

---

## financiamiento del desarrollo

# R

## eformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes

Daniel Titelman



NACIONES UNIDAS



Unidad de Financiamiento para el desarrollo  
División de Comercio Internacional y Financiamiento  
para el Desarrollo

Santiago de Chile, septiembre de 2000

Este documento fue preparado por el señor Daniel Titelman, Experto en Política Monetaria y Financiera, Unidad de Financiamiento de la División Comercio Internacional y Financiamiento del Desarrollo. El autor agradece los comentarios del Dr. Jorge Jiménez de la Jara, Andras Uthoff B., Ricardo Ffrench-Davis, y del Dr. Giorgio Solimano. Además, agradece a Rodrigo Morales por su eficiente e invaluable apoyo estadístico.

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

---

**Publicación de las Naciones Unidas**

LC/L.1425-P

ISBN: 92-1-321654-8

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

Número de venta: S.00.II.G.99

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

---

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	7
<b>I. Antecedentes</b> .....	9
<b>II. Reformas a partir de los ochenta</b> .....	11
<b>III. Características del modelo</b> .....	15
A. Cobertura y financiamiento del sistema de salud .....	15
B. El sector público .....	20
C. El sector privado .....	23
D. Consideraciones fiscales .....	28
<b>IV. Desafíos</b> .....	29
<b>V. Conclusiones</b> .....	33
<b>Bibliografía</b> .....	35
<b>Serie financiamiento del desarrollo: Números publicados</b> .....	37

## Índice de cuadros

Cuadro 1	Evolución fuentes de financiamiento sector salud consolidado 1984-1999.....	17
Cuadro 2a	Fuentes de financiamiento pública-privada 1984-1999.....	17
Cuadro 2b	Cobertura pública-privada 1984-1999.....	17
Cuadro 3	Distribución de la población, según previsión e ingreso .....	18
Cuadro 4	Distribución de la población, según previsión, edad e ingreso .....	19
Cuadro 5	Distribución de las atenciones por sistema previsional de salud .....	19
Cuadro 6	Distribución de las atenciones en establecimiento público por sistema .....	20
Cuadro 7	Gasto público en salud .....	21
Cuadro 8	Percepción de mejorías en establecimientos públicos .....	21
Cuadro 9	Beneficiarios vigentes del sistema ISAPRE .....	24
Cuadro 10	Evolución de la renta imponible real promedio .....	25
Cuadro 11	Estructura del gasto en salud de las ISAPRES 1984-1999.....	27

---

## Resumen

---

Las reformas realizadas a inicios de los años ochenta cambiaron la estructura y funcionamiento del sector salud en Chile. Entre los principales cambios se encuentran la creación del Fondo Nacional de Salud; del Sistema Nacional de Servicios de Salud; de las Instituciones de Salud Previsional ISAPRE; y el proceso de municipalización de la atención primaria.

En este trabajo se presenta una descripción del modelo de financiamiento del sector salud en Chile. Se argumenta la necesidad de redefinir la mezcla pública-privada, para permitir mayores grados de solidaridad a nivel del financiamiento, reducir el problema de la selección de riesgos y permitir una mejor articulación entre el sector privado y el sector público. Para ello es necesario avanzar hacia seguros de salud universales e integrales. En este contexto, se debe avanzar en la introducción de mecanismos de solidaridad mediante la creación de un fondo solidario, encargado de la captación de los recursos financieros. Este fondo no es incompatible con la existencia de múltiples aseguradoras, privadas o públicas, que administren y gestionen los seguros de salud.



## Introducción

---

Las reformas implementadas a inicios de los años ochenta cambiaron profundamente la estructura y funcionamiento del sector salud en Chile. Entre los principales cambios se encuentran la creación del Fondo Nacional de Salud; del Sistema Nacional de Servicios de Salud; de las Instituciones de Salud Previsional ISAPRE; y el proceso de municipalización de la atención primaria.

Entre las virtudes de las reformas destacan por una parte, la separación de funciones entre el financiamiento y la provisión de servicios de salud y por otra los procesos de descentralización puestos en marcha. Sin embargo, la estructura actual del sistema de salud tiende a producir e incentivar serias inequidades e ineficiencias en la gestión del sector.

Una de las principales características del sistema actual radica en que las cotizaciones de salud pueden dirigirse alternativamente hacia dos sistemas de seguros de salud que funcionan de manera paralela y con lógicas muy distintas. Esto es, los cotizantes pueden escoger entre el seguro público de salud (FONASA) o los seguros privados de salud ofrecidos por las ISAPRE.

En el ámbito del financiamiento, la función de reaseguro que realiza el FONASA respecto a las ISAPRE ha implicado una serie de subsidios implícitos desde el sector público hacia el privado. A nivel de los proveedores la segmentación de la oferta de servicios de salud ha generado incentivos incorrectos para el desarrollo de las instituciones prestadoras. Esta segmentación ha dado origen a una inadecuada asignación de recursos entre el sector privado y público.

En lo que sigue se presenta una descripción del modelo de financiamiento chileno. Se argumenta la necesidad de redefinir la mezcla pública-privada, para permitir mayores grados de solidaridad a nivel del financiamiento, reducir el problema de la selección de riesgos y permitir una mejor articulación entre el sector privado y el sector público. Para ello es necesario avanzar hacia seguros de salud universales e integrales. En este contexto, se debe avanzar en la introducción de mecanismos de solidaridad mediante la creación de un fondo solidario, encargado de la captación de los recursos financieros. Este fondo no es incompatible con la existencia de múltiples aseguradoras, privadas o públicas, que administren y gestionen los seguros de salud.



## I. Antecedentes

---

Hasta antes de los años ochenta el sector salud estaba administrado principalmente por el sector público. El financiamiento era gestionado por el Estado, el que a su vez brindaba servicios de salud a través de una red de centros de atención médica y hospitalaria propia. Alrededor del 90% de los egresos hospitalarios, y sobre el 85% de las atenciones ambulatorias eran efectuadas en la infraestructura estatal. El sector se articulaba en torno al Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Salud (SNS) creado en 1952, el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) creado en 1942, y el sector privado, que cubría principalmente a particulares no adscritos a algún régimen previsional, o a afiliados al SERMENA a través del sistema de libre elección.

La población beneficiaria del SERMENA eran los empleados activos o pasivos (y sus cargas) afiliados a las distintas cajas de previsión públicas y privadas. Este financiaba las actividades de medicina preventiva y las acciones de recuperación y rehabilitación de la salud de sus afiliados. Estas últimas se desarrollaban en los establecimientos del SNS o a través de proveedores privados mediante la modalidad de libre elección creada en 1968. Esta permitía para la atención ambulatoria, la libre elección de profesionales de la salud inscritos en el colegio profesional correspondiente. En este caso, el beneficiario debía realizar un copago por parte del valor de la prestación. Para la atención intrahospitalaria, existían convenios entre el SERMENA, el SNS, y clínicas e instituciones asistenciales privadas.

El SNS por su parte, constituía una infraestructura física para todo el país y se encargaba de las acciones de fomento y protección de salud para la población en general incluyendo entre sus beneficiarios a obreros y trabajadores independientes activos y pasivos y sus cargas, así como a la población en estado de indigencia.

La estructura de financiamiento del Sermena la constituían principalmente los aportes previsionales de los empleados y sus patronos canalizados a través de las distintas cajas de previsión, así como los pagos de bolsillo en que incurrían los beneficiarios. En 1979 estas fuentes aportaban el 97% de los recursos totales (67% y 30% respectivamente).<sup>1</sup> El SNS recibía aportes fiscales directos financiados con cargo a impuestos generales, aportes previsionales provenientes de los obreros (y sus empleadores), trabajadores independientes y el pago de bolsillo que realizaran los usuarios. La mayor parte de los ingresos estaba constituido por las transferencias previsionales y los aportes fiscales, los cuales representaban en 1979 el 87% de los recursos (26% y 61% respectivamente).<sup>2</sup>

Ambos sistemas cubrían aproximadamente un 90% de la población, abarcando prácticamente a la totalidad de los trabajadores activos y pensionados y sus familias. Respecto a accidentes del trabajo, y enfermedades profesionales el sistema de salud chileno contaba (y aún cuenta) con Mutuales de Seguridad, entidades privadas sin fines de lucro creadas en 1958. Estas entidades fueron autorizadas para captar fondos y administrar un mecanismo de atención integral para los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. La afiliación a las Mutuales de Seguridad era voluntaria pasando a ser obligatoria a partir de 1967, financiándose mediante aportes previsionales de los empleadores con un mínimo de 0.8% de la renta imponible y adicionales por riesgo. Son ellas mismas las administradoras del financiamiento y entregan las prestaciones principalmente a través de infraestructura propia.

