-1992, 1992-1994



Fuente: MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación): *Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza*, CASEN 1990, Santiago de Chile, 1992; *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional*, CASEN 1992. *Módulo Salud*, Santiago de Chile, División de Planificación, Estudios e Inversión, Departamento de Planificación y Estudios Sociales, 1996; *id.* Encuesta CASEN 1994, 1996.

4. PROVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

Las cifras de consumo de servicios médicos de las isapres muestran una evolución a través del tiempo, cuya importancia varía según el tipo de prestación médica. El cuadro 3 presenta, para los años impares, el número de prestaciones médicas otorgadas por las isapres en los últimos diez años. Puesto que el número de beneficiarios del sistema se incrementó en forma importante durante ese período, las cifras de utilización aparecen expresadas por beneficiario.

CUADRO 3
 NÚMERO DE PRESTACIONES MÉDICAS ANUALES EN LAS ISAPRES
 ABIERTAS POR BENEFICIARIO. AÑOS 1985-1995

PRESTACIONES	1985	1987	1989	1991	1993	1995
Consultas médicas	3.62	3.48	3.76	3.40	3.43	3.11
Exámenes de laboratorio	1.94	1.80	2.11	2.43	2.51	2.63
Exámenes radiológicos	0.51	0.62	0.56	0.58	0.58	0.60
Procedimientos de apoyo clínico	1.12	0.95	1.43	1.57	1.58	1.68
Intervenciones quirúrgicas	0.51	0.68	0.09	0.08	0.07	0.07
Días/cama	0.27	0.32	0.39	0.32	0.26	0.25
Partos vaginales	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01
Partos por cesárea	0.02	0.01	0.02	0.02	0.01	0.01
Otras prestaciones	0.35	0.57	0.24	1.00	1.04	1.06

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

Como se puede apreciar, el número de consultas médicas por beneficiario ha excedido las tres unidades anuales, con una aparente y leve tendencia hacia la disminución en años recientes, acercándose a las tres visitas. Lo contrario se observa en los exámenes de laboratorio, los exámenes radiológicos (aunque en menor medida), y los procedimientos de apoyo clínico. Para estos tres tipos de prestaciones, la tendencia ha sido al aumento.

El número de intervenciones quirúrgicas ha experimentado cambios drásticos, desde cifras muy elevadas en 1985 y 1987 —años en que más de la mitad de los beneficiarios se habría sometido a una intervención quirúrgica—, hasta 0.07 intervenciones anuales en 1993 y 1995. El número de días/cama alcanzó un máximo de 0.39 en 1989, para luego disminuir progresivamente hasta 0.25 en 1995. Esta última cifra indica que en ese año, en promedio, uno de cada cuatro beneficiarios de las isapres pasaba un día hospitalizado. La evolución de los días/cama no ha seguido la misma de las intervenciones quirúrgicas. Esto sugiere que la alta variación que se observa en estas últimas puede deberse a un problema de clasificación —por ejemplo, es posible que hasta 1989 se incluyera en

la categoría de las intervenciones quirúrgicas aquellas que se efectuaban en forma ambulatoria, y que luego ello habría cambiado, registrándose en este ítem solo las operaciones que requieren de hospitalización. Las tasas de partos en general han disminuido, para estabilizarse en un promedio de 0.02 por persona al año. Por otra parte, el número de las otras prestaciones casi se ha triplicado en ese decenio, desde 0.35 en 1985, hasta 1.06 en 1995.

Es interesante comparar las estadísticas de prestaciones de las isapres con las del FONASA, contenidas en el cuadro 4. Las primeras tres columnas muestran la utilización por beneficiario vía modalidad de libre elección del FONASA, es decir, con proveedores privados o en el pensionado de hospitales públicos (ver nota del cuadro 3). El denominador usado para derivar la utilización per cápita es el número de beneficiarios del FONASA que tienen derecho a acceder a esa modalidad. Las tres columnas siguientes muestran las prestaciones totales otorgadas vía modalidad institucional (es decir, en establecimientos públicos), usando como denominador a los beneficiarios indigentes del FONASA, quienes no tienen derecho a la modalidad de libre elección. Finalmente, las tres últimas columnas del cuadro combinan las cifras de utilización de ambas modalidades, dividiéndolas por el número total de beneficiarios del FONASA. Esta última información es la más susceptible de ser comparada con las estadísticas provenientes de las isapres.

Se observa que el FONASA otorga prácticamente el mismo número de consultas médicas a sus beneficiarios que las isapres —un poco más de tres consultas anuales en promedio por persona. Por otra parte, el FONASA brinda más exámenes de laboratorio que las isapres, pero menos exámenes radiológicos. También provee un mayor número de intervenciones quirúrgicas anuales por beneficiario —un 43% más— y más de tres veces el número de días/cama. Estas dos últimas diferencias sustanciales en las estadísticas de utilización, sugieren en parte diferencias importantes en las características de las poblaciones beneficiarias de ambos sistemas. Pero se debe aclarar que pueden existir muchas otras razones que expliquen las diferencias en las cifras de utilización, además de la hipótesis anterior.

CUADRO 4
NÚMERO DE PRESTACIONES MÉDICAS ANUALES
DEL FONASA POR BENEFICIARIO.
AÑOS 1993-1995^a

PRESTACIONES	MODALIDAD DE LIBRE ELECCIÓN			MODALIDAD INSTITUCIONAL			AMBAS MODALIDADES		
	1993	1994	1995	1993	1994	1995	1993	1994	1995
Consultas médicas	n.d.	1.01	1.04	2.45	2.51	2.50	n.d.	3.08	3.09
Exámenes de laboratorio	n.d.	0.91	0.98	2.75	3.02	3.21	n.d.	3.54	3.77
Exámenes radiológicos	n.d.	0.17	0.19	0.26	0.28	0.30	n.d.	0.38	0.41
Proc. Apoyo Clínico	n.d.	0.64	0.69	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Intervenciones quirúrgicas	n.d.	0.02	0.02	0.09	0.09	0.09	n.d.	0.10	0.10
Días/cama	n.d.	0.13	0.12	0.80	0.79	0.77	n.d.	0.87	0.84

Fuente: Elaborado por los autores sobre la base de FONASA (Fondo Nacional de Salud): "Boletín estadístico FONASA 1993-1994", Santiago de Chile, 1995; "Boletín estadístico FONASA 1994-1995", Santiago de Chile, 1996.

^a En 1995, el número total de beneficiarios del FONASA era de 8 467 867 personas, de las cuales 4 803 134 eran beneficiarios de los grupos B, C y D, con acceso a la modalidad de libre elección —la cual permite a estas personas acceder a proveedores privados mediante un copago— y 3 663 733 eran beneficiarios indigentes, sin acceso a esa modalidad.

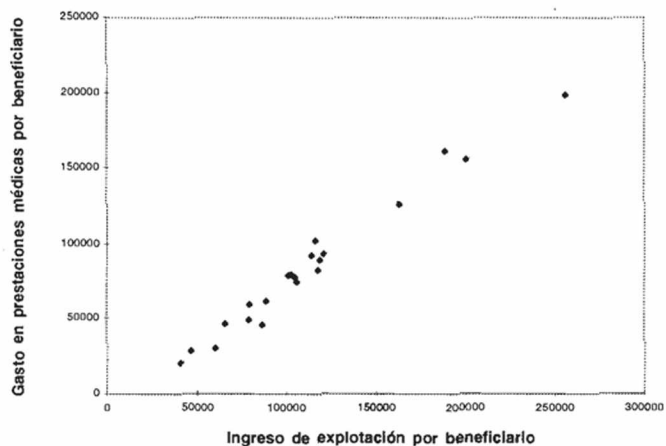
n.d.: No disponible.

5. ESTRUCTURA DE INGRESOS Y COSTOS DE LAS ISAPRES

Las isapres abiertas han cubierto un espectro amplio del mercado, ubicándose en distintos nichos según el precio de sus primas, determinado por la capacidad de pago de sus afiliados. Este fenómeno se ilustra en el gráfico 11 donde cada punto representa la equivalencia entre los ingresos y gastos de explotación de cada una de las isapres abiertas, en 1995.

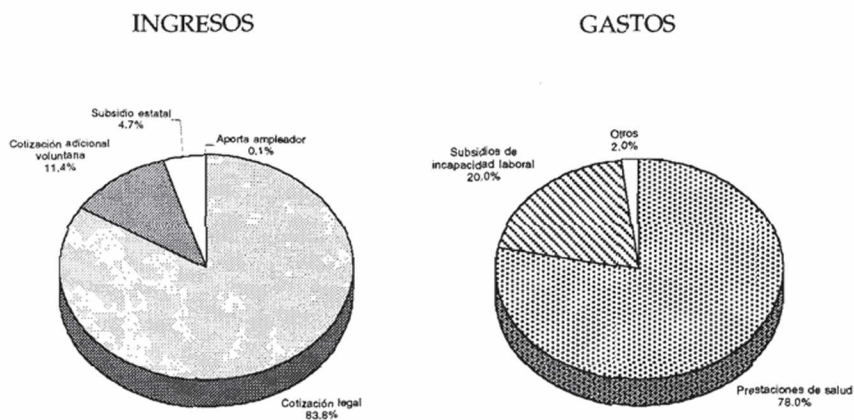
En el gráfico 12 se muestra que los ingresos de las isapres consisten principalmente en la cotización obligatoria, seguida de la cotización adicional voluntaria y del subsidio estatal a la cotización. El aporte adicional de los empleadores es porcentualmente muy bajo.

GRÁFICO 11
 INGRESOS DE EXPLOTACIÓN Y GASTO EN PRESTACIONES EN ISAPRES ABIERTAS, POR BENEFICIARIO. AÑO 1995



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

GRÁFICO 12
 ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DE EXPLOTACIÓN DE LAS ISAPRES ABIERTAS. AÑO 1995



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

IV. RIESGO SUBJETIVO

El *riesgo subjetivo* (moral hazard) se define como la propensión que tienen las personas aseguradas a reducir sus acciones orientadas a prevenir el evento asegurado, y por lo tanto a aumentar las probabilidades de ocurrencia de dicho evento. Al adquirir un seguro contra robo, por ejemplo, las personas pueden disminuir la cautela con que cuidan de sus bienes, al igual que quienes aseguran su vehículo contra accidentes o su casa contra incendios. En el mercado de los seguros de salud, quienes están asegurados pueden descuidar su salud o bien pueden ser menos conservadores en el momento de decidir qué servicios de salud consumir.

El riesgo subjetivo se refleja en la curva de demanda de las personas: al reducirse el costo de la siniestralidad para las personas (es decir el pago de bolsillo que estas deben efectuar al ocurrir el evento), ellas pueden demandar más servicios de salud que si no tuvieran un seguro, o pueden descuidar su salud al saber que los eventuales gastos imputables a su descuido serán menores que si no estuvieran aseguradas.

Para protegerse del riesgo subjetivo los aseguradores establecen copagos, de modo que en caso de ocurrir el siniestro o demandarse el servicio, el asegurado debe incurrir en un pago de su bolsillo. Debido al riesgo subjetivo, mientras menor es el copago que el seguro le exige al asegurado, mayor es el valor de la prima, y viceversa.

Las isapres hacen uso extenso de los copagos para moderar la demanda por atenciones médicas de sus beneficiarios, aun cuando algunas ofrecen planes voluntarios suplementarios orientados a reducir a un mínimo o completamente los copagos de las personas.

En realidad las isapres disponen de tres instrumentos para atenuar el riesgo subjetivo: los límites, los copagos y los cargos deducibles.

- *Límites.* Estos pueden ser en el número de prestaciones¹³ o en el monto. Hay una tendencia cada vez mayor en las isapres a descansar en este tipo de medidas y menos en copagos.¹⁴

13. La reforma a la ley de 1995 prohíbe contratos con límite por número de prestaciones.

14. Comunicación oral del Departamento de Estudios de la Superintendencia de isapres.

- *Copagos.* Los copagos representan la proporción del precio de la prestación médica que debe asumir el cotizante. Como se indicó anteriormente, la ley establece un límite mínimo al coseguro (porcentaje del valor de la prestación que es de responsabilidad de la isapre), de modo que el copago no puede ser superior al 75% del valor de la prestación. Un estudio que abarca a tres cuartos de los cotizantes de las isapres abiertas (Díaz y otros, 1995) mostró que el 97.5% de los cotizantes tenían un copago anual promedio de 32%; además, estos correspondían a copagos de menos de 500 000 pesos. Para el 2.5% restante los copagos fueron mayores, llegando a un 47% en aquellos gastos iguales o superiores a 5 millones de pesos —aproximadamente 12 500 dólares (ver sección XI).
- *Cargos deducibles.* Convencionalmente, el afiliado paga el total de los gastos médicos en que incurre hasta un cierto monto, llamado 'deducible'. Si los gastos exceden el deducible, la isapre paga el total de la diferencia entre aquellos y el monto deducible. Este mecanismo busca disminuir los gastos administrativos frente a eventos de menor cuantía. El único cargo deducible que se permite tanto en el FONASA como en el sistema de isapres, afecta el pago de las licencias médicas por enfermedad. Los primeros dos días de licencia no se pagan al asegurado.

La demanda por seguros de salud surge del deseo de las personas —la gran mayoría de las cuales son contrarias al riesgo— de eliminar la probabilidad de catástrofe financiera, en caso de que ocurra un siniestro de salud de alto costo para el ingreso o patrimonio familiar. Por lo mismo, uno esperaría que la demanda por seguros de salud fuese principalmente por la cobertura de eventos de baja probabilidad de ocurrencia y de alto costo de tratamiento. Ello no es así, sin embargo. Muchos planes de salud ofrecidos por las isapres aplican límites y copagos que en esencia no eliminan la posibilidad de catástrofe financiera para el asegurado. Estos planes, en cambio, reducen el gasto de bolsillo del asegurado para eventos de salud más frecuentes y fáciles de anticipar (por ejemplo, gripes) y de un menor costo.

Es muy probable que si se cancelara la obligatoriedad de la cotización para salud, aun cuando se conservase la obligatoriedad de poseer un seguro de salud, muchas personas elegirían adquirir seguros para catástrofes solamente, dejando sin asegurar los problemas frecuentes y

de bajo costo, o asegurándolos solamente en forma parcial. El que el grado de aseguramiento sea limitado para algunas personas en el sistema de isapres, responde, entonces, a la obligatoriedad de la cotización. Esta práctica es reforzada por el hecho de que existe un sector público que finalmente está dispuesto a acoger a quienes son incapaces de cubrir de su bolsillo el costo de sus problemas catastróficos de salud.

V. SELECCIÓN ADVERSA

En el ámbito del mercado de los seguros en general, se entiende *por selección adversa* aquel fenómeno en virtud del cual quienes prevén hacer un mayor uso de los servicios cubiertos por el seguro manifiestan una mayor propensión a asegurarse. En el mercado de los seguros de salud, quienes esperan hacer mayor uso de las atenciones de salud ofrecidas por el seguro —por ejemplo mujeres embarazadas o que planean quedar embarazadas, o individuos enfermos o con antecedentes familiares de ciertas enfermedades— tienen una mayor tendencia a comprar el seguro que un individuo corriente.

La selección adversa es motivada por un desajuste de información en el mercado de los seguros: los individuos que buscan asegurarse poseen mejor información sobre su estado actual y esperable de salud que la empresa aseguradora. Las empresas aseguradoras de salud disponen de algunos mecanismos que les permiten reducir —pero no eliminar totalmente— la selección adversa. Estos incluyen: 1) la suscripción de grupos numerosos de personas, donde por la ley de los grandes números el riesgo individual se reparte entre muchos y la mancomunidad de estas personas presenta un riesgo médico agregado no diferente al de la población general; 2) la fijación de exclusiones a través de las cuales quedan fuera del seguro ciertos problemas de salud, como enfermedades preexistentes o de alto costo, y 3) el sometimiento de los postulantes al seguro a exámenes médicos y a un análisis de su historial clínico, para identificar a quienes presentan riesgos elevados.

Debido a la selección adversa, los seguros vendidos a individuos son generalmente más caros que aquellos vendidos a grupos. Esto sucede porque el asegurador invierte más recursos en evaluar el riesgo del individuo (por ejemplo haciendo exámenes médicos), y porque se protege contra la posibilidad de no haber detectado problemas médicos

cobrando una prima más elevada que a los individuos pertenecientes a un grupo.

Los avances expuestos en los párrafos anteriores establecen bases conceptuales simples para analizar el problema de la selección adversa en el mercado de las isapres. Con la información existente sobre estas instituciones, sin embargo, no es posible determinar si la selección adversa es un problema mayor, aunque hay evidencias aisladas que así lo sugieren. Por ejemplo, se ha reportado que algunos médicos especialistas recomiendan a sus pacientes que se afilien a aquellas isapres que ofrecen mejor cobertura para los problemas del paciente (Fisher y Romaguera, 1995).

Un tema directamente relacionado con la selección adversa es la situación contraria, donde el seguro de salud conoce el riesgo del afiliado y discrimina entre afiliados, excluyendo o subiéndole la prima a los más riesgosos. Este tema es discutido más adelante.

1. MECANISMOS DE SELECCIÓN USADOS POR LAS ISAPRES

Para protegerse contra los riesgos que resultan de la selección adversa las isapres disponen de diversas herramientas, a saber:

- *Contratos colectivos.* La isapre negocia con un grupo de trabajadores pertenecientes a una empresa, en lugar de hacerlo individualmente con cada trabajador. En la actualidad se estima que entre un 35% y un 40% de los cotizantes de isapres abiertas pertenecen a planes colectivos.¹⁵
- *Enfermedades preexistentes.* La ley establece un período de espera de hasta 18 meses en el que pueden haber restricciones a la cobertura de las afecciones preexistentes declaradas. Después de este período, las prestaciones vinculadas a las enfermedades preexistentes tienen el mismo régimen que el resto. En el caso de no declaración de la preexistencia de algún mal, la nueva ley establece un plazo de cinco años después del cual, si la enfermedad no se ha manifestado, todo tratamiento posterior del problema debe ser cubierto por la isapre.

15. Comunicación oral del Departamento de Estudios de la Superintendencia de isapres.

La única forma en que la institución puede negarse a tratar esta enfermedad después del período quinquenal señalado, es demostrando que el problema requirió de tratamiento en ese lapso y que el afiliado ocultó el hecho a fin de favorecerse del período de gracia. En el caso de embarazo, la ley consigna que la cobertura es proporcional al tiempo que precede el nacimiento. En general, cuando se trata de enfermedades agudas no declaradas de bajo costo, las isapres no terminan el contrato de las personas que no declaran su preexistencia, aun cuando tienen la facultad legal para hacerlo. No obstante, cuando se trata de enfermedades crónicas de alto costo, como el cáncer, las isapres en ocasiones expulsan a estos afiliados.¹⁶

- *Examen médico a postulantes.* Esta estrategia permitiría que la isapre discriminara entre enfermos y sanos. Sin embargo ello no se da entre las isapres, supuestamente porque según estas mismas entidades los exámenes no constituyen una estrategia costo eficiente. Además, los vendedores no tienen ningún incentivo para detectar males preexistentes toda vez que la modalidad general entre las isapres es compensar a los vendedores en función de sus nuevas afiliaciones.
- *Reconocimiento de hábitos poco saludables.* Las isapres no despliegan ningún esfuerzo por reconocer y señalar los hábitos que inciden negativamente sobre la salud de sus potenciales o actuales beneficiarios, como el tabaquismo, la obesidad, el alcoholismo y la vida excesivamente sedentaria. El no uso de esta herramienta resulta en la existencia de subsidios cruzados desde los cotizantes con hábitos sanos hacia el resto.
- *Períodos de espera.* Estos establecen una menor cobertura por parte de la isapre de ciertos diagnósticos o prestaciones durante un período de tiempo limitado, a contar de la afiliación de un nuevo individuo. Esta práctica reduce la selección adversa para enfermedades agudas en aquellos casos en que el paciente, con el propósito de obtener un financiamiento de las prestaciones ligadas a su diagnóstico, se inscribe en una isapre durante el curso de su enfermedad. Un ejemplo de este tipo es el embarazo. Cabe hacer notar que los períodos de espera están prohibidos por ley en las isapres, excepto para las enfermedades preexistentes y el embarazo.

16. Íd nota anterior.

- *Exclusión de enfermedades.* Como se explicó en la sección III son muy pocas las situaciones en que la ley permite excluir la atención. De estas, las enfermedades preexistentes son las más relevantes.

Se podría concebir un segundo tipo de herramientas, todas financieras, destinadas a hacer que el asegurado asumiese los gastos de las prestaciones de algunas de sus enfermedades preexistentes, ya sea parcial o totalmente. Dichas herramientas podrían incluir los límites, copagos y cargos deducibles (ver sección anterior). Pero estos mecanismos no serían prácticos para las isapres. En efecto, si bien limitarían el riesgo financiero de esas entidades, al ser incapaces de distinguir entre postulantes "buenos" (con bajo gasto esperado) y "malos" (con alto gasto esperado), la adopción de esas políticas también haría menos atractivos los planes de las isapres para los postulantes "buenos", reduciendo el tamaño del mercado para las isapres y su rentabilidad.

2. SELECCIÓN DE AFILIADOS

Al conocer la isapre el riesgo médico de un asegurado, puede subir su prima o bien no admitirlo. No obstante, para prevenir la discriminación arbitraria, la ley de isapres establece que estas solo pueden fijar primas diferenciadas sobre la base de sexo y edad, y no pueden terminar unilateralmente el contrato de un cotizante. Sin embargo, persiste la posibilidad de que la isapre discrimine no aceptando la incorporación de ciertos beneficiarios —a los que prevé como riesgosos—, por cuanto la ley no obliga a las isapres a aceptar a todos quienes postulan a ellas.

Con el pasar del tiempo, mediante un análisis de la siniestralidad de cada uno de sus beneficiarios y de grupos de ellos, las isapres pueden lograr establecer el riesgo de su cartera de asegurados. Esta información les puede permitir rediseñar sus planes a través del tiempo (esto solo puede ser hecho una vez en el año), con el propósito de ir limitando la siniestralidad de su clientela. La ley supuestamente protege a los beneficiarios a quienes se les cambia el plan, dándoles el derecho de protestar si consideran que el plan alternativo ofrecido por la isapre es inferior al anterior. Pero al respecto no hay datos que permitan evaluar la frecuencia con que las isapres cambian de planes a sus grupos menos rentables,

ni sobre el número de denuncias que los afectados por esta práctica elevan a la superintendencia respectiva para reclamar.

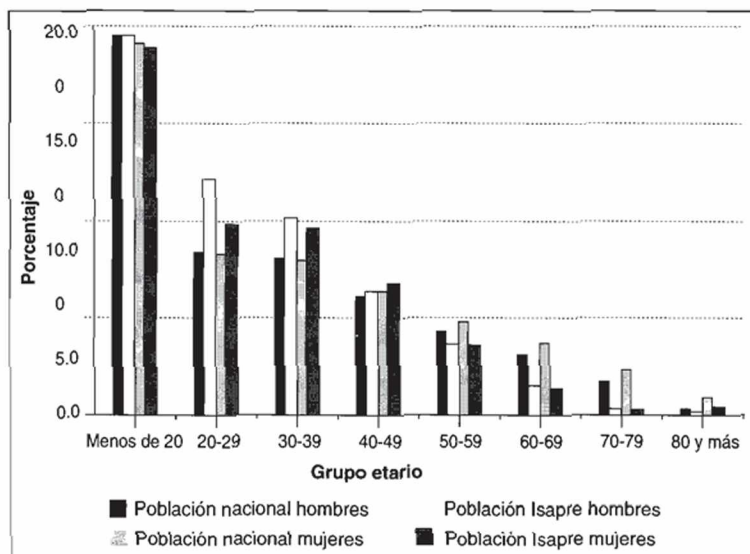
Se dan otras circunstancias que pueden derivar en la selección de afiliados por parte de las isapres. Por ejemplo, se sabe que muchos cotizantes abandonan involuntariamente su isapre al dejar de pagar las cotizaciones por cesantía. Si estas personas tienen un historial médico significativo, y además conocido por la isapre, al querer ingresar nuevamente su condición médica puede ser considerada como una preexistencia. O bien la isapre puede protegerse ejerciendo su derecho a rechazar al postulante, o permitiéndole incorporarse a planes de menor cobertura, o cobrándole primas más elevadas. De este modo algunos afiliados quedarán mal asegurados o no podrán continuar en el sistema. Entonces, aun cuando las isapres no puedan expulsar a los afiliados con mayor riesgo de enfermar, ellas disponen de mecanismos que les permiten excluir a las personas más riesgosas. Se presume que con frecuencia estas situaciones resultan en que personas afiliadas en algún momento a una isapre, deban abandonar el sistema privado e incorporarse al FONASA.

Desgraciadamente, a la fecha no se ha realizado ningún estudio sobre los afiliados que han pasado desde el sistema de isapres al FONASA, y de las razones de ese cambio, por lo que no existe una evaluación de la magnitud del traspaso de asegurados riesgosos desde el sector privado hacia el sector público. La información del gráfico 13 ilustra las diferencias en la distribución por edades entre la población nacional y la población beneficiaria de las isapres, en 1995. Se observa cómo las isapres favorecen la incorporación de hombres y mujeres jóvenes de entre 20 y 39 años en desmedro de la población mayor de 50 años, y particularmente de aquella mayor de 60.

VI. OTROS PROBLEMAS DE INFORMACIÓN

Para que un mercado sea eficiente se requiere que tanto los oferentes como los demandantes estén bien informados sobre las características y los precios de los productos transados. Cuando uno de los agentes —oferente o demandante— posee información incompleta, o cuando existen asimetrías de información entre los agentes, entonces el mercado no logra un equilibrio eficiente.

GRÁFICO 13
 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN NACIONAL Y DE ISAPRES. AÑO 1995
 SEGÚN GRUPO ETARIO
 (En porcentaje)



Fuente: Elaborado por los autores sobre la base de INE/CELADE (Instituto Nacional de Estadísticas/Centro Latinoamericano de Demografía), Chile. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. Total país: 1950-2050 (LC/DEM/R.217). Serie OI, N° 97, Santiago de Chile, 1995; Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

En la sección anterior se discutió la selección adversa, que constituye un importante problema de información en el mercado de las isapres. Existen además otros problemas de naturaleza semejante que originan las siguientes situaciones de asimetrías de información: 1) asimetría de información isapre/cotizante, donde la isapre tiene mayor información que el cotizante; 2) asimetría de información médico/isapre, donde aquel posee mayor información que la institución, y 3) asimetría de información médico/beneficiario donde el primero tiene mayor información que el segundo. A estos temas se refieren los primeros tres apartados de esta sección.

1. PROBLEMAS DE INFORMACIÓN ISAPRE/COTIZANTE

Para el cotizante es difícil comparar los seguros ofrecidos por las isapres dada la heterogeneidad de ellos: en la actualidad coexisten en el mercado más de 8 mil planes distintos vigentes. La mayoría de ellos son planes que fueron vendidos en el pasado, puesto que en la actualidad solo se ofrecen aproximadamente mil planes diferentes.¹⁷ Este número es aún mayor si se suman los planes colectivos. Esta diversidad se debe en gran parte a que los planes de las isapres se compran principalmente mediante el pago de una prima establecida como un porcentaje del ingreso de las personas. Puesto que los ingresos, y el 7% de ellos, constituyen una variable continua (hasta el tope legal mensual de 60 UF), no es sorprendente que el mercado ofrezca una gran multiplicidad de planes para ajustarse a ese espectro continuo de ingresos. Otra causa de variación en el número de planes es que en ciudades de tamaño intermedio los médicos especialistas crean una suerte de cartel para negociar mejores tarifas con las isapres. Esto hace que esas entidades a veces adopten la estrategia de diseñar planes locales, a través de sus sedes regionales.

La gran variedad de planes es sin duda un factor que desde el punto de vista de la demanda introduce confusión en el mercado de las isapres. En efecto, puesto que no existe un plan referencial que todas las isapres deban ofrecer, y al haber un gran número de variables que determinan un plan de salud, los consumidores enfrentan una decisión compleja al tener que escoger su plan dentro de un abanico tan amplio de opciones.

Cierta información episódica sugiere que muchos afiliados no tienen un buen conocimiento de su plan de salud, por lo que recién se informan de la verdadera naturaleza de su cobertura en el momento en que ocurre un siniestro médico y descubren el monto del reembolso a que tienen derecho y la cuantía de su gasto de bolsillo.

En general, pareciera que las isapres tienden a ofrecer mayor cobertura para las prestaciones ambulatorias que son más frecuentes y de menor costo unitario, otorgando una menor cobertura para eventos

17. Comunicación oral del Departamento de Estudios de la Superintendencia de isapres.

hospitalarios de mayor complejidad.¹⁸ Esto es concordante con una estrategia comercial de las isapres para disminuir los eventuales cambios de isapres de beneficiarios en desacuerdo con el plan de salud —conocido por el afiliado en el momento del episodio de enfermedad. Los beneficiarios tienen conciencia de sus gastos de salud más frecuentes, como la consulta médica y otras prestaciones ambulatorias, lo que crearía incentivos para que la isapre cubra ampliamente estos eventos con miras a atraer nuevos afiliados.

La diversidad de planes constituye entonces un primer problema de información. Un segundo problema, aunque no totalmente independiente del primero, es la dificultad que enfrenta el cotizante para determinar la verdadera cobertura financiera de su plan. En efecto, la mayoría de las isapres abiertas poseen aranceles propios para cada uno de los varios miles de prestaciones médicas que cubren. Incluso los cotizantes más educados y con mayor capacidad para evaluar la cobertura de su isapre, encuentran dificultades en determinar el monto que les reembolsaría la isapre por un problema de salud de mediana a alta complejidad que requiera de hospitalización e intervenciones quirúrgicas. Según la Superintendencia de isapres, la tendencia actual es que esas instituciones están progresivamente expresando sus aranceles en UF, unidad públicamente conocida y que se presenta a diario en la prensa. Sin embargo, ello contribuiría solo marginalmente a solucionar el problema, puesto que permanecerían la heterogeneidad de prestaciones médicas y los niveles variables de reembolso.

Para corregir estos problemas la Superintendencia de isapres ha realizado esfuerzos tendientes a lograr que los afiliados conozcan sus derechos, y se informen para elegir el plan de salud. Estos consisten en campañas en los medios de comunicación, cuyo efecto ha sido evaluado mediante encuestas. Las isapres, por su parte, sostienen que ofrecen información a sus beneficiarios para decidir cuál es el mejor recinto hospitalario donde tratar sus problemas médicos, dado el plan de salud que posee cada uno.

18. Comunicación oral del Departamento de medicina de libre elección y aranceles del Colegio Médico. En algunos casos las isapres tienen copagos menores que el FONASA.

2. PROBLEMAS DE INFORMACIÓN MÉDICO/ISAPRES

El médico es quien hace el diagnóstico y determina el tratamiento que realiza él mismo, otro profesional de la salud, o el propio paciente. Para el que paga el tratamiento, sea el paciente o la isapre, verificar el diagnóstico y lo adecuado del tratamiento tiene un costo adicional, ya sea en honorarios de un segundo especialista, en el tiempo del paciente, o en gastos administrativos adicionales para el seguro. Estos costos de información pueden ser mayores que los beneficios económicos de evitar tratamientos considerados innecesarios. En algunos casos, como en las urgencias, donde el diagnóstico y tratamiento deben hacerse en el momento y muchas veces en horarios no hábiles, se hace muy difícil o imposible el control mediante una segunda opinión.

Los médicos tienen los siguientes incentivos para "sobreprescribir" prestaciones: 1) interés económico: mientras más prestaciones otorgue el médico mayores ingresos recibe; 2) comodidad y seguridad: por ejemplo, con un mayor número de exámenes de laboratorio es más segura y descansada la labor del médico, aunque estos no tengan un alto rendimiento de diagnóstico; se sustituye la labor médica por otras prestaciones, y 3) bienestar del paciente.

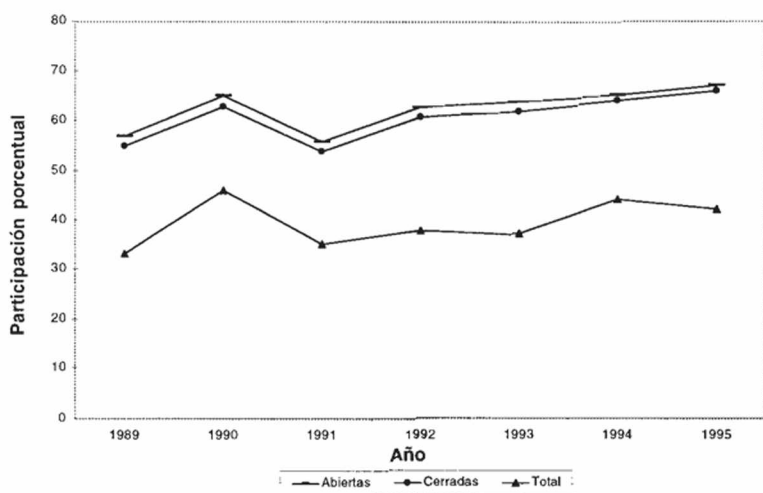
Las estadísticas de prestaciones médicas por beneficiario presentadas en la sección III permiten evaluar, aunque no en forma concluyente, la posible validez de estas hipótesis. En las isapres abiertas, durante el período 1985-1995 los exámenes de laboratorio han experimentado un aumento sostenido, desde 1.94 a 2.63 por beneficiario al año, mientras que los procedimientos de apoyo clínico han subido de 1.12 a 1.68.

Cesáreas

Los médicos reciben mayores honorarios por la cirugía de cesárea que por el parto normal. En las isapres abiertas los partos por cesárea representan un elevado porcentaje de los partos totales (60%), siendo esta cifra igual a 68% en el FONASA en su modalidad de libre elección. Sin embargo en la modalidad de atención cerrada de FONASA, donde el médico recibe

un salario fijo, este porcentaje cae a 38%.¹⁹ En las isapres cerradas la cifra es de un 43%, menor que en las abiertas. Estas cifras son el resultado de un aumento progresivo a través de los años como lo muestra el gráfico 14.

GRÁFICO 14
PORCENTAJE DE PARTOS CON CESÁREA EN ISAPRES. AÑO 1995



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

Licencias médicas

Como se explicó anteriormente, la isapre debe pagar un sueldo al cotizante mientras no trabaje debido a enfermedad, embarazo o enfermedad de niño menor de un año. Las licencias pueden ser rechazadas por la isapre o el empleador, o modificadas por la isapre; en cualquiera de estos casos el cotizante puede reclamar a la Superintendencia de isapres.

19. Este último dato es del período febrero-junio de 1996, los otros datos son de 1995.

El médico no percibe mayores ingresos por emitir una licencia, pero tampoco enfrenta costos por licencia emitida. Al mismo tiempo existe la propensión de los beneficiarios de cambiarse de médico cuando este es percibido como muy reticente a emitir licencias. Por lo tanto, existen incentivos para que el paciente presione al médico pidiéndole mayor cantidad de licencias. Si a esto se agrega el hecho de que las licencias las paga la isapre, disminuyen los incentivos para restringir las licencias.

Del total de licencias otorgadas, la mayoría son curativas (ver cuadro 5), seguidas por las licencias maternas y por enfermedad del hijo menor de un año. Sin embargo, el número de días pagados por licencia es mayor en las licencias maternas, por lo que aumenta su representación en el número de días de licencia y en el costo del pago por licencia.

CUADRO 5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL Y NÚMERO DE DÍAS POR LICENCIA
EN ISAPRES ABIERTAS. AÑO 1995

Tipo de Licencia	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL			
	Total de licencias	Total de días de licencia	Costo total del pago por licencia	Promedio de días de pago por licencia
Curativas	82.3	63.8	69.9	7.2
Maternas	10.8	31.8	25.9	27.3
Enfermedad de hijo menor de 1 año	6.9	4.4	4.2	7.3

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

La Superintendencia de isapres realizó un estudio sobre las licencias médicas otorgadas por las isapres (Superintendencia de instituciones de salud previsual, 1995c).²⁰ En este se encontró que el 91% de las licencias son autorizadas sin modificación, y el 9% restante se divide en un 6% de licencias autorizadas con modificación y un 3% rechazadas.

20. El estudio se hizo con 9 isapres que representan el 91% del total de cotizantes de isapres abiertas.

En 1994 la tasa de uso de licencias por cada cien cotizantes fue el doble en mujeres que en hombres —90% y 43%, respectivamente. Si se excluyen aquellas que corresponden a licencias prenatales suplementarias, que afectan solo a las mujeres, disminuye la tasa a 79% pero persiste una gran diferencia entre ambos sexos. Esta mayor morbilidad no se explica por edades diferentes ya que los cotizantes de ambos sexos tienen la misma distribución etaria. Tal situación, y el hecho de que muchas mujeres que trabajan son dueñas de hogar, sugiere que las licencias pueden ser a veces generadas por necesidades del hogar.

Las licencias tramitadas aumentan con la edad, lo que es esperable dada a mejor salud de los jóvenes (ver gráfico 15); tienen una subida rápida hasta el tramo de 25-29 años, para después crecer muy lentamente. Después de la edad de jubilación (60-65 años) caen bruscamente al nivel más bajo de todos los grupos.

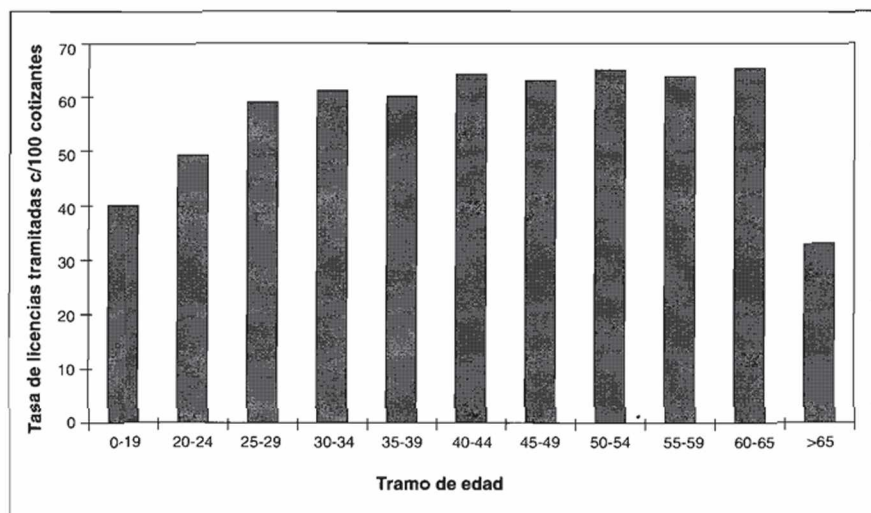
La mayor parte de las licencias se debe a diagnósticos de dolencias agudas, de corta duración. Entre estas una gran proporción corresponde a diagnósticos difíciles de comprobar, como lumbagos y diarreas. Estos diagnósticos son muy frecuentes pero no siempre ameritan la suspensión del trabajo, lo que abre un espacio a la emisión de licencias no siempre justificadas.

3. PROBLEMAS DE INFORMACIÓN MÉDICO/COTIZANTE

Se trata de problemas comunes a toda el área de la salud. En el apartado anterior se mencionaron los tres incentivos que los médicos tienen para aumentar el número de prestaciones. De estos, solamente el tercero trata del bienestar del paciente, mientras los dos primeros se refieren al bienestar del médico: su propio interés económico, mayor comodidad y seguridad en su trabajo. En todo caso, el paciente es libre de cambiarse de médico o no seguir sus prescripciones; aun así existe una asimetría de información que dificulta al paciente saber cuán justificada es cada prestación. Por tanto el médico hace que el paciente tenga una mayor cantidad de prestaciones que las necesarias, fenómeno que se conoce como la "inducción de la demanda por la oferta".

Más arriba se trataron dos situaciones especiales. En el caso de las operaciones cesáreas, el médico tiene incentivos para realizar una mayor cantidad de ellas, debido a que le significan más comodidad y mayores

GRÁFICO 15
 PORCENTAJE DE USO DE LICENCIAS TRAMITADAS,
 POR TRAMO DE EDAD, EN 1994



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Comportamiento de las licencias por enfermedad común o curativa en sistema de ISAPRE abiertas", Serie de estudios técnicos, Departamento de Estudios, Santiago de Chile, 1995.

ingresos. Este aumento de ingreso es financiado en parte por la isapre, pero también por el paciente. De modo que el médico no solamente estaría usando su ventaja de información frente a las isapres sino también frente a los pacientes. Y respecto a las licencias médicas, estas generalmente son solicitadas por el paciente y no constituyen una prestación por la cual el médico reciba un mayor ingreso, por lo que no habría un uso de la asimetría de información médico/paciente.

El aumento de prestaciones no tan necesarias, por parte de los médicos, encarece los costos de atención y termina encareciendo el costo del seguro.

Los seguros de salud disponen de diversos mecanismos para disminuir la inducción al uso de prestaciones por parte de los médicos, y así poder contener los costos. Un mecanismo importante es el diseñado por la isapre Consalud, donde los médicos participan de las utilidades de cada sucursal. Otro mecanismo es adoptar sistemas alternativos al pago por acto médico, para reembolsar a los prestadores de servicios. Por

ejemplo, pagar no por acto médico sino por problema resuelto (como los DRG americanos).²¹ O bien, contratar a los profesionales de la salud como asalariados. El sistema de isapres muestra experiencias limitadas e incipientes en esta materia.

VII. GASTO MÉDICO EN ISAPRES E INVERSIÓN PRIVADA EN INFRAESTRUCTURA MÉDICA

1. GASTO MÉDICO EN ISAPRES

A medida que ha aumentado la población beneficiaria de las isapres, también lo han hecho sus ingresos y gastos operacionales. En 1985, a solo cuatro años de su creación, las isapres percibían ingresos de explotación por 39 mil millones de pesos (moneda de diciembre de 1995); en 1990 estos habían aumentado a 193 mil millones, para pasar luego a 419 mil millones, en 1995.

CUADRO 6
INGRESO Y COSTO DE EXPLOTACIÓN EN ISAPRES ABIERTAS:
1985, 1990 Y 1995
(En millones de pesos de 1995)

CUENTAS	1985	1990	1995
Ingreso de explotación	38 996	193 170	418 981
Costo de explotación	25 722	143 444	319 687
Costo de explotación sobre ingreso de explotación (porcentaje)	66.0	74.4	76.3
Gastos médicos y licencias curativas	23 184	130 557	299 508
Gastos médicos y licencias curativas sobre ingreso de explotación (porcentaje)	59.5	67.6	71.5

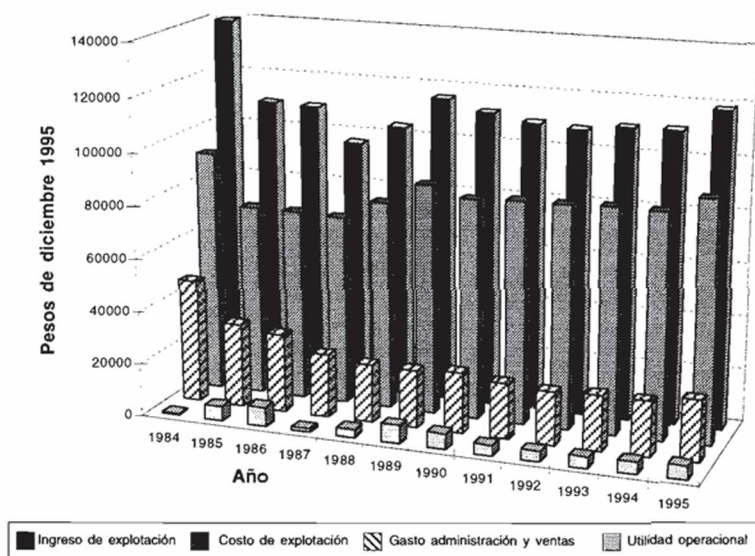
Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

21. DRG (*diagnostic related group*): diagnóstico por grupo de afinidad. Es una forma de categorización que determina un costo total promedio para un problema específico de salud, como valor de reembolso.

El costo de explotación de las isapres ha aumentado como porcentaje del ingreso de explotación, situándose en un 76.3% en 1995. Asimismo, los gastos en atenciones médicas a los beneficiarios y en licencias curativas han aumentado progresivamente desde un 59.5% en 1985 hasta un 71.5% en 1995. Estas cifras sugieren que las isapres han ido aumentando la proporción de sus ingresos destinada al financiamiento de beneficios de su población adscrita, una tendencia que claramente debiera beneficiar a esta.

Es importante estudiar la evolución de los ingresos y gastos de explotación reales (es decir en moneda del mismo año) de las isapres cuando estos son expresados por beneficiario. Esta información se presenta en el gráfico 16. Se observa que en general ingresos y gastos reales por beneficiario han mostrado una gran estabilidad a través de los años, especialmente entre 1989 y 1994. Los gastos de administración y ventas

GRÁFICO 16
INDICADORES FINANCIEROS OPERACIONALES DE LAS ISAPRES
ABIERTAS POR BENEFICIARIO. AÑOS 1984-1995



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

CUADRO 7
 INGRESO, COSTO DE EXPLOTACIÓN Y UTILIDAD OPERACIONAL DE LAS ISAPRES
 ABIERTAS, POR BENEFICIARIO. AÑOS 1984-1995
 (Pesos de diciembre de 1995)

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Ingreso de explotación	139 712	109 737	109 257	96 655	104 092	115 819	111 913	109 233	108 258	110 156	110 560	118 912
Costo de explotación	92 225	72 383	72 322	71 633	78 833	87 045	83 104	84 051	84 158	84 840	84 869	90 731
Gastos de administración y ventas	46 885	31 816	29 651	23 862	21 981	21 850	22 772	21 190	19 994	21 037	20 975	23 035
Utilidad operacional	602	5 538	7 283	1 160	3 278	6 923	6 037	3 993	4 106	4 280	4 716	5 146

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

también han mostrado bastante estabilidad en los años recientes. La utilidad operacional de las isapres abiertas, sin embargo, ha sido una variable más volátil. De este modo, en 1991 las isapres abiertas hicieron una utilidad operacional de 3 993 pesos por beneficiario (casi diez dólares), en circunstancia que el año anterior habían ganado 6 037 pesos, o 15 dólares. No obstante, desde 1991 estas isapres han mostrado un alza sostenida en su utilidad operacional, para llegar a 5 146 pesos. En la sección siguiente se explorará con mayor detalle el índice de rentabilidad de las isapres abiertas.

Las isapres cubren una población beneficiaria diferente a la del FONASA. En particular, la población de las isapres es más joven, con mayores ingresos, y muy probablemente más sana. Es útil, sin embargo, comparar el gasto médico de ambos sistemas. De acuerdo a la información expuesta en el cuadro 8, el gasto total del FONASA en atenciones médicas (excluidas las licencias médicas) en 1995 era de 415 433 millones de pesos, para una población beneficiaria de casi 8 700 000 personas. Las

CUADRO 8
COMPARACIÓN DE GASTOS MÉDICOS DEL FONASA E ISAPRES
ABIERTAS. AÑO 1995
(Millones de pesos de 1995)

FONASA		Isapres ABIERTAS	
Atención primaria	39 365	Bonificaciones	238 031
Atención secundaria	54 244	Consultas y exámenes	117 714
Atención terciaria	249 476	Programas médicos	109 024
Modalidad de libre elección	72 348	Dental	5 214
		Otras bonificaciones	6 079
		Prestaciones directas	109
Total	415 433	Total	238 140
Número de beneficiarios	8 667 867	Número de beneficiarios	3.578 797
Gasto medio per cápita (pesos)	49 059	Gasto medio per cápita (pesos)	66 542

Fuente: Fondo Nacional de Salud (FONASA), "Boletín estadístico FONASA 1994-1995", Santiago de Chile, 1996; Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

isapres abiertas, por su parte, gastaron ese año 238 140 millones de pesos en una población adscrita de poco más de 3 500 000 personas. El gasto per cápita de las isapres, de 66 542 pesos, superaba a aquel del FONASA (49 059 pesos) en un 36%.

Si se consideran las estadísticas de utilización de FONASA y de las isapres abiertas presentadas en la sección III, donde se establecía que FONASA otorgaba un número mayor de prestaciones per cápita que las isapres, particularmente en atenciones hospitalarias e intervenciones de cirugía, queda de manifiesto que las isapres otorgan atenciones de un costo unitario significativamente superior al del FONASA. Estas diferencias se podrían explicar a través de las siguientes hipótesis: a) las isapres abiertas otorgan una atención de mejor calidad (por ser más costosa) que el FONASA; b) entregan una atención más oportuna; c) otorgan mejores servicios de hotelería en hospitales, o d) una combinación de las anteriores.

2. INVERSIÓN PRIVADA EN INFRAESTRUCTURA

No fue posible obtener información sobre la magnitud de la inversión privada en infraestructura médica ni sobre su evolución a través del tiempo. Se presume que la creación de las isapres permitió la canalización de un monto importante y creciente de recursos hacia el sector privado de la provisión de servicios de salud. En efecto, con anterioridad a la creación de estas aseguradoras, la cotización obligatoria de salud de todos los trabajadores dependientes tenía como destino el sistema público. Al surgir las isapres hubo dos efectos importantes: primero, las personas con ingreso suficientemente elevado pudieron escoger el destino de sus cotizaciones, decidiendo muchas de ellas afiliarse a una isapre; segundo, la cotización pasó de un 4% a un 7% a los pocos años de creadas las isapres, lo que aumentó aún más el volumen de recursos canalizados por ley hacia el sector privado. Las restricciones al uso del sistema público por parte de las isapres, combinada con las preferencias de los primeros suscriptores por acceder a prestadores privados de salud, ejercieron presión para el desarrollo de la infraestructura privada.

Como se muestra en el cuadro 9, el número de camas hospitalarias del sector privado en el país, prácticamente casi se triplicó entre 1981 y 1992. De este modo, las camas hospitalarias públicas, que en 1981 representaban un 90% de la oferta nacional, disminuyeron ligeramente en ese

decenio, y, puesto que al mismo tiempo aumentó la oferta de camas privadas, pasaron a constituir solo el 75% en 1992. Estas cifras confirman la hipótesis del efecto positivo que han tenido las isapres sobre la inversión privada en salud.

CUADRO 9
NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS PÚBLICAS Y PRIVADAS
EN CHILE. AÑOS 1981-1992

Año	Sector público	Sector privado
1981	33 692	3 855
1982	33 904	4 350
1983	33 794	4 989
1984	33 642	7 458
1985	33 435	8 789
1986	33 103	9 185
1987	32 594	9 233
1988	32 850	10 199
1989	32 818	10 366
1990	32 515	10 499
1991	32 295	10 600
1992	32 279	10 600

Fuente: Ministerio de Salud Pública, "Balance del sector público de salud 1993", Santiago de Chile, 1994.

La falta de información sobre cualquier otra inversión privada en salud impide un análisis más detallado, aunque se sabe que ha habido un aumento significativo en el número de clínicas y centros ambulatorios privados. Además, la información disponible sugiere que los profesionales de la salud que trabajan en el sector público (en jornada completa o parcial) destinan una parte importante de su tiempo a la práctica privada, en la mayoría de los casos con un financiamiento preponderante de las isapres.

VIII. RENTABILIDAD DE LAS ISAPRES Y COMPETENCIA

Esta sección ofrece un breve análisis de la rentabilidad de las isapres abiertas y de la competencia en su mercado. Por ser las isapres cerradas entidades sin fines de lucro y con una misión diferente a las abiertas, se las excluye de dicho análisis.

La rentabilidad de las isapres abiertas ha sido motivo de debate. Hay quienes sostienen que estas obtienen rentabilidades "excesivas" y que una mayor regulación debiera limitar sus beneficios. Las isapres, por su parte, arguyen que su tasa de rentabilidad es "normal en un sector de gran complejidad y riesgo como lo son los seguros de salud" (Asociación de Isapres AG, 1996).

Con el propósito de examinar la rentabilidad de las isapres se utilizan aquí dos indicadores financieros. El primero es la tasa de retorno sobre el patrimonio, y se define como el cociente entre la utilidad después de impuestos y el patrimonio contable. Este indicador establece la rentabilidad anual del capital comprometido por los inversionistas en el negocio. En este sentido, es un indicador poderoso por cuanto dice qué tan bueno es invertir capital en una isapre.²² El segundo indicador es la utilidad sobre el ingreso de explotación, o sea la utilidad después de impuestos dividida por los ingresos de explotación.²³ Sin embargo, este segundo indicador no refleja la rentabilidad del capital invertido en el negocio. De hecho, empresas con bajo retorno anual sobre los ingresos pueden obtener una alta rentabilidad sobre el capital invertido, o patrimonio, mientras que lo opuesto también puede suceder. Además de este análisis de indicadores se examina la rentabilidad de las isapres en relación con su tamaño, medida por el volumen de cotizaciones captadas.

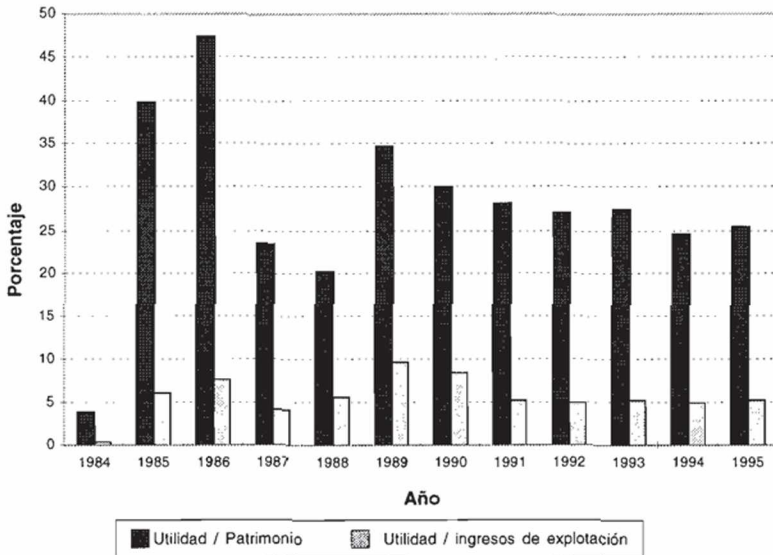
22. La rentabilidad patrimonial contable se basa en el valor de libro del patrimonio empresarial. Una rentabilidad patrimonial contable alta señala que el negocio ha sido bueno para los inversionistas. Pero como el valor patrimonial de mercado de la empresa es típicamente superior al contable —especialmente en Chile en los años recientes—, una alta rentabilidad contable sobre patrimonio no necesariamente indica que invertir en ese negocio es rentable hoy. Ello depende de la relación entre el valor de mercado de la empresa (por ejemplo sus acciones transadas en bolsa, en el caso de las sociedades anónimas abiertas) y sus flujos esperados.

23. Dichos ingresos incluyen la cotización legal, la cotización adicional voluntaria efectuada por el afiliado, la cotización por concepto de la ley 18.566, y el aporte de los empleadores.

1. RETORNO SOBRE EL PATRIMONIO Y SOBRE INGRESOS DE EXPLOTACIÓN

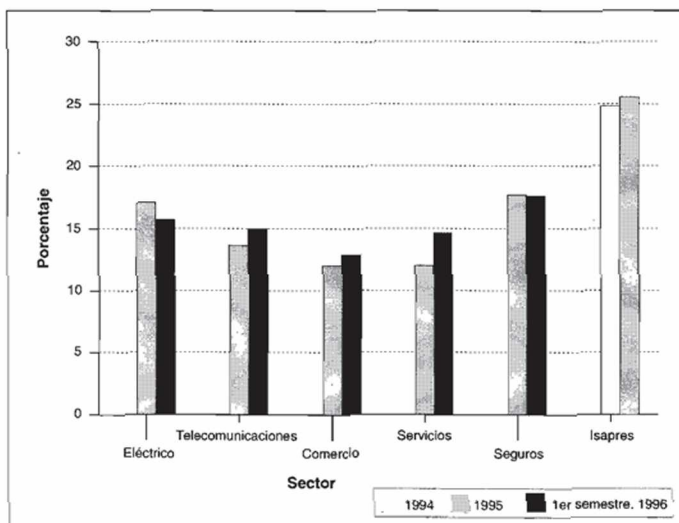
El gráfico 17 presenta las series de *utilidad sobre el patrimonio* y *utilidad sobre el ingreso de explotación* de las isapres abiertas, durante el período 1984-1995. Se observa que en los últimos siete años el índice de *utilidad sobre el patrimonio* ha venido disminuyendo y estabilizándose en niveles cercanos al 25%. Los índices de *rentabilidad sobre los ingresos de explotación* han sido más estables, alcanzando niveles cercanos al 5%.

GRÁFICO 17
 ÍNDICES DE RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO Y RENTABILIDAD
 SOBRE EL INGRESO DE EXPLOTACIÓN, DE LAS ISAPRES ABIERTAS.
 PERÍODO 1984-1995
 (Porcentaje)



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

GRÁFICO 18
 RENTABILIDAD ANUAL SOBRE EL PATRIMONIO DE LAS
 ISAPRES ABIERTAS Y OTROS SECTORES. AÑOS 1995-1996
 (Porcentaje)



Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE 1981-1995", Santiago de Chile, 1996; Estrategia, 1996, varios números, para los otros sectores.

Para evaluar la magnitud de los resultados anteriores es necesario comparar dicha rentabilidad con la de empresas de otros sectores de la economía. El gráfico 18 compara la rentabilidad sobre el patrimonio de las isapres abiertas en los años 1994 y 1995, con aquella de otros sectores de la economía en los años 1995 y primer semestre de 1996. Se puede observar que las isapres abiertas obtuvieron en 1994 y 1995 rentabilidades del orden del 25%, cifras superiores a aquellas de los otros sectores considerados. Cabe hacer notar que el indicador usa como valor patrimonial el valor contable de las empresas, no su valor de mercado. Los fuertes aumentos reales experimentados por las acciones de las sociedades abiertas, en años recientes, se traducen en que el valor contable patrimonial es generalmente muy inferior al valor económico dado por el precio bursátil de las acciones. Esto, no obstante, no invalida el análisis, puesto que todos los sectores de la economía —y no solo las isapres— se han visto afectados por este fenómeno.

Una segunda observación es que la rentabilidad sobre el patrimonio de las diferentes isapres abiertas es muy heterogénea, como queda de manifiesto al examinar el cuadro 10. En efecto, las isapres grandes, la mayoría de las cuales ingresaron al mercado tempranamente, obtuvieron en 1995 elevados retornos sobre el patrimonio contable, llegando estos hasta el 88.4% en el caso de Banmédica, y 76.7% en Vida Tres. Una excepción a esta regla es Consalud, empresa sin fines de lucro, que en 1995 obtuvo una rentabilidad patrimonial de tan solo un 4.6%. Las isapres medianas y pequeñas, por otra parte, obtuvieron rentabilidades más bajas o negativas.

2. RENTABILIDAD SEGÚN TAMAÑO

Es razonable presumir que el tamaño de una isapre —dado por el volumen de recursos captados por concepto de aportes de los asegurados y sus empleadores— debiera influir en la rentabilidad. Ello por diversas razones: primero, porque es posible que existan economías de escala en la operación de las isapres (originadas, por ejemplo, en una mayor capacidad de las isapres grandes para obtener contratos favorables con proveedores médicos, debido al volumen de beneficiarios que manejan); segundo, porque se presume que ciertos costos fijos pueden incidir en menor medida en los costos unitarios cuando se alcanzan mayores volúmenes de operación, y tercero, porque el tamaño está vinculado con el tiempo de vida de las isapres; luego son grandes aquellas isapres que han existido durante más tiempo en el mercado, afianzando una reputación, acumulando experiencia y capturando clientes de mayores ingresos, lo que mejora su rentabilidad potencial.

En el cuadro 10 se presenta información financiera de las isapres abiertas ordenadas de acuerdo a tamaño, medido este por los ingresos de explotación. La información incluye la rentabilidad sobre los excedentes de explotación y la rentabilidad sobre el patrimonio. Se puede observar que las ocho isapres más grandes tienen rentabilidad positiva, las seis más pequeñas rentabilidad negativa, y de las siete isapres restantes —de tamaño intermedio— algunas tienen rentabilidad positiva y otras negativa. En el análisis que sigue se agrupan las isapres en estas tres categorías; se las llamará isapres grandes, medianas y pequeñas, respectivamente.

La rentabilidad negativa en las pequeñas y positiva en las más grandes sugiere que las economías de escala juegan un papel importante en las isapres. El hecho de que algunas isapres intermedias tengan rentabilidad positiva, sugiere que pueden existir otros factores que también inciden en la rentabilidad.

CUADRO 10
TAMAÑO Y RENTABILIDAD DE LAS ISAPRES ABIERTAS. AÑO 1995

Nº de orden	Isapres	Ingresos de explotación (Millones de pesos)	Rentabilidad porcentual sobre los excedentes de explotación	Rentabilidad porcentual sobre el patrimonio
1	Consalud	91 711	2.0	4.6
2	Banmédica	66 249	5.9	88.4
3	Cruz Blanca	65 414	6.9	35.0
4	Colmena G.C.	42 640	6.0	59.1
5	Vida Tres	35 064	6.3	76.7
6	Promepart	30 221	9.3	22.2
7	Compensación	28 163	5.1	66.4
8	Cigna Salud	12 824	1.0	14.6
	<i>Subtotal</i>	372 286	5.2	24.2
9	Mas Vida	12 320	-1.3	-11.1
10	Aetna Salud	10 711	-8.8	-197.5
11	Unimed	8 925	2.2	55.4
12	Normédica	6 770	0.1	1.7
13	Isamédica	1 713	1.2	5.2
14	Sfera S.A.	1 492	-3.2	-32.7
15	Master Salud	1 454	11.1	45.7
	<i>Subtotal</i>	43 385	-1.7	-22.1
16	Vida Plena	1 209	-15.3	-544.1
17	Génesis	821	-22.8	-102.7
18	Galénica	462	-5.8	-71.1
19	Umbral	375	-5.1	-135.7
20	Ismed	184	-3.3	-24.0
21	Naturmed	169	-121.9	-298.6
	<i>Subtotal</i>	3 220	-19.6	-174.0
	TOTAL	418 891	4.3	21.4

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

En el cuadro 11 se efectúa un análisis de indicadores por grupo. Los ingresos de explotación por cotizante o beneficiario son mayores en las isapres grandes, indicando que el cotizante promedio de estas tiene mayores ingresos que el de los otros dos grupos. El gasto en atenciones al beneficiario (costos de explotación) es menor en las isapres pequeñas; sin embargo, estas no logran con ello llegar a un margen de utilidad igual al de las más grandes. Generalmente, las isapres pequeñas incurren en mayores gastos de administración y ventas por beneficiario, como reflejo de su intenso esfuerzo por penetrar el mercado y crecer.²⁴ Esto resulta en una rentabilidad final negativa en un porcentaje importante de estas empresas, y en resultados negativos para todo el grupo.

Al observar la fecha de apertura de las isapres abiertas,²⁵ se ve que las grandes entraron al comienzo, entre 1981 y 1986; las pequeñas al final, entre 1987 y 1993, y las medianas en un rango de años intermedio.

En el gráfico 19 se aprecia la disminución de los gastos de administración y ventas como porcentaje de los gastos totales y del gasto por beneficiario hasta el año 1989, período en que ingresa al mercado un nuevo grupo de isapres pequeñas.

En el gráfico 19 se aprecia la evolución del gasto de administración y ventas de las isapres abiertas en el período 1984-1994. Este gasto anual ha sido expresado por beneficiario (pesos de diciembre de 1997) y también como porcentaje de los gastos sociales. Se aprecia que ambos indicadores han disminuido en valor desde los primeros años de funcionamiento de las isapres. Así, el gasto en administración y ventas pareciera haberse estabilizado en cifras cercanas a los 25 000 pesos por beneficiario y por año y en un porcentaje cercano al 25% de los gastos totales de operación.

24. Cabe señalar que las empresas más pequeñas tienen menos cargas por cotizante, lo que podría explicar en parte el aumento de sus costos administrativos. Esto se debe a que la tramitación y el mantenimiento de un contrato isapre presenta un costo administrativo para el empleador. Este costo es "fijo" en el sentido que el nivel de esfuerzo que requiere es independiente del número de cargas del empleado afiliado a isapre. Por lo tanto, si este costo se expresa por beneficiario (trabajador afiliado más sus respectivas cargas), entonces el costo unitario resultante es mayor mientras menos cargas tenga el trabajador.

25. Algunas isapres comenzaron a operar jurídicamente en años posteriores, debido a que cambiaron de nombre por transferencia de propiedad o porque su cartera de afiliados fue traspasada a otra institución. Para este análisis se considera el año en que comenzó a operar con la cartera de clientes.

CUADRO 11
 INDICADORES DE DESEMPEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LAS ISAPRES
 ABIERTAS GRANDES, MEDIANAS Y PEQUEÑAS, Y DE LAS ISAPRES
 CERRADAS. AÑO 1995
 (Miles de pesos de 1995)

	GRUPO ISAPRES ABIERTAS				ISAPRES CERRADAS	TOTAL ^a
	Grandes	Medianas	Pequeñas	Total ^a		
<i>Número de empresas</i>	8	7	6	21	13	34
<i>Ingresos de explotación (por beneficiario)</i>						
Por cotizante	268	242	185	264	617	277
Por beneficiario	118	112	96	117	207	121
<i>Costos de explotación (por beneficiario)</i>						
Prestaciones de salud	70.4	66.2	59.3	69.9	136.6	73.1
Subsidios por incapacidad						
laboral	17.8	17.5	15.6	17.8	29.2	18.3
Otros costos	1.8	0.8	0.0	1.7	15.6	2.4
Total	90.1	84.4	74.9	89.3	181.4	93.8
<i>Rentabilidad (porcentaje sobre los Ingresos de explotación)</i>						
	23.6	24.8	22.1	23.7	12.5	22.4
<i>Gastos de administración y ventas (por beneficiario)</i>						
Publicidad	0.7	0.7	0.2	0.7	0.5	0.7
Remuneración de personal	8.0	11.0	16.9	8.4	19.6	9.0
Comisiones de ventas	4.5	8.2	6.6	5.0	0.4	4.7
Otros gastos	8.4	10.0	16.4	8.6	17.2	9.0
Total	21.6	29.8	40.1	22.7	37.7	23.4
<i>Rentabilidad final (porcentaje sobre ingresos de explotación)</i>						
	5.2	-1.7	-19.6	4.3	-5.6	-1.3
<i>Empresas con margen negativo (en porcentaje)</i>						
	0	43	100	43	69	53
<i>Cargas por cotizante</i>	1.3	1.2	0.9	1.3	3.0	2.3

Fuente: Elaboración propia en base a Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile, 1996.

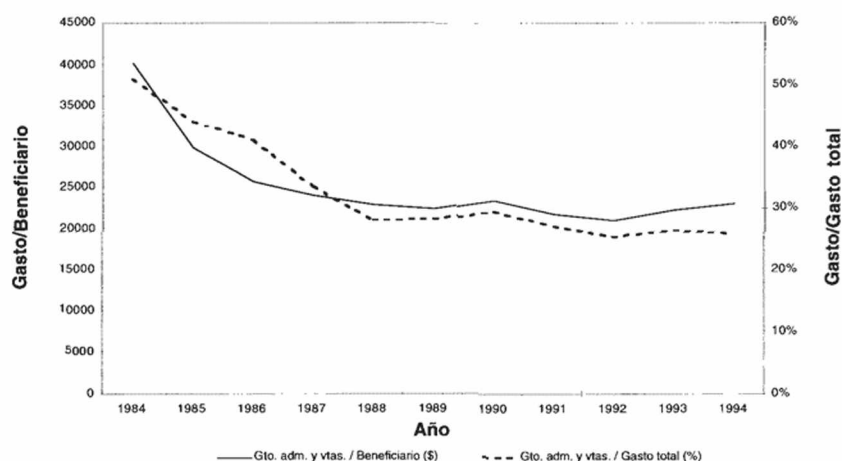
^a Promedios ponderados por la masa de población beneficiaria de cada grupo de isapres.

CUADRO 12
AÑO DE ENTRADA DE LAS ISAPRES ABIERTAS, POR GRUPO

	GRANDES	MEDIANAS	PEQUEÑAS
Rango	1981-1986	1984-1992	1987-1993
Promedio	1982	1987	1990

Fuente: Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

GRÁFICO 19
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y VENTAS POR BENEFICIARIO Y COMO
PORCENTAJE DE LOS GASTOS TOTALES.
PERÍODO 1984-1994
(Pesos de diciembre de 1997)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Superintendencia de instituciones de salud previsual, "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile, 1996.

En resumen, hay dos posibles factores actuando en favor de las empresas grandes. El primero son las economías de escala, al haber costos fijos administrativos. El segundo radica en que estas empresas tienen una cartera de clientes con mayores ingresos por cotizante y beneficiario, y con mayor cantidad de cargas por beneficiario, lo que probablemente ayuda a reducir los costos administrativos. Como las isapres grandes entraron al mercado más tempranamente, lograron capturar a los cotizantes de mayores ingresos, los que constituyen el mercado más atractivo. Al incorporarse las isapres pequeñas, el mercado de los ingresos altos estaba ya ocupado y el sistema crecía hacia las personas de menores ingresos.

Competencia en las isapres

Debido a las imperfecciones del mercado de las isapres es razonable preguntarse qué tan competitivo es ese mercado. Como se vio en el apartado anterior es posible que hayan economías de escala en el sistema de las isapres, pero estas existirían hasta un cierto volumen de operaciones a partir del cual todas las isapres tienen rentabilidad positiva, sin verse una correlación clara entre rentabilidad y tamaño a partir de allí. De existir las economías de escala, ellas estarían permitiendo la existencia de al menos ocho grandes isapres en el mercado —número suficientemente elevado como para que exista competencia y para que sea difícil la colusión.

Por otra parte, en un mercado competitivo siempre está abierta la posibilidad de que algunas firmas cierren. Este es el caso del mercado de las isapres, donde han cerrado 14 firmas de un total de 33 empresas que había funcionando.²⁶ Las empresas que han cesado de operar corresponden a cinco cierres legales —la autoridad las cierra por no cumplir con los requisitos— y nueve cierres voluntarios.

Finalmente, los gastos de administración y ventas constituyen un 20.2% del gasto total. De ellos, la cuarta parte se destina a publicidad y comisiones de ventas. Este gasto representa para la isapre parte del costo de atraer afiliados, lo que indica que existe competencia entre esas instituciones.

26. Hubo en total 35 empresas inscritas; de estas, dos no comenzaron a operar.

El mercado de las isapres no es homogéneo y consta de distintos segmentos. Los segmentos más atractivos del mercado son aquellos constituidos por personas jóvenes o personas con ingresos elevados. Respecto a los cotizantes de mayores ingresos, se presume que ellos presentan la ventaja de menores costos administrativos por afiliado, y menos reclamos de una mejor cobertura (véase sección IX). Las isapres grandes ya tienen copado este segmento; de hecho, la isapre más grande es la que tiene mayor cantidad de cotizantes de altos ingresos.²⁷

Los jóvenes constituyen un mercado atractivo debido a su menor morbilidad. Por ello, un buen plan de salud para los jóvenes tiene un valor que puede ser inferior a la cotización (7% de su ingreso) en los de altos ingresos. La nueva ley permite que la parte excedente de la cotización se acumule en un fondo que el asegurado podrá usar para mantener una buena cobertura, cuando tenga mayor edad y sea más caro su seguro de salud. Como los jóvenes son un mercado atractivo para las isapres, ha habido competencia por su afiliación lo que se refleja en el hecho de que la población de beneficiarios del sistema de isapres sea más joven que la población general (véase sección XIII sobre la tercera edad).

IX. SATISFACCIÓN DE LOS CONSUMIDORES

En un mercado competitivo donde los consumidores toman libremente sus decisiones de compra, evaluar la satisfacción que estos obtienen de su consumo es una preocupación individual y no social. En cambio, evaluar la satisfacción de los consumidores con su sistema de salud es una preocupación social, por cuanto en Chile, como en cualquier otro país, el mercado de la salud, y en particular el de los seguros de salud, es imperfecto. Además, por ser considerada la salud un bien preferente, es obligatorio para los trabajadores dependientes poseer un seguro de salud —sea este el FONASA o una isapre— pagando para ello el 7% de su sueldo imponible. El mercado de los seguros de salud en Chile constituye una situación excepcional dentro de una economía de mercado donde el consumidor elige libre y soberanamente en qué bienes y servicios gastar su presupuesto.

27. Comunicación oral del gerente general de Consalud.

La forma más directa de evaluar la satisfacción de los consumidores es mediante encuestas a los usuarios. Se dispone de cuatro encuestas de satisfacción de los consumidores con su seguro de salud, realizadas en 1993, 1994, 1995 y 1996 (CEP, 1993; CEP, 1995; Adimark, 1995; Adimark, 1996). Por simplicidad, en esta sección nos referiremos a cada encuesta según el año en que fue efectuada. Con la excepción de la Encuesta 96, que se hizo para los niveles socioeconómicos medio y alto, las otras tres encuestas cubrieron todos los niveles socioeconómicos. El trabajo de realización de estas encuestas fue confiado a la empresa ADIMARK por distintas instituciones.

Las cuatro encuestas no son del todo comparables, puesto que cubrieron a distintas poblaciones y se usaron diferentes instrumentos. Solamente podría compararse la Encuesta 95 con una encuesta similar realizada en 1994, no disponible. En los apartados siguientes se resumen los principales resultados de estas encuestas en lo relativo a: a) grado de satisfacción de los asegurados; b) satisfacción según su nivel de ingreso; c) comparación entre el FONASA y las isapres; d) satisfacción con el nivel de cobertura, y e) otros aspectos.

1. GRADO DE SATISFACCIÓN

Según la Encuesta 95 el sistema de isapres cuenta con un apoyo razonable por parte de sus beneficiarios. A estos se les pidió que calificaran con notas escolares a su isapres. Estas notas van de un 1 (mínimo) a un 7 (máximo), donde un 4 es la nota mínima aprobatoria. La mayoría (los dos tercios) de los afiliados a isapres evaluó a su institución con notas entre 5 y 7.

En la misma encuesta se preguntó a los afiliados sobre su actitud hacia las isapres, incluyendo su voluntad de recomendar la afiliación. Una mayoría de los beneficiarios (58.4%) reportó actitudes positivas, mientras que una minoría (18.9%) manifestó actitudes negativas; el cuarto restante registró actitudes neutras.²⁸

A continuación se le preguntó a los encuestados por las razones que los llevaban a recomendar o no recomendar la afiliación a una isapre. La

28. El porcentaje de afiliados con actitud positiva ha aumentado entre 1994 y 1995, disminuyendo el porcentaje con actitud negativa.

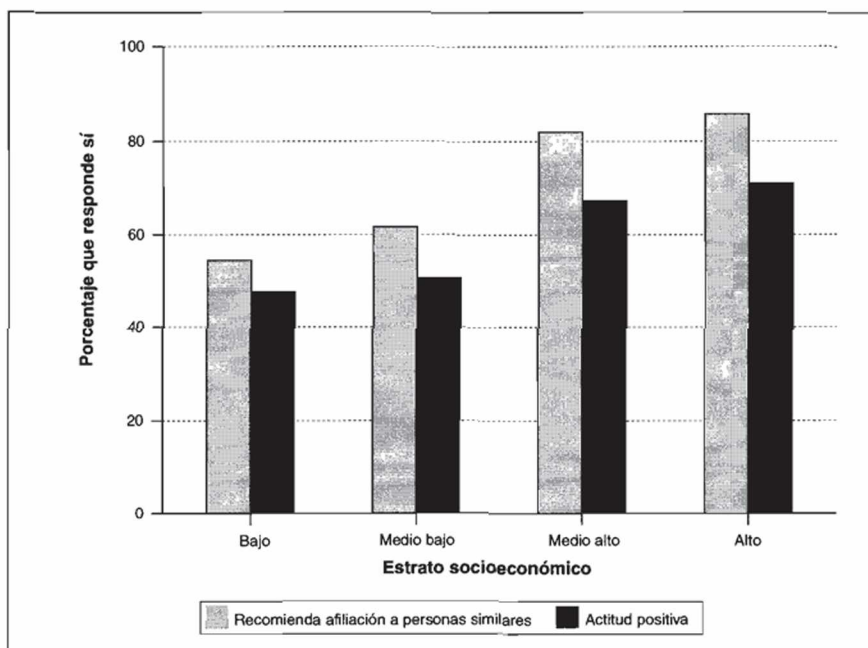
mitad (48%) de quienes recomendaron la afiliación dio como motivo su percepción de que su isapre es la mejor opción disponible.

Al preguntársele a los afiliados si recomendarían a personas de su misma condición afiliarse a las isapres, un 72% dio una respuesta afirmativa, lo que hace subir a 58.4% el porcentaje de afiliados que recomienda la afiliación a una isapre.

2. SATISFACCIÓN E INGRESO

El grado de satisfacción con la isapre aumenta con el nivel de ingreso, como se ilustra en el gráfico 20.

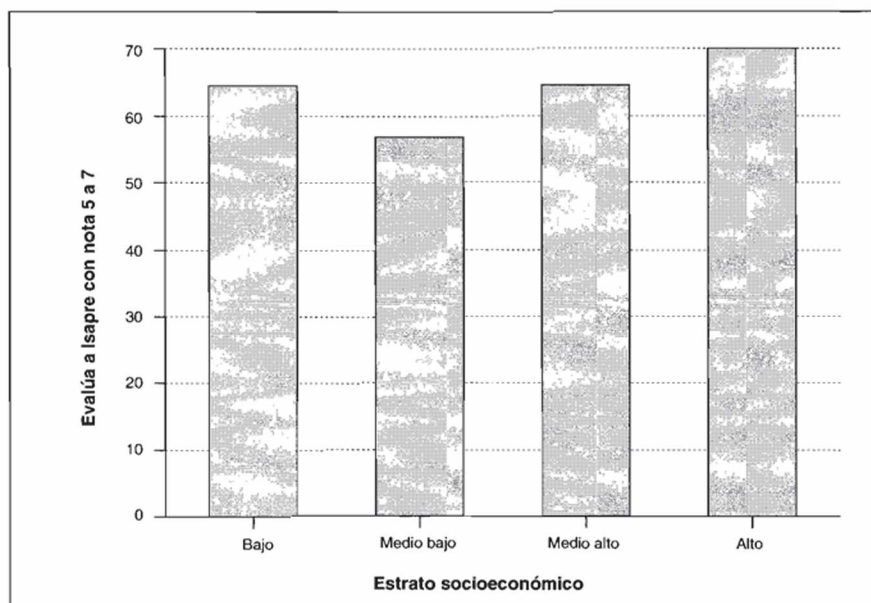
GRÁFICO 20
ACTITUDES POSITIVAS HACIA LA PROPIA ISAPRE



Fuente: ADIMARK, "Estudio isapre", realizado para la Superintendencia de isapres, Santiago de Chile, 1995.

Asimismo, el porcentaje de personas que asigna buenas notas al sistema de isapres, pareciera aumentar con su nivel socioeconómico, aunque se observa un repunte en el estrato medio bajo (gráfico 21). En la Encuesta 96, realizada recientemente en sectores medios y altos, también se observa un aumento de la actitud positiva hacia las isapres al aumentar el ingreso de las personas.

