

financiamiento del desarrollo

Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999

Jorge Rodríguez C.

Marcelo Tokman R.



NACIONES UNIDAS



Unidad de Estudios Especiales
Secretaría Ejecutiva

Santiago de Chile, diciembre de 2000

Este documento fue preparado por los Sres. Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R. Los autores agradecen los comentarios de Mario Marcel C., Jaqueline Canales, Marcela Guzmán, Daniel Titelman y Francisco Gallego.

Las opiniones expresadas en este documento, el cual no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1458-P

ISBN: 92-1-321688-2

Copyright © Naciones Unidas, diciembre de 2000. Todos los derechos reservados

Nº de venta: S.00.II.G.139

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Introducción	7
I. Cobertura y resultados apreciables en el sector salud en Chile	9
A. Cobertura previsional del sistema de salud	9
B. Resultados apreciables en el sector de la salud en Chile	12
II. Evolución del gasto público en salud	25
III. Evolución del rendimiento del gasto público en salud	29
IV. Causas posibles de la evolución del rendimiento del gasto público en salud	35
A. Eficiencia en la producción	35
B. Gasto en subsidios de incapacidad laboral	42
C. Gasto en modalidad libre elección	45
V. Síntesis y conclusiones	47
Bibliografía	51
Serie financiamiento del desarrollo: Números publicados	53

Índice de tablas

Tabla 1	Número de beneficiarios según sistema previsional de salud	10
Tabla 2	Población por sistema previsional de salud según quintil de ingreso	10
Tabla 3	Población según tramo de edad y sistema previsional 1998	11
Tabla 4	Defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos	13
Tabla 5	Esperanza de vida al nacer	14
Tabla 6	Subsidio total anual por prestaciones de salud	15
Tabla 7	Consultas médicas recibidas por beneficiarios de Ley 18.469 y sistema Isapre	17
Tabla 8	Exámenes de laboratorios prestados a beneficiarios de Ley 18.469 y sistema Isapre ..	17
Tabla 9	Exámenes de imagenología prestados a beneficiarios de Ley 18.469	18
Tabla 10	Prestaciones de anatomía patológica recibidas por beneficiarios de Ley 18.469	18
Tabla 11	Intervenciones quirúrgicas recibidas por beneficiarios de Ley 18.0469	19
Tabla 12	Percepción de cobertura previsional según nivel socioeconómico	20
Tabla 13	Nivel de satisfacción con respecto al sistema de salud según nivel socioeconómico	21
Tabla 14	Percepción de mejorías en establecimientos públicos según quintil de ingreso	21
Tabla 15	Percepción de la oportunidad de atención en establecimientos públicos	22
Tabla 16	Evaluación pública de las políticas de salud	22
Tabla 17	Evolución gasto en salud: período 1990-1999	27
Tabla 18	Evolución componentes gastos sector público de salud	27
Tabla 19	Evolución composición gastos sector público de salud	28
Tabla 20	Prestaciones valoradas / gasto total subsistema público	30
Tabla 21	Prestaciones valoradas / gasto subsistema público (exc. gasto SIL y PNAC)	30
Tabla 22	Prestaciones valoradas / gasto subsistema público (inc. transf. municipales)	31
Tabla 23	Prestaciones valoradas / gasto subsistema público (exc. gasto SIL y PNAC e inv.)	32
Tabla 24	Prestaciones valoradas / gasto total subsistema privado	34
Tabla 25	Prestaciones valoradas / gasto subsistema privado (exc. gasto SIL)	34
Tabla 26	Total producción valorada de los servicios de salud / total gasto agregado	36
Tabla 27	Total producción valorada de los servicios de salud / total gasto en personal	37
Tabla 28	Total producción valorada de los servicios de salud / número total de personal	38
Tabla 29	Gasto en subsidio de incapacidad laboral por enfermedad común o curativa	42
Tabla 30	Gasto en subsidio de reposo maternal y enfermedad de hijo menor a un año	44
Tabla 31	Gasto en modalidad de libre elección	45

Resumen

Al analizar lo ocurrido en los últimos diez años en el sector salud en Chile, se evidencian tanto avances, como problemas persistentes y otros emergentes. Ciertamente al iniciar la década pasada existían importantes deficiencias de infraestructura y equipamiento en la red asistencial pública, así como escasez de recursos humanos calificados, aspectos en los que se han verificado logros debido al esfuerzo de gasto público realizado en el sector. No obstante, a pesar de los avances, en el año 2000 persisten importantes problemas referidos a la equidad en el acceso de la población a la atención de salud, a las coberturas de las prestaciones, a la insatisfacción mayoritaria de los usuarios del sistema, y a ineficiencias en la gestión administrativa y en el uso y rendimiento de los recursos.

Además debe considerarse que el país está experimentando un cambio epidemiológico y una transición demográfica, cambiando las principales causas de enfermedad y muerte de la población en Chile hacia aquellas asociadas al envejecimiento, a la mayor urbanización, al deterioro del medio ambiente y a los estilos de vida. Estas enfermedades son típicamente crónicas y de tratamientos de alto costo, por lo que la proyección de estos problemas en el tiempo irá poniendo en evidencia de manera creciente las dificultades del sector salud para financiarse y brindar cobertura y protección adecuada a la población. Por lo anterior resulta apremiante contar con un sistema preparado para enfrentar estos desafíos, lo que implica que debe ser capaz de aumentar el rendimiento que le da a los recursos y de aumentar la calidad de las prestaciones que otorga. De lo contrario no sólo evidenciará nuevas disminuciones en el rendimiento y en la

satisfacción de los usuarios, sino que incluso correrá el riesgo de perder efectividad en lo estrictamente sanitario.

En este contexto, el presente trabajo pretende aportar a la discusión sobre reformas en el sector salud mediante la construcción de un diagnóstico desde la perspectiva de la eficiencia en el uso de los recursos públicos. Esto es, sin desmerecer los avances alcanzados, identificar a qué costo se han producido y determinar cuáles son las fuentes persistentes de ineficiencia que deben reformarse.

El documento se organiza de la siguiente forma. En la Sección 1 se presenta una síntesis de los resultados apreciables en el sector salud en Chile en el período 1990-1999, considerando indicadores de cobertura previsional, de nivel de salud poblacional, de focalización del gasto público, de consumo de prestaciones, y de calidad percibida por los usuarios. En la Sección 2 se analiza la evolución del gasto público en salud en el mismo período, para luego, en la Sección 3, analizar la evolución del rendimiento de dicho gasto al relacionarlo con los resultados a nivel de consumo de prestaciones. En la Sección 4 se estudian diferentes causas posibles para explicar la evolución observada en el rendimiento del gasto público en salud, centrándose en la eficiencia en la producción de los prestadores públicos, el gasto en los Subsidios de Incapacidad Laboral, y el gasto en la Modalidad de Libre Elección. Finalmente, en la Sección 5 se presenta una síntesis y las conclusiones del estudio.

Introducción¹

Al iniciarse la década de los 90, el sector salud enfrentaba una serie de graves problemas, los que se reflejaban en un importante deterioro de la infraestructura de la red asistencial pública, obsolescencia del equipamiento médico, escasez de recursos humanos calificados, e ineficiencias de gestión administrativa. Todo lo anterior se traducía en una deficiente calidad de la atención de salud y del acceso de la población a los servicios, generando una creciente insatisfacción de los usuarios.

Ante esta situación, durante la década el gobierno efectuó la mayor inversión histórica en el sistema público de salud, lo que ha permitido fortalecer la red de atención primaria y la hospitalaria de mediana y alta complejidad, mejorando y construyendo consultorios, postas y hospitales, creando y fortaleciendo centros de atención ambulatoria, y creando los Servicios de Atención Primaria de Urgencia –SAPU–. También se destaca el aumento de dotación de personal y el mejoramiento de las remuneraciones del sector.² El esfuerzo del sector público se refleja en que el gasto del gobierno central en salud pasó de representar el 2.0% del PIB y el 9.3% del gasto total del gobierno central en 1990, al 2.8% del PIB y el 11.6% del gasto total del gobierno central en 1999.³

En cuanto a los resultados del mayor gasto, éste se ha visto reflejado en el incremento de las prestaciones otorgadas, como consultas de especialidad, exámenes bioquímicos y hematológicos, y

¹ Este trabajo se basa en un documento del Departamento de Estudios de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

² MINSAL, “1990-1999: 10 Años Mejorando la Salud de los Chilenos”, 1999.

³ Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, “Estadísticas de las Finanzas Públicas 1990-1999”, 2000.

exámenes de imagenología. Asimismo, se verifica una continuación de la tendencia en la mejoría de los indicadores biomédicos, como la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil, como también en la calidad de vida, medida a través de la dimensión salud del Índice de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD–.

No obstante, a pesar de los avances logrados durante la década, en el año 2000 persisten importantes problemas, referidos tanto a la equidad en el acceso de la población a la atención de salud y en las coberturas de las prestaciones, como a la eficiencia en la gestión administrativa y en el uso y rendimiento de los recursos. Igualmente, se verifica que persiste la insatisfacción de los usuarios del sistema y la baja cohesión social en torno al mismo. A lo anterior deben sumarse además dos factores que hacen inminente la necesidad de introducir reformas al sector: el cambio epidemiológico, y la transición demográfica que experimenta el país.

En este sentido, numerosos estudios demuestran que en los últimos años las causas de enfermedad y muerte de la población en Chile han cambiado desde las asociadas a estados incipientes de desarrollo, a otras asociadas al envejecimiento, a la mayor urbanización, al deterioro del medio ambiente y a los estilos de vida de las personas.⁴ Una de las principales características de este cambio es la importancia que adquieren problemas como tumores, enfermedades cardiovasculares, de salud mental, y accidentes, todos los cuales son causados por una combinación de factores, son preferentemente crónicos y sus tratamientos implican procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto costo. Así, la proyección de estos problemas en el tiempo irá poniendo en evidencia de manera creciente las dificultades del sector para financiarse y brindar cobertura y protección adecuada a la población. Por este motivo resulta apremiante contar con un sistema de salud preparado para enfrentar estos desafíos, y que sea capaz de aumentar el rendimiento que le da a los recursos y de aumentar la calidad de las prestaciones que otorga.

En este contexto, y ante el desafío que ha asumido el gobierno de reformar el sector salud de una manera integral y no sólo sectorial, el presente trabajo pretende aportar a la discusión mediante la construcción de un diagnóstico desde la perspectiva de la eficiencia en el uso de los recursos públicos en el sector salud. Esto es, sin desmerecer los avances alcanzados, identificar a qué costo se han producido y determinar cuáles son las fuentes persistentes de ineficiencia que deben reformarse.

Para dar cumplimiento al objetivo del presente estudio, éste se organiza de la siguiente forma. En la Sección 1 se presenta una síntesis de los resultados apreciables en el sector salud en Chile en el período 1990-1999, considerando indicadores de cobertura previsional, de nivel de salud poblacional, de focalización del gasto público, de consumo de prestaciones, y de calidad percibida por los usuarios. En la Sección 2 se analiza la evolución del gasto público en salud en el mismo período, para luego, en la Sección 3, analizar la evolución del rendimiento de dicho gasto al relacionarlo con los resultados a nivel de consumo de prestaciones. En la Sección 4 se estudian diferentes causas posibles para explicar la evolución observada en el rendimiento del gasto público en salud, centrándose en la eficiencia en la producción de los prestadores públicos, el gasto en los Subsidios de Incapacidad Laboral, y el gasto en la Modalidad de Libre Elección. Finalmente, en la Sección 5 se presenta una síntesis y las conclusiones del estudio.

⁴ Aedo, C., Bergoening, R., Saavedra, E.: “El Sistema de Seguridad Social en Chile: un Estudio Prospectivo” documento de trabajo realizado por el Departamento de Economía de la Universidad Alberto Hurtado para MIDEPLAN.

I. Cobertura y resultados apreciables en el sector salud en Chile

A. Cobertura previsional del sistema de salud

En lo que dice relación con la expresión formal de cobertura, es decir la pertenencia de las personas a algún componente del sistema previsional de salud, entre los años 1990 y 1997 se produjo un traspaso importante de cotizantes y beneficiarios desde el subsistema público –FONASA– hacia el subsistema privado –Isapre–, lo que disminuyó la importancia relativa del primero desde un 74% a un 60% y aumentó la participación del segundo desde 16% de la población a un 27% en el mismo período. Estas cifras sufren modificaciones a partir de 1998, donde la proporción de afiliados a ISAPRE experimenta una leve disminución llegando a una cobertura de un 22% en 1999.

Por otra parte, existen algunas diferencias si se examina la encuesta CASEN 1998, especialmente en lo que dice relación con la proporción de personas que dicen estar afiliadas a Isapre versus las que dicen estar afiliadas a FONASA. La primera cifra es menor que la informada sobre la base de la afiliación formal en 1998, mientras que la de FONASA es mayor. Así, de acuerdo a la última encuesta CASEN realizada por MIDEPLAN, del total de la población en 1998, el 61.8% se declaraba afiliado al subsistema público (aproximadamente 9 millones 200 mil personas) y un 23.1% al subsistema asegurador privado (aproximadamente 3 millones 400 mil personas).

Tabla 1

NÚMERO DE BENEFICIARIOS SEGÚN SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD, 1990-1999

Año	Sistema Público		Sistema Isapres		Otros		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
1990	9.729.020	74	2.108.308	16	1.336.021	10	13.173.349	100
1991	9.414.162	70	2.566.144	19	1.405.500	10	13.385.806	100
1992	8.788.817	65	3.000.063	22	1.810.547	13	13.599.427	100
1993	8.537.786	62	3.431.543	25	1.843.895	13	13.813.224	100
1994	8.664.479	62	3.669.874	26	1.691.816	12	14.026.169	100
1995	8.637.022	61	3.763.649	26	1.809.758	13	14.210.429	100
1996	8.672.619	60	3.813.384	26	1.932.861	13	14.418.864	100
1997	8.753.407	60	3.882.572	27	1.986.375	14	14.622.354	100
1998	8.866.230	60	3.679.835	25	2.275.649	15	14.821.714	100
1999	8.977.180	60	3.323.373	22	2.717.207	18	15.017.760	100
Cambio 90-99 (%)	-7.7		57.6		103.4		14.0	

Fuente: Ministerio de Salud, Estadísticas de Prestaciones otorgadas a beneficiarios de Ley N°18.469 y Sistema Isapre, Chile 1990-1999.

Nota: * Incluye Fuerzas Armadas, universidades, particulares y otros.

Siguiendo la información de la CASEN, es posible apreciar que el sistema de salud chileno presenta una marcada segmentación de la población de acuerdo a los niveles de ingreso, y de riesgo o gasto esperado. Así, se verifica que la distribución de la población entre los dos subsistemas está correlacionada significativamente con el nivel de ingreso de los hogares. Como se puede observar en el siguiente cuadro, el porcentaje de la población en el subsistema público disminuye con el nivel de ingresos desde el 86% en el primer quintil a 26% en el quinto quintil. En el subsistema privado se observa lo contrario, la pertenencia a éste crece desde un 4% en el primer quintil hasta un 55% en el quinto.

Tabla 2

POBLACIÓN POR SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD SEGÚN QUINTIL DE INGRESO AUTÓNOMO PER CÁPITA DEL HOGAR 1998
(En porcentajes)

Quintil	Sistema Público	Sistema Isapre	Otros y no Sabe	Total
I	86.2	4.0	9.9	100
II	73.9	13.2	13.0	100
III	62.4	21.3	16.4	100
IV	47.1	33.0	19.9	100
V	26.0	55.4	18.7	100
Total	61.8	23.1	15.1	100

Fuente: CASEN 1998, MIDEPLAN.

El indicador más claro respecto a la segmentación por nivel de riesgo de enfermar o gasto esperado se observa en la distribución etárea de la población entre el FONASA y el subsistema de Isapre. El subsistema público de salud concentra un 80.4% de la población en el tramo de edad de 65 y más años, mientras que el porcentaje de la población perteneciente a ese tramo de edad en el subsistema de seguros privado es de sólo 6.7%. El subsistema público también concentra un porcentaje más que proporcional de la población recién nacida y, por ende, de las mujeres

embarazadas: aún cuando sólo el 61.8% de la población total está en FONASA, el 66.4% de la población entre 0 y 1 año de edad se encuentra en este subsistema.

Tabla 3
POBLACIÓN SEGÚN TRAMO DE EDAD Y SISTEMA PREVISIONAL 1998
(En porcentajes)

Tramo	Sistema Público	Sistema Isapre	Otros y No Sabe	Total
<1	66.4	24.7	8.9	100
1 a 4	65.3	24.6	10.1	100
5 a 14	64.4	23.7	11.9	100
15 a 24	58.3	22.4	19.2	100
25 a 49	56.5	27.2	16.4	100
50 a 64	65.0	19.4	15.6	100
65 y más	80.4	6.7	12.8	100
Total	61.8	23.1	15.1	100

Fuente: CASEN 1998, MIDEPLAN.

La distribución de la población según el nivel de riesgo ex-ante genera en el subsistema público una mayor demanda esperada de prestaciones. El efecto adverso de este fenómeno sobre las necesidades de financiamiento de FONASA se ve potenciado por el comportamiento de un porcentaje significativo de los afiliados a las Isapre cuando enferman de gravedad o cuando requieren una intervención de alto costo. Esto podría explicar por qué existe una diferencia entre aquellos que están formalmente adscritos al sistema de Isapre y aquellos que “saben” que lo están. La coexistencia de dos subsistemas con lógicas distintas ha llevado a que las aseguradoras privadas ofrezcan planes que privilegian la cobertura ambulatoria y consecuentemente a que las personas permanezcan en el sistema de Isapre cuando requieren atenciones ambulatorias y se trasladen al subsistema público cuando requieren hospitalización o atención de urgencia, también recurso último frente a las dificultades de acceso. Como resultado de la segmentación del sistema se observan diferencias sustantivas en las tasas de utilización de hospitalización y consultas de emergencia entre ambos sistemas. En efecto, el número de consultas de emergencia y de hospitalizaciones por cada 100 beneficiarios del FONASA en 1996 fue de 2,85 y 11,4, respectivamente, mientras que para la población beneficiaria de las Isapre estas tasas fueron de 1,93 y 7,6, respectivamente.