---

<sup>1</sup> La ley establecía cotizaciones de cargo del trabajador y su empleador y las cajas de previsión de los empleados públicos y particulares debían aportar el 3.75% de sus entradas brutas, el 1% de las remuneraciones de sus afiliados y el 2% de las pensiones pagadas. Los empleados debían cotizar el 1% de sus sueldos imponibles y sus empleadores el 2.5% de las remuneraciones en el caso de EMPART y el 1.5% en el caso de CANAEMPU (en 1979 el 88% de los empleados cotizaban en estas dos entidades). Por último, los jubilados cotizan el 1% de sus pensiones

<sup>2</sup> Hasta 1980 las fuentes básicas de financiamiento del SNS provenían del Servicio de Seguro Social, la Ley de Accidentes del Trabajo. El Servicio de Seguro Social debía aportar el 3.74% de las remuneraciones imponibles de sus afiliados. El Estado debía contribuir por ley a nombre del Servicio de Seguro Social con el 4.58% de las remuneraciones imponibles.

## **II. Reformas a partir de los ochenta**

---

Las reformas iniciadas a finales de los setenta y comienzos de los ochenta cambiaron la estructura y funcionamiento del sector salud chileno. Entre las principales reformas se destacan: 1) la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), 2) la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), 3) la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE); y 4) la descentralización y municipalización de la atención primaria.

El Decreto Ley No 2763 de 1979 fusiona el SNS con el SERMENA creando el Fondo Nacional de Salud, institución financiera destinada a recaudar, administrar y distribuir los recursos estatales destinados a salud, el Sistema Nacional de Servicios de Salud con una red de 27 servicios de salud de distinta complejidad, el Instituto de Salud Pública de Chile, y la Central de Abastecimiento del SNSS. Esta reestructuración genera un importante proceso de descentralización financiera y administrativa en las prestaciones de salud al crear 27 servicios de salud a lo largo del país. Esta tendencia a la descentralización se ve reforzada por el proceso de municipalización de la atención primaria.

Esta reestructuración buscaba aumentar la eficiencia y eficacia en la gestión de los recursos radicando la responsabilidad del diseño de la política de salud en el Ministerio de Salud, la gestión del financiamiento en el FONASA, y la administración y ejecución de los servicios de salud en el SNSS.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Cabe señalar, que la idea de unificar los servicios de salud para racionalizar y mejorar la gestión de los recursos destinados al sector estuvo presente en las gestiones de los gobiernos democráticos entre 1964-1973. La administración Frei (1966-1970) creó el

Coherentemente con el proceso de reforma previsional iniciado en Chile en 1980, en relación a los fondos de pensiones, se dicta en Febrero de 1981 el decreto Ley 3.626 que permite la participación del sector privado en la administración del financiamiento y en el desarrollo de sistemas privados de atención médica.

La ley permite que las ISAPRE operen directamente brindando las prestaciones, o bien sólo actúen como agentes financiadores. En esta primera etapa se desarrollan principalmente ISAPRE de tipo financiero que se especializan en organizar sistemas de reembolso de gastos médicos.

Hacia 1980 se inicia el proceso de municipalización de la atención primaria el cual culmina en 1987. Si bien los establecimientos siguen siendo parte del SNSS el control de la gestión así como el equipamiento, inmuebles y personal del servicio quedan bajo la responsabilidad y tutela de los municipios. El financiamiento opera a través del sistema de facturación por atenciones médicas (FAPEM), por los fondos municipales propios, y por el fondo común municipal (FCM).

Finalmente, en 1985 se dicta el Decreto Ley 18.469 el cual rige el sistema de prestaciones de salud. La ley rige para todos los trabajadores independientemente de su condición laboral o del régimen previsional al que se hallen adscritos, y para las personas indigentes o sin capacidad de pago. Esta ley promueve principalmente, la eliminación de las diferencias en el acceso a los diferentes sistemas de salud según la condición previsional y avanzar hacia un sistema donde se busca reemplazar el financiamiento fiscal proveniente de rentas generales por un impuesto específico proveniente de las cotizaciones y por el pago por prestación. Asimismo se plantea la focalización de los subsidios en los grupos de menores ingresos.

Una de las principales características del sistema actual radica en que las cotizaciones de salud pueden dirigirse alternativamente hacia dos sistemas de seguros de salud que funcionan de manera paralela y con lógicas muy distintas. Esto es, los cotizantes pueden escoger entre el seguro público de salud (FONASA) o los seguros privados de salud ofrecidos por las ISAPRE. Si el pago de la cotización obligatoria se destina al FONASA el cotizante y sus dependientes quedan adscritos al sistema público de salud. En caso de optar canalizar el pago hacia el sistema ISAPRE, el cotizante pasa a formar parte del sistema privado de salud.

Son beneficiarios del subsistema público y por ende bajo la responsabilidad financiera del FONASA las personas clasificadas como indigentes que no tienen capacidad de contribución, y los afiliados cotizantes y sus cargas. Los beneficiarios indigentes reciben atención gratuita en los consultorios de atención primaria de las municipalidades y en caso de mayor complejidad en los establecimientos hospitalarios del sistema público (modalidad institucional). Los cotizantes y sus cargas pueden atenderse en el sistema público de salud (modalidad institucional) o recibir atención médica con proveedores privados mediante la modalidad de libre elección del FONASA para lo cual se debe efectuar un copago por los servicios recibidos.<sup>4</sup>

La red de prestadores de la modalidad institucional está constituida por los servicios de salud pertenecientes al SNSS bajo responsabilidad del Ministerio de salud y los consultorios de atención primaria bajo la responsabilidad de los municipios. Actualmente alrededor de un 75% de las camas

---

Consejo Nacional Consultivo de Salud con la misión de implementar el Sistema Nacional de Salud. El gobierno de Allende (1970-1973) propuso el establecimiento de un Servicio Unico de Salud mediante convenios entre el SERMENA y el SNS buscando reducir el costo de atención para el paciente y aumentar los ingresos del SNS.

<sup>4</sup> Los cotizantes de mayores ingresos aún cuando reciban servicios en establecimientos pertenecientes al Servicio Nacional de Salud (modalidad institucional) deben realizar un copago. Los beneficiarios clasificados en el grupo A como indigentes, al igual que los clasificados en el grupo B, con ingresos menores o iguales al salario mínimo, reciben atención gratuita en la modalidad institucional. Los que pertenecen al grupo C, ingresos que superan el salario mínimo en no más de 40% realizan un copago de 10%, y finalmente los pertenecientes al grupo D de mayores ingresos están sujetos a un copago equivalente al 20%.

hospitalarias con que cuenta el país pertenecen al SSNS. En la modalidad libre elección los beneficiarios pueden acudir a proveedores privados debidamente inscritos en el FONASA.

Los cotizantes al subsector ISAPRE, quedan cubiertos por los planes de salud que estas ofrecen. Los seguros de salud definen los grados de cobertura y tipos de beneficios para el afiliado individualmente o el afiliado y su grupo familiar (cónyuge, hijos u otras cargas). La red de prestadores esta compuesta principalmente por proveedores privados independientes o adscritos a las ISAPRE.



### III. Características del modelo

---

#### A. Cobertura y financiamiento del sistema de salud

Para efectos de permitir una mayor participación del sector privado las reformas, llevaron a una creciente sustitución del aporte fiscal por aportes provenientes de las cotizaciones laborales. La cotización previsional obligatoria para salud subió de 4% al actual 7% de la renta imponible de los trabajadores entre 1981, año de la creación de las ISAPRE, y 1986. Entre 1984 y 1989 los recursos provenientes de rentas generales reducen su importancia relativa pasando de representar el 38% del total de recursos en 1984 al 21% en 1989, mientras que las cotizaciones aumentan durante el mismo período de 40% a 62%. A partir de 1990 el aporte fiscal tiende a recuperarse alcanzando en 1999 un 31%, mientras que los ingresos por cotizaciones se sitúan en 57% (cuadro 1).<sup>5</sup>

En 1999 el sector público representaba aproximadamente 3% del Producto Interno Bruto (PIB) mientras que el subsistema ISAPRE alcanzaba alrededor del 2%.<sup>6</sup> En términos de cobertura poblacional en ese mismo año alrededor de un 64% de la población era beneficiaria del FONASA y un 22% estaba afiliada a las ISAPRE<sup>7</sup> (cuadro 2 b).

---

<sup>5</sup> Esta dinámica se mantiene cuando los flujos se miden en términos de del PIB.

<sup>6</sup> En la medida que esta cifra no incluye los copagos efectuados en el sector privado subestima el gasto global en salud. Diferentes estimaciones sitúan el gasto total en salud entre 5 y 6 puntos del PIB.

<sup>7</sup> Los cálculos de cobertura se basan en los cotizantes contabilizados bajo la Ley 18.469, lo que en 1997 implicaba unas 9 382 millones de personas beneficiarias del sistema público y unas 3 882 millones en el sistema ISAPRE, lo que equivale al 90% de la población. El 10%

Respecto al financiamiento del sector público, como ya se dijo, la importancia relativa del aporte fiscal ha ido creciendo en el transcurso de los últimos años para llegar a representar en 1999 el 48% de los ingresos correspondientes a FONASA. Las cotizaciones previsionales para salud son la segunda fuente de financiamiento del sector público. Si bien su importancia relativa ha disminuido levemente en los noventa, en 1999 representaron el 32% de los ingresos lo que unido al aporte fiscal explican cerca del 82% de los flujos de financiamiento. El 18% restante obedece a los copagos que efectúan los beneficiarios de FONASA y a la captación de otros ingresos (cuadro 2a).