GRÁFICO 21
EVALUACIÓN ALTA DE ISAPRES SEGÚN GRUPO SOCIOECONÓMICO
(Porcentaje)



Fuente: ADIMARK, "Estudio isapre", realizado para la Superintendencia de isapres, Santiago de Chile, 1995.

Cabe hacer notar que las encuestas 93 y 95 son más representativas de la población general que del grupo de los beneficiarios de isapres, teniendo estos últimos mayor representatividad en los niveles socioeconómicos altos. Como la población de niveles de ingreso más bajo evalúan peor a las isapres, esto crea un sesgo hacia abajo en el promedio debido a su sobrerrepresentación en el universo de beneficiarios. Lo anterior sugiere que la evaluación de las isapres por parte de sus beneficiarios es aún más positiva que lo que muestran las cifras presentadas más arriba.

3. COMPARACIÓN ENTRE SISTEMAS

En la Encuesta 93 se preguntó a la población general cuál sistema preferiría —el FONASA o las isapres— suponiendo que ambos costaran lo mismo. Entre los afiliados a isapres un 80% respondió que prefería su propio sistema, mientras que un 15% preferiría el FONASA. Entre los afiliados al FONASA, en cambio, un 48% prefería ese sistema mientras que un 30% preferiría una isapre. La misma pregunta fue repetida en la Encuesta 95. Un 68% de los afiliados a isapres preferían el sistema privado, mientras que un 23% se inclinaban por el sistema público. Por otra parte, un 66% de los afiliados al sistema público favorecían su propio sistema y un 29% valoraban más el sistema de isapres. A quienes estuvieron en el FONASA en el pasado pero en el momento de la encuesta pertenecían a una isapre, se les preguntó si estaban satisfechos con el cambio. Un 59% respondió afirmativamente y un 29% negativamente. Llama la atención que existan personas adscritas a isapres que estén insatisfechas con el cambio, en circunstancias que podrían revertir su decisión y retornar al FONASA.

En la Encuesta 93 también se pidió a quienes pertenecían al FONASA (el 73% de la población encuestada) que enunciaran las razones por las que no estaban afiliados a una isapre. La principal razón fue preferir el servicio del FONASA (30%), seguida por "falta de información para tomar una buena decisión" (24%) e imposibilidad de pertenecer a una isapre debido a ingresos insuficientes (18%). La preferencia por el FONASA disminuye según sube el nivel socioeconómico de las personas; así, prefieren el FONASA un 34% de las personas del nivel socioeconómico bajo, un 27% del nivel medio, y un 3% del nivel alto.

La Encuesta 94 ofrece información sobre las razones por las cuales personas que prefieren las isapres no se han cambiado a ellas. La respuesta más frecuente es la falta de ingresos (66%), seguida por falta de información para tomar una buena decisión (34%) y por seguridad ante eventual desempleo (34%).²⁹

La Encuesta 94 también indagó en la población general sobre el sistema de su preferencia suponiendo que el FONASA y las isapres costaran lo mismo. La encuesta provee esta información por nivel socioeconómico pero no por tipo de previsión del encuestado. La mayor preferencia fue para el FONASA en su modalidad de libre elección, para todos los niveles; la preferencia por las isapres fue mayor en el nivel alto (32%) que en el medio (19%) y bajo (11%).

En la Encuesta 95, realizada en sectores medios y altos, se preguntó a los afiliados a isapres y al FONASA sobre su actitud hacia su propio seguro. Un mayor porcentaje de personas tiene una actitud positiva entre los afiliados a isapres (59%) que entre aquellos adscritos al FONASA (45%), mientras que la actitud negativa es mayor en los afiliados al FONASA (23%) que en los pertenecientes a una isapre (18%). La respuesta, desagregada por nivel de ingreso, arroja como resultado que mientras más alto es el ingreso mayor es la proporción de personas con una actitud positiva hacia las isapres y negativa hacia el sistema público.

En resumen, el porcentaje de afiliados que prefiere a las isapres por sobre el FONASA aumenta con el ingreso. Es mayor la proporción de afiliados al FONASA que prefiere las isapres, que lo contrario. Quienes querían cambiarse a una isapre y no lo hacen tienen como principal razón la falta de ingresos.

29. Al perder su empleo, el individuo adscrito al FONASA mantiene sus beneficios de salud durante un mes. Este período se puede extender indefinidamente si el individuo solicita y obtiene en un municipio un subsidio de cesantía. Al ocurrir lo mismo a un afiliado a una isapre, esta tiene el derecho legal de caducar el contrato apenas el cotizante deja de pagar su prima. El desempleo, por lo tanto, con la posible consecuencia de incapacidad de pagar la prima a la isapre, constituye una amenaza para la continuidad del individuo en el sistema de isapres.

4. SATISFACCIÓN Y COBERTURA

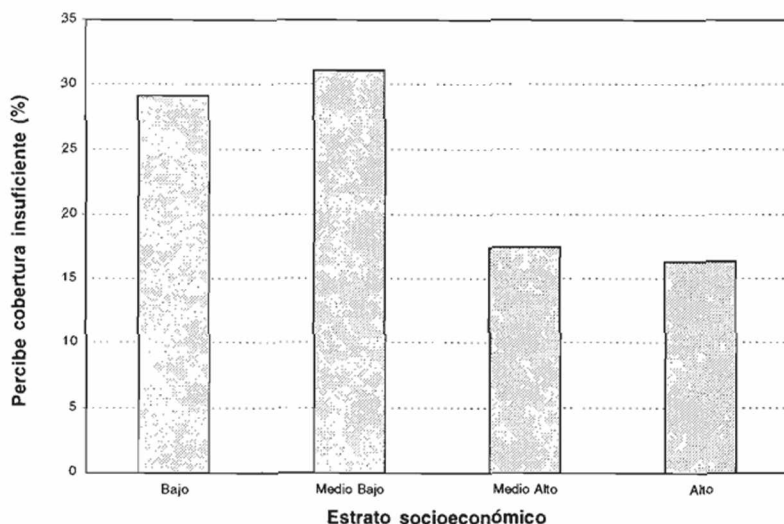
La cobertura del seguro de salud se refiere a los tipos de atenciones de salud incluidas en la prima y al porcentaje del valor de dichas atenciones que financia el seguro. En el caso del FONASA, existe una amplia lista de servicios ofrecidos a los beneficiarios, desde la consulta primaria hasta las atenciones terciarias de alta complejidad. Sin embargo, las restricciones presupuestarias del sector público se traducen en que, por racionamiento de los recursos, hay colas para ciertas atenciones, se limita la elección de proveedor (este debe pertenecer al sector público, excepto en la modalidad de libre elección), y existen copagos. Como se indicó anteriormente, las isapres deben por ley incluir en sus primas las mismas atenciones que el FONASA, pero están facultadas para limitar la elección de proveedor y pueden disminuir su cobertura financiera de las atenciones hasta un 25% de la cobertura normal del plan.

En la Encuesta 95, las tres cuartas partes de los afiliados a isapres respondieron que se sentían al menos razonablemente cubiertos; es importante observar que una cuarta parte no se sentía suficientemente cubierta.

En la misma encuesta se preguntó a las personas por las razones que tenían para estar satisfechas o insatisfechas con el sistema de isapres, y además por las razones que las llevarían a recomendar o no recomendar a otros una isapre. La principal razón (un quinto de las respuestas) para no recomendar una isapre se refiere a la poca cobertura, mientras que la principal razón para recomendar una isapre se refiere a los planes.

En la Encuesta 95 también se indagó sobre lo que las personas percibían como debilidades del sistema de isapres. La respuesta más frecuente (17%) aludía a la cobertura. Si a esto se agregan las respuestas que señalan beneficios insuficientes, se obtiene una suma de 23%. Se preguntó también sobre los aspectos que el encuestado desearía ver modificados en el sistema de isapres. Las dos respuestas más frecuentes fueron la cobertura (27%), y los beneficios (9%). La percepción de cobertura insuficiente aumenta a medida que disminuye el nivel socio-económico del afiliado a una isapre, como se ilustra en el gráfico 22.

GRÁFICO 22
 PORCENTAJE DE AFILIADOS A ISAPRES QUE SE SIENTEN
 "INSUFICIENTEMENTE CUBIERTOS"



Fuente: ADIMARK, "Estudio isapre", realizado para la Superintendencia de isapres, Santiago de Chile, 1995.

El mismo fenómeno se observó en la Encuesta 96, donde se preguntó acerca de cuán cubiertos se sentían los beneficiarios de isapres frente a la ocurrencia de un problema grave de salud: la proporción de personas que se sentían cubiertas aumentaba con el ingreso de las mismas.

Las respuestas de la Encuesta 95 sobre cobertura están desagregadas por isapre³⁰ a la que pertenece el afiliado. La proporción de individuos que percibe tener cobertura insuficiente aumenta en las isapres con menor ingreso de explotación por beneficiario,³¹ y es inversamente proporcional al costo del seguro promedio por beneficiario. Del mismo modo, hay una relación positiva entre el precio promedio del seguro y el porcentaje de encuestados que ponen notas altas a su isapre. Todo esto

30. Se dan respuestas sobre seis isapres que representan un 81% de los cotizantes y un 81% de los beneficiarios.

31. Los ingresos de explotación incluyen el 7% obligatorio, el subsidio del 2% que da el Estado, y otros aportes.

indica que, en líneas generales, los beneficiarios de isapres poseen una adecuada percepción del grado de aseguramiento que les otorga su institución.

Finalmente, en la Encuesta 96 se preguntó a los beneficiarios de los sistemas público y privado sobre su percepción de la cobertura. Se siente protegido el 62% de los afiliados al sistema de isapres, y el 53% de los pertenecientes al sistema del FONASA.

5. OTROS ASPECTOS

Los beneficiarios de isapres tienden a evaluar mejor a su propia institución que al sistema de isapres, en general. La falta de información y la calidad de la misma figuran entre las principales debilidades del sistema de isapres entre sus beneficiarios. Además, uno de cada ocho beneficiarios de las isapres critica que estas instituciones tengan fines de lucro.

6. CONCLUSIONES

La mayoría de los afiliados al sistema de isapres están al menos razonablemente satisfechos con el sistema. Sin embargo, a medida que se desciende en la escala socioeconómica, disminuye la proporción de beneficiarios satisfechos.

Respecto a la cobertura, la mayoría de los afiliados se sienten al menos *razonablemente cubiertos*, aunque llama la atención que haya una cuarta parte que se sienten insuficientemente cubiertos. La cobertura es una preocupación importante en los beneficiarios de isapres. La percepción de cobertura aumenta con el precio de la prima.

Los afiliados a isapres están más satisfechos con su sistema que los afiliados al FONASA. Es mayor el porcentaje de afiliados a isapres que reportan una actitud positiva hacia su sistema que su equivalente en el FONASA. Asimismo, una menor parte de los afiliados a isapres desean cambiarse al FONASA que viceversa; y entre los afiliados al FONASA, la razón más frecuente para no cambiarse a una isapre es la insuficiencia de ingreso.

X. ACCIONES DE ALTO RENDIMIENTO EN SALUD

El grado de implementación de acciones de salud de bajo costo y alto rendimiento (*cost-effective*) es un reflejo directo de la eficiencia del gasto en salud. Esta sección presenta una breve reseña del empleo de acciones de máximo rendimiento en relación con su costo dentro del sistema de isapres.

Chile tiene un perfil epidemiológico de transición, donde el cáncer y las enfermedades cardiovasculares han desplazado a las enfermedades infectocontagiosas como primera causa de muerte. Para las enfermedades infectocontagiosas existen medidas de prevención, destacándose en este sentido una alta cobertura de las inmunizaciones (ver cuadro 1). La falta de agua potable y otros problemas higiénicos están circunscritos a un bajo porcentaje de la población en condiciones de pobreza. Por esto es esperable que la población de las isapres con mayor ingreso que la población nacional tenga un estándar higiénico adecuado.

Para bajar la mortalidad en el país se necesitan acciones de salud que prevengan las enfermedades cardiovasculares y los cánceres, o que hagan un diagnóstico precoz de estos últimos. El tabaco aumenta fuertemente la incidencia de ambas enfermedades, por lo que las acciones tendientes a que las personas no adquieran el hábito o abandonen el cigarrillo se cuentan entre las medidas de mayor eficiencia por costo (ILADES/Georgetown University, 1993), y entre las pocas disponibles para prevenir los cánceres. En cuanto a la prevención de enfermedades cardiovasculares, además de medidas antitabaquismo se requieren acciones de promoción de la vida sana; dietas saludables, con tratamiento y prevención de la obesidad, y el tratamiento y control adecuado de diabéticos e hipertensos.

Los cánceres y enfermedades cardiovasculares tienen mayor impacto en los mayores de 40 años, por lo que a partir de esa edad se manifiestan los efectos de la prevención que se haya hecho y se continúe realizando. Una vez que se manifiestan, estas enfermedades tienen las más altas probabilidades de convertirse en una catástrofe financiera para el cotizante, definida esta como la iliquidez del grupo familiar ante un aumento en el gasto de salud. Dependiendo de dicha variable de catástrofe estas enfermedades constituyen entre un 22% y un 37% del total de

las catástrofes posibles, cifras que aumentan si se les agrega la mortalidad por diabetes, que es una enfermedad tratable y vinculada a los problemas cardiovasculares. Como estas enfermedades se manifiestan en los adultos mayores, tienen gran peso en la tercera edad.³²

Desde el comienzo las isapres se han concentrado en el más atractivo mercado de las personas jóvenes, que tienen bajos índices de incidencia de cánceres y enfermedades cardiovasculares. Las isapres no tienen incentivos para destinar recursos a la prevención de estas enfermedades en sus beneficiarios, debido a que los afiliados pueden cambiarse de isapres llevándose consigo la inversión en capital humano. Además, la prevención de estas enfermedades no tiene retornos inmediatos sino en el largo plazo.

Lo anterior es coherente con el bajo porcentaje de los beneficiarios de isapres abiertas que se someten al examen preventivo anual. Los beneficiarios tienen derecho a un examen de medicina preventiva gratuito; sin embargo, no se obliga a los pacientes a realizarlo. En el lapso de siete años comprendido entre 1988 y 1995, el número de beneficiarios que se sometió a exámenes preventivos en las isapres abiertas equivale a solo un 23% de los que ingresaron al sistema en el período.

Aunque el tabaco es la causa evitable más importante frente al cáncer y las enfermedades cardiovasculares, las primas no reflejan un riesgo diferente entre fumadores y no fumadores, dándose así subsidios cruzados y generándose incentivos perversos, toda vez que los fumadores no enfrentan los costos de salud directos derivados de sus acciones. Si se extiende la posibilidad de discriminar en las primas —además de por edad y sexo— por tabaquismo, habría incentivos para la prevención de la salud.

El mercado puede crear soluciones alternativas. La isapre Consalud manifiesta estar estudiando un esquema de incentivos para premiar al beneficiario que se queda en la isapre y cumple con las medidas de prevención y promoción. El incentivo se hace mediante un pago adicional del cotizante que la isapre guardaría como provisión para cubrir el aumento de su prima al tener mayor edad. Si el beneficiario coopera con todas las medidas de prevención de su salud, la isapre le baja sus primas

32. Los problemas de los beneficiarios de la tercera edad pertenecientes al sistema de isapres se analizan en la sección XII.

en el futuro, dado que es un asegurado menos riesgoso y existe una provisión de capital. Pero si no cumple con las medidas de prevención las primas son más altas y pierde el capital ahorrado. Lo mismo ocurre si se traslada a otra isapre. No obstante, el régimen actual de impuestos sobre este tipo de provisión de capital es la principal barrera que impide el desarrollo de tales incentivos, por lo que también se requieren modificaciones legales para hacerlos viables.

XI. FINANCIAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

La catástrofe financiera en salud se refiere a eventos de enfermedad que provocan gastos efectivos por prestaciones de salud que ponen a la familia en situación de insolvencia. Para un asegurado, la catástrofe dependerá de la magnitud del gasto en salud que enfrenta y de la posibilidad de pago. La magnitud del gasto depende a su vez de: 1) la enfermedad que sufre y el costo de la tecnología médica disponible para su tratamiento, y 2) el monto de ese gasto que cubre el seguro de salud. A su vez, la posibilidad de pago depende del ingreso y patrimonio del núcleo familiar, y de la capacidad de endeudarse.

Por lo tanto, se pueden establecer las siguientes definiciones de catástrofe (Díaz y otros, 1995):

1. *Eventos de alto costo unitario*: Incluye eventos de baja probabilidad que requieren de prestaciones médicas de alto costo unitario ligadas generalmente a sofisticados procedimientos terapéuticos.
2. *Altos gastos periódicos de salud*: Es una definición más amplia que la anterior, porque incluye además eventos de bajo costo pero de alta frecuencia.
3. *Altos gastos periódicos afectando el ingreso familiar*: Es la que refleja mejor la catástrofe, en el sentido de insolvencia del grupo familiar. Sin embargo, es difícil disponer de la información necesaria, lo que limita su aplicación.

Estas definiciones no son del todo equivalentes. Para evaluar la prevalencia empírica de este fenómeno, en un estudio sobre catástrofes (Díaz y otros, 1995) se vio que el gasto total en los eventos que son

comunes a las tres definiciones representa alrededor de un 60% de los gastos catastróficos para cada una de ellas.³³

Una forma alternativa de trabajar con catástrofes es concentrarse en los diagnósticos de alto costo. Sin embargo, casi cualquier enfermedad puede derivar en una catástrofe en la medida que se presenten complicaciones (por ejemplo, septicemia después de un embarazo). En el mismo estudio se encontró que los diagnósticos de alto costo son más específicos por implicar determinados grupos de prestaciones, permitiendo la confección de programas médicos detallados. La mayoría de los eventos catastróficos se concentra en un pequeño grupo de diagnósticos (*op. cit.*); con todo, una parte de estos eventos queda fuera de esta lista, lo que limita este instrumento.

Para los asegurados en isapres la catástrofe muchas veces supone no poder continuar con su tratamiento en el sistema por lo que serán derivados al FONASA. Esta interacción con el sector público donde existe un segundo seguro, crea problemas de eficiencia y equidad.

En esta sección se verá la magnitud de las catástrofes, la relación con el sector público y los incentivos que se generan.

1. COBERTURA DE CATÁSTROFES DE SALUD

Incidencia de catástrofes y grado de cobertura

Se han hecho estimaciones del grado de cobertura de los beneficiarios de isapres para catástrofes. La más relevante y completa es el estudio de Díaz y otros (1995). Para establecer los valores que determinan el límite considerado catastrófico estos autores consideraron tres variables: 1) el ingreso tope del primer cuartil y el ingreso mediano; 2) el préstamo máximo que pueden obtener los cotizantes con dichas rentas, y 3) los copagos promedio.

33. Se tomó una muestra de las isapres abiertas igual al 86% de los cotizantes, para el cálculo del ingreso, y una submuestra del 76% de los cotizantes para los valores facturados y los copagos. Para los diagnósticos, se tomó otra submuestra que cubre el 25% de los cotizantes.

El copago alcanzó un 40% en promedio para valores facturados anuales (VFA) mayores o iguales a 500 000 pesos. El préstamo máximo de consumo que otorgan las instituciones financieras a personas naturales sin garantías reales, es de tres veces el ingreso mensual. Con estos datos se definió un valor máximo que puede pagar un cotizante, determinado por el copago y el préstamo que permite financiarlo. Este máximo es de 1 014 000 pesos para el cotizante del primer cuartil y de 1 640 000 pesos para el cotizante de ingreso medio. Se analizaron, entonces, tres alternativas de catástrofe: 1 000 000, 1 500 000 y 2 000 000 de pesos, usándose en algunos cálculos 500 000 pesos para alcanzar a los más pobres del primer cuartil.

Los autores concluyeron que las catástrofes son de baja frecuencia en el sistema de isapres, por cuanto solo un 2.5% de los cotizantes de las isapres abiertas tuvo un copago acumulado anual de 2.5 veces el ingreso del cotizante mediano (500 000 pesos). Sin embargo, un cálculo simple muestra que en diez años el 25% de los cotizantes tendrían catástrofes.³⁴

La cobertura para eventos de un valor facturado menor de 500 000 pesos alcanza a un 68%. Pero, al aumentar el gasto la cobertura empeora progresivamente reduciéndose a 55% para montos de 5 o más millones de pesos. La cobertura disminuye además con el ingreso, teniendo una diferencia de alrededor de 12% entre el primer y el quinto quintil de ingreso. Esta menor cobertura potencia la posibilidad de catástrofes financieras para las personas de ingresos menores.

Planes para cubrir catástrofes

Como se explicó en una sección anterior, las isapres ofrecen una vasta variedad de planes a sus afiliados. La Superintendencia de isapres realizó un estudio en 1993 donde se seleccionaron dos cuadros clínicos: enfermedad renal con tratamiento permanente de hemodiálisis, e infarto al miocardio con *bypass*. Se escogieron dos tipos de planes: uno "máximo" para personas de altos ingresos, valorizando las prestaciones de salud con precios de una clínica privada para este segmento; y otro

34. No es necesariamente así. Dado que hay pacientes más riesgosos, es probable que las catástrofes se concentren en algunos pacientes, teniendo el resto de la población un porcentaje menor de catástrofes.

“mínimo”, valorizando la atención con precios del hospital público para particulares. En el cuadro 13 se ilustran los valores extremos. Por ejemplo, para el infarto los copagos variaban entre 290 000 y 3 900 000 pesos para el plan máximo, y entre 190 000 y 960 000 pesos para el mínimo.

CUADRO 13
COPAGOS POR INFARTOS Y HEMODIÁLISIS EN DISTINTOS PLANES:
SELECCIÓN DE VALORES EXTREMOS

	Valores extremos	TIPO DE PLAN			
		PLAN MÁXIMO		PLAN MÍNIMO	
		Copago (como porcentaje)	Copago (en miles de pesos)	Copago (como porcentaje)	Copago (en miles de pesos)
Infarto	Mínimo	48.3	3 903	56.5	955
	Máximo	3.6	289	11.4	192
Hemodiálisis	Máximo	43.4	246	23.4	57
	Mínimo	10.0	56	10.0	24

Fuente: Elaborado en base a datos de Díaz y otros, “Cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema ISAPRE”, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, diciembre de 1995.

En los dos últimos años ha habido un aumento en la oferta de seguros catastróficos voluntarios en el mercado chileno, con esquemas muy diversos. Además de las isapres, se han incorporado en este rubro las compañías de seguros de vida. No obstante, estos seguros tienen dos tipos de limitaciones. La primera es que el alcance del seguro está restringido. Algunos no cubren determinadas enfermedades o prestaciones, otros excluyen a las personas de la tercera edad, y casi todos tienen un tope máximo para el valor reembolsable. La otra limitación es que muchos de estos seguros son ofrecidos por las isapres y cubren un porcentaje bajo de los beneficiarios.

En resumen, el sistema de seguros de salud no ha desarrollado seguros para catástrofes con la suficiente alcance poblacional y de cobertura. Los menos cubiertos en términos absolutos son las personas de

menores ingresos. Ello constituye un problema por cuanto son estos individuos quienes tienen menos recursos para afrontar los copagos. Y es probable que este problema se agrave a medida que aumente la cobertura poblacional del sistema de isapres, considerando que su crecimiento potencial está orientado principalmente a grupos de menores ingresos.

Incentivos en la creación de seguros para catástrofes

Como se expone en el apartado anterior, el sistema de isapres no ha desarrollado suficientemente los seguros catastróficos. Para ello hay dos posibles explicaciones. La primera dice que es una industria naciente por lo que la generación de alternativas es un problema de tiempo. La otra explicación sería suponer que los individuos son miopes e irracionales en sus conductas intertemporales.

FONASA como seguro de salud

Casi los dos tercios de la población nacional está asegurada con el FONASA, con las condiciones y características siguientes:

1. El costo del seguro no está relacionado con el riesgo. En el caso de los cotizantes el costo es proporcional al ingreso (7%), y en el de los indigentes este es gratuito. Por lo tanto, el precio de la prima es independiente de los factores que aumentan el gasto posible de esperar de los asegurados: el estado de salud del enfermo, el sexo y edad, y el número de cargas. Esto genera importantes subsidios cruzados entre los cotizantes.
2. El copago depende del tipo de atención. Para los efectos de la atención cerrada esto no tiene relación con el costo, ya que el usuario paga de su bolsillo de acuerdo a su ingreso. Además, existe un crédito para solucionar los casos de iliquidez de la gente que no puede pagar el copago. Sin embargo, dicho crédito tiene dos problemas básicos: primero, que resulta difícil obligar a los familiares del enfermo a contraer una deuda cuando ellos saben que el enfermo de todas maneras recibirá atención médica. Dada la garantía

- constitucional de libre acceso a la salud, el Estado no puede negar la atención. Y segundo, dado que este derecho ha penetrado profundamente la cultura de la población y especialmente de los trabajadores de la salud, exigir a ultranza la firma de documentos o negar la atención se hace muy difícil. En cuanto a la atención abierta, el paciente paga de acuerdo a un arancel.
3. Respecto a la cobertura el seguro es total, no tiene exclusiones ni períodos de espera. Con todo, para la atención cerrada está sujeto a colas y listas de espera. Además, la atención cerrada —si bien es técnicamente adecuada— tiene estándares de hotelería y otras comodidades inferiores a los de la atención privada.
 4. El FONASA siempre aceptará a un cotizante que venga de otro tipo de previsión. Más aún, las cotizaciones que no se destinen expresamente para una isapre van por defecto a FONASA.

Debido a estas características no parece adecuado entender el sistema del FONASA como un seguro de salud. Es más apropiado definirlo como un fondo estatal de salud financiado en parte con un impuesto sobre los salarios. Este fondo financia la atención cerrada y la de aquellos que no tienen otra previsión, y está abierto a la incorporación de cualquiera que desee trasladarse a él.

2. INCENTIVOS E INTERACCIÓN EN LOS SEGUROS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS

En la práctica en Chile existe una garantía estatal implícita de semigratuidad para la atención de la salud. Esta garantía es coherente con el sistema de salud desarrollado en Chile durante décadas, con un fuerte predominio estatal en la previsión de salud, y financiándose con un sistema de reparto. Sin embargo, al aparecer las isapres, se generan incentivos para usar de esta garantía con un sentido y efectos distributivos distintos de los que tenía originalmente.

El trabajador por cuenta propia que no recibe un salario, puede libremente decidir si cotizará o no para la previsión de salud.³⁵ Por lo

35. 20% de la fuerza de trabajo.

tanto se le genera el incentivo de no cotizar mientras está sano. Si necesita atención de salud, cotiza como voluntario y se puede incorporar al sistema estatal pagando la prima de un mes. De esta forma obtiene una cobertura de al menos un 50% del precio de atención, el que ya tiene subsidios importantes. Esto es especialmente válido para quienes tienen un ingreso menor y cuyo único seguro factible es el estatal.

El cotizante dependiente (trabajador con sueldo) está obligado a comprar un seguro de salud. En este caso hay incentivos para tomar seguros de salud que complementen el seguro estatal implícito, en la siguiente forma:

1. Dar alta cobertura para atenciones donde es baja la probabilidad de obtener una atención oportuna, o haya altos costos de tiempo debido a colas, molestias por horarios inoportunos, y otros problemas derivados de las restricciones de los servicios públicos.
2. Dar baja cobertura a los gastos vinculados a eventos catastróficos cuando los precios del FONASA sean bajos (lo que generalmente ocurre), y el beneficiario considere mayor el beneficio actual del ahorro en prima que el costo (probable) en colas, peor hotelería, y demás.

Cuando se trata de enfermedades de largo plazo o que llevan a enfermedades crónicas del cotizante, el problema se agrava. Al dejar de trabajar por enfermedad deja de cotizar en la isapre por lo que terminaría siendo excluido del sistema.

En cuanto a las enfermedades agudas, principalmente las urgencias, no hay tiempo para planificar el financiamiento de la atención, y esta se da de todas maneras. Así, el Estado no puede rechazar cubrir los gastos de afiliados a isapres calificados de casos urgentes. Las isapres tienen incentivos para dar baja cobertura, ya sea en porcentaje de copagos o en topes anuales. Hay dos hechos que atenúan estos incentivos: el primero es que los afiliados no están bien informados de que su cobertura de urgencia es baja y recurren a centros privados, por error;³⁶ el segundo es que muchos cotizantes de mayores ingresos prefieren los hospitales privados debido a que hay mejor hotelería.

36. Las isapres tienen dificultades para hacer una campaña de información al respecto porque sería una prueba flagrante de este abuso, en un ambiente donde enfrentan la hostilidad de algunos sectores y el control de parte de la Superintendencia de isapres.

3. CONCLUSIONES

Aunque las catástrofes afectan a un bajo porcentaje de beneficiarios de isapres anualmente, en el transcurso de varios años pueden afectar a un grupo importante. El problema se genera con la interacción con el sistema estatal, debido a que este funciona como "segundo seguro" o "seguro de último recurso" para los afiliados de las isapres, frente a situaciones catastróficas.

Díaz y otros (1995), proponen dos tipos de medidas para abordar el problema del financiamiento de las enfermedades catastróficas: 1) la adopción de dos seguros de corto plazo. Un primer seguro (seguro A) permitiría financiar los gastos médicos ocurridos durante los primeros 12 ó 24 meses desde la firma del contrato. Un segundo seguro (seguro B) financiaría el valor presente esperado de los incrementos de primas causados por la declaración de problemas de salud de largo plazo por parte de algunos asegurados. Los fondos recaudados mediante el seguro B permitirían financiar las primas del seguro A para aquellas personas a las que se les declare un problema de salud de largo plazo; y 2) los autores proponen una reforma del sistema de FONASA, tendiente a suprimir o atenuar su calidad de "seguro de último recurso". Los cambios propuestos para el FONASA son coincidentes con el esquema de seguros recién descrito. En el nuevo esquema, el FONASA aseguraría a las personas en función de su riesgo actuarial. Quienes abandonaran el sistema de isapres contarían con los recursos suficientes, obtenidos a través del seguro B, para financiar su prima en el FONASA.

XII. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN LA TERCERA EDAD

1. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

En años recientes, tanto en Chile como en el resto del mundo en desarrollo, se ha acrecentado el debate relativo al financiamiento de la salud de las personas en la tercera edad.³⁷ El origen de esta discusión se basa en parte en el hecho de que Chile, al igual que otras naciones de la región y del mundo con un grado de desarrollo económico semejante, enfrenta una *transición demográfica*. En virtud de ella, una proporción creciente de la población nacional se sitúa en tramos de edad más elevados, disminuyendo el ángulo de la pirámide poblacional, en lo que se denomina un envejecimiento de la población.

La transición demográfica es el resultado de mejores estándares de vida, de una reducción de las tasas de fertilidad, de la adopción de hábitos más saludables, y del desarrollo y acceso a tecnologías médicas que permiten prolongar la esperanza de vida de las personas.

Generalmente, coexiste con la transición demográfica una transición epidemiológica, fenómeno en el cual la mortalidad y morbilidad debidas a enfermedades infecciosas y transmisibles disminuyen, y en cambio aumentan como resultado de enfermedades crónicas y degenerativas y de accidentes (Banco Mundial, 1993).

El resultado combinado de estos dos fenómenos —una población más longeva, pero con problemas de salud predominantemente crónicos y de tratamiento caro— puede incidir en forma importante sobre el gasto en salud de la nación. Si a esto se agrega la mayor disponibilidad de sofisticadas tecnologías de alto costo para prolongar la vida, y las presiones sociales y morales para poner dichas tecnologías al alcance de la población en general, el problema del aumento del gasto médico se complica aún más.

El Banco Mundial proyecta que la población nacional mayor de 60 años pasará de 1 126 000 en 1990 (representando el 12.5% de la población

37. Según la definición operativa de tercera edad adoptada en Chile, pertenecen a ella todos aquellos individuos hombres y mujeres mayores de 65 años.

mayor de 15 años) a 3 872 000 en el año 2030 (representando el 24.6% de la misma población; ver cuadro 14). Cómo financiar la salud de ese grupo significativo de personas en los años venideros, será un desafío creciente para la nación en general y también para el sistema de isapres.

CUADRO 14
PROYECCIONES POBLACIONALES PARA CHILE:
GRUPO ETARIO ADULTO

Año	15-59 años	60+ años	60+ años	Hombres 15-59 años	Mujeres 15-59 años	Hombres 60+ años	Mujeres 60+ años
	<i>(miles de personas)</i>		<i>(porcentaje sobre pobla- ción de 15-59 años)</i>	<i>(porcentaje sobre población total)</i>			
1990	7 853	1. 126	12.5	49.7	50.3	42.0	58.0
2010	10 671	2 030	16.0	49.9	50.1	43.4	56.6
2030	11 873	3 872	24.6	49.9	50.1	44.7	55.3

Fuente: Banco Mundial, "Chile. The adult health policy change", Serie de estudios del Banco Mundial sobre países, Washington, D.C., 1995.

2. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN LA TERCERA EDAD

El estudio del financiamiento de la salud en la tercera edad se divide en dos partes. Primero, es necesario resolver el problema del financiamiento para las personas que hoy están en el sistema público de salud (FONASA). Segundo, se debe resolver el problema de las personas de la tercera edad pertenecientes al sistema de isapres. El primer problema es de carácter público y por lo tanto recae sobre el Gobierno de Chile. El segundo problema es de tipo privado y corresponde a las isapres resolverlo.

No obstante, los problemas no son independientes. Las soluciones que genere el gobierno para financiar la salud en la tercera edad de los beneficiarios del sistema público influirán en la propensión que dichas personas tengan a afiliarse a una isapre. De este modo, por ejemplo, si

el sistema público ofreciere una cobertura generosa y a bajo costo directo para los beneficiarios, dichos individuos tendrían menores incentivos para adscribirse al sistema de isapres que si dicha política no se adoptara. Por otra parte, si las soluciones ofrecidas por las isapres a las personas de la tercera edad son excesivamente caras para ellas, entonces no solo se hará difícil su incorporación a las isapres sino que también se hará más probable su abandono del sistema privado y su incorporación al sistema público.

Actualmente, la captación y mantención de personas de la tercera edad significan desafíos importantes para las isapres. Primas muy elevadas restringen el acceso a dichas personas. Primas moderadas que se compensan internamente con subsidios cruzados de afiliados más jóvenes encarecen la prima de estos últimos, restringiendo su acceso al sistema y afectando negativamente las expectativas de rentabilidad de las isapres. Igualmente, primas moderadas para las personas de la tercera edad —iguales o inferiores al costo actuarial de la atención prometida en el contrato— por sí mismas inciden también negativamente en la rentabilidad de las isapres y pueden ser financieramente no viables para éstas.

Progresivamente, las isapres han ido adaptando su estrategia relativa a la incorporación y mantención de personas de la tercera edad. Las isapres abiertas, recurriendo a lo que la ley establece, fijan sus tarifas según la edad y el sexo de los afiliados —las únicas dos características sobre las cuales las isapres pueden legalmente discriminar entre afiliados. Por ejemplo, según la información del cuadro 15 —proveniente de una isapre—, una persona de 60 a 65 años debe cotizar dos veces más que un hombre de 18 a 34 años. Un individuo mayor de 75 años debe cotizar 4.5 veces más que quien pertenece al tramo 18-34 años.

CUADRO 15
 TABLA DE FACTORES RELATIVOS DE UNA ISAPRE. AÑO 1995

Tramo de edad	COTIZANTES		CÓNYUGE		Beneficiarios cargas legales	Beneficiarios cargas no legales
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
0-17	0.5	0.5	0.9	1.4	0.4	0.8
18-34	1.0	2.1	0.9	1.5	0.7	1.5
35-44	1.1	1.9	1.0	1.2	1.2	1.5
45-59	1.4	1.9	1.3	1.4	1.4	1.5
60-65	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.4
66-74	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.6
75-más	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	5.3

Fuente: Banco Mundial, "Chile. The adult health policy change", Serie de estudios del Banco Mundial sobre países, Washington, D.C., 1995.

3. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD CON BAJOS INGRESOS

Como se mencionó antes, las isapres han ido generando otras soluciones para atraer y mantener a personas de la tercera edad. Sin embargo, el problema de financiar la salud de las personas mayores no tiene soluciones sencillas en Chile ni en ningún otro país. Volviendo a la dificultad anteriormente mencionada, no es razonable esperar que las isapres —empresas privadas con fines de lucro— resuelvan el problema del segmento de personas de la tercera edad con bajos ingresos que hoy se encuentran en el FONASA. Cualquier solución tendiente a incorporar progresivamente en el tiempo a personas mayores a las isapres, debiera también implicar la aceptación de que quienes hoy son mayores y pobres deberán permanecer dentro del régimen de reparto público de salud. Tampoco es razonable esperar que en el futuro personas pobres de la tercera edad se incorporen a las isapres con sus propios medios, aunque sí es posible concebir un esquema en el cual dichas personas pudieran

hacerlo a condición de que recibiesen un subsidio estatal complementario de su propios aportes. Desde el punto de vista de las finanzas públicas, tal política tendría sentido solamente si dicho subsidio fuese inferior o igual al costo en que debiera incurrir el sistema público para mantener a aquellas personas en el FONASA. O si, a un costo algo superior, el subsidio permitiera que las personas de la tercera edad obtuviesen en las isapres una mejor atención. Pero evaluar la factibilidad de estos dos escenarios va más allá de los objetivos de esta investigación.

4. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN ISAPRES

Con respecto al segundo problema enunciado más arriba —la factibilidad de permanencia en las isapres de sus actuales afiliados que están entrando o que pertenecen ya a la tercera edad—, cabe preguntarse sobre su capacidad de continuar pagando sus cotizaciones y sus copagos y, por lo tanto, de permanecer en la isapre con el correr de los años. Para dar respuesta a esta pregunta, no hay buenos sustitutos de la información empírica. Desgraciadamente, estos autores no pudieron obtener información sobre el número de personas de la tercera edad, o cerca de ella, que han debido retirarse del sistema de isapres, por insolvencia. Se recuerda al lector que las isapres poseen el recurso legal de cambiar anualmente sus planes de salud para grupos de individuos, si bien al mismo tiempo se otorga al beneficiario el derecho a apelar a la Superintendencia de isapres cuando el nuevo plan alternativo que la institución le ofrece no le resulta satisfactorio. Basándose en el número más bien pequeño de quejas de usuarios presentadas a la Superintendencia y suponiendo que la mayoría de las personas de la tercera edad conoce sus derechos, se concluiría que no son muchas las personas mayores que deben abandonar el sistema de isapres. Sin embargo, es importante evaluar esta hipótesis con datos empíricos.

Un estudio reciente (Fisher, Mizala y Romaguera, 1995) también arroja luces sobre un aspecto central del segundo problema —la factibilidad de que actuales afiliados a isapres, que aún no ingresan a la tercera edad, puedan permanecer en el sistema cuando envejecan. Para ello, los autores efectuaron una proyección de los gastos médicos de las personas al incorporarse a la tercera edad, y compararon dichos gastos

con sus ingresos proyectados. El gasto médico proyectado incluye los desembolsos efectivos de las personas por concepto de atención de salud: ellos comprenden las cotizaciones a la isapre más los copagos a los proveedores médicos, los costos del subsidio de incapacidad laboral, los gastos de comercialización, y las utilidades de las isapres. Se definió que existe un problema de financiamiento de la salud en la tercera edad, si el beneficiario debe incurrir en gastos médicos que reduzcan su ingreso per cápita en más de un 30% al llegar a esa etapa.

Las proyecciones de gastos de salud consideraron un aumento real de los costos médicos de un 2% anual. Las proyecciones de ingresos de las personas consideraron distintos escenarios relativos a la rentabilidad real de los fondos de pensiones (entre 5% y 6%), la cual determina en parte importante los ingresos de las personas al jubilar. También se supuso aumentos de productividad de un 2% anual. Los principales resultados de las proyecciones de Fisher, Mizala y Romaguera, se resumen a continuación:

CUADRO 16
CAÍDA EN EL INGRESO DISPONIBLE AL LLEGAR A LA TERCERA EDAD,
POR BENEFICIARIO DE ISAPRES
(Porcentaje)

Edad actual	ESCENARIO (Según rentabilidad real de los fondos de pensiones)		
	Pesimista	Intermedio	Optimista
23	42	33	15
35	20	11	-9
45	10	5	-9
55	18	16	7

Fuente: Fisher, Mizala y Romaguera, "Proyecto: Alternativas de Solución para el Financiamiento de la Salud en la Tercera Edad en el Sistema ISAPRE", documento preparado para la Superintendencia de isapres, Santiago de Chile, 1995.

De acuerdo a los resultados del estudio, en los escenarios pesimista e intermedio el cotizante promedio que hoy tiene 23 años tendría dificultades en permanecer en el sistema de isapres. Los demás no las tendrían. Para interpretar estos resultados es importante considerar lo siguiente:³⁸

- El gasto familiar total en salud aumenta relativamente poco en la tercera edad. Ello se debe en parte a que las isapres no necesitan pagar el subsidio por incapacidad laboral en la tercera edad, por lo que las cotizaciones aumentan menos que los gastos facturados en salud. Además, el aumento de los gastos facturados de cada uno de los beneficiarios de más de 65 años se ve compensado por el hecho de que la familia es más pequeña cuando el jefe del hogar alcanza la tercera edad.
- Las pensiones que recibirán los afiliados de 35 años y más, se verán favorecidas por las altas rentabilidades que ha tenido el sistema previsional privado en los últimos años y por los bonos de reconocimiento por contribuciones al sistema previsional antiguo. En este sentido, estas generaciones se han beneficiado de una coyuntura circunstancial, que afecta significativamente (y en forma favorable) los resultados del estudio.

Los autores observan, además, que si bien el afiliado *promedio* de 35 años y más no enfrentaría un problema de financiamiento de la salud al llegar a la tercera edad, sí podrían tenerlo los afiliados con ingresos inferiores al promedio. Se determinó que los problemas se concentran en los afiliados con menor educación y más jóvenes. También tendrían problemas los afiliados de mayor edad que pertenecen al sistema previsional antiguo. En particular, las familias cuyo jefe de hogar tiene 23 años y menos de 10 años de educación y las familias con un jefe de hogar de 35 años y 8 años de educación, deberían destinar más del 30% de su ingreso disponible en la tercera edad para acceder a un plan de cobertura mínima aceptable en esa etapa de la vida.

38. Los siguientes tres párrafos son casi literales de Fisher, Mizala y Romaguera, 1995.

XIII. CONCLUSIONES

1. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ISAPRES Y DE SU COBERTURA

En sus quince años de existencia, las isapres han experimentado elevadas tasas anuales de crecimiento de la cobertura que les han permitido llegar a cubrir, mediante sus seguros de salud, a un cuarto de la población del país. Sin embargo, desde 1995, esta tendencia ha desaparecido, llegándose a un crecimiento nulo de la población beneficiaria, como también en el número de isapres abiertas. Existen en la actualidad 21 de esas entidades, de las cuales 19 son con fines de lucro. El mercado de las isapres abiertas presenta un grado importante de concentración: las tres entidades de mayor tamaño —Consalud, Cruz Blanca y Banmédica— cubren casi el 55% del mercado, medido según el volumen monetario de las cotizaciones obligatorias de salud.

2. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

La población beneficiaria de las isapres es más joven y con menor representación de mujeres que la población del país. Esas instituciones favorecen la incorporación de hombres y mujeres jóvenes de entre 20 y 39 años en desmedro de la población mayor de 50, y particularmente de aquella mayor de 60. Además, como consecuencia de la selección de afiliados —causada por las restricciones (legales) a la cobertura de preexistencias médicas, las primas crecientes con la edad, y ocasionalmente el deterioro en la capacidad de pago de quienes experimentan problemas médicos catastróficos— se presume que la población beneficiaria de las isapres es más sana que la población general del país. No obstante, estos autores no dispusieron de información apropiada para explorar esta hipótesis.

Un análisis comparativo de estadísticas del uso de servicios médicos revela que existen diferencias importantes entre las isapres y el FONASA, aunque no en el caso de las consultas curativas ambulatorias. El FONASA provee un 43% más de intervenciones quirúrgicas por beneficiario que las isapres, y más de tres veces el número de días/cama. Una

posible explicación para estas diferencias sería el distinto perfil de salud de los beneficiarios de ambos sistemas, aunque otras causas podrían también ser responsables de estos contrastes.

La afiliación a una isapre está determinada por los ingresos del trabajador dependiente. De este modo, en 1994 solo el 6.5% de los hogares del país pertenecientes al quintil de menores ingresos tenía a uno o más miembros afiliados a una isapre; este porcentaje aumentaba progresivamente hasta llegar a un 51.6% en los hogares del quintil de ingresos más altos. Habiéndose limitado el crecimiento de la afiliación en el mercado de las personas de altos ingresos, a contar de 1989 las isapres han comenzado a expandir su afiliación hacia personas de menores recursos, proceso favorecido en parte por el otorgamiento de un subsidio público a la afiliación. Desde aquel año y hasta 1994, la renta imponible real promedio de los cotizantes a isapres disminuyó desde 320 000 pesos hasta 260 000 (pesos de diciembre de 1995).

3. ESTRUCTURA DE INGRESOS Y GASTOS DE LAS ISAPRES

En 1995, la cotización legal obligatoria constituía el 84% de los ingresos de explotación de las isapres. Las otras fuentes de ingresos operacionales eran las cotizaciones adicionales voluntarias (11.4%), el subsidio estatal a la afiliación (4.7%), y el aporte del empleador (0.1%). Ese año, el 59.7% de los ingresos operacionales se destinó al financiamiento de prestaciones de salud, un 19.4% a gastos de administración y ventas, un 15.2% al pago de subsidios de incapacidad laboral (licencias de medicina curativa), y un 1.5% a otros gastos. La utilidad representó el 4.3% restante de los ingresos operacionales. En administración y ventas, las remuneraciones del personal y otros gastos juntos contribuyeron (en partes iguales) a las tres cuartas partes de los gastos del rubro. Las comisiones de ventas representaron un poco más de un quinto, mientras que la publicidad representó un 3.1% de ellos.

4. RENTABILIDAD DE LAS ISAPRES

Así como se ha aminorado el crecimiento del sistema de isapres, también pareciera haberlo hecho su rentabilidad media. Luego de fluctuaciones

importantes en rentabilidad, en los últimos cuatro años las isapres abiertas han experimentado tasas de rentabilidad anual sobre el patrimonio del orden del 25%, con una utilidad sobre los ingresos de explotación cercana al 5%. La rentabilidad patrimonial media de las isapres abiertas supera a aquella de otros sectores de la economía. Por ejemplo, en el período 1995-1996, las empresas de seguros obtuvieron una utilidad sobre el patrimonio del orden del 18%, el sector eléctrico del 16%, el sector servicios del 13%, y el comercio de un 12%.

La rentabilidad promedio de las isapres abiertas oculta importantes diferencias en rentabilidad individual. Aquellas isapres de mayor tamaño —que también son las de mayor antigüedad en el mercado (en promedio 14 años)— presentaron en 1995 altas tasas de rentabilidad patrimonial. Banmédica, por ejemplo, obtuvo una utilidad sobre el patrimonio de un 88.4%, seguida por Vida Tres (76.7%) y Compensación (66.4%). En contraste, la mayoría de las isapres de tamaño medio a pequeño —con ingresos anuales de explotación inferiores a 12 300 millones en 1995, y vida media en el mercado de 7 a 9 años— arrojaron ese año pérdidas importantes relativas al patrimonio, en particular las más pequeñas. Se concluye que el mercado de las isapres es competitivo; que hay numerosas empresas que efectúan esfuerzos importantes por penetrar el mercado a costa de pérdidas significativas en el intento; y que aquellas que ingresaron al mercado más tempranamente y lograron permanecer en él, han logrado establecer una posición aparentemente sólida y de alta rentabilidad.

5. INVERSIÓN PRIVADA EN SALUD

Aun cuando hay poca información cuantitativa disponible sobre la magnitud de la oferta privada de servicios de salud, hay evidencia de que el crecimiento de las isapres, al permitir una mayor canalización de recursos privados al financiamiento de las atenciones de salud, ha fomentado el desarrollo de la provisión del sector privado. Con anterioridad a la creación de estas instituciones (en 1981), el sector privado reunía solo 3 855 camas en clínicas, o el 10% de la oferta nacional; el sector público, en cambio, poseía un 90% de las camas hospitalarias del país, casi 33 700 unidades. En los quince años siguientes, el número de camas hospitalarias del sector público disminuyó a 32 300 unidades, mientras

que las del sector privado más que se duplicaron, llegando a ser 10 600 en 1995. La participación del sector privado en la oferta de camas hospitalarias pasó de un 10% a un 25%.

6. *SATISFACCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS*

La mayoría de los afiliados al sistema de isapres está al menos razonablemente satisfecha con el sistema. Sin embargo, a medida que se desciende en la escala socioeconómica, disminuye la proporción de beneficiarios satisfechos. Respecto a la cobertura de salud, la mayoría de los afiliados se siente al menos razonablemente cubierta, aunque llama la atención que quede una cuarta parte que se siente insuficientemente cubierta. La cobertura de salud es una preocupación importante de los beneficiarios de isapres. La percepción de cobertura aumenta con el precio de la prima. Los afiliados a isapres están más satisfechos con su sistema que los afiliados al FONASA. Es mayor el porcentaje de afiliados a isapres que reporta una actitud positiva hacia su sistema que su equivalente en el FONASA. Asimismo, una menor proporción de los afiliados a isapres desea cambiarse al FONASA que viceversa; entre los afiliados al FONASA, la razón más frecuente para no cambiarse a una isapre es la falta de ingreso.

7. *EQUIDAD EN EL SECTOR SALUD Y ACCESO A LAS ISAPRES*

El sector de la salud en Chile presenta una segregación entre quienes son beneficiarios del FONASA y quienes pertenecen a las isapres. Esta diferencia ha sido caricaturizada por algunos como "una salud para los ricos y otra para los pobres". En 1995, las isapres abiertas tuvieron un gasto medio en atenciones de salud por beneficiario de 66 542 pesos (162 dólares), mientras que el FONASA gastó 49 059 pesos (120 dólares). Esta diferencia en el gasto medio se torna aún más importante al considerar las características distintas de la población beneficiaria (de mayor edad en el FONASA, y presumiblemente con peor estado de salud), y de las tasas de utilización de servicios en los sistemas público y privado de salud.

Que el nivel de provisión o el gasto en atenciones difiera entre los sectores público y privado, señala la presencia de una desigualdad en el

acceso a los servicios de salud, aunque no indica que ello también revele la existencia de inequidad. La inequidad existe cuando un grupo de la población no puede acceder a un nivel mínimo socialmente aceptable de servicios. Pueden coexistir en un sistema de salud desigualdad y equidad, donde parte de la desigualdad —aquella por encima del nivel mínimo aceptable— sea inocua desde el punto de vista de la equidad (Musgrove, 1996).

Las iniciativas de reforma del sistema de seguridad social en salud, actualmente en estudio en el gobierno, reflejan el sentir de un sector que considera que el nivel de servicio a que pueden acceder hoy los beneficiarios del FONASA está por debajo de un mínimo aceptable. Aun cuando la generación de opciones de reforma se encuentra en un estado incipiente, se prevé que los cambios —de haberlos— apuntarán a un sistema en que se mejore el nivel de beneficios de salud de los actuales beneficiarios del sistema público. Cómo se financiará un mayor nivel de beneficios es una pregunta abierta, como también si se buscará volver a un esquema en el cual parte de la cotización obligatoria de salud se use para repartir el riesgo entre los beneficiarios de los seguros (públicos o privados), y parte para redistribuir el ingreso. Lo primero es propio de todo sistema de seguro, y ocurre hoy al interior del FONASA y de cada isapre. Lo segundo, en cambio —un sistema de reparto sobre la base de la cotización legal de salud, como el que existía con anterioridad a la creación de las isapres—, hoy solo prevalece en el FONASA. La posibilidad política del país de retornar a dicho sistema es, al menos, dudosa.

8. EVOLUCIÓN FUTURA DEL MERCADO DE LAS ISAPRES

Como se indicó más arriba, desde 1995 se ha observado un estancamiento en la afiliación a isapres y en el número de estas entidades. Ello posiblemente señala el término de una etapa en el desarrollo de esta industria en Chile. Muy probablemente, una expansión significativa de estas instituciones ocurrirá solo en la medida en que se produzca un cambio estructural en el sistema de salud chileno.

Los principios fundamentales del modelo de libre mercado y de economía abierta adoptados durante el gobierno militar de Pinochet, han contado con un apoyo político mayoritario en el país desde el retorno de la democracia en Chile, en 1990. Sin embargo, hay sectores que han

cuestionado algunos aspectos de las políticas económicas y sociales en vigencia. Han criticado, por ejemplo, el sistema de las administradoras de fondos de pensiones, las políticas que rigen el mercado del trabajo, y el sistema de isapres. Empero, el impacto positivo sobre el ahorro interno que se vincula a las AFP, junto con el apoyo incondicional de que gozan entre la oposición al gobierno, hacen improbable la adopción de políticas orientadas a cambiar la esencia de estas instituciones. Con respecto a las reglas del mercado del trabajo, la probabilidad política de que estas se modifiquen son más altas. Finalmente, en lo relativo a las isapres, el debate sugiere que estas instituciones enfrentan las mayores posibilidades de verse sometidas a cambios significativos en las reglas de juego, como consecuencia de anunciados cambios estructurales en el sector de la salud en Chile.

En efecto, como se indicó anteriormente, el actual gobierno del presidente Frei Ruiz-Tagle ha anunciado planes para reformar el sector de la salud nacional, con el propósito de imprimirle una mayor equidad y eficiencia. La reacción de las isapres frente a estas eventuales reformas ha sido cautelosa. A principios de 1995, la isapre Consalud (la más grande de las abiertas) anunció un congelamiento de sus planes de inversión en infraestructura médica, el cual totalizaba 30 millones de dólares en un horizonte de tres años. Consalud justificó su decisión en la incertidumbre política sobre el futuro del mercado de las isapres. La perspectiva de una reforma, de naturaleza aún desconocida, también habría inhibido los planes de desarrollo de otras isapres.

En estas circunstancias, no es del todo sorprendente que el número de isapres en el mercado como también el volumen de beneficiarios del sistema hayan dejado de crecer, aunque se presume que la incertidumbre política es solo una de muchas causas. Los temores de las isapres —fundados en lo que ellas perciben como un clima de incertidumbre o falta de definición política—, junto con su consiguiente reticencia a invertir en infraestructura, ha llevado a estas instituciones a expresar su deseo de que el gobierno les permita hacer un mayor uso de la infraestructura hospitalaria pública de salud, para así aumentar sus opciones de provisión (sin necesidad de una inversión adicional, percibida por ellas como riesgosa), y su mercado entre los sectores de menores ingresos.

Falta saber cuál será la reforma propuesta y su viabilidad política. Una vez despejada esta incógnita se verá en qué medida las isapres pueden continuar con su desarrollo dentro del país.

Cabe mencionar que mientras en Chile las isapres enfrentan incertidumbre, fuera del país han surgido opciones atractivas de inversión para estas empresas. Es así que varias isapres abiertas han desarrollado negocios en otros países de América Latina.

Es importante aclarar, con todo, que no es razonable atribuir completamente el estancamiento en el crecimiento de las isapres al clima de incertidumbre política que ellas perciben. El crecimiento bajo a nulo puede deberse también en parte a la saturación del mercado de suscriptores potenciales —personas con ingresos suficientes para financiar las primas de las isapres y con interés en adquirir dicha cobertura. De ser cierta esta hipótesis, y sin cambios estructurales en el sistema de salud, el mayor crecimiento de las isapres será lento en tanto que seguirá el crecimiento vegetativo de la población y la evolución del ingreso de las personas en el país. Además, un mayor crecimiento será posible en la medida en que las isapres logren establecer acuerdos con proveedores que les permitan ofrecer planes de cobertura aceptable a precios más reducidos, para así continuar con su penetración en el mercado de las personas con ingresos medios y medios bajos.

9. PROBLEMAS DE INFORMACIÓN EN EL MERCADO DE LAS ISAPRES

Persisten importantes problemas de información en el mercado de las isapres. El primero surge de la abundancia de planes de salud en oferta, dificultando el proceso de selección por parte de los suscriptores potenciales y haciendo menos transparente la competencia entre isapres. Otro problema se deriva de las asimetrías de información entre las isapres y sus proveedores médicos, lo cual limita la capacidad de control de estas sobre las acciones de aquellos. La excesiva provisión de operaciones cesáreas es una manifestación de esta dificultad. También se dan problemas de información entre los proveedores médicos y los beneficiarios de isapres. Existen diversos incentivos para que los primeros “sobrepromuevan” atención, teniendo los pacientes una precaria información para poder juzgar cuán apropiadas son tales prescripciones médicas. Por otro lado, los beneficiarios de isapres con frecuencia incurren en gastos excesivos de su bolsillo al escoger a proveedores médicos caros o mal cubiertos por sus isapres. Y por último, la selección adversa continúa siendo un problema en el mercado de las isapres, a pesar de las protecciones que

dispone la nueva ley para esas instituciones, al establecer un período de carencia de cinco años para las condiciones patológicas preexistentes.

En tres de los cinco problemas mencionados se observan avances positivos en el mercado. La Superintendencia de isapres está participando en una campaña de educación de suscriptores potenciales, en particular de las empresas interesadas en negociar seguros colectivos con isapres. Dicha iniciativa consiste en proporcionar información a la empresa que facilite su proceso de selección de isapres y de plan, y que le permita maximizar el nivel de beneficios médicos que puede obtener a cambio de sus recursos, para la afiliación. La Superintendencia y las isapres, por su parte, también están proveyendo información a los beneficiarios para educarlos en escoger proveedores que estén cubiertos al máximo por los respectivos planes de salud, minimizando así sus gastos de bolsillo por concepto de atenciones médicas. Además, el solo crecimiento de la afiliación colectiva es un proceso que permitirá limitar aún más el problema de la selección adversa.

La oferta de un número excesivo de planes de salud difíciles de comparar y la sobreprovisión de atenciones, son problemas que persisten en el mercado. La adopción de un "plan básico de salud", o de "planes referenciales" que debieran ser ofrecidos por todas las isapres, es una solución posible actualmente en debate en el ámbito público y académico. El objetivo de esta propuesta sería establecer algunos productos homogéneos en el mercado, para hacer más transparente la información a los suscriptores y promover así mayores niveles de competencia entre las isapres.

El problema de la sobreprovisión de atenciones persiste y será de difícil solución, en la medida en que las isapres continúen organizadas principalmente como meros intermediarios financieros, sin integrarse productiva y financieramente con los proveedores.

10. INCENTIVOS PARA LA CONTENCIÓN DE COSTOS EN EL SISTEMA DE ISAPRES

Se presume que uno de los mayores problemas que enfrentan hoy las isapres —y el mercado de la salud en Chile— es el desorbitado aumento de los precios de los insumos y del volumen de las prestaciones médicas, causas ambas de una explosión en el gasto de salud. Este problema se

atribuye a múltiples factores, como el progreso tecnológico, el poder monopólico de algunos proveedores médicos, la falta de integración vertical de las isapres, y su modalidad de reembolso a los proveedores. Con respecto a esta última posible causa, valga notar que la experiencia internacional establece claramente que el sistema de pago a proveedores por acto médico —el método de reembolso más común entre las isapres— es altamente inflacionario.

Con todo, la información disponible impide un análisis científico de la evolución de los precios de las prestaciones de salud en el país. No existe, por ejemplo, un índice de precios del sector salud, como lo hay en otros países. Tampoco pudieron estos autores obtener información sobre series históricas de precios pagados por las isapres y sus beneficiarios, a médicos y clínicas. Por otra parte, las isapres han conservado constante, en valores reales, el gasto medio por afiliado en los últimos años. Si bien no hay evidencia de que ello se haya hecho en desmedro de la calidad o cantidad de atención a los beneficiarios, está a la vista que las isapres han logrado reducir el número de intervenciones quirúrgicas por beneficiario. Este ahorro en cirugía podría estar ayudando a compensar posibles mayores gastos en procedimientos diagnósticos y de apoyo clínico. Tampoco ha sido posible estudiar la evolución del gasto de bolsillo de los beneficiarios de isapres en prestaciones médicas. Un mayor gasto de bolsillo de los mismos se correspondería con un aumento de precios en el mercado y una estrategia de las isapres orientada a limitar sus reembolsos a proveedores mediante sus aranceles internos.

En definitiva, la información disponible para los autores no permite aseverar que existe una explosión de costos en el sector salud provocada por la forma de operar de las isapres. Pero existen razones para presumir que ello podría ser el caso. Estudiar la evolución de los precios de las prestaciones en el mercado de la salud es prioritario, como lo es también evaluar las relaciones contractuales entre las isapres y los proveedores, las implicaciones de las mismas sobre la eficiencia del mercado de la salud, y las razones por las cuales las isapres, a diferencia de las sociedades de seguro médico (HMO) americanas, no han adoptado esquemas de integración de las funciones de provisión y aseguramiento.

11. MOVILIDAD Y EFICIENCIA EN EL MERCADO DE LAS ISAPRES

La movilidad en el mercado de las isapres —que la nueva ley establece para los afiliados— es un arma de doble filo, que favorece la competencia entre las isapres pero que también promueve la ineficiencia del sistema. La nueva ley le atribuye un carácter permanente al contrato de salud en lo que respecta a la isapre. Ello busca proteger al afiliado, impidiendo que la isapre pueda caducar el contrato arbitrariamente. Por otro lado, la ley le permite al asegurado desafiarse de la isapre luego de completado el primer año con ella. La movilidad que la ley le otorga al afiliado genera incentivos que hacen que la isapre enfrente una presión competitiva permanente, a contar del primer año, lo que la lleva a mantener o mejorar sus beneficios, o a disminuir sus precios, para así conservar a sus afiliados. Este es un efecto positivo de la nueva ley.

La facultad de cambiarse de isapres también tiene consecuencias negativas sobre la eficiencia, puesto que al encarar el riesgo permanente de perder a sus beneficiarios, las isapres cuentan con pocos incentivos para invertir en la salud de sus asegurados. En efecto, por lo general las isapres abiertas no poseen programas de salud preventiva, como por ejemplo los controles preventivos anuales y la promoción de hábitos saludables. Por lo demás, en la mayoría sino en todas las isapres abiertas, se observan bajas tasas de utilización de los controles preventivos anuales que la ley establece como un derecho de los beneficiarios.

La isapre Consalud parece ser una excepción a esta regla, por cuanto estaría desarrollando estrategias para conservar a sus beneficiarios en el largo plazo mediante incentivos económicos, invirtiendo en su salud a través del tiempo. La falta de iniciativas en este ámbito puede responder al hecho de que el mercado de las isapres aún es inmaduro y está en evolución. Desde luego, la ley de isapres ha seguido evolucionando hasta hace poco tiempo. Es de esperar, por lo tanto, que al igual que Consalud las otras isapres también generen soluciones tendientes a retener a sus afiliados a través del tiempo, con ganancias de eficiencia para ambas partes.

La escasez de soluciones espontáneas, lleva también a cuestionar las virtudes de la ley de isapres en esta materia, y la necesidad de introducir nuevos cambios que promuevan una mayor permanencia de afiliados.

12. CONTINUIDAD DE LA COBERTURA EN LA TERCERA EDAD

Uno de los temas más discutidos en el ámbito de las isapres, ha sido la continuidad y magnitud de la cobertura que estas otorgan frente al envejecimiento de sus afiliados y la ocurrencia de enfermedades catastróficas de los mismos. En el caso del envejecimiento, o "problema de la tercera edad", la Superintendencia de isapres encargó un estudio sobre la materia a la Universidad de Chile. Dicho estudio estuvo motivado por los siguientes hechos: 1) al envejecer las personas su estado de salud se deteriora, aumentando su consumo y gasto médico; 2) al cumplir los 65 años de edad los cotizantes hombres jubilan, por lo que típicamente dejan de percibir un sueldo y comienzan a percibir una jubilación, generalmente inferior al mismo; 3) al jubilar, las personas dejan de percibir el subsidio público a la afiliación en isapres; y 4) al cumplir los 65 años, las isapres aumentan sustancialmente y en forma discontinua las primas a las personas, a veces en porcentajes que exceden el 50%. Estos cuatro factores combinados dificultan la permanencia de las personas de la tercera edad en las isapres.

El estudio de la Universidad de Chile exploró la factibilidad financiera de permanencia de las personas de la tercera edad en las isapres. Bajo ciertos supuestos, tendrían problemas en permanecer en las isapres las personas jóvenes, con menores ingresos y menores niveles de educación. El estudio demostró que la posibilidad de permanencia en isapres de las personas de la tercera edad depende en parte de las altas rentabilidades históricas de las AFP, las cuales muy difícilmente se reproducirán en el futuro. Además, la proyección de un nivel de rentabilidad real anual promedio de un 5% o 6% de los fondos de las AFP en las próximas décadas, es cuestionable. Para terminar, el estudio se concentró en proyectar a través de las décadas venideras la posibilidad de permanencia de quienes hoy están en isapres y no entran aún en la tercera edad. Los supuestos tras las proyecciones y la sensibilidad de las mismas frente a cambios en los principales parámetros del ejercicio, sugieren que los resultados del estudio, si bien importantes y sólidos, debieran ser ponderados con cautela.

Un análisis complementario al de la Universidad de Chile, pero inviable actualmente debido a limitaciones de las bases de datos disponibles,

pasaría por estudiar empíricamente qué está sucediendo con los actuales afiliados a isapres que entran a la tercera edad y que envejecen. ¿Cuántos de ellos permanecen en las isapres? ¿Cuántos lo hacen enfrentando gastos por concepto de afiliación y pagos médicos no reembolsables que superan el 30% de su ingreso?³⁹ ¿Cuántos se retiran del sistema de isapres, y retornan al FONASA, y cuáles son las principales causas de dicho cambio? La respuesta a estas preguntas, con datos reales de las isapres, permitirá arrojar luz sobre el debate.

En resumen, aclarar el papel de las isapres en el financiamiento de la salud en la tercera edad es una prioridad, considerando el actual envejecimiento de la población chilena. Se han propuesto diversas soluciones al problema y el mercado pareciera estar innovando en esta materia, pero las soluciones parecen ser pocas y en algunos casos insuficientes. Los esfuerzos analíticos públicos a la fecha han sido pocos, pero válidos. No obstante falta analizar información empírica sobre el destino de los actuales beneficiarios de isapres que entran en la tercera edad o que ya están en ella. Avanzar en la generación de posibles soluciones, incluyendo nuevos cambios a la ley de isapres, el otorgamiento de subsidios públicos a la afiliación en isapres de personas de la tercera edad, y otras opciones, son hoy temas prioritarios.

13. NATURALEZA Y CONTINUIDAD DE LA COBERTURA PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Un tema relevante en el debate sobre las isapres ha sido la cobertura que ellas otorgan para las enfermedades catastróficas, y la capacidad de las personas que experimentan dichos problemas para permanecer en el sistema de isapres. Un estudio de la Pontificia Universidad Católica, también encargado por la Superintendencia de isapres, abordó este tema. Concluyó que las catástrofes afectan a un porcentaje bajo de beneficiarios, y que en muchos casos ello sucede por una mala selección de proveedor, en el sentido de escoger a uno con baja cobertura financiera por parte de la isapre.

39. El estudio de la Universidad de Chile estableció que existía un problema de financiamiento en la tercera edad si el afiliado debía incurrir en gastos médicos que reducían su ingreso en más de un 30%, al llegar a esa etapa de la vida.

Dicho estudio propone un atractivo esquema de seguros de corto plazo que permitirían financiar los gastos catastróficos, y además financiar el mayor costo actuarial futuro de quienes sufren de problemas catastróficos de salud. Esto último le otorgaría mayor movilidad en el mercado de isapres a quienes experimentan problemas catastróficos. La solución propuesta sería una alternativa al actual sistema de exclusión de preexistencias médicas que contempla la ley.

14. *EL REASEGURO IMPLÍCITO DEL FONASA Y
SUS CONSECUENCIAS SOBRE EL
SISTEMA DE ISAPRES*

Uno de los principales problemas del sistema de salud chileno es la existencia de dos tipos de seguros, el público y el privado, que operan con lógicas distintas. Por una parte, el FONASA es en la práctica una suerte de seguro implícito para todos los chilenos y opera según un esquema de reparto de riesgo y de ingreso. Por otra parte, las isapres son seguros privados con repartición de riesgo entre sanos y enfermos, pero, en principio, sin redistribución de ingreso.

Algunos de los incentivos que genera este sistema mixto son perversos. Por ejemplo, las personas jóvenes y sanas con capacidad de pago escogen a las isapres por proveer estas mejor cobertura y beneficios que el FONASA para las atenciones ambulatorias. La existencia del FONASA como seguro de último recurso quita gran parte del incentivo de las personas a contribuir con mayores recursos a las isapres para protegerse de eventos catastróficos y de los mayores gastos de la tercera edad. Las isapres, a su vez, tienen libertad para aumentar sus primas prácticamente sin restricciones.⁴⁰

La autoridad dispone de numerosos estudios y recomendaciones que le permitirían continuar perfeccionando el marco regulatorio del sistema de isapres. Sin embargo, su mayor desafío es lograr limar la fricción generada en el sector salud por el funcionamiento de dos sistemas distintos de salud —uno público y otro privado— que operan en base a lógicas diferentes, y que por ello resultan en pérdidas de equidad y eficiencia.

40. Siempre y cuando el aumento sea para un plan de salud y todos sus beneficiarios, y no solo para un individuo.

BIBLIOGRAFÍA

- ADIMARK (1996), "Presentación del estudio 'Imagen de los sistemas de salud'", realizado para la Asociación de Isapres, A.G., Santiago de Chile.
- (1995), "Estudio ISAPRE", realizado para la Superintendencia de Isapres, Santiago de Chile.
- Araíz, Sonia y Germán Puentes (1992), "Algunos indicadores de la situación de salud", *Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza*, Santiago de Chile, Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN).
- Asociación de Isapres, A.G. (1996), *Informe anual, 1996*, Santiago de Chile.
- (1995), *Informe anual, 1994*, Santiago de Chile.
- (1994), "Análisis de los subsidios que eventualmente afectan al sistema ISAPRE", Santiago de Chile.
- (1993), "Presentación de la memoria anual 1994 y resultados del sistema al primer semestre de 1993", Santiago de Chile.
- (1990), "Desarrollo del sistema de salud previsional en Chile", Santiago de Chile.
- Banco Mundial (1995), "Chile. The Adult Health Policy Change", Serie de estudios del Banco Mundial sobre países, Washington, D.C.
- (1993), *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial, 1993*, Washington, D.C.
- Bitrán, R. (1996), "Public Hospitals in Chile: Prospects for Autonomy", Bitrán y Asociados, documento preparado para el Banco Mundial, Washington, D.C.
- Bitrán, R. y otros (1996), Estudio "Equidad en el financiamiento del seguro público de salud", vols. 1-3, documento preparado para el Ministerio de Salud Pública y el Fondo Nacional de Salud por el Programa de Gestión y Economía de Sistemas de Salud de la Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile (GESS), Bitrán y Asociados y Sistemas Integrales, Santiago de Chile.
- Caviedes, R. (s/f), "Desarrollo del sistema privado de salud, ISAPRE", *Administración en salud*, N° 17, Santiago de Chile.
- CEP (Centro de Estudios Públicos) (1995), "Estudio nacional de opinión pública", N° 1, tercera serie, Santiago de Chile, noviembre-diciembre de 1994.
- (1993), Estudio social y de opinión pública, N° 20, Santiago de Chile, julio.
- CIEDESS (Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social) (1992), "Atención por el sistema ISAPRE del adulto mayor que se acoge a jubilación", trabajo de investigación preparado para la Asociación Gremial de Isapres, Santiago de Chile, abril.

- Díaz, C. y otros (1995), "Cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema ISAPRE", Santiago de Chile, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, diciembre.
- Fisher, R., A. Mizala y P. Romaguera (1995), "Proyecto 'Alternativas de Solución para el Financiamiento de la Salud en la Tercera Edad en el Sistema ISAPRE'", documento preparado para la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Santiago de Chile, diciembre.
- Fisher, R. y P. Romaguera (1995), "Análisis del rol de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional", serie Documentos de trabajo, Santiago de Chile, Departamento de Ingeniería Industrial, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Universidad de Chile.
- FONASA (Fondo Nacional de Salud) (1996), "Boletín estadístico FONASA 1994-1995", Santiago de Chile.
- (1995), "Boletín estadístico FONASA 1993-1994", Santiago de Chile.
- ILADES (Instituto Latinoamericano de Doctrinas y Estudios Sociales)/Georgetown University (1993), "Análisis costo efectividad de programas de atención primaria y estudio de esquemas de financiamiento", Santiago de Chile.
- INE/CELADE (Instituto Nacional de Estadísticas/Centro Latinoamericano de Demografía) (1995), Chile. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. Total país: 1950-2050 (LC/DEM/R.217), serie OI, N° 97, Santiago de Chile.
- Instituto Libertad y Desarrollo (1994), "¿Subsidio estatal a las ISAPRES?", N° 34, Santiago de Chile.
- Jara, O. y C. Vergara (1996), "Estudio subsidio del 2% de la cotización adicional de la Ley 18.556", documento preparado para el Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile.
- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación) (1996a), *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional, CASEN 1994. Módulo salud*, Santiago de Chile, División de Planificación, Estudios e Inversión, Departamento de Planificación y Estudios Sociales.
- (1996b), *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional, CASEN 1992. Módulo salud*, Santiago de Chile, División de Planificación, Estudios e Inversión, Departamento de Planificación y Estudios Sociales.
- (1992), *Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza CASEN 1990*, Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud Pública (1995), "Situación de la salud en Chile 1994", Santiago de Chile.
- (1994), "Balance del sector público de salud 1993", Santiago de Chile.
- Musgrove, P. (1996), "Measurements of equity in health", *World Health Statistics Quarterly*, N° 29.

- Phelps, C. (1992), *Health Economics*, Nueva York , Harper Collins Publishers Inc.
- Sánchez, H. e Y. Cerón (s/f), "Principales aspectos del sistema de salud chileno".
- Sistemas Integrales (1992), "La salud en Chile, 1992. Informe nacional del diagnóstico de salud", Programa MINSAL/BID, serie Herramientas de trabajo, Santiago de Chile, Ministerio de Salud Pública.
- Solimano, G., A. Tellez y M. Vergara (1993), *Propuestas para el rediseño del sistema de salud: cuatro temas básicos*, Santiago de Chile, Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS).
- Superintendencia de instituciones de salud previsual (1996a), "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1995", Santiago de Chile.
- (1996b), "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1995", Santiago de Chile.
- (1996c), "Texto actualizado de la Ley N° 18.933", Santiago de Chile.
- (1995a), "Boletín estadístico. Período enero-diciembre 1994", Santiago de Chile.
- (1995b), "Serie estadística sistema ISAPRE, 1981-1994", Santiago de Chile.
- (1995c), "Comportamiento de las licencias por enfermedad común o curativa en sistema de ISAPRE abiertas", Serie de estudios técnicos, Departamento de Estudios, Santiago de Chile.
- (1995d), "Desarrollo del sistema ISAPRE, 1990-1994", Santiago de Chile.
- (1995e), "Sistema de salud previsual en Chile", Santiago de Chile.
- (1995f), "Sistema previsual de salud chileno. Comparación FONASA-ISAPRE", Santiago de Chile.
- (1994a), "Boletín estadístico trimestral del sistema ISAPRE. Año 1993", Santiago de Chile.
- (1994b), "Fortalezas y debilidades del sistema ISAPRE", Santiago de Chile.
- (1994c), "Evaluación de resultados sistema ISAPRE, año 1993", serie Informes de coyuntura, Santiago de Chile, Departamento de Estudios.
- (1994d), "Tratamiento del sistema ISAPRE para beneficiarios que padecen enfermedades catastróficas", P. Zambrano y G. Sanhueza, Departamento de Estudios, documento interno, Santiago de Chile.
- (1993a), "Boletín estadístico del sistema ISAPRE, año 1992", Santiago de Chile.
- (1993b), "El sistema de Instituciones de Salud Previsual. Evolución y comportamiento: 1990-1992", Santiago de Chile.
- (1992a), "Boletín estadístico del sistema ISAPRE, año 1991", Santiago de Chile.
- (1992b), "El sector privado en el sistema de salud chileno", Santiago de Chile.
- (1991), "Boletín estadístico del sistema ISAPRE, año 1990", Santiago de Chile.

- (s/f), "Series estadísticas sistema ISAPRE, 1981-1994", Santiago de Chile.
- Ramírez, R. (1992), "Prestaciones de salud", *Administración en salud*, N° 17.
- Revista Salud en Cifras (1991), "Estadísticas del sistema Isapres", *Administración en salud*, N° 15.

LA COMPETENCIA ADMINISTRADA Y REFORMAS PARA EL SECTOR SALUD DE CHILE

Cristián Aedo

I. INTRODUCCIÓN

Chile ha conseguido en las últimas décadas indicadores globales de salud, esperanza de vida al nacer y mortalidad general, superiores a los estimados de acuerdo al nivel de desarrollo económico del país. Sin embargo, la última década presenta una estabilización de los indicadores de salud materno-infantiles y no muestra mejorías en los grandes problemas de salud del adulto: enfermedades crónicas, cánceres, traumatismos y salud mental.

La satisfacción de la población en materia de atención de salud no es alta. Una encuesta reciente del Centro de Estudios Públicos (CEP) reveló que el 43.7% de los beneficiarios del sistema de seguros privados (ISAPRES) y el 51.9% de los beneficiarios del sistema de seguro público (FONASA) se sienten insatisfechos.

El sector público de salud, que atiende a más de un 70% de la población del país, enfrenta una serie de problemas de recursos y gestión, expresados en que no puede garantizar la atención de salud sino tan solo la probabilidad de recibirla. Las colas de espera, los rechazos y la insuficiencia de remedios, generan una insatisfacción creciente en los usuarios del sector. Además, se espera un crecimiento en la demanda por atención de salud proveniente del incremento en el ingreso per cápita, del aumento en el nivel de educación promedio de la población, y del proceso de transición demográfica que el país está experimentando en la actualidad. Este último elemento, que implica un envejecimiento paulatino de la población, será un problema que afectará en mayor medida al

sector público debido al alto porcentaje de la población adulto mayor que son beneficiarios del mismo.

Por su parte, el sector Isapres es percibido como un sistema que permite el acceso a buenos servicios de salud, pero cuyo funcionamiento no es del todo transparente o equitativo, además de no ofrecer una alternativa clara de solución a los problemas de la población adulto mayor y los enfermos crónicos.

Frente a este escenario se hace necesario discutir alternativas de reforma al sector salud en Chile, las cuales incluyan un conjunto de medidas que promuevan la eficiencia en la provisión de servicios de salud en el sistema público a través de subsidios a la demanda; que busquen mejorar la equidad del sistema mediante la incorporación en forma más completa de las enfermedades catastróficas en los seguros ofrecidos y expandiendo la cobertura al adulto mayor; que persigan contener costos a través de mecanismos de pago per cápita o asociados a diagnósticos; que logren una mayor complementación entre los seguros privados y públicos para evitar duplicaciones y compatibilizar el uso de la infraestructura clínica. Los anteriores planteamientos persiguen uno o más de los siguientes objetivos: que el sector consuma una proporción adecuada y sostenible del PGB (eficiencia macroeconómica), que la calidad de la atención de salud y satisfacción de los consumidores sea maximizada al menor costo (eficiencia microeconómica), que la gente participe en el financiamiento de los planes en relación a su ingreso y no a sus riesgos de salud (equidad en el financiamiento) y finalmente, que la gente acceda a la atención de acuerdo a su necesidad y no a su ingreso (equidad en el acceso).