La segmentación del sistema de salud chileno tiene serias consecuencias. Por un lado, la percepción fundada de la población respecto a la baja cobertura otorgada a la tercera edad y a las enfermedades catastróficas –las que se resolverían mayoritariamente y sin alternativas en el subsistema público una vez salvadas las dificultades de acceso– y la noción, no del todo equivocada, sobre que existe un subsistema para los ricos y otros para los pobres que erosiona la legitimidad del sistema actual y genera un clima de inestabilidad institucional en el sector.

Asimismo, la segmentación tiene consecuencias negativas sobre la equidad del sistema como un todo: por una parte, en el subsistema público los cotizantes que contribuyen a financiar las prestaciones de los indigentes y de la población de mayor riesgo son aquellos relativamente pobres; mientras que en el caso de los cotizantes de las Isapre que se trasladan a FONASA al envejecer recibirán subsidios cruzados de los jóvenes cotizantes del subsistema público, sin que hubieran contribuido a FONASA cuando eran jóvenes. Por último, la segmentación tiene además un impacto adverso sobre las necesidades financieras del subsistema público. El aumento esperado en los gastos médicos producto del envejecimiento y el cambio en el perfil epidemiológico de la

población se vería amplificado en el sector público porque éste concentra una proporción mayor de la población en la tercera edad y con enfermedades crónicas.⁵

B. Resultados apreciables en el sector de la salud en Chile

La primera reflexión que debe realizarse al estudiar los resultados en el nivel de salud de la población, es que éstos no son enteramente atribuibles a la acción directa de los sistemas de salud organizados, sino que dan cuenta también de su nivel socioeconómico, de la distribución del ingreso, del saneamiento básico y otros factores ambientales, de aspectos culturales, así como del nivel de educación de la población. No obstante, existe alguna evidencia a nivel mundial que relaciona dimensiones específicas del sector de la salud con los resultados de nivel de salud de la población,⁶ en particular las que dicen relación con la organización del gasto público e indirectamente con la estructura y organización de los sistemas. Sin embargo estos resultados suelen ser menos apreciables por la población o sólo afectan la percepción general que se tiene del sistema –en términos más bien abstractos o “distantes”–, gracias al efecto en la opinión pública de los expertos o agentes interesados, en ocasiones amplificada por los medios de comunicación.

En segundo lugar, se precisan algunos aspectos respecto a los resultados de equidad del sistema de salud, considerándose en particular como resultado la adecuada focalización del gasto público. En tercer lugar, la actividad sectorial medida en producción o consumo de servicios de atención médica, también se incorpora como un resultado, bajo el supuesto que el mayor consumo de servicios de salud representaría una mejora real y no representaría una demanda inducida. Vinculado a lo anterior, detrás de la mayor disponibilidad de servicios de salud se ha ido generando también en Chile una mayor diversidad de alternativas de atención de modo tal que las personas tienen más opciones para elegir, lo que también se juzga como beneficioso para la población.⁷

Por último, interesa también conocer la percepción que tiene la sociedad acerca del sistema de salud, la que por lo general se construye considerando no sólo los resultados de salud apreciables directamente por las personas a través de su propia experiencia de atención, sino que también considerando todos los aspectos relevantes del sistema de aseguramiento y de provisión de servicios “antes” de la atención, como es la percepción de la población acerca del grado de protección o de seguridad que le da el sistema, y la accesibilidad a los servicios requeridos y su oportunidad de provisión.⁸ Esto resulta importante porque es una medida que, en cierto sentido, resume la actitud general de las personas frente al sistema.

1. Nivel de salud

Es apreciable una mejoría global del nivel de salud de la población en Chile en la última década. Si bien estos resultados reflejan mejorías socioeconómicas generales y continúan la tendencia de la década anterior, existe consenso en que estos resultados son también producto de acciones sostenidas del sector salud en el tiempo, que se reflejan en plazos largos y donde ha sido

⁵ Esta problemática se aborda en mayor detalle en Banco Mundial, “Chile Health Insurance Issues: Old Age and Catastrophic Health Costs”, 2000.

⁶ Musgrove, Phillip, “Public and Private Roles in Health, Theory and Financing Patterns”, World Bank discussion paper N°339, 1996.

⁷ Generalmente los estratos sociales de menores ingresos suelen estar expuestos a mayores restricciones en cuanto a sus posibilidades de elección, razón por la cual si bien podría no parecer indispensable a juicio de expertos, sí se considera socialmente beneficioso que la diversidad que está disponible para los sectores de mayores recursos se difunda también hacia los sectores de menores recursos. Visto de otro modo, desde la perspectiva del desarrollo parece indeseable o “regresivo” que la diversidad de alternativas se incremente siempre sólo en beneficio de un mismo grupo de altos ingresos.

⁸ Una encuesta reciente aplicada en Chile por encargo de la OMS a informantes calificados, muestra una diferencia importante entre la opinión de los expertos acerca de la disponibilidad de servicios para la atención de problemas de emergencia de la población –más del 75% de cobertura- y lo que esos mismos expertos creen que la población experimenta en cuanto a saber que esos servicios están accesibles –menos del 50%-.

muy importante la focalización realizada en el núcleo programático materno-infantil.⁹ También existe amplio consenso, sin embargo, en que la persistencia en la actualidad sobre ese foco constituye una de las restricciones más importantes para el logro de mejores resultados sanitarios, y constituye precisamente una de las justificaciones para introducir reformas en el sector.

En Chile, el riesgo de muerte a cualquier edad se redujo en un 10% entre 1990 y 1998, sin embargo esta tendencia venía de décadas anteriores al disminuir en un 40% entre 1950 y 1970, y un 33% entre 1970 y 1990.¹⁰ Igualmente, durante la década de los noventa las muertes se concentraron progresivamente entre los más viejos de la población, ya que en 1998 el 65% de las defunciones se produjeron en personas mayores de 65 años, mientras que en 1990 dicho porcentaje fue de 57%, siendo esta también la continuación de la tendencia de las últimas décadas.

Adicionalmente puede citarse la disminución de la mortalidad materna, la cual cayó de una tasa de 0,4 por cada mil nacidos vivos en 1990, a 0,2 en 1998. Similar situación se verifica en el caso de la mortalidad infantil, desde 1990 a 1998 disminuyó de 16 a 10 por cada mil nacidos vivos. No obstante, estas tendencias también se iniciaron en décadas anteriores.

Tabla 4
DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO POR CADA MIL
NACIDOS VIVOS

Año	Tasa de Mortalidad Infantil
1945	165
1950	136
1955	117
1960	120
1965	96
1970	76
1975	55
1980	32
1985	20
1990	16
1995	11
1998	10

Fuente: Registro Civil, INE y MINSAL.

A consecuencia de lo antes descrito, la expectativa de vida al nacer aumentó durante la década de los noventa, representando también la continuación de una tendencia iniciada en décadas anteriores.

Respecto al perfil epidemiológico de la población, entendido como la importancia relativa de las enfermedades en tanto causas de muerte, motivo de consultas y hospitalización o “carga de enfermedad”, se ha modificado significativamente respecto de lo observado en la década de los sesenta, evolucionando desde enfermedades y muertes asociadas a estados incipientes de desarrollo a otras asociadas al envejecimiento de la población, a la mayor urbanización y deterioro del medio ambiente y a los denominados “estilos de vida” de las personas. Esto puede ser explicado tanto por los fenómenos de reducción de la mortalidad antes descritos, como por la disminución de la tasa general de fecundidad, desde 5,3 en la década de los 60 a 2,4 en la década de los 90.

⁹ Aedo, C., Bergoing, R. y Saavedra, E., antes citados.

¹⁰ La tasa de muertes por cada mil habitantes evolucionó de 14,8 en 1950, a 8,9 en 1979, 6 en 1990, y 5,4 en 1998.

Tabla 5
ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Período	Esperanza de Vida al Nacer		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
1965-1970	60.64	57.64	63.75
1970-1975	63,57	60,46	66.80
1975-1980	67,19	63.94	70,57
1980-1985	70.70	67,38	74,16
1985-1990	72.68	69,59	75.89
1990-1995	74.43	71,53	77.44
1995-2000	75.21	72.28	78.26

Fuente: Registro Civil, INE y MINSAL.

Las principales causas de muerte en la actualidad son las enfermedades del aparato circulatorio, los cánceres, y los traumatismos y envenenamientos, cuyo riesgo de muerte ha aumentado y en su conjunto explican más de dos tercios de las muertes. Por otra parte, ha disminuido en forma pronunciada el riesgo de muerte por enfermedades respiratorias, perinatales, digestivas e infecciosas, y otras asociadas a desnutrición infantil aguda y crónica, cuyas tasas han disminuido significativamente, tornándose la obesidad y el sobrepeso en el verdadero problema nutricional en la población menor de seis años en la actualidad.¹¹

Una característica de la llamada transición epidemiológica es que los nuevos problemas de salud, o problemas emergentes, responden a un modelo causal multifactorial, y en consecuencia su prevención es mucho más compleja, tienden a la cronificación y sus tratamientos tienen alto costo. De esta manera, si bien las actividades de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad, que son expresión de la cobertura de niveles básicos de servicios, alcanzan niveles muy adecuados para el conjunto de la población,¹² en el nivel de mayor complejidad de la atención el acceso se restringe y se expresa en imposibilidad de pago en el subsistema privado –cuando no en exclusiones explícitas– y en exclusiones implícitas, pérdida de oportunidad en la atención y problemas de acceso a los servicios especializados para determinados grupos de población en el subsistema público.

2. Equidad

En cuanto a los resultados de equidad del sistema de salud, estudios muestran que los beneficios de la buena situación de salud en Chile se distribuyen inequitativamente entre los distintos grupos socioeconómicos de la población.¹³

En este sentido, efectivamente se aprecian resultados de salud dispares entre los diferentes grupos de la población, como por ejemplo entre los habitantes de diferentes comunas, y entre la población de mayores y menores ingresos. A modo de ejemplo puede citarse que un 42% de la población tiene un riesgo de mortalidad superior al promedio; que la mortalidad infantil en la comuna de Puerto Saavedra en 1998 fue de 42,2 por mil nacidos vivos, cuando el promedio nacional fue de 10, y en la comuna de Vitacura fue de 2,6; que en 1998, el porcentaje de niños

¹¹ Paradojalmente, y precisamente por la inercia de las políticas públicas, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria - PNAC- no ha sido readecuado a esta nueva condición, no obstante su objetivo era contribuir a resolver los problemas de desnutrición.

¹² En 1999 la cobertura de vacunación infantil -e implícitamente el control del niño sano- alcanzaba en promedio a un 94,2% a nivel nacional; y la cobertura de atención profesional del parto -implícitamente las actividades de control de la mujer embarazada que culminan con el parto institucional- alcanzaba a un 99.6% de la población maternal en 1997.

¹³ Aguilera, Ximena y Concha, Marisol, "Apuntes para una Epidemiología de la Desigualdad", Departamento de Epidemiología, División de Salud de las Personas, Ministerio de Salud de Chile, 1998.

desnutridos / en riesgo de desnutrir en el primer quintil de ingresos era de 6.2%, mientras que en el quinto quintil era de 0.6%; y que en el mismo año, el porcentaje de niños *obesos / con sobrepeso* en el primer quintil de ingresos era de 10.5%, mientras que en el quinto quintil era de 6%.

No obstante, estos resultados inequitativos en salud no hacen otra cosa que graficar una desigualdad más amplia, la cual corresponde a la desigualdad socioeconómica general que existe en el país. Sabido es que a pesar de los importantes avances en la disminución de la pobreza, en 1998 aún el 21.7% de los chilenos era calificado como pobre –lo que equivale a 3.160.100 personas–, de los cuales 820.000 eran calificados como indigentes –un 5.6% de la población total–. Asimismo, la desigualdad en la distribución de ingresos ha sido persistente durante toda la década, ganando el 20% más rico de la población 13,9 veces más que el 20% más pobre en 1998. En esta misma línea, se puede citar el Índice de Desarrollo Humano Comunal¹⁴ el que evidencia importantes desigualdades, mostrando mejores resultados las comunas urbanas, especialmente un grupo concentrado en la Región Metropolitana. A modo de ejemplo, la comuna de Vitacura alcanza un índice de 0,924 alcanzando el primer lugar del país, mientras que la comuna de Puerto Saavedra logra un índice de sólo 0,607, ubicándose en el lugar 318. En este mismo sentido, también existe evidencia de correlación positiva entre los Años de Vida Potenciales Perdidos –AVPP– por cada mil habitantes, y las tasas de pobreza y analfabetismo.¹⁵

Por otro lado, en contraste a los resultados inequitativos en salud, existe evidencia en base a la encuesta CASEN 1998 sobre que el gasto público en este sector actúa de manera progresiva, beneficiando particularmente a la población de menores ingresos. En concreto, en 1998 por concepto de prestaciones de salud, incluido el PNAC, los hogares recibieron como subsidio¹⁶ MM\$389.620 –en pesos de 1999–, beneficiando el 85% de este gasto al 40% de los hogares de menores ingresos. Visto de otra manera, mientras el subsidio promedio por hogar fue de \$8.674, el 20% más pobre de los hogares recibió en promedio \$24.052, y el 20% de mayores ingresos aportó en promedio \$3.866. En consecuencia, no se puede afirmar que el gasto público en salud se distribuya de manera inequitativa, sino todo lo contrario: que a pesar de ser altamente progresivo, no logra solucionar por sí solo la desigualdad socioeconómica general.

Tabla 6
SUBSIDIO TOTAL ANUAL POR PRESTACIONES DE SALUD
(Según quintil de ingreso autónomo del hogar 1998)

Quintil de Ingreso	Valor Atenciones (MM\$ 1999)	Valor PNAC (MM\$ 1999)	Total	Porcentaje
I	206.307	9.741	216.048	55
II	109.081	7.295	116.376	30
III	68.855	4.658	73.513	19
IV	15.272	3.129	18.402	5
V	-35.780	1.061	-34.720	-9
Total	363.736	25.884	389.620	100

Fuente: MIDEPLAN en base a CASEN 1998.

Donde sí se pueden identificar problemas de equidad a nivel de recursos, es en la comparación que surge de los subsectores público y privado de salud. En este sentido, como ya se señaló, existe la percepción general que el sistema de salud privado es para ricos y el público para pobres, que la pertenencia a cada cual está determinada por la capacidad de pago de las personas y

¹⁴ “Desarrollo Humano en las Comunas de Chile”, PNUD, 2000.

¹⁵ Aguilera, X. y Concha, M. antes citadas.

¹⁶ Se considera como subsidio la diferencia entre el valor total de las prestaciones recibidas por los usuarios, menos los copagos efectuados, y menos las cotizaciones.

su nivel de riesgo, y que el problema de la salud en Chile no se resuelve actualmente de manera colectiva y solidaria sino que de manera individual. Esta percepción se basa, por una parte, en el hecho que los cotizantes de mayores ingresos fueron quienes se cambiaron de sistema al crearse las Isapre en la década de los ochenta, dejando así de efectuar subsidios cruzados a los cotizantes de menores recursos que permanecieron en el subsistema público y haciendo que este último debiese financiarse progresivamente vía aumento de las cotizaciones y los copagos. Por otra parte, la percepción también se basa en las apreciables diferencias de recursos que existen entre los dos subsistemas, graficada por ejemplo en que en 1999 el 67% de las horas médicas fueron prestadas fuera del subsistema público –es decir en el sector que cubre sólo a un tercio de la población–, y que en el mismo año el gasto anual per cápita del sector público de salud fue aproximadamente de US\$210, mientras que en el sector privado –incluyendo copagos– fue de US\$500.

3. Consumo de prestaciones de salud

A continuación se presenta la evolución del consumo de las principales prestaciones de salud que fueron financiadas por los subsistemas público y privado entre los años 1990 y 1999.¹⁷ Para determinar el impacto que han tenido los incrementos en el número de prestaciones otorgadas sobre el consumo promedio de las personas, se relaciona la producción de cada subsistema con la población beneficiaria respectiva. La tasa de uso, definida como la cantidad de prestaciones por beneficiario, es así un buen indicador del comportamiento de la accesibilidad promedio a estos servicios, aunque no da cuenta de la equidad en el acceso entre determinados grupos de población al interior de cada subsistema.

Como se aprecia en la siguiente tabla, el número de consultas aumentó en un 48% en el período, no obstante, las tasas de crecimiento no fueron iguales en los dos subsistemas. Concretamente, las consultas financiadas por el subsistema público se incrementaron en un 34%, mientras que las financiadas por el subsistema privado lo hicieron en un 99%. En cuanto a las tasas de uso, las que dependen no sólo de la evolución de la cantidad de prestaciones sino que también de la evolución en la cantidad de beneficiarios –la que se muestra en la Tabla 1– se constata un crecimiento de 42% en el período, descompuesta por un incremento de 45% de dicha tasa en el subsistema público y de 26% en el sector privado.

De lo observado es posible plantear que el incremento en el número de consultas en el sector de salud se tradujo en mayor accesibilidad a estas prestaciones para los beneficiarios del subsistema público, lo que se vio reforzado además por el hecho que los beneficiarios de este sistema disminuyeron en un 8% en el período 1990-1999. Por su parte, la accesibilidad para los beneficiarios del subsector privado, siendo más alta desde un comienzo, mantuvo relativamente sus niveles.

Los exámenes de laboratorio por su parte, aumentan en cerca del doble, al igual que la respectiva tasa de uso. En este caso el sistema público financió para sus beneficiarios un incremento en el número de exámenes de casi el doble –exactamente un 95%–, lo que implicó que la tasa de uso en el sector creciera aceleradamente, partiendo en 1990 con niveles similares al sistema Isapre, pero terminando la década con una tasa de 4,84 exámenes por beneficiario versus 3,87 del sistema privado. Es decir, a la fecha existiría mayor accesibilidad para exámenes de laboratorio en el sistema público que en el privado.

¹⁷ Esta sección se basa en información estadística del Ministerio de Salud, la cual para efectos de comparabilidad de las cifras selecciona aquellas prestaciones que se registran de igual forma en las modalidades Institucional y Libre Elección de FONASA, así como en el Sistema Isapre.