En el subsistema ISAPRE la principal fuente de financiamiento son las cotizaciones previsionales las que en promedio representaron el 93% en 1990 y el 96% en 1999. El resto de los ingresos se explica fundamentalmente por la venta de planes complementarios y voluntarios a los que se adquieren con la cotización previsional (aproximadamente 4% de los ingresos en promedio para 1990-99). El aporte fiscal refleja subsidios que reciben las ISAPRE entre los que se destacan el llamado subsidio del 2% adicional<sup>8</sup> (cuadro 2a).

El gasto público prácticamente se duplico en términos reales entre 1990-99, sin embargo la diferencia en el nivel de gasto respecto al sector privado sigue siendo importante. En 1989 el gasto por beneficiario del sistema ISAPRE era 3 veces mayor que en el FONASA diferencia que se redujo a 1.8 veces en 1999 (cuadro 2b).

---

restante incluye personas adscritas a sistemas de seguros de menor cobertura: tales como las Fuerzas Armadas, Carabineros, y aquellas personas que no cuentan con seguros de salud.

<sup>8</sup> Dentro de los subsidios que se otorgan a las personas adscritas al sistema ISAPRE se encuentra el 2% adicional creado en 1986. Este es un subsidio que no puede superar el 2% del ingreso imponible y se otorga como un complemento a las personas de bajos ingresos cuya contribución de 7% no les alcanza para adquirir un seguro privado. Cabe señalar, que este subsidio esta siendo ampliamente cuestionado y actualmente esta en debate su eliminación.



**Cuadro 1**  
**EVOLUCIÓN FUENTES DE FINANCIAMIENTO SECTOR SALUD CONSOLIDADO 1984-1999**

Año	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Porcentaje del Total</b>																
Aporte Fiscal	37.9	35.2	29.8	28.3	26.3	21.5	24.0	26.2	27.6	29.0	29.8	30.1	30.4	31.1	30.3	30.6
Cotizaciones	40.4	41.3	48.9	53.9	55.0	61.6	62.1	60.2	58.2	57.1	56.4	57.2	57.0	56.5	57.8	56.8
Co-Pago	11.0	10.9	9.8	7.0	7.3	5.7	4.9	4.3	4.1	4.1	3.9	3.9	3.9	4.1	4.7	4.6
Otros Ingresos	10.6	12.7	11.5	10.7	11.4	11.1	9.0	9.3	10.1	9.8	9.9	8.8	8.7	8.3	7.2	8.0
<b>Porcentaje del PIB</b>																
Aporte Fiscal	1.2	1.0	0.9	0.8	0.8	0.7	0.9	1.0	1.1	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4	1.5
Cotizaciones	1.3	1.2	1.5	1.5	1.6	2.0	2.2	2.2	2.3	2.5	2.5	2.5	2.6	2.5	2.7	2.8
Co-Pago	0.4	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Otros Ingresos	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3	0.4	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.4

Fuente: Boletines Estadísticos de la Superintendencia de ISAPRES, y del Departamento de Comercialización, FONASA.

**Cuadro 2a**  
**FUENTES DE FINANCIAMIENTO PÚBLICA-PRIVADA 1984-1999**  
*(Como porcentaje del total)*

	1984		1985		1986		1987		1988		1989		1990		1991	
	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA
Aporte Fiscal	...	42.6	...	41.1	...	38.0	...	38.4	...	37.1	...	33.6	3.2	37.8	3.1	41.8
Cotizaciones	100.0	33.0	94.4	32.3	94.4	36.3	99.0	37.9	98.7	37.2	94.9	43.1	91.2	42.9	91.6	39.0
Co-Pago	...	12.4	...	12.7	...	12.5	...	9.5	...	10.3	...	8.9	...	8.1	...	7.2
Otros Ingresos	...	12.0	5.8	13.8	5.6	13.2	1.0	14.1	1.3	15.5	5.1	14.5	5.6	11.2	5.2	12.0
	1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA
Aporte Fiscal	3.3	43.8	4.7	45.7	4.6	46.8	4.5	48.0	3.8	48.7	2.6	49.4	2.3	49.1	1.8	48.2
Cotizaciones	91.9	35.7	90.6	34.2	91.9	32.4	93.6	31.8	93.9	31.6	95.3	31.6	95.8	32.4	96.1	32.7
Co-Pago	...	6.9	...	6.9	...	6.5	...	6.6	...	6.6	...	6.7	...	7.8	...	7.5
Otros Ingresos	4.8	13.6	4.7	13.3	3.5	14.3	1.9	13.6	2.3	13.1	2.1	12.3	2.0	10.7	2.1	11.6

Fuente: Boletines Estadísticos de la Superintendencia de ISAPRE, y del Departamento de Comercialización FONASA.

**Cuadro 2b**  
**COBERTURA PÚBLICA-PRIVADA 1984-1999**

	1984		1985		1986		1987		1988		1989		1990		1991	
	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA
Gasto Total en Salud (como % del PIB)	0.4	2.9	0.4	2.5	0.7	2.4	0.8	2.1	0.9	2.1	1.2	2.1	1.4	2.1	1.5	2.2
Gasto por Beneficiario (en pesos de 1997)	134142	37868	106461	35792	102104	36714	109909	35918	118058	40882	128617	43193	129115	44217	123139	50633
Cotización Promedio (en pesos de 1997)	356156	25762	284542	24205	276874	28129	272006	29886	286759	34273	319003	43111	309711	45144	288455	48480
Beneficiarios Totales (como % Pob. Total)	3.1	83.4	4.5	82.0	7.5	79.0	9.6	78.7	11.4	77.6	13.5	76.0	16.0	73.9	19.2	71.2
	1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA
Gasto Total en Salud (como % del PIB)	1.6	2.4	1.8	2.6	1.8	2.7	1.8	2.5	1.8	2.7	1.7	2.7	1.9	2.8	1.8	3.0
Gasto por Beneficiario (en pesos de 1997)	122338	61561	123607	71075	124824	78974	133617	80690	142669	86956	142858	92842	163685	94515	177633	99308
Cotización Promedio (en pesos de 1997)	284212	54697	282194	62502	287187	67534	309998	71850	322934	78121	308239	85284	355780	87347	385727	89561
Beneficiarios Totales (como % Pob. Total)	22.1	67.5	24.8	64.8	26.2	63.3	26.5	65.1	26.4	64.5	26.5	64.1	24.8	64.1	22.1	64.0

Fuente: Boletines Estadísticos de la Superintendencia de ISAPRE, y del Departamento de Comercialización FONASA.

Los niveles de contribución también presentan marcadas diferencias entre el sector público y privado. En 1989 la cotización promedio de las ISAPRE era siete veces mayor que la del FONASA. En 1999 esta diferencia era de cuatro veces.

En los cuadros 3 y 4 se presenta la distribución de la población entre el subsector público y privado según ingresos y edad. Como se aprecia en el cuadro 3 en los primeros cuatro quintiles de la distribución de ingresos la mayoría de las personas están afiliados al sistema público. Sólo en el quinto quintil (el 20% más rico de la población) se aprecia una mayor participación en el sistema ISAPRE. Esta tendencia ha sido consistente a lo largo de toda la década de los noventa.

Cuando se observa la distribución por edades (cuadro 4) se aprecia que a medida que se avanza en los tramos de edades, las personas tienden a concentrarse mayoritariamente en el FONASA. Aún en el segmento del 20% más rico de la población a partir de los cincuenta años la mayoría de los afiliados se encuentran en el FONASA.

En la medida que las personas de mayor edad reflejen mayores riesgos médicos la lógica de los seguros privados tenderá a hacer que las compañías de seguros discriminen contra este tipo de asegurados ya sea vía precios o reduciendo los niveles de cobertura. Este fenómeno se conoce en la literatura económica como discriminación de riesgos o “cream skinning”. La discriminación de riesgos no solo se da hacia las personas de tercera edad sino también hacia cualquier persona que presente mayores probabilidades de enfermedad, lo que acontece tanto con las personas de mayor edad como con los enfermos crónicos, y las personas de menores ingresos. Este tipo de personas representan desde la óptica de los seguros privados “malos riesgos”. En este sentido, las ISAPRE al actuar como agencias aseguradoras de riesgo en un mercado altamente desregulado tienden a mostrar un comportamiento que favorece la discriminación de riesgo.

La existencia de un seguro solidario como el FONASA que actúa como prestamista de última instancia unido a la capacidad de las ISAPRE para discriminar riesgos han llevado a que en el modelo chileno el acceso a los servicios de salud este determinado por los niveles de ingreso y probabilidad de enfermedad de las personas. En este contexto, el FONASA tiende a concentrar a las personas de menores ingresos y de mayores riesgos médicos mientras las ISAPRE atraen a las personas de altos ingresos y bajos riesgos médicos. Esta segmentación de la población, que produce por el funcionamiento de la mezcla pública-privada vigente en Chile, impacta negativamente la equidad del sistema.