El presente artículo, además de plantear que se requiere diseñar una reforma integral para el sector salud del país, pretende aportar a esta discusión destacando especialmente ciertos aspectos que, desde el punto de vista económico, afectan su estructura. Es importante destacar que no se pretende ofrecer una solución integral a todos los problemas que adolece el sistema de salud chileno, sino más bien analizar algunas materias que deben estar presentes en esta discusión.

Se identifica a las opciones colectivas como una forma que, debido a sus múltiples ventajas, debiera predominar en el mercado de seguros de salud y se discuten maneras de incorporarla dentro de un modelo global de funcionamiento del sector. En particular, se analiza la competencia administrada ("Managed Competition"), mecanismo que ha sido

propuesto en la literatura (Enthoven, 1988 y Diamond, 1992) y que ha sido adoptado en la propuesta de reforma al sistema de salud de Estados Unidos del Presidente Clinton, y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de reciente aplicación en Colombia (Ley 100 de 1993). La competencia administrada introduce elementos que deben estar presentes en la discusión de una eventual reforma para el sector salud chileno.

En su estructura, este trabajo cuenta con una descripción breve del sector salud y una evaluación de los principales problemas que lo afectan; presenta los principales aspectos de la competencia administrada y su posible aplicación al caso de Chile; considera el tema de la canasta básica de salud como uno de sus componentes importantes y, finalmente, analiza mecanismos de transferencia financiera y de participación en el costo.

II. LA SALUD EN CHILE

1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud chileno es un sistema mixto, con participación de los sectores público y privado en materia de seguros, financiamiento y entrega de los servicios de salud. El sector público es liderado por el Ministerio de Salud Pública, quien tiene por tarea el diseño de políticas y programas; la coordinación de las entidades del área; y la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud. La base productiva del sistema de salud público está conformada por 26 servicios de salud autónomos. De éstos depende la infraestructura hospitalaria pública del país, compuesta por 188 hospitales de distinto nivel de complejidad a cargo de las prestaciones de salud secundaria y terciaria: prestaciones médicas de especialidad, de urgencia, odontológicas, exámenes de laboratorio, exámenes de imagenología, intervenciones quirúrgicas, atenciones de parto y días de hospitalización. Por otra parte, la atención de salud primaria está a cargo de los centros de atención primaria, conformados por 329 consultorios y 996 postas. La gran mayoría de estos establecimientos son administrados por las municipalidades de las comunas respectivas. Los consultorios de atención primaria tienen a su cargo la atención de salud del recién nacido hasta niños de 14 años, la consulta

por morbilidad y el control de salud del adulto y del adolescente, el control del embarazo y la planificación familiar.

La principal institución financiera del sector público de salud es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), un servicio descentralizado responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del área.

El sistema de salud privado está conformado por compañías aseguradoras de salud, llamadas instituciones de salud previsional (Isapres), y por productores de salud particulares. La Superintendencia de Isapres es un organismo público descentralizado que se responsabiliza del registro y fiscalización de estas instituciones.

Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar un 7% de sus ingresos al sistema de salud. Este pago puede ser realizado a FONASA, en cuyo caso la persona es beneficiaria del sistema público, o puede tener como destino una Isapre, formando parte del sistema de salud privado. La afiliación a una Isapre requiere de una prima determinada por la institución, la cual puede exigir una contribución superior al 7% del ingreso.

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

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

La modalidad institucional requiere un copago que varía con el nivel de ingreso de la persona, estando exentas de éste las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo, mientras que la población restante paga un 25% o un 50% del valor de las prestaciones valoradas de acuerdo al arancel FONASA Nivel 1. El servicio de salud y FONASA tienen convenido este arancel para valorizar las prestaciones. La atención en los centros de atención primaria no requiere de copago.

La modalidad de libre elección requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud (Niveles 1, 2 y 3). Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de la modalidad de libre elección.

Por su parte, las personas cotizantes del sistema Isapres acuden a oferentes de salud privado y realizan un copago dependiente del contrato adquirido. Este varía con el nivel de la cotización, el número de dependientes y su edad, la cobertura de los beneficios, etc.

En el año 1995 el gasto del sector público en salud, como porcentaje del PIB, representó un 2.5%, mientras que el del sector privado un 1.6%. En 1995 el sector público atendía alrededor del 64% de la población total, mientras que el sistema Isapres cubría un 28% de la misma, con una marcada concentración en los quintiles de ingresos superiores. El 8% restante incluye a beneficiarios de las fuerzas armadas y de orden, y particulares no adscritos al régimen único de prestaciones de salud. Sin embargo, parte de este último grupo debe ser asociado al sistema público puesto que, en caso de necesidad, terminan asistiendo a establecimientos públicos.

El sector público de salud se financia principalmente a través de dos grandes fuentes de ingreso: las cotizaciones de los afiliados a FONASA y el aporte fiscal directo. Una fuente menor de financiamiento la constituye el copago para acceder a la modalidad de libre elección y a las prestaciones institucionales.

Respecto del flujo de recursos, FONASA recibe los recursos fiscales y de las familias para traspasarlos a los servicios de salud y a los oferentes privados adscritos al sistema de libre elección. Los servicios de salud traspasan a su vez los fondos a los hospitales públicos, a los centros de atención primaria, y a subsidios diversos.

Los hospitales obtenían su financiamiento a través de dos ítem principales: sueldos y salarios, y por la vía de Facturación de Atenciones Prestadas (FAP). Este último ítem era un mecanismo que retribuía los costos de insumos de cada una de las atenciones pagables por el Ministerio de Salud Pública, contenidas en un arancel emanado de FONASA. En la actualidad el sistema FAP está siendo reemplazado por uno de financiamiento basado en presupuestos prospectivos negociados, los que se originan a partir de compromisos de gestión entre los servicios y el Ministerio de Salud. En éstos, los servicios se comprometen a realizar ciertas actividades y obtener ciertos resultados mientras que el Ministerio adelanta los recursos financieros para su realización.

Se incorpora el uso de pagos relacionados a resultados a través de un esquema de Pago Asociado a Diagnósticos (PAD). En éste, FONASA retribuye los bienes y servicios de consumo utilizados por los hospitales

de los servicios de salud de acuerdo a diagnósticos resueltos. Debido a dificultades metodológicas para ampliar este mecanismo de pago a todos los diagnósticos, el mecanismo PAD coexistirá en el corto y mediano plazo con un mecanismo "FAP corregido" denominado Pago Prospectivo de Prestaciones (PPP).

En lo relativo a mecanismos de financiamiento de la atención primaria, éstos recibían el total del aporte sectorial —para insumos y salarios— de acuerdo al mecanismo de Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipales (FAPEM), complementando las municipalidades ese aporte con recursos propios. A partir de 1994 se ha procedido a la implementación gradual de un sistema de asignación de recursos para la atención municipalizada de salud, basado en la aplicación de un pago per cápita por población adscrita. Este último concepto se corresponde con el de "manejo de poblaciones".

En relación al sistema Isapres, el afiliado accede a un plan de salud el cual depende del monto de su cotización y del número, edad y sexo de sus beneficiarios. El afiliado puede cotizar un porcentaje mayor al mínimo legal del 7% con el fin de acceder a un plan con mayores beneficios. Las Isapres bonifican un porcentaje de las prestaciones médicas de los beneficiarios, dependiendo del plan de salud del afiliado y del tipo de prestación, el cual en algunos casos puede ser de un 100%. Los beneficiarios del sistema pueden elegir libremente a los prestadores. Sólo recientemente se han comenzado a introducir en el mercado planes similares a los Health Maintenance Organizations (HMO) de los Estados Unidos, con el objeto de controlar costos. Se espera que en el mediano plazo aumente la importancia de este tipo de programas, en la medida que los cotizantes transen parte de su libertad de elección a nivel de prestadores, aunque la mantengan a nivel de aseguradoras (Isapres), a cambio de menores primas y gastos en salud.

Las Isapres tienen sólo un rol asegurador, financiando prestaciones de salud las que son otorgadas por clínicas, doctores y laboratorios independientes. Algunas Isapres se han integrado verticalmente, comprando clínicas y empleando directamente a profesionales de salud, mientras que otras han mantenido su área de negocios en el campo asegurador y no se han integrado. Por último, existen casos de clínicas privadas que han organizado Isapres (integración "hacia arriba").

En el sistema Isapres la forma de pago de las prestaciones médicas consiste casi en su totalidad en pago por servicios ("fee for service"), en

el cual se remunera la totalidad de las prestaciones médicas entregadas a un valor convenido entre el prestador y la Isapres. Este hecho, unido a que los pacientes sólo cancelan el copago por las prestaciones, hace que los prestadores de servicios de salud encuentren pocos incentivos para reducir tanto el número de las prestaciones otorgadas como el costo de las mismas.

2. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Cualquier evaluación del sector salud en Chile debe reconocer el hecho de que el país presenta excelentes resultados a nivel de los indicadores clásicos de salud. Los niveles de mortalidad infantil y esperanza de vida *corresponden a los países desarrollados*. Así, el sistema de salud ha mostrado una alta efectividad debido a una apropiada política de focalización que enfatiza la salud preventiva; de equipos humanos de buen nivel técnico y de una adecuada salud ambiental y nivel educacional de la población.

La población de ingresos altos y medios-altos, adscrita al sistema privado, cuenta con acceso a tecnología moderna, cómoda hotelería y atención expedita. En cambio, la mayoría de la población que accede al sector público enfrenta una situación de deteriorada infraestructura, rechazos en la atención, largas colas de espera, insuficiencias de farmacia y un trato, en general, inadecuado. Las deficiencias del sistema público, en particular las derivadas del deterioro de la infraestructura hospitalaria, de la obsolescencia de los equipos y bajas remuneraciones del personal, se originan en parte en la significativa caída del aporte fiscal al sector en la década de los 80.

Es importante mencionar que a partir del año 1990 se produce un aumento considerable en el gasto público en salud en términos reales. Sin embargo, este incremento de los recursos no ha mejorado la calidad de la atención ni ha hecho disminuir el grado de insatisfacción en la atención recibida por sus usuarios. Si bien el agudo problema de deterioro de los hospitales que existía en el año 1990 requería de un fuerte volumen de recursos para su solución, los nuevos aportes no incentivaron una mayor productividad y mejor calidad de la atención por cuanto no se solucionaron los graves problemas de ineficiencia en la administración de los recursos.

En la actualidad existen en el sector salud numerosas anomalías que requieren de análisis y discusión en profundidad para adoptar líneas de acción que permitan un mejoramiento de la situación de salud de los chilenos. A continuación se presenta una descripción de las principales dolencias que afectan al sector salud en Chile.

a) Imperfecciones en el mercado de seguros de salud

En la actualidad, en el mercado de los aseguradores de salud coexisten un sistema redistributivo FONASA y un sistema Isapres formado por instituciones con fines de lucro y otras sin fines de lucro.

El esquema redistributivo de FONASA radica en cobrar una prima creciente según ingreso (7% del ingreso imponible) y otorgar bonificaciones en la atención institucional que varían inversamente con el nivel de ingreso. Este esquema, aparte de desincentivar la declaración de rentas reales, hace que las personas de mayores ingresos o de menores gastos en salud dentro del sistema público, aporten financieramente al cuidado de salud de los "menos afortunados" tanto en términos de ingresos como de peor salud. Se considera que esta ayuda tiene la característica de ser "implícita" al sistema más que "explícita", en el sentido de que aquellos que financian de manera cruzada la atención de salud de otros no perciben esta situación, lo cual introduce un serio cuestionamiento sobre la justicia del esquema.

Por otra parte, la mayoría de las Isapres abiertas presentan programas de salud cuya calidad —en términos de cobertura, menores copagos y mayores montos límites a los gastos— aumenta en función directa con el monto de la prima. Así, es un sistema que se basa en una racionalidad individual en lugar de una racionalidad redistributiva.

Esto introduce algunos problemas. En primer lugar, FONASA utiliza su estructura de precios y beneficios para realizar una redistribución de ingresos a través del sector salud, lo que origina una serie de preguntas: ¿Es ésta una manera eficiente de lograr esa redistribución? ¿Es justo usar este mecanismo de redistribución cuando las personas más acomodadas no se hallan, en general, en este sector y, por lo tanto, están libres de su efecto?

Se estima que ésta no es una manera eficiente de lograr la redistribución, prueba de ello es la importante migración observada de beneficiarios

de FONASA hacia el sector Isapres; migración que se concentra entre los más acomodados dentro de FONASA. Se genera un problema financiero al sistema público que se resuelve a través de un mayor aporte fiscal al sector. Esto, sin embargo, hace cuestionarse la estabilidad y viabilidad financiera de largo plazo de un FONASA redistributivo.

En el caso de un mercado de seguros de salud en el cual coexisten una lógica redistributiva (FONASA) y una racionalidad individual (Isapres), es deseable limitar el sistema tributario a la recaudación de recursos para fines redistributivos. En caso contrario, se tiende a provocar distorsiones innecesarias en la asignación de recursos al interior del sector salud. El problema no es de redistribución en sí mismo, sino de redistribución en presencia de un mercado con instituciones con objetivos distintos.

En segundo lugar, el sector FONASA no rechaza a los individuos de mayor riesgo, tales como adultos mayores y enfermos crónicos. Es así como FONASA aparece como un asegurador implícito de riesgos catastróficos y crónicos. Se estima que el sector Isapres, que sólo cubre un subconjunto de los riesgos de salud, no sería viable sin un FONASA que actúe como asegurador último de riesgos catastróficos y crónicos.

Se estima que esta función social de FONASA, si es deseada por la sociedad, debiera ser explícitamente reconocida y, en consecuencia, debidamente compensada.

Es importante recalcar que muchas de las críticas que recibe el sector Isapres se deben a las distorsiones que FONASA introduce en el mercado de seguros de salud. En otras palabras, no es que el sistema Isapres sea deficiente en sí mismo sino que parece serlo frente a un sistema redistributivo que actúa como asegurador último de riesgos catastróficos y crónicos. De este modo, se considera fundamental para la viabilidad de largo plazo del sistema Isapres eliminar estas distorsiones introducidas por el sistema FONASA.

Finalmente, es necesario cuestionarse si se desea tener un mercado de seguros de salud en el cual coexistan instituciones con objetivos diferentes (FONASA e Isapres).

b) Incremento de costos

Existen varios factores que se espera tengan un impacto importante sobre los costos de operación tanto del sector público como del sector Isapres. Entre ellos se encuentran los avances tecnológicos en medicina que será necesario incorporar para mejorar la calidad de la atención de salud de la población, y el envejecimiento paulatino de la población beneficiaria debido al cambio demográfico antes mencionado. Factores adicionales que conducen hacia un incremento en los costos son: 1) el aumento de la cobertura de los seguros de salud (FONASA e Isapres) en la población, los que presentan un elemento de financiamiento compartido entre los individuos y las aseguradoras, provoca un aumento en la demanda por prestaciones de salud; 2) los aumentos en el ingreso per cápita de la población que generan un incremento más que proporcional en el gasto en salud; 3) mecanismos de pago por servicios médicos que generan distintos incentivos para ahorrar o sobreutilizar los servicios clínicos e insumos; 4) cambios tecnológicos que crean "expectación" en los usuarios, quienes exigen el uso de tratamientos de avanzada aun cuando su efectividad sea baja; y 5) cambios tecnológicos que introducen equipos de última generación que requieren de personal especializado y de mayor costo para su manejo.

c) Opciones individuales en el sistema Isapres

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

Este desarrollo de tales opciones es muy importante y debe ser realzado por cuanto el surgimiento de estos planes colectivos en el

mercado de seguros de salud ha sido el libre fruto de la iniciativa privada.

Se estima que la opción colectiva es más eficiente que la opción individual, ya que esta última adolece de los siguientes defectos:

- i) Es una opción que requiere que cada cotizante maneje una cantidad completa (y compleja) de información sobre los diversos planes, con sus respectivos aranceles, beneficios, copagos y topes, que ofrecen tanto la Isapre a que está afiliado como las otras Isapres que él considera como alternativas factibles. A la vez, requiere de un conocimiento sobre la efectividad de las prestaciones incluidas en sus respectivos planes. Esto genera un costo privado y social importante al no utilizarse economías de escala en la adquisición y manejo de la información. Estas economías de escala sí se logran a través de planes ofrecidos a grupos de individuos o a través de agencias especializadas en seleccionar los mejores seguros de salud para los individuos.
- ii) El problema se acentúa por lo complicado que resulta el sector para los individuos debido a la presencia de distintos aranceles de referencia para establecer los beneficios y copagos, falta de homogeneidad en los diversos beneficios, distintas exclusiones y carencias, cláusulas diferentes en los contratos, etc. Bajo esta perspectiva, y para el normal funcionamiento de un sistema competitivo, se hace necesario aumentar, homogeneizar y mejorar la información que recibe el cotizante. Es importante destacar que con esta crítica sólo se intenta resaltar la gravitación que sobre la eficiencia del sector tiene el buscar unidades de referencia comunes, que le permitan al consumidor comparar distintos programas de salud.
- iii) Los individuos aparecen sin poder de negociación frente a las Isapres en comparación con el que tienen cuando los contratos son establecidos para grupos, lo cual incide en los precios y beneficios obtenidos.
- iv) Al negociar de manera individual las Isapres pueden seleccionar los mejores riesgos. En otras palabras, éstas pueden hacer una selección de riesgos desincentivando la afiliación de individuos que presentan un alto riesgo o un gasto de salud previsible, tales como el adulto mayor y el enfermo crónico. Nótese que esto no se limita necesariamente a tales individuos, sino que puede hacerse extensivo

- a aquellos que presenten conductas consideradas "riesgosas", como por ejemplo, los fumadores.
- v) Asociado a lo anterior, se estima que el sistema Isapres no representa una solución para personas con perfil de gasto predecible, tales como los enfermos crónicos. Se reconoce que esas personas son de difícil tratamiento bajo un sistema Isapres, por cuanto rompen el esquema de un seguro cuya función es proteger contra eventos futuros inciertos. El sistema se protege a través de una discriminación implícita de ellos a través de períodos de espera, carencias y restricciones de cobertura.
 - vi) Existe un grupo de personas que dado el aumento estimado en la esperanza de vida será cada vez más relevante: el del adulto mayor. El aumento en los gastos en salud en esta etapa de la vida y la caída esperada en los ingresos posretiro de la fuerza de trabajo, hacen que el sector Isapres (con primas que reflejan costos) no represente una solución para este grupo de personas. Ello cuestiona la viabilidad de largo plazo del sistema Isapres al no ofrecer una solución de salud para toda la vida del afiliado.
 - vii) Es probable que el gasto de administración y ventas sea mayor al que existiría bajo una lógica colectiva de los planes, ya que no se estarían aprovechando las economías de escala aplicadas a un grupo que opera en forma colectiva, tanto para captar clientes como en el procesamiento de las solicitudes de reembolso.

Se estima que en el largo plazo la opción colectiva en seguros de salud debiera ser la forma predominante en este mercado, debido a las múltiples ventajas que ella representa por sobre la opción individual y, por tanto, tendría que ser incorporada a una posible reforma del sector salud. La situación actual en Chile en materia de seguros colectivos adolece de dos defectos que pueden ser corregidos: en primer lugar, la legislación que rige la relación entre las Isapres y sus afiliados establece que los contratos son individuales. Frente a este hecho, los afiliados a Isapres abiertas en planes colectivos deben efectuar un contrato individual. Esta situación provoca ciertas ineficiencias, como por ejemplo, para terminar un contrato colectivo se debe esperar a que cada uno de los individuos que forman parte de él cumplan con el plazo mínimo de duración de sus contratos individuales. En segundo lugar, la opción de seguros colectivos en su forma actual no representa una solución para

muchas personas: trabajadores en empresas sin planes colectivos; trabajadores del sector público; trabajadores independientes; desocupados; pasivos; personas fuera de la fuerza laboral; etc.

Se estima que la solución para el primer problema pasa por una reforma a la normativa que afecta la relación entre Isapres y afiliados, a objeto de reconocer y permitir explícitamente la opción colectiva en adición a la opción individual. El segundo problema puede ser solucionado a través de la adopción de un modelo de reforma del sector salud que incorpore las ideas de la competencia administrada.

III. LA COMPETENCIA ADMINISTRADA

1. ESTRUCTURA GENERAL DE LA COMPETENCIA ADMINISTRADA

La competencia administrada presenta un esquema de operación general del mercado de la salud, a través del cual se crean las condiciones necesarias e incentivos para que aseguradores y prestadores de servicios de salud compitan entre sí por satisfacer los requerimientos de los pacientes. Los elementos principales de este sistema están conformados por (Enthoven, 1988): i) cobertura universal; ii) consorcios para la compra de seguros de salud; iii) beneficios estandarizados; iv) fondo de ajuste de riesgo; v) incentivos adecuados para todos los agentes involucrados; y vi) libre elección de plan de salud por los consumidores basado en precio, calidad y servicio.

La *cobertura universal* es básica para garantizar el acceso a la atención de salud de todos los sectores de la población a cambio de una prima según el ingreso de las personas, garantizando servicios adecuados para las poblaciones de menores recursos y evitando problemas de selección adversa de riesgos por parte de las aseguradoras.

Los *consorcios para la compra de seguros de salud* se conforman para agrupar a un número importante de consumidores (socios) bajo una sola organización, con el objeto de negociar como grupo precios competitivos con las aseguradoras de salud. Los consorcios, quienes manejan la inscripción y recolección de primas, deben ser sin fines de lucro y pueden formarse a partir de empresas, ramas de actividad económica, agrupaciones voluntarias, entre otros.

Estos consorcios deben recolectar y difundir entre sus miembros información relativa a la calidad y servicio de las aseguradoras, de los prestadores asociados a dichas compañías de seguros y sobre la costo-efectividad de los procedimientos. Toda la información a las personas fluye a través de estos consorcios quienes la procesan y auditan.

Los *beneficios estandarizados o Plan Básico de Salud (PBS)* son considerados esenciales por dos razones principales: en primer lugar, beneficios diferentes hacen la selección de planes de salud más difícil para los consumidores. En segundo lugar, beneficios diferentes pueden derivar en selección de riesgos mediante el contenido del plan.

Un elemento central en la relación entre aseguradoras y consorcios bajo el entorno de la competencia administrada, es la obligatoriedad que tienen las primeras de entregar el PBS en las mismas condiciones, tanto en contenido como en precio, a todo miembro del consorcio de consumidores, independientemente de consideraciones de ingreso o de condiciones de salud.

Dado que las compañías de seguros deben aceptar a todas las personas que decidan comprar un seguro de salud, se requiere de la conformación de un *Fondo de Ajuste de Riesgo*. Este fondo es necesario para tratar en forma justa a las distintas compañías de seguros compensándolas, positiva o negativamente, por la mezcla de riesgo de la cartera de clientes con que termina finalmente una aseguradora.

El sistema utiliza fuertemente la *elección de las aseguradoras por parte de los consumidores*. De modo que, si una compañía de seguros ofrece un mal servicio, la persona puede optar por cambiarse de aseguradora. O si los prestadores entregan un mal servicio a las personas, la aseguradora puede intervenir para evitar que sus asegurados se cambien de compañía.

Es importante que la competencia entre las compañías de seguros se dé a nivel de calidad, de servicio y precio del PBS. Para ello se requiere un flujo amplio de información hacia las personas, tanto a nivel absoluto como comparativo, para facilitar su elección.

Las personas pueden pactar libremente con sus aseguradores beneficios adicionales al PBS, que pueden incluir entre otros mejoras en hotelería, libre elección de prestadores y un conjunto mayor de procedimientos clínicos.

Las oportunidades de negocio que enfrentan las aseguradoras son a nivel de aumento en las personas inscritas al fomentarse la universalidad; a nivel de venta de beneficios adicionales al PBS (hotelería,

procedimientos, tecnología); mejoras en eficiencia que permitan disminuir los costos de entrega del PBS, dadas las frecuencias y los costos de las prestaciones; el establecimiento de contratos de prestación de servicios a precios más bajos que los contenidos en la definición de la Unidad de Capitación del PBS; y la introducción de prácticas de promoción y prevención de salud que permitan disminuir las tasas de utilización de los servicios contenidos en el PBS.

El sistema introduce *incentivos* adecuados para todos los agentes involucrados: médicos, hospitales y compradores. En primer lugar, se establece un pago fijo a las compañías de seguros ajustado por riesgos objetivos relacionados con edad, sexo y ubicación geográfica, lo que evita la selección adversa de riesgos. En segundo lugar, las personas escogen sus aseguradoras basadas en información correcta y relevante provista por los consorcios. En tercer lugar, el uso de copagos a nivel del PBS hace que las personas sean más conscientes de los recursos médicos y clínicos que utilizan. En cuarto lugar, las aseguradoras tratan de tener sus costos bajo control manteniendo la calidad de los servicios, por cuanto ante cualquier deterioro las personas pueden elegir otra aseguradora que está obligada a recibirlo. En quinto lugar, las aseguradoras deben establecer contratos con prestadores que mantengan o promuevan la entrega de servicios costo-efectivos a objeto de mantener el precio del PBS.

Finalmente, el gobierno tiene diferentes roles en el funcionamiento del sistema:

- i) Es rol del gobierno definir y aplicar un marco regulatorio. El sistema requiere de obligaciones, las que deben ser impuestas por ley: por ejemplo, las compañías de seguros están obligadas a aceptar a todas las personas; las personas están obligadas a cotizar en un consorcio; y tercero, la cotización entregada debe estar en relación al ingreso de las personas.
- ii) El gobierno debe definir el contenido del PBS ya que, en primer lugar, este define lo mínimo que cada persona debe recibir y cada compañía aseguradora debe ofrecer. En segundo lugar, existen muchas opciones metodológicas y economías de escala en el diseño por lo que resulta socialmente eficiente que sea un agente, el gobierno, quien lo defina.
- iii) El gobierno debe asegurar la calidad de los servicios y preocuparse de que exista una competencia efectiva. Primeramente, debe asegurarse

de que los fondos de compensación efectúen los ajustes por riesgos objetivos a la Unidad de Capitación que entregan a las compañías de seguros. En segundo término, debe regular la competencia entre las aseguradoras y prestadores para evitar la formación de carteles y prevenir conductas anticompetencia. En tercer término, debe autorizar la operación de los diferentes agentes y comprobar que las compañías de seguros sean financieramente sólidas.

- iv) El gobierno debe mantener su responsabilidad por la promoción y financiamiento de programas de salud pública.
- v) Finalmente, el gobierno debe ayudar a las personas a través de subsidios focalizados y decrecientes en función del ingreso para que elijan sus compañías de seguros de salud.

Las ideas de la competencia administrada han sido aplicadas o propuestas en algunos países y constituyen experiencias interesantes de analizar en la discusión de posibles reformas estructurales del sector salud en Chile. En particular, en los modelos holandés (Schut, 1992) y estadounidense (Reinhardt, 1993) se crea un seguro de "segundo piso" encargado de recaudar las cotizaciones y contribuciones del Estado, realizar la solidaridad interna y transferir los recursos a las compañías de seguro de "primer piso".¹ La solidaridad se logra mediante el desembolso capitado desde el fondo central a las compañías aseguradoras por la entrega de un paquete de seguro básico. El desembolso capitado considera los elementos actuariales del grupo adscrito, es decir, edad, sexo y estado de salud inicial. A cualquier beneficio adicional al ofrecido por el paquete debe corresponderle una prima adicional. En América Latina, Colombia aplicó en el año 1993 una reforma global a su sistema de salud que acoge estas ideas y cuya experiencia es de interés analizar.

1. No debe confundirse solidaridad con redistribución de ingresos, por cuanto solidaridad implica compensar el sistema por diferencia de riesgo asociado con sexo, edad y región geográfica.

2. APLICACIÓN DE LAS IDEAS DE LA COMPETENCIA ADMINISTRADA:
EL CASO DE COLOMBIA²

El gobierno de Colombia se ha empeñado en un ambicioso plan de reforma del sector salud, con el objetivo de promover el acceso a la atención de salud de la totalidad de la población, independiente de su capacidad de pago, con una alta calidad y eficiencia en la prestación del servicio. Como ya señalamos, esta experiencia está siendo seguida de cerca como modelo a imitar por otros países de América Latina.

Con este objeto se aprobó en 1994 la ley 100, que provee una cobertura universal de salud a través de un plan de seguridad social obligatorio pagado por medio de una cotización mensual y subsidios del gobierno. Bajo este esquema todos los beneficiarios reciben un paquete básico de servicios previsto en un Plan de Salud. Las personas pertenecen a dos tipos de régimen según los ingresos del afiliado: el régimen contributivo (RC), que lo pueden pagar los trabajadores del sector formal o los trabajadores independientes más solventes, y el régimen subsidiado (RS), para la clase menos favorecida (población de bajos ingresos). Se estima que alrededor de un tercio de la población puede acogerse al régimen subsidiado mientras que los dos tercios restantes se afiliarán al régimen contributivo.

Los miembros del RC deben aportar el 11% de su salario para el financiamiento del sistema, aportando además un 1% para financiar la cobertura de los afiliados al RS; esto introduce un elemento de redistribución o solidaridad de la financiación. La cobertura del RS es financiada por los municipios, transferencias del nivel central y el 1% de los aportes de los afiliados al RC.

Se crean las entidades promotoras de salud (EPS), las que recaudan por cuenta del Estado o de un organismo de seguridad social, un precio único (valor fijo anual o Unidad de Pago por Capitación (UPC)) a cambio del cual ellas se comprometen a ofrecer un plan básico de salud.

La ley 100 contempla dos paquetes de servicios de salud: el Plan Obligatorio de Salud (POS) para la población del régimen contributivo, y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS) para la población

2. Referencias al caso de Colombia pueden ser encontradas en Restrepo (1997), Londoño (1996) y Jaramillo (1996).

subsidiada. Ambos contemplan servicios básicos de prevención y promoción de salud. El plan para la población contribuyente, más generoso que el plan para la población subsidiada, incluirá servicios curativos y de emergencia. Un aporte de tasa fija, deducible del salario, se asignará exclusivamente para la prevención y promoción de salud. El POSS es más limitado que el POS, especialmente en el componente hospitalario, de salud mental y medicamentos.

El POS contempla los siguientes beneficios generales: consulta médica general; consulta externa; medicamentos esenciales; consulta de urgencia; exámenes de laboratorio, imagen y de anatomía patológica; hospitalización y cirugía; odontología básica y medicamentos. Después de un año de afiliación contempla cobertura para: resección de cristalino; septorrinoplastia; tiroidectomía; cardiovascular; resección de estómago; resección de riñón; extracción cálculos renales; cirugía correctora del descenso de vejiga o útero; extracción de próstata; extracción de útero; reemplazo de cadera; y fractura de fémur. Después de dos años de afiliación contempla cobertura para: enfermedades neurológicas; enfermedades cardiovasculares; tratamiento trauma mayor; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); quimioterapia y radioterapia para cáncer; malformaciones congénitas; transplantes de órganos; diálisis crónica; y reemplazos articulares.

Cada ciudadano podrá escoger o inscribirse, de manera individual o colectiva, a una EPS. Lo mismo ocurre con las denominadas empresas sociales del Estado (ESS) que atenderán las necesidades de salud de los afiliados al RS. Las EPS (o ESS) son responsables por la provisión de servicios normalizados de salud. Éstas podrán ser públicas o privadas y pueden ofrecer servicios en forma directa o a través de otras instituciones. Las EPS tienen la facultad de celebrar contratos con hospitales o centros de salud para la prestación de servicios, o pueden organizar y manejar sus propios hospitales o centros de salud, aunque estas entidades suministradoras de servicios conserven su independencia administrativa.

Se crea un Fondo de Solidaridad, el cual tiene como propósito definir una UPC ajustada por edad, sexo y zona geográfica, la que establece un monto ajustado por riesgo que debe recibir cada EPS por beneficiario. Las EPS deberán entregar al Fondo de Solidaridad cualquier exceso de cotización por beneficiario que sea superior a la UPC ajustada por riesgo, o bien, en caso de que dicha contribución fuera inferior, las EPS recibirían un pago compensatorio por parte del Fondo de Solidaridad.

Se crea también un órgano regulador, la Superintendencia Nacional de Salud, que expide y controla el cumplimiento de los reglamentos que gobiernan el comportamiento de las EPS, además de establecer las pautas para un sistema que recolecte indicadores de eficiencia y calidad normalizada de las entidades que ofrecen los servicios de salud y las EPS, con el objeto de evaluar su desempeño e informar a los beneficiarios sobre la calidad de los servicios ofrecidos.

Toda EPS está obligada a documentar dos veces al año que la composición de sus afiliados comprende un 5% de personas con más de 60 años de edad, y que no menos de un 20% son mujeres entre 15 y 44 años. Las EPS están obligadas a garantizar el ofrecimiento del POS a cualquier persona que desee afiliarse, y no están autorizadas para interferir en la libre elección de parte de los afiliados. A su vez, no pueden utilizar incentivos para lograr la reasignación de afiliados (por ejemplo, descuentos de cualquier tipo o condiciones especiales para familiares o parientes). No pueden discriminar a una persona dada sus condiciones de salud previas, actuales o pronosticadas, ni terminar de manera unilateral su contrato con el afiliado; a su vez no pueden negar afiliación a una persona que quiera afiliarse. La afiliación dura un año y la EPS debe poner a su disposición una lista de instituciones que presten servicios médicos y que sean adecuadas para el uso esperado de los servicios.

Un problema importante es que en la actualidad existen alrededor de 16 millones de colombianos que no se encuentran cubiertos por las EPS, y están conformados principalmente por revendedores, dueños de pequeños negocios, trabajadores irregulares, trabajadores del sector informal y profesionales de altos ingresos y comerciantes, quienes son evasores de impuestos del sector formal. Esto introduce la dificultad de cómo extender la cobertura del sistema a esta población —muchos de ellos pobres o casi pobres— dados los recursos disponibles y, por otra parte, cómo recaudar más impuestos de la clase con altos ingresos para ayudar a ampliar la cobertura del sistema. Nótese que para los profesionales independientes de altos ingresos, el 12% de cotización puede ser mayor que el costo de seguros privados de salud, lo que no incentiva su afiliación.

Además del POS, las EPS están autorizadas para ofrecer planes complementarios a sus afiliados, que sirven para cubrir servicios no contemplados en el POS, acceder a instituciones de salud de mayor costo, escoger entre un mayor número de prestadores de servicios, y/o mejores condiciones

de hotelería. Las tarifas de los planes complementarios varían de acuerdo con criterios de edad, género y ciudad urbana/rural. Se espera que exista una activa competencia entre las EPS en el ofrecimiento de planes complementarios.

En la práctica las EPS tienen una fuerte motivación para lograr la afiliación de personas saludables y no así para cubrir a las que no gozan de buena salud, lo que se hace evidente a través de, por ejemplo, propaganda que apunta a un segmento específico; ofrecimiento de gimnasios; especialistas poco amigables para el tratamiento de enfermedades crónicas; y largas colas de espera por obtener citas para el tratamiento de tales enfermedades.

Otro de los problemas existentes es que para que funcione el sistema debe haber un alto número de EPS e instituciones de salud que estén compitiendo en una cantidad suficiente de regiones, para así garantizar mejoras en calidad y eficiencia. Sin embargo esto es cuestionable, especialmente en las zonas urbanas de tamaño medio y bajo en Colombia. Problemas adicionales dignos de considerar son el nivel de informalidad de la economía colombiana y la cultura de evasión y/o elusión que existe en el país, los que limitan la cobertura poblacional con estas reformas.

Es necesario mencionar que en las ideas originales que forman la base para la reforma propuesta (Enthoven, 1988), se supone que la competencia entre las EPS —bajo el contexto de un plan de beneficios estándar como el POS— debiera tener lugar a través del precio del plan, calidad técnica de los prestadores adscritos al mismo y del servicio de la aseguradora. Sin embargo, en la reforma aplicada se descarta la competencia vía precio dejando como fuentes de competencia sólo a la calidad y el servicio.

Bajo este contexto es importante preguntarse cuáles son los incentivos financieros que enfrenta el sector privado para ofrecer el plan de beneficios estándar. Se estima que existen al menos tres fuentes posibles de incentivos para este sector:

- i) En primer lugar, el contar con un volumen importante de población a la cual se le entrega el POS abre amplias oportunidades de nuevos negocios a las aseguradoras privadas, en lo que dice relación con ofrecer planes complementarios de salud a los beneficiarios.³

3. Evidencia de tipo anecdótica sugiere que el interés de las aseguradoras más allá del POS ha estribado en la posibilidad de ofrecer planes complementarios a sus beneficiarios.

- ii) En segundo lugar, si el sector privado a través de una política fuertemente centrada en actividades de prevención y promoción de salud o a través de la incorporación de nuevas tecnologías, logra reducir las tasas de utilización de los servicios por debajo de las empleadas en el cálculo de la UPC, entonces podrá convertir estas ganancias de eficiencia en márgenes de utilidad a partir del plan integral de salud.
- iii) En tercer lugar, si el sector privado logra "negociar" con los prestadores de servicios precios menores a los utilizados en el cálculo de la UPC (por ejemplo, a través de contratos de atención cerrada), podrá obtener márgenes de utilidad a partir del POS.

Es importante enfatizar que en el modelo colombiano no tan sólo se fija el contenido del plan de beneficios estandarizados, sino que también se fija el precio al cual las aseguradoras ofrecen dicho plan. Esto puede ser considerado como un límite a las fuerzas de mercado que son las que debieran determinar dicho precio.

Es importante mencionar que el sector privado enfrentará el riesgo "político" tanto de que se le redefina el contenido del POS como que se cambie el valor de la UPC. Este es un riesgo cierto que enfrentará este sector y que no fue considerado al momento de calcular el valor de la UPC (no se castigó este valor por el riesgo "político"). Por lo tanto, se estima que deben desarrollarse mecanismos que contribuyan a disminuir tal riesgo para el sector privado.

Con relación a lo anterior uno se puede preguntar qué incentivos tendrá el sector privado para incorporar mejoras en eficiencia que se traduzcan, por ejemplo, en reducciones en las tasas de utilización de servicios, cuando es probable que tales reducciones aumenten el riesgo "político" de redefinición del plan, ya sea en su contenido o en el valor de la UPC.

Se hace necesario evaluar el impacto de la mayor cotización sobre el grado de formalización de la economía colombiana. Esto se debe a que el efecto conjunto de la mayor tasa de contribución y la mayor cobertura, producirán un más alto costo laboral para las empresas. Frente a este nuevo escenario las empresas, especialmente las pequeñas, pueden tener un mayor incentivo a informalizarse evitando así costos laborales más elevados. En consecuencia, el impacto de esta reforma sobre el porcentaje de asalariados en la población ocupada es aún incierto.

Finalmente, es factible que el sector contributivo genere déficit o superávit financieros agregados. Frente a déficit financieros se deberá ajustar el POS, ya sea en contenido, en copagos o en general introduciendo mayores aportes del afiliado. En este caso las aseguradoras privadas "presionarán" a la autoridad respectiva para obtener estos cambios.⁴ Frente a superávit surge la pregunta de quién se apropiará de estos recursos: las aseguradoras privadas, el Estado a través de transferir estos recursos al Fondo Nacional de Salud o al financiamiento del régimen solidario; o si estos serán compartidos.⁵ Es aconsejable que estas situaciones sean incorporadas al marco regulatorio para contar con una normativa clara al respecto y que no sea interpretada como un cambio en las reglas por parte del sector privado.

3. EVALUACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS EN AMÉRICA LATINA

En la experiencia de reforma a los seguros de salud en América Latina (Hsiao y Herrera, 1995; CONAM, 1995): 1) se trabaja la idea de un plan integral de salud, obligatoriamente ofrecido por las aseguradoras (Plan Básico); 2) se crean dos regímenes de salud: uno contributivo y otro subsidiado con el objeto de lograr equidad en el financiamiento; y 3) se crea un fondo de compensación de salud con tres funciones: realizar transferencias de compensación (desde o hacia) las compañías de seguros, manejar los fondos públicos y contribuciones solidarias para el régimen subsidiado, y manejar la cuenta de compensación por enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito.

El fondo de compensación permite los ajustes de las primas de riesgo por sexo y edad; la cuenta subsidiada administra los recursos dirigidos a financiar a los adscritos al régimen subsidiado: indigentes, pobres, campesinos, etc.; y la cuenta de enfermedades catastróficas administra los recursos para financiar enfermedades de bajo riesgo pero de alto costo, que no están incluidas en el plan de salud integral.

4. Es esperable que ellas presionen por estos cambios aun cuando no existan déficit reales.

5. Las aseguradoras tendrán un incentivo a no mostrar superávit si no se pueden beneficiar con ellos.

De la experiencia de estas reformas⁶ se pueden extraer algunas lecciones que deben considerarse en cualquier reforma del mercado de salud basada en la competencia regulada. Entre ellas:

- i) Es imprescindible acercar los cuidados de salud a los seguros de salud para que el sistema sea equitativo y eficiente.
- ii) La participación del Estado en la prestación directa de servicios de salud es necesaria y no se puede soslayar, en el corto y mediano plazo, ante mercados incompletos.
- iii) Para corregir los problemas de "descreme" a grupos con enfermedades catastróficas y de tercera edad, se hace necesario crear fondos de compensación que actúen como un sistema de reaseguro.
- iv) El mercado es más eficiente si se incentiva la participación del sector privado con una regulación que no obstruya ni la competencia ni la libre elección de los consumidores.
- v) Un elemento de regulación de la demanda por cuidados de salud ("moral hazard" e inducción de demanda), debe contemplar la inclusión de copagos por prestación.
- vi) Finalmente, el marco institucional del Estado debe ser reorganizado para que su gestión sea más eficiente en la inversión de recursos públicos, en la transferencia de presupuestos, en la focalización de subsidios y en la prestación de servicios.⁷

Estas experiencias deben ser estudiadas para extraer elementos que permitan diseñar la aplicación de este esquema en Chile. En particular, se deben considerar los siguientes aspectos: la reorganización institucional tanto del sector público como del privado; la elaboración de un plan básico de salud; un sistema de competencia basado en precios (primas y copagos) y calidad (planes adicionales al básico); el Estado, además de su rol subsidiario hacia los grupos vulnerables, debe regular el sistema en torno al plan básico y a las fallas del mercado que se pretenden resolver o reducir.

6. Oyarzo (1994), Caviedes (1994), TASC No 15 (1991), TASC N° 25 (1991), Barreto (1993), Trejos (1993) y Castañeda (1990) presentan las experiencias en América Latina.

7. En términos de gestión de establecimientos públicos se deben incorporar presupuestos prospectivos, es decir, asociados a resultados (diagnóstico-resolución) para atenciones secundarias y terciarias, y capitados para atenciones primarias.

4. APLICACIÓN DE LA COMPETENCIA ADMINISTRADA EN CHILE

Tal como se ha mencionado previamente, las opciones colectivas representan muchas ventajas desde el punto de vista teórico por sobre las opciones individuales, de modo que se debiera incentivar la formación de los *consorcios de consumidores* que sugiere la teoría de la competencia administrada.⁸ Estas entidades, intermediarias entre los consumidores y los aseguradores de salud, tendrían los siguientes roles:⁹

- i) A nivel de los individuos, recolectarían los pagos de las primas por seguro.
- ii) Actuarían como un órgano que centralice y difunda información sobre planes de salud, cobertura de los planes, calidad de la atención recibida de los distintos planes de salud que maneja (satisfacción del consumidor) y, efectividad médica de corto y de largo plazo de los prestadores que trabajan con los planes de las aseguradoras.
- iii) A nivel de las aseguradoras, negociarían los precios que éstas cobrarían por el Plan Básico a los miembros del consorcio.
- iv) Finalmente, se preocuparían de traspasar las primas recolectadas, descontadas por un margen para cubrir costos de administración, al Fondo de Ajuste de Riesgo.

Con lo anterior se propende a crear una instancia de representación de los consumidores que permita el agrupamiento de riesgos, que evite la selección de los "mejores" riesgos por parte de las aseguradoras, y que haga el mercado más transparente al difundir información relevante, apropiada y de fácil comprensión. Esto permite obtener eficiencia microeconómica a través de la operación de un mercado "vigilado" por estos "representantes" de los consumidores, además de las instancias reguladoras que para estos propósitos defina el Estado.

8. Estas agrupaciones de consumidores son sugeridas originalmente por Diamond (1992) y fueron adoptadas en la propuesta de reforma al Sistema de Salud de Estados Unidos del presidente Clinton.

9. Nótese que esta es una diferencia con el modelo colombiano, el cual si bien permite estos consorcios, en la práctica ha dividido su labor entre las EPS y la Superintendencia Nacional de Salud.

Los consorcios de consumidores debieran ser corporaciones sin fines de lucro, y su forma jurídica específica determinada por la propia comunidad que representen. Se sugiere que la junta directiva esté conformada por consumidores y que no incluya a personas relacionadas con la industria de la salud, tanto a nivel de aseguradoras como de prestadores, aun cuando puedan tener un grupo asesor compuesto por profesionales del sector. Se requiere que el Estado reconozca y reglamente estos consorcios, a fin de fortalecer su capacidad negociadora, fijando por ejemplo un número mínimo de afiliados para ser reconocidos como tales, y de evitar posibles incentivos a la corrupción en los gerentes de estas corporaciones.

Un problema con las agrupaciones de consumidores es cómo conformarlas. Este es un problema importante ya que, por una parte, una asignación voluntaria de los individuos a las distintas agrupaciones puede provocar un problema de "selección adversa" según la cual permanecerían voluntariamente en los grupos aquellos que presentaron mayores niveles de riesgo.¹⁰ Por otra parte, la misma asignación voluntaria puede introducir competencia a nivel de consorcios lo cual crea incentivos para mejorar su nivel de eficiencia. Se estima que lo aconsejable es que sean las personas quienes, de manera libre e informada, escojan el consorcio al cual desean pertenecer.

Se plantea permitir conformar estos consorcios a nivel de empresas, ramas de actividad económica, agrupaciones gremiales, asociaciones voluntarias de diverso tipo, o utilizar un ordenamiento territorial, como por ejemplo a nivel de servicios de salud.

Una de las críticas que se hace a la opción colectiva es la posibilidad de una conducta corrupta del encargado del plan colectivo. Se estima que una supervisión cercana por parte de los beneficiarios del plan colectivo complementada con una normativa administrativa y legal apropiada, actuarían como un fuerte desincentivo a esta conducta.

Las aseguradoras de salud compiten por ofrecer planes a los consorcios y a los individuos. La competencia opera sobre la base de las primas de los planes y la calidad de sus servicios y de los prestadores, y no a través de la selección de riesgos. Dentro de esta lógica FONASA

10. Se estima que el Fondo de Ajuste de Riesgo compensa en parte este peligro; sin embargo, el nivel de riesgo de la cartera de clientes puede reflejarse en el precio del plan convenido entre el consorcio y las aseguradoras.

debiera actuar como un asegurador más que participa en este mercado de seguros colectivos.

Se estima que los aseguradores de salud podrían estar integrados verticalmente con prestadores de salud a objeto de contener costos, pero ello no es necesario para el funcionamiento de este sistema. Incluso, para que los individuos mantengan la libertad de elegir se sugiere que las aseguradoras trabajen en sus planes con diversas instituciones prestadoras de atención de salud.

Un aspecto esencial para este diseño radica en la adopción de un Plan Básico de beneficios, el cual debiera estar contenido —al menos— en los planes que las aseguradoras ofrezcan a estos consorcios o a los individuos. La obligatoriedad de las personas en términos de seguros de salud estaría limitada a la adquisición de este Plan Básico de beneficios. Sin embargo, los individuos tendrían la libertad de contratar beneficios adicionales con las aseguradoras (prestaciones no incorporadas en el plan, mejor hotelería, nuevas tecnologías, libre elección, etc.).

También es fundamental que se contemple anualmente un período de suscripción de nuevos contratos o renovación de antiguos, para los individuos que conforman los consorcios. Los planes de salud que ofrecen las aseguradoras a un consorcio determinado deben aceptar durante este período a todos los individuos que deseen adscribirse a él, sin lapsos de espera y sin exclusiones por condiciones preexistentes. Por otra parte, los beneficios contemplados en el Plan Básico no pueden ni terminarse ni restringirse por ningún motivo.

Otro aspecto esencial es que los individuos y familias escojan el seguro de salud de su elección dentro de la oferta disponible para cada consorcio. Para estos efectos las aseguradoras enviarán ofertas, en términos de calidad y precio,¹¹ a los consorcios y se comprometerán a recibir a todo aquel miembro que desee contratar el plan de salud con ella. Es de advertir que, dependiendo de las preferencias y restricciones, no todos los individuos y familias de un consorcio contratarán sus seguros con la misma aseguradora. Esto garantiza la libertad de elección y un resultado más eficiente.

Los consorcios recolectarán de las personas, primas que reflejen la prima más barata de las ofertas recibidas, ajustada por riesgo y por gastos

11. Esta es una diferencia con el caso colombiano que no permite competencia vía precio del plan de salud.

administrativos del consorcio. En caso de que un individuo decida contratar su Plan Básico con una aseguradora que no es la de menor prima, él deberá pagar el sobrepago de su bolsillo directamente a la aseguradora. Además, los individuos que opten por contratar beneficios adicionales a los contemplados en el Plan Básico deberán pagar directamente al asegurador estos costos adicionales.

Téngase en cuenta que las primas están relacionadas con factores objetivos de riesgo (edad, género y ubicación) y no con el estado de salud particular de la persona. Así, se obtiene equidad en el financiamiento.

A objeto de proporcionar equidad en el acceso, más allá de la obligatoriedad de comprar el Plan Básico de beneficios, el Estado debe concurrir al financiamiento parcial o total de las primas de aquellos individuos que se encuentren en situación de pobreza, siendo consistente así con un esquema de subsidios a la demanda. Para este fin, se puede definir un esquema de subsidios en el cual toda persona con un ingreso inferior a cierto umbral es elegible para la obtención de un subsidio que cubra la diferencia entre la prima ajustada por factores objetivos de riesgo y la capacidad de compra del seguro del individuo, determinado como un porcentaje del ingreso (por ejemplo, el 7% actual). Una tarea pendiente es analizar la capacidad del país para financiar, con los recursos que actualmente destina al sector, el funcionamiento de este modelo.

5. POLÍTICA ECONÓMICA DE LA REFORMA

Para que una iniciativa de reforma como la que se propone se aplique, no sólo es necesario que esté bien diseñada sino que además sea puesta en práctica. Es condición necesaria para ello que un grupo mayoritario esté de acuerdo con su realización.

Son afectados por la reforma todos aquellos individuos, agrupados o no, que tienen algún interés por su desarrollo o sus consecuencias, o que consideran que serán beneficiados o perjudicados con su implantación. Ellos constituyen un grupo muy amplio de personas que puede incluir: medios de comunicación masiva, opinión pública, políticos, funcionarios públicos, prestadores de servicios médicos, compañías aseguradoras, proveedores de insumos médicos, personas que requieren de servicios médicos, es decir, todos aquellos que pueden tener un beneficio o un costo directo o indirecto con la reforma.

Los beneficios o pérdidas visualizadas por los afectados pueden ser de muy variados tipos: económicos (mayores impuestos o nuevos y mejores programas de salud), cambio en poderes políticos, prestigio profesional, nuevas y más difíciles responsabilidades, satisfacción de ayudar a otros, etc.

Dependiendo de sus recursos, los costos de organización y de hacer "lobby", estos diferentes actores pueden cumplir un rol importante en el resultado final de un proceso de reforma, apoyándola o rechazándola con mayor fuerza de lo que se pensó inicialmente.

No basta que una reforma haya sido diseñada para beneficiar a un grupo en particular para que éste se sienta afectado positivamente y apoye la reforma, es necesario a su vez que se perciba recibiendo beneficios y que tenga confianza en que éstos serán efectivos y no se verán disminuidos por otras actividades. El caso opuesto se presenta con aquellas personas que se ven amenazadas por la reforma a pesar que, según sus diseñadores, no sea así.

En general, la implementación de una reforma integral que adopte las ideas de la competencia administrada, sin un modelo consensuado entre los diferentes agentes o grupos potencialmente afectados por ella, requiere de grandes cambios institucionales que involucran al poder ejecutivo y legislativo. La reforma precisa de un gran período de tiempo para su aplicación, además de requerir la cooperación de muchos actores.¹²

La no existencia de un modelo de consenso entre todos los agentes involucrados implica que existe espacio para una lucha política y técnica, tanto sobre el diseño inicial como sobre cambios factibles de efectuar, lo que puede desvirtuar los objetivos buscados con esta reforma. Por otra parte, debido a que requiere la coordinación de muchos actores, la falta de cooperación de uno de ellos puede comprometer su puesta en práctica. Otro aspecto importante de considerar es que los costos de la reforma serán inmediatos y sus beneficios de mediano y largo plazo, por lo que hay que contar con un apoyo político importante para poder ponerla en marcha.

12. Adicionalmente, hay que mencionar que en el sector salud opera un gran número de proveedores, con numerosas regulaciones y en muchos casos asociados en fuertes sindicatos o gremios. Además, el Ministerio de Salud es en general débil y presenta divisiones internas.

Por todas estas razones, se estima que existen muchas posibilidades de que el proceso de reforma aborte antes de su real materialización, por lo cual se considera como poco probable la aplicación de una reforma integral al modelo chileno de salud.

IV. OTRAS REFORMAS

Independiente de si se adoptan o no las ideas de la competencia administrada, se estima que se deben introducir a la brevedad otras reformas o modificaciones al sector salud de Chile, los cuales son compatibles con una aplicación posterior de un modelo de competencia administrada en el país. Estas reformas o cambios se describen a continuación.

1. AJUSTES A LA OPERACIÓN DE FONASA

Se debe intentar eliminar las imperfecciones que el sistema redistributivo FONASA introduce en el mercado de la salud, lo cual involucra lo siguiente:

- i) En primer lugar, FONASA debe cobrar sus verdaderos costos de operación para reconocer de este modo el verdadero costo social de proveer estos servicios.
- ii) En segundo lugar, en sus modalidades de atención FONASA debe hacer explícitos sus subsidios. Particularmente, debe explicitar los subsidios que otorga al grupo de población de la tercera edad y a los enfermos crónicos, quienes en su gran mayoría son beneficiarios de FONASA. Ante la opinión pública aparece que el sistema Isapres no ofrece una solución a este grupo de individuos, mientras que sí lo hace el sistema FONASA, pero esto ocurre debido a que FONASA no diferencia la cotización ni el copago por condición médica. Sin embargo, en una era de escasez de recursos alguien paga estos mayores gastos, y es así como FONASA usa implícitamente un mecanismo de subsidios cruzados para financiar estos gastos de salud con fondos provenientes de individuos con un menor perfil de gastos. Se estima que esta situación debe terminar a objeto de no afectar la percepción pública del sistema Isapres. Una manera de hacerlo, es reconocer el mayor gasto que demandan estos individuos

y expresar el deseo del Estado de ayudar a este grupo, directa y explícitamente, a través de subsidios focalizados, y no mantener la actual situación de subsidios cruzados.

- iii) En tercer lugar, sería deseable que FONASA diferenciara sus cotizaciones y copagos para reflejar el verdadero riesgo de los distintos individuos y que otorgara beneficios que estuvieran más de acuerdo al aporte individual, aun cuando esto signifique abandonar su concepción redistributiva. Este cambio pondría término a la paradójica situación de que individuos de ingresos medios y bajos afiliados a FONASA, ayudan a financiar el gasto médico de los menos afortunados a través de sus cotizaciones y copagos en adición de los impuestos directos e indirectos, mientras que los de mayores ingresos afiliados al sistema Isapres sólo lo hacen a través del sistema impositivo.

2. ADOPCIÓN DE UN PLAN BÁSICO DE BENEFICIOS DE SALUD¹³

Ya se ha mencionado que el país se encuentra en una era de escasez de recursos para satisfacer las múltiples necesidades de salud de la población, en especial de la beneficiaria del sector público, déficit que se hará más evidente a medida que avance el proceso de transición demográfica que ocurre en la actualidad en Chile, el cual provocará un envejecimiento paulatino de la población y por ende, mayores necesidades de atenciones de salud.

Es por esto que se deberá aceptar explícitamente que es necesario priorizar y racionalizar las acciones de salud. Esto significa cambiar el énfasis desde los servicios médicos que benefician a pocos o que tienen poco impacto sobre calidad de vida (transplantes o tratamiento quirúrgico para pacientes terminales), servicios médicos que benefician a muchos o que tienen un impacto importante sobre calidad de vida (prevención y promoción de salud). Racionalizar permite encauzar el énfasis de la discusión hacia las acciones de salud y su grado de efectividad relativa. Por otra parte, racionalizar explícitamente permite generar una

13. Existe una amplia literatura sobre este tema la que incluye: Bobadilla y otros (1994), Brown (1991), Callahan (1991), Etzioni (1991), Fox y Leichter (1991), Murray (1994), Neubauer (1993), *The Clinton Blueprint* (1993) y Banco Mundial (1993).

mayor sensibilidad en la opinión pública que puede traducirse en una mejor disposición para asignar recursos al sector salud.

Sin lugar a dudas, estas decisiones de asignación o racionalización de los recursos serán difíciles; pero se estima que los criterios de costo-efectividad, impacto sobre calidad de vida e impacto sobre la esperanza de vida debieran jugar un importante papel para priorizar las acciones de salud. Este proceso de priorización permite definir un cuidado de salud básico y, por ende, reducir la provisión de servicios médicamente inefectivos y que no son valorados por la comunidad.

Es preciso destacar que en la actualidad sí se fijan prioridades y se toman decisiones sobre racionalización de los recursos. Sin embargo, estas son decisiones implícitas y no explícitas del sistema. Así, la percepción de los beneficiarios que son rechazados del sistema, que se encuentran en lista de espera para recibir un tratamiento o atención de salud, que deben enfrentar problemas de insuficiencia de farmacia, etc., es que esta situación se debe a su "mala suerte" o a consideraciones sobre su situación médica particular. Ellos no lo atribuyen a medidas de racionalización que han sido tomadas por alguien responsable en la cadena de decisiones del sector público.

Debido a lo anterior se estima razonable limitar la responsabilidad del Estado a garantizar un nivel mínimo de cuidado de salud a través de la adopción de un *Plan Básico de Beneficios*, el cual sería exigible a todos los individuos y que tendría un costo fijo mensual independiente del ingreso. Este Plan Básico debiera estar incorporado, como mínimo, en cualquier plan ofrecido por las aseguradoras pudiendo variar según edad, composición y tamaño familiar, y área geográfica de residencia.

La responsabilidad del Estado estaría limitada a: 1) obligar a los individuos a efectuar la cotización obligatoria o a comprar el Plan Básico de beneficios, permitiéndoles decidir si cotizan o no para planes complementarios que incorporen prestaciones de salud adicionales o mejor hotelería; y 2) concurrir, en casos justificados, al financiamiento de la brecha existente entre el costo mensual del Plan y un máximo porcentaje de la remuneración del afiliado.

Una tarea que se debe efectuar es definir el contenido del Plan Básico de beneficios. Ella excede los objetivos de este trabajo y por lo tanto, no se intentará aquí.¹⁴ Sin embargo, se estima que en su definición

14. El Ministerio de Salud se encuentra realizando diversos estudios dirigidos a definir el contenido del Plan Básico de Salud.

se requiere complementar el análisis técnico efectuado por personal médico con los valores y opiniones que la sociedad tiene con respecto a salud. Una alternativa a lo anterior es dejar que el mercado lo defina, no obstante, se considera que sólo un análisis técnico objetivo, complementado con una participación de la comunidad, permitiría cumplir con la meta de asegurar un mínimo de salud de acuerdo a las reales necesidades de la población.

En lo relativo al financiamiento del Plan Básico se estima que su compra se debe exigir a las personas, tanto activas como pasivas. El Estado debe concurrir al financiamiento solidario de la brecha que existiría entre el costo mensual del plan y un porcentaje máximo de los ingresos de las personas.

Este esquema de financiamiento permite preservar los mecanismos actuales de seguros de salud, tanto de FONASA como del sector Isapres, permitiendo a los individuos contratar beneficios adicionales a los contenidos en el Plan Básico. Es preciso subrayar algunos importantes aspectos de diseño del subsidio, entre ellos su población beneficiaria, las aseguradoras elegibles y el monto máximo.

Para definir a la población beneficiaria se puede utilizar un criterio de ingreso familiar, estableciendo niveles de ingresos bajo los cuales la persona puede acceder al subsidio o bien, se puede utilizar la clasificación socioeconómica que en la actualidad emplea FONASA (tramos de ingresos A, B, C y D).

Para definir a las aseguradoras elegibles se considera que el Plan Básico puede ser ofrecido tanto por el sector público (FONASA) como por el sector privado (Isapres). Se estima que las personas debieran tener la oportunidad de elegir libremente la institución de la cual obtener el Plan y por tanto, el subsidio debiera ser entregado a la institución que libremente hubiese elegido la persona. El subsidio a la demanda sugerido producirá una efectiva competencia entre las aseguradoras para atraer beneficiarios.

Esto implica cambiar el énfasis desde un subsidio a la oferta a un subsidio a la demanda, lo cual introduce mayores incentivos para que el sistema de salud supere las rigideces y responda con mayor agilidad a las necesidades de la población.

Con relación al monto máximo del subsidio éste corresponde al costo mensual del Plan Básico en establecimientos de salud del sector público (P). Se sugiere que el subsidio se entregue a personas bajo el

requerimiento de destinar un determinado porcentaje (t) del ingreso (Y) a la compra del plan. Las personas elegibles para este subsidio son todas aquellas para las que se cumple que el costo del plan excede el monto máximo de ingreso destinado a la compra de la canasta, es decir, para todas aquellas personas para las que se cumple la desigualdad $P > t Y$. El subsidio correspondería solamente a la diferencia entre el costo del plan y el monto máximo de ingreso, es decir, $P - t Y$. Nótese que a medida que el ingreso decrece, el monto del subsidio se incrementa hasta alcanzar un máximo igual al costo del plan.

La aplicación de esta propuesta deberá hacerse en forma gradual, ajustada a la realidad financiera del sector salud de Chile. Un límite natural, dada la necesidad actual de mantener los equilibrios macroeconómicos, es que el monto de subsidios entregados no sea mayor que el que ya se destina al sector. La diferencia conceptual con la situación presente es que ya no se trataría de un asistencialismo sino de una ayuda para que las personas puedan acceder de manera libre a un Plan Básico.

Un elemento de aplicación importante es si el Plan Básico se inserta dentro de una concepción individual o colectiva de seguros de salud. De acuerdo a la opinión del autor, la opción colectiva presenta una serie de ventajas por sobre la opción individual y debiera ser adoptada.

En primer lugar, porque si se utiliza una base individual las personas aparecen sin poder de negociación frente a las aseguradoras, lo que afecta los precios y beneficios obtenidos, en comparación con aquellos que se obtienen cuando los contratos son establecidos para grupos.

En segundo lugar, porque si se utiliza una base individual se requiere que cada individuo adquiera y actualice información relativa a la calidad del plan de salud que ofrece una aseguradora en particular, como también de los que ofrecen otras aseguradoras consideradas como alternativas factibles. Esto afecta el comportamiento que tienen los individuos en un ambiente de competencia, incluso con planes de beneficios estandarizados.

Una manera de disminuir este problema, más allá del necesario marco regulatorio, es a través de un flujo de información hacia los consumidores sobre el comportamiento de las aseguradoras de salud, que les permita comparar sobre bases homogéneas las distintas calidades de las aseguradoras de salud.

Ligado a lo anterior, el sistema individual es costoso desde el punto de vista social por cuanto requiere que cada individuo maneje información

relativa a las distintas aseguradoras de salud. Esto genera un costo privado y social importante al no utilizarse economías de escala en la adquisición y manejo de la información. Estas economías de escala se logran a través de planes colectivos que delegan las decisiones de comparación, actualización y compra de seguros de salud en expertos o agencias especializadas en seleccionar dichos seguros.

Es probable que en un contexto de seguros individuales exista un mayor costo —asociado con un esfuerzo de las aseguradoras por captar individualmente a las personas— que en el contexto de seguros colectivos. A su vez, dado lo complejos que son los seguros de salud, es probable que los traspasos de los individuos entre aseguradoras no estén muy relacionados con aspectos técnico-médicos de calidad de los prestadores ni con el servicio que proveen las aseguradoras. Esta posibilidad de traspasos “irracionales” se atenúa en el contexto de seguros colectivos de salud. A su vez, el costo administrativo es menor en la opción colectiva que en la opción individual.

Un serio problema que presenta la opción individual aun con planes de beneficios estandarizados, es la probabilidad de que las aseguradoras realicen un “descreme” del mercado, en otras palabras, que sigan prácticas que les permitan seleccionar los mejores riesgos (es decir, que escojan a los individuos más sanos), desincentivando la afiliación de individuos que presenten un alto riesgo.

Se estima que la opción colectiva, la cual fuerza al asegurador a ofrecer seguros a cada miembro del grupo en las mismas condiciones, constituye una manera adecuada de reducir las posibilidades de selección de riesgos que tienen las aseguradoras privadas de salud. La opción colectiva, con aceptación obligatoria a todo el grupo por parte de las aseguradoras, posibilita realizar un “agrupamiento” de riesgo —“risk pooling”—, lo cual permite incorporar individuos con riesgos de salud diferentes dentro de un mismo plan colectivo.

3. ESQUEMAS DE PARTICIPACIÓN EN EL COSTO

Con el objeto de frenar el incremento de costos que enfrenta el sector, se requiere poner mayor énfasis en mecanismos de participación en el costo por parte de las personas y prestadores de servicios en su relación con

las compañías aseguradoras.¹⁵ Estos mecanismos de participación, tanto por parte de la demanda (pacientes) como de la oferta de servicios (prestadores), son útiles también para frenar el incremento de costos asociado a la adopción de nuevas tecnologías médicas. Los prestadores, dadas la asimetría de información existente entre los pacientes y los prestadores y la insensibilidad al precio de los servicios implícita en los mecanismos con bajos copagos, pueden competir por pacientes mediante la oferta de acceso a tecnologías de avanzada con una baja relación costo/efectividad. Los esquemas de participación en el costo disminuyen estos incentivos, al lograr que los participantes en el mercado sean más sensibles al precio de la atención de salud.

La mayor participación en el costo por parte de los demandantes (pacientes) de atenciones de salud se puede lograr a través de aumentos en el copago o en los deducibles o limitando la cobertura de los planes de salud.¹⁶

Sin embargo, también por parte de la demanda se considera que el espacio para usar estos mecanismos es limitado, debido fundamentalmente, a dos razones:

- i) Si bien los mecanismos mencionados logran el objetivo de frenar el consumo *ex ante* de las personas, ellos no son recomendables porque aumentan el riesgo financiero asociado a episodios de morbilidad o mortalidad. En el extremo, un esquema con copagos de 100% hace que el paciente y/o su familia internalicen completamente el costo de la atención de salud frenando, quizás, de manera excesiva sus gastos en este rubro. Así, es obvio que se elimina el incentivo a sobreconsumir (o riesgo moral) a costa de eliminar el sentido del seguro de salud, que es repartir el riesgo financiero de los episodios de enfermedad entre las distintas personas.
- ii) Los pacientes en general entregan las decisiones de tratamiento y, por ende, de gastos en salud al médico tratante. Sin embargo, el personal médico puede inducir una mayor demanda de prestaciones

15. En la literatura económica este tema ha adquirido importancia en la discusión. Véanse, por ejemplo, los artículos de Randall y McGuire (1986, 1988, 1990 y 1993), Pope (1990) y Siegel y otros (1991).

16. Los esquemas de seguros con deducibles no se encuentran, en general, disponibles en el sector Isapres. Sin embargo, ellos son de común aplicación en otros países.

de salud, especialmente cuando se les retribuye por atenciones prestadas o tienen un interés financiero comprometido (por ejemplo, integración explícita o implícita del personal clínico con laboratorios). Esta conducta también ocurre cuando el personal médico observa la existencia de un tercer pagador (aseguradora), lo que reduce el costo percibido de solicitar procedimientos de baja efectividad terapéutica. Ante esta situación se considera aconsejable que los individuos estén apropiadamente cubiertos de tal riesgo.

Una alternativa factible de analizar por la parte de los demandantes, es que los aseguradores diferencien la estructura de copagos de acuerdo a el costo-efectividad de los distintos procedimientos médicos. Esta alternativa se hace recomendable ya que fomentaría la utilización de tratamientos de mayor efectividad sin aumentar el riesgo financiero que enfrentan los individuos. Su aplicación requiere, sin embargo, de estudios que midan el costo-efectividad de los diferentes tratamientos.

En cuanto a la relación aseguradora-prestadores de servicios y en caso de utilizar un esquema de pago por acto médico,¹⁷ mientras el pago exceda al costo de producir el servicio, el prestador tendrá el incentivo de entregar tantos servicios como lo demanden las personas o como lo indique el tratamiento asignado por el médico tratante. Bajo este esquema de compensación, al prestador de salud se le retribuye por todos los insumos utilizados en la resolución de sus casos, de modo que el costo marginal del acto médico lo asume el pagador (aseguradora) con cero riesgo para el prestador. Aún más, este pago se realiza sin considerar, en general, la efectividad o impacto de los procedimientos médicos que se están utilizando.

Sistemas de pagos basados en resultados, en los que se cancela una suma alzada, independiente de los insumos utilizados en la resolución del caso en particular o de los servicios entregados, cambian los incentivos que enfrentan los prestadores. Bajo este esquema, el prestador internaliza por completo el costo marginal de atender a un paciente recibiendo directamente el riesgo financiero del tratamiento de la persona, con cero riesgo para el pagador. En este esquema, cada peso que gasta el prestador en la atención de salud reduce el "beneficio neto" de prestar

17. En Chile el FAP y el sistema de Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipalizados (FAPEM), eran ejemplos de este tipo de mecanismos de pago.

el servicio en exactamente un peso. En efecto, si al tratar a un paciente el prestador *gasta menos que la suma alzada, él estará recibiendo un beneficio neto por paciente, mientras que si gasta más estará incurriendo en una pérdida.*

Se estima que desde el punto de vista social no es perjudicial que sea el prestador quien asuma el riesgo financiero, bajo el supuesto de que la suma alzada se encuentra bien calculada. Esto se debe a que el volumen de operación de los prestadores les permite, en general, lograr un agrupamiento de riesgos.

Dentro de las ventajas que presenta la adopción de este esquema de pago, está la de proporcionar incentivos tanto para que el prestador use de manera eficiente los recursos como para que provea los servicios que presentan la mayor costo-efectividad, generándose así una contención de costos.

Dentro de las desventajas es preciso mencionar que, en primer término, se generan incentivos perversos a minimizar la cantidad de recursos que se utilizan por paciente, por lo cual el uso de este esquema de pago *requiere establecer estándares de calidad para los actos médicos o que se controle de manera cercana los resultados logrados por los prestadores.* En segundo lugar, el prestador tiene un incentivo a "descremar" el mercado de pacientes, evitando a aquellas personas que de antemano son percibidas como pacientes de alto costo.

En relación a estas críticas es importante señalar que, dada la relación de largo plazo existente entre la aseguradora y los prestadores, se generan incentivos para que los prestadores de servicios entreguen un *cuidado de salud de alta calidad. Ahorrar costos comprometiendo los resultados de salud de los pacientes, puede disminuir su capacidad de negociar en el futuro buenos contratos con la aseguradora.*

Finalmente, respecto del desarrollo de mecanismos de participación de costos es importante agregar que FONASA ha implantado esquemas de pago por resultados, conocidos como Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) para los niveles de atención secundario y terciario, y un esquema de Pago Per Cápita en atención primaria.

Se estima que FONASA debiera extender y perfeccionar el mecanismo PAD, lo cual involucra entre otras ventajas aumentar la cobertura de diagnósticos, incorporando tanto enfermedades complejas como el sistema de remuneraciones al personal en dicho pago.

FONASA debería liderar el desarrollo de metodologías de pago por resultados a prestadores, las que debiera ofrecer para su adopción al sector privado. Esto se basa en que mecanismos de pago por resultados requieren del desarrollo, entre otros, de sistemas de clasificación de enfermedades, de la estandarización de los tratamientos y del desarrollo de metodologías de cálculo de costos asociados a los tratamientos. Para los aseguradores privados ello significaría una inversión importante de recursos, por lo cual se sugiere que el sector público, que ya ha desarrollado estas metodologías, las haga disponibles al sector privado. Lo anterior es recomendable también para asegurar que se adopte un esquema homogéneo de pago por resultados y para evitar duplicación de esfuerzos en el sector privado.

V. CONCLUSIONES

Si bien conceptualmente las ideas de la competencia administrada son atractivas, en términos prácticos se estima como improbable la aplicación de este sistema en Chile. Esta predicción se basa en que para introducir una reforma se requiere de grandes cambios institucionales, que involucran tanto al poder ejecutivo como al legislativo, sin que haya un modelo de consenso entre los diferentes agentes afectados positiva o negativamente por dichos cambios; agréguese a ello un gran período de tiempo para su puesta en práctica y la cooperación de muchos actores.

La inexistencia de un modelo consensuado implica que existe espacio para una lucha política y técnica tanto sobre el diseño inicial como sobre cambios factibles de efectuar, lo que puede desvirtuar los objetivos buscados con esta reforma. La no cooperación de uno de estos agentes puede debilitar o afectar, a través de su capacidad de veto, la aplicación de la misma. A su vez, dado que los costos de la reforma son inmediatos y los beneficios de mediano y largo plazo, existen muchas posibilidades que el proceso fracase antes de su real materialización.

Aun cuando se estima que no se puede implantar abiertamente una reforma institucional completa que incorpore las ideas de la competencia administrada, sí se puede pretender que sea el mercado el que promueva los cambios necesarios para llevar a cabo estas propuestas. Para ello se requiere de la acción decidida del Estado en cuanto a promover cambios legislativos y otros operacionales, de carácter no estructural, que

introduzcan incentivos adecuados para avanzar en la direcciones propuestas en este artículo y que son compatibles con la aplicación futura de la competencia administrada. Esas modificaciones debieran producirse en las siguientes áreas: cambios en el marco regulatorio para permitir seguros colectivos de salud; desarrollo del Plan Básico de salud; iniciativas que promuevan una elección más informada por parte del consumidor; y finalmente, desarrollo de mecanismos de participación de costos entre aseguradoras y prestadores de servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (1993), *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial, 1993*, Nueva York, Oxford University Press.
- Barreto de Oliveira, Francisco E. (1993), "Seguridade social na América Latina: a experiência da Argentina, Brasil, Chile e Venezuela", serie Documento de trabajo, N° 159, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID), junio.
- Bobadilla, José Luis y otros (1994), "Design, content and financing of an essential national package of health services", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 72, N° 4.
- Brown, L. (1991), "The national politics of Oregon's rationing plan", *Health Affairs*, junio-agosto.
- Callahan, D. (1991), "Commentary. Ethics and priority setting in Oregon", *Health Affairs*, junio-agosto.
- Castañeda, T. (1990), "El financiamiento de sistemas de salud: alternativas y dilemas", *Cuadernos de economía*, N° 81, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, agosto.
- Caviedes, Rafael (1994), "Subsidios a la demanda en salud: una alternativa viable", *Estudios públicos*, N° 54, Santiago de Chile, marzo-mayo.
- CONAM (Consejo Nacional de Modernización del Estado) (1995), *Propuesta de reforma a la seguridad social*, Quito.
- Diamond, P. (1992), "Organizing the health insurance market", *Econometría*, vol. 60, N° 6.
- Enthoven, Alain (1988), *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North Holland.
- Etzioni, Amitai (1991), "Commentary. Health care rationing: a critical evaluation", *Health Affairs*, junio-agosto.
- Fox, D. y H. Leichter (1991), "Rationing care in Oregon: the new accountability", *Health Affairs*, junio-agosto.

- Hsiao, W. y M.D. Herrera (1995), "Background paper on Colombian health care system and current reform".
- Jaramillo, Iván (1996), "Los propósitos de la reforma de la seguridad social colombiana", *Las reformas sociales en acción: salud*, serie Políticas sociales, N° 15, Iván Jaramillo, Cleofe Molina y Alvaro Salas (comps.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Londoño, J.L. (1996), "Estructurando pluralismo en los servicios de salud", *Revista de análisis económico*, vol. 11, N° 2, noviembre.
- MINSALUD (Ministerio de Salud de Colombia) (1993), "Ley 100, de 1993, La seguridad social en Colombia", Santafé de Bogotá.
- Murray, Christopher J.L. (1994), "Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 72, N° 3.
- Neubauer, D. (1993), "Hawaii: a pioneer in health system reform", *Health Affairs*, junio-agosto.
- Oyarzo, César (1994), "La mezcla público-privada: una reforma pendiente en el sector salud", *Estudios públicos*, N° 55, Santiago de Chile, junio-agosto.
- Pope, G. (1990), "Using hospital-specific costs to improve the fairness of prospective reimbursement", *Journal of Health Economics*, junio.
- Randall, E. y T. McGuire (1993), "Supply-side and demand-side cost sharing in health care", *The Journal of Economics Perspectives*, vol. 7, N° 4, septiembre-noviembre.
- (1990), "Optimal payment systems for health services", *Journal of Health Economics*, diciembre.
- (1988), "Insurance principles and the design of prospective payment systems", *Journal of Health Economics*, septiembre.
- (1986), "Provider behavior under prospective reimbursement: cost sharing and supply", *Journal of Health Economics*, junio-agosto.
- Reinhardt, U. (1993), "The Jackson Hole Initiative for a twenty-first century American health care system", *Journal of Health Economics*, septiembre.
- Restrepo, Mauricio. (1997), "La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada", serie Financiamiento del desarrollo, N° 47, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Schut, F. (1992), "Workable competition in health care prospects for the Dutch design", *Social Science and Medicine*, vol. 35, N° 12.
- Siegel, C. y otros (1991), "A risk based prospective payment system that integrates patient, hospital, and national cost", *Journal of Health Economics*, diciembre.
- TASC (*Trabajo de Asesoría Económica al Congreso Nacional*) N° 15 (1991), "Los sistemas de seguros de salud", Santiago de Chile, Programa Postgrado de Economía Instituto Latinoamericano de Doctrinas y Estudios Sociales (ILADES) / Universidad de Georgetown, febrero.

- TASC (*Trabajo de Asesoría Económica al Congreso Nacional*) N° 25 (1991), "Reformas propuestas al sistema de salud", Santiago de Chile, Programa Postgrado de Economía Instituto Latinoamericano de Doctrinas y Estudios Sociales (ILADES) / Universidad de Georgetown, septiembre.
- The Clinton Blueprint* (1993), "The President's Health Security Plan", Washington, D.C., The White House Domestic Policy Council.
- Trejos, Juan Diego (1993), "Sistemas de entrega de los servicios sociales: una agenda para la reforma en Costa Rica", serie Documento de trabajo, N° 153, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID), mayo.