Tabla 7

CONSULTAS MÉDICAS RECIBIDAS POR BENEFICIARIOS DE LEY 18.469 Y SISTEMA ISAPRE, 1990-1999

Año	Beneficiarios Ley 18.469		Beneficiarios Isapre		Total ^a	
	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso
1990	25.791.972	2.65	6.890.900	3.27	32.682.872	2.76
1991	26.489.012	2.81	8.320.254	3.24	34.809.266	2.91
1992	26.905.777	3.06	9.813.865	3.27	36.719.642	3.11
1993	25.801.741	3.02	11.514.841	3.36	37.316.582	3.12
1994	27.645.004	3.19	12.132.296	3.31	39.777.300	3.22
1995	27.730.530	3.21	11.982.465	3.18	39.712.995	3.20
1996	28.646.414	3.30	12.646.167	3.32	41.292.581	3.31
1997	31.161.685	3.56	13.199.695	3.40	44.361.380	3.51
1998	32.597.807	3.68	13.828.222	3.76	46.426.029	3.70
1999	34.540.117	3.85	13.689.612	4.12	48.229.729	3.92
Cambio 90-99 (%)	34	45	99	26	48	42

Fuente: Anuarios Estadísticos del Ministerio de Salud

Nota: ^a Para la Tasa de Uso Total se considera la suma de beneficiarios de la Ley 18.469 y del Sistema Isapre, excluyéndose a los beneficiarios de otros sistemas como fuerzas armadas, universidades y particulares.

En el caso de la producción de exámenes de imagenología los aumentos son significativos en ambos subsistemas y su comportamiento es semejante: el público financió para sus beneficiarios un incremento de 85%, mientras que el privado financió un aumento de 150%. Por su parte, si bien la tasa de uso es en general menor a la de los exámenes de laboratorio, en el período experimentó un crecimiento porcentual similar, destacándose el crecimiento en el subsistema público, en el cual aumentó al doble.

Respecto a las prestaciones de anatomía patológica, la tendencia es similar a la observada para los exámenes de laboratorio e imagenología, con un aumento de 145% en el subsistema privado y 56% en el público, no obstante la tasa de uso aumenta más fuertemente en este último.

Tabla 8

EXÁMENES DE LABORATORIO PRESTADOS A BENEFICIARIOS DE LEY 18.469 Y SISTEMA ISAPRE, 1990-1999

Año	Beneficiarios Ley 18.469		Beneficiarios Isapre		Total	
	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso
1990	22.280.333	2.29	4.976.550	2.36	27.256.883	2.30
1991	22.488.044	2.39	6.142.199	2.39	28.630.243	2.39
1992	21.530.291	2.45	7.186.013	2.40	28.716.304	2.44
1993	24.393.432	2.86	8.542.596	2.49	32.936.028	2.75
1994	30.933.432	3.57	9.459.746	2.58	40.393.178	3.27
1995	33.059.573	3.83	10.173.514	2.70	43.233.087	3.49
1996	34.558.708	3.98	11.178.863	2.93	45.737.571	3.66
1997	36.333.567	4.15	11.732.117	3.02	48.065.684	3.80
1998	41.136.364	4.64	12.128.906	3.30	53.265.270	4.25
1999	43.412.555	4.84	12.861.561	3.87	56.274.116	4.57
Cambio 90-99 (%)	95	111	158	64	106	99

Fuente: Anuarios Estadísticos del Ministerio de Salud.

Tabla 9

**EXÁMENES DE IMAGENOLÓGÍA PRESTADOS A BENEFICIARIOS DE LEY 18.469
Y SISTEMA ISAPRE 1990-1999**

Año	Beneficiarios Ley 18.469		Beneficiarios Isapre		Total	
	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso
1990	2.600.279	0.27	1.121.195	0.53	3.721.474	0.31
1991	2.729.838	0.29	1.407.310	0.55	4.137.148	0.35
1992	2.995.061	0.34	1.682.454	0.56	4.677.515	0.40
1993	3.115.530	0.36	1.943.604	0.57	5.059.134	0.42
1994	3.870.451	0.45	2.110.214	0.58	5.980.665	0.48
1995	3.545.286	0.41	2.288.328	0.61	5.833.614	0.47
1996	3.687.149	0.43	2.511.288	0.66	6.198.437	0.50
1997	4.060.859	0.46	2.608.069	0.67	6.668.928	0.53
1998	4.698.756	0.53	2.706.632	0.74	7.405.388	0.59
1999	4.816.254	0.54	2.804.966	0.84	7.621.220	0.62
Cambio 90-99 (%)	85	100	150	59	105	100

Fuente: Anuarios Estadísticos del Ministerio de Salud.

Tabla 10

**PRESTACIONES DE ANATOMÍA PATOLÓGICA RECIBIDAS POR BENEFICIARIOS DE LEY 18.469 Y
SISTEMA ISAPRE, 1990-1999**

Año	Beneficiarios Ley 18.469		Beneficiarios Isapre		Total	
	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso
1990	728.399	0.07	208.006	0.10	936.405	0.08
1991	807.791	0.09	248.391	0.10	1.056.182	0.09
1992	864.164	0.10	301.655	0.10	1.165.819	0.10
1993	896.411	0.10	347.600	0.10	1.244.011	0.10
1994	941.814	0.11	397.821	0.11	1.339.635	0.11
1995	918.851	0.11	516.482	0.14	1.435.333	0.12
1996	952.609	0.11	450.978	0.12	1.403.587	0.11
1997	1.064.304	0.12	467.013	0.12	1.531.317	0.12
1998	1.103.332	0.12	454.910	0.12	1.558.242	0.12
1999	1.136.097	0.13	508.711	0.15	1.644.808	0.13
Cambio 90-99 (%)	56	86	145	50	76	63

Fuente: Anuarios Estadísticos del Ministerio de Salud.

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, prestaciones más complejas, los aumentos de producción son más moderados: aumenta la producción de intervenciones quirúrgicas en 16% en el período, con fluctuaciones. El aumento de producción financiada por el subsistema público ascendió sólo a un 1% –con fluctuaciones–, y en el subsistema privado a un 119%. Es decir, el incremento observado de la producción fue financiado principalmente por el subsector privado para sus propios beneficiarios.¹⁸ Al analizar la tasa de uso de intervenciones quirúrgicas, se observa que aumenta levemente en el subsistema público, y más fuertemente en el privado –respectivamente un 9% y un 43%–, aumentando en un 10% en términos totales, lo que representa un porcentaje relativamente bajo comparado con las demás prestaciones.

¹⁸ Dentro de las intervenciones quirúrgicas también se cuentan los partos por cesáreas, los que disminuyeron en un 24% en el período en el subsistema público, mientras que aumentaron en un 84% en el privado.

Tabla 11

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS RECIBIDAS POR BENEFICIARIOS DE LEY 18.469
Y SISTEMA ISAPRE 1990-1999**

Año	Beneficiarios Ley 18.469		Beneficiarios Isapre		Total	
	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso	Cantidad de Prestaciones	Tasa de Uso
1990	1.043.723	0.11	157.323	0.07	1.201.046	0.10
1991	1.144.136	0.12	242.444	0.09	1.386.580	0.12
1992	1.141.885	0.13	256.808	0.09	1.398.693	0.12
1993	1.136.087	0.13	269.502	0.08	1.405.589	0.12
1994	1.146.272	0.13	306.825	0.08	1.453.097	0.12
1995	1.105.508	0.13	298.420	0.08	1.403.928	0.11
1996	1.057.962	0.12	333.276	0.09	1.391.238	0.11
1997	957.913	0.11	348.764	0.09	1.306.677	0.10
1998	1.072.870	0.12	347.635	0.09	1.420.505	0.11
1999	1.049.393	0.12	344.720	0.10	1.394.113	0.11
Cambio 90-99 (%)	1	9	119	43	16	10

Fuente: Anuarios Estadísticos del Ministerio de Salud.

De los datos expuestos sobre consumo de prestaciones de salud es posible concluir que ha aumentado la prestación de servicios y su razón de uso –más marcadamente en el sector público–, que el mayor aumento se ha concentrado en los exámenes, y que la oferta de prestaciones de salud se ha diversificado con una participación creciente del subsistema privado en su financiamiento y provisión.¹⁹

Resulta interesante también establecer el cambio experimentado en las relaciones entre prestaciones. En este sentido, en 1990 por cada 100 consultas médicas se realizaban 83 exámenes de laboratorio y 11 de imagenología, mientras que en 1999 por cada 100 consultas se producían 117 exámenes de laboratorio y 16 de imagenología. Es decir, en Chile no sólo se incrementaron las consultas médicas por beneficiario, sino que también el consumo adicional de exámenes generado por cada consulta médica, siendo esta tendencia más fuerte en el subsistema público.²⁰ Respecto a la relación entre consultas médicas e intervenciones quirúrgicas, cabe notar que se produce una evolución inversa a la recién descrita, puesto que en 1990 por cada 100 consultas se realizaban 3,9 intervenciones, mientras que en 1999 se realizaban 2,9, explicándose esta disminución especialmente por lo ocurrido en el subsistema público, puesto que en el privado se observa un aumento leve.

4. Resultados de calidad percibida²¹

En cuanto a los resultados sobre la calidad percibida por la población respecto a los sistemas de salud, debe advertirse que resulta aventurado realizar análisis en términos absolutos utilizando diferentes instrumentos, en particular comparar la percepción sobre el sistema público y el privado. Por este motivo, si bien en esta sección se citan distintos instrumentos aplicados en distintos momentos del tiempo, el esfuerzo se centra en analizar preferentemente tendencias generales y plantear posibles hipótesis para explicarlas.

¹⁹ Estas cifras son consistentes con los datos mostrados por Aedo, Bergoing y Saavedra antes citados.

²⁰ Cabe recordar que este aumento de prestaciones se puede considerar como una mejora real, bajo el supuesto que no corresponde a demanda inducida.

²¹ Esta sección se basa en Solimano, G., Vergara, M. y Tokman, M., "Propuesta de Políticas para la Seguridad Social en Chile: Componente Salud", MIDEPLAN, por publicar.

Planteada la consideración anterior, una primera aproximación a la calidad percibida pasa por observar el carácter prioritario que la población le asigna a la salud. Al respecto, a fines del gobierno militar el 50% de la población declaraba que la salud era el problema prioritario que debiese considerar el gobierno, situación que relativamente se mantiene en los gobiernos democráticos, ya que en 1994 el 49.2% de la población afirmaba lo mismo, y a la fecha la salud sigue estando en el segundo lugar de importancia dentro de las preocupaciones ciudadanas que deben ser resueltas.

En 1994, en cuanto a la percepción que tenían las personas respecto a su cobertura previsional de salud, dos tercios de los entrevistados de la encuesta CEP relataba sentirse insuficiente cubiertos frente a los eventos de salud o sin ninguna protección frente a los mismos. Estas cifras de percepción de desprotección en salud contrastaban con la información proporcionada a la misma fecha – año 1994– por la encuesta CASEN, donde se demostraba que no declaraban tener previsión para salud –no declaraban estar adscritos a ningún sistema– sólo el 8% de la población.

La discrepancia de los resultados entre ambas fuentes de información probablemente tiene que ver con que en una evaluación subjetiva, más allá de la adscripción formal que las personas dicen tener a los sistemas aseguradores en salud, las personas perciben mucha inseguridad respecto a los eventos de salud y el gasto asociado a los mismos.²² Como se dijo antes, frente a los problemas de salud emergentes, el sistema asegurador privado ha practicado el establecimiento de exclusiones que constan en el contrato que se firma entre las partes. A su modo, en el subsistema público las prolongadas listas de espera han constituido también formas de exclusión. Así, la existencia de enfermedades cuyo tratamiento ha sido caracterizado del modo “nadie lo puede pagar” y su expresión de exclusión implícita o explícita en los subsistemas público y privado, contribuye a generar una sensación colectiva de desprotección y es probablemente uno de los elementos que consideran las personas al momento de evaluar los sistemas de salud y al mismo tiempo uno de los problemas más críticos a resolver.

Tabla 12
PERCEPCIÓN DE COBERTURA PREVISIONAL SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO
(En porcentajes)

Calificación	Nivel Socioeconómico			
	Total	Alto	Medio	Bajo
Se siente casi o totalmente cubierto	8	25	11	6
Se siente bien o razonablemente cubierto	23	35	31	17
Se siente insuficientemente cubierto	35	27	38	33
No tiene protección de salud	32	12	19	42

Fuente: Estudio CEP. Noviembre-Diciembre 1994.

En la misma encuesta CEP, en relación con la evaluación que hacen las personas respecto al estado de los servicios de salud en comparación a la situación previa –5 años antes–, casi la mitad de los entrevistados señala que la situación se ha mantenido igual, seguida por la opinión de que han mejorado y luego de que han empeorado. Por niveles socio-económicos se percibe que son los sectores altos quienes se inclinan con más fuerza a señalar que la situación se mantiene igual –un 61%– y son quienes señalan en menor medida que los servicios han empeorado –un 9%–. Por su parte, los sectores medios presentan mayores porcentajes comparativos respecto de percibir mejorías en la situación –un 36%–.

Respecto a su sistema de salud de pertenencia, la mayoría de las personas señala sentirse insatisfecha o muy insatisfecha con el mismo, no obstante existen diferencias apreciables entre

²² Esto es consistente con los hallazgos del PNUD en su informe sobre el Desarrollo Humano en Chile, 1998.

niveles socioeconómicos. Es interesante notar que, a diferencia de lo que se observa cuando las personas se refieren a la situación del sistema respecto de cinco años antes o del año anterior, los niveles de satisfacción sí son directamente proporcionales al nivel socio-económico, siendo los de nivel calificado como bajo quienes tienen las proporciones más altas de insatisfacción.

Tabla 13
NIVEL DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO AL SISTEMA DE SALUD SEGÚN
NIVEL SOCIOECONÓMICO
(En porcentajes)

Calificación	Nivel Socioeconómico		
	Alto	Medio	Bajo
Satisfecho y muy satisfecho	57	43	34
Indiferente	7	6	8
Insatisfecho y muy insatisfecho	35	51	56

Fuente: Estudio CEP. Noviembre-Diciembre 1994.

No obstante lo anterior, la encuesta CASEN 1998 revela resultados más alentadores de percepción de mejoría en los servicios públicos de salud, percepción que disminuye de manera proporcional al incremento de los ingresos de las personas si se examinan los resultados por quintiles de ingresos. Del mismo modo, la encuesta CASEN muestra buenos resultados en cuanto a la percepción de oportunidad de la atención en el subsistema público, la que se incrementa de manera directamente proporcional a los ingresos.

Tabla 14
PERCEPCIÓN DE MEJORÍAS EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS SEGÚN QUINTIL
DE INGRESO AUTÓNOMO PER CÁPITA DEL HOGAR*, 1998**
(En porcentajes)

Mejorías en Establecimientos					
Quintil de Ingresos	Infraestructura	Equipamiento	Higiene Baños	Sala de Espera	Trato del Personal
I	69.5	65.7	59.3	68.5	59.5
II	70.4	65.4	58.6	69.7	59.5
III	68.0	63.9	55.2	66.6	61.3
IV	65.3	61.1	52.8	62.6	59.3
V	60.6	55.6	45.0	54.9	55.5
Total	67.8	63.4	55.7	66.0	59.4

Fuente: MIDEPLAN. Encuesta CASEN 1998.

Notas: * Excluye el servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar. ** Cifras preliminares.

Tabla 15

**PERCEPCIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS
SEGÚN QUINTIL DE INGRESO AUTÓNOMO PER CÁPITA DEL HOGAR*, 1998****
(En porcentajes)

Oportunidad de la Atención					
Quintil de Ingresos	Oportuna	Alguna demora	Tardía	No opina	Total
I	80.5	12.0	5.1	2.3	100
II	83.2	10.2	3.8	2.9	100
III	85.8	8.1	3.5	2.7	100
IV	88.4	6.4	2.3	3.0	100
V	91.4	3.5	2.3	2.8	100
Total	85.5	8.3	3.5	2.7	100

Fuente: MIDEPLAN. Encuesta CASEN 1998.

Notas: * Excluye el servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar. ** Cifras preliminares.

Por otra parte, en cuanto al subsistema privado, la encuesta realizada por ADIMARK muestra que el grado de aprobación de las Isapres manifestado por las personas afiliadas a ellas ha disminuido progresivamente, desde 65% en 1997 a 50.7% en 1999. No obstante, también en 1999 se encuentra que el 67% de los afiliados se siente satisfecho con el sistema. Esta discrepancia observada entre la aprobación del sistema y la satisfacción con el mismo en el subsistema privado es muy parecida a la encontrada por el Ministerio de Salud en 1995 en cuanto al subsistema público en encuesta también encargada a ADIMARK. Ésta mostraba que la apreciación subjetiva de las personas respecto del sistema era peor que la satisfacción demostrada frente a la experiencia concreta de atención en el mismo –e inversamente proporcional a los niveles de ingresos, siendo peor en los niveles de ingresos más altos, cuya probabilidad de atención en el subsistema público era menor–. Es decir, hay antecedentes que indican que las personas tienden a tener una apreciación del sistema que es peor que la satisfacción con el mismo a partir de su propia experiencia de atención.

Finalmente, si se remite a la evaluación pública de las políticas de salud, es posible encontrar series de tiempo que muestran que ésta no sólo no ha mejorado, sino que ha empeorado levemente a lo largo del tiempo. Sobre la base de las Encuestas de Opinión realizadas por el Centro de Estudios Públicos –CEP– entre el período 1990 y 1997, Larrañaga (1999)²³ construye un cuadro al que recurre Zuleta (1999),²⁴ que muestra la tendencia de la evaluación pública de las políticas de salud en el período, prácticamente sin distinción entre niveles de ingresos de las personas.