**Cuadro 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PREVISIÓN E INGRESO**  
(Porcentaje de cobertura)

	Quintil 1			Quintil 2			Quintil 3			Quintil 4			Quintil 5		
	Sist. Pub.	ISAPRES	Resto	Sist. Pub.	ISAPRES	Resto	Sist. Pub.	ISAPRES	Resto	Sist. Pub.	ISAPRES	Resto	Sist. Pub.	ISAPRES	Resto
1990	85.0	2.8	12.2	78.6	6.5	14.9	69.6	11.3	19.1	57.6	21.6	20.8	36.8	41.2	22.0
1992	83.1	5.2	11.7	73.5	11.8	14.7	63.6	17.3	19.1	50.4	28.7	20.9	30.3	46.3	23.4
1994	85.1	6.3	8.6	76.2	13.4	10.4	65.3	21.7	13.0	49.6	33.5	16.9	29.3	52.9	17.6
1996	84.3	5.6	10.1	71.3	14.3	14.4	60.4	22.7	16.9	44.8	34.9	20.3	25.3	55.9	18.8
1998	86.2	4.0	9.8	73.9	13.2	12.9	62.4	21.3	16.3	47.1	33.0	19.9	26.0	55.4	18.6

**Fuente:** Encuesta CASEN 1990-1998.

**Nota:** Resto = FFAA, Particulares, Otros Sistemas y No Sabe.

**Cuadro 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN PREVISIÓN, EDAD E INGRESO**  
*(Porcentaje de Cobertura)*

	Quintil 1			Quintil 2			Quintil 3			Quintil 4			Quintil 5		
	Sist Pub.	ISAPRES	Resto	Sist Pub.	ISAPRES	Resto	Sist Pub.	ISAPRES	Resto	Sist Pub.	ISAPRES	Resto	Sist Pub.	ISAPRES	Resto
00-20	85.4	5.5	9.1	69.9	16.6	13.5	54.4	28.0	17.6	36.6	42.7	20.7	19.1	66.1	14.8
21-50	81.8	6.1	12.1	67.6	16.4	16.1	54.4	26.6	19.1	37.9	40.4	21.7	21.8	60.1	18.1
51-64	87.3	2.9	9.8	81.8	6.0	12.3	72.4	12.1	15.5	59.6	20.3	20.1	37.1	39.8	23.2
65 y más	89.5	0.8	9.7	91.1	1.1	7.8	89.4	1.6	9.0	79.4	5.9	14.8	55.5	21.8	22.7
<b>Total</b>	<b>84.2</b>	<b>5.4</b>	<b>10.4</b>	<b>71.2</b>	<b>14.6</b>	<b>14.2</b>	<b>59.5</b>	<b>23.3</b>	<b>17.3</b>	<b>44.3</b>	<b>35.2</b>	<b>20.5</b>	<b>26.5</b>	<b>55.2</b>	<b>18.3</b>

Fuente: Encuesta CASEN 1996.

Nota: Resto = FFAA, Particulares, Otros Sistemas y No sabe.

Del total de las atenciones prestadas en 1998 el 70% de los controles y consultas y el 72% de los días de hospitalización fueron provistos a personas afiliadas al sistema público (cuadro 5). Los beneficiarios del sistema ISAPRE recibieron el 21% de los controles y consultas y el 15 % de los días de hospitalización. Esta situación es muy similar a la observada en 1990.

**Cuadro 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS ATENCIONES POR SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD**  
**SEGÚN TIPO DE ATENCIÓN: 1990 Y 1998**  
*(En porcentaje)*

Tipo de Atención	Público		ISAPRE		Particular		Total	
	1990	1998	1990	1998	1990	1998	1990	1998
Controles y consultas	72.7	69.7	14.8	20.8	6.7	5.3	100.0	100.0
Atención dental	52.3	49.2	29.0	37.5	13.1	7.3	100.0	100.0
Laboratorio	71.2	65.3	15.7	24.2	7.5	4.4	100.0	100.0
Rayos o ecografía	65.5	58.6	19.2	29.6	7.7	5.5	100.0	100.0
Cirugías	61.8	57.1	26.4	33.6	6.0	3.9	100.0	100.0
Hospitalización	80.9	71.5	8.6	15.1	3.7	4.0	100.0	100.0
Atención parto	75.8	67.7	14.5	23.8	5.7	5.4	100.0	100.0

Fuente: MIDEPLAN, Resultados Encuesta CASEN 1998, Documento #4, Situación de la Salud en Chile.

Cabe señalar que a pesar de que la mayoría de las atenciones otorgadas en los establecimientos públicos de salud son recibidas por los beneficiarios del sistema público los afiliados al sistema ISAPRE demandan una proporción significativa de estos servicios. Es así como en 1998 un 11% de las cirugías realizadas en hospitales públicos, un 9% de los partos, y un 4.5 % de los días de hospitalización correspondieron a beneficiarios de las ISAPRE. Entre 1990 y 1998 exceptuando cirugías, se observa un aumento en todas las atenciones brindadas por el sector público a los afiliados a las ISAPRE (cuadro 6).

Cuadro 6

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ATENCIONES EN ESTABLECIMIENTO PÚBLICO POR SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD SEGÚN TIPO DE ATENCIÓN: 1990 Y 1998**

(En porcentaje)

Tipo de Atención	Público		ISAPRE		Particular		Total	
	1990	1998	1990	1998	1990	1998	1990	1998
Controles y consultas	86.8	87.0	4.1	6.7	5.8	4.5	100.0	100.0
Atención dental	83.9	89.0	5.2	5.9	7.8	3.9	100.0	100.0
Laboratorio	88.8	90.3	3.8	4.5	5.3	3.5	100.0	100.0
Rayos o ecografía	87.8	82.9	4.0	6.1	5.5	7.9	100.0	100.0
Cirugías	77.4	82.7	13.6	10.7	5.7	4.3	100.0	100.0
Hospitalización	89.2	88.3	3.5	4.5	3.8	4.7	100.0	100.0
Atención parto	87.4	82.7	5.9	8.8	4.5	6.4	100.0	100.0

Fuente: MIDEPLAN, Resultados Encuesta CASEN 1998, Documento #4, Situación de la Salud en Chile.

## B. El sector público

En el ámbito del financiamiento, el FONASA cumple una doble función. Por una parte, actúa como caja que recolecta, administra y asigna los recursos públicos provenientes de cotizaciones y aporte fiscal, y por otra, como un seguro público que representa a los cotizantes y sus cargas. En su papel de seguro funciona como un seguro social tradicional en la medida que no vincula los beneficios obtenidos a las contribuciones realizadas. Cada beneficiario tiene, en principio, acceso al mismo paquete de beneficios, independientemente, del nivel de su contribución. En este sentido, el FONASA incorpora mecanismos financieros de redistribución de ingresos desde las personas de mayores ingresos hacia las de menores ingresos. Junto con la redistribución de ingresos, también opera la solidaridad típica de un sistema de seguros de salud que va desde los sanos hacia los enfermos.

A pesar del incremento de los aportes fiscales observados en los noventa, aún persisten severos déficits en la capacidad que tiene el sector público de brindar servicios de salud a la población. Esto está asociado además a importantes problemas en la gestión de los recursos, lo que ha implicado severas dificultades para lograr una eficiente asignación de recursos al interior del sector público.

Como se aprecia en el cuadro 7, la principal partida del gasto público se destina al pago de remuneraciones el que en 1999 alcanzó un 36% del gasto total. Lamentablemente bajo las normas vigentes los sueldos y salarios de los funcionarios públicos no están directamente ligados a criterios de productividad y desempeño, sino más bien a períodos de antigüedad, lo que implica que los aumentos en las remuneraciones no necesariamente reflejan mejoras en los servicios de salud. Cabe destacar el incremento del gasto en inversión el que pasó de representar el 3.6% del gasto en 1989 a 8 % promedio 1991-99. Si bien éste es un gasto imprescindible, y dada las condiciones de los servicios de salud del SNSS a finales de los ochenta ineludible, no todo el gasto que se realiza en infraestructura se traslada de manera automática a mejoras en los servicios.

A pesar de las dificultades mencionadas se han generado avances importantes en la capacidad de brindar servicios de salud por parte de la red pública. En el cuadro 8 se aprecia que en base a encuestas de opinión entre el 60 y 70 por ciento de los encuestados percibe mejoras en la infraestructura, equipamiento, y calidad del servicio.