HACIA UNA MAYOR EQUIDAD EN LA SALUD: EL CASO DE LAS ISAPRES

Uri Wainer K.

I. INTRODUCCIÓN

La salud ha sido considerada tradicionalmente como bien público, en lo fundamental debido a que produce externalidades, normalmente no incorporadas en su totalidad a los precios que estos bienes alcanzan en el mercado. En tal sentido, el problema se asemeja a lo que ocurre con la educación, la congestión vehicular, la contaminación ambiental, etc., a cuya solución el Estado no es ajeno. Igualmente, en la salud le corresponde un importante papel, tanto en la provisión de bienes como o en su regulación, o en proponer una solución mixta que en definitiva signifique salud pública en coexistencia con un sistema de salud privado y, además, todo ello bajo regulación estatal. La combinación exacta dependerá, en cada país, tanto de aspectos culturales como del nivel de desarrollo y distribución del ingreso.

En la mayoría de los países ha existido esa tradición de "Estado benefactor", y ha sido función de éste proporcionar la salud en forma prácticamente gratuita a los usuarios. Por otra parte, estos últimos tienen de la salud pública una percepción de creciente deterioro en el tiempo, e igual ocurre con las pensiones, lo que ha llevado a una crisis a ambos sistemas en numerosas naciones, incluyendo Chile.

El incremento de los costos de la salud, atribuido a diferentes causas como el desarrollo tecnológico y alzas en los precios cuando no hay algún tipo de restricción a la demanda o de control de costos, ha desequilibrado seriamente el sector salud, debido fundamentalmente a la incapacidad del Estado de planificar una provisión de servicios con implicancias financieras crecientes, tanto por el aumento en los costos como

por el incremento de la esperanza media de vida de la población, producto precisamente de ciertas mejoras en las condiciones de salubridad que en la práctica han permitido erradicar algunas enfermedades en cierta forma consideradas epidémicas, con una alta tasa de mortalidad: cólera, tífus, tuberculosis, etc. Igualmente, se podrían señalar las vacunaciones gratuitas masivas, en especial de niños, a fin de prevenir enfermedades infantiles: tos convulsiva, sarampión, etc.

La crisis del "Estado benefactor" en relación al sector salud, tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo, hace necesario replantear el problema en términos realistas, eliminando todo signo ideológico que lleve a soluciones extremas, ya sea en el sentido de que toda la provisión de servicios de salud debe ser pública, o al contrario, privada.

En este sector, por presentar estos bienes externalidades, las soluciones neoliberales o de planificación centralizada no responden a los requerimientos de la población, ni a la modernidad, cualquiera sea su definición.

En el contexto anteriormente señalado, es necesario buscar una alianza inteligente entre la planificación y el sector privado, en la cual la "gran política de salud" sea diseñada por el Estado, pero disponiendo el máximo espacio posible para las fuerzas de mercado. No es fácil encontrar la respuesta que deje satisfechos a todos los sectores, y en la actualidad, a nivel mundial, se están buscando y experimentando soluciones a este difícil desafío que permitan compatibilizar el Estado con el mercado.

El presente trabajo no pretende dar una respuesta a todos los planteamientos anteriores, sino que se refiere a un aspecto parcial del problema, en particular al caso chileno. Se trata de examinar el tema de la equidad en el contexto del subsistema de salud denominado Isapres. Se analizarán los conflictos de equidad relacionados con las enfermedades catastróficas y la tercera edad, para establecer si este subsistema, en pleno funcionamiento, presenta irregularidades y cuáles podrían ser las soluciones dentro de la actual legislación, o bien, con el mínimo de modificaciones, hacerlas políticamente viables.

El presente enfoque global de la política de salud implica liberar recursos provenientes de aquel sector de la población que, por su nivel de ingreso, está en condiciones de pagar por los servicios de salud que demanda, de modo de focalizar los recursos públicos en el otro sector de menores ingresos. Es decir, en su concepción más amplia, el sistema de salud en Chile es equitativo.

Sin embargo, hay en la actualidad un amplio debate, ya que el subsistema Isapres que atiende aproximadamente al 26% de la población, consume el 45% del gasto total en salud, lo que significa que este sector de la población tiene un gasto per cápita en salud muy superior a aquel que se atiende con la cobertura pública.

Lo anterior no tiene nada de extraño, ya que en una economía social de mercado siempre habrá un sector de mayores ingresos capaz de demandar más bienes que los sectores de ingresos más reducidos. Por lo tanto, el problema radica en el nivel del gasto público asignado al sector salud, puesto que normalmente este monto será siempre inferior a las aspiraciones de la comunidad, y el hecho que un porcentaje de la población no requiere del gasto público para financiar su demanda, facilita la focalización en sectores de menores ingresos.

Finalmente, es necesario mencionar que la salud es un bien de características muy especiales que lo diferencian de todo otro tipo de bienes, incluyendo aquellos que producen externalidades. Entre las características relacionadas con este sector vale la pena destacar las siguientes:

1. La mayoría de las personas no se preocupa de estudiar o analizar su mejor plan de salud en relación a sus condiciones particulares y capacidad financiera, especialmente cuando están sanas.
2. En países en proceso de desarrollo hay poca cultura en medicina preventiva, aunque está incorporada a los planes de salud.
3. El paciente generalmente no pregunta o cuestiona al médico que lo está atendiendo. Lo normal es que siga sus instrucciones o consejos sin consultar otras alternativas. Por ejemplo, someterse a una intervención quirúrgica en una clínica determinada, o bien, hacerse exámenes en un laboratorio específico, porque dichos establecimientos "son buenos".
4. A los médicos se les asigna un estatus especial dentro de la sociedad, muy por encima de otros profesionales. En extremo se podría afirmar que están por sobre el bien y el mal.

Esta característica cultural lleva a que, salvo en países desarrollados, prácticamente no haya juicios en su contra por intervenciones profesionales erradas. Además, constituyen un gremio solidario, y son muy raras las críticas entre ellos en relación a sus actuaciones.

II. EL PROBLEMA DE LA EQUIDAD EN LA SALUD

Seguramente uno de los temas más complejos de abordar en economía es el de la equidad, por corresponder a un aspecto normativo con claras derivaciones ideológicas.

En términos abstractos y globales es fácil llegar a acuerdos sobre equidad. Sin embargo, al concretarse el problema surgen las discrepancias sobre qué políticas se requiere aplicar para darle solución. Por ejemplo, en la actualidad existe en Chile consenso con respecto a que la actual distribución del ingreso no es buena. Sin embargo, este acuerdo se reduce al calificar si dicha distribución es mala o muy mala. El acuerdo es aún menor en relación a las políticas que se debe implementar para mejorar dicha distribución, las que dependen en definitiva de la posición ideológica que respalda al ejecutor de tales políticas.

La equidad referida a la salud se puede abordar desde dos ángulos ideológicos diferentes. En un extremo se sitúa una posición que puede ser considerada como socialista y en el otro, una neoliberal.

La posición socialista más extrema postula una perfecta igualdad en la disponibilidad y uso de recursos de salud, lo que implica que cada ciudadano tiene derecho a una determinada provisión máxima de servicios, independiente de su nivel de ingreso. En este caso teórico, el oferente de los servicios lo constituye un conjunto de instituciones públicas y, en casos especiales, se podría aceptar una combinación entre servicios públicos y privados, de la cual el beneficiario podría escoger prestadores.

En el otro extremo se sitúa la concepción neoliberal, que señala que las personas pueden disponer de todos aquellos servicios de salud que puedan sufragar. Es decir, la demanda por salud está directamente asociada al nivel de ingreso de las personas.

Desde un punto de vista democrático, la mayoría optaría seguramente por la primera alternativa, si los servicios fueran de la calidad y cantidad que la población considere adecuados y satisfactorios.

Sin embargo, en una aproximación realista, los recursos públicos que la comunidad decide y postula destinar democráticamente a la salud, deben competir con otros fines (educación, justicia, defensa, etc.), por lo que siempre la calidad y cantidad de estos bienes serán inferiores a las aspiraciones de la sociedad en este campo.

La segunda alternativa, en su concepción moderna, es claramente poco democrática, ya que en la actualidad se le asigna al Estado la provisión directa o indirecta de ciertos servicios básicos, independientemente del ingreso de los receptores. Tal es el caso de, a lo menos, educación y salud.

En esta última concepción, los segmentos de la población en extrema pobreza estarían prácticamente impedidos de acceder a la salud. Por lo tanto, esta alternativa está prácticamente descartada, ya que la salud no es un bien más dentro del mercado sino que, por las externalidades que produce, no siempre incorporadas a los precios, requiere normalmente de algún tipo de presencia o intervención del Estado.

En el caso de la salud, resulta natural que la solución socialmente deseable sea una combinación de las dos alternativas extremas.

El Estado debe garantizar una provisión mínima de servicios de salud a la población, y a la vez permitir que las personas en condiciones de financiar servicios de salud sobre el mínimo garantizado, puedan hacerlo en las cantidades que ellas estimen adecuadas.

En términos prácticos, la decisión respecto al nivel mínimo de servicios de salud que debe proveer el Estado, es una decisión eminentemente política que la comunidad debe alcanzar en función de su cultura y grado y nivel de desarrollo.

De esta manera, la provisión mínima de servicios de salud, por razones obvias, es superior, por ejemplo, en Suecia que en Chile, y a su vez, en nuestro país esta provisión es superior a la de Sudán.

Al respecto es necesario hacer dos acotaciones. Primero, los servicios de salud mínimos no necesariamente deben ser prestados por instituciones públicas. Al tratarse de subsidios que se otorgan, perfectamente puede darse a las personas o usuarios la opción de aplicarlos para elegir el servicio que ellos consideren más conveniente, sea este público o privado.

La segunda acotación se refiere al caso de las personas cuyo nivel de ingreso les permite financiar servicios de salud de mayor cobertura que la mínima. En este caso pueden plantearse dos alternativas. Que el Estado subsidie por igual a toda la población, o bien, que a estas personas se las margine total o parcialmente del financiamiento público, permitiendo de esta manera una mejor focalización del gasto público en salud, es decir, en aquellos sectores de menores ingresos, tesis mayoritariamente aceptada y promovida fundamentalmente por el Banco Mundial.

Estando las personas obligadas por ley a cotizar un porcentaje de su sueldo imponible para destinarlo a financiar servicios de salud, los siniestros en esta área (enfermedades) no se distribuyen uniformemente entre la población obligada a cotizar. Es decir, cada cotizante demanda en un cierto período de tiempo cantidades diferentes de este bien (salud).

Por lo tanto, la equidad puede ser considerada desde dos puntos de vista:

1. Distributiva del ingreso, ya que si bien todos cotizan igual porcentaje del ingreso, las personas de mayor remuneración contribuyen con un monto más alto ayudando a financiar a los cotizantes de menor renta imponible, por cuanto todos los afiliados pueden acceder a los mismos servicios o beneficios.
2. Distributiva entre grupos etarios de la población. Si el monto absoluto de la cotización fuese igual para cada miembro de una comunidad, sería posible identificar dos aspectos de la equidad:
 - a. Equidad horizontal. Se produce dentro de un rango de edad de la población. Los cotizantes sanos o que demandan menos salud ayudan o subvencionan a aquellos que demandan más servicios de salud, por ejemplo, a los que sufren enfermedades catastróficas o prestaciones de mayor valor.
 - b. Equidad vertical o generacional. Esta situación se produce al comparar la población por grupos de edad. Al constituir el grupo de mayor edad (tercera edad) un segmento de la población sujeto a mayores demandas por servicios de salud que grupos de menor edad, los segmentos de la población más joven pueden subsidiar a los de mayor edad.

Estas dos aproximaciones a la equidad se producen simultáneamente en la salud pública e Isapres cerradas, que son fundamentalmente solidarias, mientras que la equidad distributiva entre grupos etarios se acerca al caso de las Isapres abiertas, en las cuales todos aquellos que cotizan por un mismo monto, participan en un mismo plan. Por tal motivo, dentro de este esquema se requiere analizar la equidad horizontal y vertical, verificar en qué grado se produce y qué medidas se podrían tomar para incrementarla en situaciones límites.

Al examinar el problema de la equidad en la salud referido al subsistema Isapre, se observa que, por definición y por la legislación existente, esta institución es inequitativa en términos de equidad

distributiva de ingreso, ya que la cobertura de servicios es directamente proporcional al monto de la cotización, lo que no guarda relación directa con las necesidades de las personas. Por otra parte, este subsistema, por lo menos en esta etapa, atiende fundamentalmente a sectores de mayores ingresos, lo cual reduce notablemente el problema de la equidad distributiva del ingreso.

Por lo tanto, se puede dar el caso de personas que, pudiendo financiar planes normales en las Isapres, presenten alguna situación extrema o no común que no sea cubierta por estos planes en Isapres abiertas, o bien, personas a las que con el aumento natural de la edad, se les incremente la cotización más allá de sus posibilidades financieras. Las situaciones extremas, que han originado preocupación pública, se refieren a las enfermedades catastróficas y a la tercera edad, a la vez que le crean una mala imagen pública a estas instituciones, como lo muestran algunas encuestas.

III. EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: DE LA SALUD PÚBLICA A UN SISTEMA MIXTO

1. LA SALUD PÚBLICA

Hasta fines de la década de 1970 la salud en Chile era fundamentalmente pública; su financiamiento y los servicios eran administrados por el Ministerio de Salud, básicamente mediante una infraestructura médica hospitalaria y ambulatoria que cubría cerca del 90% de las camas disponibles, con sus respectivas prestaciones médicas. Asimismo, casi 3 de cada 4 atenciones médicas ambulatorias eran efectuadas a través de la infraestructura del Estado.

Por lo tanto, el sector privado estaba circunscrito a otorgar servicios a aquellas personas no adscritas a ningún régimen previsional capaces de financiar de su bolsillo tales prestaciones médicas, y al sistema de libre elección del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que era la única opción de libre elección en el sistema de salud pública.

La readecuación del sistema de salud a los lineamientos de la política económica del gobierno militar establecido en 1973, fue relativamente lenta.

En 1975 se redefinen las funciones del Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de racionalizarlo. Sin embargo, el Servicio Nacional de Salud (SNS), como organismo ejecutor de la salud pública, no se ve afectado.

El decreto ley N° 2 575 (Diario Oficial del 15 de mayo de 1979) hace extensivas algunas prestaciones de salud (ley N° 16 781) a los beneficiarios del SNS, como una forma de generalizar el principio de libre elección.

Mediante la dictación del decreto ley N° 2 763 (Diario Oficial del 3 de agosto de 1979) se sancionó la reestructuración del Ministerio de Salud.

Las principales modificaciones fueron:

- El Ministerio queda a cargo de la fijación de normas, formulación de planes y programas generales del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y de la supervisión, control y evaluación del cumplimiento de planes y políticas.
- La función ejecutora o proveedora de salud se pone en manos de los Servicios de Salud, para lo cual se crean 27 unidades distribuidas en todas las regiones, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, dependientes del Ministerio de Salud. En 1995 contaban con aproximadamente 66 000 funcionarios.

Como ejecutores de servicios de salud, vinieron a ser los continuadores del SNS y del SERMENA y es su responsabilidad ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos.

Su financiamiento se originó fundamentalmente en los aportes del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y en las tarifas por los servicios prestados.

Por otra parte, estos servicios estuvieron facultados para celebrar contratos, previo visto bueno del Ministerio de Salud, con instituciones privadas que tomaran a su cargo algunas acciones de salud, las que serían pagadas con fondos presupuestarios.

La función financiera de la salud quedó radicada en el FONASA, organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyo financiamiento proviene principalmente de aportes de la ley de presupuesto y recursos resultantes de la cotización previsional obligatoria del 7%.

El objetivo de esta institución es la de financiar total o parcialmente las prestaciones de salud, a través del sistema o de entidades que no son del sistema, mediante mecanismos que permitan ejercer la libertad de elegir por parte del usuario.

Además, FONASA financia las acciones de salud y las inversiones del sistema, y colabora con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación de los presupuestos de los Servicios de Salud y otros organismos dependientes del Ministerio, con el presupuesto global de salud. Además, esta reestructuración creó las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, lo que permitió mejorar notablemente la descentralización en este sector y el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST).

No obstante la reestructuración del Ministerio, en este período se coexistió con un sistema previsional sin modificaciones, en el cual el imponente de las cajas de previsión se relacionaba con los Servicios de Salud a través de éstas.

Por otra parte, hay algunas instituciones y empresas del Estado que no forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud aunque cuentan con financiamiento estatal, pero tienen autonomía administrativa y de gestión, como por ejemplo, la Penitenciaría, las Fuerzas Armadas y de Orden, la Empresa Nacional del Petróleo (ENAP) y la Universidad de Chile.

El FONASA concentró los fondos de la salud, tanto los originados por los beneficiarios como el aporte fiscal. A su vez, estos recursos se canalizaron principalmente a los Servicios de Salud (organismos ejecutores estatales) y en muy menor grado al sector privado, mediante la venta de bonos y programas de atención médica. Asimismo, se permitió firmar convenios entre los Servicios de Salud y establecimientos privados que actuaban como ejecutores de acciones específicas que se les encomendaban.

Sin embargo, a pesar de la dictación de los decretos leyes N° 3 500 (Diario Oficial del 12 de noviembre de 1980) y 3 501 (Diario Oficial del 18 de noviembre de 1980) de la reforma previsional, que modificaron completamente el sistema previsional permitiendo cuentas individuales administradas por instituciones privadas especialmente creadas para dicha finalidad, las cotizaciones destinadas a la salud continuaron siendo enteradas en el FONASA en una primera etapa.

Posteriormente, mediante la dictación del decreto ley N° 3 626 (Diario Oficial del 21 de febrero de 1981), se permitió a los trabajadores aportar la cotización de salud a instituciones diferentes a las públicas, a fin de que les otorgaran las prestaciones y beneficios de salud. Esas instituciones deberían estar registradas en el FONASA.

La reglamentación del decreto ley N° 3 626, se realizó mediante la dictación del decreto con fuerza de ley N° 3 del Ministerio de Salud (Diario Oficial del 19 de mayo de 1985), que fijó normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud por parte de las denominadas instituciones de salud previsual (Isapres).

Estas instituciones eran fiscalizadas por el FONASA y no podían celebrar convenios con los Servicios de Salud.

Las Isapres, de acuerdo a la ley, sustituían las prestaciones y beneficios proporcionados por los Servicios de Salud y el FONASA.

Los trabajadores que optaban por este sistema hacían directamente su aporte o cotización a alguna Isapre.

De esta manera, con el decreto con fuerza de ley N° 3, nacía la salud privada en Chile como alternativa a la salud pública para quienes estaban obligados por ley a cotizar por este servicio, ampliando así el concepto de libre elección. Es decir, las Isapres pasan a ser consideradas como parte integrante del sistema legal obligatorio de la salud.

La obligatoriedad de la cotización se basa en el supuesto de que no todas las personas son previsoras, aun respecto de su salud y la de su grupo familiar. Así, el Estado obliga a todas las personas a efectuar provisiones para cubrir riesgos (básicamente salud y vejez) que de otra manera deberían ser financiados por toda la comunidad.

2. EL SISTEMA MIXTO

Desde su creación, el desarrollo de las Isapres ha sido creciente en el tiempo. Por tratarse de una experiencia nueva en el país, este sistema ha registrado constantes modificaciones que han permitido solucionar algunos problemas a la vez que enfocar más nítidamente otros, aparentemente sin solución dentro del esquema, ya que el cambio de un sistema público a uno privado implicó además pasar de un sistema de salud solidario a uno individual.

En el caso del sistema previsional el cambio ha sido menos conflictivo, puesto que el Estado, en su rol subsidiario, garantiza pensiones mínimas al momento de jubilar.

En el campo de la salud, la percepción de los cambios y sus implicancias ha sido más compleja y el papel subsidiario del Estado, más difícil de definir, ya que en este sector los problemas se presentan antes y después de la edad de jubilar (65 años).

La primera etapa de las Isapres se puede decir que culminó con la promulgación de la ley N°18 933 (Diario Oficial del 9 de marzo de 1990), que derogó el decreto con fuerza de ley N° 3 (Diario Oficial del 19 de mayo de 1981) del Ministerio de Salud, introduciendo importantes modificaciones, tanto al control de las Isapres como a los contratos entre estas instituciones y los usuarios o cotizantes.

Además de los cambios operados entre 1981 y 1990, el más importante ocurrió con la dictación de la ley N° 18 469 (Diario Oficial del 23 de noviembre de 1985) sobre prestaciones médicas, que comenzó a aplicarse a partir del 1 de enero de 1986. En este cuerpo legal se estableció un sistema único de cotizaciones obligatorias de salud y un mecanismo redistributivo para prestaciones otorgadas a través del sistema público. Esto permitió integrar armónicamente a las Isapres al sistema de salud.

El número de Isapres con registros vigentes entre fines de 1981 y fines de 1990 se incrementó de 8 a 35, pasando los cotizantes de aproximadamente 26 000 a casi 900 000 para dichos años y los beneficiarios del sistema de 62 000 a 2 100 000 (véanse los cuadros 1 y 2).

Si bien en la primera etapa la legislación no diferenció estas instituciones, en la práctica y desde el comienzo se crearon dos tipos de Isapres.

Las primeras, denominadas Isapres abiertas, están orientadas a cualquier empresa o cotizante que tenga interés en afiliarse a alguna de ellas. En cambio las segundas se denominaron cerradas, normalmente están ligadas por propiedad y finalidad a una empresa o grupo de empresas y tienen como único mercado a los cotizantes de esta(s) empresa(s). Habitualmente los beneficios otorgados se financian con la cotización legal (7% de la renta imponible) y con aportes directos del empleador. Por lo común se ofrece un solo plan al cotizante, independientemente del monto de la prima legal. Es decir, estas instituciones pueden ser consideradas solidarias y no presentan, desde un punto de vista teórico, problemas de equidad.

CUADRO 1
COTIZANTES DEL SUBSISTEMA ISAPRES
(A diciembre de cada año)

Isapres	1981	1982	1984	1986	1988	1990
Abiertas	26 415	57 745	110 513	295 760	515 737	798 687
Cerradas	-	9 095	21 047	40 656	51 901	64 575
Total	26 415	66 480	131 560	336 325	567 638	863 262

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

CUADRO 2
BENEFICIARIOS VIGENTES DEL SUBSISTEMA DE ISAPRES
(A diciembre de cada año)

Isapres	1981	1982	1984	1986	1988	1990
Abiertas	61 659	125 986	279 364	776 652	1 279 378	1 900 255
Cerradas	-	38 321	85 896	144 642	170 797	208 053
Total	61 659	164 307	365 260	921 294	1 450 175	2 108 308

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

En especial, se destaca el crecimiento de las Isapres abiertas en relación a las cerradas, ya que, por ejemplo, entre 1984 y 1990 el número de beneficiarios de las primeras creció casi seis veces, mientras que el de las cerradas aumentó un poco más del doble (véase el cuadro 2).

Por otra parte, de acuerdo a la información disponible, en este mismo período se produjo una disminución constante en la renta imponible real mensual de los cotizantes en Isapres abiertas, que alcanzó a un 28%, mientras que en el caso de las cerradas la renta media prácticamente se ha mantenido sin variación. La continua disminución de la renta media imponible se debe en gran medida al incremento en el número de cotizantes (véase el cuadro 3).

CUADRO 3
 RENTA IMPONIBLE MENSUAL POR COTIZANTE
 (En pesos de diciembre de 1995)

Isapres	1984	1986	1988	1990
Abiertas	391 417	302 369	282 783	279 559
Cerradas	437 965	444 709	403 254	445 340
Total	400 096	322 226	294 271	292 944

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

Desde un punto de vista geográfico, la Región Metropolitana representó aproximadamente el 60%, tanto en el número de cotizantes como en el monto de las cotizaciones.

Durante el primer período las Isapres cumplieron sobre todo un papel financiero, y en su organización adoptaron sistemas basados principalmente en reembolsos de gastos médicos.

Esta situación se debe a que la legislación permite que las Isapres otorguen las prestaciones de salud en forma directa, si es que cuentan con la infraestructura respectiva, o bien, que concurren con su financiamiento.

La demanda de los beneficiarios sobre la infraestructura médica ambulatoria y hospitalaria llevó a una mayor ocupación de la capacidad instalada, para pasar posteriormente a impulsar proyectos de inversión. A modo de ejemplo, se puede mencionar que el número de camas privadas pasó de 3 500 en 1981 a 11 600 en la actualidad.

Cabe destacar que en este período la cotización obligatoria para la salud se incrementó de un 4% a un 7% de la renta imponible. Sin embargo, se trata de porcentajes mínimos, pudiendo el trabajador cotizar un porcentaje superior a fin de optar a un plan de salud que le otorgue mayores beneficios.

Las sucesivas modificaciones en la tasa de cotización se debieron al reconocimiento, por parte de la autoridad, que la cotización inicial era claramente insuficiente para el financiamiento del costo de los beneficios.

Adicionalmente, se elevó la cotización de salud de los jubilados, también a un 7%, para lograr que al menos una parte de este segmento poblacional permaneciera en alguna Isapre.

En la etapa inicial del nuevo sistema de salud, la principal característica de los contratos entre la Isapre y el trabajador era su duración mínima, de un año calendario, sin que la Isapre pudiera desahuciarlo dentro de este período. En cambio, el trabajador tenía la facultad de cambiarse de institución con una periodicidad no inferior a un mes.

Estas características contractuales le dieron al sistema una gran inestabilidad. Las Isapres podían en forma discrecional no renovar los contratos de salud a cotizantes que por el aumento de edad constituían cada año un riesgo mayor, y tampoco a aquellas personas que habían sufrido enfermedades catastróficas ("caras" para la Isapre en términos de la relación costo/cotización pactada cuando era mayor que 1).

En esta etapa, dadas las características de los contratos (en especial en el caso de las Isapres abiertas), estas instituciones de salud, aparentemente en lugar de utilizar el concepto teórico de "seguro" tendieron a utilizar el concepto de cuenta corriente individual, de manera muy semejante a las administradoras de fondos de pensiones (AFP). Es decir, aquel cotizante que en un período de tiempo (1 año) originaba un monto negativo, era un "mal cliente" para la Isapre y ésta podía proceder a no renovar el contrato a su vencimiento.

Agréguese el hecho que los cotizantes se cambiaban frecuentemente de Isapre, seguramente atraídos por "mejores ofertas" de la competencia, dada la escasa cultura en materia de seguros a todos los niveles en el país.

La situación de inestabilidad se tradujo a lo menos en dos hechos. En primer lugar, las Isapres no tenían ningún tipo de incentivos para "invertir" en salud o medicina preventiva, dada la rotación de afiliados. Para la primera etapa de las Isapres, se estimó que estas instituciones renovaban el total de sus afiliados en un período que oscilaba entre los 2 1/2 y 5 años (Sánchez, 1988).

Además, la discrecionalidad de las Isapres para no renovar contratos de trabajadores problemáticos, creó desconfianza de los usuarios hacia el sistema, en el sentido de que discriminaba a los enfermos y los viejos, y en especial, a los viejos enfermos.

Como resultado de todo lo anterior, las Isapres tendieron a privilegiar la medicina ambulatoria, con el criterio de otorgar mejores beneficios en ese campo en lugar de privilegiar la cobertura de gastos de hospitalización.

Los "malos clientes" eran marginados de las Isapres y los "buenos", normalmente personas jóvenes, eran disputados por estas empresas,

ofreciéndoles el máximo de beneficios en aquellos servicios que este segmento era más propenso a demandar, precisamente la medicina ambulatoria.

En cuanto a los beneficios otorgados por las Isapres, se pueden establecer tres categorías:

a) Beneficios para la recuperación de la salud

Se estableció en los contratos la más absoluta libertad para fijar el nivel de beneficios, sin determinar un mínimo en cuanto al tipo y número de prestaciones a cubrir y el financiamiento por otorgar.

Con el objeto de evitar posibles excesos de parte de los usuarios, las Isapres determinaron algunas exclusiones (cirugía estética, psicólogos, etc.) y períodos de carencia (lapsos de tiempo en que algunas prestaciones, como partos, algunos tipos de cirugía, etc., no son cubiertos por la Isapre, o bien, lo son con beneficios inferiores a los contratos).

b) Subsidios por incapacidad laboral temporal

Se estableció claramente que las Isapres debían financiar los costos que demandan los subsidios por incapacidad laboral temporal, en un 100% de la renta imponible durante la ausencia laboral por enfermedad. Por este concepto el gasto pasó de un 23% del costo total de explotación en 1984, a un 21% en 1990. Es decir, este ítem representó una proporción importante del costo de los beneficios, no obstante su disminución porcentual.

Adicionalmente, en este período el subsidio maternal (pre y posnatal) pasó a ser financiado con recursos del sector salud.

Esta medida eliminó en forma importante la barrera al ingreso a las Isapres de las mujeres en edad fértil, a la vez que disminuyó el costo del subsidio por este concepto.

Tal innovación de toda justicia, permitió suprimir la discriminación del sistema en contra de las mujeres, al reconocer que al menos parte del costo de la maternidad debe ser asumido y financiado por toda la comunidad.

c) Beneficios de la medicina preventiva

La ley N° 18 469 (Diario Oficial del 23 de noviembre de 1985) introdujo importantes cambios en esta área, como por ejemplo, la obligatoriedad a las Isapres de ofrecer exámenes de control de embarazo a las mujeres afiliadas y el control del niño sano hasta los 6 años. Adicionalmente, si algún afiliado presentaba alguna enfermedad acogida a la medicina preventiva, ésta debía ser cubierta por la Isapre.

Por otra parte, todos los beneficios contratados por el cotizante se hacen extensivos a las cargas legales y a aquellas que reconozcan las Isapres.

Como se señaló anteriormente, en la primera etapa el organismo fiscalizador de las Isapres era el FONASA, quien disponía, en garantía del cumplimiento de los compromisos de las Isapres, del depósito de un mes de cotizaciones que cada una de estas instituciones debía mantener en el sistema financiero a nombre de FONASA, con el objeto de cubrir los compromisos contractuales de las Isapres que éstas no pudieran o consideraran que no debían cubrir.

La segunda etapa de las Isapres se puede considerar que comienza con la dictación de la ley N°18 933 (Diario Oficial del 9 de marzo de 1990), la cual deroga el DFL N° 3 del Ministerio de Salud (Diario Oficial del 19 de mayo de 1981) y sus posteriores modificaciones y complementaciones, destacándose en especial la ley N° 19 831 (Diario Oficial del 17 de mayo de 1995).

Mediante la legislación anteriormente señalada se trató de corregir algunos de los principales problemas detectados a lo largo del primer decenio de funcionamiento de las Isapres, así como recoger algunas inquietudes planteadas por los propios usuarios.

En esencia, la nueva legislación creó la Superintendencia de instituciones de salud previsual, organismo con personalidad jurídica y patrimonio propio, como la entidad encargada de la supervigilancia y control de las Isapres, debido a la necesidad de contar con un organismo especializado y específico en lugar del FONASA. La Superintendencia verifica el cumplimiento que las obligaciones legales y los contratos de salud imponen a las Isapres.

El número de ellas con registros vigentes entre 1990 y 1995 se redujo de 35 a 34 instituciones, como resultado del incremento de las Isapres abiertas de 20 a 21, y la disminución de las cerradas de 15 a 13.

Sin embargo, el número de cotizantes del subsistema de Isapres, así como el de los beneficiarios, casi se duplicó en el mismo período (véanse los cuadros 4 y 5).

CUADRO 4
COTIZANTES DEL SUBSISTEMA DE ISAPRES
(A diciembre de cada año)

Isapres	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Abiertas	798 687	1 004 611	1 197	1 409 301	1 529 892	1 587 089
Cerradas	64 575	66 202	66 313	65 410	62 859	62 163
Total	863 762	1 070 813	1 264 148	1 474 711	1 592 751	1 649 225

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

CUADRO 5
BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE ISAPRES
(A diciembre de cada año)

Isapres	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Abiertas	1 900 255	2 352 804	2 794 218	3 229 572	3 479 350	3 578 797
Cerradas	208 053	213 340	205 845	201 971	190 524	184 852
Total	2 108 308	2 566 144	3 000 063	3 431 543	3 669 874	3 763 649

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

Por otra parte, vale la pena señalar que las Isapres cerradas muestran claramente una declinación, tanto en el número de cotizantes como en el de beneficiarios. Una línea interesante de investigación sería analizar las causas de esta tendencia, ya que en este tipo de instituciones, generalmente sin fines de lucro, se da con mayor fuerza la equidad

distributiva del ingreso. Una posible explicación es que lo anterior no se da en forma voluntaria, sino compulsiva, lo que ha llevado a marginar de este tipo de instituciones a las personas de menores recursos, dado que la renta imponible mensual de los cotizantes muestra un constante incremento.¹

La renta imponible promedio mensual continuó mostrando una disminución para las Isapres abiertas, salvo el último año, ya que en el caso de las cerradas se da la situación inversa (véase el cuadro 6).

CUADRO 6
RENTA IMPONIBLE MENSUAL POR COTIZANTE
(En pesos de diciembre de 1995)

Isapres	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Abiertas	279 559	267 497	261 564	254 772	249 975	269 268
Cerradas	445 340	454 488	466 496	473 193	471 529	481 362
Total	292 944	280 183	273 232	265 237	259 165	277 334

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

No obstante la reducción de la renta imponible mensual por cotizante, la información disponible por tramo de renta muestra una significativa tendencia en cuanto a que hay una clara reducción en el número de cotizantes en rentas más bajas, mientras que los cotizantes de rentas más altas muestran un importante incremento (véase el cuadro 7).

1. Un argumento semejante, aplicado para los sistemas de reparto, se encuentra en la Asociación de Isapres A.G. (1995, p. 17).

CUADRO 7
 COTIZANTES DEPENDIENTES DEL SUBSISTEMA DE ISAPRES ABIERTAS
 POR TRAMO DE RENTA IMPONIBLE MENSUAL
 (A diciembre de cada año)

Renta ^a	1993	1994	1995
Hasta 150	448 301	399 741	317 026
Más de 150	872 477	1 032 084	1 182 648
Total	1 320 778	1 431 825	1 499 674

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

^a Los tramos de renta están expresados en miles de pesos nominales de diciembre de cada año.

Las cifras anteriores permiten inferir que el subsistema de Isapres con sus actuales características, presenta una solución fundamentalmente a los problemas de salud de los niveles de ingreso medios y altos (véase el cuadro 7).

Adicionalmente, al comparar por tramo de renta el número de trabajadores que cotizan en Isapres con el de los afiliados a AFP, se puede deducir que en las actuales condiciones la tasa de expansión de las Isapres tiende a moderarse y a acercarse a una tasa de crecimiento vegetativo de la población más la del incremento del ingreso real de las personas (véase el cuadro 8).

En este período, la Región Metropolitana siguió representando el 60% del total tanto en el número de cotizantes como en el monto de las cotizaciones.

Otra característica de esta segunda etapa es que continuó el descenso —desde un 21% en 1990 a un 19% en 1995— del costo de los subsidios por incapacidad laboral en relación al costo total de explotación.

Sin embargo, las principales modificaciones en este segundo período se refieren a los contratos de salud previsual, y están contenidos en la ley N° 19 381.

En esencia, el contrato de salud es la forma jurídica que adopta y regula la relación entre el cotizante y la Isapre.²

2. Párrafos 3° y 4° del Título II de la ley N° 18 933.

CUADRO 8
 TRABAJADORES QUE COTIZAN EN ISAPRES Y AFP EN 1994

Renta en miles de pesos	Afiliados AFP ^a	Afiliados Isapre	Afiliados AFP que no cotizan en Isapres	% AFP que no está afiliado a Isapres
Menos de 150	1 526 997	405 111	1 121 886	73%
de 150 a 200	265 964	188 456	77 508	29%
de 200 a 250	162 502	134 844	27 658	17%
de 250 a 300	1 107 377	96 913	10 646	10%
de 300 a 350	73 690	71 522	2 168	3%
más de 350	299 736	589 323	—	—
Total	2 436 266	1 486 169	1 239 684	51%

Fuente: Asociación de instituciones de salud previsual (Isapres) A.G. (1993), "Informe anual, 1994", Santiago de Chile.

^a Administradoras de fondos de pensiones (AFP).

Las modificaciones pretendieron zanjar las principales críticas al régimen contractual generadas en el período anterior. De esta manera, se estableció que los contratos son de duración indefinida, y que la Isapre sólo puede ponerle término por mutuo acuerdo entre las partes o por incumplimiento de las obligaciones contractuales del afiliado.

Por otra parte, una vez transcurrido un año de vigencia de los beneficios contractuales, el cotizante puede desahuciar el contrato en cualquier momento. Además, se contempla la posibilidad de pactar contratos de salud por un plazo fijo, durante el cual el afiliado no puede ponerle término.

En relación a las Isapres, éstas quedan facultadas para, al mes de suscripción del contrato de salud, poder revisarlo y adecuar sus precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y monto de los beneficios, a condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan, excepto en lo que se refiere a las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos al momento de su incorporación.

Estas revisiones no pueden tener en consideración el estado de salud del afiliado y beneficiarios. Las condiciones generales deben ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan.

En caso que el cotizante no acepte las nuevas condiciones, la Isapre deberá ofrecerle otros planes de salud alternativos, en condiciones equivalentes, pudiendo el afiliado aceptar alguno de ellos o desafiarse.

Si el afiliado estimare que los planes ofrecidos no reúnen las condiciones de equivalencia, podrá recurrir ante la Superintendencia de Isapres, la que resolverá como árbitro arbitrador.

No obstante la libertad de las Isapres para adecuar el precio y su obligación de no discriminar, el nuevo valor que se cobre al momento de la renovación deberá mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiere sido establecida en el contrato original, usando como base de cálculo la edad del beneficiario a esa época, y la lista de precios vigentes en la Isapre para el plan en que actualmente se encuentre.

La nueva legislación indica que en los contratos de salud las partes podrán convenir libremente el otorgamiento, forma, modalidad y condiciones de las prestaciones y beneficios de salud, debiendo estipular a lo menos los siguientes puntos:

1. Prestaciones y beneficios pactados incluidos porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán.
2. Forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes, prestaciones y beneficios por incorporación o retiro de beneficiarios legales del grupo familiar.
3. Mecanismo para el otorgamiento de prestaciones mínimas a que está obligada la Isapre con los beneficiarios.
4. Precio del plan y unidad en que se pactará, indicándose que el precio sólo podrá ser modificado una vez cumplidos los respectivos períodos anuales. Asimismo, deberá establecerse el arancel o catálogo valorizado de prestaciones, con sus topes, el que debe incorporar, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel FONASA.
5. Montos máximos de los beneficios para cada beneficiario, o para algunas prestaciones.
6. Restricciones a la cobertura, solamente referidas a enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de 18 meses. Sobre esta materia, no podrán suscribirse contratos en que se pacten beneficios respecto de algunas prestaciones, por valores inferiores al 25% de cobertura de esa misma prestación en el plan general convenido.
7. Estipulación precisa de las exclusiones, si las hubiere, las que sólo pueden referirse a: cirugía plástica para embellecimiento, atención

particular de enfermería, hospitalización con fines de reposo, prestaciones de salud a consecuencia de actos de guerra o calificados como delitos por la ley cuando el beneficiario resulte criminalmente responsable, prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto del plan, enfermedades preexistentes no declaradas y prestaciones no contempladas en el arancel FONASA. Sin embargo, transcurrido el plazo de cinco años, las enfermedades preexistentes no declaradas deberán ser cubiertas por la Isapre en los mismos términos que el resto de las prestaciones originadas por enfermedades no preexistentes, a no ser que la Isapre probare que esta enfermedad requirió de atención médica durante los antedichos cinco años y el cotizante la ocultó con el objeto de favorecerse con esta disposición legal.

Finalmente, la ley N° 19 381 reconoció un nuevo concepto que es el excedente de cotización, el cual se produce cuando el monto de la cotización que ingresa a la Isapre es superior al precio del plan convenido. La ley reconoce que esta diferencia o excedente es de propiedad del afiliado y especifica claramente su uso.

De acuerdo a como lo señala el cuerpo legal, las Isapres pueden otorgar directamente las prestaciones que demandan sus cotizantes, en la medida en que cuenten con infraestructura hospitalaria propia, o bien, concurrir al financiamiento de los gastos médicos en que incurra el beneficiario.

De esta manera, es posible identificar tres modalidades o planes bajo los cuales las Isapres entregan sus beneficios:

1. Reembolso de gastos médicos en un sistema de libre elección. En este caso, el cotizante cancela directamente la prestación médica recibida y posteriormente, con la boleta o factura, solicita en la Isapre el reembolso de un porcentaje de dicho gasto, normalmente con un tope o límite máximo. En esta modalidad la Isapre no tiene ningún tipo de control sobre los costos y/o los precios cobrados, los que han mostrado importantes incrementos reales, de modo que a mayor precio cobrado el porcentaje de reembolso es menor, debido a la existencia de montos máximos de devoluciones.

Este tipo de planes es el que origina mayores problemas y reclamos. El hecho de que las Isapres no tengan ningún control sobre los precios por los servicios prestados, genera la prima o cotización sea creciente en el tiempo o bien se mantenga en el tope máximo fijo; para el cotizante esto significa que la Isapre le financia un porcentaje cada vez menor de sus gastos, lo que origina una fuente de críticas a estas instituciones.

De acuerdo a lo anterior, este problema no tiene solución para los planes de libre elección absoluta, ya que, para mantener los beneficios, la cotización debería incrementarse de acuerdo al aumento de precio mercado de los servicios de salud que se demandan.

2. Bonos valorizados o precios fijos pactados mediante convenios entre Isapres e instituciones de salud.

En esta modalidad, la Isapre firma un convenio con una o más instituciones de salud, laboratorios o médicos, fijando de antemano el valor de las prestaciones.

En términos prácticos, el beneficiario concurre a la Isapre para adquirir el bono valorizado, o bien, cancela directamente la prestación y posteriormente solicita el reembolso a la Isapre.

En este tipo de planes los cotizantes están "atados" a ciertas clínicas, laboratorios o médicos, y reciben las prestaciones sin costo o cancelando un pequeño porcentaje del valor del mismo.

Al tener la Isapre un control respecto de los costos, estos planes son de precio relativamente inferior a los de libre elección absoluta.

3. Atención al beneficiario en infraestructura propia.

En este mecanismo, la Isapre, a través de infraestructura médica ambulatoria y hospitalaria de su propiedad, otorga las prestaciones médicas requeridas por los cotizantes de acuerdo a un arancel definido. Normalmente, el beneficiario no requiere cancelar por los servicios, o bien, lo hace en un bajo porcentaje del valor de la prestación.

Sin embargo, en la práctica estas modalidades se combinan, ya que una persona puede estar en un plan de libre elección con topes máximos por prestación médica y al mismo tiempo la Isapre, a través de infraestructura propia o mediante convenios, puede ofrecer prestaciones de acuerdo a un arancel compatible con los topes máximos de dicho plan, a las cuales puede acceder el cotizante.

3. LOS SUBSIDIOS CRUZADOS

Al estar constituido el sistema de salud en Chile por un subsistema público y uno privado, es necesario explicitar los subsidios o transferencias que un subsistema le otorga al otro, con el objeto de analizar sus efectos sobre la equidad.

En primer lugar, se destacan las transferencias determinadas por ley y cuyos efectos sobre la equidad son discutibles:

1. Licencias materiales (pre y posnatal) y licencias por enfermedad del hijo. A partir de 1988 son financiados por el Fondo Único de Prestaciones Familiares. En este caso, se trata del reconocimiento explícito que al menos parte del costo de la maternidad y cuidado de infantes debe ser asumido por la sociedad en su conjunto, a fin de disminuir la discriminación por género.
2. Cotización adicional legal del 2% según la ley N°18 566, que para 1995 alcanzó a 20 391 millones de pesos, lo que representa el 4% del total de los ingresos de explotación de las Isapres. Esta transferencia se considera una ayuda para que cotizantes legales de la salud puedan acceder al subsistema de Isapres, puesto que de otra manera estarían en FONASA.

Adicionalmente a estas transferencias determinadas por ley, existen otras que se producen al margen de la legalidad:

1. Transferencias de FONASA a las Isapres, por subfacturación a estas últimas instituciones cuando algún cotizante de ellas es atendido en el subsistema público de salud sin una adecuada identificación, motivo por el cual no se procede al cobro a la respectiva Isapre. En esta materia, FONASA inició una campaña contra los subsidios cruzados. De esta manera, desde el 1 de agosto de 1995 todas las tesorerías de FONASA cuentan con un programa computacional que les permite bloquear la entrega de credenciales, la venta de bonos de atención y la valorización de programas, a los cotizantes de las Isapres. En la actualidad se trabaja en la instalación de estos programas en los hospitales. Se estima que el gasto que asume el Estado

por esta subfacturación a las Isapres es del orden de los 12 000 a los 15 000 millones de pesos anuales.³

Resulta indudable que este tipo de subsidios no es compatible con ningún criterio de equidad definido, debido a que la política global de salud implica que el sector de la población de mayores ingresos y que por lo tanto está en condiciones de financiar servicios de salud de una cobertura mayor a la mínima, no requiere del gasto público en salud, permitiendo de esta manera una focalización en sectores de menores ingresos.

2. Transferencias de las Isapres a FONASA, que se producen cuando una persona, sin tener calidad de cotizante o beneficiario de una Isapre, obtiene beneficios como si lo fuera mediante simulación o engaño. En prevención de este fraude se tipificó una figura delictiva especial para sancionar a esas personas, como asimismo al afiliado que obtuviere mayores beneficios que los que le corresponden.

La eliminación de los dos tipos de subsidios cruzados anteriormente descritos, mediante mejoras a los sistemas administrativos que permitan una adecuada identificación del cotizante, es altamente probable que produzca dos efectos. Por una parte, un incremento en los costos de explotación del subsistema de Isapres, aunque en magnitudes no significativas (de orden del 4%), y por otra, que los usuarios de las facilidades médicas de FONASA, pero afiliados a Isapres, al verificar que se les comienzan a imputar los pagos por las prestaciones de salud recibidas, decidan trasladarse al subsistema FONASA por resultarles más económico. Esto debería ocurrir especialmente para los afiliados de menores ingresos, lo que reforzaría la tendencia señalada en páginas anteriores, por cuanto los beneficios de los planes de menor valor pueden resultar inferiores a los de FONASA especialmente en enfermedades que se pudiesen considerar catastróficas para tales afiliados. Por otra parte, un mejor control de las Isapres a los beneficiarios legales debe producir una reducción en los costos de explotación, en un porcentaje no determinado.

3. Esta cifra fue tomada de la intervención del senador Mariano Ruiz-Esquide, en la 23ª sesión ordinaria del Senado, del 31 de julio de 1996.

IV. ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y TERCERA EDAD

1. ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Enfermedades catastróficas son aquéllas en que los gastos reales efectuados por una familia en salud, la ponen en una situación de insolvencia.

Esta definición puede dar origen a tres interpretaciones diferentes:

- a) Prestaciones médicas de un alto costo unitario. Por ejemplo, una operación al cerebro.
- b) Alto gasto en salud en un período determinado de tiempo. Por ejemplo, un tratamiento periódico.
- c) Alto gasto en salud en un período determinado de tiempo, pero referido al ingreso familiar, es decir, se considera la capacidad de pago en la *unidad familiar*. En términos prácticos, significa que una enfermedad puede resultar catastrófica para una familia (o afiliado), pero no para otra.

Desde el punto de vista de la equidad distributiva del ingreso, la tercera definición es la que mejor se ajusta a este concepto. Sin embargo, es la que presenta mayores problemas en su aplicación porque requiere de la medición periódica del ingreso familiar y de los gastos en salud, con las dificultades que estas mediciones conllevan.

Cada una de las tres definiciones anteriormente señaladas origina teóricamente diferentes tipos de seguros como solución, con ventajas y desventajas entre ellos, pero no existe una solución simultáneamente óptima a las tres situaciones.⁴

En todo caso, al estar referido al problema de las catástrofes en salud de los afiliados a Isapres, el gasto que origina esta circunstancia comprende sólo el copago que debe hacer el beneficiario y que depende del plan al que esté acogido.

4. Un examen completo de este tema se encuentra en la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1995.

Algunos estudios realizados permiten inferir que estas situaciones son de baja ocurrencia. No obstante, causan preocupación a los afiliados a Isapres como lo demuestran las encuestas.

Un estudio realizado para las Isapres abiertas para el año 1994, concluyó que el 2.5% de los cotizantes realizó un copago acumulado anual de a lo menos 500 000 pesos, que equivale prácticamente al doble de la renta imponible para dicho año (Pontificia Universidad Católica de Chile, 1995).

El estudio señalado indica también que la cobertura efectiva de que disponen los afiliados a Isapres abiertas varía en forma inversa al monto del gasto. Así por ejemplo, mientras que los cotizantes que efectuaron gastos anuales inferiores a 500 mil pesos realizaron copagos que alcanzaron al 32% del gasto, el copago para los cotizantes que registraron gastos por 5 millones de pesos o más anualmente, sólo alcanzó al 47%. Es decir, ante un gasto en salud de 5 millones de pesos el cotizante tuvo que cancelar 2.35 millones de pesos.

Por otra parte, la Asociación de Isapres A.G. realizó para 1995 estudios para dos instituciones. El primero, referido a Isapre Banmédica, indicaba que de una muestra de 50 000 programas pagados, el 0.4% implicaba copagos superiores al 20% de la renta anual del afiliado. El segundo estudio, realizado para Isapre Consalud, concluyó que de 376 746 casos analizados, el 0.7% registró copagos por un monto superior al 25% de la renta anual del cotizante.

La Superintendencia de Isapres realizó en 1993 un estudio del porcentaje de copagos de planes equivalentes en las seis principales Isapres. Para dicho efecto se consideraron dos enfermedades catastróficas: infarto al miocardio con cirugía de by pass y enfermedad renal crónica con tratamiento de hemodiálisis. En el análisis se consideraron dos planes. El primero, para afiliados jóvenes de altos ingresos, con una cotización de 4.2 UF, y el segundo, un plan mínimo para cotizantes de ingresos relativamente bajos (renta imponible de 129 000 pesos).

Con el fin anteriormente señalado, se estandarizaron las prestaciones y se valorizaron a precios de mercado, según valores de la Clínica Alemana para planes de cotizantes de altos ingresos, y con el arancel de FONASA para el plan mínimo.

Del caso de infarto al miocardio se desprende que los porcentajes de bonificación para el plan máximo oscilan entre un 52% y un 96%, sobre un valor facturado de prácticamente 8 millones de pesos. Es decir,

el cotizante de la Isapre debe cancelar por concepto de copago un monto que oscila entre casi 300 mil pesos y 3.9 millones de pesos, dependiendo de la institución específica (véase el cuadro 9).

CUADRO 9
INFARTO AL MIOCARDIO

Isapre	Plan máximo		Plan mínimo	
	Porcentaje Bonificación	Copago (En miles de pesos)	Porcentaje Bonificación	Copago (En miles de pesos)
	Valor facturado 8 681 483 pesos		Valor facturado 1 691 481 pesos	
Cruz Blanca	96	289	64	614
Colmena	80	1 608	89	193
Banmédica	69	2 547	66	575
Consalud	64	2 936	44	955
Compensación	57	3 458	48	882
Promepart	52	3 904	56	753

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

Para el plan mínimo, el porcentaje de bonificación varió más que en el caso anterior, ya que osciló entre un 44% y un 89% sobre un valor facturado de 1.7 millones. Vale decir, fluctuó entre casi 200 mil pesos y 1 millón de pesos.

Para la hemodiálisis, en el caso del plan máximo, el porcentaje de bonificación varió entre un 57% y un 90%, y para el plan mínimo, entre un 77% y un 90% (véase el cuadro 10).

CUADRO 10
HEMODIÁLISIS

Isapre	Plan máximo		Plan mínimo	
	Valor facturado 567 739 pesos		Valor facturado 246 871 pesos	
	Porcentaje Bonificación	Copago (En miles de pesos)	Porcentaje Bonificación	Copago (En miles de pesos)
Colmena	90	57	77	58
Banmédica	80	114	80	49
Cruz Blanca	80	114	80	49
Consalud	77	132	87	33
Compensación	70	171	80	50
Promepart	57	247	90	25

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

Para Consalud y Compensación, el valor facturado utilizado fue de 246 871 pesos, que corresponde al Fondo Nacional de Salud (FONASA) Nivel II.

De los antecedentes anteriormente expuestos se deduce que los copagos se pueden traducir en una catástrofe financiera, debido tanto a una mala cobertura del plan escogido, como a la inadecuada elección de la clínica y hospital por parte del afiliado. Es decir, un error del beneficiario en la elección del plan o clínica puede transformar una prestación normal en una catástrofe financiera para su familia. De aquí la necesidad de una adecuada y oportuna información al usuario.

Esta situación se puede ilustrar, adicionalmente, por la diferencia de precios que se da entre distintas clínicas para prestaciones similares, tarifas que el usuario normalmente no conoce al requerir su uso. Así por ejemplo, el costo de un día cama puede fluctuar entre los 50 mil pesos y los 158 mil pesos, dependiendo de la clínica (véase el cuadro 11).

CUADRO 11
TARIFAS DE CAMA
(Pesos de diciembre de 1995)

Nombre de la clínica	Día cama		UTI	Día cama maternidad	
	Individual	Doble	Adulto	Individual	Doble
Alemana	115 667	83 227	188 563	83 227	115 677
Central	49 125	33 077	—	33 077	49 125
Cordillera	54 788	46 550	—	36 025	42 413
Dávila	58 900	39 600	119 000	37 300	54 000
Grecia	—	—	—	22 499	32 529
Indisa	88 300	—	176 100	—	86 200
Las Condes	158 047	—	262 419	—	158 047
Santa María	106 800	—	187 200	—	79 900
Clínica U. Católica	70 400	—	143 800	—	49 300
Del Profesor	49 800	36 900	149 800	36 900	49 800

Fuente: Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Informe final del estudio sobre cobertura catastrófica para cotizantes del sistema de Isapre, Santiago de Chile, 1995.

Frente a esta realidad, en el curso de los dos últimos años se han comenzado a ofrecer en el mercado diferentes seguros, tanto por Isapres como por compañías de seguros, para hacer frente a catástrofes de salud. En general, se trata de seguros restrictivos en cuanto a edad, enfermedades que cubren y monto. Sin embargo, hay que destacar que se trata de seguros adicionales a la cotización legal y que, por lo tanto, estarían fundamentalmente al alcance de personas de mayores ingresos con un fuerte sentido de la previsión en salud, hipótesis no comprobada, ya que la realidad demostraría más bien lo contrario.⁵

Por otra parte, el escaso desarrollo de seguros que permitan cubrir enfermedades catastróficas no puede ser sólo atribuido a la imprevisión de los cotizantes, que no muestran interés en estas coberturas adicionales, sino que, por el contrario, puede ser una respuesta perfectamente racional de los afiliados ante las actuales características del subsistema

5. Un interesante desarrollo del problema de la imprevisión para el caso chileno se encuentra en Pontificia Universidad Católica de Chile (1995).

FONASA, al cual pueden acceder prácticamente sin limitaciones. Esta situación, a su vez, genera incentivos para que las Isapres privilegien planes de salud con bajas coberturas para enfermedades catastróficas, enfatizando básicamente prestaciones ambulatorias.

2. TERCERA EDAD

Conjuntamente con las enfermedades catastróficas, el tema de los planes de salud para la tercera edad es la otra fuente de crítica al subsistema de las Isapres, debido a la creencia generalizada que, al entrar a la edad pasiva, el cotizante verá incrementado el costo de los planes de salud más allá de sus posibilidades financieras.

La preocupación es legítima, ya que al entrar a la tercera edad, al afiliado se le pueden presentar simultáneamente los siguientes problemas: incremento de la prima o cotización, disminución de sus ingresos (jubilación) y aumento de sus gastos en salud por mayor número de enfermedades y una más alta probabilidad de sufrir aquellas catastróficas.

Desde el punto de vista financiero de las Isapres, se producen simultáneamente dos situaciones que operan con signo contrario. Por una parte, un mayor costo de explotación en bonificaciones y prestaciones directas y, por otra, la eliminación de los subsidios por incapacidad laboral,⁶ que obviamente no perciben los jubilados.

Con el objeto de verificar si las críticas tienen algún fundamento en la realidad, la Superintendencia de Isapres, en virtud de sus funciones legales, encargó al Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile (Universidad de Chile, 1995) un estudio destinado a analizar el problema.

El criterio seguido por el mencionado estudio para determinar si existe problema de financiamiento de la cotización de los planes de salud para la tercera edad, fue que el ingreso de los afiliados, deducidos los costos de salud (cotización más copagos y gastos en fármacos), sufre una caída de a lo menos 30% al entrar a la edad pasiva.

Las principales conclusiones que se pueden extraer del estudio fueron:

6. Cabe recordar que este ítem representa casi el 20% del costo total de explotación de las Isapres.

- a) El gasto facturado en prestaciones de salud efectuado por hogares cuyo jefe de familia tiene 60 años y más, es un 112% superior al del tramo 45-59 años, al incrementarse el gasto en salud por beneficiario de 109 mil pesos a 232 mil pesos anuales.
- b) El mayor gasto se origina por un aumento de 30% en el precio promedio de las prestaciones y un incremento de 63% en la frecuencia de uso de las prestaciones de salud.
- c) Para proyectar los ingresos de los cotizantes, se utilizó un modelo de capital humano.⁷
- d) La caída en el ingreso neto por beneficiario se analizó para tres escenarios, en los cuales variaba la rentabilidad de los fondos de pensiones (5%, 5.5% y 6%). Adicionalmente, se contempló una tasa de crecimiento anual en los costos de salud de un 2% por sobre el índice de precios al consumidor (IPC) y un aumento de la productividad de un 2% (véase el cuadro 12).

CUADRO 12

CAÍDA EN EL INGRESO DISPONIBLE POR BENEFICIARIO AL LLEGAR A LA TERCERA EDAD, NETO DE COSTOS DE SALUD

Edad actual	Escenario		
	Pesimista	Intermedio	Optimista
23	42%	33%	15%
35	20%	11%	- 9%
45	10%	5%	- 9%
55	18%	16%	7%

Fuente: Universidad de Chile, "Proyecto: alternativas de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema Isapre", Santiago de Chile, Departamento de Ingeniería Industrial, diciembre de 1995.

7. Para una explicación más amplia, consultar Universidad de Chile (1995).

- e) Del cuadro anterior se desprende que al alcanzar la tercera edad se le presentarán problemas de financiamiento de los gastos en salud a los cotizantes más jóvenes (de 23 años), solamente si la rentabilidad futura de los fondos previsionales resulta inferior al 6% anual en términos reales, ya que en ese caso la caída del ingreso disponible sería superior al 30% (42% y 33% respectivamente para rentabilidades de 5% y 5.5%). Especialmente grave es la situación cuando el jefe de familia tiene, además, menos de 10 años en educación. En caso de que el jefe de familia tenga 35 años de edad y 8 años de educación, deberá destinar más de un 20% de su ingreso disponible en la tercera edad para cotizar un plan de cobertura mínima.
- f) Estos resultados se deben a que el gasto familiar total en salud aumenta poco en la tercera edad, ya que la Isapre no requiere cancelar el subsidio por incapacidad laboral, de modo que las cotizaciones deben aumentar menos que los gastos facturados en salud, y los gastos facturados a los mayores de 65 años se compensan por el hecho que la familia se reduce cuando el jefe de hogar alcanza la tercera edad. También se debe destacar que las pensiones que recibirán los afiliados de más de 35 años se han visto beneficiadas por las altas tasas de rentabilidad del sistema previsional privado, que es poco probable que se repitan en el futuro.
- g) Por otra parte, también es posible concluir que no es de esperar que en el futuro próximo se produzca un éxodo masivo de personas en la tercera edad, desde Isapres a FONASA, con los costos que esta situación implicaría para el sistema estatal de salud.
- h) La existencia de un problema de financiamiento de la salud para afiliados jóvenes y de poca educación al llegar a la tercera edad, depende de proyecciones a muy largo plazo, generalmente sujetas a amplios rangos de error, motivo por el cual se considera necesario repetir el estudio en el futuro, para analizar, en especial, el comportamiento de este grupo etario que podría ser el más vulnerable.

El mencionado estudio propone diferentes alternativas de solución al problema, pero para mantener la naturaleza no solidaria de las Isapres se inclina por que los afiliados aporten un 1% de su renta a un fondo individual complementario a la cuenta de la AFP. Este fondo permitiría comprar una renta vitalicia equivalente al alza esperada en el costo de los planes de salud.

La propuesta anterior implica, en términos prácticos, incrementar la cotización de salud a un 8%, o bien, reducir la cotización destinada a pagar planes antes de jubilar a un 6% de la renta. Es indudable que esta situación podría no afectar en forma significativa a los segmentos de mayores ingresos.

Una alternativa a este verdadero "ahorro forzoso", es el ahorro voluntario mediante incentivos tributarios contenidos en la política fiscal (Aedo, 1996). Este último, al igual que el ahorro forzoso, consistiría en una solución para los grupos de mayores ingresos, quienes podrían generar el ahorro requerido.

Al observar la evolución del número de afiliados de la tercera edad a las Isapres, se puede concluir que si bien ha aumentado en forma importante en los últimos años, el porcentaje que este grupo etario representa en relación al total de cotizantes del subsistema, está aún por debajo del promedio nacional.

CUADRO 13
EVOLUCIÓN TERCERA EDAD

Año	Afiliados 3ª edad a Isapres	Porcentaje respecto total afiliados	Porcentaje respecto total población
1990	82 797	3.2	8.9
1991	83 567	2.5	9.0
1992	91 288	2.3	9.1
1993	105 947	2.3	9.1
1994	114 498	2.4	9.2
1995	120 964	3.2	9.3

Fuente: Asociación de Isapres A.G., "Informe anual, 1996", Santiago de Chile, 1995.

Si bien el trabajo anteriormente reseñado trató de eliminar el sesgo etario, en el futuro se requiere observar cuidadosamente el comportamiento de los supuestos de las proyecciones, dado el cambio en la composición por edades que es posible esperar en las Isapres.

El mencionado estudio de la Universidad de Chile, analiza también el incremento en las cotizaciones que enfrenta el afiliado al alcanzar la tercera edad y su comparación con los gastos reales facturados en salud, por distintos tramos de edad de los afiliados a las Isapres. Con el objeto de hacer comparable la información se trabaja con precios relativos. Por ejemplo, en el caso de la Isapre A se presenta un plan que tiene un valor de 100 para el tramo de 18 a 24 años y de 450 para el tramo de 75 y más años. Esta situación puede ser comparada con los gastos facturados en salud, los que indican que para el tramo de 18 a 24 años el cotizante origina un gasto de 100, mientras que esta misma persona al llegar al tramo de 75 y más años, aumenta su gasto a 342.

CUADRO 14
FACTORES DE PRECIOS RELATIVOS POR EDAD Y GASTO FACTURADO
PROMEDIO POR BENEFICIARIO

Tramo de edad	Isapre A	Isapre B	Isapre C	Gasto facturado en salud
0-1	0.5	0.50	1.0	1.35
1-17	0.5	1.00	1.0	0.50
18-24	1.0	1.00	1.0	1.00
25-32	1.0	1.00	1.0	1.00
32-34	1.0	1.00	1.0	1.00
35-39	1.0	1.00	1.0	1.00
40-44	1.1	1.00	1.0	1.00
45-50	1.4	1.12	1.0	1.61
51-55	1.4	1.20	1.0	1.61
56-58	1.4	1.57	1.5	1.61
59-60	1.4	3.50	1.5	1.61
61-64	2.0	3.50	1.5	3.42
66-74	3.0	5.10	2.5	3.42
75 y más	4.5	5.10	2.5	3.42

Fuente: Universidad de Chile, "Proyecto: alternativas de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema Isapre", Santiago de Chile, Departamento de Ingeniería Industrial, diciembre de 1995.

Del cuadro 14 se puede deducir que las Isapres A y B discriminan a la tercera edad (o bien sus costos son superiores al promedio), mientras que la Isapre C muestra un plan para la tercera edad con costos compatibles con los gastos reales.

La situación anteriormente reseñada también puede ser contrastada con la cotización promedio por afiliado para cada tramo de edad (véase el cuadro 15).

CUADRO 15
COTIZACIÓN PROMEDIO MENSUAL
ISAPRE ABIERTA POR TRAMO DE EDAD

Edad	18 - 44	45 - 59	60 y más	Total
Número de cotizantes	254 175	31 947	4 722	293 451
Cotización promedio (en pesos)	20 905	28 731	33 157	22 937

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

En este caso, las cotizaciones por tramo de edad se incrementan menos que el gasto real facturado en salud. Lo anterior puede deberse a alguna de las tres causas siguientes o a una combinación de ellas: i) las Isapres no deben efectuar pagos para cubrir el subsidio por incapacidad laboral a partir de la edad pasiva (que alcanzan a casi un 20% del costo total de explotación); ii) el número de cargas por cotizantes decrece a partir de los 45 años; y iii) algunos cotizantes, al llegar a la edad pasiva, se cambian a planes de menor valor.

Por otra parte, la Asociación de Isapres publicó cifras prácticamente un año después de las del estudio realizado por la Universidad de Chile, que muestran que los factores de precios relativos de los planes de salud por grupos etarios, experimentan incrementos menores a los indicados en dicho estudio (véase el cuadro 16).

CUADRO 16
 PLANES COMPARATIVOS POR ISAPRES:
 FACTORES DE PRECIOS RELATIVOS

Edad	Isapre 1	Isapre 2	Isapre 3	Isapre 4	Isapre 5	Isapre 6	Isapre 7
>35 años	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
>49 años	1.20	1.5	0.88	0.94	0.82	1.10	1.04
>52 años	1.01	0.89	0.76	1.00	0.69	0.88	0.76
>56 años	1.01	1.11	0.65	0.91	0.77	0.78	1.12
>60 años	1.90	1.53	1.47	1.15	0.77	0.97	1.61
>70 años	3.03	1.94	1.47	1.82	1.28	1.62	1.61
>80 años	3.27	2.25	1.47	1.82	1.28	1.62	1.61

Fuente: Asociación de Isapres A.G., "Visión sinóptica sistema Isapre, 1995", Santiago de Chile, 1994.

La aclaración puede deberse a la crítica pública a esta situación, así como a un mayor conocimiento que el subsistema de Isapres ha tenido de la evolución de los gastos médicos facturados por tramo de edad. El hecho de no conocerlos anteriormente, puede haber llevado a las Isapres a adoptar criterios conservadores que les permitieran cubrir con creces los posibles incrementos en los gastos en salud, pero que han ido modificando al tener información empírica del comportamiento de los gastos facturados.

V. CONCLUSIONES

Las Isapres, como instituciones aseguradoras, se basan en la dispersión del riesgo de gasto asociado a cada plan individual de salud, entre todos los afiliados a dicho plan. De esta manera, se calcula el comportamiento del gasto en salud asociado a un grupo significativo de beneficiarios, a fin de definir las características de los planes de acuerdo a las particularidades de cada grupo de cotizantes.

No es fácil mejorar la equidad distributiva del subsistema en relación a enfermedades catastróficas y tercera edad sin rediseñar todo el sistema de salud, ya que las Isapres, por definición, están basadas en un sistema de seguros en lugar de uno de previsión o solidario, como podría ser el caso de FONASA.

La esencia de un seguro es el riesgo y, por lo tanto, no es factible asegurar a personas con riesgo cierto o certeza cuando, por ejemplo, tienen una enfermedad grave. Por lo tanto, en cierta forma las propuestas apuntan a que las Isapres sean un sistema mixto, que permita solucionar los principales problemas no enteramente resueltos hasta la fecha.

En todo caso, dadas las características y la evolución que ha tenido el subsistema de Isapres desde sus comienzos, con la actual legislación básicamente presenta una solución al problema de la salud de los grupos de ingresos medios y altos, habiendo alcanzado un número de cotizantes que debería estabilizarse en el tiempo, con sólo un incremento equivalente al crecimiento vegetativo de la población más el aumento de su ingreso real.

Para el caso de las Isapres cerradas, dado que por lo general ofrecen un solo plan, independientemente de la cotización, no se produce discriminación contra los afiliados de mayor edad o que puedan sufrir algún tipo de enfermedad catastrófica.

En este esquema, de llegar a requerirse algún ajuste debido a un incremento en los costos de explotación, la solución pasa por una reducción de los beneficios⁸ a fin de equilibrar los costos con los ingresos, ya que la otra alternativa sería incrementar el porcentaje de la cotización, por sobre lo legal, a objeto de mantener los beneficios. Por lo tanto, en este tipo de instituciones no se presentan problemas de equidad distributiva que afecten a algún grupo específico de sus cotizantes.

En cambio, en las Isapres abiertas, se considera que la compensación entre sanos y enfermos para un mismo plan puede no ser suficiente. Esta situación es posible que se presente tanto dentro de un grupo de la misma edad (equidad vertical), como entre grupos de edades distintas (equidad horizontal).

Por lo tanto, se requiere crear o incentivar las condiciones para que se produzca un mayor grado de equidad distributiva inter e intra grupos etarios, el que se puede alcanzar de dos maneras:

- i) Esperando que el mercado se ajuste automáticamente, al crear los mecanismos y herramientas que respondan a las necesidades de los cotizantes, que es la forma como normalmente funciona una economía social de mercado.

8. Dependiendo del tratamiento de las enfermedades catastróficas, un reaseguro, como se plantea más adelante en estas conclusiones, podría ayudar a solucionar este problema.

En la práctica, tanto las Isapres como las compañías de seguros han comenzado a ofrecer productos destinados a solucionar estos casos conflictivos, aunque en esta primera etapa con cobertura limitada (monto y edad).

El problema de adoptar esta vía consiste en que la variable de ajuste es el tiempo y resulta altamente probable que la solución requiera de un período demasiado largo, lo cual es socialmente inaceptable a la vez que puede llevar a cuestionar ante la opinión pública la validez misma de las Isapres, no obstante constituir la respuesta al problema de salud de un grupo significativo de la población.

Además, es necesario destacar que estos instrumentos tienen un costo que se debe sumar a la cotización legal, lo que podría inducir a los cotizantes de menores ingresos a emigrar a FONASA a objeto de lograr una cobertura mayor con sólo el 7% de la cotización.

- ii) Fortaleciendo el papel regulador del Estado en salud, al restringir o acotar algunos parámetros relacionados con los planes que ofrecen las Isapres, a fin de incentivarlas o inducir las a ofrecer planes más equitativos desde el punto de vista distributivo del ingreso. Al respecto, cabe destacar que este subsistema de salud goza de la más amplia libertad, en especial de la referida a los planes ofrecidos y, por lo tanto, a los beneficios pactados.

Mayores grados de equidad implican restricciones a la libertad que hoy tienen las Isapres. Es decir, existe un "trade off" entre libertad y equidad distributiva que es necesario asumir. La mayor equidad distributiva no se logra de manera voluntaria, sino en forma compulsiva. Por lo tanto, implica la introducción de un mínimo de restricciones o regulaciones a la libertad que permitan avanzar en la solución de los problemas públicamente más notorios, reconociendo que en la actualidad ningún país ha alcanzado una respuesta óptima frente a estos escollos.

Por otra parte, una mayor equidad distributiva implica también la imposición de algún tipo de restricciones a los cotizantes, en términos de su movilidad o traslado entre los subsistemas de Isapres y FONASA, de modo de evitar el cambio continuo por parte de los afiliados que sólo buscan aprovechar los beneficios de ambos. En otras palabras, se deben imponer algunas barreras de libre tránsito de los usuarios entre FONASA e Isapres y viceversa, ya que de otra

manera no existen soluciones, ni aún aquellas que puedan ser consideradas como imperfectas.

Dadas las actuales características del subsistema de Isapres, que básicamente presenta una respuesta al problema de salud de grupos de mayores ingresos, y a fin de resolver algunos de los requerimientos pendientes referidos a la equidad distributiva, se plantea a continuación un conjunto de medidas legales y reglamentarias que, de aplicarse, mejorarían notablemente la equidad entre los afiliados a este tipo de instituciones, y eliminarían así una fuente importante de críticas. Tales modificaciones apuntan a solucionar el problema de las enfermedades catastróficas y de la tercera edad.

Por otra parte, se estima que estas medidas son políticamente viables, ya que mantienen la esencia de estas instituciones y mejoran el servicio a sus beneficiarios, a la vez que no ponen en peligro su factibilidad financiera.

Al respecto, cabe mencionar que teóricamente existirían otras alternativas, pero éstas pasan por la reformulación total del sistema de salud, incluyendo FONASA debido a las distorsiones que produce.

Las disposiciones propuestas conforman un conjunto armónico, aunque es posible aplicar separadamente una o más de ellas, pero con un efecto menor en la equidad distributiva entre grupos etarios de los afiliados a Isapres. Son las siguientes:

1. Fomentar, mediante incentivos legales o de otra índole, que los planes que ofrecen las Isapres privilegien a las prestaciones hospitalarias en lugar de las ambulatorias, por cuanto las primeras generalmente se traducen en mayores costos para los usuarios. Por ejemplo, reducir o limitar los porcentajes de reembolso de las prestaciones ambulatorias, unido a una mejor cobertura de enfermedades que produzcan mayor daño financiero. Inclusive, en extremo se puede llegar a plantear regulaciones para que todas las Isapres tengan que ofrecer uno o más planes de iguales características (homogeneización de planes), a fin de facilitar la comparación entre los usuarios. Esta restricción a la libertad es posible de aminorar permitiendo que las Isapres puedan ofrecer, además de estos planes obligatorios, los planes que ellas estimen más convenientes a las necesidades del mercado y en especial a los nichos a los cuales deseen llegar.

2. Incentivar la oferta de planes de salud que contemplen montos mínimos anuales en gastos médicos incurridos por los cotizantes, por sobre los cuales las Isapres comienzan a efectuar copagos. Por ejemplo, se establece que el cotizante puede recurrir a la Isapre solicitando copagos sólo después de acumular gastos reales en salud que superen los 100 000 pesos en un año calendario. De esta forma, es posible que los excedentes que generen estos planes, al no proceder la Isapre a efectuar copagos por gastos en salud hasta alcanzar dicho mínimo predeterminado, permitan mejorar las coberturas para enfermedades catastróficas y reducir el costo de los planes para la tercera edad.
3. Mejorar la reglamentación para que las Isapres informen en forma periódica a sus cotizantes respecto de los hospitales o clínicas más adecuados a sus planes de salud en casos de hospitalización, incluyendo ejemplos de algunas prestaciones más frecuentes, indicando el monto asumido por la Isapre (copago) y lo que debe financiar el cotizante, destacando que la utilización de otras instituciones de salud podría transformar una prestación hospitalaria normal en una enfermedad catastrófica, como está ocurriendo con cierta frecuencia en la actualidad de acuerdo a estudios efectuados. De igual forma, se debe mejorar la información respecto de los laboratorios y médicos con los cuales se tiene convenios, y destacar los montos que debe cancelar el afiliado.
4. En relación a la tercera edad, por causas naturales las Isapres deben afrontar un mayor costo de explotación, debido a un aumento en la frecuencia del uso de prestaciones ambulatorias y hospitalarias. Sin embargo, este grupo etario, al jubilar, deja de ocasionar gastos por concepto de subsidio por incapacidad laboral, monto que alcanza a cerca de un 20% del total de gastos de explotación. No obstante que los dos fenómenos anteriores se contrarrestan mutuamente, la cotización para los afiliados se ve fuertemente incrementada a partir de los 65 años. En este caso, se requeriría aumentar la equidad distributiva vertical entre generaciones, de modo que el o los grupos de menor edad subsidien a los grupos de mayor edad.

Entre las fórmulas para reducir este problema se pueden señalar:

- a) Que los planes ofrecidos por las Isapres contemplen un número reducido de grupos etarios para efectos de la cotización del afiliado. Por ejemplo, se podría plantear que cada plan diferencie sólo a dos grupos, uno hasta los 55 años y otro a partir de los 56 años de edad. Es decir, cada plan originaría sólo dos montos de cotización según la edad del afiliado. Inclusive, se podría plantear que cada plan origine solamente una cotización, independiente de la edad del afiliado.
- b) Determinar el incremento máximo en el monto de cotización para un mismo plan, entre el grupo etario de menor edad y el de la tercera edad. Por ejemplo, que el monto de cotización para el grupo de más de 65 años no pueda ser superior al 150% del costo del mismo plan para el grupo de 20 a 25 años.

Adicionalmente, se puede buscar una solución intermedia.

En relación a esta propuesta, vale la pena mencionar que para aplicarla se debe requerir una permanencia mínima de tiempo del cotizante en la Isapre o en el subsistema, ya que de otra manera se puede prestar para abusos en la medida que grupos significativos de la población, al llegar a la tercera edad, decidieran traspasar su afiliación de FONASA a una Isapre para poder utilizar este subsidio de las generaciones más jóvenes. Es decir, las transferencias de recursos generacionales deben referirse siempre al mismo universo, ya que de otra manera son inviables financieramente.

Además, para evitar que los afiliados más jóvenes puedan ser atraídos por otras Isapres con tarifas más bajas, todos los planes de las Isapres deberían tener las mismas características en términos del incremento máximo para un mismo plan, entre los diferentes grupos etarios.

5. En relación a las enfermedades catastróficas, dada su menor ocurrencia, se considera adecuado crear una institución de reaseguro, eventualmente sin fines de lucro, de propiedad de las Isapres. Esto implicaría bajos costos de administración y no requeriría de estructura de ventas, ya que los clientes serían las propias Isapres

que tendrían que asegurar a todos sus afiliados pagando una cierta prima mensual.

Sin embargo, para evitar un mal uso o abuso por parte de los beneficiarios que, por ejemplo, ante una enfermedad grave pudieran hospitalizarse en una "clínica cara" en relación a su plan de salud, transformando en forma automática una enfermedad normal en una catastrófica, el reaseguro debería estar relacionado con el costo de la clínica u hospital referido a su plan. Por lo tanto, en caso de utilizar una clínica más cara la diferencia no estaría cubierta por el reaseguro.

Adicionalmente a la limitación planteada, el reaseguro podría cubrir, por ejemplo, el 90% de los copagos realizados durante un año calendario, con un mínimo deducible para el período de 300 000 pesos y un máximo de 40 000 000 de pesos.

6. A fin de poner bajo control en alguna forma el costo de explotación de las Isapres, se podría legislar en términos de incentivarlas a hacer inversiones en centros hospitalarios propios que permitan tanto las hospitalizaciones como las atenciones ambulatorias de sus afiliados. Esto se podría lograr, por ejemplo, permitiendo que parte de las garantías que estas instituciones deben mantener depositadas en el sistema financiero a nombre de la Superintendencia de Isapres, puedan ser reemplazadas por acciones de dichos centros hospitalarios, cuando se trate de sociedades anónimas abiertas.