Tabla 16

EVALUACIÓN PÚBLICA DE LAS POLÍTICAS DE SALUD
(Escala: de 1 (Muy mala) a 7 (Excelente))

Año	Población Total	Población de Ingreso Alto	Población de Ingreso Medio	Población de Ingreso Bajo
1990	4.0	4.4	4.1	3.7
1991	3.8	4.1	3.8	3.7
1992	3.6	3.8	3.6	3.5
1993	3.4	3.4	3.5	3.3
1994	3.8	3.8	3.7	3.9
1995	4.1	4.5	4.0	4.1
1996	3.6	3.6	3.6	3.5
1997	3.7	3.3	3.6	3.8

Fuente: Larrañaga (1999), sobre la base de Encuestas de Opinión CEP.

²³ Larrañaga, O. "Health Sector Reforms in Chile" in Chile: Recent Policy Lessons and Emerging Challenges, The World Bank, 1999.

²⁴ Zuleta, G. "Chile: Antecedentes sobre el Proceso de Reforma del Sector Salud y Escenarios Posibles a Futuro" Banco Interamericano de Desarrollo, Octubre 1999.

Como se puede apreciar, la evaluación subjetiva que hacen las personas del sistema de salud dista de los esfuerzos de inversión y gasto que han venido realizando los subsistemas público y privado en los últimos años, y tampoco es consistente con la mayor disponibilidad, diversidad y consumo de prestaciones. Esta inconsistencia induce a pensar que existen otras variables, distintas del mayor consumo y diversificación de servicios, que estarían afectando la percepción de las personas respecto del sistema y explicando la persistencia en el tiempo de la insatisfacción con el mismo. Ciertamente, una parte del problema podría explicarse por el incremento de expectativas que se produce sistemáticamente en el tiempo, pero no es posible descartar que existan dimensiones distintas del consumo y diversificación de servicios que no estén siendo adecuadamente capturadas al momento de evaluar, como las que dicen relación con la sensación de inseguridad experimentada por las personas con un sistema que ha transitado desde las soluciones colectivas a las soluciones individuales, como se señala en el informe del PNUD sobre el Desarrollo Humano en Chile del año 1998, o las dimensiones no médicas de la atención que han deshumanizado la calidad de la respuesta del sistema a las personas, dimensiones que la OMS explora en la actualidad.²⁵

Otra posible explicación de las percepciones de las personas sobre el sistema de salud se refiere a los poderosos efectos que pueden ejercer los medios de comunicación en ellas. En este sentido, para nadie han pasado desapercibidos los problemas que ha debido enfrentar el Ministerio de Salud cada año debido a las demandas salariales de sus trabajadores y también, por ejemplo, a consecuencia de la gran demanda invernal por patología respiratoria. En el caso de las Isapre abundan en la prensa las denuncias de cobros abusivos, control excesivo de beneficios médicos o incumplimiento de los contratos. También se difunden profusa y cotidianamente las dimensiones catastróficas de la salud y los disensos de los distintos grupos de interés al interior del sistema. Estos problemas que se leen en los diarios o se ven cotidianamente en la televisión contribuyen a incrementar la sensación de inseguridad y desprotección que se tiene con el sistema. De manera adicional, debe considerarse que en la percepción de las personas también influye el hecho que paulatinamente han dejado de ser pacientes pasivos, para transformarse en usuarios activos, que están más informados y crecientemente exigen más información. Por último, respecto a la evaluación que las personas hacen del sistema público de salud, debe considerarse el efecto demostración que ocasionó el surgimiento del sistema privado, y que lleva a los usuarios a comparar críticamente las ventajas y desventajas de las distintas alternativas.

²⁵ "Health Systems Performance Assessment: Measurement of Responsiveness" Estudio en proceso, OMS.

II. Evolución del gasto público en salud

Luego de analizar los resultados apreciables en el sector salud – la evolución en la prestación y consumo de servicios, la tendencia en los indicadores del nivel de salud de la población, y encuestas sobre la percepción de los usuarios–, para completar el análisis del sector, en esta sección se examina la evolución del gasto público en salud, mientras que en la próxima sección se estudia la tendencia de su rendimiento. Este último aspecto resulta de gran importancia, pues permite analizar la eficiencia en el uso de los recursos mediante la relación entre cambios cuantitativos en el número de prestaciones de salud otorgadas, y la evolución de los salarios en el sector y otros gastos. De esta manera se busca identificar a qué costo se han producido los avances logrados. De todas maneras, debe señalarse que no obstante la importancia de esta dimensión, las investigaciones realizadas al respecto son muy pocas y no se cuenta con suficiente evidencia de lo ocurrido en el sistema en los últimos años, particularmente en el subsistema privado.²⁶ A pesar de ello, en este documento se construyen indicadores que si bien pueden estar sujetos a discusión en cuanto a las cifras absolutas que representan, tienen el valor de permitir la observación y el análisis de las tendencias en el sector.²⁷

²⁶ Aedo, C., Bergoing, R. y Saavedra, E., hacen referencia indirecta a este punto cuando aluden al tema del escalamiento de costos en el estudio antes citado.

²⁷ Por lo general las elaboraciones como las realizadas en este documento en torno al tema del rendimiento, la eficiencia o la productividad, despiertan reacciones de los grupos que se sienten afectados o criticados por los resultados. No obstante, este tipo de análisis debe ponerse a disposición de la comunidad interesada de forma tal que sea considerado y ponderado en su adecuada dimensión.

Respecto a la evolución del gasto, se verifica que entre 1990 y 1999 el gasto total del subsistema público se incrementó en un 169% en términos reales. Como referencia puede señalarse que el gasto en el subsistema privado creció un 140% en el mismo período.²⁸ Sin embargo, producto del incremento del número de beneficiarios observado en el subsistema privado, el gasto per cápita en dicho sector aumentó en un 52%, mientras que en el sector público –en el cual disminuyó la cantidad de beneficiarios–, lo hizo en un 191%. Esto representa una tendencia a la disminución en términos porcentuales de la brecha entre el gasto per cápita de ambos subsistemas, ya que en 1990 el gasto per cápita en el sector privado –excluyendo copagos– era 3,2 veces el equivalente del sector público, mientras que en 1999, dicha diferencia se reduce a 1,7 veces.

El incremento del gasto por beneficiario puede explicarse tanto por el mayor consumo per cápita de prestaciones –el que aumenta para el período en estudio como ya se ha visto en la sección anterior al analizar la evolución de las tasas de uso–, así como por encarecimiento de las distintas prestaciones.

Al analizar la evolución de los componentes más importantes del gasto público en salud, se destaca que para el período completo –1990-1999– todos aumentan a más del doble, a excepción del Programa Nacional de Alimentación Complementaria –PNAC– que disminuye. En particular los rubros de mayor dinamismo fueron las inversiones, la atención primaria, y los gastos en personal.²⁹ Estos aumentos son coherentes con los objetivos de las autoridades, especialmente en el inicio del período, de recuperar la infraestructura pública, fortalecer la atención primaria, y recuperar el poder adquisitivo de las remuneraciones del personal médico y de los funcionarios públicos en general.

En la segunda mitad del período en análisis –1995-1999– se observa una desaceleración en el ritmo de crecimiento del gasto en personal, atención primaria e inversiones –que de hecho decrecen–, sin embargo el gasto por concepto de la Modalidad Libre Elección –MLE– sigue expandiéndose a tasas elevadas al igual que en la primera mitad del período. Al concentrarse en los años más recientes aparece un nuevo rubro que lidera el crecimiento del gasto. Se trata del gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral –SIL–, que entre 1995 y 1999 se ha expandido en un 89%. Cabe mencionar que en esta cuenta se están incluyendo tanto los subsidios pagados directamente con cargo a los Servicios de Salud, como también los déficit de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar –CCAF– que deben ser cubiertos por FONASA por ley.³⁰

²⁸ Respecto a los gastos del sector privado citados en el estudio, debe advertirse que no consideran los copagos efectuados por los consumidores -lo que sí se hace para la Modalidad Libre Elección en el sector público-, por lo que sus totales se encuentran subvalorados en aproximadamente un 15% acorde a estimaciones basadas en “Propuestas para la Futura Política Social”, Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza, 1999. No obstante lo anterior, igualmente en algunas secciones de este documento se citan cifras de gasto del sector privado como parámetro de comparación para el sector público, particularmente a nivel de tendencias.

²⁹ También muestran un alto crecimiento -un 284% para el período completo- los gastos agrupados en la categoría “Otros”, la que incorpora ítems como transferencias corrientes, transferencias de capital, inversión financiera, y servicio de la deuda pública.

³⁰ También se ha agregado en esta cuenta el gasto por concepto de Subsidio de Reposo Maternal y Enfermedad de Hijo Menor a Un Año.

Tabla 17
EVOLUCIÓN GASTO EN SALUD: PERÍODO 1990-1999

Subsector Público			
Año	Gasto (MM\$ de 1999)	Beneficiarios	Gasto per Cápita (M\$ de 1999)
1990	401.538	9.729.020	41.3
1991	474.056	9.414.162	50.4
1992	575.964	8.788.817	65.5
1993	647.635	8.537.786	75.9
1994	723.643	8.664.479	83.5
1995	781.497	8.637.022	90.5
1996	861.622	8.672.619	99.3
1997	918.105	8.753.407	104.9
1998	1.004.674	8.866.230	113.3
1999	1.078.692	8.977.180	120.2
Cambio 90-99 (%)	169	-8	191
Subsector Privado			
Año	Gasto (MM\$ de 1999)	Beneficiarios	Gasto per Cápita (M\$ de 1999)
1990	281.162	2.108.308	133.4
1991	326.848	2.566.144	127.4
1992	388.098	3.000.063	129.4
1993	453.926	3.431.543	132.3
1994	508.716	3.669.874	138.6
1995	560.524	3.763.649	148.9
1996	607.947	3.813.384	159.4
1997	659.336	3.882.572	169.8
1998	684.467	3.679.835	186.0
1999	674.663	3.323.373	203.0
Cambio 90-99 (%)	140	58	52

Fuente: FONASA y Superintendencia de Isapres.

Tabla 18
EVOLUCIÓN COMPONENTES GASTOS SECTOR PÚBLICO DE SALUD
(MM\$ 1999)

Año	Personal	Bs. y Ss.	At. Primaria	MLE	SIL	PNAC	Inversiones	Otros	Total
1990	135.878	96.784	26.716	52.911	20.757	34.756	8.745	24.992	401.538
1991	162.339	124.571	32.265	57.584	21.942	37.113	11.828	26.415	474.056
1992	195.421	129.619	36.782	67.289	23.080	38.885	51.644	33.243	575.964
1993	244.530	138.227	37.607	75.898	23.233	39.062	48.789	40.290	647.635
1994	280.310	152.017	46.099	81.622	26.207	31.591	59.669	46.128	723.643
1995	310.888	157.114	55.052	87.562	28.818	31.528	56.002	54.532	781.497
1996	339.855	174.906	65.834	96.293	33.851	34.188	56.619	60.077	861.622
1997	372.196	179.990	71.549	106.448	39.043	29.279	54.204	65.397	918.105
1998	393.716	194.401	84.643	128.250	48.597	25.884	46.863	82.321	1.004.674
1999	409.076	223.810	95.421	136.311	54.602	21.952	41.553	95.968	1.078.692
Cambio 90-95 (%)	129	62	106	65	39	-9	540	118	95
Cambio 95-99 (%)	32	42	73	56	89	-30	-26	76	38
Cambio 90-99 (%)	201	131	257	158	163	-37	375	284	169

Fuente: FONASA. Excluye transferencias municipales a salud primaria.

En cuanto a la composición del gasto público en salud, durante todo el período el principal componente corresponde al gasto en personal, el cual parte representando un tercio del total, y crece relativamente hasta alcanzar casi el 40% en 1999. El segundo componente de mayor peso en el gasto corresponde a Bienes y Servicios, el que no obstante viene perdiendo importancia relativa –cae del 24% al 21%–, y que es seguido por el gasto en la Modalidad de Libre Elección, que oscila entre el 11% y el 13%.

Los restantes componentes representan individualmente porcentajes menores al 10%. En el caso del gasto destinado a la Atención Primaria Municipal a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud, éste evoluciona levemente desde representar un 7% en 1990 a un 9% en 1999, no obstante esta cifra no incluye las transferencias municipales a los servicios de atención primaria. Si éstas se consideran, el gasto en atención primaria representa un 9% del total en 1990 y un 13% en 1998, siendo explicado este cambio por el crecimiento de casi 350% de estas transferencias – que pasan de un total de MM\$8.507 en 1990 a MM\$37.799 en 1998, en pesos de 1999–.³¹ De todas maneras, se desprende que en 1999 al menos el 91.2% del gasto del subsistema público no municipal se gasta en la atención especializada y hospitalaria –el 84.1% si se excluyen SIL y PNAC–. De hecho, sólo la Modalidad de Libre Elección incurre en más que un 40% de mayores gastos que la Atención Primaria en 1999.

Interesante es también la evolución del componente inversiones, que parte la década representando sólo el 2% del gasto total, y termina representando el 4%, llegando a un máximo del 8% en 1994. Esto refleja el importante esfuerzo realizado durante la primera mitad de la década en orden a recuperar la infraestructura pública. En contraste, el PNAC, que como se señaló es el único componente del gasto que cae en términos absolutos, pasa de representar el 9% del gasto en 1990 a representar sólo el 2% en 1999.

Tabla 19
EVOLUCIÓN COMPOSICIÓN GASTOS SECTOR PÚBLICO DE SALUD
(MM\$ 1999 y en porcentajes)

Año	Personal	Bs. y Ss.	At. Primaria	MLE	SIL	PNAC	Inversiones	Otros	Total
1990	33.8	24.1	6.7	13.2	5.2	8.7	2.2	6.2	100
1991	34.2	26.3	6.8	12.1	4.6	7.8	2.5	5.6	100
1992	33.9	22.5	6.4	11.7	4.0	6.8	9.0	5.8	100
1993	37.8	21.3	5.8	11.7	3.6	6.0	7.5	6.2	100
1994	38.7	21.0	6.4	11.3	3.6	4.4	8.2	6.4	100
1995	39.8	20.1	7.0	11.2	3.7	4.0	7.2	7.0	100
1996	39.4	20.3	7.6	11.2	3.9	4.0	6.6	7.0	100
1997	40.5	19.6	7.8	11.6	4.3	3.2	5.9	7.1	100
1998	39.2	19.3	8.4	12.8	4.8	2.6	4.7	8.2	100
1999	37.9	20.7	8.8	12.6	5.1	2.0	3.9	8.9	100

Fuente: FONASA. Excluye transferencias municipales a salud primaria.

³¹ Las cifras sobre transferencias municipales al sector salud se obtienen de las estadísticas de la SUBDERE, y se encuentran disponibles para el período 1990-1999, siendo esta última cifra preliminar.

III. Evolución del rendimiento del gasto público en salud

A continuación se presenta un análisis del rendimiento del gasto público en salud. En primer lugar se estudiará un indicador grueso, para luego presentar versiones más estilizadas del mismo.

El indicador de rendimiento del gasto se construye como la razón entre el índice agregado de las principales prestaciones valoradas, y el índice del nivel de gasto. El índice agregado de prestaciones corresponde a una canasta que incluye las principales prestaciones otorgadas por el sistema público –consultas médicas, exámenes de laboratorio, exámenes de imagenología, anatomía patológica, intervenciones quirúrgicas y partos normales–, tanto en la Modalidad de Atención Institucional como en la Modalidad de Libre Elección, valoradas con precios del arancel de Libre Elección de FONASA de 1999, lo que permite aislar efectos precio.³² El conjunto utilizado para calcular el índice de prestaciones representa en promedio para el período 1990-1999 el 73% del valor del total de las prestaciones financiadas por el FONASA, y excluye expresamente las hospitalizaciones, que es donde el producto presenta los mayores grados de diferenciación y, en ocasiones, discriminación de precios en el mercado. Por su parte, el índice del nivel de gasto considera el total de gastos del sector público en salud, excluyendo en una primera instancia las transferencias municipales a salud primaria, las que en

³² Usar la producción valorada es el mejor proxy a un promedio ponderado que refleje el esfuerzo combinado que ha sido realizado en la producción de las mismas prestaciones. Lo anterior dividido por el gasto efectivamente realizado permite construir un indicador válido para examinar tendencias en cada subsector. Además, utilizar el valor del arancel de Libre Elección FONASA es un adecuado reflejo de la valoración de los consumidores.

todo caso se consideran en ejercicios posteriores en el presente documento.

Como se aprecia en la siguiente tabla, entre 1990 y 1999 el indicador prestaciones valoradas / gasto total en el subsistema público cayó en un 55%, siendo consistentemente decreciente año tras año. Es decir, si bien las prestaciones otorgadas aumentaron en el período en un 22%, el gasto asociado a ellas creció más que proporcionalmente –específicamente un 169%–, por lo que se aprecia que el rendimiento del gasto disminuyó significativamente.

Tabla 20
PRESTACIONES VALORADAS / GASTO TOTAL SUBSISTEMA PÚBLICO
(Índice 1990=1)

Año	Producción	Gasto	Indicador
1990	1.000	1.000	1.000
1991	1.034	1.181	0.876
1992	1.031	1.434	0.719
1993	1.027	1.613	0.637
1994	1.099	1.802	0.610
1995	1.079	1.946	0.554
1996	1.081	2.146	0.504
1997	1.096	2.286	0.480
1998	1.188	2.502	0.475
1999	1.220	2.686	0.454
Cambio 90-99 (%)	22	169	-55

Fuente: En base a datos FONASA.

En orden a afinar el indicador utilizado, un primer ejercicio consiste en no considerar el total del gasto público en salud, sino que aislar sólo aquel asociado de manera más directa a la entrega de las prestaciones consideradas en el indicador. De esta forma es posible reconstruir el indicador para el período 1990-1999 sin considerar los gastos por concepto de Subsidios de Incapacidad Laboral –SIL– ni del Programa Nacional de Alimentación Complementaria –PNAC–, lo que se presenta en la tabla a continuación. Se observa que se mantiene la misma tendencia ya identificada sobre la disminución del rendimiento del gasto, e incluso los resultados son algo más pronunciados, ya que el indicador cae en un 58% en el período 1990-1999.