**Cuadro 7**  
**GASTO PÚBLICO EN SALUD**  
(Porcentaje del total)

Año	Remuneración	Bs.Ss.Consumo	Inversiones	Transf. Ctes.	Prest. Prev.	Otros Gastos
1980	35.0	19.9	3.6	6.0	25.9	9.6
1981	35.8	18.2	2.6	6.7	28.9	7.8
1982	34.3	20.3	2.3	8.0	29.7	5.4
1983	34.2	22.3	0.8	6.2	28.0	8.5
1984	35.0	22.6	1.7	8.2	25.9	6.6
1985	35.4	23.0	2.3	7.2	26.3	5.9
1986	35.8	22.6	1.6	6.7	25.9	7.4
1987	36.1	25.3	2.1	9.3	20.1	7.1
1988	34.6	27.5	3.0	6.6	21.3	7.1
1989	33.3	26.0	3.5	12.3	19.0	5.8
1990	32.1	26.7	2.6	12.1	17.5	9.0
1991	33.4	28.0	2.9	12.2	16.4	7.1
1992	33.5	26.2	9.4	11.4	15.5	4.0
1993	37.0	24.5	8.0	10.6	15.0	4.8
1994	37.7	24.1	8.8	9.2	14.5	5.7
1995	39.2	25.2	8.0	9.3	14.7	3.5
1996	39.3	25.6	7.4	9.5	15.1	3.1
1997	39.9	24.9	6.5	8.9	15.6	4.3
1998	36.9	25.7	6.0	7.3	15.5	8.7
1999	36.4	16.2	4.7	19.4	17.3	6.0

**Fuente:** Departamento de Comercialización, FONASA.

Transferencia Corrientes = Programa Nacional de Alimentación Complementaria + Fondo Único Prestaciones Familiares.

Prestaciones Previsionales = Subsidios + Medicina Curativa + Déficit CCAF + Indemnizaciones.

**Cuadro 8**  
**PERCEPCIÓN DE MEJORÍAS EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS,**  
**SEGÚN QUINTIL DE INGRESO AUTÓNOMO PER CÁPITA DEL HOGAR, 1998**  
(En porcentaje)

Quintil de Ingreso	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
<b>Total</b>	<b>67.8</b>	<b>63.4</b>	<b>55.7</b>	<b>66.0</b>	<b>59.4</b>

**Fuente:** MIDEPLAN, Resultados Encuesta CASEN 1998, Documento #4, Situación de la Salud en Chile.

En contextos de escasez crónica de recursos financieros, como es el caso del sector salud, mejoras en la asignación de los recursos son cruciales para enfrentar las crecientes demandas por servicios de salud. Las políticas de descentralización y los cambios implementados en los mecanismos de pagos y de presupuestación de los hospitales y centros de atención primaria han apuntado en esta dirección. A las reformas iniciadas en los ochenta se sumó en 1994 la ley sobre el Estatuto del Personal de la Salud Municipalizada. Esta ley, junto con intentar mejorar la situación laboral de los trabajadores, buscaba establecer compromisos de gestión relativos a los niveles de cobertura de las acciones de salud, entre los servicios de salud y las municipalidades.

Tradicionalmente las transferencias de recursos del FONASA hacia los establecimientos públicos de salud (que cubren alrededor del 90% de las necesidades de financiamiento de estos establecimientos) se realizaban por una parte, en base a presupuestos históricos destinados principalmente a cubrir los requerimientos salariales, y por otra, mediante un sistema de facturación por atención prestada (FAP) implementado en 1978, el cual estaba destinado a cubrir los gastos en bienes y servicios. Los recursos para inversión se asignan desde el nivel central en base a criterios discrecionales y poco transparentes (Lenz, Muñoz 1995).

Esta forma de asignar recursos tiende a incentivar importantes ineficiencias en la asignación y gestión del gasto. En la medida que la inercia presupuestaria premia un mayor gasto y castiga el ahorro (mediante futuros recortes presupuestarios), los incentivos a aumentar gastos independientemente de la calidad y pertinencia de estos se acrecientan. El sistema de pagos y presupuestación tiene incidencia sobre la calidad y costos de los servicios.

Los cambios en los mecanismos de transferencia de recursos financieros han buscado vincular la transferencia de recursos a criterios de desempeño. A nivel de los establecimientos pertenecientes al SNSS se han iniciado experiencias para modificar el sistema FAP mediante la introducción de sistemas de pago prospectivos o pagos asociados a resultados. Actualmente se están implementando experiencias con instrumentos de Pagos Asociados a Diagnósticos (PAD) conjuntamente con Pagos Prospectivos por Prestaciones (PPP).

El PAD se aplica en establecimientos de atención secundaria y terciaria en alrededor de 17 de los 27 servicios pertenecientes al SNSS. Este sistema implica pagar un valor predeterminado por diagnóstico y actualmente incluye un conjunto de 26 prestaciones que suelen realizarse con mayor frecuencia. Para aquellas prestaciones que no cuentan con un valor preestablecido o PAD se utiliza el criterio PPP de atención efectivamente realizada. Esto incluye prestaciones de menor frecuencia y aquellos casos donde un diagnóstico de ingreso deriva en otros tipos de prestaciones.

A pesar de los esfuerzos por incorporar mecanismos como el PAD y el PPP, los sistemas de asignación de los recursos públicos siguen funcionando con una lógica burocrática y altos grados de rigideces. Esto se debe principalmente a que entre un 70 y 80% de los recursos aún se asignan en función de presupuestos históricos y van principalmente destinados a financiar sueldos y salarios en contextos laborales poco flexibles.

En relación al financiamiento de la atención primaria se ha propuesto reemplazar el FAPEM (facturación de atenciones prestadas en municipalidades) por un mecanismo de pagos per cápita.

El FAPEM vigente desde 1981 funciona de manera similar al FAP. Los pagos se realizan sobre la base de un listado de prestaciones de la salud municipalizada. Dado los volúmenes de facturación que se generaban por parte de los municipios se instauró un techo máximo para los montos FAPEM según las regiones. El techo regional queda a disposición de cada intendente regional y este está facultado para definir techos comunales para las municipalidades bajo su jurisdicción (Lenz, Muñoz 1995).

Se ha planteado sustituir el FAPEM por un sistema basado en pagos capitados prospectivos. La transferencia de recursos por beneficiario sería función de la condición urbano-rural del municipio y de los niveles de pobreza. Este esquema, que actualmente funciona en 310 comunas, permite vincular más nítidamente la transferencia de recursos financieros con el volumen de atenciones y condiciones socioeconómicas de la municipalidad lo que tendría un impacto positivo sobre la equidad.

## C. El sector privado

Las ISAPRE se han desarrollado bajo distintas modalidades: abiertas, cerradas, con y sin fines de lucro. Las abiertas ofrecen planes de salud a los cuales puede tener acceso, en principio, cualquier trabajador que este en condiciones de pagar el costo del plan. Sin embargo, la ISAPRE esta en libertad para decidir si acepta o no la incorporación de los trabajadores, pudiendo establecer de este modo mecanismos de selección en base a por una parte, condición socioeconómica del trabajador, y por otra, a una evaluación del riesgo médico del trabajador y su grupo familiar. Los contratos tienen la lógica de un seguro individual donde los beneficios ofrecidos varían según la cotización y el riesgo médico del asegurado.<sup>9</sup>

Las ISAPRE cerradas canalizan los aportes previsionales a salud de los trabajadores de una misma empresa y se organizan para otorgarles prestaciones de salud. En general estas se establecen al interior de grandes empresas.

Los planes ofrecidos por las ISAPRE deben incorporar todas las prestaciones de salud ofrecidas por el FONASA. Lo que diferencia un contrato de seguro de otro es el grado de cobertura financiera de las atenciones (el copago que debe hacer el asegurado), así como la incorporación de prestaciones suplementarias a las ofrecidas por el FONASA. Los niveles de cobertura financiera se determinan en función de aranceles fijados por las ISAPRE, los que no necesariamente reflejan el valor de mercado de las prestaciones. En la medida que el diferencial de precios entre los fijados por las agencias aseguradoras y los cobrados por los prestadores se incrementa la carga financiera al usuario producto de aumentos en el copago.

Los planes contratados tienen vigencia de un año después del cual las ISAPRE tienen la facultad de cambiar las condiciones de cobertura y costo del plan.<sup>10</sup> Se calcula que actualmente existen más de 8000 planes de salud disponibles en el mercado (Celedón, y Oyarzo, 1997).<sup>11</sup> Esto responde a que la contribución obligatoria del 7% determina los precios de las pólizas exógenamente al mercado de seguros y las agencias deben configurar los seguros ofrecidos en función de un precio dado y distintas probabilidades de riesgo médico. Obviamente, como se verá más adelante, esta multiplicidad de planes tiene importantes efectos sobre la capacidad de los usuarios para elegir planes de salud adecuados y por ende impacta negativamente en la eficiencia para la asignación de los recursos.

Las ISAPRE han establecido una serie de restricciones al acceso por parte de los usuarios a los beneficios contemplados en los distintos planes de aseguramiento. Carencias, son períodos en los cuales el otorgamiento de los beneficios tiene niveles de cobertura inferiores a los contemplados en el plan contratado, o bien no se brinda cobertura. Enfermedades Preexistentes que han sido diagnosticadas con anterioridad a la contratación del plan reciben habitualmente niveles de reembolsos menores a los acordados en el plan o se le aplican carencias. Exclusiones de ciertas patologías para las cuales las ISAPRE no brindan cobertura. Topes de reembolso, en los que a cada contrato se le asigna un nivel de gasto máximo. Una vez excedido este monto sólo se otorgan los beneficios mínimos establecidos por la ley.