7. Un caso especial presentan los afiliados de bajos ingresos, ya que mediante la ley N° 18 566 se les otorga un subsidio que los incentiva a afiliarse a alguna Isapre. Sin embargo, al jubilar, estos cotizantes pierden el subsidio, lo que unido a un alza de la prima o cotización y un menor ingreso, los motiva a emigrar a FONASA.
 En este caso, la solución pasa por los extremos. Una posibilidad es eliminar el subsidio, de modo que el cotizante decida qué subsistema se adecúa mejor a su realidad financiera. La otra alternativa es que el Estado subsidie el 2% una vez alcanzada la tercera edad.
 La segunda alternativa recibe críticas en cuanto a que la focalización de gasto público en un caso como éste, no llega precisamente a los segmentos de menores recursos.

Finalmente, es preciso destacar que el mercado ha resultado sumamente lento en la búsqueda de soluciones que impliquen un incremento en la equidad del sistema de las Isapres y que, seguramente el poder regulador del Estado, restringiendo algunos grados de libertad, es la única alternativa viable para solucionar estos problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aedo, Cristián (1996), "Adulto mayor y enfermedades catastróficas", *El Mercurio*, Santiago de Chile, 13 de julio.
- Asociación de Isapres A.G. (1995), "Informe anual, 1996", Santiago de Chile.
- (1994), "Visión sinóptica sistema Isapre, 1995", Santiago de Chile.
- (1993), "Informe anual, 1994", Santiago de Chile.
- Barahona, Víctor y Julio Olivares (1996), "¿Isapres o Fonasa?", *El Mercurio*, Santiago de Chile, 12 de septiembre.
- Barreto de Olivera, E. Francisco (comp.) (1994), "Social Security Systems in Latin America", Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Camino, Cristóbal (1996), "Flexibilizar la cotización de salud", *El Mercurio*, Santiago de Chile, 21 de abril.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1994), "Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe" (LG/c.1813 (SES.25/18)), Santiago de Chile, 14 de marzo.
- Díaz, C.A. y otros (1995), "Cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema Isapre. Informe final", Santiago de Chile, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, diciembre.
- Due, John (1961), "Análisis económico de los impuestos", Buenos Aires, Editorial El Ateneo.
- El Mercurio* (1996a), Entrevista a María Elena Etcheverry, Superintendente de Isapres, Santiago de Chile, 17 de marzo.
- (1996b), Entrevista a Favio Valdés, Director de Cruz Blanca, Santiago de Chile, 17 de marzo.
- Estrategia* (1996a), Entrevista a Rafael Caviedes, Presidente de la Asociación de Isapres, Santiago de Chile, 25 de abril.
- (1996b), Entrevista a María Elena Etcheverry, Superintendente de Isapres, Santiago de Chile, 25 de abril.
- Fischer, Ronald, Alejandra Mizala y Pilar Romaguera (1995), "Proyecto alternativo de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema Isapre", Santiago de Chile, Centro de Economía Aplicada, Depar-

- tamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, diciembre.
- Goic, Alejandro (1995), "Atención de la salud en Chile", documento presentado en el foro "La salud en el proceso de desarrollo chileno", Santiago de Chile, 17 al 20 de octubre.
- Jiménez de la Jara, Jorge (1996), "Costos, mercados y medicina", *El Mercurio*, Santiago de Chile, 29 de septiembre.
- Labadie, Gastón, Alejandro Ramos y Delia Sánchez (1994), "Instituciones de asistencia médica colectiva en Uruguay: regulación y desempeño", serie Políticas sociales, N° 6 (LC/L.867), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Massad, Carlos (1995), "Principios orientadores para la reforma de la salud", serie Documentos de trabajo, N° 15/95, Santiago de Chile, Corporación de Promoción Universitaria (CPU), agosto.
- Miranda, Ernesto (1994), "Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina: problemas y propuestas de solución", serie Políticas sociales, N° 5 (LC/L.864), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (1993), "Un análisis de la propuesta de modificación a la Ley de Isapres (Ley 18933)", serie Documentos de trabajo, N° 194, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP), abril.
- Pontificia Universidad Católica de Chile (1995), *Informe final del estudio sobre cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema de Isapre*, Santiago de Chile, Instituto de Economía, diciembre.
- Sánchez, Héctor (1988), "Análisis subsistema Isapres", serie Documentos de trabajo, N°18/88, Santiago de Chile, Corporación de Promoción Universitaria (CPU), octubre.
- Sojo, Ana (1995), "Reformas de gestión en la salud pública en Chile", documento presentado en el Seminario Internacional sobre Indicadores Sociales y de Gestión, organizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Santafé de Bogotá, 24 al 26 de octubre.
- Solimano, Giorgio (1996), "Isapres y tercera edad", *La Época*, Santiago de Chile, 9 de abril.
- Universidad de Chile (1995), "Proyecto: alternativas de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema Isapre", Santiago de Chile, Departamento de Ingeniería Industrial, diciembre.
- Wiesner, Eduardo (1994), "Fiscal Decentralization and Social Spending in Latin America: the Search for Efficiency and Equity", Working Paper, N° 199, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), noviembre.

CUARTA PARTE

ENSAYOS SOBRE LA REFORMA AL
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN
COLOMBIA

LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA Y LA TEORÍA DE LA COMPETENCIA REGULADA

Mauricio Restrepo Trujillo

I. MARCO CONCEPTUAL GENERAL

En esta parte, se presentarán algunas consideraciones muy generales sobre los marcos conceptuales dentro de los que se ha formulado e implementado la reforma del sector salud en Colombia. En primer lugar, se tendrán en cuenta algunas grandes tendencias que han informado en las últimas décadas las políticas de salud y, por tanto, la concepción de los sistemas de atención de la salud; en segundo lugar, se analizará la tendencia en boga actualmente y el paradigma que se ha formulado para introducir reformas a los sistemas de salud. Por último, se hará una breve referencia a la corriente de reforma social en Latinoamérica.

Las consideraciones mencionadas tienen por objeto mostrar cómo la reforma colombiana obedece a tendencias internacionales que, conjuntamente con circunstancias locales —que se analizarán en la parte 5—, determinaron el diseño del modelo que es motivo de análisis en este trabajo.

Para abordar el primer punto que se ha propuesto, es interesante referirse al análisis hecho por Barnard (1990) respecto a la evolución de los principales conceptos que han determinado las políticas de salud en las últimas décadas. Un hito de partida, son las formulaciones surgidas en la posguerra. La principal, tal vez, fue la definición comprensiva de salud dada al constituirse la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948. A pesar de esta concepción, la realidad del sector salud y de los servicios de salud durante los años cincuenta estuvo marcada por el concepto de que la salud era un problema del resorte único de los médicos, y de las profesiones con ellos relacionadas.

Durante la década de 1960 surgieron nuevas preocupaciones y nuevos intentos de responder a la concepción puramente médica del sector salud. En esencia, la respuesta fue de tipo burocrático, marcándose una tendencia a crear y consolidar organizaciones cada vez más grandes y complejas para financiar y proveer servicios de salud; mediante ellas se perseguía mejorar la formulación de políticas, los procedimientos para la toma de decisiones, y la asignación de los recursos. Pronto se pusieron en evidencia los problemas de este enfoque, al revelarse la rigidez, la complejidad burocrática y la esterilidad de tales organizaciones para resolver ciertos problemas básicos de la salud de la gente y del funcionamiento de los servicios.

Por otra parte, en esos mismos años se abrió paso un área de trabajo e investigación que más tarde vino a tener importantes consecuencias para la formulación de las políticas de salud. Se trata de la aplicación de la teoría económica al problema de la salud, en sí misma, y de los servicios de salud.

Los problemas del esquema en boga durante los años sesenta fueron puestos en evidencia en la década siguiente, llevando a la necesidad de nuevas formulaciones de política que cristalizaron en varios documentos, hoy clásicos, como el Informe Lalonde ("A new perspective on the health of Canadians"), la "Resolución de la salud para todos" de la OMS, expedida en 1977, la "Declaración de Alma Atá" de 1978, y los trabajos de Henrik Blum (*Planning for Health*, 1971), entre otros. La esencia de esta nueva postura fue el reconocimiento de la necesidad de un enfoque intersectorial de los problemas de la salud, y la necesidad de nuevas formas de comprometer a los individuos y a sus comunidades en la promoción, protección y restauración de su propia salud.

El logro fundamental de los progresos conceptuales mencionados fue poner en evidencia que no se puede equiparar la salud y la atención de la salud, con la atención médica y los servicios hospitalarios. Dicha ganancia conceptual comenzó a nublarse durante los años ochenta. En efecto, el dominio creciente de la política económica sobre la política social, y algunas de sus consecuencias como la contención del gasto público, la reducción de los impuestos, y la promoción de la responsabilidad de los individuos como factor determinante de su bienestar, llevaron a formulaciones cuya espina dorsal es la aplicación de la teoría y el análisis económicos a los servicios personales de salud, y en forma específica a la atención médica.

La preocupación de los economistas por el análisis de la salud y de los servicios de salud es relativamente reciente; se remonta, como ya se anotó, a mediados de los años sesenta. La aplicación sistemática de los conceptos y métodos económicos en el campo de la salud puede abordarse en dos áreas: la economía de la salud per se y la economía de la atención médica, que aunque relacionadas son diferentes (Fuchs, 1993). El análisis económico de los servicios de salud se fue convirtiendo en la base fundamental de la formulación de políticas de salud; lo anterior tiene su razón de ser, ya que la formulación de políticas se relaciona fundamentalmente con la función de asignar recursos escasos, y el problema de tal asignación, tanto en el plano positivo como en el plano normativo, constituye el pan y la carne de la economía.

Por otra parte, es necesario considerar el problema de los recursos en relación con la salud y con los servicios que a ella se dedican. Al respecto hay un hecho de importancia decisiva en los últimos 50 años: el desarrollo de la tecnología para diagnosticar y curar las enfermedades. La mayoría de esta tecnología es costosa, tanto desde el punto de vista de los costos de capital como desde el punto de vista de los costos operacionales. De manera que la eventualidad de la enfermedad se ha ido convirtiendo en un hecho costoso con implicaciones económicas serias, a veces catastróficas, tanto para los individuos como para la sociedad toda, y por ende para los estados.

Además de las consideraciones surgidas del análisis puramente económico, durante los años ochenta se dio una tendencia general en la política que ganó la atención intelectual de algunos académicos. Tal tendencia sostuvo que los mecanismos del mercado eran superiores a las decisiones políticas, y que era social y culturalmente preferible trabajar para lograr un papel mínimo del Estado. De este modo, se propugnó reemplazar —sobre todo en el área de los servicios públicos o cuasi públicos— las instituciones públicas y mecanismos como la planificación formal y centralizada, las normas, las decisiones políticas y la ética del servicio, por instituciones de carácter privado y mecanismos como los precios, la competencia y los incentivos.

La tendencia descrita tuvo clara influencia sobre las políticas de salud, *cuyas formulaciones se orientaron a enfrentar problemas muy concretos*. Tales problemas tienen matices diferentes cuando se considera el grado de desarrollo, o el nivel de ingreso, de las distintas sociedades. En los países desarrollados, o de altos ingresos, los problemas básicos

son dos: el control en la escalada de los costos de los servicios de salud, y la insatisfacción de los usuarios respecto a tales servicios (Katz y Miranda, 1995). Por su parte, en los países en desarrollo, o de bajos ingresos, los problemas son la superación de condiciones inaceptables de salud de grupos mayoritarios de la población, y el uso eficiente y eficaz de recursos limitados. Para ambos grupos de países existe otro problema no resuelto: la inequidad, tanto en las condiciones de salud como en el acceso a los servicios de salud.

Las formulaciones de políticas de salud surgidas bajo la égida de las tendencias imperantes en los años ochenta, tuvieron una expresión muy importante en las políticas sectoriales de las instituciones multilaterales de crédito, especialmente del Banco Mundial, y en los paradigmas de reforma que han tenido manifestaciones específicas en todo el mundo, dando origen a un movimiento internacional de reforma del sector salud.

Un hito en la formulación de políticas de salud y de la reforma del sector salud, encuadradas en la tendencia que se acaba de exponer, es la publicación por el Banco Mundial (en cooperación con la OMS) del documento *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993* (Banco Mundial, 1993) y su precedente, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform* (Banco Mundial, 1987).

En el trabajo mencionado en segundo lugar se consideran problemas en la asignación de los recursos, tales como: el gasto insuficiente en actividades de promoción de la salud que resulten eficaces en función de sus costos, la ineficiencia de los programas públicos de salud, y la desigualdad en la distribución de los beneficios derivados de los servicios de salud. Ante estos problemas, se propone una reforma caracterizada por cuatro políticas: la primera, el cobro de aranceles a los usuarios de los servicios públicos de salud, para servicios curativos y medicamentos; la segunda, promover la provisión de mecanismos de seguro de salud; la tercera, el empleo eficiente de los recursos no gubernamentales para la salud, incluyendo personas e instituciones privadas, de tal manera que los recursos gubernamentales se concentren en acciones que beneficien a toda la comunidad, más que a grupos específicos de personas; y la cuarta, descentralizar los servicios de salud gubernamentales.

En el documento publicado por el Banco Mundial en 1993, se analiza la interacción entre la salud humana, las políticas sanitarias y el desarrollo económico. Se propone un enfoque triple para las políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de salud de los países en

desarrollo. En primer lugar, se plantea que los gobiernos tienen que fomentar un entorno económico que permita a las propias unidades familiares mejorar su nivel de salud. En segundo lugar, se argumenta que el gasto público en salud debería reorientarse hacia programas más eficaces en función de los costos y que contribuyan en mayor medida a ayudar a los pobres. En tercer lugar, se propugna que los gobiernos faciliten una mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de servicios de salud. Tal combinación de elementos debe contribuir a mejorar las condiciones de salud, contener los costos y aumentar el grado de satisfacción de los usuarios.

Los antecedentes descritos han llevado a un movimiento reformista de carácter universal, y que obedece a un paradigma surgido del análisis de los servicios de salud en los países desarrollados. El desarrollo de tal movimiento ha sido sistematizado y puede ser definido, según Berman (1995), en la siguiente forma: "es un cambio sostenido y con el propósito claro de mejorar la eficiencia, equidad y efectividad del sector salud"; este proceso de cambio tiene que ver con el qué, el quién y el cómo de la acción del sector salud (Berman, 1995).

El movimiento reformista tiene el origen conceptual que ya se analizó, y su implementación se justifica por varios hechos de índole diferente, que podrían caracterizarse de la siguiente manera:

- i) el rápido cambio de los patrones demográficos y epidemiológicos, que en conjunto constituyen la llamada "transición de la salud";
- ii) cambios en las economías de los países, caracterizados en algunos casos por crisis y en otros por crecimiento. Ejemplo de los primeros es la crisis fiscal de los años ochenta en muchas naciones en vías de desarrollo, como las latinoamericanas; ejemplo de los segundos, el crecimiento muy rápido de algunas economías como las de los llamados "tigres del Asia";
- iii) modificaciones políticas, como la implosión de los sistemas socialistas en el oriente de Europa (Berman, 1995).

El movimiento de reforma del sector salud, pese a las diversas modalidades que puede haber adoptado en distintos países, contiene varios énfasis conceptuales de vigencia mundial (Berman, 1995), a saber:

- i) aceptar y poner de relieve las conexiones entre la salud, el sector salud y otras facetas más amplias del desarrollo humano sostenible.

- Se acepta así, que la mejoría en las condiciones de salud y la reforma al sector salud tienen importantes externalidades que afectan el bienestar social;
- ii) una visión integral del sector salud, que va más allá de la consideración de sus partes. Específicamente, se registra una conciencia creciente de la importancia de los proveedores no gubernamentales de salud;
 - iii) el cambio del papel del Estado en el sector salud. La función de pagador de los servicios de salud en instituciones de naturaleza gubernamental debe ser redefinida por el gobierno, pasando éste de ser proveedor de servicios a financiador y administrador del crecimiento y el cambio en el sector salud;
 - iv) el desarrollo de nuevas herramientas para la acción pública y privada. Los gobiernos deben desarrollar su capacidad para manejar un conjunto más amplio de herramientas fiscales como tarifas, tributos, subsidios e incentivos para lograr los cambios deseados. Lo mismo sucede con ciertas herramientas legales y administrativas como la regulación, otorgamiento de licencias, y el control de calidad. Los gobiernos pueden aumentar su provisión de información, tanto a los proveedores de servicios como a los usuarios, para mejorar las funciones del sector. Los financiadores y proveedores privados deben desarrollar nuevas habilidades, ya que están siendo requeridos para aumentar su papel en la provisión de bienes públicos;
 - v) el despliegue de nuevas estrategias que surgen de las organizaciones internacionales y de experiencias nacionales, tales como el fortalecimiento de la administración pública, el establecimiento de prioridades mediante el diseño de un conjunto de intervenciones con cobertura universal, la descentralización, nuevos métodos para generar y manejar las finanzas del sector, y el incremento del papel de los proveedores privados en los sistemas gubernamentales de salud.

La experiencia ganada con el estudio y observación de sistemas de salud de muy diversa índole en los países desarrollados o industrializados, principalmente los de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), muestra que los objetivos y principios que guían la reforma son similares y que han dado origen a un paradigma. Según Chernichovsky (1995), dentro de este paradigma hay comprometidas

tres funciones sistémicas: primero, la financiación de los servicios; segundo, la organización y manejo del consumo de los servicios, y tercero, la prestación de los servicios. Las reformas que siguen las líneas mencionadas —dice Chernichovsky— tratan de combinar las ventajas de los sistemas públicos (acceso universal a un conjunto básico de prestaciones de salud, con un control efectivo del gasto) con las ventajas de sistemas descentralizados, generalmente de naturaleza privada (satisfacción del usuario y producción eficiente de servicios).

Otro marco conceptual que es útil considerar para el análisis de la reforma del sector salud en Colombia, es la corriente de reformas sociales en la región de Latinoamérica. En efecto, durante la década de 1980 se impulsaron en las naciones de Latinoamérica procesos de ajuste y estabilización macroeconómica, mediante medidas monetarias, financieras, fiscales, y de liberalización del aparato productivo, destinadas a lograr una apertura de las economías, a mejorar la competitividad y a darle una mayor vigencia al mercado como mecanismo para asegurar una mejor asignación de los recursos.

Los procesos anteriores tuvieron un "costo social" y generaron una "deuda social" ya que algunos sectores de la sociedad tuvieron que pagar la cuenta de tales medidas, de tal manera que se aumentó su grado de pobreza, apareciendo además grupos de "nuevos pobres". En general, hubo un retroceso en la situación del empleo, una merma en la calidad de la educación y un deterioro general en la calidad de vida de ciertos grupos sociales. Los hechos anteriores dieron origen a diversas iniciativas surgidas de entidades internacionales para conjurar esta situación (CEPAL, 1992; BID/PNUD, 1993; BID, 1993a; BID, 1993b; Garnier, 1992).

Se ha definido la reforma social como un proceso que contribuye al desarrollo humano mediante la integración de políticas e instrumentos dirigidos a incorporar, de manera eficiente, todos los miembros de la sociedad al proceso de crecimiento, en un contexto de aumento general del bienestar (BID/PNUD, 1993).

En el marco de esta propuesta se definen unas líneas de acción comunes, como el fortalecimiento de nuevas responsabilidades del Estado, el compromiso en acciones destinadas a revertir el patrón regresivo en la distribución del excedente, y la adopción de estrategias para reducir la pobreza (BID/PNUD, 1993). Al mismo tiempo, se propicia la implantación de ciertos instrumentos destinados a mejorar la eficiencia, tales como la descentralización, la localización, la capacitación, el fortalecimiento de los

sistemas de información, y la mejoría de los sistemas de gestión de los programas sociales.

Una concreción de las anteriores propuestas, específicamente aplicada al sector salud, es el documento "Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe" (CEPAL/OPS, 1994). El trabajo destaca el círculo virtuoso que existe entre salud y desarrollo económico.

El eje de la propuesta de la CEPAL sobre transformación productiva con equidad es la elevación de la productividad, tanto para adquirir competitividad internacional como para contribuir a una mayor equidad social. Lo anterior exige el desarrollo de la infraestructura física y tecnológica, de la capacidad de organización, y de la aptitud de los recursos humanos. La salud y, por tanto, las acciones del sector salud, adquieren gran importancia como factor de formación, mantenimiento y perfeccionamiento del capital humano; por otra parte, el sector salud constituye una importante fuente de dinamización de la economía en su conjunto.

Desde el punto de vista de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se enfatiza el papel de la salud en el desarrollo humano sostenible, dado que la propuesta permite mejorar la calidad del capital humano y fomenta el bienestar social. Se propone un enfoque multisectorial para el mejoramiento de las condiciones y de los servicios de salud, planteándose la necesidad de innovar la organización y las modalidades de los sistemas de salud, ampliar las coberturas, reformar el financiamiento, realzar la eficacia de la asignación y la eficiencia microeconómica de su utilización.

Parece claro, entonces, que a nivel internacional se han desarrollado marcos conceptuales de política, paradigmas y prescripciones orientados a modificar la forma como se financian y organizan los servicios de salud. Estos elementos —como se verá más adelante— tuvieron clara influencia en el diseño del modelo adoptado por Colombia. Un eje fundamental de discusión en el movimiento reformista ha sido el de los papeles del Estado y del mercado, que será analizado a continuación.

II. LOS POLOS CONCEPTUALES DE LA POLÍTICA DE SALUD

Hasta aquí se han presentado los marcos conceptuales que han orientando el desarrollo de la tendencia universal a reformar los sistemas de salud, fruto de la cual es la reforma que se impulsa en Colombia. En este

apartado se presentarán las dos grandes opciones teóricas que se han definido para guiar la asignación de recursos y la organización de los servicios dentro del sector salud, con sus respectivas fallas. Como ya se dijo, el eje central de las dos posturas gira en torno a los papeles del Estado y del mercado.

Una de las tres funciones sistémicas que pueden distinguirse en el paradigma de la reforma —como ya vimos— es la financiación de los servicios (Chernichovsky, 1995). Con respecto a la financiación de los servicios de salud, las naciones deben plantearse tres cuestiones fundamentales, cuya respuesta implica formulaciones de política (Hsiao, 1992).

La primera es, qué proporción de los recursos disponibles por la sociedad deben emplearse en los servicios de salud. La segunda es, cómo deben asignarse tales recursos —que por definición siempre serán escasos— ateniéndose a ciertos criterios de distribución emanados de los distintos programas, los diferentes tipos de enfermedad y las diversas regiones. La tercera cuestión plantea que las naciones deben procurar obtener el máximo posible de eficiencia en la producción de los servicios o, como dicen los británicos, obtener valor por el dinero (*value for money*).

El primer problema, y su solución política, tiene que ver con la escalada de costos de los servicios, determinada por la introducción de nuevas tecnologías y la aparición de nuevos problemas de salud. Así, se hace indispensable que las naciones impongan restricciones fiscales sobre el gasto total en servicios de salud. En relación con el segundo problema, la decisión de política atañe al mecanismo que se utilice para asignar los recursos, sea el mercado o la planificación por parte de una agencia del gobierno; las decisiones en la asignación de recursos tienen como base consideraciones como la equidad, las necesidades, el análisis de costo/beneficio y, además, el efecto político de tales decisiones. En cuanto al tercer problema, hay dos factores fundamentales que afectan la solución que se adopte: el primero es la naturaleza de la propiedad, el tipo de organización, y la calidad de la gestión de las instituciones proveedoras de los servicios; el segundo es la estructura de incentivos para el personal que presta los servicios (formas y niveles de remuneración).

La respuesta que se pueda dar a los anteriores problemas básicos de la financiación de los servicios de salud, está influenciada por cuestiones teóricas e ideológicas, y en los últimos tiempos se ha movido entre dos polos ideológicos que pueden denominarse como “régimen de demanda” y “régimen de oferta”. Ambos implican decisiones de política guiadas por

teorías económicas. Debe quedar claro que además del trasfondo teórico, las opciones de decisión política están influenciadas por antecedentes históricos de cada sociedad, por su cultura y valores sociales, así como por el balance de fuerzas entre las diversas facciones políticas prevalentes en un momento histórico determinado.

Los dos regímenes señalados difieren en tres aspectos que son de gran importancia en la estructuración de un sistema de salud: la financiación (origen y forma de asignación de los recursos), la organización de la prestación de los servicios, y los incentivos que reciben los proveedores.

1. EL RÉGIMEN DE DEMANDA

El abordamiento por el lado de la demanda argumenta que los servicios de salud tienen las mismas características de cualquier bien económico, de tal manera que los usuarios o consumidores pueden ejercer su propio control sobre cuáles servicios compran y a qué precios lo hacen. Los compradores y los proveedores de los servicios están relacionados de manera pareja. Los proveedores tienen poca capacidad para provocar la demanda de los usuarios y poco poder de mercado para fijar los precios. A su vez, un sistema de salud maximizará el bienestar común al dispersar el poder económico en las manos de cada consumidor. La competencia por el dinero de los consumidores fuerza a los proveedores a producir los servicios en la forma más eficiente que sean capaces; de manera que, en el largo plazo, la provisión de servicios se dará al costo promedio más bajo posible.

El nivel total de los recursos dedicados a los servicios de salud no constituye preocupación para quienes defienden esta postura, ya que se supone que las decisiones sobre el gasto son el resultado directo de la maximización de la utilidad buscada por el consumidor. Dos rasgos fundamentales de este enfoque son la asignación de los recursos de acuerdo con la voluntad de pagar que tenga el consumidor, y la naturaleza privada de las instituciones dedicadas a prestar los servicios de salud (Hsiao, 1992).

Dentro de la concepción del régimen de demanda, los consumidores deciden si compran un seguro de salud o si pagan el servicio directamente en el momento en que lo reciben. Los principios de la soberanía

del consumidor excluyen la idea de un seguro obligatorio, y la regulación de un modelo de beneficios y del monto de las primas. En lugar de ello, muchas compañías de seguros compiten en el mercado y seleccionan los riesgos que quieran asegurar.

En este marco, se permite la libre elección que los usuarios hacen de los médicos y de los hospitales. Así mismo, se defiende la superioridad de las instituciones privadas con ánimo de lucro para garantizar una mejor eficiencia en la utilización de los recursos. En cuanto a los incentivos que reciben los proveedores de servicios, esta propuesta cree en los precios fijados por el mercado como el mecanismo básico para determinar el monto de la remuneración recibida.

Es interesante mencionar que dentro de esta concepción los servicios de salud son el producto de la acción de varios mercados que interactúan entre sí pero que son distintos, a saber: el de la financiación de los servicios, el de los proveedores institucionales, el de los proveedores profesionales, el de los insumos para los servicios, y el de la educación profesional (Hsiao, 1995).

2. EL RÉGIMEN DE OFERTA

Esta concepción parte del presupuesto que los servicios de salud tienen características especiales que los diferencian de otros bienes económicos. En efecto, se considera que los servicios de salud se relacionan con necesidades que las personas tienen para mantener su vida y para aliviar su sufrimiento, de tal manera que todos los individuos tienen el derecho de acceder a los servicios, independientemente de su capacidad para pagarlos. Por otra parte, se argumenta la existencia de serias fallas del mercado como mecanismo para asignar los recursos que se destinan a los servicios de salud.

Tales fallas se derivan de tres factores fundamentales: el primero, la existencia del mecanismo de seguro de salud, que reduce la sensibilidad a los precios, tanto del consumidor como del proveedor. Segundo, la propensión de los individuos con alto riesgo de enfermar a comprar seguros (selección adversa) y, al mismo tiempo, la tendencia de los aseguradores a asegurar a los individuos con bajo riesgo de enfermar (selección de riesgo); estos dos tipos de selección sesgada comprometen la competencia en los mercados de seguros. Y tercero, la disparidad que

existe entre la cantidad y calidad de la información que está disponible para los enfermos y la de sus médicos (asimetría de información), que lleva a un fuerte dominio profesional de los prestadores de los servicios en las decisiones, lo cual hace posible que los médicos y los hospitales induzcan a la demanda y fijen precios que no obedecen a las leyes del mercado.

Para remediar estas fallas del mercado, los partidarios del régimen de oferta defienden la existencia de organismos o instituciones públicos, o cuasi públicos, con poder fiscal, que utilicen un arbitrio político (o de puja) en lugar de los mecanismos imperfectos del mercado para determinar las restricciones en el presupuesto que se destina a los servicios de salud. Conforme a este enfoque, el gobierno desempeña un importante papel, tanto en la asignación de recursos —por programa y por región— como fijando el monto que debe ser pagado a los proveedores.

Dentro del régimen de oferta se han diseñado cuatro grandes tipos de estructura financiera. En el primero, el gobierno central o los gobiernos locales financian los servicios de salud y determinan la cantidad del gasto, sopesando los beneficios de este gasto y los que se obtienen con otro tipo de gasto. En el segundo, el gobierno local tiene la responsabilidad de pagar los servicios de salud balanceando este gasto con otros gastos locales. El tercer tipo de estructura usa una fuente diferente a los impuestos generales, un gravamen aparte, el más común de los cuales es la imposición sobre los salarios; en este caso los gastos de salud no tienen que competir con otros gastos que se cargan a los impuestos generales. Por último, bajo el cuarto tipo de estructura, los servicios de salud son pagados por un seguro de salud que es provisto por una combinación de planes públicos y privados. En este esquema el gobierno utiliza una regulación extensiva para controlar el seguro de salud; tal regulación incluye la obligatoriedad del seguro, la regulación de la selección de riesgo, y la especificación de un plan mínimo de beneficios.

Bajo el régimen de oferta, se planifica la cantidad y la localización de los hospitales y de los equipos costosos y, en ocasiones, el tipo de entrenamiento de los profesionales y su radicación geográfica.

En concordancia con los planteamientos anteriores, no necesariamente se respeta la soberanía del consumidor en la elección de los proveedores y se aduce la superioridad de las instituciones públicas, sin ánimo de lucro, en las cuales los trabajadores del sector, motivados por el interés público y la ética del servicio, ofrecen una mayor eficiencia que

los de instituciones privadas. Los incentivos a los proveedores están constituidos por la remuneración que se fija en razón de la especialidad, el tipo de servicio, y la región donde este se presta.

Aunque en ningún país se da en forma pura ninguna de las dos concepciones extremas que se han expuesto, los diversos sistemas de salud obedecen en forma predominante a alguna de las dos. Existen análisis que demuestran las fallas de cada una de estas fórmulas y de los resultados que han obtenido en sistemas guiados por cada una de ellas (Hsiao, 1992, 1994, 1995; Musgrove, 1996).

Las fallas en el mercado del seguro, como ya se vio, consisten en la selección adversa, la selección de riesgo, el monopolio o "cartelización" de la oferta, y el riesgo subjetivo (*moral hazard*); de estas fallas resultan prácticas negativas como la agrupación de riesgos (*pooling*); el subaseguramiento de los enfermos, pobres, viejos y discapacitados; el exceso de ganancias; el sobreuso de algunos servicios y la subproducción de otros (Hsiao, 1995). Además, los gastos administrativos tienden a ser más altos de lo necesario, debido a los esfuerzos de los aseguradores por tamizar los riesgos indeseables, y por los costos de tramitar las reclamaciones en un mercado con muchos aseguradores y proveedores. Por último, se ofrecerán muchas intervenciones de escaso o cuestionable valor, ya que ni el proveedor ni el usuario pagan por ellas (Musgrove, 1996).

Las fallas del mercado en la provisión de salud se derivan de la naturaleza monopólica de los servicios hospitalarios, del poder monopolístico de los profesionales de la salud, y de la asimetría de información entre consumidores y proveedores. Tales fallas tienen como efectos los excesos en las ganancias de los proveedores, deterioro en la calidad de los servicios, expansión de tecnologías costosas, e inducción a la demanda por parte de los proveedores (Hsiao, 1995).

Las fallas del gobierno consisten en el predominio que grupos de interés diferentes a los usuarios tienen en las decisiones para asignar los recursos, en la corrupción y el clientelismo, en la falta de incentivos para innovar y promover la eficiencia, en la falta de sensibilidad a las necesidades del usuario, y en la toma de decisiones por motivos ideológicos o por intereses particulares (Hsiao, 1995).

La crítica más común y severa a la acción pública en los servicios de salud se refiere a que ésta constituye —especialmente en los países pobres, donde el gobierno ofrece atención que se supone que es gratis (en

aras de la equidad)— una provisión centralizada, subfinanciada, y de mala calidad (en términos médicos y humanos). Como los presupuestos no se relacionan con la producción de servicios y las normas del servicio público hacen difícil suspender, transferir o disciplinar un personal improductivo, los costos de las ganancias en salud pueden ser muy altos, aunque los salarios y el costo de otros insumos sean bajos. Los incentivos perversos (para la eficiencia) hacen que se compren bienes de capital en exceso, que no se mantengan y que se subutilicen. El Estado falla en la provisión por querer hacer demasiado y por competir con los proveedores privados solo en el precio, esto es, subsidiando la provisión, en lugar de competir en calidad y satisfacción (Musgrove, 1996).

Por todo lo anterior, parece claro que ninguna de las propuestas polarizadas de política de salud ofrece las soluciones que se buscan, y cada una de ellas presenta serias fallas. En la parte siguiente, se discutirá una opción teórica que persigue solucionar las fallas que se han analizado.

III. LA TEORÍA DE LA COMPETENCIA REGULADA

Ante la falta de éxito y los problemas que presentan las propuestas extremas que se describieron en la parte anterior para alcanzar los objetivos básicos de eficiencia, equidad y eficacia —a lo que se suma la escalada de costos y la insatisfacción de los consumidores—, se ha propuesto la teoría de la competencia regulada. Fue formulada por el profesor Alain C. Enthoven, economista y profesor de la Universidad de Stanford, quien la presentó y desarrolló a través de varias publicaciones (Enthoven, 1977, 1978, 1988, 1991, 1993). La teoría se gestó cuando Enthoven trabajaba como analista de políticas en el área de la defensa, y luego fue aplicada a la financiación y provisión de los servicios de salud (*The New York Times Magazine*, 1993; Waitzkin, 1994).

1. ANTECEDENTES DE LA TEORÍA

Como su nombre lo indica, la competencia regulada es una formulación que combina estrategias regulatorias con la competencia, y surge de la

aplicación de principios microeconómicos que se contrastan con observaciones empíricas para analizar qué parte de la teoría ha funcionado en la realidad.

Vale la pena, para comenzar, hacer una aclaración sobre la denominación de la teoría. En un principio Enthoven habló de competencia regulada (*regulated competition*), término que pudo ser interpretado como la dictación por el gobierno de unas reglas rígidas que se aplican para organizar el mercado. La propuesta, en su versión más refinada, apunta más bien a la utilización en forma flexible y dinámica de una serie de herramientas capaces de dirigir y “manejar” el mercado, de tal manera que se conjuren sus fallas en la consecución de la equidad y la eficiencia de los servicios. Por la razón anterior, el autor prefirió denominar su actual propuesta como competencia manejada (*managed competition*).

La teoría se formula como respuesta al sistema de salud prevaleciente en los Estados Unidos, que ha encarado el tema por el lado de la demanda, y frente a la escalada inflacionaria del gasto en salud. Al postular la teoría se reconocen las fallas de los mercados de los servicios de salud y la falta de competitividad en el sistema prevaleciente.¹ El autor de la teoría se basa en principios microeconómicos y usa evidencia empírica para demostrar que la competencia, adecuadamente estructurada, puede producir una mejoría sustancial en la eficiencia sin sacrificar la equidad, estudiando la modalidad de ‘atención administrada’ (*managed care*). Por último, el autor tiene en cuenta ciertas preferencias culturales de los norteamericanos por la libre opción (pluralismo, limitación de la acción estatal, preferencia por las soluciones locales, importancia de la responsabilidad individual).

1. El sistema prevaleciente en los Estados Unidos, calificado por Enthoven como de “*guild free choice*”, se caracteriza por el pago por servicio, la práctica solitaria (o de pequeños grupos de especialistas), la libre elección del proveedor, y el pago de los servicios por un tercero. Este sistema funciona bajo la acción de un conjunto de incentivos inflacionarios por la combinación del pago por servicio prestado (*fee for service*) con la demanda —insensible al costo— de enfermos asegurados. Estas condiciones se refuerzan en su presión inflacionaria por otros factores, como una oferta creciente de profesionales que buscan su propia demanda, una cultura profesional que propugna el uso agresivo de la tecnología más avanzada sin considerar el costo de eficacia como una virtud, el crecimiento explosivo de nuevos recursos tecnológicos, las expectativas crecientes de los enfermos y los litigios por mala práctica cuando tales expectativas no se cumplen, y, por último, por el envejecimiento de la población. Enthoven se ha referido a este cuadro como la paradoja del exceso y la carencia.

Una consideración básica de Enthoven es que la competencia y las fuerzas del mercado, en la financiación y provisión de servicios de salud, pueden producir efectos diferentes dependiendo del marco legislativo e institucional dentro del cual operen, reconociendo que dentro de ciertos marcos pueden llevar a la inequidad y a la ineficiencia.

La equidad es entendida por Enthoven como el acceso de todos los miembros de la sociedad a un conjunto mínimo bien definido de servicios, que incluye todas las intervenciones que con costo razonable y de manera eficaz puedan prevenir y curar la enfermedad, aliviar el sufrimiento y corregir las disfunciones. Por costo razonable se entiende que los beneficios marginales sean iguales al costo marginal para personas con un ingreso medio. Negar un servicio que cumpla las condiciones anteriores sería moralmente inaceptable, de tal manera que no puede ser negado a aquellas personas que no tengan con qué pagarlo; además, ninguna persona debe ser sometida a un descalabro económico por pagar dicho tipo de servicio. Por otra parte, todo servicio que se salga de las características así definidas se considera un lujo discrecional (Enthoven, 1988).

Por asignación eficiente de los recursos para la salud, Enthoven entiende aquella que minimiza el costo social de la enfermedad, incluido su tratamiento. Lo anterior se consigue cuando cada dólar marginal gastado en servicios de salud produce el mismo valor a la sociedad que un dólar gastado en defensa, educación, consumo u otros usos. Los costos relevantes incluyen el sufrimiento e impedimentos de los enfermos, así como los recursos utilizados para producir los servicios. Este concepto de eficiencia no debe confundirse con la disminución o contención del gasto en salud; un nivel de gasto más bajo como proporción del producto interno bruto (PIB) en servicios de salud, no significa necesariamente una mayor eficiencia, ya que puede indicar que los costos se carguen a los individuos, retardándoles o negándoles los servicios (Enthoven, 1988).

Enthoven establece una dependencia directa entre la eficiencia y la equidad, de tal manera que no es posible cubrir a todos si el sistema no se hace más eficiente.

El término competencia es entendido por Enthoven como el proceso que se da dentro de un sistema de seguro de salud universal, cuidadosamente diseñado y manejado, que tiene como bases fundamentales la libre elección de un consumidor consciente del costo y una competencia por precio entre opciones alternativas de financiación y provisión de los

servicios (Enthoven, 1978). El propósito de este diseño es usar la competencia y las fuerzas del mercado para dirigir el sistema de salud hacia la equidad y la eficiencia. La propuesta no pretende crear un mercado libre —de financiación y provisión de servicios de salud—, lo que conspiraría contra la equidad y la eficiencia, sino que especifica una serie de condiciones para que grupos de compradores de seguros y de servicios de salud usen el mecanismo de la competencia, creando incentivos que promuevan la calidad y la economía en la organización y producción de servicios de salud.

El autor de la teoría reconoce que en un mercado libre, sin reglas de juego, compuesto por aseguradores y proveedores en el lado de la oferta, y consumidores individuales en el lado de la demanda, los mecanismos de competencia destruyen la eficiencia y la equidad y dejan a los consumidores individuales inermes. Las estrategias de libre competencia en los mercados de financiación y provisión de los servicios de salud incluyen: la selección de riesgo, la segmentación del mercado, la diferenciación de productos (que eleva el costo de productos comparables), la discontinuidad en la cobertura, el rechazo al aseguramiento de ciertos individuos, la exclusión de cobertura para condiciones preexistentes, la información sesgada en relación con la cobertura y la calidad, y la erección de barreras de entrada al mercado (Enthoven, 1988).

2. DEFINICIÓN DE LA COMPETENCIA REGULADA

La competencia regulada es una estrategia de compra de servicios para obtener el máximo valor por el dinero que pagan los consumidores. Esta estrategia usa una serie de reglas para la competencia, que gratifican con más clientes e ingresos a aquellos planes de salud que hacen un buen trabajo mejorando la calidad, disminuyendo el costo y satisfaciendo a los usuarios. El juicio acerca de "buen trabajo" lo hacen tanto un agente independiente del usuario y del proveedor como es el patrocinador, armado con información adecuada y con el consejo de expertos, como los usuarios, bien informados y conscientes del costo de los servicios (Enthoven, 1993).

Las condiciones básicas de la propuesta son dos: primero, la protección financiera para todos, y, segundo, la puesta en marcha de esquemas financieros y de organización de los servicios que requieren que el usuario

esté consciente del costo al escoger la entidad que le proveerá los servicios. Por otra parte, se buscan como objetivos primordiales eliminar entre los distintos planes de salud aquellas diferencias que sean distintas del precio, y desviar el centro de atención de la conducta competitiva desde las amenidades y de la calidad subjetivamente percibida por el usuario, hacia el precio y algunas medidas objetivas de la calidad de los servicios.

Las reglas para la competencia deben ser diseñadas y administradas de tal manera que no gratifiquen a los planes de salud que seleccionan el riesgo, que segmentan el mercado, o que de alguna manera no cumplan las reglas de la competencia. Las reglas anteriores pueden darse de mejor forma entre planes de salud que integran la financiación con la provisión, que entre proveedores individuales; su meta es dividir los proveedores de cada comunidad en unidades económicas que compitan entre sí y usar las fuerzas del mercado para motivarlos a desarrollar un sistema eficiente de prestación de servicios.

La competencia regulada es competencia por el precio, pero encarnado este en la prima anual que se paga por un plan de beneficios y no en el precio que se paga por cada servicio individual. Esta concepción es compatible con la existencia de copagos y costos deducibles en los servicios individuales, que pueden usarse para influenciar la conducta de los usuarios orientándola hacia un uso más racional de los servicios.

Por otra parte, la competencia regulada supone unos agentes compradores de servicios inteligentes y activos que contratan los planes de salud en nombre de un grupo grande de afiliados y que, en forma permanente, observan, estructuran y ajustan el mercado, tendiente por naturaleza a evitar la competencia por precio (tendencia natural a las fallas). A estos agentes se les denomina patrocinadores (*sponsors*).

De modo que, el patrocinador es un agente que actúa como corredor y contrata con un asegurador de salud (idealmente, que combine la financiación con la provisión de los servicios) lo relacionado con los beneficios cubiertos, los precios, los procedimientos de afiliación, y otras condiciones de la participación de los usuarios. El patrocinador estructura y ajusta el mercado de proveedores —que compiten entre sí— para establecer reglas de equidad, crear una demanda elástica al precio, y evitar una selección de riesgo.

La característica principal de un patrocinador debe ser su motivación única encaminada hacia la meta de conseguir servicios de salud de

la más alta calidad posible para sus beneficiarios, dentro de los fondos disponibles.² Los patrocinadores pueden ser de naturaleza gubernamental, privada o mixta.

Resumiendo, los elementos claves para el funcionamiento de esta propuesta son:

i) Un mercado con tres protagonistas, a saber: los patrocinadores, el consumidor consciente del costo, y los aseguradores de salud, que integran las funciones de financiación y provisión de los servicios; y ii) disponibilidad de información relevante acerca de costos y calidades de los servicios.

3. FUNCIONES DE LOS PATROCINADORES

Según Enthoven (1993) las funciones básicas que deben cumplir los patrocinadores son:

- i) Establecer las reglas de la equidad: los patrocinadores deben admitir a todo afiliado y los aseguradores deben aceptar a todo afiliado que sea presentado por un patrocinador. Todo afiliado podrá acceder al plan más barato (ya sea subsidiado por su empleador o por el gobierno) y las personas que elijan un plan más caro deberán pagar la diferencia de su propio bolsillo. La cobertura es continua, se cotiza por riesgo comunitario, y no hay limitaciones para la cobertura de preexistencias;
- ii) elegir los aseguradores de salud participantes;
- iii) administrar el proceso de afiliación, constituyéndose en el punto único de entrada a los seguros de salud;
- iv) crear una demanda elástica al precio;³ y
- v) manejar la selección de riesgo.

2. Ejemplos de los patrocinadores en el sistema de los Estados Unidos son los gobiernos federal y estadual, los grandes empleadores, los sindicatos, y las organizaciones de empresarios y trabajadores para la salud y el bienestar.

3. *Un vendedor afronta una demanda inelástica cuando puede aumentar su ingreso mediante un alza en el precio, y una demanda elástica si aumenta su ingreso al reducir el precio.* Para que los planes de salud tengan un incentivo para bajar los precios, la demanda debe ser tan elástica que el ingreso adicional, ganado al bajar los precios, exceda el costo adicional que implica servir a un mayor número de afiliados.

Para poder conjurar las fallas del mercado y asegurar la competitividad, los patrocinadores deben utilizar una serie de herramientas que son básicamente las siguientes (Enthoven, 1988):

1. La determinación de precios. Se refiere a procesos como el pago de primas por riesgo comunitario, ajuste de riesgos o mecanismos de reaseguro que garanticen que el proveedor no sale perdiendo y que no necesita por tanto practicar la selección de riesgo.
2. Estandarización de los planes de beneficios. Es una homologación de los beneficios ofrecidos por todos los seguros de salud, de tal manera que sean completamente comparables entre sí, lo cual tiene por objeto evitar la selección de riesgo, la diferenciación de productos y la segmentación de mercado.
3. Proceso periódico de afiliación. Existen períodos abiertos de afiliación durante los cuales los usuarios, a través del patrocinador, pueden afiliarse y desafilarse cambiando de asegurador. La elección del seguro la hace cada afiliado individualmente, previa información suministrada por el patrocinador. Esta modalidad evita la selección adversa y entrega a los usuarios la información necesaria para hacer una elección adecuada, así como para abandonar planes de salud que no han satisfecho sus expectativas.
4. Continuidad en la cobertura. La desafilación es tan importante en la selección del riesgo como la afiliación. El patrocinador, mediante los contratos con los seguros, debe garantizar la afiliación permanente.
5. Vigilancia de los planes. Los patrocinadores deben observar el desempeño de cada uno de los seguros, vigilar signos de selección de riesgo, e incluir mecanismos que prevengan tal fenómeno en los respectivos contratos.
6. Garantía de calidad. Existen elementos en la calidad de los servicios que pueden ser adecuadamente percibidos por el usuario individual; sin embargo, existen otros que requieren de conocimiento especializado y de observaciones sistemáticas que deben ser realizadas por el patrocinador; el seguimiento del resultado de los tratamientos, ajustados por riesgo, y los programas de evaluación de tecnologías, se cuentan entre dichas observaciones.
7. Acción pro competencia. Los patrocinadores deben actuar de tal manera que promuevan la entrada de nuevos competidores al mercado.

8. Manejo de subsidios. Un papel clave de los patrocinadores es el manejo de los subsidios, tanto de aquellos que otorga el gobierno a los más pobres como de los subsidios cruzados. El patrocinador nunca contribuirá, en el pago de la prima, con un monto mayor a aquel de la prima más barata.

Aunque las versiones más recientes y refinadas de la teoría de Enthoven están muy orientadas hacia el caso de los Estados Unidos, también ha planteado, en términos generales, la aplicación de su teoría a modelos con una mayor intervención pública, tanto en la financiación como en la administración de los servicios (Enthoven y Kronick, 1989). En este caso, el gobierno suministraría los fondos para financiar el sistema y una agencia gubernamental (nacional o local) actuaría como patrocinador en nombre de todos los usuarios, contratando con diferentes seguros de salud, diseñando y operando un sistema único de evaluación del riesgo y administrando el proceso de afiliación. Todos los seguros de salud tendrían que jugar con un conjunto único de reglas. Tal modelo estaría menos abierto a la innovación que uno cuyos patrocinadores fueran de naturaleza privada, ya que la descentralización del patrocinio con compromiso del sector privado haría más probable y fácil poner a prueba nuevas ideas.

Otra posibilidad es la de crear un sistema de precios administrados, análogo al sistema de pagos prospectivos del *Medicare*; así, los planes de salud recibirían pagos prospectivos, periódicos y fijos, de acuerdo con la composición de riesgo de sus afiliados y basados en grupos de diagnóstico por costo. De esta manera, los planes competirían por calidad y servicio pero no por precio.

4. CRÍTICAS A LA TEORÍA DE LA COMPETENCIA REGULADA

La teoría de la competencia regulada ha sido examinada y criticada desde diferentes puntos de vista que cuestionan su corrección teórica, el apoyo que puede tener en la evidencia empírica, y sus apreciaciones ideológicas. Una primera crítica tiene que ver con la duda o incertidumbre acerca de la capacidad de la propuesta para contener la escalada de los costos (Aaron y Schwartz, 1993; CBO, 1993) y para conjurar las fallas del mercado (Fielding y Rice, 1993). Estas críticas no carecen de sentido, ya que

el mismo autor de la teoría admite que la única manera de poner en orden los gastos en salud es que el gobierno se haga cargo de la financiación y la coloque bajo presupuestos globales firmes, corriendo el riesgo del racionamiento (Enthoven y Kronick, 1989). Por otra parte se ha discutido sobre las motivaciones que puedan tener los patrocinadores para cumplir con sus funciones (CBO, 1993).

Broomberg (1994) ha realizado una revisión de las premisas y evidencias de la teoría, en el contexto de los países en desarrollo. En forma específica ha examinado tres argumentos de quienes propugnan este enfoque, a saber: a) los mercados manejados promueven la competencia entre los proveedores y por tanto mejoran su eficiencia; b) las relaciones contractuales son más eficientes que la administración directa de los servicios, y c) los beneficios de un mercado manejado superan sus costos. El análisis sugiere que tanto los argumentos teóricos como la evidencia empírica, derivada del mercado de servicios hospitalarios, son ambiguos. Así mismo, afirma que las condiciones para la implementación de los mercados manejados (alta competitividad entre los proveedores, información sofisticada, y capacidad de gestión) están ausentes en la mayoría de los países en desarrollo.

Otra crítica ha sido la imposibilidad de aplicar la teoría en áreas geográficas en donde resulta difícil o imposible disponer de varios proveedores, existiendo cálculos de los tamaños de población mínimos que se requieren para que los mecanismos que supone la competencia regulada puedan funcionar (Kronick, Goodman y Wennberg, 1993).

De tipo más ideológico que las anteriores son las críticas que argumentan un supuesto fracaso de las teorías de Enthoven, cuando fueron aplicadas en el sector de la defensa (Waitzkin, 1994). Lo controversial de sus contenidos teóricos y la resistencia que despertó entre los especialistas de defensa, se confrontan con la resistencia que la competencia regulada suscita entre los especialistas del sector salud. La teoría, según los críticos, se fundamenta en la desconfianza en la capacidad de los profesionales de la medicina para tomar decisiones adecuadas, poniendo toda la confianza en los administradores. Por otra parte, se rechaza la validez de la evidencia empírica que argumenta Enthoven, surgida de estudios selectivos de casos y no de ensayos aleatorios.

5. REFORMAS DE SALUD INSPIRADAS EN LA COMPETENCIA REGULADA

Además de las discusiones y críticas que la teoría de la competencia regulada ha suscitado, hay un aspecto que es interesante conocer en forma panorámica. Se trata de la formulación e implementación de reformas de salud en algunos países que han seguido los postulados de esta teoría o, al menos, se han inspirado en ellos. A manera de ilustración, se esbozarán los casos de los Países Bajos, el Reino Unido y de los Estados Unidos.

a) El caso de los Países Bajos

En 1986, el gobierno de los Países Bajos nombró una comisión, presidida por el doctor W. Dekker, para diseñar estrategias que condujeran a la reforma de la financiación y estructura del sistema de salud. El informe de la comisión apareció en 1987 y dio lugar a una propuesta del gobierno para implementar la reforma en 1988. La esencia de la propuesta contenía tres puntos (OCDE, 1992):

- un esquema uniforme de seguro de salud con cobertura universal;
- la integración de los servicios de salud y otros servicios sociales dentro del mismo esquema, y
- la aplicación de la competencia regulada para determinar la cantidad y precio de los servicios, tanto en el aseguramiento como en la provisión, reemplazando el papel del gobierno en estas materias.

El diseño de la reforma supone un seguro nacional de salud con pagadores múltiples, cuya administración está en manos de aseguradores pagados en forma prospectiva, que compiten entre sí bajo unas reglas fijadas por el gobierno. Todos los ciudadanos deben comprar el seguro mediante una prima ligada al ingreso y colectada por el departamento de impuestos y, además, mediante un pago fijo que se entrega directamente al asegurador elegido por cada persona. El monto de las primas ligadas al ingreso va a un fondo central que lo distribuye luego a los distintos aseguradores, bajo la modalidad de un pago por capitación ajustado por riesgo.

Los aseguradores deben contener los costos y mejorar la eficiencia para competir, y contratan la prestación de servicios con diferentes proveedores que igualmente compiten entre sí (Schut, 1995; Rutten y Van Der Linden, 1994).

La implementación completa de la reforma, que estaba prevista para 1994, no se ha realizado por problemas técnicos y políticos. Entre los primeros, el más importante ha sido la dificultad para ajustar los pagos per cápita y evitar la selección de riesgo. Entre los segundos están las presiones corporativistas de ciertos grupos interesados que no han podido ser vencidas por el Estado; al obstruir el proceso de implementación, los grupos mencionados han provocado paradójicamente un proceso de estatización (Schut, 1995).

b) El caso del Reino Unido

En el Reino Unido ha funcionado desde 1948 un servicio nacional de salud que, pese a sus éxitos, suscitó a su alrededor una crisis de confianza respecto de su financiación y de su desempeño, a fines de los años ochenta. Tal crisis motivó una iniciativa de reforma, cuya propuesta se concretó en el documento "Working for Patients" en 1989 (OCDE, 1992).

La propuesta se basa en la idea de crear un "cuasi mercado" o un "mercado interno", con la finalidad de mejorar la asignación de recursos. El gobierno trata de mantener el acceso gratuito a un sistema con financiación pública, al mismo tiempo que crea un mercado del lado de la oferta (Maynard, 1991; Le Grand, 1991). Los cambios tienden a crear un sistema de contratación de servicios junto con una competencia regulada en el lado de la oferta, buscando mejorar la eficiencia sin reducir la equidad (OCDE, 1992).

La financiación del sistema sigue proviniendo de los impuestos generales, sin cargo para los usuarios. Se propone una separación de las funciones de compra y provisión de los servicios hospitalarios, mediante el mecanismo de la contratación. Las autoridades distritales de salud (ADS) se convierten en los principales compradores de servicios hospitalarios, y a algunos médicos se les transfieren fondos para que se constituyan también en compradores. Al mismo tiempo se libera a ciertos hospitales, que tengan capacidad de gestión, del control de las ADS para que adquieran autonomía (OCDE, 1992).

La implementación de la reforma se demoró hasta 1991 y un juicio sobre sus resultados parece prematuro, máxime si se tiene en cuenta que una evaluación con el debido rigor científico es muy difícil. Sin embargo, pueden mencionarse algunos avances (Feachem, 1996):

- La administración de fondos por los médicos ha despegado y se espera que cubra al 50% de la población en 1996; se ha visto que estos médicos actúan como catalizadores haciendo que los hospitales respondan mejor a los usuarios, han demostrado ser sensibles a los costos, han desarrollado nuevos servicios de atención primaria, y nuevas formas de administrar los fondos. No se ha evidenciado el fenómeno de selección de riesgo, que puede estar latente.
- Los hospitales en fideicomiso han mostrado signos de transformación en empresas y de adaptarse a grados diferentes de competencia, adquiriendo una clara conciencia de los costos de capital.
- Se ha hecho evidente un aumento en los costos de transacción.

Pese a ello, no han dejado de oírse voces que tratan de descalificar la posibilidad de éxitos de esta reforma (Lee y Etheredge, 1989; Vall-Spinosa, 1991; Holland y Graham, 1994).

c) El caso de los Estados Unidos

En 1993, el presidente Clinton presentó oficialmente su propuesta de reforma al sistema de salud: *The President Health Security Plan, The Clinton Blueprint* (Clinton, 1993). Debe recordarse que este punto fue uno de los cuatro fundamentales planteados por el presidente en su campaña.

La propuesta busca resolver las deficiencias en la cobertura y la escalada de costos mediante dos acciones estratégicas: promover la competencia en el mercado, y establecer una nueva fuerza de regulación por parte del gobierno. Además de ofrecer subsidios estatales para las compañías e individuos que en el escenario prevaleciente no tenían capacidad de acceder a los seguros privados, se propone un sistema de cooperativas o "alianzas de salud" administradas por los estados, que tienen como función comprar el seguro.

Las alianzas, bajo normas federales, fijarían los patrones para los planes de salud y se encargarían de ofrecer a los consumidores un conjunto

de planes que ofrecerían el mismo plan de beneficios. Los diversos planes de salud (constituidos por grupos de médicos y hospitales, que pueden ser organizados por aseguradores) deberán competir por los usuarios en base a precio y calidad. Con el fin de supervisar las tendencias nacionales de gasto, de determinar los patrones nacionales para la atención y los beneficios requeridos, se propone un poderoso consejo nacional de salud, que correspondería a la parte regulatoria del modelo (Clinton, 1993).

Como es bien sabido, esta propuesta fue derrotada en el Congreso por diversos motivos, principalmente políticos y de intereses que se verían afectados, los que han sido ampliamente analizados (Feingold, 1995). Pese a lo anterior, en los Estados Unidos se mantiene un interés por la reforma y existen iniciativas, como las que han servido a Enthoven para apoyar su teoría, que prometen cambiar el sistema vigente. La tendencia central de la reforma es el aumento en la cobertura de los planes de salud que funcionan bajo la concepción de "atención administrada" (*managed care*), que ha demostrado su capacidad para contener los costos y mejorar la accesibilidad, sin deterioro de la calidad de los servicios (Ellwood y Lundberg, 1996).

Los conceptos que se han examinado aquí han servido de base para la formulación de la reforma del sector salud en Colombia, como se verá en las partes subsiguientes.

IV. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

En esta parte del trabajo se examinarán las motivaciones locales que han existido para impulsar una reforma del sector salud en Colombia, las cuales han operado en conjunto con las tendencias internacionales que se examinaron en la primera parte. Asimismo, se hará un recuento de los principales hitos en el avance del proceso reformista.

1. MOTIVACIONES LOCALES PARA LA REFORMA

En dos podrían resumirse las motivaciones que han impulsado en Colombia un proceso de reforma del sector salud. La primera tiene que ver con los procesos de ajuste macroeconómico y de apertura de la economía,

tal como se mencionó anteriormente. Estos procesos se concretaron en las reformas que introdujo la administración presidencial del período 1990-1994, y que exigieron —como consecuencia lógica— una reforma del sistema de seguridad social entonces vigente.

La segunda motivación se deriva de un análisis del sector, en sí mismo. Las grandes tendencias universales en la formulación de políticas de salud, expuestas en la primera parte, han tenido en Colombia sus repercusiones y sus manifestaciones específicas, y las consideraciones que allí se hicieron son aplicables al caso colombiano, en mayor o menor grado.

Del análisis específico del sector salud en Colombia surgen tres grandes inquietudes que apuntan a la necesidad de una reforma: en primer lugar, la inconveniencia de mantener tres modalidades coexistentes de asignación de recursos y de organización de la provisión de los servicios; en segundo lugar, la factibilidad financiera de lograr una cobertura universal, al modificarse las modalidades de asignación y provisión; en tercer lugar, los resultados inaceptables de las modalidades vigentes.

El primer punto que se debe explicar, para poder comprender mejor el proceso colombiano, es la coexistencia tradicional de tres modalidades dentro de la financiación y organización de los servicios de salud. En efecto, pueden distinguirse tres subsistemas: el privado, el público y el de la *seguridad social*.

Sin duda, el subsistema privado es el más antiguo; guiado por un régimen de demanda, su cobertura fue disminuyendo a medida que pasó el tiempo y que la sofisticación tecnológica y el costo de los servicios fueron aumentando, a la par que el Estado y el mecanismo de seguridad social fueron asumiendo funciones en el sector salud.

Por otra parte, el subsistema público, guiado por el régimen de oferta, fundamentado en el concepto de "asistencia pública" y orientado hacia los pobres, tiene como punto de origen el establecimiento de un Ministerio de Higiene, en 1946. Pero su desarrollo reconoce dos hitos importantes en el diseño del plan hospitalario nacional en 1968, y en la formulación de un sistema nacional de salud, en 1975. El diseño del sistema nacional de salud es un primer intento para unificar, mediante normas técnicas e integración funcional de las instituciones, los tres subsistemas mencionados. Al mismo tiempo, confiere al Estado la responsabilidad central de la financiación y provisión de los servicios.

El subsistema de la seguridad social, orientado igualmente por el régimen de oferta, surgió en Colombia como un "seguro social" inspirado en el modelo desarrollado por Bismarck en Alemania, en 1883, y en la concepción más amplia y moderna de "seguridad social", desarrollada en el Informe Beveridge, en el Reino Unido en el año 1939. Este sistema, financiado mediante un gravamen a los salarios, fue concebido para el sector moderno y formal de la economía, y muchos de sus problemas en Colombia se derivan de esta concepción (Malloy, 1985).

La formalización del mecanismo de seguridad social ocurrió a mediados de la década de 40, mediante la dictación de dos leyes: la ley 6, de 1945, que creó la Caja de Previsión Social para los empleados públicos, y la ley 90, de 1946, que creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales para los trabajadores del sector privado (Rengifo, 1982).

Tal como se ha expuesto, un primer problema básico que enfrenta la corriente reformista en Colombia es la coexistencia en los distintos subsistemas de tres criterios diferentes para asignar los recursos destinados a los servicios de salud: el que emana del poder de compra (subsistema privado), el que se orienta a la protección de los ciudadanos económicamente activos (subsistema de la seguridad social) y el de la necesidad de atención de la pobreza (subsistema público). La asignación de recursos determinada por estos tres criterios da origen a los tres subsistemas o sectores institucionales: todos ellos con recursos desiguales, organización diferente de los servicios, y enfocados hacia grupos de población distintos, a pesar de lo cual una parte importante de la población permanece sin cobertura. Este cuadro no solo refleja una seria situación de desigualdad sino que la refuerza continuamente (Frenk, 1991).

Para tener una idea de la magnitud de los tres sectores, en relación con la prestación de los servicios de salud, puede ser útil presentar los siguientes datos (Molina, Rueda y Giedion, 1993):

PRESTACIONES DE SALUD POR SECTOR

(En porcentaje)

	Público	Seguridad social	Privado
Consulta externa	25.0	13.5	48.0
Hospitalización	30.6	13.9	32.0
Maternidad	35.7	18.5	17.0
Cirugía	27.6	17.0	39.0
Odontología	15.4	8.1	71.0

En forma general, el sector público proporcionaría el 27% de los servicios, la seguridad social el 14%, y el 59% de los servicios los prestaría el sector privado.

En relación con los recursos financieros, la metodología de cuentas nacionales de salud, aplicada para el año 1993, muestra que Colombia gasta el 7.3% del PIB en servicios de salud. De este gasto, el 27% corresponde a las erogaciones del gobierno; el 26% a las contribuciones que hacen los empleadores y los trabajadores a la seguridad social y el 41% corresponde a gasto de bolsillo de los hogares. El total gastado por los hogares en servicios de salud, si se suma el gasto de bolsillo y las contribuciones a la seguridad social, alcanza al 55% del gasto total en servicios de salud (Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

Las cifras anteriores, contrastadas con la proporción de servicios que provee cada sector, demuestran dos cosas importantes: en primer lugar, la inequidad en el gasto entre el sector público y el de la seguridad social, y en segundo lugar, la importancia del gasto y de la provisión de los servicios privados. Por otra parte, demuestra que Colombia, comparada con otros países, gasta una cantidad considerable de recursos financieros en salud. Una segunda idea que alimenta la corriente reformista es un cálculo crudo que demostraría que los anteriores recursos, asignados y organizados de forma diferente, serían suficientes para conseguir una cobertura universal.

La tercera consideración para apoyar la necesidad de una reforma, surge de los resultados que la situación que se viene analizando ha producido respecto a los objetivos de equidad, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios.

En relación con la cobertura, que es un resultado lógico de la equidad y la eficiencia en la asignación de los recursos, deben considerarse dos problemas: la cobertura poblacional de los servicios, y la cobertura de un sistema de aseguramiento. Los datos disponibles permiten afirmar que un 30% de la población aún no está cubierta por los servicios básicos de promoción y prevención, que tradicionalmente han estado a cargo del sector público (Restrepo, 1994). En cuanto a los servicios de atención médica, el 19.2% de las personas que los requieren declaran no tener acceso a ellos; la anterior proporción crece al 40% de las personas, entre los enfermos, pobres y no asegurados, que viven en el área rural (Molina, Rueda y Giedion, 1993; Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

La cobertura del sistema de aseguramiento adquiere importancia si se considera que el 50% de las personas que no tienen acceso a los servicios, aducen como causa de esta situación la imposibilidad de pagarlos. En Colombia, la fuente más importante de aseguramiento en salud ha sido el mecanismo de la seguridad social, ya que los seguros privados han tenido una cobertura marginal.⁴ Para 1990, solo el 20.9% de la población total del país —y el 27.6% de la población económicamente activa— estaba cubierta por el sistema de seguridad social, que de esta forma solo cubría a cerca de 7 millones de beneficiarios. El progreso en la cobertura ha sido muy lento, si se observan los mismos índices anteriores del año 1970, cuando el sistema cubría al 7.5% de la población total y el 21.1% de la población económicamente activa, con un total de 1.5 millones de beneficiarios (DANE, 1993). La falta de aseguramiento adquiere características muy serias entre la población pobre del sector rural, donde esta situación caracteriza al 80% de las personas (Universidad Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

En relación con la equidad, también existen problemas evidentes en las condiciones de salud de la población (Restrepo, 1994; Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996) y en el acceso a los servicios, como queda claro después del análisis que se ha hecho de la cobertura. En este último aspecto, es evidente la inequidad en la asignación de los recursos por grupos de población, por regiones, y entre los

4. El aseguramiento de tipo privado se da mediante pólizas de seguros de indemnización y bajo la modalidad de planes de medicina prepagada, que comenzaron a surgir en los años ochenta y que para 1990 cubrían, aproximadamente, a un millón de personas.

diferentes tipos de servicios (curación *versus* promoción y prevención, y primer nivel de atención *versus* servicios hospitalarios con altos niveles de complejidad tecnológica). Tal inequidad se da entre los tres sectores considerados y al interior de los sectores público y de la seguridad social (Restrepo, 1994; Restrepo y Ramírez, 1994; Molina, Rueda y Giedion, 1993). Al considerar la equidad es importante hacer una consideración especial sobre el sector de la seguridad social.

Los problemas del sistema de seguridad social en Colombia son comunes a los analizados como propios de los sistemas de seguridad social en toda América Latina (Mc Greevey, 1990; Mesa-Lago, 1990), y han sido revisados específicamente para el caso colombiano (Restrepo y Ramírez, 1994). Tales análisis resumen en cuatro los problemas de los sistemas de seguridad social, a saber: la inequidad, los problemas de gestión de las instituciones, y las distorsiones macroeconómicas y microeconómicas que se ocasionan. En resumen, el sistema se fundamenta en un gravamen sobre los salarios que constituye una base impositiva muy estrecha y con rasgos regresivos, combinado con generosos beneficios que consisten principalmente en servicios especializados y hospitalarios de alta tecnología, que la población en edad de trabajar —saludable por definición— y sus hijos deberían utilizar solo raramente.

De este modo, la naturaleza de la financiación del sistema de seguridad social determina una baja cobertura poblacional, la que a su vez genera inequidad en el acceso a los servicios e ineficiencia en la asignación de los recursos. La inequidad en el acceso —que se refleja en desiguales condiciones de salud de las personas— se manifiesta en las diferencias entre las áreas urbanas y las rurales, entre las distintas regiones, entre grupos laborales y entre grupos de ingreso. La ineficiencia se manifiesta en la forma como se asignan los recursos entre las actividades de promoción y prevención, y las actividades curativas.

El sector público se encarga de las actividades de promoción, prevención y atención básica, centrándose fundamentalmente en los pobres. Por su parte, la seguridad social se orienta a los sectores medios con énfasis en la atención curativa, privilegiando los servicios hospitalarios de alta complejidad tecnológica, rasgos que tiene en común con los servicios privados que son utilizados por los estratos más altos.

Otro problema manifiesto del sector salud es la ineficiencia técnica de sus instituciones, tanto en el plano directivo como de prestación de servicios. En el ámbito de la gestión macroeconómica del sector, ha sido

evidente la poca capacidad de previsión, la inestabilidad directiva y la confusión entre las funciones de gestión estratégica y gestión operativa. En lo que respecta a las entidades prestadoras de servicios existe una gran debilidad en los sistemas de gestión, que afecta a casi todas las instituciones de los tres sectores considerados y que, sumada a problemas crónicos de desfinanciación, alteran su productividad.

Una encuesta recientemente realizada a nivel nacional entre instituciones hospitalarias de los tres sectores demostró que, globalmente, los hospitales del país podrían entregar un 30% más de servicios que los actualmente ofrecidos. Aunque se registran rendimientos diversos, la productividad tiende a aumentar con la complejidad tecnológica de que sea capaz la institución y con el aumento del tamaño de la población a la cual sirve (Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

En relación con la calidad de los servicios, no existe una evaluación sistemática de este factor, ni tampoco se ha desarrollado en el país una disciplina al respecto. Existen esfuerzos aislados para crear una cultura de la calidad en ciertas instituciones, y para medir sus resultados. Sin embargo, la evidencia anecdótica y la opinión pública generalizada indican que existen serios problemas en la calidad de los servicios ofrecidos, y una fuerte insatisfacción de los usuarios al respecto.

2. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Luego de la reforma de 1975, que diseñó el sistema nacional de salud, el ímpetu reformista desapareció hasta 1990 cuando se dicta la ley 10, mediante la cual se ordena la descentralización administrativa y financiera del sector público. Esta ley fue complementada, dentro del mismo espíritu descentralizador, con las disposiciones de la nueva Constitución, promulgada en 1991, y por la ley 60 de 1993, que fija las competencias y recursos de los sectores sociales, a nivel nacional, departamental y municipal.

La Constitución de 1991 declara que los servicios de seguridad social y de salud son servicios públicos y los instituye como derechos irrenunciables de todos los ciudadanos. Se encarga al Estado la dirección y coordinación de ellos, pero se admite la participación privada en la prestación de los servicios y establece su organización en forma descentralizada.

La Constitución hace expreso el deber que tiene toda persona de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (República de Colombia, 1991).

La ley 60 asigna a los municipios la responsabilidad fundamental del servicio de salud en el primer nivel de atención, y a los departamentos igual cometido en el segundo y tercer nivel. Aumenta las transferencias nacionales a los municipios y departamentos, y establece fórmulas —relacionadas con las necesidades de las diferentes localidades— para repartir dichas transferencias.

No existe una evaluación sistemática y globalmente comprensiva del avance en el proceso de descentralización del sector público, y de su impacto en la equidad y en la eficiencia. Sin embargo, algunos estudios parciales y la evidencia anecdótica denotan serios problemas en el proceso de descentralización. En general, el proceso de implementación de la descentralización ha sido muy lento, disparejo por regiones y desigual en sus logros; además, ha faltado control social de su funcionamiento (Banco Mundial, 1994; DNP, 1995; Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

Un primer problema que se ha detectado ha sido que una gran mayoría de los municipios no han asumido las funciones que les asigna la ley. En efecto, un 95% de los municipios, de una muestra estudiada, no han asumido a plenitud sus competencias. Como causa de este hecho se ha argumentado la falta de claridad de las disposiciones, incoherencias entre las normas sectoriales y las que ordenan la descentralización, colisiones de competencia entre los departamentos y municipios, y algunas exigencias de la ley que desconocen la realidad municipal, tanto en sus posibilidades financieras como en su capacidad de gestión.

Desde el punto de vista institucional, se han establecido secretarías de salud en todos los departamentos y en el 75% de los municipios. Sin embargo, el proceso de certificación, mediante el cual el Ministerio de Salud autoriza el manejo descentralizado, solo se ha cumplido en la mitad de los departamentos y en unos pocos municipios. Una dificultad importante para realizar este proceso ha sido la imposibilidad de liquidar el pasivo por concepto de prestaciones impagas de las instituciones, para que los municipios las asuman saneadas.

Desde el punto de vista financiero, se ha registrado una baja ejecución de las transferencias nacionales a los municipios, de tal manera que en el 74% de los municipios estudiados la transferencia fue menor del

25% que obliga la ley 60; el fenómeno anterior se debe a problemas de reglamentación, y ha tenido como efecto el que los recursos para la salud sean trasladados a otras actividades.

Se han analizado los casos de éxito en el proceso de la descentralización y se ha visto que hay factores que lo explican, como el compromiso de la clase política, la suficiencia de recursos financieros, la estabilidad de los equipos directivos, y la existencia de metas de carácter técnico. Así mismo, se han detectado factores que explican los fracasos, tales como la poca capacidad técnica, la falta de motivación de los funcionarios locales, los desacuerdos políticos (sobre todo entre el nivel departamental y el municipal), los déficit financieros y la ausencia de sistemas de gestión.

Además del impulso hacia la descentralización, el ímpetu reformista del sector salud se manifestó, en el año 1991, con ocasión de la iniciativa de una reforma del sistema de seguridad social. La iniciativa incidía fundamentalmente en el área de las pensiones, que constituía el punto de interés central del gobierno. Sin embargo, hubo presiones provenientes de los sindicatos, de sectores parlamentarios y de los tecnócratas del sector para que el tema de la salud fuera incluido en la reforma.

Así, durante los años 1991 y 1992 se avanzó en las discusiones que llevaron a consensos suficientes para que el gobierno presentara al parlamento un proyecto de ley, en mayo de 1993; este proyecto fue aprobado y sancionado por el presidente de la República el 23 de diciembre de ese año, como ley 100 de 1993. La entrada en vigencia de la ley se fijó para el 1 de enero de 1995.

Se han analizado en esta parte las motivaciones locales para impulsar una reforma del sector salud en Colombia, y se han relatado los principales pasos que condujeron a la formulación de una reforma del sistema de seguridad social. En la parte siguiente, se explicará el marco jurídico de la reforma y las características del modelo adoptado.

V. LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Los objetivos generales de la reforma son: lograr la cobertura universal de un mecanismo de seguro de salud que garantice el acceso a los servicios, promover la eficiencia en la provisión, y mejorar la calidad de los servicios. Para alcanzar dichos objetivos se utilizan dos grandes herramientas estratégicas: un seguro de salud obligatorio para lograr la cobertura universal, y la competencia regulada para mejorar la eficiencia en la provisión, contener los costos, mejorar la accesibilidad, y aumentar la calidad de los servicios.

El sistema funciona en la forma siguiente: todo individuo está obligado a afiliarse a una empresa promotora de salud (EPS) —que puede elegir libremente— mediante un pago (una cotización derivada de un gravamen sobre los salarios, o un aporte proporcional a sus ingresos, o un subsidio público). Tal pago lo hace acreedor, a él y a su familia, a un plan de beneficios: el plan obligatorio de salud (POS). Los pagos de los afiliados pertenecen al Fondo de Solidaridad y Garantía (FSG), y por cada una de las personas afiliadas cada EPS recibe del FSG una suma fija de dinero que cubre el costo promedio del POS; esta suma se denomina unidad de pago por capitación (UPC).

El FSG tiene por objeto realizar la compensación entre personas con distintos ingresos y riesgos, administrar la solidaridad entre los que contribuyen y los pobres, cubrir ciertos riesgos derivados de eventos catastróficos y de los accidentes del tránsito. Las EPS tienen como funciones afiliar a las personas, recaudar las cotizaciones, y organizar y administrar la prestación de los servicios comprendidos en el POS. Los servicios que requieran los afiliados pueden ser provistos directamente por las EPS (a través de una red propia de proveedores), por instituciones prestadoras de servicios (IPS), o por profesionales con los que cada EPS establezca contratos.

2. LA FINANCIACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA

Para la financiación y administración del sistema coexisten en forma articulada un régimen contributivo y un régimen de subsidios, que se vinculan mediante el FSG. Es conveniente aclarar que los subsidios se otorgan por la vía de la demanda, en consonancia con la libertad de elección que cada individuo puede ejercer en relación con la EPS; de esta manera se busca que el dinero siga al usuario.

a) El régimen contributivo

Se denomina régimen contributivo el conjunto de normas que rigen la afiliación de los individuos al sistema cuando la vinculación se hace a través del pago de una cotización, ya sea directamente por parte del afiliado o en concurrencia de este y su empleador. Entre este grupo de personas se encuentran las vinculadas por contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

La cotización obligatoria equivale al 12% del salario base, el cual no puede ser inferior al salario mínimo. Dos terceras partes de la cotización son de cargo del empleador, y una tercera parte del trabajador. Un punto de esta cotización es trasladado al FSG para contribuir al régimen subsidiado. Para efectos del cálculo de la base de cotización de los trabajadores independientes, existe un sistema de presunción de ingreso con arreglo al nivel de educación, la experiencia laboral, la actividad económica, la región de proveniencia, y el patrimonio de cada individuo.

Las EPS, por delegación del FSG, recaudan las cotizaciones de los afiliados y de cada una de ellas descuentan el valor de la UPC y trasladan al FSG la diferencia; en caso de que el valor de la UPC sea mayor que la cotización individual, el FSG cancela la diferencia a la EPS.

b) El régimen subsidiado

Se llama así el conjunto de normas que rigen la afiliación al sistema cuando esta se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total

o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Es beneficiaria de este régimen toda la población que no tiene capacidad de cotizar por sí misma, condición que se define mediante criterios como la capacidad económica, el nivel educativo, el tamaño de la familia, y la situación sanitaria y geográfica de la vivienda. Para identificar a los beneficiarios y focalizar los subsidios se ha diseñado un sistema llamado Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN). Las personas que cumplan los requisitos establecidos en el SISBEN se inscriben en la dirección de salud correspondiente, la cual califica la condición de beneficiario. El régimen se financia con recursos fiscales del orden nacional y local, y con los recursos de solidaridad del FSG.⁵

Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud suscriben contratos de administración del subsidio con las EPS que afilien a los beneficiarios del subsidio; esta contratación se realiza mediante concurso y se rige por el régimen privado.

c) El Fondo de Solidaridad y Garantía

El Fondo de Solidaridad y Garantía es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia. La utilización y distribución de sus recursos se hace de acuerdo con criterios fijados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS).

El fondo tiene las siguientes subcuentas independientes: i) de compensación interna del régimen contributivo; ii) de solidaridad con el régimen subsidiado; iii) de promoción de la salud, y iv) del seguro de riesgos catastróficos y accidentes del tránsito.

5. Las fuentes de financiación del régimen subsidiado son: i) quince puntos de las transferencias de inversión social destinadas a la salud, que la nación hace a los municipios (artículo 22, ley 60 de 1993); ii) recursos provenientes de ECOSALUD (empresa nacional de juegos de azar), y recursos propios de los departamentos y municipios que se destinen a este fin; iii) recursos del situado fiscal y de las rentas cedidas a los departamentos, para financiar las intervenciones del segundo y tercer nivel; iv) recursos provenientes del FSG; v) el 15% de los recursos adicionales que a partir de 1997 reciban los departamentos, distritos y municipios, como participaciones y transferencias por concepto del impuesto de renta sobre la explotación petrolera de Cupiagua y Cusiana.