Tabla 21
PRESTACIONES VALORADAS / GASTO SUBSISTEMA PÚBLICO (EXCLUYENDO GASTO EN SIL Y EN PNAC)
(Índice 1990=1)

Año	Producción	Gasto	Indicador
1990	1.000	1.000	1.000
1991	1.034	1.199	0.862
1992	1.031	1.485	0.694
1993	1.027	1.692	0.607
1994	1.099	1.924	0.571
1995	1.079	2.084	0.518
1996	1.081	2.293	0.471
1997	1.096	2.456	0.446
1998	1.188	2.688	0.442
1999	1.220	2.896	0.421
Cambio 90-99 (%)	22	190	-58

Fuente: En base a datos FONASA.

Ahora, así como corresponde eliminar del indicador aquellos gastos no relacionados directamente con las prestaciones, también resulta pertinente agregar al gasto las transferencias municipales a salud primaria, pues así se representa de manera más precisa el verdadero rendimiento del gasto público en salud. Así, en la tabla siguiente se presenta el indicador Prestaciones Valoradas / Gasto Subsistema Público, excluyendo gasto en SIL y en PNAC, pero incluyendo las transferencias municipales. Se verifica que la tendencia en el rendimiento en el gasto sigue siendo la misma que la presentada en las tablas anteriores, siendo en este caso incluso levemente más pronunciada que el cálculo anterior, ya que el indicador cae en un 59% en el período 1990-1999, lo que se explica debido a que el gasto pertinente considerado en este caso creció en un 195%, porcentaje mayor al considerado en los cálculos anteriores debido a la incorporación de las transferencias municipales a salud que crecieron en un 344% entre 1990 y 1998 –y en un 401% entre 1990 y 1999 considerando el dato preliminar con que se cuenta para este último año–.

Tabla 22
**PRESTACIONES VALORADAS / GASTO SUBSISTEMA PÚBLICO
(EXCLUYENDO GASTO EN SIL, EN PNAC; INCLUYENDO
TRANSFERENCIAS MUNICIPALES*)**
(Índice 1990=1)

Año	Producción	Gasto	Indicador
1990	1.000	1.000	1.000
1991	1.034	1.200	0.862
1992	1.031	1.488	0.693
1993	1.027	1.704	0.603
1994	1.099	1.940	0.566
1995	1.079	2.093	0.515
1996	1.081	2.318	0.466
1997	1.096	2.492	0.440
1998	1.188	2.730	0.435
1999	1.220	2.947	0.414
Cambio 90-99 (%)	22	195	-59

Fuente: Sobre la base de datos FONASA, SUBDERE.

Nota: * Dato Preliminar para las transferencias municipales año 1999.

Eventualmente puede afinarse aún más el indicador de rendimiento del gasto, como respuesta al argumento que parte de las inversiones presentan un rezago para reflejarse en mayor producción de prestaciones. Al respecto, se puede construir un indicador que aísle este efecto, excluyendo del gasto del subsistema público la proporción de las inversiones que razonablemente presenta rezagos. Por no contarse con una aproximación precisa para determinar el porcentaje de inversión que debiese excluirse, se construyó el indicador de prestaciones valoradas dividido por el gasto, incluyendo las transferencias municipales a salud primaria, y excluyendo gasto en SIL, en PNAC, y el total de inversiones. Este ejercicio genera un resultado muy similar al obtenido con el cálculo anterior, ya que de todas maneras el indicador cae en un 58% en el período 1990-1999. Además debe considerarse que más de la mitad de la inversión se materializó antes de 1996, por lo que el rezago no debiese ser tan significativo, y por lo tanto en los últimos años de la década ya debiese haber mostrado efectos en la cantidad de prestaciones otorgadas.

Tabla 23

**PRESTACIONES VALORADAS / GASTO SUBSISTEMA PÚBLICO
(EXCLUYENDO GASTO EN SIL Y EN PNAC E INVERSIONES;
INCLUYENDO TRANSFERENCIAS MUNICIPALES*)**
(Índice 1990=1)

Año	Producción	Gasto	Indicador
1990	1.000	1.000	1.000
1991	1.034	1.196	0.865
1992	1.031	1.376	0.749
1993	1.027	1.607	0.639
1994	1.099	1.817	0.605
1995	1.079	1.984	0.544
1996	1.081	2.213	0.489
1997	1.096	2.398	0.457
1998	1.188	2.664	0.446
1999	1.220	2.901	0.420
Cambio 90-99 (%)	22	190	-58

Fuente: Sobre la base de datos FONASA, SUBDERE.

Nota: * Dato Preliminar para las transferencias municipales año 1999.

Como se ha señalado, el indicador analizado y sus respectivos ejercicios de ajustes, constituyen una primera aproximación al rendimiento del gasto público en salud, y se considera que interpreta adecuadamente la tendencia del mismo. Por esta razón los resultados se presentan en términos de índice con respecto a un año base –1990 en este caso– y no en términos absolutos.

Una revisión de las limitaciones del indicador, permite verificar que no representan un sesgo al realizar un análisis para un período de 10 años. Al respecto, un primer elemento que debe tenerse presente es que no se está considerando todas las prestaciones otorgadas, sino que un conjunto de ellas que durante el período representa en promedio un 73% del total del valor de las prestaciones financiadas por el FONASA. Estos porcentajes son lo suficientemente estables de forma tal que no permiten argumentar que la explicación para la disminución del indicador se deba a que en los últimos años se están otorgando de manera más intensiva las prestaciones que expresamente no incluye.³³

También podría argumentarse que aún entre las prestaciones que el indicador sí considera, existe un subregistro, o que el arancel no refleja fielmente todos los procedimientos involucrados en ellas. Esto efectivamente puede ser así, y por lo tanto distorsionar el indicador en términos absolutos, pero no existen evidencias sobre que genere un sesgo al analizar tendencias. De hecho, en caso de hacerlo, probablemente incidiría mejorando los resultados del indicador en términos de rendimiento, ya que progresivamente han ido mejorado los sistemas de registros y los aranceles se han ido determinando de manera más completa. Además en el indicador se valora la producción a precios constantes del último año –1999–, por lo que el efecto de los aranceles potencialmente mal determinados en años anteriores queda controlado.

Podría citarse también como limitante el hecho que aún excluyendo el gasto en SIL y PNAC, persista la existencia de gastos no asociados directamente a prestaciones que influyan en el indicador. Esto efectivamente es así, ya que no resulta posible aislar los gastos asociados a la administración general, autoridad sanitaria y actividades de salud pública, no obstante no existe

³³ El conjunto de prestaciones consideradas representa porcentajes que varían entre el 70% y 75% del total del valor de las prestaciones financiadas por el FONASA en el período 1990-1999.

evidencia que permita concluir que estos componentes del gasto hayan cambiado su participación relativa en la última década, y por lo tanto no sesgarían el indicador en términos de tendencia.

Finalmente, podría aducirse que si bien el indicador muestra un menor rendimiento del gasto en los últimos años, ello podría verse compensado por una mejora en la calidad de las prestaciones otorgadas. Respecto a esta hipótesis, compleja de analizar en base a parámetros objetivos, habría que remitirse a los resultados sobre calidad percibida de los usuarios presentados anteriormente en este documento, los que evidencian que, al menos desde su perspectiva, no han existido mejoras significativas en términos de calidad, en particular en lo referido a los aspectos no-médicos de la atención, como el trato y la oportunidad.

A la luz de los resultados obtenidos, y aún reconociendo que las limitaciones de los indicadores utilizados no nos permiten hablar de rendimiento en términos absolutos, se puede concluir que el rendimiento del gasto público en salud ha venido disminuyendo año tras año en la última década, al menos a una tasa promedio anual de 5.2%.

Como parámetro de comparación se puede considerar que en el sector privado de salud ha existido un comportamiento similar en algunos aspectos respecto al rendimiento del gasto, aunque la tendencia decreciente comienza un año después –1991– y es menos pronunciada. Concretamente, el indicador Prestaciones Valoradas / Gasto Total, aumenta entre 1990 y 1991 pero cae para el período 1990 y 1999 completo, y lo hace en una proporción significativamente menor que en el subsistema público –sólo en un 15% para el período, lo que implica una tasa promedio anual de 1.6%–.³⁴ Para utilizar un indicador más depurado, en la misma línea de lo efectuado con el indicador de rendimiento en el sector público, se puede construir un indicador en el cual no se considere el gasto en SIL dentro del gasto total. Con este indicador, se verifica una caída del rendimiento del gasto en el sector privado de 23% en el período 1990-1999, es decir, una caída promedio anual de 2.3%, aún significativamente menor que la encontrada en el sector público. En todo caso, debe advertirse que la comparación presentada es sólo referencial, puesto que la imposibilidad de considerar los copagos efectuados por los beneficiarios en el sistema privado, y el hecho que los costos de ambos sistemas no sean totalmente independientes,³⁵ hace que los resultados de ambos no sean perfectamente homologables.

³⁴ Como Gasto Total del sistema privado se incluyen los gastos operacionales (prestaciones, SIL y otros), de administración y ventas, y el margen que obtienen las instituciones. Se excluyen los copagos de los beneficiarios, que como se señaló anteriormente, se estima representan aproximadamente un 15% del gasto total.

³⁵ Se puede afirmar que los costos de ambos sistemas están interrelacionados, dado que un número importante de prestadores de servicios y de trabajadores se desempeñan en ambos sistemas, por lo que las tendencias de negociaciones de precios y salarios tienden a transmitirse en cierto grado de un sistema a otro.

Tabla 24
PRESTACIONES VALORADAS / GASTO TOTAL SUBSISTEMA PRIVADO
(Índice 1990=1)

Año	Producción	Gasto	Indicador
1990	1.000	1.000	1.000
1991	1.264	1.162	1.087
1992	1.437	1.380	1.041
1993	1.605	1.614	0.994
1994	1.736	1.809	0.959
1995	1.762	1.994	0.884
1996	1.895	2.162	0.877
1997	1.978	2.345	0.843
1998	2.036	2.434	0.836
1999	2.037	2.400	0.849
Cambio 90-99 (%)	104	140	-15

Fuente: En base a datos Superintendencia de Isapre.

Tabla 25
PRESTACIONES VALORADAS / GASTO SUBSISTEMA PRIVADO
(EXCLUYENDO GASTO EN SIL)
(Índice 1990=1)

Año	Producción	Gasto	Indicador
1990	1.000	1.000	1.000
1991	1.264	1.190	1.062
1992	1.437	1.449	0.992
1993	1.605	1.707	0.940
1994	1.736	1.917	0.905
1995	1.762	2.108	0.836
1996	1.895	2.295	0.826
1997	1.978	2.495	0.793
1998	2.036	2.635	0.773
1999	2.037	2.654	0.768
Cambio 90-99 (%)	104	165	-23

Fuente: En base a datos Superintendencia de Isapre.

IV. Causas posibles de la evolución del rendimiento del gasto público en salud

En consideración de la conclusión encontrada en la sección anterior –la significativa disminución del rendimiento del gasto público en salud en la última década–, resulta necesario abocarse a estudiar con mayor detenimiento algunos componentes particulares del gasto, junto con el rendimiento de los mismos, para poder precisar las potenciales fuentes que han incidido más fuertemente en la tendencia observada. Para ello en primer lugar se analiza la eficiencia en la producción, particularmente de los recursos humanos, y luego el gasto en Subsidios de Incapacidad Laboral y en la Modalidad de Libre Atención.

A. Eficiencia en la producción

Una primera hipótesis que se puede considerar para explicar la tendencia decreciente del rendimiento del gasto público en salud, se refiere a la eficiencia en la producción de los prestadores públicos.

Al respecto, antes de realizar este ejercicio es preciso aclarar que el indicador de rendimiento presentado en la sección anterior no representa la eficiencia de los prestadores públicos, debido a que dentro de las prestaciones que considera se incluyen algunas que no son provistas por ellos –aquellas de la Modalidad de Libre Elección provistas por privados–, y no considera otras que sí lo son, pero que no se incluyen ni en Modalidad Libre Elección ni en Modalidad de

Atención Institucional –en concreto aquellas prestadas a particulares no beneficiarios de FONASA–. De esta manera, una adecuada medición del rendimiento de los prestadores públicos en salud debe considerar un indicador que incluya sólo las prestaciones otorgadas por los servicios públicos, considerando la totalidad de las provistas mediante Modalidad de Atención Institucional, más aquellas entendidas como Ingresos Propios, es decir, aquellas provistas en los establecimientos públicos a beneficiarios FONASA en Modalidad Libre Elección, a particulares sin previsión, a beneficiarios de Isapres, y a extranjeros sin convenios de atención asistencial.

1. Eficiencia del gasto agregado

Para analizar la evolución de la eficiencia del gasto público agregado en salud, se utiliza un indicador de la forma: Total Producción Valorada de los Servicios de Salud / Total Gasto Asociado a la Producción.

Para el Total Producción Valorada de los Servicios de Salud se considera la suma de las prestaciones otorgadas en la Modalidad de Atención Institucional –MAI– valoradas con precios del arancel de prestaciones de la MAI FONASA del año 2000, más la suma de los Ingresos Propios.³⁶ Para el Total Gasto Asociado a la Producción se excluye el gasto por concepto de MLE, SIL y PNAC, y se incluyen las transferencias municipales a salud.

En la tabla siguiente se aprecia que entre 1992 y 1999 la eficiencia del gasto público en salud disminuyó en un 40%, a pesar de constatarse que la producción valorada creció en el período. Este resultado confirma la presunción de que si bien la producción pública de prestaciones de salud efectivamente ha aumentado, el gasto asociado ha crecido en una tasa más que proporcional –tasas de 19% y 97% respectivamente–. Cabe señalar que se analiza la evolución de este indicador para el período 1992-1999 por no contarse con toda la información pertinente referida a los ingresos y la producción valorada para los años 1990 y 1991. Sin embargo, al analizar los gastos pertinentes para dichos años podría pensarse que la evolución 1990-1999 del indicador mostraría una disminución aún más pronunciada, ya que entre 1990 y 1992 aumentaron a una tasa promedio anual de 24%, mientras que para el resto del período lo hicieron a una tasa de 10%.

Tabla 26
TOTAL PRODUCCIÓN VALORADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD / TOTAL GASTO AGREGADO (EXCLUYENDO GASTO EN MLE, SIL Y EN PNAC; INCLUYENDO TRANSFERENCIAS MUNICIPALES*)
(Índice 1992=1)

Año	Producción	Gasto	Indicador
1992	1.000	1.000	1.000
1993	1.012	1.148	0.881
1994	1.046	1.317	0.794
1995	1.057	1.422	0.744
1996	1.072	1.576	0.680
1997	1.128	1.688	0.668
1998	1.163	1.824	0.637
1999	1.191	1.974	0.604
Cambio 92-99 (%)	19	97	-40

Fuente: Sobre la base de datos MINSAL, FONASA, SUBDERE.

Nota: * Dato Preliminar para las transferencias municipales año 1999.

³⁶ Para los Ingresos Propios se utiliza la serie 1992-1999 calculada por el Ministerio de Salud, la cual expresa los valores en pesos de 1999, por lo que esta parte del indicador no aísla cambios en los precios relativos. De todas maneras, los Ingresos Propios representan sólo el 12% del Total de la Producción Valorada, por lo que la limitante señalada no debiese ser significativa.

2. Eficiencia del gasto en personal

Dado el resultado observado respecto a la disminución en la eficiencia del gasto público agregado en salud, cabe preguntarse si en particular el gasto en recursos humanos pueda estar incidiendo en dicho resultado. Al respecto cabe recordar que el gasto en personal representó en 1999 casi el 38% del gasto total del sector, y que comparando el gasto del año 1999 con el de 1990, un 40% del aumento total es explicado sólo por el aumento del gasto en recursos humanos.

Para realizar este análisis se sigue una metodología similar a la utilizada en el punto anterior, reemplazándose en el indicador las cifras de Total de Gasto asociado a la producción, por las de Gasto en Personal. Además, de forma tal que el indicador refleje todo el gasto pertinente en personal, se incluye el gasto en personal de salud primaria municipal.³⁷

En la tabla a continuación se observa que entre 1992 y 1999 la eficiencia del gasto público en personal en salud disminuyó en un 45%, caída superior a la pérdida de eficiencia del gasto agregado. Al igual que en el caso anterior, el indicador no se construye para los años 1990 y 1991 por falta de información, pero nuevamente al analizar los gastos pertinentes para dichos años podría pensarse que la evolución 1990-1999 del indicador mostraría una disminución aún más pronunciada, ya que entre 1990 y 1992 aumentaron a una tasa promedio anual de 20%, mientras que para el resto del período lo hicieron a una tasa de 12%. Cabe notar también, que si se considera sólo el gasto en personal asociado a los Servicios de Salud y a la Atención Primaria Municipal, se verifica una caída de rendimiento igual a la del gasto total en personal –vale decir, una caída de 45%–.

Tabla 27
TOTAL PRODUCCIÓN VALORADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD / TOTAL
GASTO EN PERSONAL (INCLUYENDO PERSONAL DE
ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPALIZADA)
(Índice 1992=1)

Año	Producción	Gasto	Indicador
1992	1.000	1.000	1.000
1993	1.012	1.221	0.828
1994	1.046	1.411	0.742
1995	1.057	1.579	0.670
1996	1.072	1.746	0.614
1997	1.128	1.910	0.591
1998	1.163	2.052	0.567
1999	1.191	2.159	0.552
Cambio 92-99 (%)	19	116	-45

Fuente: Sobre la base de datos MINSAL, FONASA, SUBDERE.

Ahora bien, no es de extrañar que la eficiencia del gasto en personal de salud haya disminuido en la última década, puesto que como se ha señalado, el recuperar el poder adquisitivo de las remuneraciones del personal de la salud fue uno de los objetivos de la autoridad durante la primera mitad de los noventa. Esto queda demostrado al analizar la evolución del gasto medio en personal de los servicios de salud –el cual si bien está afectado por la composición, sirve como referencia–, y que se incrementó de 193 mil pesos en 1990 a 489 mil pesos en 1999 -ambas cifras en moneda de diciembre de 1999-, lo que representa un incremento real de 151%.