---

<sup>9</sup> De acuerdo a la ley las ISAPRES solo pueden usar factores de genero y edad para ajustar las primas de los seguros

<sup>10</sup> En caso de discrepancia, la Superintendencia de ISAPRE tiene la facultad de actuar como árbitro arbitrador de las diferencias entre las ISAPRE y sus afiliados. Por supuesto la capacidad de la superintendencia esta restringida por las atribuciones que le otorga la ley.

<sup>11</sup> Existen planes de carácter individual los cuales definan el nivel de financiamiento de las atenciones médicas, planes de carácter colectivos adecuan los planes en función a las características del grupo de trabajadores considerado y planes de administración donde la ISAPRE administra las cotizaciones de un grupo de trabajadores por lo general de una misma empresa.

Existen diversos mecanismos para el otorgamiento de los beneficios. En el sistema de libre elección o reembolso el asegurado escoge libremente al proveedor y cancela el 100% del costo del servicio. Luego la ISAPRE le reembolsa de acuerdo al plan contratado. En el sistema de bonos o convenios de atención, la ISAPRE establece convenios de atención con profesionales y centros de atención en los cuales pacta los honorarios. El asegurado cancela con un bono emitido por la ISAPRE cancelando a esta la diferencia entre el costo real del servicio y el costo cubierto por el plan. Por último, un tercer mecanismo es que la ISAPRE brinda servicios de salud en instalaciones propias (centros médicos, clínicas), y los afiliados cancelan aquella parte de los costos no cubierta por el plan.

Desde su creación en 1981 la cobertura poblacional del sistema ISAPRE ha mostrado tasas de crecimiento positivas. El crecimiento durante la década de los ochenta refleja de manera importante por una parte, los efectos del aumento de la cotización obligatoria de 4 a 7% entre 1981 y 1986, y la liberalización del subsidio pre y post natal a las ISAPRE pasando este a ser cubierto, a partir de 1985-1986, por un Fondo Unico de Prestaciones Familiares financiado con impuestos generales, y por otra, al hecho de que el estado financia todas las acciones de fomento y protección de la salud de las personas independientemente de si pertenecen o no al sistema privado.

Como se aprecia en el cuadro 9, en la década de los ochenta el crecimiento del subsistema ISAPRE fue importante mostrando un crecimiento muy fuerte entre 1984 y 1989. Este crecimiento esta determinado por la evolución de las ISAPRE abiertas. En los noventa las tasas de crecimiento si bien son positivas se moderan y estabilizan entre un 1 y 2% en 1996-97.<sup>12</sup> En términos de la población el sistema ISAPRE pasa de cubrir un 8% en 1986 a alrededor de un 26% en 1999, captando en ese mismo año un 64% de las cotizaciones previsionales en salud equivalentes a 1.3% del PIB. (cuadro 2).

**Cuadro 9**  
**BENEFICIARIOS VIGENTES DEL SISTEMA ISAPRE, 1982-1999**  
(En miles)

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
<b>Total Sistema</b>	164.3	229.8	365.3	545.6	921.3	1205.0	1450.2	1756.2	2108.3
Abiertas	126.0	128.4	212.1	355.4	593.0	937.6	1182.4	1411.4	1726.1
Cerradas	38.3	101.5	153.1	190.2	328.3	267.4	267.8	344.7	382.2
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Total Sistema</b>	2566.1	3000.1	3431.5	3669.9	3763.6	3813.4	3882.6	3679.8	3323.4
Abiertas	2125.4	2584.9	3018.0	3388.2	3523.4	3597.4	3683.9	3644.0	3291.8
Cerradas	440.7	415.2	413.6	281.7	240.2	216.0	198.7	35.8	31.5

Fuente: Superintendencia de ISAPRES.

La renta imponible real promedio en las ISAPRE abiertas ha caído en un 19% entre 1984 y 1999 pasando de \$474151 (en pesos de diciembre de 1997) a \$384912 (cuadro 10).

Tal como se ha señalado las ISAPRE actúan como compañías de seguros de riesgo individual. En este sentido, a diferencia del FONASA, las reglas de contribución o compras de seguros no incluyen mecanismos de solidaridad a nivel del financiamiento.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> En 1999, por primera vez desde su creación las tasas de crecimiento de la cartera de las ISAPRE fue negativa. El número de beneficiarios cayo en 12% entre 1998 y 1999.

<sup>13</sup> Si se da la solidaridad típica de los mecanismos de agregación de riesgos. Esto es de los sanos hacia los enfermos.



Lo anterior refleja el hecho de que la equidad no es uno de objetivos del sistema ISAPRE. Los argumentos para la creación de las ISAPRE descansaban en la búsqueda de eficiencia. En este sentido, se argumentaba que la introducción de mecanismos de mercado tanto a nivel de la provisión como financiamiento, que facilitaran y estimularan la capacidad de elección por parte del usuario, inducirían a ganancias de eficiencia en la asignación de recursos en el sector, quedando en manos del sector público los desafíos de equidad y solidaridad.

**Cuadro 10**  
**EVOLUCIÓN DE LA RENTA IMPONIBLE REAL PROMEDIO**  
(En pesos de diciembre de 1999)

ISAPRES	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Abiertas	474151	360329	366200	327747	342461	333797	321885	307341
Cerradas	530537	462482	538588	488928	488356	509655	510401	520442
<b>Total Sistema</b>	<b>484664</b>	<b>375056</b>	<b>390249</b>	<b>344669</b>	<b>356373</b>	<b>349306</b>	<b>337106</b>	<b>321798</b>
ISAPRES	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Abiertas	301706	294608	292130	315100	330344	343423	359314	384912
Cerradas	537365	543296	540936	550559	572503	557775	567312	564081
<b>Total Sistema</b>	<b>315123</b>	<b>306524</b>	<b>302450</b>	<b>324054</b>	<b>339506</b>	<b>351147</b>	<b>366910</b>	<b>391986</b>

Fuente: Boletines Estadísticos, 1984-1999, Superintendencia ISAPRES.

La experiencia internacional al igual que la chilena muestra que dada las imperfecciones que se observan en el mercado de la salud las ganancias de eficiencia no están aseguradas por el libre juego de la oferta y la demanda.<sup>14</sup> Un tema central al problema de la eficiencia (y por supuesto al tema de la equidad) son los incentivos a la selección de riesgos que se producen en los mercados de seguros. En la medida que las utilidades de las agencias aseguradoras estén altamente correlacionadas con la discriminación de riesgos es poco probable que éstas tengan incentivos para promover importantes ganancias de eficiencia. En este caso, los incentivos van más dirigidos a evitar la afiliación de personas de alto riesgo que a promover mejoras en la gestión de los recursos.

En el caso chileno, la mezcla pública-privada existente unida a un mercado altamente desregulado han incentivado y permitido la discriminación de riesgos. Otro problema asociado a los mercados de seguros individuales se refiere a los altos costos de administración y ventas. Estos últimos se originan por la necesidad de competir por asegurados en un mercado de productos altamente homogéneos de difícil diferenciación. En el caso chileno la proporción de gastos de administración y ventas, si bien ha mostrado una tendencia hacia la baja, se mantiene alta. En el cuadro 11 se aprecia que, en los últimos años, los gastos en administración y ventas se han estabilizado alrededor del 19%.

Para efectos de introducir una mayor regulación y fiscalización en el sistema ISAPRE, se creó en 1990 la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional. Esta institución debe velar por el cumplimiento de las normas que rigen los contratos de salud entre las ISAPRE y los usuarios reglamentados por la Ley 18.933. Además esta Ley establece procedimientos de arbitraje para el tratamiento y resolución de desacuerdos que surjan entre las ISAPRE y los cotizantes y/o beneficiarios.

<sup>14</sup> Entre las fallas de mercado se destacan las asimetrías de información entre proveedores y usuarios, los problemas de riesgo moral, selección adversa, y discriminación de riesgos. A nivel de los seguros públicos está el problema del polizante "free rider".

Al respecto en 1995 se introdujeron modificaciones a esta Ley mediante la Ley 19.381. Estas estaban orientadas principalmente a mejorar la capacidad reguladora de la Superintendencia a la vez que establecían mayores grados de protección a los usuarios. Dentro de las modificaciones contempladas destacan, la regulación y normalización de la información que deben proveer las ISAPRE y la Superintendencia a los usuarios, se regula el sistema de precios para la tercera edad, se regulan las exclusiones en los contratos estableciendo normas para el tratamiento de las pre-existencias, se regula el manejo de los excedentes de las cotizaciones mediante cuentas de ahorro individuales pertenecientes a los trabajadores, se establece un listado referencial de prestaciones basado en las prestaciones FONASA (Celedón, y Oyarzo 1997). En 1997 se crea la denominada cartilla que es un instrumento que busca facilitar la comparación entre distintos planes de salud.

En general todas estas medidas han estado dirigidas a buscar mayor transparencia en los planes de seguros ofrecidos en el sistema ISAPRE pero no presentan una solución al problema de la discriminación de riesgos.