Los recursos de la subcuenta de compensación del régimen contributivo, provienen de la diferencia entre el ingreso por cotización individual y el valor de la UPC, que se le reconoce a la EPS por cada uno de sus afiliados. La subcuenta de solidaridad con el régimen subsidiado —que cofinancia los subsidios que otorgan los entes territoriales— recibe los recursos de solidaridad y los aportes fiscales del orden nacional.⁶

La subcuenta de promoción de la salud se financia mediante una proporción de los recaudos por cotizaciones del régimen contributivo, que no puede ser superior a un punto de tal cotización; estos recursos son complementarios de las erogaciones que haga el Ministerio de Salud para este efecto. Los recursos de esta subcuenta se pueden destinar al pago de las actividades que realicen las EPS en esta materia. La subcuenta de eventos catastróficos y accidentes del tránsito, se financia con los recursos del seguro obligatorio de accidentes del tránsito y con recursos fiscales del orden nacional.⁷

De esta manera, el FSG actúa como el principal ente asegurador del sistema y la UPC funciona como una prima de seguro que reciben las EPS. Las EPS, a su vez, cumplen también una función aseguradora ya que se comprometen a entregar un plan de beneficios por una suma fija, asumiendo así un riesgo; debe mencionarse que el sistema reconoce la

6. Los recursos de la cuenta de solidaridad del FSG son los siguientes: i) un punto de la cotización del régimen contributivo; ii) los recursos que las cajas de compensación familiar destinen a los subsidios de salud; iii) un aporte del presupuesto nacional, regulado de la siguiente forma: en el período 1994-1996 no será inferior a los recursos indicados en los puntos i) y ii), y a partir de 1997 podrá llegar a ser igual a los recursos indicados en el punto i); iv) los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos; v) los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el Consejo Nacional de Política Económica y Social; vi) los recursos provenientes del impuesto sobre remesas de utilidades de empresas petroleras de Cusiana y Cupiagua; vii) los recursos del impuesto al valor agregado (IVA) social destinados a la ampliación de cobertura a las denominadas 'madres comunitarias' del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; viii) los recursos provenientes del impuesto al porte de armas, a las municiones y explosivos, a partir de 1996.

7. La subcuenta de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito se financia con los siguientes recursos: i) los recursos del Fondo Nacional del Seguro de Accidentes de Tránsito; ii) una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, que se cobrará en adición a ella; iii) los aportes presupuestarios para las víctimas del terrorismo, correspondientes al Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia, cuando este se extinga.

posibilidad de ajustar la UPC. Las EPS pueden utilizar el sistema de reaseguro para eventualidades de alto costo. La forma como las EPS pagan los servicios prestados no está regulada por la ley, y constituye uno de los factores de competencia entre ellas.

Además de la UPC, el sistema reconoce los copagos y las cuotas moderadoras. Los primeros funcionan como gastos deducibles que ayudan a financiar el sistema, y los segundos tienen por objeto racionalizar el uso de ciertos servicios.

3. LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

La función de administración y organización de los servicios está a cargo de las empresas promotoras de salud (EPS) que, además, son responsables de la afiliación y registro de los afiliados, y del recaudo de las cotizaciones. Las EPS compiten entre sí por conseguir afiliados y estos tienen el derecho de elegir libremente a cuál EPS se afilian y a cambiarse en caso de insatisfacción.

Las EPS pueden tener naturaleza pública, privada, o mixta y su funcionamiento es autorizado por la Superintendencia Nacional de Salud, previo el cumplimiento de requisitos que tienen que ver con su capacidad administrativa, un número mínimo y máximo de afiliados, la acreditación de un margen de solvencia, y la disponibilidad de un capital social o fondo social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad.

Son funciones de las EPS: promover la afiliación, captar los aportes, organizar la forma y los mecanismos de acceso de los afiliados a los servicios de salud, girar al FSG la diferencia entre el ingreso por cotizaciones y el valor de la UPC, y pagar los servicios que reciban sus afiliados a las instituciones —IPS— o a los profesionales que los presten.

Para garantizar el acceso de sus afiliados al POS, las EPS pueden prestar directamente los servicios o pueden contratarlos con las IPS o con profesionales, buscando convenir formas que incentiven las actividades de promoción y prevención, y el control de costos; las EPS deben ofrecer a sus afiliados alternativas de IPS y profesionales. Cuando una IPS sea propiedad de una EPS, la primera tiene autonomía técnica, financiera y administrativa, dentro de un régimen de delegación o vinculación que garantice un servicio más eficiente.

Las EPS no pueden rechazar a ningún afiliado, ni terminar con él la relación contractual; tampoco pueden establecer acuerdos que tengan por objeto impedir el ejercicio de la libre elección dentro del sistema. El gobierno puede establecer parámetros de eficiencia y fijar límites por concepto de gastos administrativos y operativos de la actividad de promoción.

4. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La prestación de los servicios está a cargo de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) o de profesionales de las distintas disciplinas de la salud. Estas instituciones y los profesionales tienen autonomía administrativa, técnica y financiera, y les está prohibido hacer cualquier tipo de acuerdo que impida la libre competencia. Las IPS obtendrán su acreditación previo el cumplimiento de los requisitos que fija el Ministerio de Salud.

Las instituciones públicas de prestación de servicios de salud se convierten en empresas sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. En materia contractual se rigen por el derecho privado, las personas vinculadas a ellas tienen el carácter de empleados públicos, y adoptan un régimen de presupuestación basado en un sistema de reembolso contra prestación de servicios. Pueden recibir transferencias de los presupuestos de la nación y de las entidades territoriales, y se someten al régimen impositivo de los establecimientos públicos.

5. LOS PLANES DE BENEFICIOS

El sistema reconoce varios planes de beneficios: el plan obligatorio de salud (POS), la atención de urgencia, el plan de atención básica, y los planes complementarios. Además existe el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que no será explicado en este documento.

El POS es un conjunto de prestaciones de salud de distinta naturaleza y grado de complejidad que garantiza la atención integral de toda clase de afecciones. Se ha diseñado y puede modificarse de acuerdo a la estructura demográfica, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible, y las

condiciones financieras del sistema. Inicialmente se ha establecido un POS para el régimen contributivo y otro para el régimen subsidiado. Para los afiliados subsidiados el POS incluye intervenciones que —para comenzar— corresponden al primer nivel de atención, por un valor equivalente al 50% de la UPC del sistema contributivo; los servicios de segundo y tercer nivel se irán incorporando progresivamente, de acuerdo con su aporte a los años de vida saludable, de manera tal que el contenido del POS sea igual para los regímenes contributivo y subsidiado antes del año 2001. Durante el período de transición, los afiliados del régimen subsidiado obtendrán los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos.

El sistema no discrimina las enfermedades preexistentes, pero se prevén períodos mínimos de cotización para el acceso a servicios de alto costo, períodos que no podrán exceder las 100 semanas, de las cuales al menos 26 deberán haber sido pagadas en el último año.

El plan de atención básica, que complementa el POS, contiene servicios comunitarios y personales con externalidades, por lo cual es gratuito, obligatorio y financiado con recursos fiscales del gobierno nacional, complementados con recursos de los entes territoriales.

La atención inicial de urgencia se debe prestar obligatoriamente por cualquier institución, independientemente de la capacidad de pago del usuario, y será reembolsada por el FSG en casos de accidente del tránsito y de catástrofes, o por las EPS en otros eventos.

Las EPS pueden ofrecer planes complementarios del POS, financiados en su totalidad por el afiliado, con recursos distintos de las cotizaciones obligatorias. Asimismo se permiten los seguros por indemnización.

Para los afiliados al régimen contributivo se reconoce el pago de incapacidades generadas por enfermedad; las incapacidades por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales serán reconocidas por las EPS, y se financiarán con recursos destinados al pago de dichas contingencias en el respectivo régimen. El FSG, mediante su subcuenta de compensación, pagará a las EPS la licencia por maternidad de sus afiliadas.

6. LA DIRECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA

El sistema funciona bajo la orientación, normativa, supervisión, vigilancia y control del gobierno nacional y del Ministerio de Salud; adscrito al

Ministerio, se creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS) como organismo de dirección del sistema. El CNSS está conformado por miembros del gobierno, representantes de los empleadores, de los trabajadores, de las EPS, de las IPS, de los profesionales de la salud y de las asociaciones de usuarios del sector rural.

Las funciones del CNSS son: definir el contenido del POS, el monto de las cotizaciones, el valor de la UPC, el valor del subsidio por cada beneficiario, los criterios de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado, el régimen de copagos y pago de incapacidades; arbitrar medidas para evitar la selección adversa; recomendar los criterios para establecer las tarifas de los servicios de urgencia, accidentes del tránsito y catástrofes; y ejercer las funciones de consejo de administración del FSG.

Son funciones del Ministerio de Salud: formular y adoptar las políticas, estrategias, programas y proyectos para el sistema; dictar normas científicas para regular la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo; expedir normas administrativas; formular y aplicar los criterios de evaluación de eficiencia en la gestión; ejercer la supervisión, vigilancia y control de las entidades e instituciones; reglamentar la recolección, transferencia y difusión de la información del sistema.

Las entidades territoriales de los niveles departamental, distrital y local pueden crear un Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud que asesore en la formulación de planes, estrategias, programas y proyectos de salud, y en la orientación de los sistemas territoriales que desarrollen las políticas definidas por el CNSS.

La Superintendencia Nacional de Salud ejerce las funciones de inspección, control y vigilancia de las EPS, con capacidad para dictar sanciones.

VI. LA REFORMA DE LA SALUD EN COLOMBIA Y LA COMPETENCIA REGULADA

En esta parte del trabajo se intentará un análisis que distinga cuál es el papel del Estado en el nuevo modelo de seguridad social en salud adoptado en Colombia. Asimismo, se examinará en qué medida sus anteriores funciones y articulación operativa son compatibles con los postulados de la teoría de la competencia regulada.

1. EL PAPEL DEL ESTADO

Las posibles funciones o intervención del gobierno en un sistema de salud, se han resumido en cinco acciones: ordenar, regular, informar, financiar, y proveer los servicios (Musgrove, 1996). Por ordenar se entiende la acción de obligar a alguien a hacer algo y, generalmente, a pagar por ello. Por regular se entiende determinar cómo deben conducirse las acciones de los agentes privados. Y por informar debe entenderse el suministrar información capaz de influir en la conducta de las personas o las instituciones, tratando de persuadirlas en algún sentido.

Todas las funciones que se acaban de mencionar están comprendidas dentro del nuevo sistema de seguridad social adoptado por Colombia. La principal ordenación contenida en la ley 100 es la obligatoriedad de afiliarse al sistema, y la existencia de gravámenes y concesión de subsidios para lograr tal efecto. Hay dos tipos de gravámenes, el que se aplica sobre los salarios de quienes tienen contrato de trabajo, y el que deben pagar los trabajadores independientes, de acuerdo con una presunción de ingresos. Por otra parte, se conceden subsidios de origen fiscal, total o parcialmente, a quienes no tienen capacidad de contribuir; además, se establecen subsidios de cargo de los empleadores, y subsidios cruzados de dos tipos: el primero entre quienes tienen capacidad contributiva, mediante el mecanismo de compensación que realiza el FSG, y el segundo, entre quienes contribuyen y quienes son subsidiados por los recursos fiscales, mediante el sistema de solidaridad.

Debe quedar claro que todos los recursos que resulten de recaudar los gravámenes mencionados, y obviamente los que provienen de los subsidios, pertenecen al FSG y por lo tanto tienen el trato de recursos fiscales. De esta manera, se puede afirmar que el sistema de seguridad social en Colombia tiene un financiamiento totalmente estatal, y que el FSG es el gran asegurador del sistema.

En cuanto a lo que dispone la ley 100 es importante mencionar, además de las obligaciones, las prohibiciones que ella hace y que se refieren a las EPS y a los distintos proveedores de servicios. Las principales prohibiciones tienen que ver con rechazar afiliados, terminar los contratos de afiliación, y realizar acuerdos entre EPS y entre proveedores que impidan la libre elección de los afiliados. La garantía de que estas

prohibiciones se cumplan descansa en el poder de inspección y sanción que se otorga a la Superintendencia Nacional de Salud.

Con respecto a las normas que rijen el funcionamiento del sistema, el gobierno a través del CNSS tiene la potestad de regular los siguientes elementos del sistema:

- i) monto de las cotizaciones y la proporción del subsidio de cargo de los empleadores;
- ii) el valor del subsidio fiscal y de los subsidios cruzados;
- iii) los mecanismos para focalizar los subsidios;
- iv) el valor de la UPC y los mecanismos para ajustarla;
- v) el valor y funcionamiento de los copagos y cuotas moderadoras;
- vi) el contenido del plan de beneficios;
- vii) el valor de las tarifas por atenciones de urgencia y por efectos de catástrofes;
- viii) el ingreso de los agentes al mercado (autorización de funcionamiento de las EPS, y acreditación y licenciamiento de los proveedores de servicios, tanto institucionales como individuales), y
- ix) fijación de gastos operativos y de los parámetros de eficiencia de las EPS.

En cuanto a la provisión de servicios, la reforma radica esta función del gobierno, en instituciones descentralizadas y autónomas, las empresas sociales del Estado. No está claramente establecida en la ley 100 la función de información que debe cumplir el gobierno con respecto a los usuarios, las EPS y los proveedores de servicios. Pese a esta falta de claridad, se resalta en la ley la importancia de la promoción de la salud, como parte del plan de atención básica y de las acciones comprendidas en el POS. Por otra parte, se establece con carácter obligatorio la entrega de información de las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud.

Como se expuso en la primera parte del trabajo, la intervención del Estado en la financiación y provisión de los servicios de salud se justifica para conjurar las fallas del mercado. En seguida, se intentará analizar cómo opera dentro de la reforma colombiana dicha intervención del Estado en los aspectos mencionados.

Se recuerda que las principales fallas del mercado en la financiación de los servicios son la selección adversa, la selección de riesgo, el monopolio

o “cartelización” de la función de aseguramiento, y el efecto del riesgo subjetivo (*moral hazard*). Frente a estas eventualidades, la ley 100 establece los siguientes mecanismos:

- i) el cubrimiento obligatorio y permanente y los períodos mínimos de cotización para evitar la selección adversa;
- ii) la afiliación abierta, la evaluación de riesgo comunitario (en contraste con la evaluación individual), el ajuste del pago por capitación, y el reaseguro para evitar la selección de riesgo (además, está expresa la prohibición de realizar tal práctica), y
- iii) los copagos y cuotas moderadoras para evitar el efecto de riesgo subjetivo.

No se han dictado normas específicas sobre conductas de monopolización o “cartelización” en que puedan incurrir las EPS o los proveedores, aunque la ocurrencia de este fenómeno esta explícitamente prohibida por la ley 100.

Las principales fallas del mercado en relación con la provisión de servicios —tal como se expuso en la primera parte— son la actuación de los hospitales, como monopolios naturales, y los problemas de asimetría de la información entre el médico y su paciente, que lleva a un efecto *monopolístico en la acción del médico*. Las soluciones que adopta la reforma colombiana frente a estos problemas, son: i) los presupuestos prospectivos para los proveedores hospitalarios de naturaleza pública (empresas sociales del Estado), y ii) la administración de la provisión de servicios que realizan las EPS, la que puede incluir mecanismos como el seguimiento del consumo, el pago por capitación a los médicos o por grupos de diagnóstico a las instituciones, y la información directa a los usuarios, para evitar los problemas de información.

El impacto que tendrá la intervención del Estado, en los términos expuestos, y sus diversos mecanismos operativos serán analizados posteriormente, en lo que respecta a la equidad y la eficiencia.

2. EL PAPEL DEL MERCADO

El primer elemento de mercado que se reconoce dentro del nuevo sistema de seguridad social en salud adoptado en Colombia, es la libertad

que tiene el usuario para elegir la EPS a la cual se afilia y los proveedores de servicios, dentro de aquellos que le sean ofrecidos por la EPS. Asimismo, se reconoce la libertad del usuario para cambiar de EPS en caso de insatisfacción. Debe recordarse que esta libertad se reconoce tanto a quienes cotizan, como a quienes son subsidiados por el Estado mediante la modalidad de subsidio a la demanda.

El segundo elemento de mercado que rige en el nuevo sistema es la competencia entre las diferentes EPS para inscribir y mantener a los afiliados, y entre los distintos proveedores (instituciones y profesionales) para conseguir contratos con las EPS y para atraer y mantener a los usuarios de los servicios.

Debe recordarse que la competencia, en sentido estricto, se entiende como competencia por precio y que es este tipo de competencia el que tiene un efecto positivo sobre la eficiencia y la satisfacción del usuario.

Sin embargo, en la reforma colombiana la competencia entre las EPS por conseguir a los usuarios, no se da en torno al precio, ya que el precio que paga el usuario es independiente de la EPS que elija, siendo igual en todos los casos. La competencia de las EPS por los usuarios se da, entonces, en torno a la calidad de los servicios ofrecidos. Igual fenómeno ocurre en la competencia entre los proveedores para atraer a los usuarios, al interior de cada EPS. Pero, la competencia que se da entre los proveedores para conseguir contratos con las EPS, sí se da en términos de precio.

Debe resaltarse la forma como el nuevo modelo abre la competencia entre las instituciones de provisión de servicios de naturaleza pública, al ordenar la presupuestación prospectiva y al orientar los subsidios hacia la demanda; igual fenómeno sucede con las instituciones de la seguridad social.

Como se explicó anteriormente, además de la competencia por precio, se puede dar entre los aseguradores y los proveedores formas de competencia mediante mecanismos como la selección de riesgo, la segmentación del mercado, la diferenciación de productos, y la erección de barreras para la entrada de nuevos competidores, las que tratan de conjurarse mediante la intervención del Estado. El impacto de la competencia en el sector salud en el caso colombiano será examinado posteriormente.

Ahora, teniendo claro el papel del Estado y el papel del mercado se procederá a analizar cómo éstos se correlacionan, a la luz de la teoría de la competencia regulada.

3. APLICACIÓN DE LA COMPETENCIA REGULADA EN LA REFORMA COLOMBIANA

Se analizarán en primer lugar aquellas condiciones de la teoría de la competencia regulada que se encuentran nítidamente reflejadas en la reforma colombiana; luego, se analizarán aquellas que no aparecen claramente definidas y, para terminar, aquellas que definitivamente no existen.

Entre las condiciones que se requieren para que funcione la competencia regulada es evidente que la reforma colombiana cumple con establecer la protección financiera con carácter universal, mediante un seguro obligatorio de salud. Igualmente, para la provisión de los servicios crea una entidad compradora de servicios y consciente de los costos, la EPS, que supuestamente debe actuar en nombre del usuario y ajustar la competencia entre los diferentes proveedores, además de formar conciencia de los costos de estos, entre las instituciones públicas y las del antiguo sistema de seguridad social, especialmente.

No es muy claro en el modelo reformador colombiano el papel de patrocinador, que es un elemento clave dentro de la competencia regulada. Las funciones que en la teoría norteamericana se le asignan al patrocinador, en el caso colombiano están distribuidas entre el gobierno y las EPS. En efecto, el gobierno tiene a su cargo la determinación de las reglas de equidad y las disposiciones para evitar la selección de riesgo en el aseguramiento. Por su parte, las EPS cumplen con las funciones de *administrar el proceso de afiliación, elegir a nombre de los afiliados los distintos proveedores, y aplicar entre ellos reglas de juego que hagan elástica la demanda*. Las EPS pueden controlar el consumo de servicios, vigilar la calidad e informar al usuario.

Lo mismo que con las funciones del patrocinador —en los términos de la propuesta de Enthoven— sucede con los instrumentos que se utilizan para conjurar las fallas del mercado y garantizar la competencia. Así, el gobierno fija y ajusta las primas, maneja los subsidios, estandariza el plan de beneficios, exige períodos abiertos de afiliación y la continuidad de la cobertura, y previene la selección de riesgo en el aseguramiento. Las EPS vigilan el desempeño de los proveedores en cuanto al costo, la calidad de sus servicios y la discriminación que puedan hacer respecto de individuos que impliquen servicios de alto costo.

De lo que se ha expuesto, queda claro que el papel de patrocinador lo asume el gobierno en cuanto al mercado del aseguramiento, al crear un seguro público obligatorio. Pero, además, hay una segunda instancia de seguro ya que las EPS corren un riesgo al recibir la prima como un pago per cápita y por tanto tienen el incentivo para seleccionar riesgos, no obstante el ajuste que pueda hacerse de la prima. Aunque existe la prohibición de practicar la selección de riesgo y el organismo de vigilancia para detectar este fenómeno, no hay una institución patrocinadora del usuario en la compra del seguro. En la ley se prevé la formación de alianzas de usuarios, que podrían cumplir este papel de corredores de seguros. Es claro, también, que las EPS actúan como patrocinadores al actuar como compradores y representan al usuario en el mercado de la provisión de servicios.

Debe anotarse un hecho adicional, en relación con el papel del patrocinador en el modelo colombiano. La ley considera dos opciones para la organización y la provisión de servicios: una, que la EPS integre las dos funciones, al estilo de los planes de salud administrada en los Estados Unidos; y otra, que la EPS contrate la provisión con proveedores independientes. En el primer caso, la función de patrocinio recae completamente sobre el gobierno o sobre las alianzas de usuarios. En el segundo caso, la EPS conservaría las funciones de patrocinio en el mercado de provisión de servicios, como ya se analizó.

Entre las condiciones teóricas de la competencia regulada que no aparecen en el modelo colombiano, está la de sensibilizar al consumidor individual respecto al precio y al costo de los servicios. La única diferencia de precio para el consumidor que se prevé en el modelo colombiano, es aquella que tendría al pagar por los planes complementarios.

En resumen, el nuevo modelo combina la acción del Estado con la del mercado, y las estrategias tanto de la demanda como de la oferta, enmarcadas dentro de la teoría de la competencia regulada, para poder cumplir con los objetivos de equidad, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios. La aplicación de la teoría de la competencia regulada no es clara en cuanto al papel del patrocinador, y carece de los elementos para hacer consciente de los costos al consumidor.

En la parte siguiente se describirán los avances que se han logrado en la implementación del modelo adoptado por la reforma, y los obstáculos que se han detectado para su adecuado avance.

VII. AVANCES EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA

Las disposiciones de la ley 100 de 1993, y de cerca de 150 decretos que la reglamentan, entraron en vigencia en enero de 1995. Desde entonces, el gobierno y los demás actores comprometidos han asumido la difícil labor de poner en práctica los preceptos de la ley y de proceder a construir el nuevo modelo que ella ordena. La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard fue contratada por el Ministerio de Salud para asesorar su implementación; el balance de resultados que se presenta a continuación, se fundamenta esencialmente en los hallazgos del grupo de Harvard (Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

El balance consistirá en una reseña de los progresos logrados y los obstáculos surgidos en el avance del proceso de implementación del nuevo modelo de seguridad social en salud en Colombia. Los logros obtenidos se pueden resumir en seis puntos.

El primer avance que se debe registrar, es un aumento considerable en la cantidad de recursos financieros dedicados al aseguramiento y a la *prestación de servicios de salud para la población más pobre y vulnerable del país*; lo anterior se debe fundamentalmente a las disposiciones de la ley 60 de 1993, sobre descentralización del sector público. En efecto, entre el año 1994 y 1995 la financiación pública para los servicios de salud aumentó en un 36% (ajustado por inflación), pasando de 828 millones a 1 346 millones de dólares. Se preveía que de 1995 a 1996 esta tendencia de crecimiento continuaría, a una tasa del 13%. Sin embargo, *la crisis fiscal que se ha hecho evidente en 1996 y la caída del empleo* han cambiado la situación y se han constituido en obstáculo para el progreso en el aumento de la cobertura.

Para 1996, el Fondo de Solidaridad y Garantía ha dispuesto de 225 millones de dólares para otorgar subsidios a la demanda, los que han sido distribuidos a los diferentes municipios del país permitiendo la afiliación al régimen subsidiado de seis millones de personas. Por otra parte, se cuenta a nivel de los departamentos con una suma que asciende a 1.5 billones de dólares para subsidios a la oferta, recursos que permitirán atender a quienes no logren afiliarse durante el año 1996.

Cabe hacer notar que estos nuevos flujos de dinero se están orientando hacia los gobiernos locales, y que se están administrando más cerca de quienes deben ser sus beneficiarios, los que ahora tienen una oportunidad más clara de asegurarse de que sean correctamente utilizados.

El segundo punto de avance, logrado mediante la afiliación familiar y la operación de las nuevas EPS, es el aumento de la cobertura del régimen contributivo en 3.5 millones de colombianos, número adicional a los que ya estaban cubiertos por el antiguo sistema de seguridad social. Con este aumento, se ha estimado que al final de 1995 se encontraban protegidos por el régimen contributivo 12.5 millones de personas. Por otra parte, además de los seis millones de pobres que ya han sido afiliados, se ha empadronado mediante el sistema de localización de beneficiarios de los subsidios, a más de 4.5 millones de personas.

Como tercer logro, debe anotarse que la Superintendencia Nacional de Salud ha concedido autorización para su funcionamiento a 26 empresas promotoras de salud, entidades que trabajan como el motor del nuevo modelo de seguridad social. La operación de las EPS cubre aproximadamente el 90% de los municipios del país, en los cuales vive el 85% de sus habitantes. Es estimulante saber que de 19 EPS entrevistadas en septiembre de 1995, 17 manifestaron su disposición a trabajar con el régimen subsidiado. Además, se realizó la primera ronda de concursos para adjudicar la administración del régimen subsidiado, la cual cubrió al 92% de los municipios y a la que se presentaron 14 empresas promotoras, 20 cajas de compensación familiar y 144 empresas solidarias de salud.

El cuarto punto que debe mencionarse como avance en la implementación del nuevo sistema es la puesta a prueba al cabo de casi dos años de funcionamiento del sistema de la unidad de pago por capitación. Todos los indicios disponibles muestran que su valor ha sido suficiente para costear el plan de beneficios ordenado por la ley. Este hecho permite mantener un razonable optimismo acerca de la viabilidad financiera del nuevo modelo.

Como quinto punto: se ha puesto en funcionamiento el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que actúa como rector del sistema y como ámbito de concertación entre sus diferentes actores. Esta nueva institución ha trabajado en forma eficaz, tomando difíciles decisiones de política, cuyo acierto es fundamental para sentar unas bases firmes que

garanticen la operatividad futura del sistema. Hasta el momento, el Consejo ha producido 39 acuerdos que materializan decisiones de política para la conducción del sistema.

El último avance que se registra es el reconocimiento, cada vez más claro, de los obstáculos que se enfrentan para convertir la formulación conceptual y jurídica que es la ley 100 en una realidad operativa, que ponga fin a los viejos problemas que motivaron su dictación. A este respecto, es necesario mencionar que se ha ganado terreno al lograr que los diversos responsables de la implementación de la ley estén conscientes de que se está frente a un proceso largo, que requiere de decisiones y acciones continuas y en aumento. La experiencia internacional en procesos semejantes indica que una reforma al sector salud toma alrededor de diez años para poder convertirse en una realidad operante.

En cuanto a los obstáculos detectados, estos pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: los obstáculos de la financiación, los obstáculos de la formulación de políticas, los obstáculos de tipo institucional y los obstáculos derivados de la situación de los recursos humanos del sector.

En relación con los obstáculos financieros, ya se mencionaron el déficit fiscal y la caída del empleo. Es de anotar que estos hechos no se derivan del modelo adoptado y que pueden ocurrir en cualquier sistema con financiación de carácter público. Otro obstáculo, que sí depende del diseño del nuevo modelo, es la evasión de las cotizaciones en el régimen contributivo. Por un lado, al ser las EPS responsables del recaudo y existir el mecanismo de compensación del FSG, que reconoce a las EPS la UPC por cada afiliado, las EPS carecen de incentivo para recaudar la cotización que corresponde al ingreso real del afiliado, y sí lo tienen para inducir al afiliado a pagar una suma inferior a la que en rigor le corresponde.

Por otro lado, no se han desarrollado los incentivos y mecanismos que permitan controlar la elusión y hacer efectiva la obligatoriedad de la afiliación. Este problema adquiere dimensiones serias, sobre todo en el caso de los trabajadores independientes, tanto los de altos ingresos para quienes resulta muy costosa la cotización, como los de bajos ingresos que deben obtener un subsidio parcial, de origen fiscal.

Otro problema de tipo financiero —derivado de la transición entre el antiguo y el nuevo modelo— es la coexistencia de los subsidios a la oferta con la nueva modalidad de los subsidios a la demanda. El funcionamiento simultáneo de estos dos mecanismos, con lógicas antagónicas,

ha tenido efectos adversos en la presupuestación de los hospitales públicos y ha creado el peligro de pagos duplicados de algunos servicios.

Con respecto a la formulación de políticas, el principal obstáculo encontrado es la falta o deficiencia de la información necesaria para poder tomar decisiones razonables, tanto de política como de gestión. Como se ha dicho anteriormente, el modelo adoptado exige información, a veces muy fina, para poder funcionar con éxito, y mucha de esa información o no existe o es deficiente. Algunos ejemplos de esta deficiencia se encuentran en la información sobre costos, sobre patrones de demanda y utilización de servicios, sobre oferta de servicios (especialmente en los de naturaleza privada), y sobre recursos humanos, tanto para los efectos de la administración como para la prestación de servicios. Además de la carencia y defectos de la información, existe el problema adicional de la dificultad y poca experiencia para generar cierta clase de información, uno de cuyos ejemplos es la información sobre la calidad de los servicios.

Los obstáculos de tipo institucional tienen que ver con las instituciones de dirección del sistema, tanto las de nivel nacional como local, y con las instituciones de prestación de servicios, sobre todo las del sector público y las que pertenecen al antiguo sector de la seguridad social. En lo que atañe a las instituciones de dirección, comenzando por el Ministerio de Salud, estas son organizaciones que tradicionalmente estuvieron dedicadas a administrar los organismos públicos de prestación de servicios y a operar programas de salud pública.

La capacidad de tales instituciones para asumir las responsabilidades que les exige el modelo como formuladoras de políticas y como patrocinadoras, es limitada. Por su parte, las instituciones prestadoras de servicios vienen funcionando en forma subsidiada y carecen de los sistemas de gestión e incentivos requeridos para afrontar con éxito la competencia, entre ellas y con las instituciones del sector privado.

Otro aspecto institucional importante concierne a la vigilancia y control del sistema, relacionado de nuevo con la función de patrocinador que tiene el gobierno en el modelo adoptado. Tal función es la más importante de la Superintendencia Nacional de Salud. Esta entidad fue creada con la finalidad de vigilar los flujos y aplicación de los recursos financieros, dentro de los sectores públicos y de seguridad social.

Sin embargo, en el contexto del nuevo modelo adquiere nuevas funciones para las cuales no ha desarrollado una suficiente capacidad, y

que son tan complejas como vigilar la evasión y elusión de las cotizaciones, detectar las prácticas de selección de riesgo, verificar la calidad de los servicios e informar a los usuarios sobre ella.

En cuanto a los recursos humanos del sector, existe preocupación con respecto a su distribución y a los aspectos de la capacitación e incentivos que se requieren para su adecuado desempeño dentro del nuevo modelo. Aunque, como ya se dijo, existen grandes deficiencias en la información disponible, parece claro que en cantidad los recursos humanos no son un problema, excepto en el caso de las enfermeras donde se registra un déficit indudable. Más grave es el problema de la distribución geográfica del personal y de la distribución por especialidades, especialmente entre los médicos, y en la relación entre profesionales de medicina general y médicos especialistas.

Particular consideración merece el problema de la falta de información del personal de salud con respecto al nuevo modelo, su racionalidad y la forma de desempeño que exige, lo que es especialmente grave entre los médicos. El hecho anterior ha llevado a reacciones como la "cartelización", y a la presión de movimientos antirreformistas.

Teniendo en cuenta los avances y obstáculos que se han dado en el proceso de implantación de la reforma, el Ministerio de Salud ha diseñado una agenda de mediano plazo y previsto actividades con un horizonte de 10 años, para atacar los obstáculos detectados (Universidad de Harvard/Ministerio de Salud, 1996). Tal agenda se ha denominado "Programa de apoyo a la reforma de salud", y está siendo ejecutada con el financiamiento de un crédito que el gobierno de Colombia ha contratado con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

En la parte siguiente se analizará el impacto que puede esperarse de la reforma sobre la eficiencia de las instituciones, sobre la equidad en el acceso a los servicios, y sobre las condiciones de salud.

VIII. IMPACTO DE LA REFORMA

Para comenzar a analizar el impacto de la reforma del sector salud en Colombia, debe advertirse que cualquier juicio al respecto resulta arriesgado si se considera el corto tiempo que lleva el proceso de implementación, la complejidad del mismo, las limitaciones de la información disponible para poder realizar una evaluación rigurosa, y el horizonte de

tiempo previsible para consolidar la implementación. Por los motivos anteriores, toda evaluación que se haga en este momento debe considerarse como preliminar.

En esta parte se hará un ejercicio de evaluación teórico y fundamentado —en los casos en que ello es posible— en evidencias empíricas provenientes de experiencias similares. Primero, se considerará el impacto del modelo sobre los tres sectores de servicios que se han venido considerando; en seguida, se analizará el impacto sobre la eficiencia, y, por último, se tratará de analizar el impacto sobre la equidad, tanto en las condiciones de salud como en el acceso a los servicios.

Una primera pregunta que sería interesante contestar es si el nuevo modelo logrará unificar los criterios de asignación de recursos y de organización y provisión de los servicios de salud en Colombia. Para tratar de responder esta interrogante puede especularse sobre el efecto del nuevo orden sobre los tres sectores prevalecientes antes de implantarse la reforma.

Un primer efecto esperable sería sobre el sector privado, que encontraría una oportunidad para ampliar su participación, ya de suyo importante, en la provisión de servicios; en efecto, si se da una ampliación en la cobertura del aseguramiento, una proporción muy importante de la población quedará habilitada como consumidora de los servicios privados de salud. De ocurrir este hecho, sin embargo, los patrones de la atención que brinda el sector privado deben modificarse y ajustarse a las regulaciones que fija el modelo.

A partir del supuesto anterior pueden preverse dos modificaciones necesarias dentro del sector privado: por una parte, aquellos servicios que están orientados a los grupos de ingreso alto deberán hacer un esfuerzo para contener los costos y ajustarse a un patrón de prestación más austero; por otra parte, los proveedores privados que se orientan a los grupos de menores ingresos tendrán que mejorar sus patrones de calidad y ajustarse a ciertos requisitos mínimos, que muy posiblemente hoy no cumplen. En ambos casos se requerirá que entren en competencia por precio, abandonando la competencia basada en factores diferentes, que hoy se da.

En relación con los sectores público y de seguridad social, el impacto mayor deriva de su exposición a la competencia y de la ganancia que deben conseguir en eficiencia. En el caso de las instituciones públicas, el gran reto es pasar a la presupuestación prospectiva, dependiente de la

contratación de servicios; esta modificación exige nuevas destrezas por parte de los administradores e incentivos diferentes para el personal asistencial. En el caso de las instituciones de la antigua seguridad social se da un fenómeno similar, forzado por la probabilidad de perder la clientela que anteriormente era cautiva.

Los anteriores impactos exigen modificaciones de fondo, de muy diversa índole, entre las cuales tal vez la principal es el cambio de visión y actitud del recurso humano. La capacitación y motivación de las personas aparece, entonces, como un factor primordial para que las anteriores modificaciones puedan impulsarse con éxito.

De lo dicho hasta aquí se deduce que, en teoría, los nuevos mecanismos de financiación de la salud deben forzar a una homogeneización del sector, tanto en la organización como en las características de la prestación de los servicios, con una tendencia a eliminar progresivamente las diferencias existentes entre los tres sectores.

1. IMPACTO SOBRE LA EFICIENCIA

Se ha afirmado, con cierta razón, que en los países en desarrollo la finalidad primordial de la reforma debe ser la consecución de la equidad y el aprovechamiento más eficiente de los recursos escasos, siendo de menor importancia la satisfacción del usuario (Chernichovsky, 1995). Por otro lado, se explicó que la teoría de la competencia regulada establece la eficiencia como una condición necesaria para la equidad. Teniendo en cuenta lo anterior, se analizará el posible impacto que el modelo adoptado por Colombia puede tener sobre la eficiencia técnica de las instituciones proveedoras de servicios, que es el área en donde se debe dar una competencia por el precio.

Desde el comienzo se señaló que el mercado de prestación de servicios de salud es imperfecto, y vale la pena examinar con cierto cuidado el tema de si la competencia entre los proveedores mejora la eficiencia técnica de las instituciones, cuyo logro es una de las justificaciones de la reforma. Este tema ha sido revisado, entre otros, por Broomberg (1994), examinando la teoría y la evidencia empírica disponible en relación con los servicios hospitalarios. La teoría aduce que la competencia incentiva la eficiencia técnica mediante la innovación y la adopción de métodos de producción más baratos, e induciendo a los hospitales a explotar las

economías de escala y de alcance. Además, la competencia obliga a aumentar la eficiencia dinámica, es decir la capacidad de los proveedores para responder a situaciones cambiantes de su entorno.

Algunos problemas propios de la naturaleza de los hospitales crean dudas sobre el acierto de la teoría: el primero es la complejidad organizacional de los hospitales (por sus diferencias en cuanto a escalas, definición funcional y estructuras de producción y de propiedad), la que se conjuga con la dificultad para reconocer en ellos el centro de las decisiones relevantes y sus reales motivaciones. A este respecto la evidencia empírica, proveniente del Reino Unido, sugiere dos cosas: una, la existencia de un conflicto entre el personal clínico y los administradores por la forma como cada uno responde a los incentivos de la competencia; dos, la confusión sobre el estrato que realmente decide dentro del hospital (los médicos o los administradores).

Un segundo problema deriva de las ventajas de información que posee el hospital, y su capacidad intrínseca para responder a la presión de la competencia de una manera ineficiente y que beneficie solo sus propios intereses. La manifestación más conocida de este fenómeno, bien estudiado en los Estados Unidos, es responder compitiendo por la calidad y no por el precio de los servicios, causando así inflación de los costos. Otra forma posible de respuesta es la práctica de seleccionar los pacientes, reducir las estancias, u otros medios de bajar la calidad de manera de maximizar los márgenes de utilidad o los volúmenes financieros del hospital. La evidencia empírica disponible presenta un cuadro ambiguo; para algunos, incluso, el impacto global de la competencia sobre la eficiencia de los servicios hospitalarios no es positivo. Por otra parte, es evidente la importancia de ciertas condiciones restrictivas para que pueda darse la competencia por precio, como son la existencia de muchos competidores, la disposición de presupuestos limitados, y el uso de determinadas formas de pago.

Un problema adicional que considerar es la capacidad del mecanismo de contratación de servicios para mejorar la eficiencia, tanto del proveedor como del comprador. En teoría, la eficiencia debe aumentar debido desde luego a los efectos de eficiencia inherentes a la estructura de incentivos del contrato, también por el aumento de la transparencia en la transacción, y por la descentralización de la responsabilidad de gestión.

La evidencia empírica, recogida en los Estados Unidos, indica una tendencia a establecer contratos de largo plazo, con una consecuente

declinación de la licitación competitiva y una importancia decreciente del precio como criterio de adjudicación. Con respecto a la transparencia de la transacción, la evidencia empírica, proveniente del Reino Unido, señala un efecto positivo tanto entre los compradores como entre los proveedores. En los primeros, se traduce en interés por aplicar el concepto de ganancia de salud en las estrategias de compra de servicios y en la sensibilidad frente a los costos, la calidad y las necesidades de los usuarios. En cuanto al efecto de la descentralización no existe evidencia disponible, pero sí es claro el riesgo de los efectos nocivos que puede tener la debilidad de la gestión en los hospitales que se vean obligados a contratar.

En lo referente a la contención de costos es interesante el análisis hecho por Katz y Miranda (1995) sobre los diversos mecanismos, tanto del lado de la demanda como de la oferta, que se han propuesto e implementado en variadas circunstancias, anotándose que la mayoría de ellos están incorporados dentro del modelo adoptado por Colombia. Al considerar varios escenarios tipo en que tales mecanismos pueden ser implementados, Katz prevé que en un escenario como el colombiano la participación de proveedores privados reclama un aparato regulatorio fuerte para que no se manifiesten las deficiencias de un mercado imperfecto, en donde los proveedores tienden a maximizar la rentabilidad del capital invertido. La intolerancia de los proveedores a los mecanismos de control de costos tiende a ser grande, y se corre el peligro de que el aparato proveedor se fragmente y se dupliquen los patrones de demanda. Además, llama la atención sobre la necesidad de modificar el juicio de los usuarios sobre las medidas de contención de costos, en el sentido de que estas afectan sus preferencias.

Otro problema es el costo de las transacciones que, como ya se anotó en el caso del Reino Unido, puede aumentar considerablemente en un modelo de contratación de servicios. Por último, es conveniente mencionar el problema de aquellas áreas geográficas en donde la inexistencia de distintos y numerosos proveedores hace imposible la competencia.

Resumiendo, aunque existen muchas razones teóricas para esperar que la competencia entre proveedores de servicios de salud aumente su eficiencia técnica y disminuya los costos, la limitada evidencia empírica disponible indica que la teoría puede fallar y que se requieren otras condiciones que deben ser cuidadosamente diseñadas para lograr efectos

positivos. Entre estas, cabe señalar las que parecen más importantes en el modelo adoptado por Colombia, como son el papel de patrocinadores y compradores asumido por las EPS —que las debe llevar a vigilar y corregir las fallas del mercado—, los mecanismos de pago que se adopten, y la capacidad de gestión de los hospitales.

2. EL IMPACTO SOBRE LA EQUIDAD

Resulta conveniente comenzar por tratar de definir lo que se entiende por equidad, tanto en sentido general como en relación con la salud. Como en muchos otros temas, sin embargo, aparece más fácil definir lo que constituye su contrario, es decir la inequidad. En términos económicos, la inequidad puede definirse como una heterogeneidad del ingreso que se traduce en el fenómeno de la pobreza, con todas sus secuelas y factores inherentes.

En el caso de la salud, la inequidad puede definirse en función de las condiciones de salud de las personas y de la población, o de las probabilidades que los individuos tienen de acceder a los servicios de salud. Tales condiciones y probabilidades se relacionan, en forma directa, con el ingreso. De modo que la inequidad en las condiciones de salud se refiere a diferencias entre los individuos y las poblaciones que aparecen como innecesarias, evitables y además injustas. Por tanto, la equidad en salud supone que todos deben tener una oportunidad de lograr plenamente su máximo potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar en desventaja para lograr tal potencial, en la medida en que ello pueda evitarse (Whitehead, 1991).

La equidad en el acceso a los servicios de salud se caracteriza por una igual posibilidad de acceso para iguales demandas, igual utilización para iguales necesidades, e igual calidad de atención para todos (Whitehead, 1991). O sea, en la equidad frente a los servicios de salud hay tres componentes: el acceso en sí mismo, la utilización y la calidad de los servicios.

Un punto relevante de la equidad en general, es su relación con las condiciones de salud y con los servicios de salud. Con respecto al primer punto, son claras las evidencias acerca de la correlación que existe entre la probabilidad (riesgo) de vivir, de enfermar, de estar discapacitado y de morir, con el ingreso de los individuos. Esta correlación se da también

con la rapidez con que ocurren la enfermedad, la discapacidad y la muerte (tasa de incidencia). Por otra parte, existe una correlación entre el ingreso de los individuos y las causas que originan la ocurrencia de la enfermedad, la discapacidad y la muerte. Con respecto al segundo punto, es obvia la correlación que existe entre el nivel de ingreso y el grado de accesibilidad a los servicios de salud y al mecanismo de seguro de salud.

Otra cuestión que cabe considerar es la relación que existe entre el aparato de financiación y provisión de servicios de salud y el nivel de equidad, entre los individuos y entre las poblaciones. Tal vez injustamente se les ha endilgado a los sistemas de servicios de salud una responsabilidad, mayor a la que les corresponde en realidad, sobre las condiciones de equidad, que dependen a su vez de otras condiciones de carácter más estructural, como son las correspondientes a una adecuada distribución de otros bienes y servicios diferentes de la salud.

Así, para Fuchs (1986), la equidad real se logra a través de una distribución del ingreso mediante impuestos generales a unos individuos y otorgamiento de subsidios a otros, más que poniendo impuestos a ciertas formas de gasto o subsidiando tipos particulares de consumo. Según Fuchs, los ricos se han inclinado por reducir la inequidad mediante la provisión de algunos bienes y servicios (los servicios médicos entre ellos) más que a través de una redistribución del ingreso. Esta actitud obedece a que los ricos creen que de la atención médica se derivan externalidades positivas importantes, lo cual no parece ser cierto; por otro lado, los ricos creen que ellos saben mejor que los pobres lo que es capaz de maximizar su utilidad (Fuchs, 1986). Pese a lo anterior, el mismo Fuchs (1993) reconoce que puede ser más eficiente combinar la determinación de la necesidad insatisfecha con una redistribución, por la vía de proveer el servicio para satisfacer tal necesidad.

Aparte de todas las consideraciones teóricas que se han hecho y que se puedan hacer, lo concreto es que universalmente se admite y apoya la necesidad de buscar una solución, o al menos un alivio, a la inequidad general mediante subsidios destinados a financiar los servicios de salud. Para cumplir con esta función se reconoce, también universalmente, el papel irrenunciable que tiene el Estado.

La disparidad de opiniones surge alrededor de puntos como el tipo de impuestos, el tipo de subsidios, y la forma como estos se distribuyen. Al respecto se ha afirmado que los impuestos generales son más progresivos

que las imposiciones sobre los salarios o el consumo, y se ha discutido la necesidad y progresividad de los subsidios cruzados (entre ricos y pobres, sanos y enfermos, jóvenes y viejos, o entre regiones) (Musgrove, 1996). Por otra parte, se ha puesto énfasis en la necesidad de utilizar mecanismos de focalización de los subsidios para evitar que estos lleguen a individuos y grupos que no requieren de ellos (Hammer y Berman, 1995).

Otro punto importante de discusión es el tipo de servicio que debe subsidiarse. Se ha destacado la importancia de un grupo pequeño de prestaciones con cobertura universal que se relacionan directamente con ganancias en salud y en expectativas de vida, y que tienen mayor impacto en los grupos de ingreso bajo. Así mismo, se ha argumentado que en los grupos de bajos ingresos la situación de salud depende más de factores exógenos que de los servicios de salud, como se deduce de la falta de correlación entre el gasto en salud y la mortalidad infantil (Musgrove, 1996). Al mismo tiempo, se reconoce que la mejoría de las condiciones de salud conduce a un aumento en el consumo de los servicios (Hammer y Berman, 1995).

Fuchs (1993) ha anotado que la contribución marginal de la atención médica a la expectativa de vida en los países desarrollados es pequeña, como se deduce del caso del Reino Unido, en donde el acceso universal a los servicios de salud no ha eliminado los gradientes en la mortalidad por niveles de ingreso; por otro lado, reconoce que la atención médica puede contribuir a la compresión de la morbilidad. En contraste con lo anterior, se ha afirmado que la atención médica en los países en desarrollo es una inversión con retorno más alto que en los países desarrollados, en cuanto a su potencial para salvar vidas, prolongarlas y mejorar su calidad (Chernichovsky, 1995).

Al considerar el impacto que sobre la equidad pueden tener la reforma del sector salud y la implementación del nuevo modelo adoptado por Colombia, lo primero que debe afirmarse es que no se puede esperar que el sector salud solucione el problema de heterogeneidad estructural que se registra en el país. Justamente, se ha afirmado que las soluciones sectoriales y asistenciales para aliviar la pobreza pueden tener mucho sentido en países donde este problema tiene características marginales, pero que no constituyen una solución de fondo en sociedades en donde, como sucede en Colombia, más del 40% de la población es pobre (SELA, 1993). Pese a lo anterior, los servicios de salud sí pueden entrar en

un círculo virtuoso que mejore las condiciones de salud y contribuya, por ende, a mejorar la equidad. Se analizará en seguida cómo el nuevo modelo puede afectar el acceso a los servicios de salud, y luego cómo puede incidir sobre las condiciones de salud.

En relación con la equidad en el acceso a los servicios, la pregunta clave que se debe contestar es si el nuevo modelo contribuye a hacer más homogénea la posibilidad de acceso. Para contestar, deben considerarse la equidad en el diseño de la financiación del sistema, los mecanismos adoptados para solucionar las fallas del mercado, y el tipo de beneficios que se subsidian. En cuanto al diseño financiero del sistema, los tributos de los cuales se derivan los recursos y la existencia de subsidios cruzados parecen tener sustancialmente un carácter redistributivo que contribuye a la equidad. Asimismo, la modalidad de subsidios a la demanda, la existencia de un plan determinado de beneficios, y la focalización basada en la vivienda, apuntan a garantizar que los subsidios llegarán a quienes realmente los necesitan y que se utilizarán para satisfacer las necesidades que realmente deben ser satisfechas. De esta manera puede afirmarse que, en teoría, la modalidad de asignación de los recursos en el modelo contribuye francamente a mejorar la equidad, sobre todo si se compara con las modalidades vigentes antes de la reforma.

La siguiente cuestión es: dada una asignación equitativa de los recursos, tal asignación ¿garantiza un acceso equitativo a los servicios? La respuesta depende de cómo el modelo resuelva las fallas del Estado y las fallas del mercado, tanto en el financiamiento como en la provisión de los servicios. Al respecto ya se explicó la forma como se ha adoptado la teoría de la competencia regulada y sus mecanismos. A continuación, se hará una reseña de la eficacia que tales mecanismos han demostrado en otros ámbitos.

Para corregir las fallas en el mercado del aseguramiento se han demostrado, como mecanismos eficientes, el aseguramiento universal y las leyes antimonopolios. Han mostrado una moderada eficacia la afiliación abierta, la evaluación comunitaria del riesgo, los gastos deducibles, y los copagos. El ajuste de riesgo es técnicamente muy complicado y costoso. Son ineficaces la educación y las deducciones de impuestos (Hsiao, 1995). Para corregir las fallas del mercado en la provisión de los servicios, se han demostrado eficaces los pagos prospectivos o los presupuestos prospectivos en los servicios hospitalarios, los pagos por capitación, según salario o por presupuesto global para el pago de los

médicos, en contraposición al pago por servicio prestado (*fee for service*). La información al consumidor y la vigilancia y seguimiento del consumo, son caras y moderadamente eficaces. La sustitución de los médicos por otro tipo de personal ha demostrado su ineficacia (Hsiao, 1995). Cabe hacer notar que la selección de riesgo que tienden a practicar los proveedores puede ser más difícil de evitar que la misma practicada por los aseguradores, puesto que los primeros tienen un mayor conocimiento de las enfermedades y de sus factores de riesgo (CBO, 1993).

De la revisión anterior se puede concluir que dentro del nuevo modelo colombiano se han incorporado mecanismos eficaces para conjurar las fallas del mercado, principalmente el aseguramiento universal, la afiliación abierta, y la evaluación comunitaria del riesgo, para controlar la selección de riesgo que es la falla que influye directamente en el acceso. Pese a lo anterior, si bien es cierto que los mecanismos mencionados han demostrado su eficacia, no lo es menos que tanto los aseguradores como los proveedores han dado muestras, en muchas circunstancias, de una inusitada habilidad y sutileza para de todos modos poner en práctica mecanismos de selección de riesgo.

Puede concluirse entonces que, en teoría, el modelo resuelve las fallas del mercado y por tanto garantiza la equidad en el acceso. No obstante, no puede perderse de vista la posibilidad de que la pobreza siga constituyendo una causal de baja accesibilidad, con mayor razón mientras no se logre el cubrimiento universal del seguro; así mismo, debe ponerse énfasis en la importancia del papel que deben desarrollar los patrocinadores para vigilar y controlar permanentemente la ocurrencia de la selección de riesgo.

En cuanto a los beneficios que ofrece el modelo y su relación con la equidad en el acceso a los servicios, deben hacerse dos consideraciones: la primera, a la luz de lo que sucederá en el año 2001 cuando el plan de beneficios deba ser igual para el régimen subsidiado y el contributivo, y, la segunda, durante el período de transición, en que los planes difieren. En el primer caso no existen dudas respecto a la contribución que el modelo hace a la equidad; pero en el segundo, es clara una falla en relación con la equidad.

Sin desconocer las justificaciones de carácter financiero que realmente existen para no hacer una homologación inicial de los planes, sí debe decirse que tiene dudosa validez la suposición de que los servicios de salud para los pobres son diferentes a aquellos de los no pobres. Al

respecto, una cosa es el impacto de ciertas atenciones de salud sobre los pobres y los no pobres, como se expuso anteriormente, y otra las necesidades de unos y otros, que sin duda son mayores para los pobres, dada su mayor probabilidad y rapidez de enfermar y morir. Considerando lo anterior, es necesario dejar en claro que uno de los problemas más serios para resolver durante la transición es la garantía de que los planes de beneficios se homologarán, conjurando el peligro evidente de que ocurra lo contrario y el modelo termine en un sistema de dos compartimentos.

Dentro del tema del plan de beneficios y su relación con la equidad, está la cuestión de la asignación de los recursos por tipo de servicio. La solución del modelo a este problema es el pago de la prima per cápita, la UPC. La historia bonita del pago per cápita es que motiva a desarrollar actividades de promoción y prevención, que son más bien baratas y tienden a evitar la ocurrencia de la enfermedad y por tanto la utilización de los servicios curativos, que en general son caros.

Así, tanto el asegurador como el proveedor aumentan sus ingresos al hacer promoción y prevención. Desde este punto de vista, el diseño del modelo incentiva a producir una asignación más equitativa de los recursos. Sin embargo, también hay una historia fea al respecto, y es que el pago per cápita incentiva a racionar los servicios. De nuevo aquí el papel de los patrocinadores tiene gran importancia, para que se repita la historia bonita y no la fea.

Queda un último punto que considerar en cuanto a la equidad y el acceso a los servicios, y es la asignación equitativa de los recursos por regiones. Al respecto, debe decirse que las fórmulas de liquidación de las transferencias nacionales de la ley 60 y el pago per cápita, UPC, por la vía de la demanda, parecen corregir —de nuevo, en teoría— el problema de la inequidad en la asignación por regiones.

En resumen, al considerar el impacto que tiene el modelo de financiación y provisión adoptado por Colombia sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud, debe aceptarse que, en teoría, se obtienen ganancias sustanciales en la equidad y se corrigen las fallas que en este sentido tenía la modalidad previamente vigente.

En relación con el tema del impacto del modelo sobre la equidad en las condiciones de salud, lo primero es afirmar que si se mejora el acceso deben mejorar las condiciones de salud. Luego, hay que resaltar la importancia de un adecuado diseño y operación del plan de atención básica para lograr el gran impacto que debe tener sobre los grupos pobres. Al

respecto, es de esperar que las autoridades locales de salud, al verse relevadas en parte de los problemas de la atención médica curativa que estará en manos de entidades descentralizadas y autónomas o en el sector privado, puedan dar más atención a este tipo de servicios básicos. Por otra parte, es esperanzador el hecho de que se haya constituido una cuenta especial para promoción y prevención dentro del FSG, que garantiza la financiación específica de dichas actividades. Así las cosas, es de esperar que el modelo contribuya a homogeneizar las condiciones de salud y expectativas de vida entre la población colombiana.

Para terminar, unas palabras sobre la relación entre eficiencia y equidad. Al respecto hay dos visiones: la primera, que resalta los conflictos entre la equidad y los mecanismos de mercado que persiguen la eficiencia, y la segunda —que es uno de los presupuestos de la teoría de la competencia regulada—, que concibe la eficiencia como una condición necesaria para lograr la equidad. Es evidente que el modelo adoptado por Colombia se fundamenta en el segundo punto de vista. No obstante, queda abierta la posibilidad de que en el juego de la competencia se cierren servicios por ineficientes, dado que la búsqueda de economías de escala obliga a concentrar la provisión de servicios, y si los hospitales se concentran en aquellos servicios más rentables los usuarios de una localidad pueden perder la condición de integridad de la provisión hospitalaria (Broomberg, 1994).

De lo expuesto hasta aquí, debiera quedar claro que el diseño del modelo que se ha analizado persigue y debe contribuir a la equidad. Sin embargo, queda pendiente el reto de implementar adecuadamente los mecanismos previstos en la teoría, y de evaluar cómo se traducirán ellos en la realidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Aaron, Henry J. y W.B. Schwartz (1993), "Managed competition: little cost containment without budget limits", *Health Affairs*, N° 12.
- Banco Mundial (1994), *Colombia. Toward Increased Efficiency and Equity in the Health Sector. Can Decentralization Help?* Sector Report, N° 11933-CO.
- (1993), *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993*, Washington, D.C.
- (1987), *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, A World Bank Policy Study, Washington, D.C.

- Barnard, K. (1990), "Trends in health care: beyond market economics. A reflection on 40 years past and 10 years future", *New Directions in Managing Health Care. Proceedings and Outcome of a Working Group on New Approaches to Managing Health Services*, Leeds, Reino Unido, 29 al 31 de enero.
- Berman, Peter (1995), "Health sector reform: Making health development sustainable", *Health Sector Reform in Developing Countries. Making Health Development Sustainable*, Peter Berman (comp.), Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (1993a), *Social Agenda Policy Group. Towards an Integrated Framework for Socio-economic Reform in Latin America. Building Blocks for a Hemispheric Consensus*, Washington, D.C.
- (1993b), *Social Agenda Policy Group. Growth and Poverty: Assessment and Reforms*, Washington, D.C.
- BID/PNUD (Banco Interamericano de Desarrollo/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (1993), *Reforma social y pobreza. Hacia una agenda integrada de desarrollo*, Washington, D.C.
- Broomberg, J. (1994), "Managing the health care market in developing countries: prospects and problems", *Health Policy and Planning*, vol. 9, N° 3.
- CBO (Congressional Budget Office) (1993), *Managed Competition and its Potential to Reduce Health Spending*, Washington, D.C., Congreso de los Estados Unidos.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1992), *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*, Libros de la CEPAL, N° 32 (LC/G.1701/Rev.1-P), Santiago de Chile.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud) (1994), *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe (LC/G.1813(SES.25/18))*, Santiago de Chile.
- Chernichovsky, Dov (1995), "What can developing economies learn from health system reforms of developed economies? or, is there some optimal path for health system development?", *Health Sector Reform in Developing Countries. Making Health Development Sustainable*, Peter Berman (comp.), Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Clinton, W. (1993), *The President Health Security Plan. The Clinton Blueprint*, Washington, D.C., The White House Domestic Policy Council.
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) (1993), *Las estadísticas sociales en Colombia*, Santafé de Bogotá.
- DNP (Departamento Nacional de Planeación) (1995), "Cómo va la descentralización", *Planeación y desarrollo*, vol. 26, N° 2, Santafé de Bogotá, mayo.
- Ellwood, P.M. y G.D. Lundberg (1996), *Managed Care. A Work in Progress*, JAMA, N° 276.

- Enthoven, Alain (1993), "The history and principles of managed competition", *Health Affairs*, N° 12.
- (1991), "A consumer-choice health plan for the 1990s", *New England Journal of Medicine*, N° 320.
- (1988), "Managed competition of alternative delivery systems. Journal of Health Politics", *Policy and Law*, N° 13.
- (1978), "Consumer choice health plan", *New England Journal of Medicine*, N° 298.
- (1977), "Consumer Choice Health Plan: an Approach to National Health Insurance based on Regulated Competition in the Private Sector," Stanford, California, Stanford University Press.
- Enthoven, A. y R. Kronick (1989), "A consumer-choice health plan for the 1990s. Universal Health Insurance in a system designed to promote quality and economy", *New England Journal of Medicine*, N° 320.
- Feachem, Richard G. (1996), "The Reform of the National Health Service in England, 1980-1995" presentado en Symposium on Lessons from Health Care Reform in the OECD countries for World Bank Staff.
- Feingold, E. (1995), "The defeat of health care reform: misplaced mistrust in government", *American Journal of Public Health*, N° 85.
- Fielding, J.E. y T. Rice (1993), Can managed competition solve the problems of market failure? *Health Affairs*, N° 12.
- Frenk, Julio (1991), "The public/private mix and human resources in health", Saitama Public Health Summit, Tokio.
- Fuchs, V.R. (1993), "The Future of Health Policy", Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- (1986), "The Health Economy", Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Garnier, L. (1992), "La política social en tiempos de ajuste", ponencia presentada en la Conferencia Nacional sobre Política Económica y Transición hacia una Economía no Petrolera en Ecuador, Quito, Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE).
- Hammer, S. y Peter Berman (1995), "Ends and means in public health policy in developing countries", *Health Sector Reform in Developing Countries. Making Health Development Sustainable*, Peter Berman (comp.), Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Holland, W.W. y C. Graham (1994), "Recent reforms in the British National Health Service. Lessons for the United States", *American Journal of Public Health*, N° 84.
- Hsiao, W. (1995), "Abnormal economics in the health sector", *Health Policy*, N° 32
- (1994), "Marketization. The illusory magic pill", *Health Economics*, N° 3.
- (1992), "Comparing health care systems: what nations can learn from one another", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, N° 17.

- Katz, Jorge M. y Ernesto Miranda (1995), "Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos", serie Políticas sociales, N° 12, Santiago de Chile, CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe).
- Kronick, R., D.C. Goodman y J. Wennberg (1993), "The marketplace in health care reform. The demographic limitations of managed competition", *New England Journal of Medicine*, N° 328.
- Lee, P.R. y L. Etheredge (1989), "Clinical freedom: two lessons for the United Kingdom from United States experience with privatization of health care", *The Lancet*, N° 4, febrero.
- Le Grand, Julian (1991) "Quasi-markets and social policy", *The Economic Journal*, N° 101.
- Malloy, James M. (1985), "Statecraft and social security policy and crisis", *The crisis of social security and health care. Latin American experiences and lessons. Latin American monograph and documents series*, Carmelo Mesa-Lago (comp.), Pittsburg, Universidad de Pittsburg.
- Maynard, A. (1991), "Developing the health care market", *The Economic Journal*, N° 101.
- Mc Greevey, W. (1990), "Social Security in Latin America. Issues and Options for the World Bank", Internal discussion paper, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Mesa-Lago, Carmelo (1990), "Aspectos económicos de la seguridad social en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y alternativas para el año 2000", estudio preparado para el Banco Mundial.
- Molina, Cleofe G., María Clara Rueda y Ursula Giedion (1993), *El gasto en salud y distribución de subsidios en Colombia*, Santafé de Bogotá, Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (FEDESARROLLO), Departamento Nacional de Planeación.
- Musgrove, Philip (1996), "Public and Private Roles in Health. Theory and Financing Patterns", Washington, D.C., Departamento de Desarrollo Humano, Banco Mundial.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (1992), "The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries", *Health Policy Studies*, N° 2, París.
- República de Colombia (1991), *Constitución Política de Colombia*, Santafé de Bogotá.
- Restrepo, Mauricio (1994), "Política social, una propuesta para el área de la salud", Documentos de trabajo, Santafé de Bogotá, Fundación Friedrich Ebert, Colombia (FESCOL).
- Restrepo, Mauricio y J.C. Ramírez (1994), "El sistema general de seguridad social en salud, el sistema de subsidio familiar y el papel de la Superintendencia", Santafé de Bogotá, Superintendencia del Subsidio Familiar, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

- Rengifo, J.M. (1982), *La seguridad social en Colombia*, 2a. edición, Santafé de Bogotá, Temis.
- Rutten, F. y J.W. Van Der Linden (1994), "Integration of economic appraisal and health care policy in a health insurance system: the Dutch case", *Social Sciences and Medicine*, N° 38.
- Schut, F.T. (1995), "Health care reform in the Netherlands: balancing corporatism, etatism, and market mechanisms", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, N° 20.
- SELA (Sistema Económico Latinoamericano) (1993), "La incorporación de la equidad en la estrategia de desarrollo para América Latina y el Caribe. Sistema Económico Latinoamericano", *Pobreza: un tema impostergerable. Nuevas respuestas a nivel mundial*, Bernardo Kliksberg (comp.), México, D.F., Fondo de Cultura Económica.
- The New York Times Magazine* (1993), "The abandoned father of health-care reform", 18 de julio.
- Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia (1996), "Report on Colombia Health Reform and Proposed Master Implementation Plan. Final Report", Equipo encargado del proyecto de reforma de la atención de la salud en Colombia, Escuela de Salud Pública, Universidad de Harvard.
- Vall-Spinosa, A. (1991), "Lessons from London: the British are reforming their National Health Service", *American Journal of Public Health*, N° 81.
- Waitzkin, H. (1994), "The strange career of managed competition: from military failure to medical success?", *American Journal of Public Health*, N° 84.
- Whitehead, M. (1991), "Los conceptos y principios de la equidad en salud", serie Reprints, N° 9, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).

MECANISMOS DE PAGO Y CONTRATACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DENTRO DEL MARCO DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

Beatriz Plaza

I. INTRODUCCIÓN

Colombia comienza en 1995 una implementación total de la reforma de la seguridad social en salud. Los principales objetivos de esta reforma persiguen lograr la cobertura universal, mejorar la calidad, incrementar el acceso de los pobres y fomentar la provisión de servicios de manera óptima. Para obtener mayor eficiencia, calidad y acceso y contener los costos del sector, la reforma integra el sistema público, la seguridad social y los proveedores privados, al tiempo que adopta la “competencia regulada”, esquema que genera incentivos a la superación, induce a la competencia con el fin de que los planes de salud y los proveedores operen eficientemente y respondan a las necesidades del usuario. Bajo este esquema, el consumidor se afilia a un plan de salud que tiene como base una prima y calidad de servicios ofrecidos. En Colombia, los planes de salud administrados por las EPS reciben una prima fija ajustada de riesgo por cada afiliado denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC). Estos recursos deben garantizar la prestación de los servicios médicos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Los servicios no incluidos en el POS se ofrecen en paquetes complementarios y su financiación está a cargo del usuario a través de mecanismos de prepago, aseguramiento u otros. Las EPS compiten entre sí no sobre la base de precio sino de calidad; al recibir una prima fija, ellas buscan maximizar las ganancias para lo cual contratan con los proveedores (IPS) que ofrecen los costos más bajos y la mejor calidad. Además, las EPS desempeñan el papel de los compradores de servicios para los usuarios, seleccionando y negociando mejores precios y calidad entre varios prestadores. Tanto las EPS

como las IPS pueden ser públicos, privados, sin fines de lucro o instituciones públicas transformadas como el Instituto de Seguros Sociales (ISS), Cajas de Compensación y Cajas de Previsión, que pueden operar en regiones en donde existen varios, pocos o ningún competidor y en lugares con varios o pocos afiliados potenciales. Todas estas características repercuten en el comportamiento de las fuerzas del mercado y permiten lograr los objetivos de cobertura universal y solidaridad.

Desde 1994 Colombia ha logrado un progreso medible en este componente de la reforma. Sin embargo, se considera que ella está todavía en su primera fase y su impacto, particularmente el de largo plazo, no es tan evidente. Para efectos de este trabajo, el área de énfasis consiste en analizar el grado de desarrollo de las formas y mecanismos de pago y contratación entre las EPS y las IPS del Régimen Contributivo durante el año 1995 y el primer semestre del año 1996. La evidencia disponible indica que durante este corto tiempo se ha logrado un avance importante en el desarrollo de las EPS e IPS a nivel nacional.

El trabajo se estructura de la siguiente manera: luego de esta introducción, la segunda sección muestra, sobre la base de la revisión teórica, las ventajas y desventajas de las distintas formas de pago/contratación a nivel mundial. La tercera sección señala cuáles han sido las principales *formas de contratación en Colombia antes de la reforma y después de 1993 hasta la fecha*. Se busca determinar si el sistema de contratación adoptado entre las EPS e IPS ha tenido incidencia sobre la calidad, el costo de los servicios y la cobertura. En la cuarta sección se analizan los resultados de la información recopilada de una encuesta extensiva de aproximadamente diez EPS e IPS que comprenden las experiencias nacionales más importantes, tanto públicas como privadas; se analizan también factores como el papel regulador del Estado, la existencia de sistemas de información, la capacidad de gestión de las empresas administradoras y prestadoras y los controles en el uso de la tecnología, que afectan el funcionamiento de las formas de contratación que se están teniendo en cuenta. Finalmente, en la última sección se sintetizan los aspectos más relevantes del análisis y se señalan las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

II. LAS DISTINTAS FORMAS DE PAGO/CONTRATACIÓN A NIVEL MUNDIAL, SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS

El gasto en salud en Colombia equivale al 7.3% del producto interno bruto (PIB), (Estudio Ministerio de Salud (MINSALUD)-Universidad de Harvard), cifra bastante elevada para un país en vías de desarrollo si se compara con otros países de la región cuyo promedio fluctúa entre 4% y 5% del PIB, o con países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), que gastan aproximadamente 7% a 9% del PIB. Al otro extremo está el caso de los Estados Unidos que gasta 14% del PIB en salud (Banco Mundial, 1993b).

Existe una mezcla compleja de factores relacionados con la demanda y la oferta que contribuyen al incremento inflacionario en el gasto en salud. En lo que respecta a la demanda se presentan factores como edad (más viejos), incremento en el ingreso real e incremento en el uso de seguros universales (mayor cobertura). Estas variables explican solamente una pequeña porción del gasto. Entre los factores relacionados con la oferta, se destaca el desarrollo de nuevas tecnologías, incremento de personal e instituciones de salud, e incremento en los precios de salud. En resumen, todos estos factores producen incentivos que favorecen principalmente a los proveedores y no a los consumidores. En gran parte, estos alicientes son resultado de la asimetría en la información entre el proveedor y la parte pagadora. Frente a las decisiones sobre las transacciones en servicios asistenciales en salud, el paciente o demandante está por lo general menos informado que el oferente de los servicios. Dependiendo de la naturaleza de los incentivos y el contexto institucional y del mercado, estos estímulos pueden desplazar o inmovilizar las tendencias hacia la eficiencia, equidad y calidad de los servicios. Por esto, los mecanismos de pago se consideran como fundamento central en el éxito de una reforma financiera en salud (Oxley y MacFarland, 1994).

El sistema de pago que se adopte tendrá claras incidencias sobre la calidad y los costos de los servicios. Las experiencias mundiales muestran que no existe un solo método de contratación óptimo para el pago de los proveedores (Barnum, Kutxin y Saxenian, 1994); todas las formas generan acicates adversos y ventajosos que afectan el volumen, calidad y mezcla de los servicios. Lo que sí concluyen es que el éxito de cada

forma de pago está relacionado con el nivel de desarrollo y organización del sistema. Adicionalmente, la provisión de servicios bajo un esquema competitivo mejora el desempeño de cualquier método de pago ya sea en el sector público o en el privado.

En la mayoría de los países industrializados y en vías de desarrollo, la provisión y financiamiento de la salud proviene del sector público. En este caso, el gobierno juega el papel de aseguradora y proveedor, por consiguiente la forma de pago más común es a través de presupuestos históricos. Estos sistemas presentan el problema de no generar las motivaciones adecuadas para lograr eficiencia administrativa y competitividad.

En los últimos años se ha visto la tendencia a separar los componentes financiero y de provisión de servicios. La fuente de financiación puede ser pública o privada igual que el proveedor. Diferentes métodos de pago se pueden aplicar en las distintas instituciones de provisión o según el tipo de servicio. El reto está en el diseño de un sistema en donde se establezca un equilibrio entre los incentivos económicos para el "sobresuso" y el "subuso" de servicios. Una manera de asegurar este equilibrio es a través del uso de varios métodos de pago. En cualquier caso, el control de costos es un requisito indispensable para garantizar la viabilidad económica del sistema de salud. Muchos países se han visto obligados a regular y controlar tanto la oferta como la demanda para garantizar una asignación eficiente del gasto. A fin de cuentas, cualquier criterio que se escoja lleva a la categorización del método de financiamiento: al recurso sigue al paciente o el paciente sigue al recurso.

A continuación se presentan las distintas opciones para las formas de pago. En general existen tres grandes categorías: *pago prospectivo*: el pago se hace *antes* de proveer el servicio; *pago retrospectivo*: el pago se hace *después* de proveer el servicio según la cantidad y el tipo de servicio; y *pago híbrido o mixto*: la combinación de varias formas de pago.

En la categoría del pago prospectivo, este trabajo revisa el *presupuesto global*,¹ el *pago por caso* o DRGs (Diagnostic Related Groups), y la *capitación*, sus ventajas y desventajas. En la categoría del pago retrospectivo se revisa el *pago por día* y el *pago por servicio*² (fee for service), sus ventajas y desventajas. Finalmente, se revisa el *pago híbrido o mixto*.

1. Vale la pena anotar que en muchos países están utilizando el presupuesto global, por la flexibilidad que permite en la reasignación de recursos.

2. El pago por servicio es la forma más común para el sector privado, aunque la capitación es cada vez más frecuente.

A. PAGO PROSPECTIVO

1. Presupuesto global

El pago por presupuesto global consiste en una suma fija agregada por un período de tiempo definido, normalmente un año. Este tipo de remuneración solamente se aplica a los proveedores institucionales (hospitales, clínicas, centros de salud, etc.), y ha sido el sistema de pago predominante para los hospitales públicos en los países de la OCDE y también en Colombia. El monto se fija mediante dos mecanismos: tomando el presupuesto histórico de la entidad o sobre la base de la demanda proyectada, la cual tiene en cuenta las necesidades de la población objetivo.

El efecto directo del presupuesto global está en el control de costos, lo que incentiva la reducción en la cantidad de "inputs" utilizada. En el largo plazo, la fortaleza y dirección de los incentivos dependen de la fórmula implícita o explícita para asignar recursos; su asignación según la experiencia histórica crea inercia institucional, mientras que su asignación con criterio de desempeño depende de los indicadores específicos utilizados. Por ejemplo, en Hungría los presupuestos se determinaban sobre la base de la tasa ocupacional hospitalaria; esto llevaba a un exceso de estadía hospitalaria.

Los presupuestos globales generalmente no incentivan la calidad ni la eficiencia, por eso, si se utilizan, es importante construir un sistema de recolección de información sobre la calidad y establecer los indicadores correspondientes. Igualmente importante es el desarrollo de mecanismos reguladores a través del gobierno o asociaciones profesionales. Por lo general, bajo este esquema los costos administrativos son bajos en relación a otras formas de pago. La evaluación periódica del desempeño y la proyección del presupuesto es tal vez el costo más alto en que puede incurrir la empresa administradora, por lo tanto es necesario contar con un buen sistema de información para el manejo de cuentas financieras, el control sobre los servicios prestados, y la revisión y ajuste de los presupuestos. Finalmente, el pago por presupuesto global tiene algunos riesgos asociados tales como la demanda inconstante y la intensidad y costos del tratamiento hospitalario, riesgos que asumen el proveedor y sus clientes. En lo que se refiere a la tecnología, la utilización de una

forma de presupuesto prospectivo garantiza que ésta sea escogida con criterios de eficiencia, buscándose una buena relación costo-beneficio. En el caso del presupuesto histórico no existe ningún tipo de incentivo para el control de costos ni para prestar un mejor servicio y, en general, tales presupuestos son neutros frente a la adquisición de tecnología porque depende de la disponibilidad de recursos.

2. Pago por caso o DRG

A través del pago por caso o los denominados DRG —pago por episodio—, el mecanismo de pago depende del diagnóstico del paciente, el cual tiene un costo fijo, y comprende todos los servicios realizados durante un episodio hospitalario. Desde 1983, este método ha sido utilizado para los pacientes de Medicare en los Estados Unidos y de manera gradual en otros países de la OCDE (Bodenheimer y Grubach, 1994), Brasil y Hungría (Barnum, Kutzin y Saxenian, 1994). Medicare asume el riesgo por el número de admisiones que hace, pero el hospital asume el riesgo por los recursos utilizados durante la estadía. El tiempo de estadía no afecta a Medicare, en cambio para el hospital una estadía larga y costosa significa pérdidas, mientras que una estadía corta produce rendimientos.

El uso de un sistema como el DRG requiere una contabilidad uniforme y un sistema nacional de historias clínicas, y sus costos administrativos son altos para la aseguradora y el proveedor. La complejidad en definir el costo de cada caso hace que este sistema sea difícil de poner en práctica. Cada DRG basa su ponderación en el diagnóstico y los procedimientos, que a su vez determinan el nivel de reembolso. Este tipo de pago se puede aplicar con mayor facilidad a los sistemas de salud de integración vertical, o en instituciones hospitalarias donde se conoce de forma muy exacta cuáles son los costos y las posibles complicaciones que puede implicar cada enfermedad o tratamiento.

Uno de los problemas identificado por Medicare bajo este esquema de pago es el denominado "DRG Code Creep". Esto significa que el diagnóstico del paciente o su condición se altera, causando su entrada a un grupo de más complejidad que incrementa el pago del episodio. Se estima que en los Estados Unidos el incremento anual por este concepto es del 1% (Coulam y Gaumer, 1992). A pesar de los problemas mencionados, Medicare ha tenido éxito en la reducción del gasto sin afectar la calidad.

En Colombia, la ley 100 introdujo el concepto de los pagos globales por diagnóstico, denominados pagos integrales por diagnóstico atendido (PIDAS). La forma de operación de este sistema de contratación, pago y facturación implica que el proveedor de los servicios establece un costo estándar global por diagnóstico atendido, por ejemplo, un parto o una apendicectomía. Para el comprador de los servicios es más transparente la forma de pago y el proveedor se ve obligado a minimizar el costo en el diseño y operación de sus diversos servicios.

3. *Capitación*

A diferencia de la contratación por presupuesto global o servicio prestado (*fee for service*), este sistema asigna recursos independientemente de la oferta o la demanda. Se basa en el concepto de enfermo potencial y no en el de la enfermedad sentida. Cada prestadora de servicios tiene a su cargo la atención de un conjunto de personas determinado. Por cada persona inscrita, la administradora recibe una suma fija mensual, trimestral o anualmente para financiar un paquete definido de servicios, independiente del número de veces que estos individuos acudan a una prestación; por lo tanto, una de las ventajas de este sistema es la motivación para controlar costos y proveer servicios costo-efectivos. Dado que los riesgos financieros los asumen generalmente las prestadoras de servicios, éstas se ven obligadas a enfatizar el lado preventivo de la medicina. Igualmente, el hecho de que el riesgo recaiga sobre el prestador determina la calidad del servicio y la adquisición de tecnología.

Una de las debilidades o peligros de este sistema de pago es que puede incentivar a las administradoras a seleccionar usuarios de bajos riesgos con el fin de reducir los costos de tratamiento, limitando la cantidad y calidad de los servicios. Si los pagos por capitación no son ajustados por riesgo, las aseguradoras pueden ejercer el "cream skinning" que básicamente es la selección de riesgos preferidos (Van de Ven y Ven Vliet, 1992). Como resultado de ello, la población más vieja y los más enfermos o quedan fuera del sistema o terminan usando el sistema público de atención, lo que a su vez produce consecuencias deletéreas sobre la equidad y eficiencia del sistema. Una manera de contrarrestar este efecto es establecer primas ajustadas por riesgo y la afiliación abierta cada año; así el riesgo se distribuye mejor. Países como Alemania y

Holanda han aplicado un pago ajustado por riesgo y Colombia lo introdujo en la ley 100.