³⁷ Para hacer estos ajustes, se asume el supuesto del Ministerio de Salud, el cual estima que el 80% de los traspasos a atención primaria municipalizada se destina a gasto en remuneraciones. Por otro lado, no se está asignado un porcentaje de las transferencias desde las municipalidades al sector salud como gasto en personal, por lo que el gasto total en personal puede estar subvalorado.

Al analizar la información respecto a las remuneraciones de los profesionales de la salud regidos por la Ley 15.076, se verifica que entre 1990 y 1999 el gasto medio mensual en este tipo de personal se expandió en un 98%, pasando de \$464 mil a \$920 mil –ambas cifras en moneda de diciembre de 1999–.³⁸ Para ejemplificar la expansión de los salarios se puede citar que en el período 1989-1998 el sueldo de entrada para un médico de urgencia se expandió en un 120%. También el análisis de las remuneraciones en la carrera representativa de un médico del sector público, tomando en consideración la acumulación de trienios y las asignaciones correspondientes, evidencia esta expansión: la remuneración de un médico recién titulado que hubiese ingresado a trabajar como general de zona en diciembre de 1989, permaneciendo en ese cargo durante seis años y que luego hubiese efectuado su especialización en tres años, hubiera crecido en un 190% real entre 1989 y 1998. Por lo anterior resulta interesante analizar la eficiencia del gasto en personal de los profesionales de la salud afectos a la Ley 15.076, la que cayó en un 43% entre 1992 y 1999, debiendo también hacerse notar que probablemente el indicador mostraría una disminución aún más pronunciada para el período 1990-1999 completo, ya que entre 1990 y 1992 el gasto en este grupo de personal aumentó a una tasa promedio anual de 20%, mientras que para el resto del período lo hizo a una tasa de 11%.

En consecuencia, dada la pérdida de rendimiento que evidencia el gasto público en personal y en consideración del aumento de remuneraciones que se implementó como uno de los objetivos del gobierno en el sector salud en los noventa, es importante separar el efecto de dicho aumento de salarios del efecto del aumento de dotación. Para ello resulta útil calcular un indicador directo de eficiencia en la producción de los recursos humanos, lo que se hace en el siguiente punto.

3. Eficiencia en la producción de los recursos humanos

Para estimar la eficiencia en la producción de los recursos humanos se debe calcular un indicador que relacione el Total Producción Valorada de los Servicios de Salud con un indicador de la cantidad de recursos humanos del sector, el que puede ser el número total de personal, o la cantidad de horas trabajadas. Lamentablemente no se cuenta con la información sobre las horas totales trabajadas para todo el período bajo análisis, ni para ningún año para el personal en atención primaria municipalizada, por lo que se ha optado por construir el indicador utilizando el número total de personal.³⁹

Se verifica que para el período estudiado, la cantidad de personal de salud aumenta en un 26%, proporción mayor al aumento de la producción valorada de los servicios de salud, razón por la cual resulta en una tendencia decreciente del indicador de eficiencia en la producción.⁴⁰ Concretamente, el rendimiento de los recursos humanos disminuye en un 6% en el período. Al respecto debe resaltarse que presumiblemente la disminución sería mayor si se contase con los datos para la década completa, ya que entre los años 1992 y 1999 el total de personal aumentó a una tasa promedio anual de 3%, mientras que entre 1990 y 1992 lo hizo al 5%. Incluso por el lado de la producción también existen evidencias que hacen suponer que la tendencia del rendimiento fue particularmente decreciente entre 1990 y 1992, ya que si bien no se cuenta con el total de los datos pertinentes para la construcción del indicador, un análisis de la frecuencia de las prestaciones otorgadas en la modalidad de Atención Institucional –no valoradas–, indica que entre 1990 y 1992 crecieron a una tasa promedio anual de sólo 0.4%, mientras que en el resto de la década lo hicieron a una tasa de 5.5% al año.

³⁸ Debe advertirse que estas cifras corresponden a una estimación basándose en que en el período 1992-1999 el gasto en personal de la Ley 15.076 ha representado anualmente el 30% del gasto total en personal de los Servicios de Salud.

³⁹ En la cantidad total de personal se incluye al personal total del Ministerio de Salud, más el personal de Salud Primaria municipal, más honorarios y dotación adicional.

⁴⁰ El aumento de la cantidad de personal 1992-1999 se explica por un aumento de 12% en el personal de los Servicios de Salud, del 68% en salud primaria municipalizada, y un 19% en el resto del personal. Aproximadamente un 37% del aumento de dotación está asociado a proyectos de inversión.

Con relación a la dotación de profesionales de la salud que se rige por la Ley 15.076, se verifica que aumentó en un 25% entre 1992 y 1999 –pasó de 8.583 en 1992 a 10.716 en 1999–, y dadas las cifras de producción valorada, genera como resultado una disminución de rendimiento de un 5% en el período. Debe considerarse que esta disminución sería mayor si se tomase el período 1990-1999 completo –donde la dotación pasó de 7.034 a 10.716–, ya que en los dos primeros años de la década la dotación de este subgrupo creció a una tasa más acelerada –tasa promedio anual de 10% en comparación con tasa promedio anual de 3% para el resto del período–.

Adicionalmente, resulta interesante estudiar el comportamiento del subgrupo de personal de los Servicios de Salud y de Atención Primaria Municipal. Para éste, la eficiencia en la producción cayó en un 2% en el período 1992-1999, pero una vez más la disminución presumiblemente sería mayor si se contase con los datos para la década completa, ya que entre los años 1992 y 1999 esta dotación aumentó a una tasa promedio anual de 3%, mientras que entre 1990 y 1992 lo hizo al 4%.

Tabla 28
TOTAL PRODUCCIÓN VALORADA DE LOS SERVICIOS DE
SALUD / NÚMERO TOTAL DE PERSONAL
(Índice 1992=1)

Año	Producción	Cantidad de Personal	Indicador
1992	1.000	1.000	1.000
1993	1.012	1.030	0.982
1994	1.046	1.108	0.944
1995	1.057	1.173	0.901
1996	1.072	1.193	0.898
1997	1.128	1.197	0.942
1998	1.163	1.230	0.946
1999	1.191	1.263	0.944
Cambio 92-99 (%)	19	26	-6

Fuente: Sobre la base de datos MINSAL, FONASA, SUBDERE.

Inevitablemente surge el comentario respecto a la comparación entre la tendencia del indicador de eficiencia en la producción del gasto en recursos humanos, y el de la cantidad de personal, disminuyendo el primero en un 45% entre 1990-1992. Esto lleva a concluir que una parte importante de la pérdida de rendimiento del gasto público en salud se debe al aumento de los salarios en el sector, no obstante persiste una fracción no explicada por ello.

Adicionalmente, si se considera la significativa inversión en infraestructura y equipamiento realizada en la última década, la que hizo pasar de una inversión promedio en el sector en los ochenta que no superó los 6 mil millones de pesos anuales, a una inversión promedio anual en los noventa de cerca de los 50 mil millones de pesos,⁴¹ resultaría esperable que hubiese aumentado la eficiencia en la producción de los recursos humanos, y no que hubiese disminuido como de hecho ocurrió. A esto debe sumarse también el aumento de los insumos, lo que queda reflejado en que el gasto en bienes y servicios en el sector público de salud aumentó en un 131% en los noventa. Es decir, aún cuando el rendimiento de los recursos humanos del sector público de salud haya caído en un porcentaje bastante inferior a la caída del rendimiento del gasto en personal de dicho sector, ello no puede ser considerado como una evolución satisfactoria, puesto que la tendencia debió incluso ser creciente, acorde al importante esfuerzo de inversión realizado.⁴²

⁴¹ MINSAL, “1990-1999: 10 Años Mejorando la Salud de los Chilenos”, 1999.

⁴² Como parámetro de comparación puede considerarse que en el período 1990-1998 la productividad agregada de la economía - medida como PIB real por trabajador ocupado- aumentó en un 51%.

Lo anterior lleva a pensar en la posible existencia de problemas de gestión de recursos humanos en el sector público de salud, los que estarían incidiendo en la tendencia decreciente de su rendimiento por el desaprovechamiento de horas contratadas. Al respecto, en primer lugar puede analizarse el ausentismo laboral del personal de salud. Así al proyectar anualmente las ausencias registradas para el trimestre marzo-mayo de 1999, se obtiene que en promedio cada funcionario se ausenta veintitrés días de su trabajo, lo que se descompone de un día de permiso sin sueldo, cuatro días administrativos, y dieciocho días de licencia médica –incluyendo licencias de Enfermedad y Medicina Curativa, y licencias de Reposo Maternal y Enfermedad de Hijo Menor a Un Año–. Incluso en algunos servicios estas cifras se elevan considerablemente, como por ejemplo en el Servicio de Salud Metropolitano Norte el ausentismo promedio llega a 50 días, y en la Central de Abastecimiento del SNSS a 73 días. Llama particularmente la atención el alto número de días de ausentismo a causa de licencias médicas, puesto que los dieciocho días de promedio equivalen a 2,3 veces la tasa de incapacidad laboral nacional considerando a la totalidad de los cotizantes de FONASA e Isapres –tasa que llega a ocho días por cotizante–.

Otros estudios también identifican el problema de ausentismo del personal de salud. Por ejemplo, un estudio del Departamento de Gestión y Desarrollo de la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud,⁴³ muestra que en 1999 en el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota se verificó un promedio de quince días de ausentismo a causa de licencias de Enfermedad y Medicina Curativa por funcionario, tendencia además creciente en un 4% respecto al año anterior. Incluso en los Hospitales de Peñablanca, Limache y La Ligua, el promedio por funcionario fue mayor a veinte días. En esta misma línea, un estudio encargado por el Centro de Estudios Salud y Futuro al CLAISS⁴⁴ ilustra casos de establecimientos de atención primaria en los cuales del total de horas contratadas, el 27% se ocupa en feriados legales, permisos administrativos, licencias médicas, reuniones y capacitación. Adicionalmente existe un 10% de las horas que se pierde sin una justificación clara, y del 63% restante, sólo un 50% del tiempo se dedica a la atención de pacientes propiamente tal. Finalmente, también se puede citar una encuesta realizada a los directivos de consultorios de la Región Metropolitana respecto a la situación de las filas de espera, mediante la cual se verificó que en casi el 20% de los consultorios de la región se producen ausencias injustificadas del personal médico, en el 22% se producen problemas recurrentes de atrasos, y en el 27% ocurren abandonos del trabajo antes de tiempo por parte de los médicos. Es decir, además del ausentismo aparecen problemas de atrasos e incumplimiento e horarios.

En recientes informes de la Contraloría General de la República respecto al cumplimiento de horarios en los hospitales públicos se refuerza lo anterior, pero se detectan además otras anomalías importantes. En primer lugar se constata que si bien los hospitales llevan registro de asistencia de los médicos, éstos son muy precarios e incompletos, ya que no son supervisados por ninguna autoridad. En cuanto al cumplimiento de horarios propiamente tal, se verifica un gran contingente de casos de médicos que no cumplen su jornada, ya sea porque se ausentan a atender a sus pacientes hospitalizados en clínicas privadas, o para atender en sus consultorios particulares. Además se constatan casos de médicos que atienden a sus pacientes particulares en los hospitales durante sus jornadas de trabajo e incluso en turnos de urgencia, sin que luego recuperen dicho tiempo, aún cuando ello se encuentra estipulado en los convenios que suscriben con los establecimientos –situación que se facilita debido a la ausencia de registros confiables para regular estos convenios–. Asimismo se encontraron casos de médicos cuya asistencia era firmada por otros facultativos, e incluso de otros que apareciendo como presentes en los libros de control no se encontraban efectivamente en el hospital.

⁴³ “Estudio de Cargas de Trabajo Servicios de Salud el País 2000”, MINSAL, Junio 2000.

⁴⁴ Citado en Revista *Debates del 2000*, Año 2, N°7, Julio 2000, Salud y Futuro.

Otro elemento a citar como apoyo a la hipótesis de problemas de gestión de recursos humanos en el sector público de salud, hace referencia al rendimiento del personal médico. En esta línea, en base a una muestra aleatoria de profesionales se concluye que en 1998 sólo se ejecutó un 57% de las horas de consulta previamente programadas, sin que los Servicios respectivos hayan dado una justificación al respecto. Incluso se encuentran casos de médicos que cumplieron sólo con el 19% de las horas programadas, siendo 75% el porcentaje de cumplimiento más alto encontrado.

De los antecedentes expuestos se podría desprender que no necesariamente ha disminuido la eficiencia en la producción propiamente tal de los recursos humanos en salud, debido a la existencia de prestaciones que no se registran por ser otorgadas a pacientes particulares. Por otro lado, podría darse el caso que no haya disminuido el rendimiento por hora efectivamente trabajada, pero sí por hora contratada, debido al ausentismo laboral del personal. De todas maneras, aunque se den estos casos, el efecto resultante es un menor rendimiento del gasto público en recursos humanos en el sector salud, y una menor eficiencia en la producción de los mismos, entendida como la razón entre las prestaciones otorgadas dentro del sistema y las horas contratadas.

Además, aparte de los problemas de gestión identificados, cabe mencionar que algunas negociaciones pactadas con los diferentes estamentos del personal de salud han llevado a disminuir el número de horas efectivamente trabajadas, sin disminuir las contratadas, lo que también se refleja en una pérdida de eficiencia en la producción de los recursos humanos. Concretamente pueden citarse los beneficios de *liberación de guardia nocturna* y de *vacaciones adicionales* para el personal médico que efectúa turnos nocturnos de 28 horas semanales. Estos beneficios, que se consagran en la Ley 19.230 de 1993, implican que en el año 2000 se dejen sin utilizar para atención de pacientes un total de 559.668 horas –un total de 388.700 horas por concepto de *liberación de guardia nocturna*, y de 170.968 horas por concepto de *vacaciones adicionales*–, lo que representa el no despreciable porcentaje de 2.9% respecto al total de horas asociadas a la dotación máxima autorizada de personal afecto a la ley 15.076 para el presente año.⁴⁵ La conclusión que debe surgir de este punto es que al momento de negociar beneficios para el personal pueden generarse efectos adversos en el rendimiento del gasto público y de los recursos humanos.

A modo de conclusión debe señalarse que la tendencia decreciente en la eficiencia del gasto público en personal de salud –disminución de 45% entre 1992 y 1999– se explica de manera importante por el aumento en las remuneraciones en el sector, lo que como ya se señaló, es atribuible a la decisión política de los gobiernos democráticos que se plantearon como prioridad recuperar el poder adquisitivo de los salarios del personal del sector salud, y de los trabajadores públicos en general. Esta situación no debiese repetirse a futuro, dado que en la última década ya se han materializado incrementos significativos en los salarios del personal de salud, y por lo tanto nuevos aumentos en remuneraciones debiesen estar asociados sólo a aumentos de productividad. Por lo anterior, la cifra realmente preocupante corresponde a la disminución en el rendimiento de los recursos humanos propiamente tal –un 6% entre 1992 y 1999–, presumiblemente asociada, como se ha visto, a problemas de gestión de personal. En consecuencia, a futuro, junto con velar para que los nuevos aumentos de remuneraciones se asocien a aumentos de productividad, debe ponerse énfasis en mejorar la gestión de los recursos humanos y abandonar financiamientos en base a presupuestos históricos para establecer financiamientos que incentiven el uso eficiente de los recursos.

⁴⁵ La *liberación de guardia nocturna* implica que en el presente año un total de 575 médicos con más de 20 años de servicio efectúen una jornada semanal de 22 horas en vez de 28, y que de ellas dediquen 7 horas a docencia o investigación y sólo el resto a atención de pacientes; por su parte, las *vacaciones adicionales* implican que en el presente año un total de 3.053 médicos tengan 10 días extras de feriado de manera compensatoria.

B. Gasto en subsidios de incapacidad laboral

Dentro de las posibles hipótesis para explicar la evolución negativa del rendimiento del gasto público en salud, debe considerarse lo acontecido con el gasto en Subsidios de Incapacidad Laboral –tanto por Enfermedad y Medicina Curativa, como por Reposo Maternal y Enfermedad de Hijo Menor a Un Año–, especialmente por su acelerado crecimiento en los últimos cinco años. Debe aclararse en todo caso, que al analizar los problemas de diseño institucional de estos subsidios, y el consecuente exceso de gasto identificado, no se busca desconocer los méritos que justifican su existencia –a saber, el debido reposo y adecuada recuperación por enfermedades curativas; y la protección y disminución de los riesgos de salud de la madre trabajadora y el niño menor de un año, todos bienes superiores para el país–, sino sólo promover su rediseño para evitar el mal uso de los beneficios, controlar así la expansión de gasto asociada, y poder darle un uso más eficiente a los recursos públicos.

1. Gasto en subsidios de enfermedad y medicina curativa

De acuerdo a cifras de la Superintendencia de Seguridad Social, en 1999 el país destinó \$163.260 millones –de diciembre 1999– al pago de subsidios de incapacidad laboral por Enfermedad y Medicina Curativa –incluidos los subsidios Maternales Suplementarios–, con cargo a la cotización del 7% del ingreso para la salud. Esta cifra representa un crecimiento de 84% con respecto a 1992, si bien se observan tasas de crecimiento diferenciadas al analizar el gasto en que incurren las distintas entidades pagadoras, a saber, los Servicios de Salud y Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) que pagan los subsidios de los afiliados al FONASA, y las Isapres que pagan para sus propios cotizantes. Particularmente se destaca el mayor crecimiento del gasto de las CCAF –un 122%–, y el menor de las Isapres –un 71%–. Esto resulta en que el gasto pagado por FONASA –Servicios de Salud más CCAF– haya crecido en un 111%, lo que es señal de un crecimiento más pronunciado del gasto por concepto de Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa en el sector público que en el privado, especialmente en la segunda mitad de la década.