**Cuadro 11**  
**ESTRUCTURA DEL GASTO EN SALUD DE LAS ISAPRES 1984-1999**  
*(Millones de pesos de cada año)*

<b>Sistema ISAPRES</b>	<b>1984</b>	<b>1985</b>	<b>1986</b>	<b>1987</b>	<b>1988</b>	<b>1989</b>	<b>1990</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
Costos de Explotación	4710	8092	16023	27686	42181	66329	98902	142206	192272	247737	297947	353219	414332	449168	513430	518316
Bonificaciones	3077	5177	10914	19362	30551	46759	69790	102812	142784	187708	224614	267326	311399	---	---	---
Prestaciones Directas	210	691	1138	2059	1426	1897	2423	4167	5773	6624	6793	6746	7359	---	---	---
Examen Preventivo	34	71	260	92	118	127	415	359	491	591	753	1017	1082	---	---	---
Total Prestaciones	3321	5939	12312	21513	32095	48784	72628	107338	149048	194924	232160	275089	319840	342946	397486	403243
Subsidios Incap. Laboral	1099	1467	3190	5473	8764	15138	22076	31777	39144	47927	58563	68715	82975	92868	105801	104234
Otros Costos	290	686	521	700	1322	2408	4199	3091	4081	4886	7223	9415	11517	13354	8496	10839
Gastos de Adm. Y Ventas	2394	2916	5277	8262	11115	15959	26089	34495	44622	60888	73497	88127	98276	105490	119684	122896
Publicidad	158	139	280	270	357	579	939	1276	1659	1958	2376	2601	3184	3068	2642	2805
Remuneraciones	944	937	1965	3047	4669	6020	9843	13010	16779	23609	29117	33739	36805	38894	45417	44357
Comisiones por Ventas	470	576	984	1695	1844	3354	5105	6522	7748	10808	13835	17791	22175	27334	30105	30796
Otros gastos	822	1264	2047	3250	4245	6006	10202	13687	18436	24513	28169	33996	36111	36194	41520	44938
Gasto total	7104	11008	21300	35948	53296	82288	124991	176701	236895	308625	371444	441346	512608	554658	633114	641212
Ctos. Explotación (% Gto. Total)	66.3	73.5	75.2	77.0	79.1	80.6	79.1	80.5	81.2	80.3	80.2	80.0	80.8	81.0	81.1	80.8
Gtos. de Adm. y Ventas (% Gto. Total)	33.7	26.5	24.8	23.0	20.9	19.4	20.9	19.5	18.8	19.7	19.8	20.0	19.2	19.0	18.9	19.2

**Fuente:** Boletines Estadísticos, 1984-1999, Superintendencia de ISAPRES.

## D. Consideraciones fiscales

Una motivación importante de las reformas del sector salud se relaciona con consideraciones de carácter fiscal. La incorporación del sector privado no sólo pretende mejorar la eficiencia en la gestión del sector sino además permitir un traspaso de los gastos que tradicionalmente realiza el sector público hacia el sector privado. En este sentido, el sector privado debe ser capaz de financiar y brindar servicios de salud a parte de la población que históricamente dependía de la seguridad social y el sector público.

Para que lo anterior ocurra las reformas deben ser capaces de desplazar junto al financiamiento, también la demanda por servicios de salud hacia proveedores privados. De lo contrario, el estado se ve enfrentado a los mismos gastos en salud pero con menores niveles de ingresos. Traspasos significativos de demanda desde el sector público hacia el privado se ven limitados por la interacción de dos factores: i) los bajos ingresos que caracterizan a una parte importante de la población, lo que contrasta con la tendencia alcista en los costos y complejidad de la atención en salud, y ii) la práctica de discriminación de riesgos.

Diseños de la mezcla pública-privada que no desplazan la demanda al sector privado fuerzan al sector público a incurrir en importantes gastos al tener que cubrir a la población de mayores riesgos y menores ingresos. Esto contrasta con el hecho de que producto de las reformas parte importante de los recursos captados a través de las cotizaciones para la seguridad social en salud tienden a canalizarse hacia el sector privado.

La reforma chilena implementada desde inicios de los ochenta, permite extraer útiles lecciones relativas a este efecto de la mezcla pública-privada. Luego de la reforma se observa que los montos de recursos financieros que reciben el sector público y privado son similares. Sin embargo, este último sólo cubre alrededor del 26% de la población, mientras que el público se responsabiliza por el 60% de esta. Además, el sector público al quedar a cargo de una población caracterizada por mayores riesgos de enfermedad y menores ingresos, no ha visto disminuida la demanda de servicios de salud que debe enfrentar pero sí ha visto disminuido los recursos financieros provenientes de las cotizaciones previsionales a salud.

La desigual distribución de la cartera de riesgo entre el sector privado y el sector público como consecuencia de una inadecuada mezcla pública-privada no es la única fuente de presiones hacia el presupuesto público. Un mal diseño del marco institucional y regulatorio puede presentar problemas de subsidios cruzados, los cuales se originan como consecuencia del uso de consultorios y hospitales públicos por parte de quienes son beneficiarios del sector privado, sin que este pague al sector público el total de las atenciones prestadas. En el caso chileno, el subsidio cruzado se ha estimado en un monto aproximado de \$15 mil millones anuales, cifra cercana a un 4% del gasto público en salud.

## IV. Desafíos

---

La actual estructura del sector salud tiende a producir inequidades en el acceso y calidad de los servicios así como problemas de eficiencia y gestión de los recursos tanto a nivel público como privado. En este sentido, uno de los principales desafíos del sistema chileno es el de transformar la mezcla pública-privada vigente. Para ello deben reestructurarse tanto los esquemas de financiamiento como de provisión de servicios de salud.

En la esfera del financiamiento, el hecho que FONASA actúe como un seguro de salud no discriminatorio, solidario, y esté obligado a recibir a todas las personas que quieran afiliarse, permite a las ISAPRE realizar prácticas de selección de riesgos, traspasando al FONASA sus afiliados de más alto riesgo: enfermos crónicos, personas de tercera edad, y en general a las personas que requieren tratamientos de alta complejidad. Esto ha llevado a la existencia de un mecanismo de reaseguro implícito entre el FONASA y el sistema ISAPRE, con altos costos para los afiliados al FONASA los cuales aportan para la solidaridad intrageneracional, de ingresos y entre sanos y enfermos, mientras los afiliados a las ISAPRE sólo la reciben cuando se cambian al sector público. En este esquema las ISAPRE no funcionan como verdaderos seguros de salud sino como aseguradoras donde los afiliados son cubiertos mientras puedan solventar sus gastos mediante las cotizaciones y los pagos de bolsillo.

Una forma de enfrentar el problema de reaseguro por parte del sector público es evitando las prácticas de selección de riesgos. Para ello se debe avanzar hacia seguros integrales de salud en los cuales las agencias aseguradoras sean públicas o privadas deben brindar seguros de salud a lo largo del ciclo de vida de las personas. Esto es, se

requiere cambiar la naturaleza cortoplacista de los seguros que actualmente ofrece el sistema ISAPRE.

Lo anterior lleva a la necesidad de generar mecanismos de solidaridad en el financiamiento que abarquen a todos los beneficiarios y no solo a los cubiertos por el FONASA. La necesidad de mantener la solidaridad a nivel del financiamiento en esquemas competitivos ha sido una preocupación de muchas reformas a los sistemas de salud.<sup>15</sup>

El desafío que se plantea es como conciliar la existencia de seguros de riesgo con mecanismos de solidaridad a nivel del financiamiento. Esto es, como hacer que las cotizaciones previsionales en salud que pagan las personas no estén determinadas por los riesgos médicos de éstas, a la vez que los ingresos que perciben las compañías aseguradoras están ajustados según la cartera de riesgos que éstas manejan reduciendo de esta manera el incentivo de concentrarse en la población de bajos riesgos.

Para ello el financiamiento debe organizarse en torno a la creación de un fondo de solidaridad encargado de distribuir subsidios que compensen los diferentes riesgos individuales, de modo tal que cada individuo contribuye en función de su ingreso y la compañía aseguradora recibe pagos en función de su cartera de riesgos. El fondo de solidaridad es el organismo encargado de compensar a las agencias aseguradoras por las diferencias que puedan existir en sus carteras de riesgos. Este fondo debe recolectar tanto las cotizaciones previsionales a salud, como los aportes fiscales provenientes de impuestos generales.

Este esquema es coherente con el avanzar hacia un seguro universal de salud al cual tiene acceso toda la población independientemente de su inserción laboral. Se trata de un seguro mandatorio para todos, al cual tienen derecho todos los ciudadanos independientemente de su capacidad de contribución. Aquellos que no pueden contribuir, o solo pueden hacerlo parcialmente, deben ser subsidiados mediante el fondo de solidaridad. Este fondo no debe administrar el seguro universal sino asegurar su financiamiento. La administración y gestión del seguro debe ser realizada por aseguradoras públicas y/o privadas.