Los costos administrativos de un sistema de pago por capitación son potencialmente más bajos que aquellos de un sistema retrospectivo; sin embargo la presión en el manejo administrativo es mayor, por lo que requiere monitoreo de los diferentes actores, negociar contratos con proveedores y establecer los pagos ajustados de capitación. Sin la capacidad administrativa para realizar estas actividades existe un gran riesgo para la aseguradora, por consiguiente es importante el reaseguro a fin de evitar pérdidas catastróficas. Finalmente, su implementación debe ser gradual; el cambio de una economía central a una más competitiva trae sus obstáculos.

B. PAGO RETROSPECTIVO

1. Pago por día

Se denomina pago por día al sistema mediante el cual se establece un precio estándar por día por cama ocupada, multiplicado por el número de días. Países como Holanda, Noruega y los Estados Unidos han utilizado este método de pago desde los años setenta (Aas, 1995), pero especialmente países con sistemas públicos de financiación y una mezcla público/privada en la provisión de servicios (Oxley y MacFarland, 1994).

El pago por día estimula el uso de los hospitales con altos índices de ocupación y capacidad expandida de camas; sin embargo, el hospital no recibe dinero adicional por ejecutar procedimientos costosos. Al prolongarse la estadía hospitalaria los primeros días son los más costosos (iniciación del tratamiento) y luego los días finales menos costosos, resultando en un costo promedio bajo por día y un costo promedio alto por admisión. Al pagador de este mecanismo no le concierne cuántos servicios o procedimientos se hacen por día; esta preocupación fiscal se transfiere al hospital. Lo crucial para el pagador es controlar la estadía del paciente en combinación con una política de admisión, para ejercer el control de costos. En este caso, el pago por día ofrece pocos incentivos para contener costos sobre todo si el objetivo es que el recurso o dinero siga al paciente.

2. Pago por servicio (*fee for service*)

El pago por servicio, con o sin tarifas fijadas, es el mecanismo de *pago retrospectivo* más común en los países industrializados y en vías de desarrollo. Países como Alemania, Corea, Francia, Japón, Suiza y Zimbabwe utilizan esta forma de pago, pero disponen de alguna manera de negociar tarifas entre aseguradoras y proveedores que ayuda hasta cierto punto a controlar su efecto "inflacionario". En los Estados Unidos el pago por servicio es totalmente desregulado, sin embargo las aseguradoras no pagan más de lo que consideran "tarifas razonables y usuales" por ciertos servicios.

Bajo este esquema de pago, el control macro es débil pues requiere que el gasto se contenga con otras medidas, mientras que el sector de la oferta incrementa cantidad, calidad y precios. En los Estados Unidos esta forma de pago ha contribuido a la competencia entre los proveedores sobre la base de calidad y uso de alta tecnología y no sobre la base de precios. Esto deriva muchas veces en la creación de monopolios entre los prestadores de servicios.

El pago por servicio promueve el uso excesivo de los mismos sobre todo por la asimetría en la información que afecta al consumidor; por lo tanto, el proveedor induce a la demanda de servicios. Existen consumidores que piensan que mientras más servicios se utilicen o mientras más sofisticada sea la tecnología, mejor será la calidad del servicio. El pago por servicio ha sido asociado con el uso de servicios innecesarios y peligrosos como en el caso de Brasil, donde los incentivos económicos a los médicos para realizar cesáreas en lugar de partos vaginales, incrementaron los riesgos para las madres y recién nacidos por causa de infección y uso de anestesia general (Banco Mundial, 1993). No obstante esta forma de pago es la más utilizada para remunerar a los médicos especialistas, para el pago de medicamentos y para los servicios de diagnóstico. Los médicos y hospitales la prefieren pues su remuneración depende directamente del volumen de los servicios prestados. Bajo este mecanismo no existe ningún incentivo para reducir costos o disminuir la frecuencia de uso de tecnología de punta, los costos administrativos son altos y se requieren registros detallados sobre la cantidad de los servicios prestados y sus costos. Todas estas consideraciones llevan a pensar que

si bien el pago por servicio teóricamente implica un sobreuso de los servicios, esto se puede corregir mediante otros mecanismos de seguimiento y control, y que contribuyen a la calidad (Oxley y MacFarland, 1994).

3. Pago híbrido o mixto

La mayoría de los sistemas de pago son híbridos o mixtos; se adoptan por razones prácticas y para neutralizar los efectos adversos de los sistemas puros mientras conservan sus efectos positivos. Ningún sistema está libre de efectos indeseables y tanto la experiencia institucional como el análisis detallado confirman las ventajas de adoptar sistemas mixtos. Los diferentes mecanismos de pago pueden ser mezclados en distintas dimensiones, por ejemplo, para diferentes categorías de proveedores. Los hospitales pueden recibir un pago por caso mientras el médico general recibe el pago por capitación. Otra alternativa es que el pago total al proveedor puede ser dividido en varios esquemas; a los hospitales se les paga parcialmente por un presupuesto global para los costos fijos y pago por servicio para los costos variables. Finalmente, el método puede o no variar dependiendo de la provisión de servicios, es decir, a un hospital se le puede pagar por un paquete de servicios a través de la capitación y los servicios complementarios a través de un pago por servicio, como se practica en los Estados Unidos y Uruguay.

La selección del sistema mixto que se utilizará es fundamental e influye sobre los incentivos de manera positiva o negativa. Cualquiera que se escoja tiene que ser apropiado para el contexto del país. Un ambiente macroeconómico estable es importante para que todos los mecanismos de pago mantengan su valor durante el período de reembolso, debido a que los pagos prospectivos son especialmente sensibles a la inestabilidad macroeconómica. El fomento de un ambiente competitivo y la educación de los consumidores son indispensables para controlar los monopolios. En el sector de la salud, específicamente, se requiere como mínimo la organización administrativa, un sistema contable adecuado y un sistema de información para aplicar con eficiencia cualquier mecanismo de pago.

III. PRINCIPALES FORMAS DE PAGO/CONTRATACIÓN EN COLOMBIA, ANTES Y DESPUÉS DE LA REFORMA

En Colombia, la información disponible sobre las formas de pago o contratación en salud es relativamente limitada, a diferencia de lo que ocurre en otros países como se pudo apreciar anteriormente. Sólo existe la legislación reglamentaria sobre las formas de pago a los médicos por parte de las instituciones y de éstas a terceros. Antes de la reforma de 1993 y hasta hace poco, no existían análisis sobre las implicaciones de las diferentes formas de pago o contratación y cómo éstas afectan la calidad, los costos o el uso de tecnología. Tal situación es idéntica para los sectores público y privado.

A partir del proceso de negociación política de la reforma y después de la aprobación de la ley 100, comenzó a surgir el interés en la forma *cómo se relacionan (pago y/o contratación) las EPS y las IPS. Se realizó un estudio que ofrece una visión de las condiciones de pago y/o contratación en el país, a fin de conocer la estructura del pasado y abonar el terreno para avanzar en la organización de los sistemas de salud en el país (Gutiérrez y otros, 1994).* Como resultado de dicho estudio se observa que en Colombia existe una tendencia a contratar por *salario* a los médicos generales (que actúan como "gatekeepers") y por *pago por servicio* a los médicos especialistas. El sistema de facturación de pago por servicio o acto médico, que se ha convertido en un incentivo perverso al sobrecosto en el diseño y prestación de los servicios hospitalarios, sirve además de acicate a la corrupción institucional que deriva de la sobrefacturación por servicios no prestados. El mencionado método de pago, instrumentado además por sistemas tarifarios de los diversos servicios, insumos y actos médicos, permite que los oferentes tiendan a multiplicar el número de prestaciones. Los servicios hospitalarios y de diagnóstico se pagan igualmente por pago por servicio y las IPS imponen las tarifas, salvo en los contratos del Instituto de Seguros Sociales (ISS).

En casos aislados, en los cuales se presta la atención a poblaciones dispersas, se paga por *capitación*. A los médicos especialistas del sector público que tienen contrato exclusivamente con una institución se les remunera por salario. En las instituciones de índole privada, en donde los médicos ejercen libremente su profesión, se les paga por honorarios

y en otros casos por salario y pago por servicio. No es frecuente que administradoras de servicios privados contraten con IPS hospitalarias públicas, debido a las dificultades administrativas, excepto en casos aislados cuando la administradora tiene que cubrir poblaciones dispersas. Adicionalmente, para remunerar a los médicos en algunas instituciones se utiliza el sistema de valoración estándar de los servicios, similar a los RBRVS (resource based related value scale) que se emplean en el sistema Medicare en los Estados Unidos.

La posibilidad de ofrecer servicios médicos por *pago por caso* es factible para casos puntuales en el país, pues no existen los sistemas de información adecuados sobre costos unitarios ni intervenciones o procedimientos estándar requeridos, lo que implica un alto riesgo de fracaso. En general, las formas de pago o contratación se utilizan por su sencillez administrativa o por tradición.

Los honorarios son negociados entre las EPS, las IPS y los médicos, con algunas excepciones como los anestesiólogos, cardiólogos y otras especialidades minoritarias quienes forman monopolios y imponen sus propias tarifas. Cuando estos mismos trabajan con el ISS se someten a grandes diferencias de pago, pues las tarifas se fijan de forma unilateral. No está claro si estas diferencias se deben a los costos, al tipo de población atendida, a la tecnología, a la calidad, a la cobertura o a la forma de contratación, o si existen otras variables más significativas, pues se sabe que el ISS es la administradora que realiza aproximadamente el 60% de la contratación total en el país e impone sus propias tarifas para los servicios que presta y obviamente contrata.

El poder del mercado incide sobre la concertación de precios en la contratación. Por ejemplo, cuando una administradora de servicios contrata con instituciones de nivel III, son éstas quienes deciden las tarifas. Si el contrato se hace directamente con los médicos, es la administradora quien impone la tarifa, con excepción de los médicos especialistas. En la prestación de servicios hospitalarios o quirúrgicos, la institución prestadora impone sus tarifas cuando no forma parte de un sistema integrado.

De todas maneras, el estudio demuestra que las formas de pago o contratación en Colombia no se habían desarrollado suficientemente antes de la reforma de 1993. Al implantarse la nueva ley se conocen algunos de los insumos y obstáculos dignos de tener en cuenta, como el poder de ciertos monopolios o simplemente el grado de gestión de los actores principales.

A continuación se presenta la situación colombiana en términos de formas de pago y contratación entre las EPS y las IPS a partir de su puesta en práctica en 1993 y hasta la fecha. Se señala también si el sistema de pago o contratación que se ha ido adoptando en estos últimos años está teniendo incidencia sobre la cobertura, la calidad y el costo de los servicios.

La aparición de las EPS supone el fin de los monopolios en el proceso de afiliación y la separación entre los sistemas de financiamiento y los de provisión de servicios, siendo las IPS las que se encargan de este último. Las EPS son instituciones intermediarias que cumplen las funciones de gestión del aseguramiento y protección de la salud, es decir, fomentan la prevención y subcontratan el resto de los servicios. La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es la cuota o "precio de venta" anual que permite a las EPS proteger la salud de cada beneficiario durante un año, a través de un Plan Obligatorio de Salud (POS). Ellas recaudan periódicamente las contribuciones de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; de este monto se descuenta el valor de las UPC fijadas para el POS. La cotización obligatoria que se aplica a los *afiliados del régimen contributivo* es como máximo del 12% del salario básico y no inferior al salario mínimo. Las EPS reciben copagos y cuotas moderadoras como ingresos adicionales. En términos cuantitativos de capacidad socioeconómica se estima que el 70% de la población podría estar vinculado al régimen contributivo.

Las EPS son las que determinan si Colombia logra o no los objetivos de la reforma: solidaridad, universalidad, calidad y eficiencia. Ellas incentivan la afiliación al sistema: la *universalidad*; recaudan el 12% de la cotización para lograr la *solidaridad* entre ricos y pobres; promueven la *eficiencia* haciendo competir a los proveedores y ofrecer precios más bajos, y mediante las formas de pago para controlar costos. Esa misma competencia debe mejorar también la *calidad* de los servicios.

¿Se están logrando dichos objetivos? Se sabe que el mercado de la salud en Colombia está extremadamente activo. A diciembre de 1995 la afiliación a las EPS creció (26 EPS), pero ella se concentra en las grandes ciudades del país. Existe una aprobación al funcionamiento de las EPS, pero en la realidad ello se traduce en una cobertura geográfica de esas entidades y no representa necesariamente una expansión de la afiliación. No obstante, se infiere que el sector salud colombiano está logrando su transformación a un sistema impulsado por la demanda. Los trabajadores

independientes sólo constituyen una pequeña proporción de afiliados (13%) y los que se afilian mayoritariamente son los más necesitados de atención médica costosa, "selección adversa". Problema que surge con los seguros de salud privados cuando el asegurado puede ocultar información al asegurador y éste queda imposibilitado de realizar una distribución eficiente de riesgos; o bien, cuando la rentabilidad de todos los riesgos no es similar y no existe un esquema de seguros solidario o de "prima de riesgo comunitario" que garantice al asegurado una adecuada cobertura ante ciertos riesgos. Actualmente, los afiliados son los mismos del sector formal que en el pasado estaban cubiertos por el ISS y seguros privados. El ISS, la EPS más grande en Colombia, no tiene un número confiable de afiliados por falta de un sistema de información que permita identificarlos y, por lo tanto, no contribuye consistentemente al Fondo de Solidaridad y Garantía. Por otra parte, las personas afiliadas a las EPS subdeclaran sus salarios poniendo en riesgo la solidaridad del sistema.

En cuanto a la aplicación de la "competencia regulada" para el control de costos, la mayoría de las formas de pago a los médicos y hospitales que se aplican son el pago por servicio, la capitación (nivel I de atención), salario, una mezcla de capitación y pago por servicio y, en algunos casos, las EPS pagan primas a los médicos generales por remitir pacientes a otros niveles de atención. Sin embargo, las EPS no están utilizando procesos competitivos de contratación o negociación para inducir la competencia a nivel de tarifas o calidad. El año pasado el ISS inició el pago a hospitales sobre la base de "paquetes de diagnóstico", en vez de facturar por servicio prestado. Esto incentiva la eficiencia y control del uso de servicios.

Vale la pena anotar que el pago por capitación —a través de la UPC— a los médicos generales o a los proveedores de atención primaria, es ajustado por edad y sexo según estipula la ley. Cuando se paga por servicio prestado (*fee for service*) a los médicos generales, especialistas y hospitales, el pago se basa en el sistema tarifario establecido por el ISS y el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, SOAT, los cuales responden al concepto de desagregación de costos por procedimiento y servicios de apoyo, y no al del costo. Éste es uno de los obstáculos más sentidos de la reforma, mientras no existan los estudios técnicos necesarios para determinar el costo estándar de la atención, las IPS deben recurrir a su propia contabilidad de costos y tomarla como base de pago, lo cual

representa un cambio radical en las relaciones contractuales entre las EPS y las IPS.

Algunas IPS no están dispuestas o no son capaces de contratar con EPS por varias razones: carecen de la capacidad administrativa para contratar con EPS o simplemente no entienden las implicaciones de la ley; además, muchos hospitales y especialistas claramente no quieren participar en la nueva reforma, de hecho, la sociedad científica ha sido muy enfática en su resistencia a la ley 100 y ha creado pequeños carteles de especialistas. Igualmente, las IPS no están de acuerdo con las tarifas que ofrecen las EPS dadas las restricciones impuestas por la UPC. En resumen, después del primer año de aplicación de la competencia regulada se puede decir que existe competencia entre los médicos generales para obtener contratos con EPS, pero se advierte poca competencia entre el nivel II y III de atención.

Las EPS han dispuesto mecanismos para el control de la calidad médica. Por ejemplo, hacen visitas periódicas a las IPS, demandan auditorías de los registros médicos y realizan entrevistas con pacientes. Algunas EPS exigen a las IPS reportes sobre la calidad de los servicios que entregan, no obstante tal información no está disponible para el público. Cuando se cancela un contrato con una IPS la razón más frecuente es la falta de calidad.

El producto final que entregan las EPS no es homogéneo, pues se ofrecen planes adicionales al POS en la forma de *planes complementarios*³ y *medicina prepagada*, que se diferencian de los servicios ofrecidos por la selección de proveedores y primas. Las listas de proveedores exhibidas por las EPS pueden ser una estrategia para la atracción o no de potenciales afiliados según la segmentación de la población. De acuerdo a las listas, es fácil determinar si son hospitales de alta o baja calidad. Dentro del contexto de la ley se considera ilícito ofrecer planes complementarios sin ofrecer el POS, sin embargo, muchas EPS están permitiendo la compra de un plan complementario sin suscribirse al POS. Antes de la reforma existían entidades de Medicina Prepagada, y muchas de ellas se han convertido en EPS para ofrecer los servicios del POS y algunos otros adicionales. Aunque los venden como planes complementarios, en realidad no son complementarios al POS sino alternativos a éste. Mucha gente,

3. Estos planes incluyen tratamientos y cirugías estéticas, odontología, tratamiento de enfermedades crónicas, trasplantes, drogas no cubiertas en el POS, etc.

sobre todo los independientes, siguen afiliados a este sistema que a su vez está generando incentivos para evadir la cotización del 12%. No se sabe bien si esto está propagando una segmentación en el mercado y limitando la competencia debido a que el producto deja de ser estándar, pero sí implica que los estratos más altos de la sociedad colombiana tienen acceso a servicios de mayor calidad que aquellos que utilizan solamente el POS.

Generalmente, las EPS están contratando los servicios de nivel III con hospitales que atienden gente menos pobre. En el nivel I de atención, las EPS contratan con instituciones privadas y, hasta el momento, no están contratando servicios con el ISS, lo cual podría indicar que las instalaciones del ISS tienen copada su capacidad. A la fecha, el ISS no ha hecho la separación de financiación y provisión de servicios, lo que no contribuye a la creación de un mercado competitivo.

En la siguiente sección se analizan los resultados de las encuestas de aproximadamente diez EPS e IPS, tanto públicas como privadas, sobre las experiencias particulares que han tenido con las formas de pago adoptadas y el funcionamiento general del sistema.

IV. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

A. LOGROS EN 1996

La aplicación plena de la reforma no se inició sino hasta finales de 1995. A continuación se presenta un breve análisis en lo que se relaciona con los objetivos de universalidad, oferta de servicios y financiación del sistema en 1996. La información proviene de diferentes fuentes como el Ministerio de Salud (MINSALUD), resoluciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, informes al Congreso Nacional de Seguridad Social y, en algunos casos, artículos de los principales periódicos del país. Esta posición se contrasta con los resultados obtenidos en las encuestas a las EPS e IPS, punto de especial importancia, ya que gobiernos y organizaciones nacionales e internacionales siguen con interés el proceso de reforma debido a las enseñanzas que éste puede proporcionar.

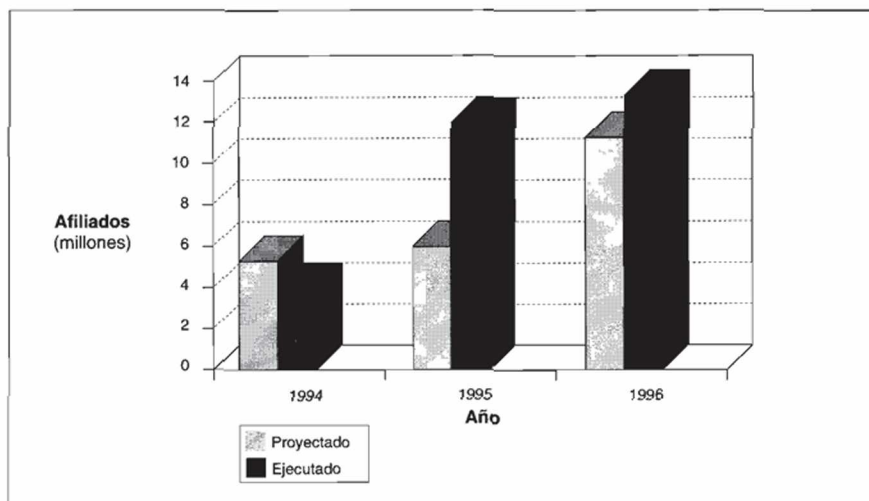
Es importante mencionar que la información disponible resulta muchas veces incompleta tanto cuanto a la suministrada por el usuario

como a los antecedentes técnicos proporcionados por las EPS e IPS. Esta última, en particular, además de ser insuficiente no se ciñe a un método unificado que permita un seguimiento integral del sistema (Esguerra, 1996).

Entre los problemas que ha tenido el nuevo sistema de seguridad social se destaca el caso del ISS, que al ser la EPS más grande ocasiona vacíos de información importantes para el sistema en general. La ley 100 ordena la separación entre la financiación y la provisión de los servicios de salud, separación que no se ha hecho en el ISS, y que genera un monopolio en el mercado al no existir la libre competencia entre todas la EPS. En este momento, las EPS contratan con IPS públicas y privadas que forman parte de las IPS del ISS; sin embargo ninguna clínica ni hospital del ISS especifica en sus contratos que se suministre información sobre variables financieras, de afiliación, utilización, recursos humanos e historias clínicas de los pacientes. A raíz de esto, la Superintendencia Nacional de Salud ha impuesto al ISS un severo plan de ajuste que terminó a finales de septiembre. El sector entero está a la expectativa de los resultados.

Un avance extraordinario se ha registrado en el objetivo de la universalidad, pues casi la mitad de los colombianos están afiliados al Sistema de Seguridad Social. Para dar una idea, el régimen subsidiado cuenta con aproximadamente 5 millones de afiliados y el régimen contributivo con cerca de 13 millones de personas. En estos datos subsisten algunas dudas respecto al régimen contributivo originadas por la falta de información del ISS, pues no es posible establecer qué proporción de esas afiliaciones proviene de personas que estaban en el ISS y por lo tanto no son nuevas para el sistema. Sí se sabe que los trabajadores independientes constituyen una pequeña porción de los afiliados, pues constituyen sólo el 13% y representan más de la mitad de la fuerza laboral en Colombia. El ISS, la EPS más grande del país, no tiene cifras confiables sobre el número de afiliados, sin embargo las metas que se propuso el gobierno en cuanto a la afiliación a los diferentes regímenes no solo se han cumplido, sino que se han superado como se puede observar en el siguiente gráfico.

GRÁFICO 1
AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



Fuente: Ministerio de Salud - Universidad de Harvard, "Report on Colombia Health Care Reform and Proposed Master Implementation", 1996.

El régimen contributivo tiene 26 EPS aprobadas que cubren aproximadamente el 50% de los municipios colombianos, donde reside aproximadamente el 70% de la población (Ministerio de Salud/Universidad de Harvard, 1996). A pesar de las buenas noticias con respecto a la afiliación, éstas se deben interpretar con cautela pues la afiliación es el primer paso y no implica necesariamente que se estén ofreciendo servicios. A veces en un municipio grande puede ocurrir que exista cobertura para una parte de la población, mientras que otra no la recibe. Adicionalmente la afiliación a las EPS se está concentrando en las grandes ciudades.

En cuanto al financiamiento del sistema, éste parece estar en un punto de equilibrio, es decir, los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y sus cuatro subcuentas (Compensación de Régimen Contributivo, Solidaridad, Promoción, y Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito) tuvieron un incremento entre 1994 y 1995 motivado por el inicio del sistema, que en 1996 ha experimentado un leve descenso en los recursos. Esto se puede explicar en parte porque existe un vacío de información financiera por parte del ISS. No se sabe cuánto requiere el ISS en

compensación o cuánto le debe girar a la subcuenta de compensación. En el caso de que fuera la primera posibilidad, la subcuenta entraría en bancarrota creando una crisis muy grave para el sector. Igual sucede con el Instituto de Salud de las Fuerzas Armadas que tampoco está compensando y que según algunos cálculos es deficitario en cerca de \$15.000 millones anuales, agravando aún más la situación del sector (Esguerra, 1996). Otra brecha peligrosa es la desarticulación entre los costos de los servicios de salud, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las tarifas del SOAT, que cumplen una función reguladora desde el punto de vista del equilibrio financiero y pueden ocasionar problemas en la calidad y en el acceso a los servicios. Son muy pocas las instituciones hospitalarias que cuentan con sistemas de costos que permitan establecer con certeza el impacto que esta situación produce sobre las entidades.

A través de la breve reseña presentada en los párrafos anteriores, se puede apreciar que aunque el nuevo sistema de seguridad social cumple apenas un año de aplicación plena (octubre de 1996), los resultados en algunos casos son satisfactorios y en otros requieren especial atención. En la parte siguiente de esta sección se analizan los resultados de la encuesta aplicada a las diferentes EPS e IPS y se señalan los logros y problemas observados desde el punto de vista de la realidad particular que ellas están viviendo en el sector.

B. ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS

La principal fuente para el análisis de esta sección se obtiene de la encuesta/cuestionario a los ejecutivos (directores y/o vicepresidentes) de 10 diferentes EPS e IPS. La mayoría de las EPS en Colombia tienen su sede principal en la ciudad de Bogotá y el mencionado estudio se concentró en este lugar. Las encuestas se enviaron a EPS/IPS de diferente índole: EPS con y sin fines de lucro, Medicinas Prepagadas convertidas en EPS, EPS que originalmente eran Cajas de Compensación, y Cooperativas creadas bajo el nuevo sistema de seguridad social. Cabe anotar que aproximadamente el 60% de los cuestionarios enviados fueron respondidos.

La encuesta se organizó en cinco secciones:

1. Aspectos institucionales de las EPS/IPS, que busca conocer su perfil, su organización administrativa y su actitud frente a la ley 100 de 1993.

2. Proceso de contratación, que pretende determinar sus diferentes formas de contratación y los problemas enfrentados.
3. Mecanismos de pago, que explora los impactos financieros de las diferentes formas de pago y algunas de las características que determinan el mecanismo de pago seleccionado.
4. Calidad, que identifica el impacto de las diferentes formas de pago sobre la calidad del servicio prestado.
5. Tecnología, que determina la gravitación de las formas de pago sobre la tecnología utilizada.

1. *Observaciones puntuales sobre los aspectos institucionales*

- La mayoría de las EPS cambiaron de estructura organizacional a raíz de la aplicación de la ley 100. En algunos casos se aumenta la planta de personal, el capital de la entidad y el tamaño de los proveedores para contratar el POS. En el caso particular del ISS, se agrega el espacio para la creación de la IPS adicional a la EPS, Pensiones y ARP (Administradora de Riesgos Profesionales).
- Todas las EPS se consideran más competitivas bajo el nuevo esquema de la reforma, sobre todo en lo que se refiere a la captación de afiliados, pues compiten con otras EPS privadas y con el Estado. Curiosamente, el ISS se considera menos competitivo bajo el nuevo esquema porque se duplica el número de sus afiliados debido a la cobertura familiar.
- La asimilación de la ley 100 ha sido un problema grave para la mayoría de las EPS, los usuarios y los proveedores, pues se considera que, a raíz de un período inactivo con el inicio del nuevo gobierno, se creó desconcierto y se despertaron muchas dudas. Reinaba gran confusión sobre temas como los relacionados con la reducción de la UPC, los copagos, las cuotas moderadoras y la cobertura familiar. Estas contradicciones y la falta de claridad del sistema en general generó dudas hacia el interior de las EPS y en la aplicación de la ley 100. La capacidad de gestión o de administrar eficientemente los recursos y garantizar la calidad ha sido prácticamente nula. El ISS considera sumamente peligroso el matrimonio EPS-IPS y está

consciente de que la transformación del Instituto determinará hasta qué punto se puede lograr una competencia justa para cumplir con los objetivos no sólo de la competencia regulada, sino de la reforma: la eficiencia y la calidad. Otros problemas que realmente se convierten en retos son la falta de pago o del pago oportuno y el control del gasto médico, para que la UPC alcance a cubrir toda la operación de la EPS de manera eficiente.

- La regulación del Estado ha sido inexistente o no ha servido, y se considera como una de las más grandes debilidades del nuevo sistema. Los hospitales y los profesionales de la salud enfrentan graves problemas financieros por las bajas tarifas reguladoras del mercado (ISS, SOAT, POS), que muchas EPS han convertido en tarifas para contratación con profesionales e IPS. Mientras exista un exceso de oferta de servicios las EPS pueden imponer sus tarifas. Claro está que, en la medida que la oferta y la demanda se nivelen, los prestadores de servicios tendrán más fuerza a la hora de negociar. Un sistema de tarifas bien establecido incentiva el buen comportamiento de una IPS, pues el tarifado determina su estabilidad financiera e influye sobre la calidad de sus servicios. Por ejemplo, si la tarifa no cubre el costo total de un servicio hospitalario, el hospital puede quebrar; por el contrario, si la tarifa es muy generosa puede incentivar servicios inapropiados o innecesarios. Los hospitales no tienen sistemas contables de costos uniformes y la mayoría de las EPS entrevistadas dicen no poseer sistemas de información adecuados para hacer el seguimiento a la población afiliada u obtener información sobre gastos y recobros.

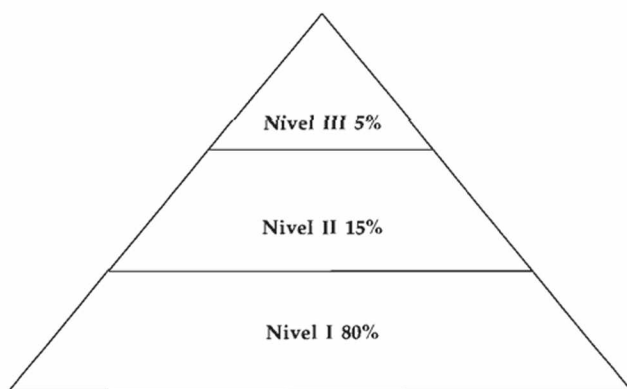
2. Observaciones sobre el proceso de contratación y los mecanismos de pago

- Si bien se ha intentado introducir diferentes modalidades de pago que fueron descritas en la segunda sección del estudio, en Colombia sigue prevaleciendo el pago por servicio con todos sus incentivos perversos. La capitación está tomando fuerza cada día, pero sobre todo en el nivel I de atención. En este período de transición de un esquema de oferta a uno de demanda, seguirá predominando el pago por servicio. Una vez que Colombia establezca un sistema de

costos unificado y competitivo se abrirá el espacio para introducir otras modalidades de pago. Esta parte de la encuesta es tal vez la más pertinente al motivo del estudio, y pone énfasis en los problemas que han enfrentado las diferentes EPS e IPS.

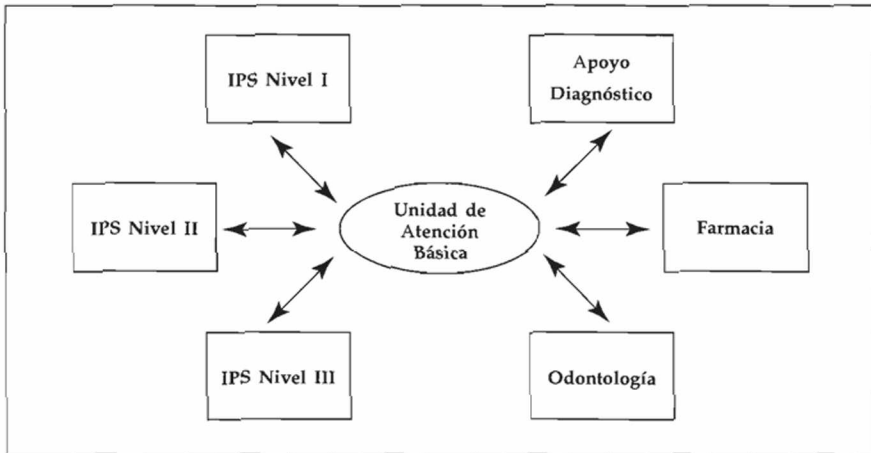
- La contratación de la prestación de servicios se hace con proveedores individuales, asociaciones de médicos, hospitales, centros de diagnósticos y centros propios. Algunas EPS alquilan consultorios con la unidad básica de atención o de nivel I, donde existe una capacidad resolutive de aproximadamente 80% (véase el gráfico 2).

GRÁFICO 2
NIVELES DE RESOLUCIÓN



Esta unidad orienta luego a los usuarios hacia los especialistas dentro de la misma unidad. El resto de los servicios, tales como de apoyo diagnóstico y de niveles II y III, se contratan con IPS particulares (véase el gráfico 3).

GRÁFICO 3
UNIDADES DE ATENCIÓN BÁSICA



- Esta modalidad de contratación es muy atractiva para muchas EPS porque permite contener costos y fortalecer y enfatizar el papel del médico general; sin embargo desde el punto de vista del especialista la situación se agrava, porque el sistema se desplaza hacia los generalistas. La mayoría de los servicios que se proveen en el nivel I de atención se hacen por capitación (UPC ajustada por edad y sexo) y los servicios de nivel II y III se hacen por servicio prestado o pago por servicio, según unos precios negociados entre los médicos y las administradoras. En los centros de diagnóstico se hace por capitación y en algunos casos por servicio prestado.
- Muchas EPS confirman que la principal razón de utilizar estas formas de pago es por tradición o, recientemente, porque la capitación ayuda a contener costos y es más eficiente. Además, al resolver la mayoría de los problemas en el nivel I a través de la capitación se evitan la remisión de los pacientes. Casi todas las EPS utilizan *gatekeepers* para todos los servicios, es decir, consultas, hospitalización, consultas con especialista y exámenes de laboratorio. Sin embargo, con algunos contratistas las EPS sí han tenido problemas para evitar la alta remisión. En ciertos casos, el método de pago de

capitación ha incentivado a los médicos a formar asociaciones, sobre todo para el manejo de altos volúmenes de pacientes. Las EPS explican que a través de la capitación se ha visto un cambio particular en la reducción de costos por paciente/día, más que en estancia hospitalaria, capacidad hospitalaria o en costos administrativos del hospital, con la excepción del ISS donde no se ha podido evaluar el impacto. El ISS inició un sistema de pago basado en "paquetes de diagnóstico" (estilo DRG's) y a la fecha tienen más de 60 definidos. En esta institución el pago del servicio a través de paquetes y no por servicio prestado ha contribuido a incrementar la eficiencia y a controlar la utilización.

- Todas las formas de contratación implican un riesgo, es decir, la posibilidad de asumir un costo inesperado. Se hizo esta pregunta a todas las EPS e IPS y en su mayoría respondieron que a través de la capitación el riesgo es casi siempre compartido, salvo que en algunos casos pueden ser las EPS, si la UPC es incorrecta, y en otros casos las IPS, quienes asumen el riesgo financiero por sus ineficiencias administrativas internas.
- En la gran mayoría de las EPS entrevistadas los contratos se hacen por un año, con excepción del ISS donde los contratos pueden durar entre dos y 12 meses. Razones para la cancelación de contratos son: quejas de los usuarios, mala calidad en la prestación del servicio, irregularidades en el pago o recobro, y excesivas remisiones.
- Casi todos los contratos ofrecidos contienen servicios similares: Plan Obligatorio de Salud (POS), Planes Complementarios (PAC) y en algunos casos planes para el régimen subsidiado. Las EPS compiten entre ellas por captar afiliados a través de la libre escogencia, y mediante el contenido de los planes complementarios. Vale la pena anotar que existen muchos vacíos en la reglamentación del PAC, por lo cual no es explícito el contenido del paquete. Muchos planes complementarios se diferencian por la prima, el contenido,⁴ el grado de escogencia entre los proveedores, y la red propia de proveedores. La medicina prepagada, que dominaba el mercado privado antes de la reforma, se sigue ofreciendo a estratos altos de la población; por

4. Tratamientos cosméticos y cirugías, ortodoncia, tratamiento de enfermedades crónicas, trasplantes, medicamentos especiales y equipamiento especial (silla de ruedas, muletas, etc.).

consiguiente, no existe una distinción explícita entre los planes y la medicina prepagada. Además, con la existencia de tantos paquetes, muchas EPS consideran que se pone en peligro el principio de alcanzar un "paquete universal"; el riesgo es que se vuelvan paralelos con el POS y se pague dos veces por el mismo contenido. El ISS ofrece solamente el POS.

- Muchas EPS se quejan de que han tenido problemas con la contratación de algunos servicios en ciertas zonas del país donde en la práctica no permiten el funcionamiento de la ley 100 y por lo tanto oponen mucha resistencia. Servicios como anestesia, neurocirugía, medicina nuclear y en algunas instancias servicios de urgencia, se encuentran entre los más difíciles de contratar. Esto se debe a la escasez en la oferta de servicios sobre todo en pequeñas ciudades, ya sea por la mala calidad de la prestación o por malas tarifas.
- Al problema de las malas tarifas se le suma el de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que no alcanza a cubrir los gastos de las EPS, asunto que se halla sobre la mesa del gobierno desde la aprobación de la nueva reforma. Según el sector de las EPS, persisten varias distorsiones del tema que han quedado sin resolver, por ejemplo: 1) el gobierno no ha controlado los insumos a través de las normas de unificación pertinentes; 2) el gobierno impuso una rebaja a la UPC sobre la establecida en un comienzo, debido más a problemas en la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, que a la razón técnica de que el plan de salud tenga ese valor real, pero a la fecha no se le ha hecho el ajuste técnico necesario a la UPC, y; 3) el aumento de la UPC en el porcentaje de la inflación no se compadece con el incremento en el índice de precios del sector.
- El ISS ha terminado contratos con IPS que discriminan a sus afiliados. Estas mismas IPS no reconocen las tarifas del ISS e insisten en el pago de las tarifas SOAT que suelen ser más costosas (más adelante veremos el problema que se está generando en el sector por la falta de un sistema unificado de tarifas). Las tarifas ISS y SOAT tienden a exceder los costos promedio de los servicios. El conjunto de EPS entrevistadas utilizan las tarifas SOAT, pero en muchos casos tratan de establecer sus propias tarifas y se pagan por servicio prestado. Una de las EPS entrevistadas relató que muchas de las IPS públicas no contratan servicios con ellos porque perciben como inadecuadas las tarifas del ISS y del SOAT; por consiguiente, estas EPS prefieren

contratar los servicios con IPS particulares o privadas y negocian sus propias tarifas.

- Aparte del problema con las tarifas, para las EPS es más fácil contratar los servicios con particulares porque no tienen que enfrentarse con obstáculos como la burocracia, la falta de sistemas de costos y, a veces, de una contabilidad sencilla. Muchas EPS utilizan cuotas moderadoras y copagos, con la excepción del ISS por una decisión política interna de este instituto. Ello ha generado un ambiente de malestar entre las EPS privadas y el ISS, porque consideran que este último siempre tendrá ventaja mientras siga siendo el que financia y provee los servicios. Debido a ello muchas EPS no contratan con el ISS porque estiman que no existe una competencia justa. El ISS no hizo comentarios con respecto a este cargo. Vale la pena mencionar que estas cuotas moderadoras y copagos no han sido regulados en su totalidad y están creando problemas a las EPS. No existe claridad sobre los montos previstos originalmente por la ley 100, las categorías para las cuotas y copagos no han sido simplificadas y no se ha establecido un régimen de cuotas y copagos para quienes realicen deportes peligrosos o no adopten conductas de autocuidado de la salud; por tal motivo las EPS han asumido gastos innecesarios ante la falta de claridad. Además, las EPS perciben una competencia desleal en el sector debido a la ausencia de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, pues esta entidad no ha establecido reglas claras sobre la capacidad máxima de afiliación ni sobre el contenido de los contratos que se elaboran o el contenido de los planes complementarios mencionados anteriormente.
- El presidente de la asociación de hospitales, representante de las IPS, con quien se sostuvo una entrevista, informó que sí se percibe un cambio evidente en cuanto a la capacidad de las IPS, caracterizado especialmente por el esfuerzo de todas las entidades por tener una mejor información administrativo-financiera, lo que les ha permitido tomar decisiones con mayor seguridad. También es evidente el esfuerzo por mejorar su dotación de equipos y la presentación de sus instalaciones, todo con el fin obviamente de poder competir mejor. Con este mismo propósito la mayoría de las instituciones acomodaron sus sistemas administrativos y financieros y su personal ha tomado una actitud competitiva. A pesar de esto, las IPS opinan que de ninguna manera se ha logrado una competencia justa

entre las EPS y las IPS. En gran parte el problema se debe a que el Ministerio no ha establecido tarifas justas en el caso del SOAT ni en el de todas aquellas obligatorias, y que la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud ha sido injusta, pues se ha dedicado a fiscalizar principalmente a las IPS, manteniendo un control muy parcial sobre los demás componentes del sistema. Las EPS son mucho más fuertes y el Estado de cierta manera ha ayudado a ese desequilibrio, porque la ley permite que las EPS presten servicios directamente y la vigilancia sobre ellas ha sido menos drástica que sobre las IPS, no obstante que las EPS, ostentan mayor poder económico. La circunstancia que más afecta las IPS es que la carencia de un sistema uniforme de contabilidad de costos en las instituciones, y lo que es peor, la mayoría de sus administradores no perciben la importancia de tener dicho sistema, lo que podría llevar a la bancarrota a muchas de ellas.

- Los ingresos económicos de las IPS se han visto afectados principalmente por las tarifas SOAT que perjudican al sector de la salud en su totalidad. Por ejemplo, en los primeros meses de 1996 las IPS atravesaron por una situación de iliquidez, que ha llevado a postergar pagos a los proveedores de medicamentos e insumos. También se han presentado graves demoras en el pago de los servicios por parte de la mayoría de las EPS, de manera que la cancelación oportuna a 30 días, es realmente una rareza. Entretanto, la mayoría de las obligaciones de las IPS son inaplazables, sobre todo las de índole laboral. Según el entrevistado, el desfase entre las tarifas y el aumento de costos para hospitales y clínicas sobrepasa el 30% en este año. Dadas estas condiciones, las IPS consideran urgente abordar el tema de las tarifas SOAT, convertidas por muchos en las tarifas guías de todo el sistema. El problema reside en que éstas no sólo se han convertido en un mecanismo de remuneración, sino que están regulando todo el sistema de seguridad social.

3. Observaciones sobre la calidad y la tecnología

- El tema de la competencia nos lleva hacia el estado de la calidad bajo estas nuevas modalidades de contratación y pago. Para muchas EPS la calidad se mantiene desde antes de la reforma, sin embargo

la introducción de la competencia regulada al sector ha hecho que las organizaciones se modernicen y se armen de elementos básicos de eficiencia técnica. El gobierno no ha establecido los estándares mínimos de calidad porque no está claro a quién le corresponde, si al nivel local, regional o nacional. Las EPS han establecido sistemas para el manejo de quejas a fin de proteger al consumidor y poder *dar soluciones inmediatas*. En muchos casos, las EPS están utilizando sistemas de credenciales y reclutamiento para asegurar la calificación de los médicos y proteger al usuario. Para la mayoría de las EPS entrevistadas, el costo administrativo de las entidades se ha incrementado a fin de poder asegurar una mejor calidad de atención al consumidor. Este incremento ha sido a costa de los médicos, ya que muchas veces por mejorar la calidad de servicios se le exige mucho más al médico, pero sin ninguna compensación remunerativa. Desde el punto de vista de los médicos entrevistados, no existe ningún incentivo para la entrega de una provisión de servicios de alta calidad. *Tampoco existe evidencia de que los médicos estén utilizando tratamientos o procedimientos más costo-efectivos bajo estas modalidades de pago.* Algunas EPS están iniciando “protocolos de atención” para que los médicos cumplan con un estándar mínimo de calidad.

- Para muchos profesionales la dignidad médica se ha visto considerablemente menoscabada en su oferta laboral, sin que hayan sido tenidos en cuenta en la formulación de la nueva ley. El médico comienza a compensar volumen con tiempo; el trato humano, la atención integral y la preocupación por aspectos diferentes del síntoma principal, se convierten en lujos innecesarios. Ellos consideran que los consultorios, los equipos e incluso los pacientes se rotan entre varios médicos para maximizar utilidades de las EPS. Las actuales formas de pago no incentivan la preparación invertida ni la experiencia adquirida,⁵ los médicos no se sienten partícipes de las empresas, que no velan por la protección de sus intereses. En muchas instancias los médicos consideran que están regalando su

5. Según un pediatra entrevistado, por una consulta médica con medicina prepagada se le pagaba \$18 000 y con el POS se paga \$6 400. Se está afectando la tecnología, pues muchas EPS no invierten en aparatos especiales. Los pagos se demoran por fallas en el sistema. Una ginecóloga entrevistada contó que por asistir un parto le pagan \$18 000.

trabajo, especialmente si los beneficiados no son pacientes de bajos recursos sino, según ellos, empresas burocráticas. Desde su punto de vista, cada día se deteriora más la calidad de vida de los profesionales de la medicina y se amenaza el futuro de la salud de los colombianos. Estiman que la calidad y la adecuada remuneración de los servicios prestados son dos puntos que requieren la máxima atención y deben ser preocupación de todo el sistema. Muchos médicos han optado por plegarse al cambio, asociándose y constituyendo pequeñas o medianas IPS con grandes inversiones en tecnología, asumiendo que los ingresos del laboratorio clínico, de las imágenes diagnósticas o de los tratamientos ricos en tecnología compensan los ingresos perdidos por la consulta médica.

- Las EPS han creado juntas de aprobación para controlar los altos costos de la tecnología y así no comprometer la calidad. Curiosamente, muchas EPS no han establecido criterios para evaluar o priorizar la necesidad de nuevas tecnologías. Hasta el momento es difícil concluir si la adquisición de nueva tecnología está sujeta a la UPC, aunque todas las EPS entrevistadas consideran que no es suficiente para nuevas inversiones en tecnología. Finalmente, dado que la forma de pago a las IPS sigue siendo el pago por servicio, esto ha causado un incremento en ciertos procedimientos tecnológicos.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta sección presenta las conclusiones del estudio y las recomendaciones más importantes que provienen de la evaluación de los logros y los problemas encontrados entre las EPS y las IPS.

Se observa que la aplicación de la reforma no está aún madura para poner en práctica complejas formas de contratación o mecanismos de pago, por lo tanto el gobierno debe concentrarse en cultivar las condiciones mínimas para desarrollar el modelo de competencia regulada que introdujo la ley 100. Para que la reforma tenga éxito existen algunos requerimientos que se deben cumplir, como:

1. La existencia de adecuados sistemas de información para realizar un seguimiento de la utilización, costos y calidad de los servicios prestados

Es necesario reducir la cantidad de requerimientos innecesarios y duplicidad de información de las IPS y de las EPS. El sistema necesita urgentemente un sistema uniforme a nivel nacional de contabilidad de costos e información clínica, al igual que la revisión completa de las tarifas del SOAT y del ISS, utilizando costos confiables y de alta calidad. Según las IPS entrevistadas, existen sistemas de información para facturación, nómina, contabilidad y registros clínicos, pero la mayoría son manuales y no computarizados. Al no ser así, las IPS seguirán contratando los servicios de nivel II y III por servicio prestado y el objetivo de contenimiento de costos y uso racional no se cumplirá. Asimismo, el Ministerio y la Superintendencia de Salud deben fortalecer sus sistemas de información para que la regulación del sistema y la fijación de la UPC funcionen. Los criterios para la fijación de la UPC deben ser transparentes con el fin de establecer una buena relación entre las EPS, IPS y el Estado.

2. Una mayor capacidad de gestión y de organización para que las EPS y las IPS puedan operar eficientemente

Aunque las IPS están demostrando algunas capacidades de preparación para el nuevo modelo de atención, siguen careciendo de asistencia técnica. Por ejemplo, los administradores de las IPS necesitan entrenamiento en contratación, es decir, las IPS necesitan herramientas gerenciales, planes estratégicos y conocimiento sobre el mejoramiento de la calidad.

3. Fortalecimiento del papel regulador del Estado

En este momento su ausencia es evidente, lo cual ha permitido que existan asimetrías en la información, no sólo entre las EPS e IPS sino entre las EPS/IPS y los usuarios; por consiguiente, se está favoreciendo el desarrollo desigual de las fuerzas del mercado de salud. Las normas que se les han impuesto a todas las EPS se deben aplicar también al ISS, asegurando la competencia leal entre las EPS.

Sin embargo, sí se están aplicando determinados mecanismos para introducir paulatinamente las diversas formas de pago con el fin de que la salud se convierta en un mercado más competitivo. Como conclusión convincente, se observa que las EPS están utilizando diversas formas de la competencia regulada, especialmente para contener costos. En ciertos casos, algunas EPS están construyendo sus propios centros ambulatorios o de atención primaria en donde existe una provisión de los servicios y un sistema de referencia y contrareferencia a los especialistas y hospitales. Por otro lado, otras EPS contratan los mismos servicios con grupos de médicos o asociaciones, conservando la función de *gatekeepers*. Se observa comúnmente el pago por servicio, la capitación, el pago por salario y, en algunos casos, una mezcla de la capitación y el pago por servicio. Esto ofrece ventajas para la puesta en ejecución de formas de contratación más eficientes en el mediano y largo plazo, y está acorde con las realidades del país y la actual capacidad institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- Aas, Monrad, I.H. (1995), "Incentives and financing methods", *Health Policy*, N° 34.
- Banco Mundial (1993a), "The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil. Report 12655-BR", Departamento Geográfico I, América Latina y el Caribe, División de Recursos Humanos, Washington, D.C.
- (1993b), *Invertir en salud. Informe sobre desarrollo mundial, 1993*, Nueva York, Oxford University Press.
- Barnum, Howard, Joseph Kutzin y Helen Saxenian (1994), "Incentives and Provider Payment Methods", World Bank Technical Paper, Washington, D.C.
- Bodneheimer, Thomas y Kevin Grumbach (1994), "Reimbursing physicians and hospitals", *Journal of American Medical Association*, vol. 272, N° 12.
- Coulam, Robert F. y Gary L. Gaumer (1992), "Medicare's prospective payment system: A critical appraisal", *Health Care Financing Review. 1991 Annual Supplement*.
- Esguerra, Roberto (1996), "Aún no es hora de reformar la Ley 100", inédito.
- Gutiérrez, Catalina y otros (1994), "Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud: sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social", GEHOS, Santafé de Bogotá.
- Ministerio de Salud/Universidad de Harvard (1996), "Report on Colombia Health Care Reform and Proposed Master Implementation", Santafé de Bogotá.

Oxley, Howard y Maitland MacFarland (1994), "Health care reform controlling spending and increasing efficiency", *Economic Department Working Papers* N° 149, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), París.

Van de Ven, Wynand P.M.M. y René C.J.A. Van Vliet (1992), "How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?", *Health Economics Worldwide*, Peter Zweifel y H.E. Frech III (comps.), Dordrecht, Países Bajos, Kluwer Academic Publishers.

EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

Luis Gonzalo Morales Sánchez

INTRODUCCIÓN

Con este trabajo se pretende mostrar el más crucial de los aspectos en el desempeño de cualquier reforma: su financiamiento. Se hará un análisis de las estrategias y los mecanismos diseñados para el nuevo esquema de seguridad social colombiano, qué se persigue con ellos y cuál es la realidad a la que se está enfrentando en sus inicios, en donde indudablemente aparecen dificultades que habrá que ir superando.

Aún es muy temprano para hablar de éxitos o fracasos con el nuevo esquema, teniendo en cuenta su diseño teórico novedoso y complejo, en apenas año y medio de funcionamiento efectivo (1995/1996), durante el cual se han ido sentando las bases para que éste comience a operar, en un proceso de aprendizaje y acumulación de experiencia que sin duda constituye un aporte valioso a los sistemas de seguridad social en salud en el mundo, en especial para los países en vías de desarrollo que aspiran a emprender esta tarea.

En la primera sección se hace un recuento de la forma cómo el sistema de seguridad social ha operado y se ha financiado en los últimos 20 años en Colombia, hasta la promulgación de la ley 100 de 1993, la cual introdujo cambios substanciales en ambos aspectos. Posteriormente se hace una descripción de cómo opera y se financia el actual sistema propuesto en la reforma.

En la segunda sección se muestran los diferentes recursos por tipo de fuentes y sus montos estimados, con los que el sector se ha venido financiando, especialmente aquellos definidos por las leyes 60 y 100 de 1993, que se constituyen en las principales normas en que se apoya la reforma.

En la tercera sección se describe cuál ha sido el comportamiento de la inflación en el sector salud en los últimos 8 años.

En la cuarta sección se detallan los principales resultados del nuevo sistema en año y medio de operación (1995/1996). Entre otros, aspectos como la cobertura alcanzada, el desarrollo institucional de la nuevas EPS y el equilibrio financiero del sistema.

En la última sección, el autor hace una serie de reflexiones en torno a temas que en el futuro serán decisivos para el logro de las metas propuestas por la reforma.

ANTECEDENTES

Con la aprobación de la ley 100 de 1993, se inicia en Colombia un proceso de cambios profundos en la administración y prestación de los servicios de salud, conducidos hasta entonces mediante un esquema dicotómico de carácter monopólico, desarticulado e ineficiente, en el que por una parte existía un sistema de seguridad social para aquellas personas vinculadas al sector productivo formal, que cubría cerca del 22% de la población y, por otra, el sistema público, teóricamente dirigido a prestar servicios de salud al resto de la población, que apenas alcanzaba a cubrir, de manera limitada, el 40% de ella.¹

Cerca de un 25% de los habitantes prácticamente no tenían acceso a los servicios de salud y el 13% restante los obtenía mediante financiación que provenía directamente de su bolsillo,² en especial las personas de los estratos de altos ingresos quienes compraban servicios en el sector privado.

La ley 100 pretende crear un mercado regulado, abierto a la participación de todos los sectores —público y privado—, que estimule la competencia para el establecimiento gradual de un seguro social universal con el que se financie la prestación de servicios a toda la población.

1. Las cifras de cobertura del sistema antes de la reforma utilizadas en este documento provienen de diferentes fuentes que en general coinciden, en especial aquéllas utilizadas por el Ministerio de Salud (MINSALUD) para justificar la aprobación de una nueva ley que modificara el sistema imperante. Entre las principales fuentes se cuentan Ministerio de Salud (1994 y 1996) y Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (1992).

2. Denominación dada al gasto privado en salud (Ministerio de Salud, 1994 y 1996; DANE, 1992).

Esto se pretende alcanzar mediante la creación de las denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), siendo las primeras las encargadas de efectuar el aseguramiento y organizar y administrar la prestación del plan de beneficios igual para todos que se denomina Plan Obligatorio de Salud (POS).

El valor del POS, también regulado en su precio y conocido como Unidad de Pago por Capitación (UPC), equivalente a una prima de seguros ajustada por riesgo, será financiado conjuntamente entre trabajadores, patronos y el Estado, con una contribución porcentual del ingreso de aquellas personas con capacidad de pago, como también con la utilización de aportes fiscales destinados a subsidiar la UPC para la afiliación de los más pobres. La mayor parte de los recursos del sistema serán administrados y distribuidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía, entidad adscrita al Ministerio de Salud.

El nuevo esquema financiero del sistema contempla para su operación la existencia de un régimen contributivo, que se aplica a aquellas personas con capacidad de pago, quienes deben aportar un porcentaje de sus ingresos (12%), los que en el caso de los aportantes de mayores ingresos, deben generar excedentes que serían destinados a completar los recursos necesarios para la afiliación a este régimen de aquéllos cuyo aporte es insuficiente para pagar las UPC; mecanismo que en la nueva ley se denomina la *compensación*.

Igualmente, del régimen contributivo se hacen aportes para las personas más pobres pertenecientes al régimen subsidiado, al destinar un punto del 12% recaudado a completar la financiación de la UPC de los más pobres, mecanismo denominado *solidaridad*.

El régimen subsidiado se financia principalmente con aportes fiscales que se incrementaron en forma sustancial como consecuencia de las leyes 60 y 100 de 1993, a tono con el proceso de descentralización que simultáneamente se viene impulsando en Colombia, el que implica una delegación de funciones a los territorios, especialmente a los municipios y departamentos para que asuman progresivamente, entre otras cosas, el manejo y la financiación de los servicios de salud.

En conformidad con la nueva ley de seguridad social, en la administración y financiación de los servicios de salud prestados directamente por el Estado a nivel territorial, se produce un cambio sustantivo en la forma de entrega los recursos a los hospitales públicos, asignados tradicionalmente mediante presupuestos históricos destinados a subsidiar la

oferta, que no guardaban relación con el tipo y cantidad de pacientes atendidos ni con el volumen y calidad de los servicios producidos. En adelante, los hospitales públicos deberán convertirse en entidades autónomas eficientes denominadas empresas sociales del estado, y les serán eliminados gradualmente los "subsidios de oferta" mediante un proceso de transición ajustado a las condiciones de gestión interna, al mercado donde operan y al tipo de servicios prestados, para ser substituidos por recursos provenientes de la contratación con las EPS.

Las EPS recibirán por cada afiliado una UPC o prima ajustada por riesgo, destinada a financiar la prestación de servicios. En la nueva ley este mecanismo se denomina *subsidios de demanda*.

En resumen, el nuevo esquema de seguridad social en salud plantea como estrategia fundamental la competencia regulada entre aseguradores y prestadores, que estimule una mayor eficiencia en la utilización de los recursos y en la calidad en la prestación de los servicios. Como estrategia de fondo para asegurar la meta de universalidad en la cobertura, se tiene la de aumentar y distribuir equitativamente los recursos del sistema, al incrementar las contribuciones individuales de los trabajadores y patronos, como también las provenientes de los aportes fiscales.

Puede afirmarse que el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, rompe con la tradición de lo que ha sido el manejo del sector en Colombia, utilizando en su reemplazo mecanismos que en ciertos casos son teorías aún en vías de experimentación en dicho sector, las que sin duda van a generar reacciones y efectos distintos entre los actores, por lo que habrá que estar atentos y seguir de cerca su desarrollo, de manera tal que la reforma se pueda conducir acertadamente y obtenga sus propósitos de universalidad en la cobertura, equidad en la distribución de los recursos y eficiencia y calidad en la prestación de los servicios para todos los colombianos.

I. MECANISMOS DE OPERACIÓN Y FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

1. MECANISMOS DE OPERACIÓN Y FINANCIACIÓN ANTES DE LA REFORMA DE 1993

a) Antecedentes

La historia reciente de la salud y la seguridad social en Colombia comienza a partir del año 1975, época en la cual se inician una serie de cambios vertiginosos que, se puede decir, concluyen hace poco tiempo con la promulgación de la ley 100 de 1993.

Estos cambios comienzan con la creación del Sistema Nacional de Salud, estructurado para su operación en los niveles nacional, departamental y municipal, e integrado funcionalmente por los subsectores público, privado y de la seguridad social, proceso que además incluyó una reorganización del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS).

En el lapso comprendido entre 1977 y 1980 se hacen reformas al ICSS mediante los decretos ley 1650, 1651, 1652 y 1653 de 1977, convirtiendo a la entidad en el actual Instituto de Seguros Sociales (ISS) en el cual se aplicarían las siguientes medidas:

- Descentralización administrativa.
- Reorganización interna a nivel nacional, seccional y local.
- Nueva planta de personal: los funcionarios se diferenciarán en empleados públicos, funcionarios de seguridad social y trabajadores oficiales.
- Nuevo régimen laboral: se adopta la carrera administrativa del funcionario de la seguridad social.
- Modificación en los sistemas de atención en salud y prestaciones económicas.
- Reorganización financiera: se establece la separación de los riesgos económicos y de salud.

De la misma forma, a mediados de la década del setenta se inicia en el país el camino de la descentralización territorial, que buscaba

fortalecer las democracias locales al conferirles mayor autonomía en el manejo de sus destinos, proceso que entre otros aspectos incluyó la elección popular de los alcaldes y los primeros pasos hacia la descentralización del sector de la salud, que luego fueron complementados con la dictación de la ley 10 de 1990. Esta ley básicamente delimitaba las competencias y responsabilidades a nivel nacional y territorial de la nación, los departamentos y municipios, en cuanto al manejo de la salud, norma que fue insuficiente al no asignar con claridad a los entes territoriales los recursos necesarios para el cumplimiento de sus nuevas obligaciones, lo que significó un pobre desarrollo de su aplicación, al punto que no más de 15 de las más de 1 000 municipalidades del país se descentralizaron en salud.

Posteriormente, con la promulgación de la nueva Constitución Política en 1991 y como resultado de ella, se aprobaron las leyes 60 y 100 de 1993 con las cuales, especialmente con la primera, se precisaron los recursos que debían ser asignados a los territorios para que pudieran asumir de manera efectiva las responsabilidades en materia de salud conferidas anteriormente por la ley 10 de 1990.

Hasta antes de la dictación de estas dos leyes —60 y 100 de 1993— el llamado Sistema Nacional de Salud operaba como tal sólo de nombre, constituido por: i) el subsistema de seguridad social de los trabajadores del sector formal de la economía, pertenecientes a los subsectores público y privado, atendidos por el ISS y las Cajas de Previsión públicas; ii) el subsistema público de atención, dirigido en especial a los no asegurados en el subsistema anterior y constituido básicamente por la red de hospitales públicos; y por último iii) el subsector privado orientado a unos pocos que podían pagar sus servicios y conformado por una red de prestadores y aseguradores privados, entre los que se destacaban los hospitales privados, la naciente Medicina Prepagada y los Seguros de Indemnización en Salud.

Estos tres subsistemas actuaban en forma separada, totalmente desarticulada y en muchos casos generando superposición y aun duplicación de acciones, con un resultado de bajas coberturas e ineficiencia en la gestión de los recursos.

b) La financiación y operación del subsistema de la seguridad social

Este subsistema, como ya se mencionó, tenía como finalidad cubrir la atención por enfermedad y las pensiones de los trabajadores pertenecientes básicamente al subsector formal de la economía en las áreas privada y pública, representado para los primeros por el ISS y para los segundos por las Cajas de Previsión, de las cuales existían más de mil en el país, entidades todas ellas que en conjunto actuaban como monopolios, con coberturas parciales y diversas a las familias de sus trabajadores afiliados.

Este subsistema fue creado a fines de la década de 1940 con la idea de llegar a cubrir toda la población colombiana. En sus inicios se estableció que su financiación sería por partes iguales entre el gobierno, los patronos y los trabajadores. El gobierno, quien continuó con la responsabilidad de seguir cubriendo en salud a más del 40% de la población, nunca hizo su aporte por razones tal vez obvias. 40 años después, la cobertura del ISS y las Cajas de Previsión no pasaba del 22% de la población colombiana.

Hasta antes de entrar en vigencia la ley 100 de 1993, la cotización en salud para el ISS era del 7% de los ingresos laborales de cada trabajador,³ a quien le correspondía pagar una tercera parte,⁴ con lo que se cubría en forma total con servicios de salud al afiliado y, de manera parcial, a su cónyuge e hijos menores de un año. En algunas regiones del país que agrupaban a muy pocos afiliados al ISS, se extendió la cobertura total con los servicios de salud a la familia del trabajador; en estos lugares debía cotizarse el 12%. Al 31 de diciembre de 1994, el ISS contaba con 4 200 000 trabajadores afiliados aproximadamente.

En las Cajas de Previsión, creadas para cubrir las necesidades en salud y pensiones de los trabajadores del sector público, la cotización a cargo del trabajador ascendía al 5% de sus ingresos laborales, que se distribuían para cubrir la atención por enfermedad y las pensiones. El resto de los costos por estos dos conceptos debía ser asumido por el

3. Para el seguro de enfermedad general y maternidad la tarifa era del 7% en la medicina clásica, limitada en su cobertura al trabajador, su cónyuge e hijos menores de un año; y del 12% en la familiar con la que se cubría al trabajador y toda su familia. Posteriormente, en abril de 1994, se aumentó en un punto la cotización para la medicina clásica.

4. Los dos tercios restantes eran pagados por el empleador.

Estado, que en última instancia era quien financiaba los presupuestos de dichas Cajas. En algunas entidades del Estado, por acuerdos con los sindicatos, ni siquiera se hacían estos descuentos del 5%. Igualmente las coberturas con servicios en salud al trabajador eran completas pero con grandes variaciones en cuanto al tipo y cantidad de servicios ofrecidos a su familia, de modo que en algunos casos el trabajador debía hacer aportes de su bolsillo, adicionales a la cotización, para obtener la cobertura de sus familiares.

Dentro de la denominación de Cajas de Previsión se incluían aquellas entidades o programas destinados a cubrir a ciertos servidores públicos, como los miembros de las fuerzas armadas, los maestros y la empresa estatal de petróleos, que tradicionalmente se han manejado de manera independiente.

En total, los trabajadores del Estado representaban para 1993 aproximadamente 900 000 personas (Superintendencia Nacional de Salud, 1995).

Ambas instituciones, el ISS y las Cajas de Previsión, alcanzaban a cubrir en conjunto cerca del 22% del total de la población del país y aproximadamente el 50% de la población laboral que tenía un patrono y estaba obligada a afiliarse a dichas instituciones.⁵ En Colombia alrededor de la mitad de los empleos se ubican en el sector informal de la economía, no cubierto en gran parte por las instituciones mencionadas, quienes recurren para la atención en salud al subsistema público y, en menor proporción, al privado.

En el cuadro 1 se observa la distribución del empleo en Colombia según categoría laboral de trabajador del sector informal, independiente y dependiente, de acuerdo a las ramas de la actividad económica.

c) La financiación y operación del subsistema público

Este subsistema era el encargado de brindar los servicios de salud a la población colombiana no afiliada al subsector anterior y que no tenía recursos para acceder ya fuera total o parcialmente al sector privado. Dicho subsector estaba constituido por la red de hospitales públicos,

5. Cálculos del autor realizados a partir de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), llevada a cabo por el DANE en 1993.

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN DEL EMPLEO EN COLOMBIA SEGÚN CATEGORÍA Y SECTOR,
DE ACUERDO CON LAS RAMAS DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA
(En porcentajes)

	Trabajadores por cuenta propia	Asalariados de las micro- empresas ^a	Patronos de las micro- empresas	Servicio doméstico	Trabajadores familiares sin remunerac.	Total sector informal ^b	Asalariados de las otras empresas ^c	Asalariados del gobierno	Patronos de las otras empresas ^c	Profesionales y técnicos independ.	Empleo total
Actividades no bien especificadas	0.0	0.1	-	-	-	0.0	0.0	0.1	-	-	0.0
Agricultura, caza y pesca	0.9	0.6	1.5	-	0.2	0.8	1.1	0.3	2.3	1.2	0.9
Minas y canteras	0.2	0.2	0.1	-	-	0.2	0.5	0.9	-	0.7	0.4
Industria manufacturera	15.6	23.4	24.0	-	23.2	18.4	36.5	1.1	32.7	3.8	23.6
Electricidad, gas y agua	-	0.2	0.0	-	-	0.1	0.3	4.5	0.3	-	0.5
Construcción	9.1	7.7	12.2	-	1.7	8.1	7.6	0.7	19.0	4.7	7.4
Transporte, almacenamientos y comunicaciones	8.2	8.0	3.0	-	0.4	6.7	7.3	5.5	3.5	0.6	6.7
Comercio y hotelería	41.6	32.2	37.4	-	64.0	34.7	19.1	0.5	27.5	2.0	25.0
Finanzas	2.1	7.0	6.9	-	2.7	4.3	12.0	4.2	5.3	51.0	8.2
Servicios sociales y comunales	22.3	20.6	14.9	100.0	7.8	26.7	15.6	82.2	9.4	36.0	27.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: "Encuesta Nacional de Hogares DANE. Grandes Ciudades. Separata Avance", *El Tiempo*, 30 de octubre de 1995.

^a Diez o menos trabajadores permanentes.

^b Trabajadores por cuenta propia, no profesionales ni técnicos, asalariados y patronos de la microempresa, servicio doméstico y trabajadores familiares sin remuneración.

^c Más de 10 trabajadores permanentes.

organizada por niveles de complejidad bajo la concepción del Sistema Nacional de Salud, y representada por cerca de 1 000 instituciones con alrededor de 45 000 camas hospitalarias (Ministerio de Salud, 1994a), las que en los niveles más bajos de complejidad presentaban tasas de ocupación inferiores al 50% y que, en su gran mayoría, dependían administrativa y financieramente de los departamentos y del Ministerio de Salud; en su manejo prácticamente no participaban las municipalidades.

Teóricamente este subsistema cubría al 70% de la población colombiana, pero en realidad sólo entre un 40% y 45%, dejando cerca del 25% de los habitantes sin acceso real a los servicios de salud (DANE, 1993).

La dirección del subsistema, concebida según la teoría de los sistemas, estaba mayoritariamente centralizada en una tecnocracia ubicada en el Ministerio de Salud, y, en menor proporción, en las direcciones departamentales de salud, que representaban al ministerio en las regiones.

El nivel municipal era aquella parte del sistema encargada exclusivamente de la prestación de los servicios, de modo que su máxima autoridad política representada por el alcalde, quien era elegido por el gobernador del departamento, no tenía ninguna injerencia sobre el manejo de la salud en su municipio, lo que condujo en la mayoría de los casos a una total indiferencia de los alcaldes en estos asuntos.

Los recursos básicos de financiación de este subsector provenían del Estado, quien se encargaba de su distribución utilizando para ello algunos criterios poblacionales y de pobreza, sobre los que terminaban primando los niveles históricos de gasto tradicionalmente influenciados por presiones políticas, de modo que, por ejemplo, las regiones más ricas y poderosas políticamente eran las que más recursos recibían, como lo demuestran fácilmente las enormes diferencias entre ellas y otras más pobres en relación al desarrollo del sector. En el gráfico 10 se observa la distribución de los recursos públicos destinados a financiar el funcionamiento de los hospitales en los municipios de un departamento de Colombia. Nótese la distribución per cápita inequitativa entre ellos.

La fuente principal de financiación del subsector se denominaba Situado Fiscal, el cual correspondía a la participación del sector salud con respecto al presupuesto nacional, el que se distribuía de la forma ya mencionada y era entregado directamente a los departamentos, cuyos gobernadores, nombrados por el Presidente de la República, se encargaban de distribuirlo entre sus municipalidades en donde primaban

igualmente los criterios ya expuestos. En la inmensa mayoría de los casos estos recursos representaban más del 80% del presupuesto de los hospitales públicos, y en algunos eran su única fuente.

La segunda fuente de recursos en orden de importancia se denominaba Rentas Cedidas, que correspondían a impuestos de carácter nacional cuyo recaudo y manejo se delegaba a los departamentos, y se trataba básicamente de tributos por concepto de producción y distribución de licores, tabacos y juegos de azar, los que también eran cuantiosos en los departamentos más ricos.

Se utilizaba además otra serie de recursos de muy escasa importancia, entre los que se destacaban las asignaciones que los municipios hacían de sus presupuestos a los hospitales de la localidad, cifras generalmente *ínfimas por las razones de desinterés ya expuestas*; algunos impuestos locales por trámites notariales y las denominadas cuotas de recuperación que correspondían a una especie de copago que hacían los usuarios al utilizar los servicios hospitalarios, cuotas que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares realizada en 1992 se constituían, en el 50% de los casos no atendidos, en el principal obstáculo para acceder al servicio de salud (DANE, 1992).

2. MECANISMOS DE FINANCIACIÓN Y OPERACIÓN PROPUESTOS EN LA REFORMA DE 1993

a) Antecedentes

La reforma a la seguridad social de 1993 se remonta en sus orígenes a la Constitución Política de 1991, en la cual se produce un cambio substancial en la concepción de los servicios de salud considerados hasta entonces como de *"asistencia pública"*, para pasar a ser considerados como un *"derecho irrenunciable"* (República de Colombia, 1991) de todos los habitantes de la nación. Igualmente, con la promulgación de las leyes 60 y 100 de 1993 se da concreción a lo que sería la operación y financiación de ese nuevo "derecho" de todos los colombianos.

La Constitución de 1991 le da un impulso importante al proceso descentralizador iniciado en el país años atrás, en tanto que las leyes 60 y 100 de 1993 entre otras, desarrollan varios de sus aspectos en especial los de salud y educación.

En este nuevo esquema desaparecen los antiguos subsectores de la seguridad social —el público y el privado— para dar paso a los regímenes contributivo y subsidiado y temporalmente al de los vinculados transitorios, este último creado para atender durante el ajuste del sistema a quienes aún no se hubieren afiliado al régimen subsidiado. Con ello se pretende alcanzar la verdadera integración que se requería y se busca así eliminar las duplicidades existentes.

De la misma manera desaparecen también los diferentes niveles de cotizaciones y planes de beneficios. Se incrementa el monto de las cotizaciones, las que pasan del 7 al 12% sobre los ingresos laborales para todos los trabajadores colombianos. Se hace obligatoria la afiliación y se amplía la cobertura con servicios de salud integrales a la familia del trabajador. Se establecen un Plan Obligatorio de Salud (POS) y una Unidad de Pago por Capitación (UPC) ajustada por riesgo, en ambos casos iguales para todos.

Desaparece el papel monopólico del Estado y los antiguos entes de seguridad social en la administración y prestación de servicios, al crearse las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), que pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta, quienes deberán competir entre sí para conseguir afiliados y subsistir.

Se fortalece la dirección del sistema mediante la creación de un organismo colegiado con funciones decisorias, que supla en buena parte las dificultades derivadas de la alta rotación en el Ministerio de Salud, ente denominado *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*. El Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud con sus homólogos a nivel territorial —las Direcciones Territoriales—, se especializan en las funciones de dirección, vigilancia y control, eliminando gradualmente de ellas la financiación y prestación directa de servicios.

Se crea el *Fondo de Solidaridad y Garantía*, ente encargado de la administración de los recursos del sistema, que encarna la responsabilidad del Estado en su financiación y organización, y que además delega en las EPS el recaudo y manejo de los recursos que, por ley, son de propiedad del sistema. Éste se encuentra subdividido en cuatro subcuentas a saber: i) la de Compensación, ii) la de Solidaridad, iii) la de Promoción y Prevención, y iv) la de Accidentes de Tránsito, Atentados Terroristas y Catástrofes Naturales, encargadas del manejo de los recursos específicos en cada uno de los rubros señalados.

Se aumentan considerablemente los recursos para el sistema, los que virtualmente se duplican para el año 2000,⁶ se definen y protegen constitucionalmente sus montos y se fortalecen las partidas destinadas a las regiones, en especial aquellas dirigidas a los municipios con la única finalidad de apoyar el financiamiento de las responsabilidades que les habían sido asignadas con la ley 10 de 1990. Se crean nuevas fuentes de recursos como las provenientes del impuesto a los explosivos y armas de fuego, más las nuevas participaciones que el sector tendrá en los recursos obtenidos de las recientes explotaciones petroleras.

Adicionalmente, con la reforma se reorganiza el Sistema de Protección contra los Riesgos Laborales creando las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) y eliminando de paso eliminando el monopolio que en ese campo tenía el Instituto de Seguros Sociales (ISS). Este sistema, dirigido exclusivamente a los trabajadores del sector formal de la economía, se financia en su totalidad con aportes hechos por el patrón.

Por último, se define un Plan de Atención Básica (PAB) financiado con recursos estatales, gratuito para toda la población, que tiene como finalidad cubrir las actividades de salud pública y de interés comunitario en la promoción de la salud y el control y la prevención de las enfermedades (véase el gráfico 1).

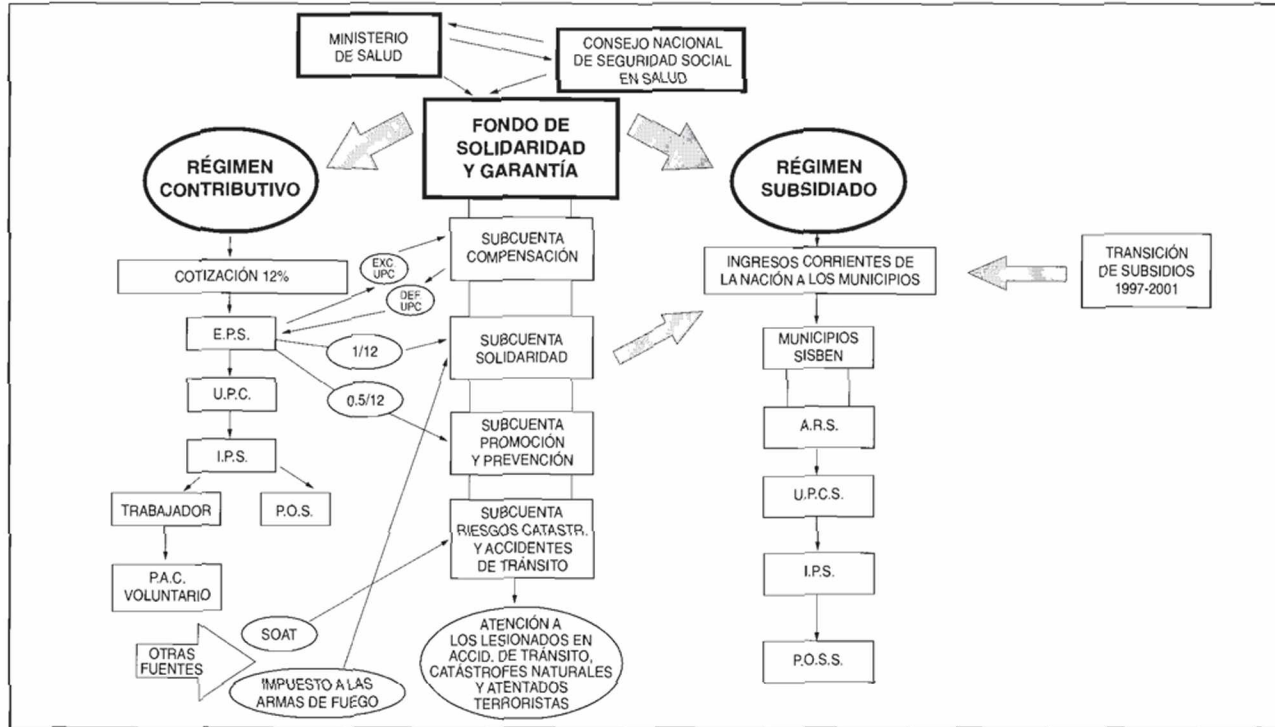
A pesar del gran esfuerzo de la reforma por integrar todos los sectores bajo el mismo esquema de seguridad social, los miembros de las fuerzas armadas, los educadores y los trabajadores de la empresa estatal de petróleos, que en conjunto con sus familias suman cerca de un millón de personas, por presiones sindicales logran quedar excluidos del nuevo régimen propuesto por la ley 100, y seguirán siendo cubiertos por los mecanismos establecidos antes de la reforma.

b) La financiación y operación del régimen contributivo

Este régimen tiene como finalidad organizar y garantizar la prestación de servicios de salud a la población trabajadora colombiana y sus familias, y es financiado con un porcentaje sobre los ingresos de aquellos con

6. Pasan de 895 mil millones de pesos en 1994 a 1 869 billones en el año 2000 (Ministerio de Salud, 1994, p. 51).

GRÁFICO 1
 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. LEY 100 DE 1993



Fuente: Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios.
 Nota: 0.5/12 = medio doceavo.

capacidad de pago. El aporte será pagado conjuntamente con sus patronos o en forma total por el trabajador. Se calcula que la población susceptible de afiliarse a este régimen es de aproximadamente el 70% de los colombianos (Ministerio de Salud, 1994b).