Tabla 29
GASTO EN SUBSIDIO DE INCAPACIDAD LABORAL POR ENFERMEDAD
COMÚN O CURATIVA
(MM\$ 1999)

Año	Servicios de Salud	CCAF	Isapres	Total
1992	10.525	18.459	59.832	88.816
1993	10.626	18.784	64.359	93.769
1994	11.863	19.536	74.304	105.702
1995	13.249	21.117	82.175	116.541
1996	14.601	24.885	91.904	131.390
1997	16.123	30.470	104.838	151.431
1998	18.213	37.800	109.517	165.530
1999	20.159	41.065	102.036	163.260
Cambio 92-99 (%)	92	122	71	84

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Lo más preocupante de las cifras descritas no es ni el nivel ni la tasa de crecimiento, si no más bien el hecho que este comportamiento no tiene justificación ni en la evolución del número de cotizantes y sus remuneraciones ni en un empeoramiento de la salud de las personas. Para el período 1992-1999 el número de cotizantes del FONASA creció sólo un 5% mientras que sus

remuneraciones lo hicieron en un 45%. Al calcular la tasa de incapacidad laboral –número de días pagados por cotizante– se observa que ésta crece en un 41% durante el período analizado, lo que debiese constituir una señal de alarma sanitaria al implicar que las personas se están enfermando en promedio un 5% más de días cada año.

Al realizar el ejercicio de proyectar a partir del año 1992 el gasto en que hubiese incurrido FONASA si es que la tasa de incapacidad laboral se hubiese mantenido constante –incorporando el crecimiento efectivo del número de cotizantes y de las remuneraciones imponibles–, se llega a la conclusión que existe un sobregasto no explicado de \$32.000 millones de pesos –de diciembre de 1999– para el período 1993-1998.

Respecto a este sobregasto, se constatan varios elementos que indicarían la existencia del uso indebido del sistema. El primero es el alto número de irregularidades institucionalizadas detectadas por las Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez -COMPIN-: licencias psiquiátricas para la fuerza de ventas de las AFP, licencias psiquiátricas para los trabajadores portuarios, empresas “fantasmas” creadas para obtener este beneficio, médicos que venden licencias, etc. El segundo elemento es la composición por diagnóstico de las licencias pagadas –tanto para el número de licencias como para el número de días– donde los diagnósticos más difíciles de verificar aparecen con una importancia mucho mayor a la que se desprende de otros indicadores de morbilidad. Las licencias pagadas a los cotizantes del FONASA⁴⁶ para las categorías Osteomusculares y Trastornos Mentales ocuparon en 1998 el 2° y el 4° lugar, respectivamente. Sin embargo en 1991, 1993 y 1996, estas enfermedades sólo ocuparon los lugares 12 y 13, respectivamente dentro de los egresos hospitalarios de los Servicios de Salud. El tercer elemento, es la experiencia de la COMPIN del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio que, luego de ser rediseñada y dotada de infraestructura adecuada para ejercer su labor de contraloría en 1996 –especialmente en el ámbito informático–, fue capaz de detectar un número significativo de licencias que no se justificaban desde el punto de vista médico. En efecto, entre 1996 y 1997, el número de días de licencias pagadas aprobados por esa COMPIN se redujo de 260.026 días a 165.163.⁴⁷

Adicionalmente debe considerarse que este subsidio cuenta con un diseño institucional que si bien resguarda que se cumpla el debido reposo cuando corresponde, incentiva y no impide que se use en forma indebida. Por el lado de la demanda, el sistema es sumamente permisivo en comparación con subsidios similares en el resto del mundo, con un pago consistente en el 100% del ingreso –hasta 60 UF–, y con una carencia de sólo 3 días que deja de operar cuando la licencia tiene una duración mayor a 10 días.⁴⁸ Por el lado de la oferta tenemos que, producto de la asimetría de información, el médico en muchas ocasiones no tiene antecedentes objetivos respecto a los síntomas y puede ser inducido a indicar reposo sin que corresponda efectivamente o a indicar reposos excesivamente largos. Además como su preocupación principal será la salud del paciente, ante la duda tenderá a otorgar la licencia solicitada. En cuanto a las instituciones pagadoras de los subsidios a cotizantes del FONASA, tampoco tienen incentivos a contener ni controlar este tipo de gasto, ya que los excesos de gasto han sido financiados directamente por el Ministerio de Hacienda. Por último, las instituciones encargadas de efectuar la contraloría de las licencias del FONASA, las COMPIN, no han contado con la infraestructura ni las herramientas necesarias para efectuar su labor en forma adecuada.

⁴⁶ Ver C. Aedo, G. Bastías y C. Sapelli: “Subsidio de Incapacidad Laboral en Chile”, Fundación Salud y Futuro, 1999 y J. García de Cortazar y J. Vielmas: “Análisis del Comportamiento de las Licencias Médicas Curativas Según Diagnóstico”, Ministerio de Salud, 1999.

⁴⁷ Entrevista a la Dra. Margarita Stefan, Presidenta del COMPIN Valparaíso - San Antonio.

⁴⁸ Diseños de subsidios similares en el resto del mundo pueden estudiarse en “¿Subsidios de Incapacidad Laboral versus Seguros de Salud?”, Boletín Programa de Economía de la Salud, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1999.

2. Gasto en subsidios de reposo maternal y enfermedad de hijo menor a un año

El gasto por concepto de Subsidio de Reposo Maternal y Enfermedad de Hijo Menor a Un Año también ha experimentado un crecimiento significativo en la última década. En la tabla siguiente se aprecia que entre 1991 y 1999 el gasto en este subsidio aumentó en un 235%. Al respecto debe destacarse que el mayor porcentaje de estos subsidios –un 73% en el año 1999– es pagado a los cotizantes de Isapres –consecuentemente a aquellos con mayores remuneraciones–, lo que es señal de un elemento regresivo en consideración que la totalidad de este beneficio se carga al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, constituido exclusivamente con aportes fiscales, ya sea que beneficie a cotizantes de FONASA o del sistema Isapre.

Al analizar separadamente los dos componentes del subsidio, se verifica que el gasto por Reposo Maternal –excluyendo pago de cotizaciones– creció en un 168% entre 1991 y 1999, mientras que el gasto en subsidios por Enfermedad de Hijo Menor a Un Año creció explosivamente en un 973% en el igual período –también excluyendo cotizaciones–. Al igual que en el caso de los subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa, no existe una explicación para el significativo crecimiento del gasto basándose en el crecimiento efectivo del número de cotizantes y de las remuneraciones imponibles. Si bien el crecimiento de la participación de la mujer en la fuerza laboral podría explicar parte de este fenómeno, este aumento no ha sido lo suficientemente alto como para explicarlo por sí solo –pasó de 30% en 1990 a 33% en 1999–. Además se observa una disminución de la Tasa de Natalidad en la última década –pasó de 23,5 por mil habitantes en 1990, a 18,3 en 1999–. Estos elementos llevan a pensar que también podría existir un mal uso del beneficio que explique el crecimiento del gasto asociado, particularmente en el caso de los Subsidios de Enfermedad de Hijo Menor a Un Año, dado que la naturaleza del Reposo Maternal dificulta su simulación.

Tabla 30
GASTO EN SUBSIDIO DE REPOSO MATERNAL Y ENFERMEDAD DE HIJO MENOR A UN AÑO
(MM\$ 1999)

Año	Reposo Maternal	Enfermedad de Hijo Menor	Pago Cotizaciones Asociadas y Otros	Total
1991	14.383	1.393	5.070	20.846
1992	16.953	1.853	5.955	24.761
1993	19.723	2.321	6.788	28.832
1994	23.731	3.046	8.559	35.336
1995	27.411	4.130	9.826	41.366
1996	30.260	5.752	11.299	47.312
1997	32.109	7.566	12.487	52.161
1998	36.275	11.343	15.548	63.165
1999	38.578	14.943	16.350	69.871
Cambio 91-99 (%)	168	973	223	235

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

C. Gasto en modalidad libre elección

Dentro de las hipótesis para explicar la evolución negativa del rendimiento del gasto en salud, también debe considerarse la evolución en el gasto en la Modalidad Libre Elección, el que ha experimentado un fuerte incremento en los últimos años. La siguiente tabla muestra que el gasto total –aporte fiscal más copago– creció en un 158% entre 1990 y 1999, mientras que el número total de prestaciones creció un 56% en igual período, explicado principalmente por el aumento de prestaciones otorgadas en la segunda mitad de la década. Por lo tanto, el crecimiento del gasto durante la primera mitad de los noventa puede explicarse por las alzas experimentadas en el nivel del arancel y por la incorporación de nuevas prestaciones. Sin embargo, el crecimiento del gasto de los últimos años se origina en un incremento en el número de prestaciones demandadas, lo que posiblemente sea una expresión del intento de los beneficiarios del subsistema público por encontrar mayor satisfacción en la solución de sus problemas de salud, privilegiando esta modalidad por sobre la institucional.

Si bien este fenómeno no puede ser explicado por los cambios en los precios relativos, el tamaño de la población beneficiaria ni sus ingresos, no es sorprendente, ya que lo mismo ocurre con los seguros privados que utilizan el pago por prestación como mecanismo de pago. En efecto, esta modalidad de FONASA replica un mecanismo que la experiencia internacional ha identificado como determinante de la explosión del gasto en salud,⁴⁹ por los incentivos que crea. Por un lado, el pago por prestación y la asimetría de información entre los médicos y los aseguradores lleva a la sobreprescripción de prestaciones. Asimismo, la asimetría de información entre los médicos y los pacientes lleva a la inducción de la demanda por parte de la oferta, problema que se agrava en la medida que el paciente no debe asumir el 100% del costo de una nueva prestación. El resultado de ambos fenómenos es el aumento de prestaciones y la escalada de costos, viéndose esto último acentuado a causa de algunas prácticas que implican el cobro excesivo por prestaciones por sobre los aranceles correspondientes.

Tabla 31
GASTO EN MODALIDAD DE LIBRE ELECCIÓN

Año	Gasto Total (MM\$ 1999)	Número de Prestaciones
1990	52.911	9.487.108
1991	57.584	9.639.492
1992	67.289	10.115.520
1993	75.898	8.618.024
1994	81.622	10.119.692
1995	87.562	10.657.255
1996	96.293	11.100.351
1997	106.448	13.027.532
1998	128.250	14.470.846
1999	136.311	14.818.116
Cambio 90-95 (%)	65	7
Cambio 95-99 (%)	56	46
Cambio 90-99 (%)	158	56

Fuente: FONASA.

⁴⁹ R. Bitrán y F. X. Almarza: “Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en Chile”, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 56, CEPAL, 1997.

V. Síntesis y conclusiones

Al analizar lo ocurrido en los últimos diez años en el sector salud en Chile, se evidencian tanto avances, como problemas persistentes y otros emergentes. Ciertamente al iniciar la década pasada existían importantes deficiencias de infraestructura y equipamiento en la red asistencial pública, así como escasez de recursos humanos calificados, aspectos en los que se han verificado logros debido al esfuerzo de gasto público realizado en el sector. No obstante, a pesar de los avances, en el año 2000 persisten importantes problemas referidos a la equidad en el acceso de la población a la atención de salud, a las coberturas de las prestaciones, a la insatisfacción mayoritaria de los usuarios del sistema, y a ineficiencias en la gestión administrativa y en el uso y rendimiento de los recursos. En este contexto, y cuando problemas emergentes como el cambio epidemiológico y la transición demográfica que experimenta el país tienden a aumentar la demanda por prestaciones en su mayoría de alto costo, resulta indispensable detenerse a estudiar el rendimiento efectivo que han tenido los recursos públicos invertidos en el sector salud, en orden a identificar y corregir ineficiencias y contar a futuro con un sistema que haga frente a los desafíos señalados.

En primer lugar, con respecto a los resultados apreciables en el sector salud en Chile en la década de los noventa, se verifica una mejoría global en el nivel de salud de la población, medida en indicadores como la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil, lo que en todo caso no es atribuible totalmente a las acciones del sector, puesto que también son reflejo de mejoras socioeconómicas generales y continúan una tendencia iniciada varias décadas antes. De manera complementaria, utilizando las tasas de consumo de prestaciones como un indicador de resultados –el que en todo caso puede ocultar demanda inducida– se verifican aumentos en la prestación de servicios y que la oferta de prestaciones de salud se ha

diversificado, con una participación creciente del subsistema privado en su financiamiento y provisión. En cuanto a la percepción de la población acerca del sistema de salud, llama la atención que los avances captados por los indicadores citados no se reflejan en la opinión de las personas, las que distan de los esfuerzos de inversión y gasto que se han venido realizando.

La contrapartida de los avances señalados fue el aumento en un 169% del gasto del subsistema público de salud entre 1990 y 1999 –aumento de 65% medido en términos por beneficiario–. Los componentes que lideraron este aumento fueron las inversiones, atención primaria y gastos en personal, lo que resulta coherente con los objetivos del gobierno de recuperar la infraestructura, fortalecer la atención primaria y aumentar las remuneraciones de los médicos, especialmente para la primera mitad del período. No obstante, también se verifican crecimientos importantes en el gasto en la Modalidad de Libre Atención y en los Subsidios por Incapacidad Laboral, lo que no se asocia directamente a políticas gubernamentales específicas.

Respecto al rendimiento del gasto en salud señalado, y reconociendo que las limitaciones de los indicadores utilizados para medirlo no permiten hablar de rendimiento en términos absolutos pero sí de su tendencia, se puede concluir que el rendimiento del gasto público en salud ha venido disminuyendo año tras año en la última década, a una tasa promedio anual de 5.3%. Esto significa que el gasto ha crecido de manera más que proporcional que las prestaciones asociadas a él, las que tampoco habrían mejorado su calidad, al menos acorde a las percepciones de los usuarios.

Ante este hecho se deben precisar las causas potenciales que han incidido más fuertemente en la tendencia observada. Una primera hipótesis dice relación con la eficiencia en la producción del gasto agregado de los Servicios de Salud, la que disminuyó en un 40% entre 1992 y 1999. En esta misma línea, se verifica que la eficiencia del gasto en personal también ha mostrado una tendencia decreciente en el período, incluso más pronunciada que aquella para el gasto agregado –disminución de 45% entre 1992 y 1999–. Esto último no es sorprendente, pues es atribuible en parte importante a la decisión política de los gobiernos democráticos de recuperar el poder adquisitivo de las remuneraciones del personal de salud, lo que llevó el gasto medio en personal de los Servicios de Salud de \$193 mil en 1990 a \$489 mil en 1999. Sin embargo, esta situación no debiese repetirse a futuro, dado que en la última década ya se han materializado incrementos significativos en los salarios del personal de salud, y por lo tanto nuevos aumentos en remuneraciones debiesen estar asociados sólo a aumentos de productividad.

Por lo anterior, resulta necesario aislar el rendimiento de los recursos humanos propiamente tal, para el que se encuentra una disminución de un 6% entre 1992 y 1999, lo que significa que la cantidad de personal de los Servicios de Salud aumentó de forma más que proporcional que su respectiva producción valorada. Esta tendencia no deja de ser significativa, sobretudo a la luz del importante nivel de inversión en infraestructura y equipamiento realizado en la última década que hacía esperable un aumento de eficiencia en la producción de los recursos humanos, como de hecho ocurrió en la economía a nivel agregado.

Los antecedentes expuestos llevan a pensar en la existencia de problemas de gestión de recursos humanos en el sector público de salud, los que estarían incidiendo en la tendencia decreciente de su rendimiento. Al respecto existe diversa evidencia sobre prácticas como el ausentismo laboral, incumplimiento de horarios, exceso de licencias médicas, atención de pacientes particulares durante la jornada laboral sin la debida compensación de tiempo, y otras deficiencias relacionadas con los registros de control horario en los hospitales. A esto deben sumarse algunos convenios establecidos con los estamentos de personal, que implican el sacrificio de horas de trabajo, como por ejemplo los beneficios de *liberación de guardia nocturna* y de *vacaciones adicionales* para el personal médico que efectúa turnos nocturnos de 28 horas semanales.

Una segunda hipótesis para explicar la caída en el rendimiento del gasto en salud se refiere al comportamiento de algunos componentes particulares de gasto, como lo son los Subsidios de

Incapacidad Laboral, y la Modalidad de Libre Elección. El primero de estos componentes presenta un crecimiento acelerado especialmente en la segunda mitad de los noventa. En particular, el gasto en subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa creció en un 84% entre 1992 y 1990 considerando los subsistemas público y privado, pero creció especialmente –un 111%– en el subsistema público. Lo que más preocupa de estas cifras no es ni el nivel ni la tasa de crecimiento, si no que el hecho que este comportamiento no tiene justificación ni en la evolución del número de cotizantes y sus remuneraciones ni en un empeoramiento de la salud de las personas. Esta situación lleva a pensar en la existencia de un uso indebido del sistema, para lo cual existe una serie de evidencias, como las irregularidades institucionalizadas detectadas por las COMPIN –licencias psiquiátricas para la fuerza de ventas de las AFP, empresas “fantasmas” creadas para obtener este beneficio, médicos que venden licencias–, la composición por diagnóstico de las licencias pagadas –donde se concentran los diagnósticos más difíciles de verificar–, y la experiencia de la COMPIN del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio que, luego de ser dotada de infraestructura adecuada para ejercer su labor de contraloría en 1996 –especialmente en el ámbito informático–, fue capaz de detectar un número significativo de licencias que no se justificaban médicamente.

En lo referente a los restantes Subsidios de Incapacidad Laboral, se verifica que el gasto por Reposo Maternal creció en un 149% entre 1991 y 1999, mientras que el gasto en subsidios por Enfermedad del Hijo Menor a Un Año creció explosivamente en un 896% en el igual período. Así como en el caso de los subsidios por Enfermedad Común o Curativa, no existe una explicación para el significativo crecimiento del gasto basándose en el crecimiento efectivo del número de cotizantes y de las remuneraciones imponibles, como tampoco en el crecimiento de la participación de la mujer en la fuerza laboral, en la Tasa de Natalidad, ni en la prevalencia de enfermedades infantiles. Estos elementos llevan a pensar que también podría existir un mal uso del beneficio que explique el incremento del gasto asociado.