La implementación de un seguro universal requiere que la sociedad defina cuales son los derechos y grados de cobertura al que todo ciudadano debe tener acceso. Esto es, la definición de paquetes básicos de salud, la regulación de los precios de las primas y en general una sólida supervisión y regulación por parte de la autoridad. Por ejemplo es importante avanzar hacia una mayor transparencia de los planes de salud que ofrecen las ISAPRES.<sup>16</sup> El objetivo de un paquete básico o integrado no es reducir los niveles de cobertura de las personas sino asegurar un nivel de cobertura de servicios de salud independientemente de las contribuciones. Además, es un instrumento útil para homogeneizar los planes de seguros y ayuda a determinar el conjunto de precios de las prestaciones.<sup>17</sup>

El sistema de salud chileno, al igual que los sistemas de la mayoría de los países, se verá sujeto a aumentos de los costos unitarios de las prestaciones de salud producto de la transición epidemiológica y demográfica, y de los avances tecnológicos. Ello impone severos desafíos a la capacidad de financiar los servicios de salud, en la medida que aumenta la importancia relativa de

---

<sup>15</sup> En el contexto latinoamericano destaca la experiencia Colombiana, mientras que en contexto europeo la de Holanda. Estas experiencias se enmarcan en esquemas organizativos denominados de competencia regulada o administrada ("Managed Competition"). Propuestas en esta línea para el caso chileno se han desarrollado en (Aedo 1997).

<sup>16</sup> Es importante que estos instrumentos se enmarquen dentro de un esquema de regulación que promueva la competencia. Esto es, no son instancias regulatorias diseñadas para evitar la competencia, sino que buscan superar las fallas de mercado propias del sector salud en un contexto competitivo.

<sup>17</sup> Esto independientemente de que las personas puedan adquirir mayores coberturas, ya sea de prestaciones u hotelería, mediante la compra de planes voluntarios de seguros.

los problemas de las personas de tercera edad, y enfermos crónicos. Por ello, lograr incrementos de eficiencia, mediante mejoras en la asignación y gestión de los recursos es fundamental para la solvencia futura de los sistemas de salud.

Tal como se ha señalado la configuración pública-privada vigente en Chile genera problemas de eficiencia y mala gestión de los recursos no sólo a nivel del financiamiento sino también de la provisión. En este último ámbito, la escasa interrelación entre los proveedores públicos y privados ha implicado ineficiencias en la asignación global de los recursos. Se requiere de una mayor profundización de la competencia a nivel de la provisión de servicios entre el sector público y privado. Esto es, la capacidad que tiene el sector público para brindar atención a los beneficiarios del sector privado y a su vez, cuando se requiera, subcontratar servicios en el sector privado.





## V. Conclusiones

---

La reforma iniciada a principios de los ochenta ha modificado significativamente la estructura del sector salud combinando una mezcla de instancias públicas y privadas en su financiamiento y provisión.

Entre las virtudes de las reformas destacan por una parte, la separación de funciones entre el financiamiento y la provisión de servicios de salud y por otra los procesos de descentralización puestos en marcha. Sin embargo, la estructura actual del sector salud tiende a producir e incentivar serias inequidades e ineficiencias en la gestión del sector.

En el ámbito del financiamiento, la función de reaseguro que realiza el FONASA respecto a las ISAPRE ha permitido que estas puedan seleccionar a sus afiliados según su capacidad de cotización y los potenciales gastos que puedan producir. La capacidad que tienen las ISAPRE para seleccionar riesgos ha implicado una serie de subsidios implícitos desde el sector público hacia el privado, y que el sistema de salud no sea solidario ni equitativo entre los beneficiarios de ambos subsectores. El peso de financiar la solidaridad y los subsidios ha recaído, junto con los aportes fiscales, en los afiliados al FONASA.

Para terminar con el problema de reaseguro es necesario avanzar hacia seguros universales e integrales. Universales en el sentido de que todos los ciudadanos deben estar cubiertos, e integrales en que deben proteger a las personas a lo largo del ciclo de vida y no tener una óptica de corto plazo. En este contexto, se debe avanzar en la introducción de mecanismos de solidaridad mediante la creación de

un fondo solidario, encargado de la captación de los recursos financieros. Este fondo no es incompatible con la existencia de múltiples aseguradoras, privadas o públicas, que administren y gestionen los seguros de salud.

Como complemento de lo anterior, hay que definir un paquete integral de cobertura de servicios de salud o lo que se ha llamado “una carta de derechos ciudadanos en salud”, junto con el fortalecimiento del marco institucional y regulatorio.

A nivel de la provisión de servicios de salud al no permitirse una interrelación fluida y transparente entre las entidades prestatarias -públicas y privadas-, se ha segmentado el mercado de proveedores generando incentivos incorrectos para el desarrollo de las instituciones prestadoras. Esta segmentación ha dado origen a una inadecuada asignación de recursos entre el sector privado y público.

Para promover una mayor integración en la prestación de servicios de salud es necesario, por un lado, dotar al sector público de mejores instrumentos de gestión y administración, y por otro mejorar la dotación de recursos y la infraestructura física del SNSS.

Por último un tema crucial para las reformas a los sistemas de salud es el relativo al consenso político que estas requieren. En el caso chileno, independientemente de los diagnósticos que se hagan sobre la dinámica del sector salud, no se ha logrado establecer un consenso político que permita impulsar las reformas sustantivas que el sistema de salud requiere. Dada la complejidad técnica y valórica del sector salud, este consenso es importante no solo para iniciar el proceso de reforma sino para asegurar su consistencia en el tiempo.

## Bibliografía

---

- Aedo, Cristián (1997), “La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud en Chile”, Serie Financiamiento del Desarrollo Nº50, CEPAL, julio.
- Bitran, Ricardo (1997), “Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en Chile”, Serie Financiamiento del Desarrollo Nº56, CEPAL, julio.
- Castañeda, Tarcisio (1986), “El Sistema de Salud Chileno: organización funcionamiento, y financiamiento”, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 103, Nº6, diciembre.
- Celedón, Carmen y César Oyarzo, “Los Desafíos en la Salud” en Construyendo Opciones: Propuestas Económicas y Sociales para el Cambio de Siglo, Cortázar R., Vial J. editores, CIEPLAN/DOLMEN.
- Colegio Médico de Chile (1998), “Política de Salud para Chile: Nuestra Visión”, Colegio Médico de Chile, febrero.
- Corporación Tiempo 2000 (1999), “Informe de la Salud”, año 1, Nº1, marzo.
- Díaz-Muñoz, Ana Rita (1989), “Desarrollo de las Políticas de Salud: Chile”, Mimeo, octubre.
- FONASA; “Boletín Estadístico”, varios números.
- Galleguillos, Silvia y César Oyarzo (1995), “Reforma al Sistema de Salud Chileno: Marco Conceptual de la Propuesta del Fondo Nacional de Salud,” Cuadernos de Economía, Nº95, abril.

- Giaconi, Juan (1985), “Organización y Estructura del Sector Salud en Chile 1974-1984: Análisis Preliminar”, en Política y Sistemas de Salud: Análisis preliminar de la Década 1974-1983, editor Jorge Gimenez de la Jara, CPU.
- Informe del Grupo técnico de trabajo (1999), “Una propuesta de Cambios para el sector salud en Chile”, informe técnico, Santiago de Chile, julio.
- \_\_\_\_\_ (1998), “El Sector de la Salud en Chile: Un Diagnóstico Compartido”, Informe Técnico, Santiago de Chile, diciembre.
- Jaramillo, Iván, Cleofe Molina y Alvaro Salas (1996), “Las Reformas Sociales en Acción: Salud”, Serie Políticas Sociales N°15, CEPAL.
- Larrañaga, Osvaldo (1997), “Eficiencia y Equidad en el Sistema de Salud en Chile”, Serie Financiamiento del Desarrollo N°49, CEPAL, julio.
- Lenz, Rony, (1995) “Pago por Diagnostico: Breve Reseña”, Cuadernos de Economía, N°95, abril.
- Ministerio de Planificación y Cooperación, “Resultados de la encuesta CASEN 1998: Situación de la Salud en Chile, 1998”, División Social, Documento N°4, Santiago de Chile.
- Musgrove, Phillip (1995), “Reformas al Sector Salud en Chile. Contexto, Lógica y Posibles Caminos, en La Salud en el siglo XXI: Cambios Necesarios”, Giaconi Juan, editor, Centro de Estudios Públicos.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1998), “La protección frente a las amenazas: salud y previsión, en Desarrollo Humano en Chile 1998: Las Paradojas de la Modernización” capítulo 7.
- Sánchez, Héctor (1992), “Proceso de Privatización en el Sector Salud en Chile”, Mimeo.
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, “Boletín Estadístico”, varios números.



NACIONES UNIDAS

**CEPAL** Serie  
**ECLAC** 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 Buira (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 Agosin 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 Ffrench-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 distribución 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 Acesso 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 Grynsman 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.



- 
- El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo, 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](mailto:publications@eclac.cl).
  - **www:** Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

Nombre: .....

Actividad:.....

Dirección:.....

Código postal, ciudad, país: .....

Tel.: ..... Fax: ..... E.mail: .....