El citado régimen se estructura básicamente a través de las EPS, encargadas de promover y efectuar el aseguramiento de toda la población y de organizar y garantizar que se les presten los servicios de salud que requieran, utilizando para ello una red de prestadores propia o contratada.

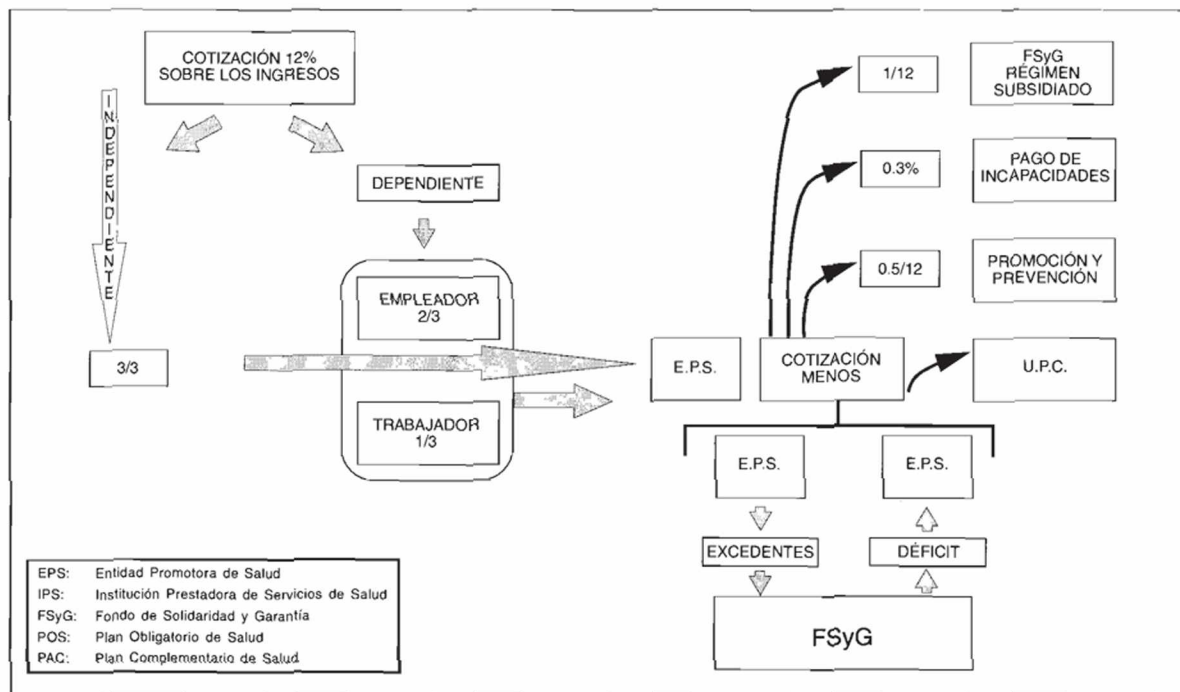
Todo trabajador colombiano⁷ y su familia están obligados a afiliarse a una EPS de su elección, a declarar sus ingresos laborales y a aportar al sistema el 12% sobre ellos, ya sea en conjunto con su patrón, quien debe aportar dos terceras partes, o totalmente, cuando se trata de un trabajador independiente. El trabajador dependiente hará su aporte mínimo sobre un monto de ingresos equivalente a un salario mínimo legal vigente, y el independiente, sobre dos.

Del total de las cotizaciones recaudadas por las EPS, se deben restar los siguientes conceptos: i) un punto del 12%, que se destina a ayudar a la financiación del régimen subsidiado, ii) el valor de las UPC del trabajador y su familia y, iii) un porcentaje para el pago de las incapacidades laborales de sus afiliados. Si después de esta operación resultan excedentes, éstos deberán ser girados al Fondo de Solidaridad y Garantía quien los redistribuirá entre aquellas EPS en donde, después de efectuar la operación anterior, se haya generado déficit. Estos mecanismos son conocidos como Solidaridad con el régimen subsidiado y Compensación en el régimen contributivo mencionado anteriormente.

Todo trabajador y su familia, con el pago de la cotización respectiva tendrán derecho a recibir un Plan Obligatorio de Salud (POS) igual para todos, a cambiarse de EPS cada año si así lo desean, a elegir el prestador de su agrado dentro de las posibilidades que cada EPS ofrece y, a adquirir de manera voluntaria con recursos adicionales provenientes de su bolsillo, los denominados Planes de Atención Complementaria en Salud (PAC), creados en esencia con la finalidad de mejorar las condiciones de hotelería y comodidad ofrecidas por el POS (véase el gráfico 2).

7. Se excluyen de este régimen los trabajadores de las fuerzas armadas, Empresa Colombiana de Petróleos y magisterio.

GRÁFICO 2
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO



Fuente: Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios.
Nota: 0.5/12 = medio doceavo.

Cada vez que se utilicen cierto tipo de servicios, en especial aquellos en los cuales influye la decisión del usuario para solicitarlos, el trabajador y sus familiares deberán cancelar una *cuota moderadora* que tiene como finalidad racionalizar el uso. Sus familiares harán un pago adicional denominado *copago* al utilizar el resto de los servicios, que será destinado a complementar su financiación. En ambos casos sus montos están definidos como un porcentaje aplicado sobre el valor del servicio, sujetos a unos topes máximos ordenados por la ley para evitar que se conviertan en un obstáculo para acceder al servicio.

El equilibrio financiero del régimen contributivo dependerá por lo tanto del ritmo de afiliación al sistema, del control de la evasión⁸ en el pago de las cotizaciones sobre los ingresos laborales, del acertado cálculo del valor y contenido del paquete de beneficios, del control de los costos de prestación de los servicios y de la inflación en el sector de la salud. Se espera que con la regulación del paquete de beneficios POS y de su valor UPC, se induzca la competencia entre las EPS para atraer afiliados mediante una mejor calidad y eficiencia en la prestación de los servicios. Con el aumento en el monto de las cotizaciones y con una mayor eficiencia en el gasto y en el control sobre la evasión en el pago de los aportes obligatorios al sistema, se espera poder mejorar las actuales coberturas poblacionales.

c) La financiación y operación del régimen subsidiado

Él tiene como finalidad esencial organizar y garantizar la cobertura de servicios de salud a la población colombiana definida como "pobre" sin capacidad de pago, mediante la utilización de subsidios del Estado. Se calcula que aproximadamente el 30% de los colombianos son pobres susceptibles de afiliarse al régimen subsidiado (Ministerio de Salud, 1994b), quienes generalmente están ubicados en las zonas rurales, muchas de ellas dispersas y de difícil acceso, y en los cinturones de miseria de las grandes ciudades. En general, el 74% de la población colombiana habita en las grandes ciudades, con una marcada tendencia a la urbanización en los últimos 10 años (Ministerio de Salud, 1994a).

8. Se entiende por evasión el no pago total o la subdeclaración de los ingresos reales sobre los que obligatoriamente se debe aportar.

Este régimen se estructura básicamente a través de las denominadas Administradoras del Régimen Subsidiado —ARS—, entidades encargadas de organizar y garantizar la prestación de servicios a estas poblaciones. Las ARS pueden ser de tres tipos: i) las mismas EPS del régimen contributivo, ii) las actuales Cajas de Compensación Familiar (COMPENSAR) que organicen programas para tal fin y, iii) las Empresas Solidarias de Salud que no son otra cosa que una modalidad especial de EPS originadas en las organizaciones comunitarias y creadas como una alternativa ante la posible ausencia de las dos primeras entidades en ciertas regiones del país.

Estas administradoras reciben del Estado una Unidad de Pago por Capacitación Subsidiada (UPCS), con la cual deberán brindar a sus afiliados el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), el cual al inicio de la reforma equivaldrá en su contenido como mínimo al 50% del POS del régimen contributivo y deberá ir aumentando en servicios, hasta que ambos se igualen en el año 2001. Los servicios que en un principio no sean cubiertos por el POSS, deberán ser garantizados por los hospitales públicos, los que seguirán recibiendo subsidios directos del Estado para ello (subsidios de oferta).

Todos los municipios del país deberán iniciar un proceso de identificación y selección de beneficiarios de los subsidios, denominado Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) con lo cual cada persona perteneciente a los estratos 1 y 2 de pobreza recibirá un carné que lo identificará como tal y con el cual podrá seleccionar la ARS a la que desee afiliarse para recibir el POSS (véase el gráfico 1).

Los recursos con que se financia este régimen definidos por la ley 60 y 100 de 1993, provienen de diversas fuentes, a saber:

- La participación directa de los municipios en los Ingresos Corrientes de la nación.
- El Situado Fiscal, que equivale a la participación de los departamentos en el presupuesto de la nación el que en un—50% como mínimo— deberá ser transferido a los municipios.
- Las rentas cedidas a los departamentos, que son impuestos nacionales que se delegan en su recaudo a estos entes, y que provienen del impuesto sobre el consumo, producción y explotación de licores, tabaco y juegos de azar.
- Los recursos provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía, que tienen origen en la subcuenta de Solidaridad, la que se financia

principalmente con los aportes del régimen contributivo. Adicionalmente, el gobierno nacional deberá colocar de su presupuesto un peso adicional por cada peso aportado por el régimen contributivo a esta cuenta.

- Los recursos provenientes de la Empresa Colombiana de Salud (ECOSALUD), entidad creada por la ley 10 de 1990, que tiene como finalidad la explotación exclusiva de los nuevos juegos de azar.
- Los recursos que los municipios y los departamentos deseen destinar de sus propios presupuestos para financiar la salud.
- Una porción de los recursos provenientes de las nuevas explotaciones petroleras en los campos de Cusiana y Cupiagua cedidos a los departamentos, distritos y municipios.
- Los recursos que obligatoriamente deberán aportar al sistema las Cajas de Compensación Familiar (COMPENSAR).
- Los recursos del IVA⁹ Social destinado para tal fin.
- Los recursos provenientes del impuesto social a las armas y municiones.
- Los recursos provenientes de la aplicación de los copagos y cuotas moderadoras¹⁰ cuando los usuarios utilicen los servicios.

d) La financiación y operación del régimen para los vinculados transitorios

Se consideran vinculados transitorios al sistema, aquellas personas pobres ubicadas en los estratos 1 y 2 de pobreza que transitoriamente y por diversos motivos no se han afiliado al sistema, y que mientras esto no se logre deberán seguir siendo protegidos por el Estado para garantizarles la atención en salud.

La prestación de servicios de salud a estas personas se brindará a través de los hospitales públicos quienes seguirán recibiendo recursos directos del Estado, denominados "subsídios de oferta". Igualmente, estas entidades deberán someterse a un proceso gradual de conversión de "subsídios de oferta" por "subsídios de demanda", lo que significa

9 Impuesto al Valor Agregado.

10. Copago es el pago destinado a cofinanciar la atención de los beneficiarios del trabajador; cuota moderadora, es el pago destinado a regular el uso del servicio.

que cada vez deberán existir menos personas catalogadas como vinculados transitorios y, por lo tanto, los recursos que se liberen al no ser atendidos directamente en los hospitales públicos, deberán destinarse de manera creciente a financiar la UPCS para que se puedan vincular a las ARS (véase el gráfico 3).

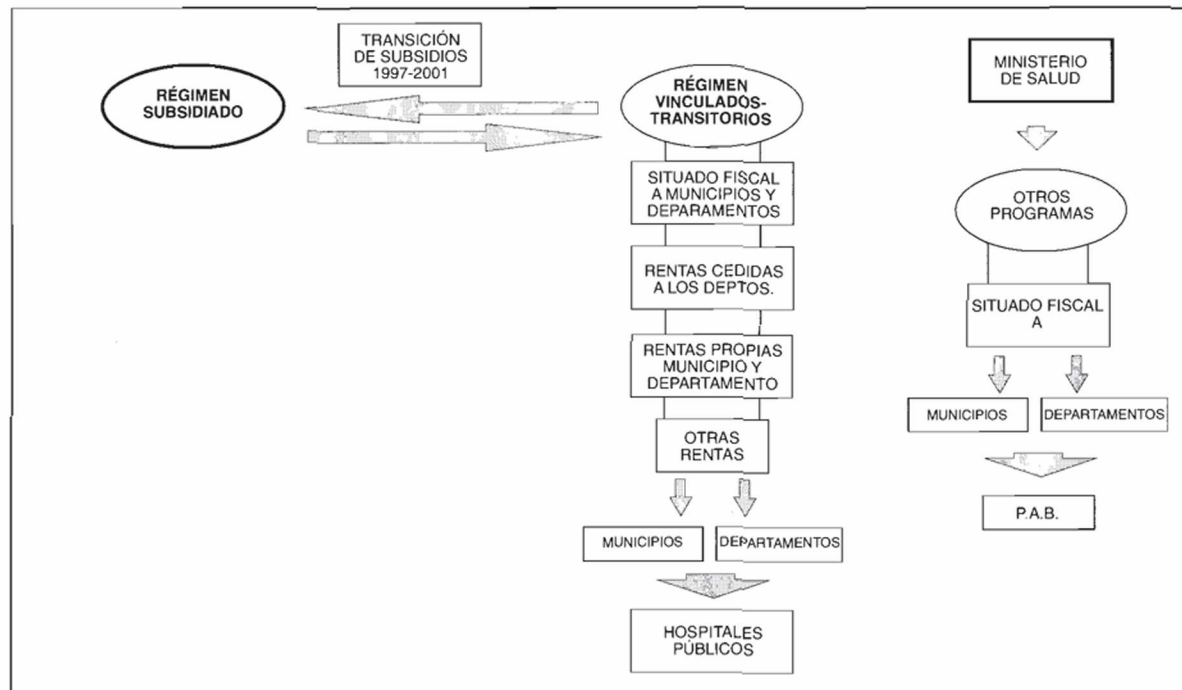
e) La financiación y operación de otros programas en el sistema

Adicional a los tres regímenes mencionados anteriormente, la reforma contempla la existencia de un programa especial destinado a la protección de las personas que resulten lesionadas en *accidentes de tránsito, catástrofes naturales y atentados terroristas*, que será financiado con recursos provenientes de un impuesto a los vehículos automotores, cobrado mediante la modalidad de un seguro que pagan sus propietarios, recursos que se suman a aquellos que destine el gobierno nacional y local para el fortalecimiento de la red territorial de urgencias hospitalarias.

Hay que mencionar que este programa existía antes de la aprobación de la reforma y que, aunque se constituía en una fuente importante de recursos, no fue incorporado dentro de la lógica de operación del paquete de beneficios POS manejado por las EPS, creándose para su operación una subcuenta especial en el Fondo de Solidaridad y Garantía (véase el gráfico 3).

El programa para la atención de los riesgos laborales —*Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP)*—, también fue objeto de modificaciones y ajustes por la ley 100 de 1993, quedando destinado exclusivamente a la protección de los trabajadores del sector formal de la economía, financiado en su totalidad con aportes que hace el empleador y que son estimados de acuerdo a las categorías de riesgo laboral preestablecidas en la Ley. Igualmente, aunque este programa está destinado a cubrir al trabajador, no fue incorporado en las actividades que deben desempeñar las EPS.

GRÁFICO 3
 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. LEY 100 DE 1993



Fuente: Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios.

II. LAS FUENTES DE RECURSOS PARA LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

1. LOS RECURSOS PÚBLICOS EN LA FINANCIACIÓN DEL SECTOR

En el cuadro 2 se muestra el gasto en salud que proviene directamente del sector público entre los años de 1990 y 1996, discriminados por el tipo de fuente en la que se originan.

Como puede observarse, hasta el año 1993 no existían los denominados "subsidiados de demanda" que fueron creados por la ley 100 de 1993, los que en 1996 pasan ya a incrementar significativamente el total de los recursos disponibles para el sector. Estos subsidios, por su connotación especial de estar orientados hacia la demanda del aseguramiento, deberán destinarse exclusivamente a la financiación de las UPC del régimen subsidiado para ser entregados a las entidades encargadas de su administración, ARS.

Los denominados "subsidiados de oferta" que sí existían desde antes de la aprobación de la ley 100, muestran un aumento significativo hacia 1996 como consecuencia de la mencionada ley y en especial de la ley 60 del mismo año que, como se explicó antes, fue la encargada de establecer claramente la proporción de los recursos para el financiamiento de la reforma en salud en especial a nivel de los departamentos y los municipios.

Conviene también mencionar que dentro de los recursos que se enumeraron como fuentes de financiación del régimen subsidiado, se cuenta con los fondos provenientes de los impuestos a las nuevas explotaciones petroleras en los campos de Cusiana y Cupiagua (Ministerio de Salud, 1994b), que comenzarán a ingresar al sector a partir del año 1997.

En el gráfico 4 se observa la tendencia creciente de los recursos disponibles para el sistema, entre 1990 y 1996, expresados en millones de pesos.

CUADRO 2
PARTICIPACIÓN EN EL PIB DE LOS RECURSOS DESTINADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD
(En millones de pesos y porcentajes, 1990-1996)^a

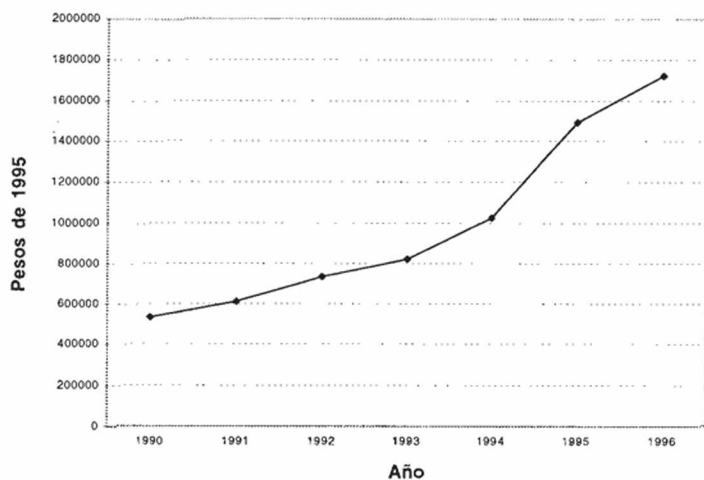
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
A. Recursos de demanda							
Transferencias municipales (15 puntos de 25)	no existen	no existen	no existen	no existen	16 896	176 563	238 933
Fondo de Solidaridad (Contribución de Solidaridad)	no existen	no existen	no existen	no existen	82 789	219 197	303 900
Total recursos de demanda					99 685	395 760	542 833
Participación en el PIB					0.2	0.6	0.6
Participación en el total de recursos régimen subsidiado					11.5	26.5	27.1
B. Recursos de oferta y administración							
Situado fiscal	90 197	124 593	177 459	244 338	374 369	465 885	655 894
Rentas cedidas	55 030	72 817	122 032	150 190	214 820	253 132	332 960
Transferencias municipales (10 puntos de 25)	17 709	40 796	56 232	74 504	11 264	117 708	159 289
Otros aportes	26 714	36 595	57 394	99 173	69 712	261 360	311 019
Rentas propias	33 182	49 843	68 558	102 191	150 121	224 716	267 412
Total recursos de oferta	189 650	274 801	413 117	568 205	770 165	1 098 085	1 459 162
Participación en el PIB	0.9	1.0	1.2	1.4	1.4	1.6	1.7
Participación en el total de recursos régimen subsidiado					88.5	73.5	72.9
TOTAL SECTOR PÚBLICO - SALUD (pesos actuales)	189 650	274 801	413 117	568 205	869 849	1 493 845	2 001 995
Participación en el PIB	0.9	1.0	1.2	1.4	1.4	1.6	1.7
TOTAL SECTOR PÚBLICO - SALUD (pesos de 1995)	535 539	611 863	735 063	824 583	1 029 670	1 493 845	1 725 858
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	229 601	294 253	436 198	576 721	836 544	1 286 045	1 944 012
Participación en el PIB	1.1	1.1	1.3	1.4	1.6	1.9	2.3
PARTICIPACIÓN EN EL PIB SECTOR SALUD INSTITUCIONAL b/	2.1	2.2	2.6	2.7	3.2	4.1	4.7

Fuente: Sobre la base de información del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud, 1997.

^a No incluye entidades descentralizadas tales como el Instituto Nacional de Cancerología (INC) o el Instituto Nacional de Salud (INS).

^b No incluye gasto privado que corresponde al gasto directo que realizan los hogares.

GRÁFICO 4
 RECURSOS TOTALES DEL SECTOR PÚBLICO DE LA SALUD, 1990-1996
 (En pesos de 1995)



Fuente: Sobre la base de información del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud, 1997.

2. LOS RECURSOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL SECTOR

En este conjunto de recursos se contemplan aquéllos que antes de la reforma se destinaban al denominado subsistema de la seguridad social, conformado por el ISS y las más de mil Cajas de Previsión del sector público, y que básicamente provenían de los aportes hechos conjuntamente entre los trabajadores y el empleador.

Puede decirse que con la aprobación de la ley 100 de 1993, estos recursos no se modifican en su designación, que en esencia sigue siendo la misma, con la única diferencia de que se aumentan considerablemente para financiar la afiliación de la familia del trabajador y para establecer la solidaridad con el régimen subsidiado, además que ya no se dirigen exclusivamente al ISS y a las Cajas de Previsión sino también a las llamadas EPS, dependiendo de la elección que haga el trabajador (véase el cuadro 3).

CUADRO 3
 LOS RECURSOS DEL SUBSISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL^a
 (En millones de pesos)

Año	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Instituto de Seguros Sociales	494 578	992 438	1 035 972	1 069 139	1 924 055	2 797 354
Caja Nacional de Previsión Social	47 603	226 245	253 314	322.667	n.d.	n.d.
Total	542 181	1 218 683	1 289 286	1 391 806	1 924 055	2 797 354

Fuente: Ministerio de Salud, "La Salud en Colombia. Diez años de Información", Santafé de Bogotá, 1994; División de Planeación Corporativa del Instituto de Seguridad Social, 1994; para los años 1994 y 1995: "El nuevo iss", Santafé de Bogotá, 1995.

^a Incluye aportes para salud y pensiones.

Nota: n.d.= información no disponible.

3. EL GASTO SOCIAL POR SECTORES

El cuadro 4 que se registra a continuación muestra el gasto público total y discriminado por sus principales rubros, comparado con respecto al PIB y a los Ingresos Corrientes de la Nación entre los años de 1990 y 1996. En el sector salud los gastos se diferencian entre aquellos hechos por el sector público y por el denominado subsistema de seguridad social, en el que básicamente está incluido el ISS (véase el cuadro 4).

CUADRO 4
GASTO SOCIAL POR SECTORES
GASTO PÚBLICO EJECUTADO^a DEL SECTOR CENTRAL Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS
POR SECTORES SOCIALES Y TRANSFERENCIAS POR IVA O TRANSFERENCIAS TERRITORIALES (>93)
1990-1996
(Porcentaje)

	GS/PIB	GS/TP	GS/PIB	GS/TP	GS/PIB	GS/TP	GS/PIB	GS/TP	GS/PIB	GS/TP	GS/PIB	GS/TP	GS/PIB	GS/TP
	1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996	
Salud (Sistema Nacional de Salud)^b	1.3	5.7	1.4	5.4	1.4	5.6	1.7	6.1	2.2	7.8	2.5	9.8	2.8	9.9
Seguridad Social-Salud (ISS)	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	4.7	1.2	4.6	1.5	5.6	1.5	7.3	2.0	7.3
Seguridad social-Pensiones	3.3	13.9	3.2	12.7	3.2	12.6	3.6	13.1	3.8	13.8	4.1	15.9	3.9	3.9
Educación	2.4	10.4	2.4	9.8	3.3	12.8	2.9	10.8	3.5	12.5	4.0	15.7	4.1	4.1
Cultura deporte y recreación	0.1	0.4	0.1	0.5	0.1	0.5	0.2	0.7	0.1	0.4	0.2	0.9	0.3	0.3
Vivienda	0.5	2.2	0.5	2.2	0.4	1.7	0.4	1.5	0.4	1.5	0.8	3.2	0.7	0.7
Agua y saneamiento ambiental	0.2	0.9	0.3	1.0	0.3	1.2	0.3	1.2	0.3	0.9	0.5	1.8	0.5	0.5
Trabajo, empleo	0.3	1.3	0.3	1.2	0.2	0.7	0.3	1.1	0.3	1.1	0.4	1.6	0.4	0.4
Otros	0.2	0.7	0.2	0.9	0.2	0.7	0.1	0.2	0.3	1.2	0.5	2.2	0.5	0.5
Gasto social rural	0.2	1.0	0.2	0.7	0.2	0.8	0.2	0.6	0.3	1.2	0.4	1.5	0.3	0.3
Total Gasto Social (GS)	8.6	36.6	8.6	34.4	10.6	41.4	10.8	39.9	12.9	46.2	15.0	52.6	15.7	28.1

Fuente: Departamento Nacional de Planeación (dnp), Unidad de Análisis Macro-Económico, a través de: (1) (2) (3) (4)

(1) Informes Contraloría.

(2) Unidad de Inversiones Públicas.

(3) Unidad de Desarrollo Territorial.

(4) Ministerio de Hacienda y Crédito Público, División de Hacienda y Finanzas Territoriales.

GS: Gasto Social.

TP: Tesoro Público.

PIB: Producto interno bruto.

IVA: Impuesto al valor agregado.

ISS: Instituto de Seguros Sociales.

a Ejecución presupuestal (gastos + reservas).

b No incluye rentas territoriales como rentas cedidas, rentas propias, etc. No incluye Fondo de Solidaridad y Garantía.

Incluye todos los recursos incluidos en el presupuesto nacional de la nación.

4. EL GASTO PRIVADO EN SALUD

También conocido como el "gasto de bolsillo" que realizan los colombianos en la compra directa de servicios de salud y en el que llama la atención la alta proporción destinada a la compra de medicamentos. De la misma forma, es significativa su participación con respecto al PIB, la que como puede observarse tiene una proporción muy similar a la de los gastos realizados por el sector público (véase el cuadro 5). Otros autores han realizado aproximaciones al tema obteniendo cifras similares (Ministerio de Salud, 1990).

CUADRO 5
GASTO PRIVADO EN SALUD POR TIPO DE GASTO AÑO 1993

	Pesos	Porcentaje
Consulta externa	181 427 577	14.0
Hospitalización	254 314 630	20.0
Medicamentos	536 900 611	41.0
Exámenes de diagnóstico	70 806 234	5.0
Otros conceptos	217 391 204	17.0
Educación	38 542 070	3.0
Total	1 299 382 326	100.0
Como porcentaje del PIB	3.0	

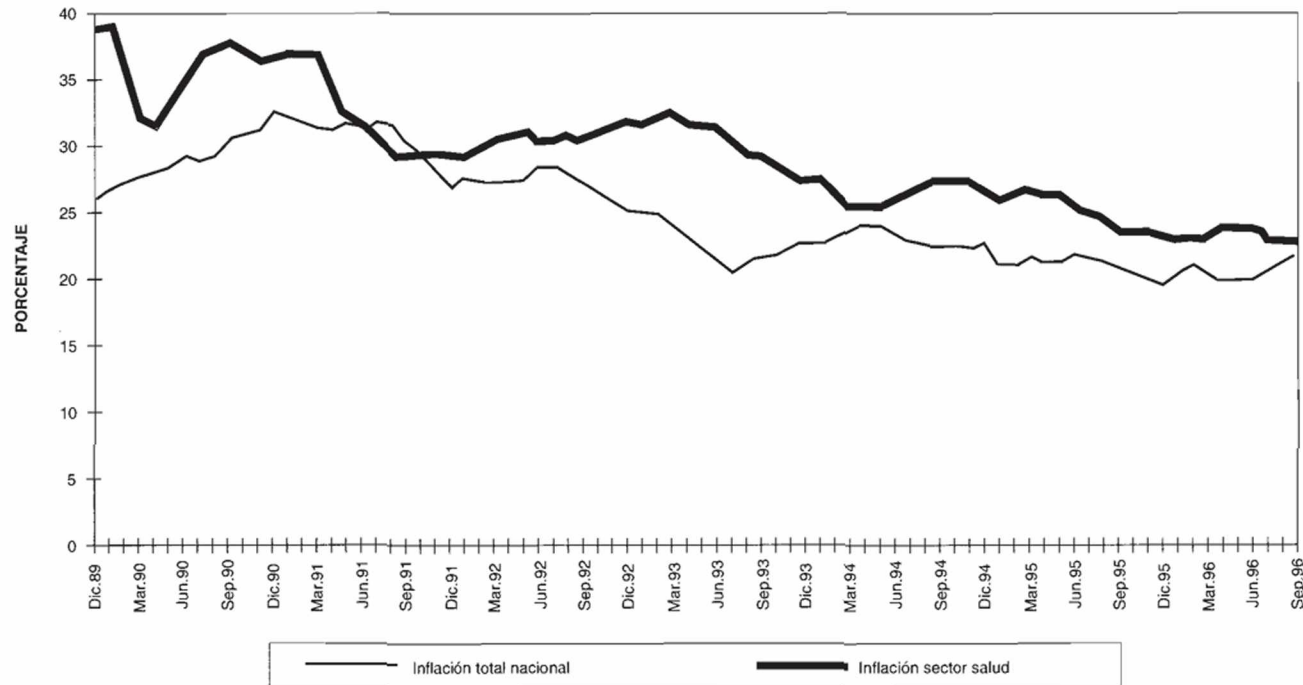
Fuente: Proyecto Cuentas Nacionales de Salud, Departamento Nacional de Planeación (DNP), Supersalud, con la asesoría de la Universidad de Harvard.

Las cifras anteriores muestran cómo, hacia 1993, la economía colombiana estaba invirtiendo en salud cerca de 6 puntos de su PIB, cifra que lo ubica en la media observada para los países en desarrollo, pero con una cobertura en el aseguramiento que no superaba el 22% de la población, siendo ésta una de las principales razones que motivaron la reforma.

III. LA INFLACIÓN EN EL SECTOR SALUD

En el gráfico 5 se muestra la tendencia de la inflación general y en el sector de la salud en los últimos 8 años. Allí puede observarse que la inflación en el sector salud ha estado en promedio 5 puntos por encima de la inflación general. Sin embargo, esta diferencia parecería mostrar una tendencia a hacerse menor durante 1995 y 1996, situación que se describe mejor en el cuadro 6, en el que se muestra su comportamiento discriminado por los diferentes rubros que conforman la "canasta familiar" de los colombianos. Aún es prematuro afirmar que esta tendencia pueda deberse al impacto de la reforma de salud, por lo que será necesario llevar a cabo un seguimiento más prolongado de su comportamiento.

GRÁFICO 5
INFLACIÓN ANUAL TOTAL NACIONAL Y DEL SECTOR DE LA SALUD



Fuente: Departamento Nacional de Estadística, "Índice de precios, 1989-1996", Santafé de Bogotá.

CUADRO 6
INFLACIÓN ANUAL DEL SECTOR DE LA SALUD, 1995-1996
(En porcentajes)

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
	1995								
Total nacional	21.0	20.9	21.3	21.2	21.3	21.7	21.5	21.1	20.8
Alimentos	20.7	19.9	20.5	19.9	20.3	20.7	20.2	18.7	18.7
Vivienda	24.3	24.1	24.3	24.5	24.2	24.6	23.8	23.5	22.8
Vestuario	12.8	12.8	12.9	12.9	12.8	12.9	13.0	12.9	12.7
Salud	25.8	26.1	26.5	26.2	26.0	25.3	24.9	24.4	23.5
Educación	26.1	25.5	25.7	25.6	25.7	25.9	26.1	26.0	25.4
Transporte	12.2	12.2	13.9	14.3	16.0	16.5	16.4	17.6	17.8
Varios	16.9	18.2	19.3	18.8	17.8	19.2	23.0	24.6	24.9
Productos farmacéuticos y asistencia médica	25.8	26.1	26.5	26.2	26.0	25.3	24.9	24.4	23.5
Drogas	23.6	23.9	24.0	23.0	22.8	21.8	20.7	20.2	19.6
Servicios profesionales de la salud	27.8	28.0	28.5	28.8	28.7	28.4	28.5	28.2	26.9
	1996								
Total nacional	20.2	20.8	20.2	19.9	19.8	19.7	20.6	21.0	21.5
Alimentos	18.1	18.2	16.5	14.6	13.1	12.8	14.7	15.9	16.6
Vivienda	21.3	22.1	21.9	21.8	22.0	22.2	23.7	24.2	24.6
Vestuario	12.6	12.4	12.1	12.2	12.0	11.8	12.0	11.8	11.8
Salud	22.9	23.1	22.9	23.6	23.6	23.5	22.9	22.6	22.6
Educación	26.0	29.6	30.7	33.2	36.9	38.6	37.9	38.4	38.5
Transporte	19.9	19.4	18.8	21.1	20.7	20.8	20.3	19.6	20.7
Varios	25.1	24.2	23.4	23.4	23.3	21.1	18.3	17.8	18.1
Productos farmacéuticos y asistencia médica	22.9	23.1	22.9	23.6	23.6	23.5	22.9	22.6	22.6
Drogas	19.3	18.3	19.1	20.4	20.1	20.2	19.5	19.6	19.4
Servicios profesionales de la salud	25.9	27.0	26.0	26.3	26.5	26.2	25.7	25.1	25.3

Fuente: Índice de precios, 1995-1996, Santafé de Bogotá. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

IV. RESULTADOS PRELIMINARES DEL NUEVO SISTEMA

A continuación se hace un resumen sucinto de los principales logros del nuevo sistema de seguridad social en salud a junio de 1996. Debe tenerse en cuenta que esto incluye apenas un año y medio de funcionamiento efectivo del llamado régimen contributivo, en razón a que el régimen subsidiado apenas inicia sus operaciones como consecuencia de la dictación de un decreto que prolongó por un año más el funcionamiento del esquema que venía operando antes de la reforma ordenada por la ley 100 de 1993.

Igualmente se debe mencionar que, aunque el ISS pasó a ser una EPS que debe cumplir las nuevas reglas de juego dictadas por la ley, durante 1995 su proceso de adaptación fue muy lento, por lo que en aspectos tales como la información concerniente al recaudo y el número de afiliados, se presentaron problemas que le restan confiabilidad a los datos disponibles sobre la operación del sistema.

Sin embargo, cabe agregar que si al 31 de diciembre de 1994 el ISS contaba con 4.2 millones de afiliados y que según cálculos preliminares realizados por la Dirección de Planeación Corporativa y por el autor, *asumiendo que el tamaño familiar promedio fluctúa entre 2 y 2.5 personas*, puede decirse que en la actualidad el ISS cuenta con cerca de 10 millones de personas cubiertas, lo que representa un aumento considerable frente a los 6 millones que aproximadamente cubría antes de la reforma, constituidos por los 4.2 millones de trabajadores afiliados más sus cónyuges e hijos menores de un año.

Asimismo, informaciones preliminares obtenidas de la Superintendencia Nacional de Salud a junio de 1996, indican que el total de personas afiliadas a las EPS opcionales al ISS superan en la actualidad los 2.7 millones de personas.

Los cuadros 7 y 8 muestran los cálculos de cobertura del nuevo sistema en el régimen contributivo y su distribución preliminar por grupos etáreos y sexo.

CUADRO 7
 COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
 A JUNIO DE 1996 ^a

COBERTURA GENERAL DEL SISTEMA DE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO						
Régimen contributivo ^c	ISS ^b		Otras EPS		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Total afiliados	9 319 654	77.1	2 772 807	22.9	12 092 461	100

Régimen contributivo ^c	Cotizantes		Beneficiarios		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Total afiliados	1 159 121	43.4	1 511 872	56.6	2 670 993	100

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, "Estudio sobre las Cajas de Previsión en Colombia", Santafé de Bogotá, 1995.

^a Según Censo de 1993. Población colombiana 37 422 791.

^b Última cifra disponible de afiliados al Instituto de Seguros Sociales, ISS, a diciembre de 1995.

^c Datos preliminares para 24 entidades promotoras de salud, EPS, de las 25 que suministraron información. No hay datos oficiales del ISS.

La diferencia entre este total de afiliados a EPS discriminados según cotizantes y beneficiarios y el total anterior, es debida a que la Caja de Previsión Social de Comunicaciones, CAPRECOM, no informó el total de sus afiliados de acuerdo con la desagregación. El total de afiliados de CAPRECOM fue de 101 814.

CUADRO 8
COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

COBERTURA GENERAL DEL SISTEMA DE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO				
Rangos etéreos	Diciembre 1995 ^a		Junio 1996 ^b	
	Afiliados	Participación (%)	Afiliados	Participación (%)
0 - 1	27 557	4.0	70 893	2.6
2 - 4	52 944	7.7	262 642	9.5
5 - 14	125 198	18.1	516 229	18.6
15 - 44 Hombres	175 462	25.4	693 932	25.0
15 - 44 Mujeres	192 247	27.8	776 058	28.0
45 - 59	75 309	10.9	293 942	10.6
60 y más	43 023	6.2	159 111	5.7
Total	691 740	100.0	2 772 807	100.0

Fuente: División de entidades promotoras de salud (EPS), Superintendencia Nacional de Salud.

^a Datos disponibles para 11 EPS de 18 aprobadas. No hay datos oficiales del Instituto de Seguros Sociales, ISS. Las cifras incluyen información de la publicación Cafesalud con corte a septiembre 30 de 1995.

^b Datos preliminares para 25 EPS de las 26 aprobadas. No hay datos oficiales del ISS.

Los datos según rangos etéreos fueron proyectados a partir de las cifras del Fondo de Solidaridad y Garantía a agosto de 1996.

Otro de los aspectos que merece destacarse es la rápida aparición de las EPS, cuyo número aprobado a junio de 1996 fue de 26, y supera todas las expectativas que se tenían inicialmente en el MINSALUD, en donde no se esperaban más de 10 EPS.

Todas ellas en conjunto, incluido el ISS, tienen una capacidad de afiliación aprobada que supera los 15 millones de personas, y han solicitado autorización para operar en más de 900 municipios del país. Entre ellas, el ISS tiene presencia en cerca de 300 municipios, y algunas Cajas de Previsión que solicitaron convertirse en EPS (CAJANAL y CAPRECOM) tienen presencia en cerca de 900 municipios del país¹¹ (véase el cuadro 9).

11. Datos preliminares suministrados por la Superintendencia Nacional de Salud.

CUADRO 9
COBERTURA GEOGRÁFICA DEL SISTEMA DE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
POR MUNICIPIOS

	Con una EPS	Con dos o más EPS	Sin EPS	Total
Municipios cubiertos	644	266	150	1 050

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.
Datos preliminares disponibles para las 26 entidades promotoras de salud, EPS, aprobadas.

Como ya se mencionó anteriormente, durante 1995 no entró en operación el régimen subsidiado en la forma como lo tenía previsto la ley 100 de 1993, por lo que se autorizó a los municipios y departamentos para que durante ese año siguieran manejando la salud de las personas más pobres en la forma como lo habían venido haciendo desde antes de la reforma. Para ello iniciaron el proceso de aplicación del SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios), y la entrega de carné a las personas con derecho a recibir subsidios del Estado en materia de salud.

Asimismo cabe consignar como información preliminar, que en el proceso de licitación competitiva abierto a principios de 1996 entre las ARS —Administradoras del Régimen Subsidiado— que aspiran a manejar el régimen subsidiado, también se vienen superando todas las expectativas previstas, al presentarse a concurso cerca de ciento cincuenta ARS dispuestas a cubrir la casi totalidad de los municipios del país.¹²

En el cuadro 10 se observan los estimativos de la población pobre por cubrir con el régimen subsidiado y los datos preliminares a octubre de 1996 del número de personas que efectivamente se afiliaron a las nuevas ARS.

12. Datos preliminares suministrados por la Dirección de Seguridad Social del Ministerio de Salud.

CUADRO 10
COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ^a

COBERTURA GENERAL DEL SISTEMA DE RÉGIMEN SUBSIDIADO			
	Estimativos del número de afiliados al régimen subsidiado ^b	Número de afiliados al régimen subsidiado	Porcentaje de cobertura
1995	4 000 000	4 680 606 ^c	-
1996	6 000 000	4 385 722 ^d	73
1997	9 000 000		
1998	12 000 000		

Fuente: Dirección de Régimen Subsidiado de la Seguridad Social. Ministerio de Salud.

^a Según Censo de 1985. Total población pobre de Colombia 12 561 239.

^b Estimativos anuales de la ampliación de la meta de afiliación de población pobre a Administradoras de Régimen Subsidiados, ARS.

^c Estimativo de población con carné en entidades promotoras de salud, EPS, transitorias creadas según decreto 2491/94.

^d Población efectivamente afiliada a ARS a octubre de 1996.

En el cuadro 11 que se presenta a continuación, realizado por la Universidad de Harvard dentro del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud en Colombia, se hace una aproximación preliminar a lo que sería el equilibrio financiero del régimen contributivo al 31 de diciembre de 1995. En él se observa cómo el Fondo de Solidaridad y Garantía presenta un ligero superávit de 3 484 millones de pesos, una vez efectuado el mecanismo de compensación interno entre las EPS. Sin embargo, estos cálculos fueron llevados a cabo tomando como base supuestos de ingresos y tamaño familiar para el ISS, debido a que dicha entidad no disponía de cifras precisas, lo que le resta confiabilidad a este ejercicio.

Hacer un cálculo aproximado del comportamiento del equilibrio financiero del sistema en el régimen contributivo requiere de un modelo de proyección en el que se incorporen las diferentes variables macro y microeconómicas del sector, proceso que en la actualidad se está llevando a cabo por la Universidad de Harvard con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud. Mientras tanto, sólo se cuenta con estimativos muy gruesos que no son concluyentes.

CUADRO 11
EQUILIBRIO FINANCIERO DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, 1995

	Estimado
Número de afiliados	
ISS	9 500 000 ^a
EPS privadas	956 000 ^b
Total	10 456 000
Número de afiliados	
ISS	3 800 000 ^c
EPS privadas	382 000 ^b
Total	4 182 000
Salario promedio por año (en pesos)	
ISS	2 887 828 ^d
EPS privadas	3 828 456
Contribuciones al régimen contributivo (10.7 % en millones)	
ISS	1 173 784
EPS privadas	156 484
Total	1 330 268
Desembolsos (en millones de pesos)	
ISS	1 205 360
EPS privadas	121 425
Total	1 326 785
Equilibrio financiero (en millones de pesos)	
ISS	(31 576)
EPS privadas	35 059
Superávit (déficit)	3 483

Fuente: Ministerio de Salud/Universidad de Harvard, "La reforma a la salud en Colombia. Informe final", Santafé de Bogotá, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, 1996.

^a Se asume que el tamaño promedio de la familia es de 2.5 en el Instituto de Seguros Sociales (ISS), ligeramente menor que el 2.58 estimado en la encuesta sobre las entidades promotoras de salud, EPS, de noviembre de 1995. El tamaño de la familia de los afiliados al ISS no se conoce.

^b Con base en la información de la encuesta sobre EPS de noviembre de 1995.

^c Fuente: ISS, noviembre de 1995.

^d Salario promedio basado en el ingreso promedio contributivo por enfermedad general y maternidad (2.02 veces el salario mínimo legal).

V. OBSERVACIONES PRELIMINARES AL NUEVO SISTEMA

Como se mencionó al principio, aunque algunos resultados son evidentes es aún prematuro hacer afirmaciones sobre la evolución futura de los principales logros y problemas que se presentan o se van a presentar en la operación del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud creado por la ley 100 de 1993.

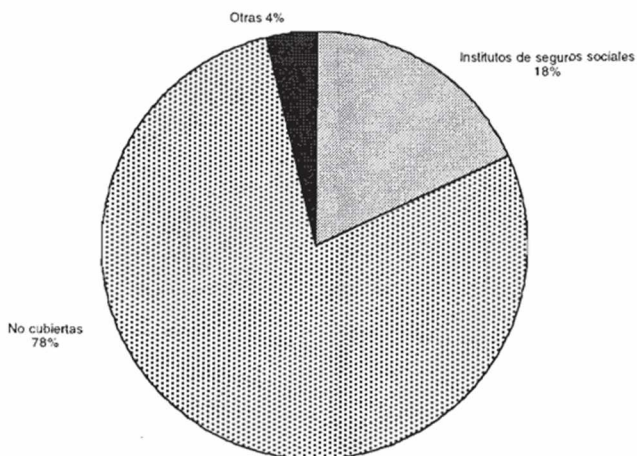
Es indiscutible que el avance ha sido significativo y que se han dado pasos substanciales en la solución de los problemas que presentaba el anterior sistema.

1. LA AFILIACIÓN AL NUEVO SISTEMA

El nuevo sistema ha logrado en apenas un año y medio un aumento sustancial en la cobertura del aseguramiento, al pasar de un 22% a un 43% aproximadamente. Sin embargo, cuando esta cifra se analiza con detenimiento se encuentra que la gran mayoría de las nuevas personas afiliadas corresponden a la familia del trabajador, que en el viejo sistema no estaban cubiertas como ya se explicó (véanse los gráficos 6 y 7).

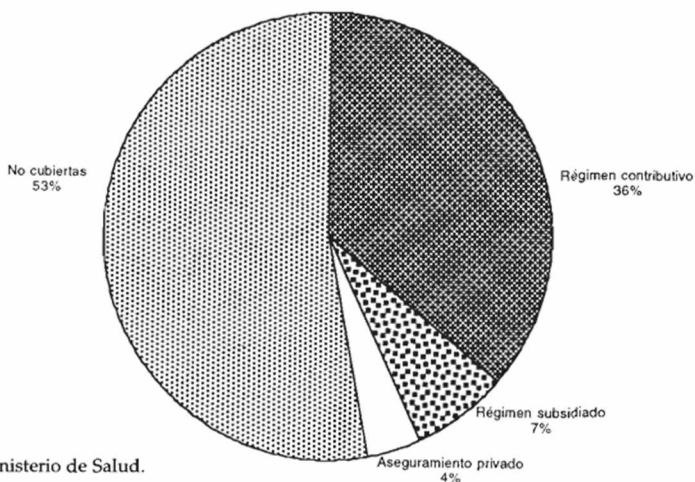
El verdadero reto de la reforma lo constituye la afiliación de las personas pertenecientes al régimen subsidiado, el cual para finales de 1996 espera tener cubiertos a cerca de 6 millones de pobres, quedando por afiliar una cifra similar, para lo cual y de acuerdo a cálculos preliminares serán necesarios recursos adicionales aún no disponibles en el sistema. Igualmente será necesario acelerar el proceso de transición de subsidios con la finalidad de poder afiliar más personas al régimen subsidiado. Como se explicará más adelante, este proceso de transición de subsidios se verá afectado por la inequidad en la distribución de los recursos de oferta a nivel territorial, situación que de no corregirse traerá como consecuencia menores posibilidades de afiliar a los pobres de las regiones más necesitadas.

GRÁFICO 6
POBLACIÓN CUBIERTA Y NO CUBIERTA
BAJO ASEGURAMIENTO DE SALUD
Diciembre 1993



Fuente: Ministerio de Salud.

GRÁFICO 7
POBLACIÓN CUBIERTA Y NO CUBIERTA
BAJO ASEGURAMIENTO DE SALUD
Diciembre 1995



Fuente: Ministerio de Salud.

El otro gran reto lo constituye la afiliación de más del 50% de la población laboral colombiana perteneciente en especial al sector informal de la economía, la que en conjunto con sus familias representan cerca de 12 millones de colombianos (un 35% de la población total del país) actualmente marginados del sistema y para quienes, como se explicará más adelante, los actuales mecanismos de afiliación y pago de aportes crean inequidades con relación a los demás trabajadores del sector formal, que dificultarán su incorporación al régimen contributivo.

2. LOS RECURSOS DEL NUEVO SISTEMA. SU VIABILIDAD FINANCIERA

El aumento en los recursos disponibles es considerable, así como también la claridad en las reglas de juego que determina una verdadera integración de los diferentes actores que participan en el sector.

Sin embargo, el proceso de adaptación al que se están viendo sometidas las antiguas entidades de seguridad social, en especial el ISS, se constituye en un factor de tardanza y aun de peligro para los objetivos generales del nuevo sistema, habida consideración de su tamaño en cuanto al número de afiliados que actualmente llega a los 10 millones, del monto de los recursos administrados y del centralismo y la injerencia política en su manejo. Todo ello le confiere a dicha institución la denominación de "gigante del sector público" que, como la experiencia lo demuestra, por múltiples razones entre ellas la confluencia de intereses a veces opuestos, presenta enormes dificultades para adaptarse a las exigencias del cambio, máxime cuando éste implica modificaciones substanciales en sus arraigadas rutinas que ahora se ven sometidas a la competencia.

Es igualmente indiscutible el aumento de los distintos recursos de origen fiscal, la mayoría de los cuales quedaron claramente definidos y protegidos en sus montos y asignaciones por la Constitución Política del 91 y por las leyes 60 y 100 de 1993; sin embargo algunos de ellos, como los provenientes del presupuesto nacional en el denominado "peso por peso" que debía hacerse con los fondos de solidaridad aportados por los trabajadores, como también aquellos provenientes de las fuentes propias de los departamentos y municipios, quedan en última instancia supeditados a la voluntad política del gobernante de turno de querer asignárselos al sector.

Para el régimen contributivo, el equilibrio financiero depende de múltiples variables que lo hacen bastante frágil. La primera de ellas se relaciona con que los recursos para que opere la compensación entre los trabajadores del régimen contributivo, son automáticos, es decir, que con el solo hecho de afiliarse a una EPS cualquier trabajador y su familia tendrán el respaldo del Fondo de Solidaridad y Garantía para recibir las UPC, aunque su aporte no sea suficiente para cubrirlos. Por lo tanto, la compensación queda condicionada a que se generen suficientes excedentes que permitan hacerla.

Lo anterior, como se sabe, depende de que, simultáneamente a la afiliación de los trabajadores más pobres, los trabajadores de altos ingresos también decidan afiliarse a una EPS y no subdeclaren sus ingresos. Dicho de otra manera, resulta bastante complejo hacer proyecciones de ingresos y gastos para los excedentes.

Para finales de 1995, como se observa en el cuadro 11, el equilibrio financiero era precario, en el sentido de que los excedentes eran muy pocos, habida cuenta que el sector informal de la economía, generalmente de más bajos ingresos, en su mayoría aún no estaba afiliado.

3. LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS Y LA TRANSICIÓN DE SUBSIDIOS

Surge además otro problema con los recursos de origen fiscal, el cual se ha venido documentando cada vez con mayor precisión¹³ y es el de la inequitativa distribución de los recursos entre las regiones, lo que muestra que en general éstos se distribuyen en consideración al nivel de gasto previo. Dicho de otra manera, reciben más recursos per cápita las regiones que tradicionalmente han tenido mayores niveles de gasto, situación asociada casi siempre con los departamentos y municipios de mayor poder económico y político, procedimiento que reguló y trató de corregir la ley 60 de 1993, al parecer sin mucho éxito.

Aunque esta circunstancia de redistribución inadecuada puede ser subsanada parcialmente en el futuro con los recursos conocidos como "subsidijs de demanda", en el evento de que éstos aumenten como está

13. Observaciones sobre datos preliminares de distribución de recursos fiscales a los municipios, hechas por el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud en Colombia que adelanta la Universidad de Harvard.

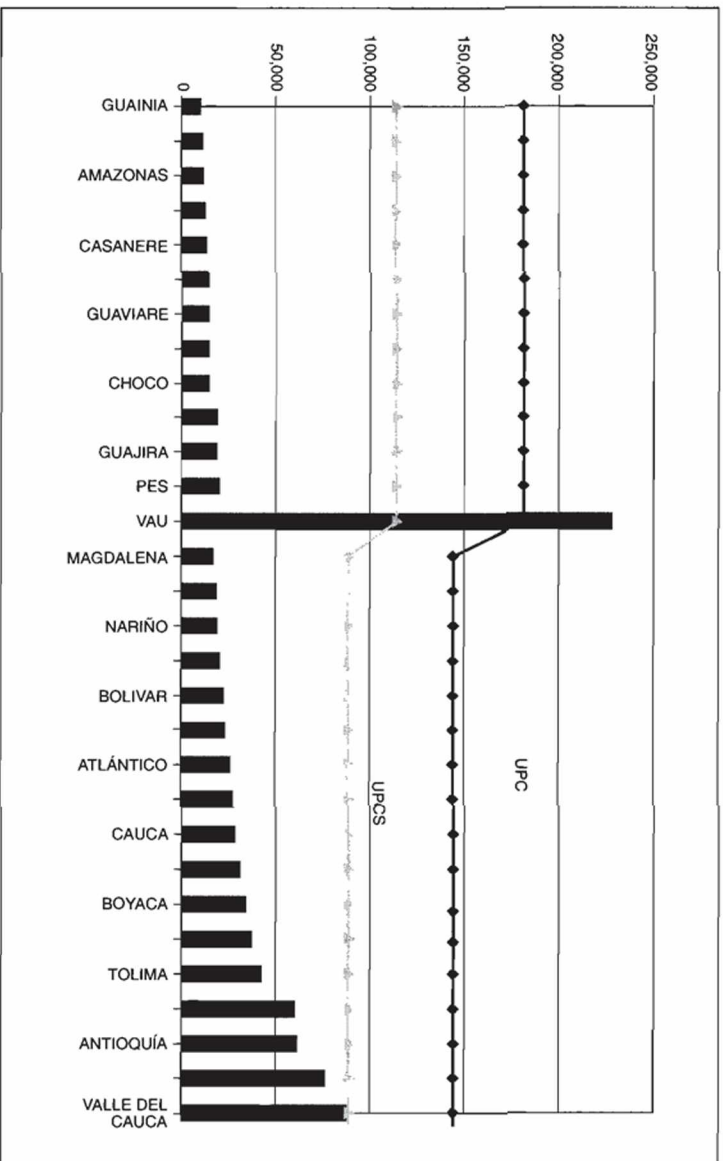
previsto en la reforma, producto de la transición de los denominados "subsidios de oferta", el problema no se corrige en su totalidad, dejando latente el riesgo de que esto nunca se produzca y traiga como consecuencia un mayor rezago en materia de salud de las regiones tradicionalmente menos favorecidas.

Lo que se concluye de las observaciones preliminares hechas a la distribución de los recursos de oferta entre regiones, es que dada su inequidad histórica, que como ya se mencionó no es corregida por las nuevas leyes, en muchos municipios de Colombia, especialmente en los más pobres, el per cápita con el que se cuenta proveniente de los denominados subsidios de oferta que se destinan a financiar la atención de los llamados "vinculados transitorios" al sistema, es inferior al valor de la UPC subsidiada, lo que significa que si se hace transición de subsidios hacia la demanda, este per cápita será cada vez menor, dejando desprotegidos a quienes por alguna circunstancia no se han vinculado al régimen subsidiado y que no tienen otra opción que recurrir a los hospitales públicos. En los gráficos 8, 9 y 10 se observa la distribución per cápita de los recursos de oferta que deben destinarse a la atención de los vinculados transitorios, con relación al valor de la UPC del régimen subsidiado y contributivo.

En otras palabras, si el per cápita de oferta es, por ejemplo, la mitad de la UPC subsidiada, se estarían cambiando los recursos con los que se cuenta para atender dos vinculados transitorios por una UPC subsidiada, la que sólo alcanzaría para atender a uno solo de los dos, dejando completamente desprotegido al otro.

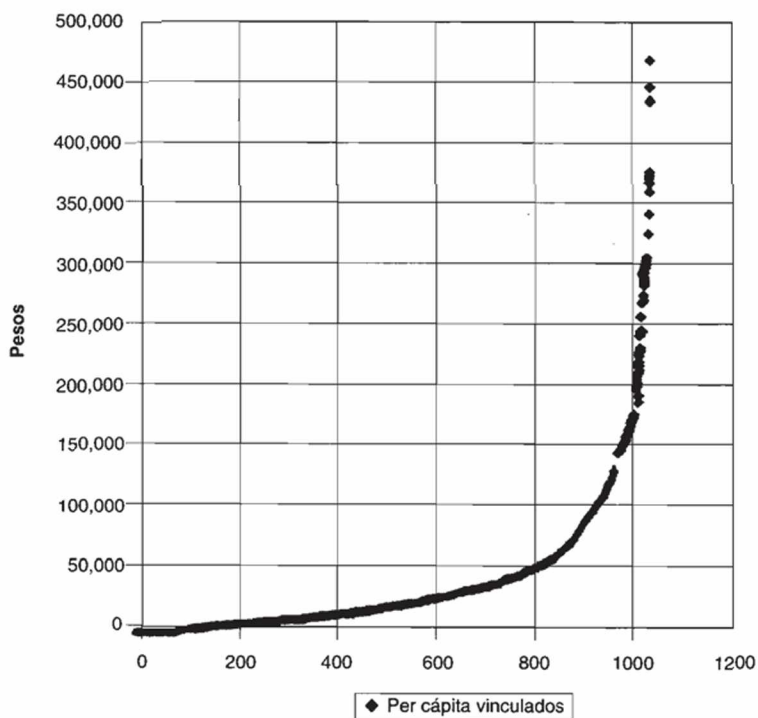
Lo anterior sugiere estudiar con mayor profundidad la situación que se presenta, buscando alternativas de solución viables, las cuales, para ser efectivas, probablemente impliquen una modificación a las normas sobre distribución de recursos públicos, en especial de aquellas contempladas en la ley 60 de 1993.

GRÁFICO 8
 RECURSOS DE OFERTA POR VINCULADO, POR DEPARTAMENTO, 1996^a



Fuente: Sobre la base de información del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud.
^a Recursos per cápita en pesos de 1996.

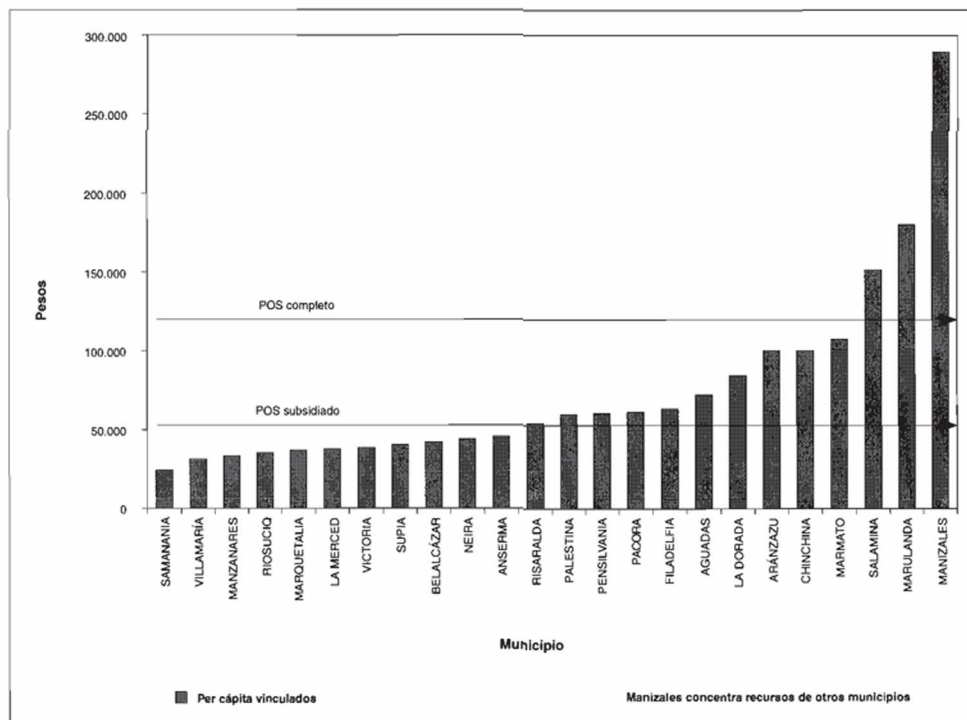
GRÁFICO 9
RECURSOS PER CÁPITA PARA VINCULADOS, POR MUNICIPIO, 1996



Se excluyen municipios con observaciones atípicas, per cápita por vinculado mayor de \$ 500.000.-

Fuente: Sobre la base de información del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud.

GRÁFICO 10
 RECURSOS PER CÁPITA PARA LOS VINCULADOS DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS, 1996



Fuente: Sobre la base de información del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud.

4. LA EVASIÓN EN EL PAGO DE APORTES OBLIGATORIOS

En el régimen contributivo también se vislumbran dificultades por resolver. La principal de ellas está relacionada con la evasión de aportes obligatorios por parte de los empleadores y los trabajadores, que coloca en peligro la meta de cobertura universal del sistema y aún su equilibrio financiero, problemas que en buena parte tienen origen en los mecanismos diseñados en la reforma para la afiliación y el pago de los aportes.

La afiliación obligatoria al sistema persigue en esencia dos objetivos, que son el de lograr que todos los colombianos estén cubiertos con un seguro de salud y el de garantizar su financiación mediante el pago de la cotización aplicada a los ingresos de los trabajadores. Aunque estos objetivos son de toda lógica, enfrentan problemas muy difíciles de resolver que cuestionan la funcionalidad de los mecanismos que se diseñaron para la afiliación y financiación del sistema, en cuanto al pago y recaudo de aportes.

Hacer efectiva la obligatoriedad de afiliación a más de la mitad de los trabajadores colombianos que pertenecen al sector informal de la economía, los que conjuntamente con sus familias representan cerca de 12 millones de ciudadanos, va a ser una meta bien difícil de lograr, debido a que la inmensa mayoría de estos trabajadores no están ligados a un esquema económico regular, no tienen un patrono, sus ingresos derivan de ventas o servicios que hacen a personas individualmente y, nunca han declarado impuestos. Probablemente muchos de ellos pagan servicios públicos, tienen licencia de conducir o sus hijos asisten a establecimientos educativos, y pudiera pensarse que en todas estas instancias sería factible exigirles la afiliación a la seguridad social. Sin embargo, la experiencia en Colombia demuestra que estos mecanismos de "paz y salud"¹⁴ previos, son poco efectivos, en algunos casos ilegales y hasta se convierten en fuentes de corrupción.

De la misma manera existe un mecanismo único para la afiliación, que no consulta las diferencias que existen entre las múltiples formas y condiciones de empleo existentes en el mercado laboral colombiano en

14. "Paz y salud" es una certificación expedida por el gobierno en la que se establece que el usuario no tiene obligaciones pendientes con el Estado.

aspectos tales como la dependencia de un patrono, el monto y la estacionalidad de los ingresos laborales, circunstancia que genera inequidades y claros estímulos a evadir la afiliación y el pago de los aportes.

El caso más palpable es el del trabajador independiente, para quien la afiliación resulta más onerosa al tener que pagar él solo la totalidad del aporte y al no beneficiarse de otros programas, por ejemplo, de la protección a los riesgos laborales. Adicionalmente esto hace que las EPS los rechacen como afiliados potenciales, ya que para éstas, por las razones señaladas, su afiliación resulta más costosa y riesgosa.

El segundo gran objetivo de la obligatoriedad en la afiliación es el de obtener los recursos suficientes para la operación del sistema, especialmente los que son necesarios para financiar la UPC de los más pobres y de aquellos a quienes su propio aporte no alcanza para cubrir el valor de su prima de seguros, para los cuales el costo de los servicios sería un obstáculo importante en el acceso a la atención en salud. Esto, en esencia, viene a ser un claro objetivo de redistribución de ingresos inherente a la naturaleza de algunos impuestos. Sin embargo, si en el fondo tal es el objetivo que se persigue, la obligatoriedad sólo debiera aplicarse a quienes tienen capacidad para pagar un impuesto que se utilizaría para lograr una redistribución entre pobres y ricos, mecanismos conocidos en el sistema como solidaridad y compensación.

La solidaridad y la compensación son mecanismos deseables para hacer más equitativo el sistema. Sin embargo, son muy pocos los que no se sienten molestos cuando tienen que pagar un impuesto, máxime cuando éste es considerado excesivo con relación a lo que se obtiene de él. Podría decirse que esto sucede en el actual sistema colombiano por el hecho de que un aportante de altos ingresos estaría pagando al sistema unas veinte veces lo que valen los beneficios obtenidos. Igual podría decirse del trabajador de más bajos ingresos cuyo aporte ni siquiera le alcanza para cubrir el valor de los beneficios recibidos, pero debe ser solidario con los pobres. Esta situación induce a subdeclarar los ingresos sobre los que se debe aportar y, aún más, a no pagarlos en su totalidad.

Lo anterior muestra cómo con el aporte obligatorio de salud se financian dos cosas con objetivos distintos: la UPC que se destina al pago del seguro de salud de cada individuo y su familia, la cual es subsidiada total o parcialmente en algunos casos y, el impuesto para hacer redistribución de ingresos hacia los más pobres, el que sólo deberían pagar los trabajadores de mayores ingresos, para quienes en promedio

sus aportes obligatorios, una vez restadas las UPC, generen excedentes, nivel que el autor denomina Ingreso Promedio de Equilibrio (IPE) (Ministerio de Salud/Universidad de Harvard, 1996). El recaudo de este impuesto podría hacerse mediante mecanismos de retención automática sobre los ingresos pagados a los trabajadores, conocidos en Colombia como retención en la fuente, y no a través de las EPS como se hace actualmente, a quienes su recaudación no sólo no les aporta ningún beneficio sino que representa un costo adicional no compensado.

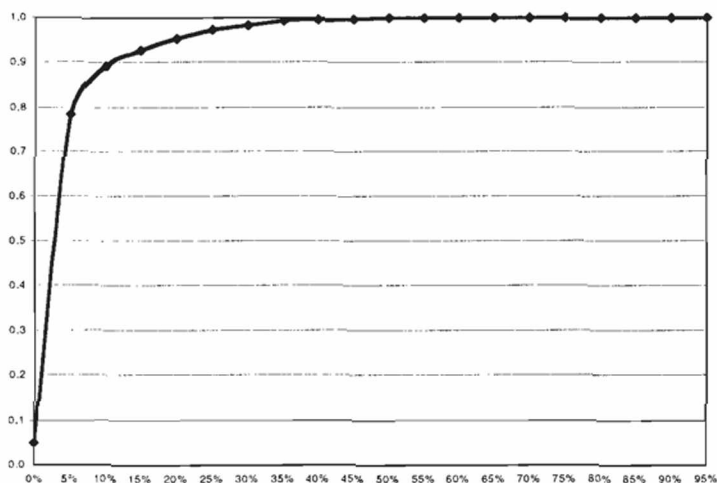
En este orden de ideas, para el sector informal de la economía y la pequeña empresa, los aportes a la seguridad social que son del 12% a salud, y 13,5% a pensiones, los aportes parafiscales (Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), y Cajas de Compensación) que representan otro 9%, sumados con los demás costos laborales, se constituyen en una severa carga que incentiva la evasión y desincentiva el empleo formal.

Una reciente investigación (Vélez, 1995), que da una idea muy parcial del problema, muestra cómo la subdeclaración de ingresos en el ISS es mayor en los deciles más ricos de la población, representando para 1992 una cifra aproximada a los 100 millones de dólares.

Actualmente el autor, conjuntamente con otros investigadores realiza un estudio (Giedion, Morales y Plaza, 1996) con el que se busca calcular el monto de la evasión en el pago de los aportes obligatorios al sistema de salud, de cuyos resultados preliminares se puede concluir que los mayores niveles de evasión se encuentran en los deciles de mayores ingresos de la población y que, para mencionar sólo un ejemplo, controlando a una persona de bajos ingresos se recuperaría un peso evadido frente a trece pesos en una persona de altos ingresos. Esto permite además suponer que el control de la masa de aportantes de medianos y bajos ingresos probablemente no se vería compensado en sus recaudos comparado con el costo necesario para hacerlo (véase el gráfico 11).

El mecanismo diseñado para el recaudo de los aportes parece no ser el más adecuado. Son las EPS quienes deben afiliar y cobrar los aportes, de los cuales ellas mismas extraen el valor de la prima ajustada (UPC) correspondiente al número de afiliados, de donde, como ya se explicó, pueden generarse excedentes que deben ser enviados al Fondo de Solidaridad y Garantía, o déficit, en cuyo caso éstos siempre serán cubiertos por el mismo Fondo. Lo que indica claramente que el nivel de ingresos de las EPS no depende de los recaudos que ellas hagan por concepto de

GRÁFICO 11
DISTRIBUCIÓN DE EVASIÓN POR DECILES DE INGRESO
(Decil de ingreso con respecto a porcentaje de evasión)



Fuente: Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (FEDESARROLLO), "La evasión al sistema de salud", Santafé de Bogotá, 1997.

aportes obligatorios, además de que esto tiene un costo que no se vería compensado por mayores recaudos. Tal circunstancia no crea incentivos a las EPS para ser estrictas y eficientes en el control de la evasión, además de que no poseen las herramientas legales para aplicar las sanciones. Igualmente, si las EPS están compitiendo por obtener y conservar los afiliados, sería poco creíble que estuvieran dispuestas a denunciarlos por evasores.

A lo anterior se suma la dispersión en cuanto a las funciones e instituciones que deben encargarse de ejercer la vigilancia, el control y la sanción sobre el proceso de declaración de ingresos y recaudo de aportes obligatorios para la seguridad social.

Hay varias superintendencias que vigilan diversas ramas de la seguridad social como son la de Salud, del Subsidio Familiar, la Bancaria y la de Sociedades. Existen varias entidades que afectan los ingresos laborales para financiar programas de seguridad social como son las mismas EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), las

Administradoras de Pensiones y Cesantías (AFP), las Cajas de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Hasta la fecha no hay entre ellas procesos o mecanismos claros de trabajo conjunto que permitan la utilización de la información básica, que es la misma para todos, y conduzca a hacer más eficientes las labores de vigilancia y control sobre la afiliación y el pago de los aportes, con el agravante de que al utilizar mecanismos y canales diferentes se tornan más onerosos en su manejo, tanto para el trabajador como para el patrón y el mismo sistema.

La anterior situación de dispersión en las actividades de vigilancia y control, ameritaría que se estudie la posibilidad de crear una sola superintendencia para el sector de la salud y la seguridad social.

5. LOS SEGUROS PARALELOS

La existencia de seguros paralelos, denominados así porque esencialmente buscan cubrir contingencias de salud y enfermedad de los mismos trabajadores afiliados al sistema a través de las EPS, tales como aquellos destinados a cubrir los riesgos laborales y los accidentes de tránsito, están sujetos a normas y lógicas de manejo diferente a las diseñadas para la operación del POS a través de las EPS.

Podría decirse que su manejo separado de las EPS no tiene sentido, dado que sólo se trata de fuentes de financiación diferentes para eventos de enfermedad que están descritos en el POS, circunstancias que en el fondo terminan afectando a los mismos pacientes afiliados a las EPS.

Por lo tanto, no resulta aventurado suponer que estos seguros conllevan ineficiencia en la utilización de los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, que se explica por los costos de administración, mercadeo y publicidad en los que deben incurrir las respectivas aseguradoras, los que no se justifican si ya existen las EPS cuya función es la misma, al menos en los aspectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Otra cosa son las coberturas para los riesgos económicos derivados de estas contingencias, los que probablemente son asuntos mejor manejados por el sector asegurador.

Las bajas tasas de ocupación observadas en las clínicas construidas en Chile para la atención exclusiva de los riesgos laborales, confirman lo dicho y hacen suponer que quizás no sea éste el camino más adecuado.

Por último, estos sistemas paralelos se constituyen en un riesgo para la regulación y operación del Sistema de Seguridad Social en Salud, al crear alternativas distintas para la contratación y pago de servicios de salud que pueden incidir en la segmentación de pacientes y servicios con posibles efectos sobre la inflación en el sector.

BIBLIOGRAFÍA

- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) (1993), *Encuesta de caracterización socioeconómica, CASEN*, Santafé de Bogotá.
 (1992), *Encuesta nacional de hogares de 1992*, Santafé de Bogotá.
- Giedon, Ursula, Luis Morales y Beatriz Plaza (1996), "La evasión en el pago de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social en Salud", Santafé de Bogotá.
- Ministerio de Salud/Universidad de Harvard (1996), "La reforma a la salud en Colombia. Informe final", Santafé de Bogotá, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud.
- Ministerio de Salud (1994a), "La salud en Colombia. Diez años de información", Santafé de Bogotá.
- (1994b), "La reforma a la seguridad social en salud: antecedentes y resultados", Santafé de Bogotá.
- (1990), "La salud en Colombia. Análisis sectorial", documento general, Santafé de Bogotá.
- República de Colombia (1991), *Constitución política de Colombia*, Santafé de Bogotá.
- Superintendencia Nacional de Salud (1995), "Estudio sobre las cajas de previsión en Colombia", Santafé de Bogotá.
- Vélez, C.E. (1995), "Costo social y desigualdad. Logros y extravíos", Santafé de Bogotá, Departamento Nacional de Planificación.

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN.....	7
SÍNTESIS.....	9
Primera Parte	
DESAFÍOS DE LAS POLÍTICAS DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD	17
EL MERCADO DE LA SALUD Y LAS REFORMAS AL FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD	19
<i>Daniel Titelman / Andras Uthoff</i>	
Introducción.....	19
I. Gasto en salud.....	21
II. Tendencias de los procesos de reformas	24
III. Experiencias de reformas al financiamiento de los sistemas de salud en algunos países de la región	29
Conclusiones	45
Bibliografía	48
POLÍTICAS DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ.....	50
<i>Joseph White</i>	
I. Disposiciones financieras básicas.....	50
II. Oferta y calidad de los servicios en los Estados Unidos y Canadá.....	59
III. Mecanismos de pago y control de costos	63
IV. Perspectivas y propuestas en los Estados Unidos y Canadá	80
V. Conclusión.....	92
Bibliografía	98

Segunda Parte

ENSAYOS SOBRE LA REFORMA AL FINANCIAMIENTO

DE LA SALUD EN ARGENTINA	103
--------------------------------	-----

GASTO EN FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN ARGENTINA	105
--	-----

M. Cristina V. de Flood

Introducción	105
Algunas consideraciones generales	106
I. El sistema de salud argentino	109
II. El gasto y financiamiento del sector salud	113
III. Eficiencia y equidad en el gasto	121
IV. Análisis por subsectores	134
V. Tendencias actuales de la reforma	152
Conclusiones	161
Nota metodológica	165
Anexo estadístico	168
Bibliografía	188

TENDENCIAS, ESCENARIOS Y FENÓMENOS EMERGENTES

EN LA CONFIGURACIÓN DEL SECTOR SALUD EN LA ARGENTINA	190
--	-----

Hugo E. Arce

I. Cambios en la naturaleza de la intervención del estado	190
II. Rasgos salientes de la futura configuración del sector	206
III. Fenómenos emergentes en el mercado de los servicios de salud	226
IV. Consideraciones finales	240
Algunos datos estadísticos	245
Bibliografía	253

REFORMAS AL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA ...	257
--	-----

Silvia Montoya

Introducción	257
I. Situación del sistema de salud	259
II. La organización de los distintos subsistemas	265
III. La agenda pendiente	289
Conclusiones	291
Apéndice	292
Bibliografía	311

PROBLEMAS Y REFORMA DEL SECTOR SALUD EN LA ARGENTINA	313
<i>Roberto Tafani</i>	
1. Introducción	313
2. La oferta y la aceleración del cambio.....	326
3. El financiamiento y la demanda	337
4. Nuevas formas de organización: Las administradoras de prestaciones.....	360
5. Política y decretos	366
6. Propuestas de reforma	376
7. Conclusiones	388
Bibliografía	396
 Tercera Parte	
ENSAYOS SOBRE LA REFORMA AL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE.....	413
 EFICIENCIA Y EQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO	415
<i>Oswaldo Larrañaga</i>	
Introducción.....	415
I. El sistema de salud chileno	416
II. Eficiencia en el sistema de salud chileno	422
III. Equidad en el sistema dual de salud	443
IV. A modo de conclusión: Los cambios necesarios de realizar en el sistema de salud chileno	451
Anexos	456
Bibliografía	461
 LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRES) EN CHILE	463
<i>Ricardo Bitrán / Francisco Xavier Almarza</i>	
Síntesis y conclusiones	463
I. Antecedentes y objetivos de la investigación	470
II. El sistema de salud en Chile	473
III. El sistema de isapres	479
IV. Riesgo subjetivo	498
V. Selección adversa	500
VI. Otros problemas de información	504
VII. Gasto médico en isapres e inversión privada en infraestructura médica	513

VIII. Rentabilidad de las isapres y competencia	519
IX. Satisfacción de los consumidores	528
X. Acciones de alto rendimiento en salud	537
XI. Financiamiento de las enfermedades catastróficas	539
XII. Financiamiento de la salud en la tercera edad	547
XIII. Conclusiones	554
Bibliografía	567
LA COMPETENCIA ADMINISTRADA Y REFORMAS PARA EL SECTOR SALUD DE CHILE	571
<i>Cristián Aedo</i>	
I. Introducción	571
II. La salud en Chile	573
III. La competencia administrada	583
IV. Otras reformas	599
V. Conclusiones	608
Bibliografía	609
HACIA UNA MAYOR EQUIDAD EN LA SALUD: EL CASO DE LAS ISAPRES	612
<i>Uri Wainer K.</i>	
I. Introducción	612
II. El problema de la equidad en la salud	615
III. Evolución del sistema de salud: De la salud pública a un sistema mixto	618
IV. Enfermedades catastróficas y tercera edad	637
V. Conclusiones	648
Bibliografía	655
Cuarta Parte	
ENSAYOS SOBRE LA REFORMA AL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN COLOMBIA	657
LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA Y LA TEORÍA DE LA COMPETENCIA REGULADA	659
<i>Mauricio Restrepo Trujillo</i>	
I. Marco conceptual general	659
II. Los polos conceptuales de la política de salud	666

III. La teoría de la competencia regulada.....	672
IV. La reforma del sector salud en Colombia.....	684
V. La reforma de la seguridad social en salud en Colombia.....	693
VI. La reforma de la salud en Colombia y la competencia regulada	700
VII. Avances en el proceso de implementación de la reforma.....	707
VIII. Impacto de la reforma.....	711
Bibliografía.....	722
MECANISMOS DE PAGO Y CONTRATACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DENTRO DEL MARCO DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA.....	727
<i>Beatriz Plaza</i>	
I. Introducción.....	727
II. Las distintas formas de pago/contratación a nivel mundial, sus ventajas y desventajas.....	729
III. Principales formas de pago/contratación en Colombia, antes y después de la reforma.....	737
IV. Resultados de las encuestas.....	742
V. Conclusiones y recomendaciones.....	755
Bibliografía.....	757
EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA.....	759
<i>Luis Gonzalo Morales Sánchez</i>	
Introducción.....	759
Antecedentes.....	760
I. Mecanismos de operación y financiación del sistema de seguridad social en salud.....	763
II. Las fuentes de recursos para la financiación del sistema de seguridad social en salud.....	780
III. La inflación en el sector salud.....	786
IV. Resultados preliminares del nuevo sistema.....	789
V. Observaciones preliminares al nuevo sistema.....	795
Bibliografía.....	808

Este libro se terminó de imprimir y encuadernar
en el mes de julio de 2000, en los talleres
de Imprenta Salesianos S.A., General Bulnes 19,
Santiago de Chile.
Se tiraron 1.500 ejemplares.