En cuanto al gasto en la modalidad de Libre Atención, se verifica que creció en un 158% entre 1990 y 1999, porcentaje mucho mayor que el aumento en el número total de prestaciones en igual período –un 56%–. El crecimiento del gasto durante la primera mitad de la década puede ser explicado por las alzas en el nivel del arancel y por la incorporación de nuevas prestaciones, sin embargo, el crecimiento del gasto de los últimos años se origina en un incremento en el número de prestaciones demandadas. Si bien este fenómeno no puede explicarse por los cambios en los precios relativos, el tamaño de la población beneficiaria ni sus ingresos, no es sorprendente, ya que lo mismo ocurre con los seguros privados que utilizan el pago por prestación como mecanismo de pago. En efecto, esta modalidad del FONASA replica un mecanismo que internacionalmente es identificado como determinante de la explosión del gasto en salud. Además debe considerarse la existencia de algunas prácticas que implican abusos del sistema, como por ejemplo el cobro excesivo por prestaciones por sobre los aranceles correspondientes.

Finalmente, y de manera paralela a los problemas descritos, debe tenerse presente que el país está experimentando un cambio epidemiológico y una transición demográfica, cambiando las principales causas de enfermedad y muerte de la población en Chile hacia aquellas asociadas al envejecimiento, a la mayor urbanización, al deterioro del medio ambiente y a los estilos de vida. Estas enfermedades son típicamente crónicas y de tratamientos de alto costo, por lo que la proyección de estos problemas en el tiempo irá poniendo en evidencia de manera creciente las dificultades del sector para financiarse y brindar cobertura y protección adecuada a la población. Por lo anterior resulta apremiante contar con un sistema de salud preparado para enfrentar estos desafíos, lo que implica que debe ser capaz de aumentar el rendimiento que le da a los recursos y de aumentar la calidad de las prestaciones que otorga. De lo contrario no sólo evidenciará nuevas disminuciones en el rendimiento y en la satisfacción de los usuarios, sino que incluso correrá el riesgo de perder efectividad en lo estrictamente sanitario.

Bibliografía

- Aedo, C., G. Bastías y C. Sapelli (1999), “Subsidio de Incapacidad Laboral en Chile”, Fundación Salud y Futuro.
- Aedo, C., R. Bergoening y E. Saavedra (1999, por publicar), “El Sistema de Seguridad Social en Chile: un Estudio Prospectivo”, documento de trabajo realizado por el Departamento de Economía de la Universidad Alberto Hurtado para MIDEPLAN.
- Aguilera, X. y M. Concha (1998), “Apuntes para una Epidemiología de la Desigualdad”, Departamento de Epidemiología, División de Salud de las Personas, Ministerio de Salud de Chile.
- Banco Mundial (2000), “Chile Health Insurance Issues: Old Age and Catastrophic Health Costs”.
- Bitrán, R. y F. Almarza (1997), “Las Instituciones de Salud Previsional en Chile”, Serie Financiamiento del desarrollo N°56, CEPAL.
- Dirección de Presupuestos (2000), “Estadísticas de las Finanzas Públicas 1990-1999”.
- Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza (1999), “Propuestas para la Futura Política Social”.
- García de Cortazar, J. y J. Vielmas (1999), “Análisis del Comportamiento de las Licencias Médicas Curativas Según Diagnóstico”, Ministerio de Salud.
- Larrañaga, O. (1999), “Health Sector Reforms in Chile: Recent Policy Lessons and Emerging Challenges”, The World Bank, 1999.
- Ministerio de Salud (2000), “Estudio de Cargas de Trabajo Servicios de Salud el País 2000”.
- Ministerio de Salud (1999), “1990-1999: 10 Años Mejorando la Salud de los Chilenos”.
- Musgrove, P. (1996), “Public and Private Roles in Health, Theory and Financing Patterns”, *World Bank discussion paper N°339*.
- OMS (2000, estudio en proceso), “Health Systems Performance Assessment: Measurement of Responsiveness”.
- PNUD (2000), “Desarrollo Humano en las Comunas de Chile”.

- PNUD (1998), "Informe de Desarrollo Humano en Chile".
- Pontificia Universidad Católica de Chile (1999), "¿Subsidios de Incapacidad Laboral versus Seguros de Salud?", Boletín Programa de Economía de la Salud, Instituto de Economía.
- Salud y Futuro (2000), Revista Debates del 2000, Año 2, N°7, Julio.
- Solimano, G., M. Vergara y M. Tokman (2000, por publicar), "Propuesta de Políticas para la Seguridad Social en Chile: Componente Salud", MIDEPLAN.
- Zuleta, G. (1999), "Chile: Antecedentes sobre el Proceso de Reforma del Sector Salud y Escenarios Posibles a Futuro" Banco Interamericano de Desarrollo.



Serie

Financiamiento del desarrollo

Números publicados

- 1 Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988), Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.522), 1989.
- 2 Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987, Nicolás Eyzaguirre (LC/L.526), 1989.
- 3 Los determinantes del ahorro en México, Ariel Buirá (LC/L.549), 1990.
- 4 Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones, Seminario (LC/L.553), 1990.
- 5 La cooperación regional en los campos financiero y monetario, L. Felipe Jiménez (LC/L.603), 1990.
- 6 Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pensiones: experiencias de América Latina, Seminario (LC/L.609), 1991.
- 7 El Leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina, José Antonio Rojas (LC/L.652), 1991.
- 8 Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras, Seminario (LC/L.655), 1991.
- 9 Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma, Seminario (LC/L.656), 1991.
- 10 ¿Existe aún una crisis de deuda Latinoamericana?, Stephany Griffith-Jones (LC/L.664), 1991.
- 11 La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno, Solange Bernstein y Jaime Campos (LC/L.721), 1992.
- 12 Las monedas comunes y la creación de liquidez regional, L. Felipe Jiménez y Raquel Szalachman (LC/L.724), 1992.
- 13 Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política, Andras Uthoff (LC/L.755), 1993.
- 14 Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores, Hugo Lavados y María Victoria Castillo (LC/L.768), 1993.
- 15 Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño, César Manoel de Medeiros (LC/L.833), 1994.
- 16 El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia, Enrique Román González y José Antonio Rojas Bustos (LC/L.834), 1994.
- 17 La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica, A.R. Camacho (LC/L.835), 1994.
- 18 Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México, Efraín Caro Razú (LC/L.843), 1994.
- 19 Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993, Patricio Arrau Pons (LC/L.839), 1994.
- 20 Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador, Edison Ortíz-Durán (LC/L.830), 1994.
- 21 Integración de las Bolsas de valores en Centroamérica, Edgar Balsells (LC/L.856), 1994.
- 22 La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos, Roy Culpeper (LC/L.853), 1994.
- 23 Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile, Manuel Agosín y Ricardo Ffrench-Davis (LC/L.854), 1994.
- 24 Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos, Stephany Griffith-Jones (LC/L.855), 1994.
- 25 El movimiento de capitales en la Argentina, José María Fanelli y José Luis Machinea (LC/L.857), 1994.

- 26 Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas, Robert Devlin, Ricardo French-Davis y Stephany Griffith-Jones (LC/L.859), 1994.
- 27 Flujos de capital: el caso de México, José Angel Guirría Treviño (LC/L.861), 1994.
- 28 El financiamiento Latinoamericano en los mercados de capital de Japón, Punam Chuhan y Kwang W. Ju (LC/L.862), 1994.
- 29 Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff (LC/L.879), 1995.
- 30 Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia, Roberto Steiner y Andrés Escobar (LC/L.901), 1995.
- 31 Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador, José Lanusse, Roberto Hidalgo y Soledad Córdova (LC/L.903), 1995.
- 32 Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas, Roberto Casanovas y Jorge Mc Lean (LC/L.907), 1995.
- 33 Private international capital flows to Brazil, Dionisio Dias Carneiro y Marcio G.P. Gracia (LC/L.909), 1995.
- 34 Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina, Günther Held (LC/L.911), 1995.
- 35 Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica, Juan Rafael Vargas (LC/L.914), 1995.
- 36 Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993, Omar Chisari y Carlos Romero (LC/L.940), 1996.
- 37 Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta, Cristián Larraín (LC/L.949), 1996.
- 38 Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia, Eduardo Lora y Cristina Fernández (LC/L.965), 1996.
- 39 Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994, Patricio Arrau Pons (LC/L.984), 1996.
- 40 Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa, Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.1002), 1997.
- 41 Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México, Angel Palomino Hasbach (LC/L.1003), 1997.
- 42 Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986, Miguel Gutiérrez Saxe y Ana Jimena Vargas Cullel (LC/L.1004), 1997.
- 43 Choques, respuestas de política económica e distribucao de renda no Brasil, André Urani, Ajax Moreira y Luis Daniel Willcox (LC/L.1005), 1997.
- 44 Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas, L. Felipe Jiménez (LC/L.1006), 1997.
- 45 Pension Reforms in Central and Eastern Europe: Necessity, approaches and open questions, Robert Holzmann (LC/L.1007), 1997.
- 46 Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena, Sergio Almarza Alamos (LC/L.1008), 1997.
- 47 La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada, Mauricio Restrepo Trujillo (LC/L.1009), 1997.
- 48 On Economic Benefits and Fiscal Requirements of Moving from Unfunded to Funded Pensions, Robert Holzmann (LC/L.1012), 1997.
- 49 Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno, Osvaldo Larrañaga (LC/L.1030), 1997. **www**
- 50 La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile, Cristián Aedo (LC/L.1031), 1997.
- 51 Mecanismos de pago/contratación del régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia, Beatriz Plaza (LC/L.1032), 1997.
- 52 A Comparative study of Health Care Policy in United States and Canada: What Policymakers in Latin America Might and Might Not Learn From Their Neighbors to the North, Joseph White (LC/L.1033), 1997. **www**
- 53 Reforma al sector salud en Argentina, Roberto Tafani (LC/L.1035), 1997. **www**
- 54 Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile, Uri Wainer (LC/L.1036), 1997.
- 55 El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia, Luis Gonzalo Morales (LC/L.1037), 1997. **www**
- 56 Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile, Ricardo Bitrán y Francisco Xavier Almarza (LC/L.1038), 1997.
- 57 Gasto y financiamiento en salud en Argentina, María Cristina V. de Flood (LC/L.1040), 1997.
- 58 Mujer y salud, María Cristina V. de Flood (LC/L.1041), 1997.
- 59 Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina, Hugo E. Arce (LC/L.1042), 1997.
- 60 Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina, Silvia Montoya (LC/L.1043), 1997.
- 61 Logros y desafíos de la financiación a la vivienda para los grupos de ingresos medios y bajos en Colombia, Instituto Colombiano de Ahorro y Vivienda (LC/L.1039), 1997.

- 62 Acceso ao financiamento para moradia pelos extratos de média e baixa renda. A experiência brasileira recente, José Pereira Goncalves (LC/L.1044), 1997.
- 63 Acceso a la vivienda y subsidios directos a la demanda: análisis y lecciones de las experiencias latinoamericanas, Gerardo Gonzáles Arrieta (LC/L.1045), 1997.
- 64 Crisis financiera y regulación de multibancos en Venezuela, Leopoldo Yáñez (LC/L.1046), 1997.
- 65 Reforma al sistema financiero y regulación de conglomerados financieros en Argentina, Carlos Rivas (LC/L.1047), 1997.
- 66 Regulación y supervisión de conglomerados financieros en Colombia, Luis Alberto Zuleta Jaramillo (LC/L.1049), 1997. [www](#)
- 67 Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Argentina, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1055), 1997.
- 68 Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Colombia, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1060), 1997.
- 69 Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Chile, 1987-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1067), 1997.
- 70 Un análisis descriptivo de la distribución del ingreso en México, 1984-1992, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1068), 1997.
- 71 Un análisis descriptivo de factores que inciden en la distribución del ingreso en Brasil, 1979-1990, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1077 y Corr.1), 1997.
- 72 Rasgos estilizados de la distribución del ingreso en cinco países de América Latina y lineamientos generales para una política redistributiva, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1084), 1997.
- 73 Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia, Amparo Hernández Bello (LC/L.1108), 1998.
- 74 Reformas a la institucionalidad del crédito y el financiamiento a empresas de menor tamaño: La experiencia chilena con sistemas de segundo piso 1990-1998, Juan Foxley (LC/L.1156), 1998. [www](#)
- 75 El factor institucional en reformas a las políticas de crédito y financiamiento de empresas de menor tamaño: la experiencia colombiana reciente, Luis Alberto Zuleta Jaramillo (LC/L.1163), 1999. [www](#)
- 76 Un perfil del déficit de vivienda en Uruguay, 1994, Raquel Szalachman (LC/L.1165), 1999. [www](#)
- 77 El financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica: análisis del comportamiento reciente y propuestas de reforma, Francisco de Paula Gutiérrez y Rodrigo Bolaños Zamora (LC/L.1178), 1999.
- 78 El factor institucional en los resultados y desafíos de la política de vivienda de interés social en Chile, Alvaro Pérez-Iñigo González (LC/L.1194), 1999. [www](#)
- 79 Un perfil del déficit de vivienda en Bolivia, 1992, Raquel Szalachman (LC/L.1200), 1999. [www](#)
- 80 La política de vivienda de interés social en Colombia en los noventa, María Luisa Chiappe de Villa (LC/L.1211-P), Número de venta: S.99.II.G.10 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 81 El factor institucional en reformas a la política de vivienda de interés social: la experiencia reciente de Costa Rica, Rebeca Grynspan y Dennis Meléndez (LC/L.1212-P), Número de venta: S.99.II.G.11 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 82 O financiamento do sistema público de saúde brasileiro, Rosa María Márques, (LC/L.1233-P), Número de venta: S.99.II.G.14 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 83 Un perfil del déficit de vivienda en Colombia, 1994, Raquel Szalachman, (LC/L.1234-P), Número de venta: S.99.II.G.15 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 84 Políticas de crédito para empresas de menor tamaño con bancos de segundo piso: experiencias recientes en Chile, Colombia y Costa Rica, Günther Held, (LC/L.1259-P), Número de venta: S.99.II.G.34 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 85 Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso del Perú. Gerardo Gonzales Arrieta, (LC/L.1245-P), Número de venta: S.99.II.G.29 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 86 Políticas para la reducción de costos en los sistemas de pensiones: el caso de Chile. Jorge Mastrángelo, (LC/L.1246-P), Número de venta: S.99.II.G.36 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 87 Price-based capital account regulations: the Colombian experience. José Antonio Ocampo and Camilo Ernesto Tovar, (LC/L.1243-P), Sales number: E.99.II.G.41 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 88 Transitional Fiscal Costs and Demographic Factors in Shifting from Unfunded to Funded Pension in Latin America. Jorge Bravo and Andras Uthoff (LC/L.1264-P), Sales number: E.99.II.G.38 (US\$10.0), 1999. [www](#)

- 89 Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de El Salvador. Francisco Angel Sorto, (LC/L.1265-P), Número de venta: S.99.II.G.46 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 90 Liberalización, crisis y reforma del sistema bancario chileno: 1974-1999, Günther Held y Luis Felipe Jiménez, (LC/L.1271-P), Número de venta: S.99.II.G.53 (US\$10.0), 1999. [www](#)
- 91 Evolución y reforma del sistema de salud en México, Enrique Dávila y Maite Guijarro, (LC/L.1314-P), Número de venta: S.00.II.G.7 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 92 Un perfil del déficit de vivienda en Chile, 1994. Raquel Szalachman (LC/L.1337-P), Número de venta: S.00.II.G.22 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 93 Estudio comparativo de los costos fiscales en la transición de ocho reformas de pensiones en América Latina. Carmelo Mesa-Lago, (LC/L.1344-P), Número de venta: S.00.II.G.29 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 94 Proyección de responsabilidades fiscales asociadas a la reforma previsional en Argentina, Walter Schulthess, Fabio Bertranou y Carlos Grushka, (LC/L.1345-P), Número de venta: S.00.II.G.30 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 95 Riesgo del aseguramiento en el sistema de salud en Colombia en 1997, Humberto Mora Alvarez, (LC/L.1372-P), Número de venta: S.00.II.G.51 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 96 Políticas de viviendas de interés social orientadas al mercado: experiencias recientes con subsidios a la demanda en Chile, Costa Rica y Colombia, Günther Held, (LC/L.1382-P), Número de venta: S.00.II.G.55 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 97 Reforma previsional en Brasil. La nueva regla para el cálculo de los beneficios, Vinícius Carvalho Pinheiro y Solange Paiva Vieira, (LC/L.1386-P), Número de venta: S.00.II.G.62 (US\$10.0), 2000.
- 98 Costos e incentivos en la organización de un sistema de pensiones, Adolfo Rodríguez Herrera y Fabio Durán Valverde, (LC/L.1388-P), Número de venta: S.00.II.G.63 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 99 Políticas para canalizar mayores recursos de los fondos de pensiones hacia la inversión real en México, Luis N. Rubalcava y Octavio Gutiérrez (LC/L.1393-P), Número de venta: S.00.II.G.66 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 100 Los costos de la transición en un régimen de beneficio definido, Adolfo Rodríguez y Fabio Durán (LC/L.1405-P), Número de venta: S.00.II.G.74 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 101 Efectos fiscales de la reforma de la seguridad social en Uruguay, Nelson Noya y Silvia Laens, (LC/L.1408-P), Número de venta: S.00.II.G.78 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 102 Pension funds and the financing productive investment. An analysis based on Brazil's recent experience, Rogerio Studart, (LC/L.1409-P), Número de venta: E.00.II.G.83 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 103 Perfil de déficit y políticas de vivienda de interés social: situación de algunos países de la región en los noventa, Raquel Szalachman, (LC/L.1417-P), Número de venta: S.00.II.G.89 (US\$10.0), 2000. [www](#)
- 104 Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes, Daniel Titelman, (LC/L.1425-P), Número de venta: S.00.II.G.99 (US\$10.0), 2000.
- 105 Cobertura previsional en Chile: Lecciones y desafíos del sistema de pensiones administrado por el sector privado, Alberto Arenas de Mesa (LC/L.1457-P), Número de venta: S.00.II.G.137 (US\$10.0), 2000.
- 106 Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999, Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R. (LC/L.1458-P), Número de venta: S.00.II.G.139 (US\$10.00), 2000

- El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Estudios Especiales de la Secretaría Ejecutiva de la CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile. [No todos los títulos están disponibles.](#)
- Los títulos a la venta deben ser solicitados a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, publications@eclac.cl.
- [www](#): Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

Nombre:.....
Actividad:.....
Dirección:
Código postal, ciudad, país:
Tel.: Fax:..... E.mail: