ME.ICO
(47)
1996

M1259 c.Ø

UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA Y ADMINISTRACION

EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE: EVOLUCION, PROBLEMAS Y POSIBLES SOLUCIONES

PROFESOR GUIA: ERICK HAINDL RONDANELLI
ALUMNO: YAFFER MANZUR CASTRO

BIBLIOTECA
Universidad
Gabriela Mistral

SANTIAGO, MARZO DE 1996

a mis padres

AGRADECIMIENTOS

Es un gran placer agradecerle a mi profesor guía don Erick Haindl por su gran ayuda y valiosos comentarios, y a los profesores del Departamento de Economía y Administración de la Universidad Gabriela Mistral por entregarme los conocimientos necesarios para desarrollar este trabajo.

INDICE

BIBLIOTECA
Universidad
Gabriela Mistral

RESUMEN 4

CAPITULO 1: INTRODUCCION 7

CAPITULO 2: RESEÑA HISTORICA DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE 10

2.1- Desde la Conquista hasta 1980 10

2.2- La reestructuración del sistema de salud (1980) 13

2.2.1- Organización del sistema de salud a mediados de los años 70 13
2.2.2- Principales fundamentos de las reformas 15

CAPITULO 3: El SISTEMA DE SALUD EN CHILE 21

3.1- Organización del sistema de salud 21

3.1.1- El subsistema público 23
3.1.2- El subsistema privado 30

3.2- Evolución del sistema de salud chileno 34

3.3- Evolución de las ISAPRES 44

3.4- El nivel de salud en Chile 56

CAPITULO 4: PRINCIPALES PROBLEMAS Y POSIBLES SOLUCIONES DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE 61

4.1- El subsistema público 61

4.1.1- Principales problemas 61
4.2.2- Posibles soluciones 73

4.2- El subsistema privado 88

4.2.1- Principales problemas y posibles soluciones 88

CAPITULO 5: UN SISTEMA DE SALUD PRIVADO: LA MEJOR ALTERNATIVA 104

5.1- El papel del Estado en un sistema de salud privado 105

5.2- Establecimiento de un subsidio a la demanda 111

5.2.1- Condiciones básicas para la implementación de un subsidio de atención médica 111

5.2.2- El plan básico de salud 118

5.3- La privatización de la infraestructura pública y municipal 125

CAPITULO 6: CONCLUSIONES 127

BIBLIOGRAFIA 129

EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE: EVOLUCION, PROBLEMAS Y POSIBLES SOLUCIONES

Resumen:

Este trabajo pretende establecer que la mejor manera de solucionar los problemas existentes hoy día en el sector de la salud en Chile es mediante una decidida incorporación del sector privado a éste.

En el sistema que se propone, el Estado sólo ejercería una función rectora, normativa y reguladora, dejando al sector privado la realización de las funciones financiera y ejecutora.

Como se propone que el sector privado sea el que realice la función ejecutora en este nuevo sistema, en una primera etapa se deberían realizar convenios de concesión con los establecimientos públicos y municipales. Luego éstos, idealmente, se deberían privatizar.

En cuanto a la función reguladora del Estado, se estima que éste debe regular tres aspectos que son: en primer lugar las acciones de salud que son bienes públicos y las que tienen una externalidad negativa o positiva, en segundo lugar debe regular para corregir imperfecciones que se dan en algunos mercados de salud y finalmente, en virtud de su rol subsidiario, debe regular para asegurar el acceso a las familias que son incapaces de financiar un programa que cubra los riesgos de salud.

En cuanto a esto último, se propone que la forma de hacerlo es mediante un subsidio a la demanda, en que sólo se subsidiaría un plan básico de salud, que cubriría lo que se considera un mínimo de atención médica. Cabe destacar que lo anterior es compatible con el enfoque de las "necesidades básicas" que ha sido en parte desarrollado por Harberger (1984).

El trabajo está organizado de la siguiente forma: En el capítulo dos se hace una reseña histórica del sistema de salud chileno. En el capítulo tres se presenta la organización y evolución del actual sistema de salud, junto con una sección especial dedicada a la evolución de las ISAPRES, que son actores importantes dentro de éste. En la última sección de este capítulo se da "una idea" acerca del nivel de salud en Chile. En el cuarto capítulo se exponen los diferentes problemas tanto del subsector público como del privado. En ambos casos se presentan distintas alternativas de solución. Finalmente, en el quinto capítulo se presentan los lineamientos generales de lo que sería un sistema de salud privado.

CAPITULO 1: Introducción

Si bien el concepto de salud es dificil de definir, existen definiciones románticas al respecto, como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que habla del "....estado de completo bienestar fisico, mental y social".

En la determinación del estado de salud de las personas intervienen prácticamente todas las áreas del quehacer de una sociedad: educación, vivienda, trabajo, alimentación, etc. y otros elementos que son distintos del quehacer de áreas específicas, como situación geográfica, condiciones climáticas, riquezas naturales e incluso factores más incorpóreos como la historia o la idiosincrasia de la población.

Entre las áreas del quehacer que contribuyen al estado de salud, por su especificidad, debe destacarse lo que se ha dado en llamar la *atención de salud* que comprende el esfuerzo que se despliega por realizar las clásicas acciones de fomento o promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona.

Dentro de este campo existe uno más limitado que es el de la *atención médica* entendida como la interacción de un médico con un enfermo en procura de diagnóstico, pronóstico y tratamiento de una enfermedad, para lo cual se recurre al auxilio de técnicas, diagnósticos y terapéuticas de mayor o menor especialización.

Un sistema de salud puede ser entendido como la organización de la atención de salud sobre la base de diversos niveles de cobertura poblacional y complejidad técnica. Si bien el sistema, en forma convencional, puede tener tantos niveles como la imaginación sea capaz de concebir, en general se acepta un sistema con tres niveles: nivel primario, nivel secundario o medio, y nivel terciario o de alta complejidad.

En Chile el sistema de salud es de carácter mixto, o sea, se puede dividir en un subsistema público y uno privado. Ambos realizan las funciones de provisión de servicios de salud y de financiamiento, entendida como la administración de los recursos para la salud. El subsistema público, además de las funciones anteriores, lleva a cabo la función rectora, normativa y reguladora, es decir, asume un rol activo en el campo de la definición de políticas, normas, planes y programas de salud pública. También le cabe a éste la ejecución, supervisión y evaluación de estas últimas y la fiscalización del subsistema privado.

Existe consenso de que la atención de salud es uno de los grandes problemas que enfrenta actualmente nuestro país.

En el caso del subsistema público se identifican como los problemas principales una gestión ineficiente, enfrentar costos crecientes de producción y el desincentivo de sus afiliados a aportar al financiamiento de éste. Todos estos problemas serán analizados en los capítulos posteriores.

Por su parte, el subsistema privado de salud es percibido como un sistema que otorga buenos servicios de salud, pero que también presenta algunos problemas. Entre éstos se destacan el no ofrecer una alternativa de solución para los problemas de la población adulto mayor y para los enfermos crónicos.

Ante los problemas existentes en el subsistema público de salud han surgido distintas alternativas de solución, que se pueden clasificar, de acuerdo a la participación del sector privado, en tres grandes líneas.

La primera propuesta es la gubernamental, que no considera una mayor participación del sector privado en la solución de los problemas de salud, sino más bien plantea fortalecer al sector público de salud. Una segunda alternativa de solución identificada, es la que plantea que los problemas de este sector se deben resolver mediante un efectivo intercambio entre los subsectores público y privado. Finalmente algunos autores plantean que sólo mediante una decidida incorporación del sector privado a esta área se solucionarán los problemas existentes.

Para el autor, la mejor alternativa de solución es la existencia de un sistema de salud en que el protagonista sea el sector privado. Lo anterior porque, a pesar de que este subsistema ha presentado problemas, ha demostrado idoneidad, capacidad técnica, y eficiencia en su gestión. Esto no es mera casualidad, sino que se debe a que el sector privado cuenta con los incentivos adecuados para actuar eficientemente, no sucediendo lo mismo en el sector público.

Dado a que la anterior es considerada la mejor alternativa, se desarrolla con mayor profundidad en el capítulo quinto de este trabajo. En éste se señala el papel que deben desempeñar tanto los privados como el Estado en el sistema propuesto.

CAPITULO 2 : Reseña histórica del sistema de salud en Chile

2.1 Desde la Conquista hasta 1980 [1]

En nuestro país, el comienzo de las actividades sanitarias y asistenciales se remonta las épocas de la Conquista y la Colonia. Durante esos períodos, la Corona española crea en Chile los cabildos, instituciones que concentran las funciones legislativas, judiciales y ejecutivas con atribuciones amplias que les permitían intervenir en todo el ámbito nacional. Son, entonces, implementadas por el cabildo las primeras medidas sanitarias relacionadas con la salubridad urbana, el control de alimentos y bebidas, el aprovisionamiento del agua potable y medidas profilácticas y curativas en épocas de epidemia. En 1552 don Pedro de Valdivia funda en Santiago el primer hospital chileno (posteriormente entregado a la congregación de los hermanos de San Juan de Dios, que le dieron su nombre), dotado de 50 camas y destinado a la atención de los menesterosos. Tanto este hospital como los creados posteriormente en otras ciudades importantes de la Colonia eran supervisados directamente por los cabildos y los obispos, cuyas intervenciones eran esporádicas. O sea, la obra del gobierno en materia de salud se desarrolla en estrecho consorcio con la iniciativa privada, pero la primera se limita a canalizar y darle forma a esta última, con lo que se pone énfasis en el aporte privado al financiamiento de la salud.

Durante todo el período colonial, las medidas sanitarias no lograron impactar en el estado de salud de la población: La viruela y el tifus exantemático diezmaban el país. Por más de doscientos años no hubo acciones sanitarias trascendentales y persistió el diagnostico de salud mencionado hasta 1805, cuando se inicia la variolización a nivel nacional. En 1808 se crea la junta central de vacunas con el propósito de difundir a través de todo el país el proceso de inmunización.

---

[1] Esta sección se basa en Miranda E. , "Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno"- Revista Estudios Públicos Nº 39. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1990 y Universidad Gabriela Mistral, "El Sistema de Salud: ISAPRES"- La gestión Privada en la Seguridad Social. Santiago: Universidad Gabriela Mistral, 1985.

En 1832, durante el gobierno del presidente José Joaquín Prieto se creó la junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos de Santiago, integrada por todos los directores de hospitales y por cinco ciudadanos designados.

Diez años más tarde, en 1842, se funda en la Universidad de Chile la Facultad de Medicina, a la que la ley encargó, dentro de sus funciones principales, desarrollar la medicina, estudiar las enfermedades endémicas existentes en Chile y mejorar la higiene pública y doméstica.

Paralelamente se habían asignado nuevas Juntas de Beneficencia con reglamentos particulares. El desorden y la anarquía motivaron al gobierno a legislar en 1866 un reglamento orgánico de la Junta de Beneficencia (institución que derivó directamente de la junta directora de hospitales y casa de expósitos) y que tenía como finalidad dar unidad administrativa a todos los establecimientos de la beneficencia.

En 1887 se crea la Junta General de Salubridad, destinada a asesorar al gobierno en materias de salud pública. En 1892 este organismo fue reemplazado por el Consejo Superior de Higiene Pública y se forma, además, el Instituto de Higiene. Ambas instituciones dependían del Ministerio del Interior y persistían sólo con funciones asesoras.

Por su parte, las Juntas de Beneficencia, si bien habían sido uniformadas administrativamente, presentaban problemas de manejo por la falta de conocimientos técnicos de sus directivos, quienes se reciclaban del círculo político y económico relevante de la época. En 1917 nace el Consejo Superior de Beneficencia con el objeto dar unidad técnica a todos los hospitales del país.

En 1918 se aprueba, después de varios años, el primer código sanitario, obra de los doctores Alejandro del Río, Corbalán Melgarejo y Maira, quienes revisaron y ordenaron las disposiciones sanitarias de la época.

Este Código creó la Dirección General de Sanidad, autoridad unipersonal que contaba con facultades ejecutivas. Además, se formaron organismos en cada zona de salubridad en las que había sido dividido el país, cada una con cargo a un inspector sanitario.

Tanto las funciones como la organización de la dirección de sanidad fueron complementadas en los códigos sanitarios de 1925 y 1932.

En el año 1924 nace la previsión social en Chile. Con el dictámen de la Ley Nº 4.094 se creó la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, institución que cubría los riesgos de invalidez, vejez y muerte; otorgaba, además, beneficios asistenciales a todos los obreros, artesanos, campesinos, servidumbre doméstica, sus esposas e hijos hasta la edad de dos años. Ese mismo año se funda el Ministerio de Higiene, Asistencia y previsión Social, el que luego se transformó en el Ministerio de Salubridad, que dio unidad a todos los servicios asistenciales y sanitarios del país.

En 1925 se efectúa una nueva modificación para el funcionamiento de las Juntas de Beneficencia: se formó la Junta Central de Beneficencia, entidad autónoma con recursos técnicos y financieros suficientes para operar adecuadamente y quedar al margen de los cambios políticos.

La Caja de Seguro Obrero, por su parte, experimentó, un crecimiento rápido desde 1932 a 1935, y se prestaron curativos a través de todo el país. En 1938 se dictó la Ley Nº 6.174 de Medicina Preventiva, que implicaba la realización de exámenes de sistemáticos de salud a los trabajadores. A partir de esa fecha se puso énfasis en las acciones preventivas, reorganizando el sistema con la formación de zonas de cierta autonomía a través del país para resolver sus propios problemas.

En 1942 nacen dos instituciones de importancia. Una es la Dirección General de Protección a la Infancia y la Adolescencia (PROTINFA), que agrupó instituciones fiscales y semifiscales y cuyo propósito era tener una directiva única. Se refundieron: el departamento Central de la Madre y el Niño, Centros Preventivos y Departamentos de Sanidad Escolar. El objetivo no se cumplió, ya que además de PROTINFA, la Caja de Seguro Obrero Obligatorio y la Beneficencia Pública continuaban prestando servicios curativos y preventivos al mismo grupo. Por el DFL Nº 32/1552 se crea la

segunda institución: el Servicio Médico Nacional de empleados (SERMENA), constituído por la unión de diferentes departamentos de salud del conjunto de Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Particulares. En un comienzo prestó servicios esencialmente preventivos a los imponentes que padecían de tuberculosis, enfermedades venéreas, cáncer y patologías cardiovasculares; además, se preocupaba de la higiene materno-infantil.

En 1952, mediante la Ley Nº 10.383, se creó el Servicio Nacional de Salud (S.N.S.), organismo único encargado de la protección de salud de toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta 15 años de edad. El SNS fue resultado de la unión de: Beneficencia, Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, PROTINFA, Servicio Médico de las Municipalidades, Sección Accidentes del Trabajo del Ministerio del Trabajo e Instituto Bacteriológico. Además de las acciones citadas, el SNS era el responsable de la atención del indigente y su familia, que alcanzaba al 70 por ciento de la población.[2] En 1958 se fundaron las mutuales de seguridad, instituciones destinadas a proteger a los trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo. Diez años después, en 1968, la Ley Nº 16.744 consolidó las Mutuales de Seguridad, a las que permitió captar fondos, organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo. En esta misma fecha se dictó la ley de medicina curativa -16.781- que ofrecía un sistema de Libre Elección a empleados públicos, privados, activos o jubilados junto a sus familias. El sistema de libre elección consistía en un mecanismo de bonificación estatal de las prestaciones que permitía elegir libremente al médico o la institución en que cada individuo deseaba ser atendido.

De acuerdo a lo dictado por el DL Nº 2.575 del año 1979 se permitió el acceso al Sistema de Libre Elección a los beneficiarios legales del SNS.

2.2 La reestructuración del sistema de salud (1980)

2.2.1 Organización del sistema de salud a mediados de los años 70

[2] Algunos autores consideran la creación del SNS como la primera reforma al Sistema de Salud Chileno

La mezcla público-privado se inclinaba, sin duda, hacia lo primero. El Estado tenía un papel predominante: en acciones de protección como en aquellas preventivas y curativas, la cobertura era prácticamente universal, aunque desde el punto de vista legal quedaban excluídos los trabajadores por cuenta propia que no efectuaban cotizaciones para salud. Asimismo, las Fuerzas Armadas tenían un régimen previsional propio, con instalaciones y personal contratado para proveer los servicios de salud.

El fomento y la protección, la medicina preventiva y la recuperación y rehabilitación para los empleados y obreros y sus cargas familiares, tanto activos como pensionados, estaban comprendidos por el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el Sistema Nacional de Salud (SNS), respectivamente.

Este sistema presentaba graves deficiencias, siendo las principales las siguientes:

1- Fuertes diferencias de beneficios entre obreros y empleados que obedecían sólo a status legales -laborales distintos, pero no a factores socioeconómicos, lo que significaba que los obreros independiente de su condición socioeconómica tenían atención gratuita pero carecían de libertad en cuanto a los proveedores de salud, en cambio los empleados disponían de libertad de elección, pero carecían de gratuidad debiendo cancelar de su propio peculio alrededor del 50 por ciento del valor de las prestaciones.

2- Alrededor de un 20 por ciento de la población no aportaba cotizaciones para el financiamiento de la salud y tampoco era beneficiario del sistema, correspondiendo a los sectores más desvalidos de la población.

3- Los sistemas mayoritarios de atención SNS y SERMENA eran entidades centralizadas y muy jerarquizadas, inflexibles a las demandas de la población y con lentitud para adaptarse a las situaciones cambiantes, con una administración burocratizada e ineficiente.

4- Desde la perspectiva de las personas como entes racionales y preferencias personales variadas, el sistema de salud ofrecía sólo reducidas opciones de elección tanto en establecimientos, como en profesionales tratantes.

Los problemas mencionados (y otros) hicieron que se reformara el sistema de salud Chileno. Estos cambios tuvieron inicio legal en 1979 y entraron en vigencia a partir de 1980.

2.2.2 Principales fundamentos de las reformas [3]

1- Equidad en los beneficios, igualando éstos para los distintos sectores de la población, entre otros eliminando la distinción entre obreros y empleados.

2- Equidad en los pagos, buscando hacer equivalentes, en términos de sacrificio de bienestar, las cotizaciones aportadas por los trabajadores como forma de prepago (o prima de un seguro de salud, en jerga de seguros) y los pagos directos o copagos efectuados al momento de solicitar la atención en salud.

3- Focalización de los subsidios, sustituyendo los subsidios "cruzados" por subsidios "directos". El primer tipo es característico de los sistemas de reparto, donde no existen incentivos para cotizar y sí es muy conveniente emplear los sistemas hasta el límite de agotamiento.

En cambio, los subsidios "directos" permiten identificar claramente los grupos y personas-objetivo del subsidio, el motivo, monto, oportunidad y circunstancias, a la vez que los entes que van a ser tributados para el efecto.

4- Ampliar la libertad de elección. El aumento en las opciones de atención comprendió tanto los sistemas a los que se podría acceder como dentro de cada uno de ellos, a diversos proveedores del servicio. La competencia que se generaría entre proveedores resultaría en mejoras en la calidad de los servicios y haría sus precios más convenientes. La existencia de sustitutos para cada servicio

[3] Para más detalle véase Miranda E. obra citada.

haría al paciente menos dependiente, lo cual reduciría la capacidad del proveedor para discriminar precios y extraerle sus excedentes de consumidor.

5- Aplicar la subsidariedad del estado, en el sentido de que el estado sólo participaría en la actividad directa de producción de bienes y servicios ante la ausencia de capacidad, interés o iniciativa privada. Pero la norma sería que los entes privados tendrían primera prioridad para emprender y desarrollar toda la actividad económica, y como excepción, lo haría el estado.

6- Aumentar la eficiencia como un principio rector a todo nivel.

7- Mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de la población.

2.2.3 Las reformas principales

La materialización de los fundamentos precedentes se llevo a cabo de la siguiente manera:

1- La descentralización de los Servicios de Salud

Para aumentar la eficiencia y la capacidad de respuesta a las necesidades de la población en 1979 el DL Nº 2763, con vigencia a partir de enero de 1980, creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud, que resultó de la fragmentación del ex SNS y del ex SERMENA, quedando compuesto de 27 Servicios de Salud, el Instituto de Salud pública (ISP), la Central de Abastecimientos y el Fondo Nacional de Salud (FONASA).[4] De este modo se dió inicio al proceso de descentralización, separando la función normativa, la función financiera y la función operativa.

La función normativa y de control quedó radicada en el Ministerio de Salud, de cuya subsecretaría dependerían los servicios de salud. La función operativa quedó radicada en los Servicios de Salud, Central de Abastecimientos e ISP. A FONASA le fue asignada la función

[4] La descripción de estos organismos será vista en el capítulo 3.

financiera y de fiscalización sobre las ISAPRES; pero esta última se le restó con la creación de la Superintendencia de ISAPRE en el año 1990 mediante la Ley Nº 18.933.

2- La municipalización de la atención primaria [5]

Otra forma de aumentar la eficiencia y la capacidad de respuesta del sistema fue mediante la municipalización de la atención primaria, como se conoció el traspaso de los consultorios de atención primaria a los municipios, que se inició en 1981 pero en forma muy embrionaria ya que no más de un 20 por ciento de los establecimientos fueron traspasados en la oportunidad.

De esta forma se lograría una descentralización de la atención primaria, agregando los recursos financieros aportados por las propias municipalidades a aquellos provenientes del Ministerio de Salud.

3- Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)

Las ISAPRES nacen en 1981 mediante el DFL Nº 3. Estas se organizan como una empresa de seguros que recibe una cotización y a cambio ofrecen una prestación de salud al cotizante y a sus cargas[6] en el momento que lo necesiten.

No es indispensable que la misma ISAPRE sea la que preste el servicio, sino que debe ser capaz de coordinar la demanda con la oferta de salud.

---

[5] El nivel primario de atención es aquel de mínima complejidad y amplia cobertura que realiza atenciones de carácter ambulatorio en Postas Rurales de Salud y en los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales.

[6] Cotizantes son todos los individuos que cotizan en una ISAPRE, sean trabajadores dependientes, independientes, pensionados o que cotizen en forma voluntaria.
Cargas son todos los familiares beneficiarios del cotizante indicados en las letras B) y C) del Articulo 6 ° de la Ley Nº 18.469 y todas aquellas personas que el cotizante incluya en el contrato de salud.

Beneficiarios son la totalidad de los cotizantes y sus cargas.

Con la creación de las ISAPRES se perseguía aumentar la libertad de elección de las personas, ya que los trabajadores podrían afiliarse a este sistema en sustitución del sistema estatal. Además la existencia de numerosas ISAPRES permitiría optar entre ellas.

El aumento en la eficiencia y en la capacidad de respuesta a las necesidades también se buscaban mediante la creación de las ISAPRES, ya que la competencia entre ellas induciría a mayor eficiencia administrativa y a servicios oportunos y de calidad.

Otra característica notable de las ISAPRES en términos de eficiencia radica en la directa relación entre cotizaciones y beneficios, ya que ésta induce a cotizar lo legal a lo menos y, por otra parte, restringir el uso de los beneficios a lo necesario en prevención de eventuales aumentos futuros de primas. El fraccionamiento del universo de afiliados facilitaría la administración, lo que también podría significar mejoras en eficiencia.

La creación de las ISAPRES materializó otro de los fundamentos precedentes, el cual se refería a la aplicación de la subsidariedad del estado, esto porque en el caso de la salud chilena, el estado era predominante en la administración del financiamiento y mayoritario en el otorgamiento de las prestaciones de salud. Las ISAPRES se encargaron de administrar el financiamiento compitiendo por las cotizaciones de salud de los trabajadores. Para el otorgamiento de las prestaciones se sumaría al sistema estatal las instalaciones de atención directa que crearían las ISAPRE y de todos modos la oferta inducida por éstas. Ellas no podrían emplear las instalaciones estatales, de modo que su desarrollo y expansión obligaría a incrementar la provisión privada por servicios de salud.

El último cambio relacionado con las ISAPRES es la Ley N° 19.831 que entró en vigencia el 1° de agosto de 1995 cuyas materias mas relevantes son las relativas al uso del excedente de cotización y a la recaudación de los contratos. Esta ley será analizada con mayor detalle más adelante.

4- El Decreto Ley N° 3.500 de 1981

La reforma al sistema de salud introdujo, en concordancia con las reformas previsionales, que las cotizaciones previsionales, tanto para pensiones como para salud pasaban a ser patrimonio del trabajador, quien estaba obligado a cotizar y su empleado a actuar como agente recolector, reteniendo y enterando el pago en las entidades correspondientes. Inicialmente la cotización para salud se fijó en 4 por ciento de la renta imponible y luego fue alzada a un 7 por ciento.

En cuanto al copago, en las ISAPRES pasó a ser inversamente proporcional a las cotizaciones per cápita aportadas. En el sistema estatal se estableció una modalidad redistributiva de beneficios: cuanto más pobre el trabajador mayor bonificación obtenida, alcanzando el 100 por ciento en el caso de indigentes y trabajadores de ingresos relativos inferiores.

5- La Ley N° 18.469

Esta ley fue uno de los pasos dados para ampliar la libertad de elección, ya que permitió al trabajador afiliado al sistema estatal atenderse en cualquier establecimiento del sistema de atención secundario y terciario. [7] Ello con la finalidad de que las personas dirigieran sus demandas hacia los establecimientos de mejor atención, sirviendo de mecanismo de control para su funcionamiento. Dichos establecimientos tendrían incentivos para aumentar la atención desde el momento en que al menos parte importante de sus recursos serían distribuídos según atenciones efectivamente prestadas.

6- Los mecanismos FAP y FAPEM

Para aumentar la eficiencia en la asignación de recursos dentro del sector público de salud se reemplazó el pago de gastos retrospectivos (en base a presupuesto histórico) que había existido hasta entonces por un mecanismo a base de la Facturación por Atención Prestada (FAP) para los servicios de salud y para las municipalidades (FAPEM). Lamentablemente este mecanismo presentó diversos problemas que han hecho que se modifique nuevamente el sistema de asignación de recursos. Tanto

[7] La descripción de estos niveles de atención se hace en el capítulo 3.
En atención primaria consideraciones prácticas aconsejaron mantener la subscripción a zonas geográficas de residencia.

estos problemas como la evaluación al nuevo mecanismo (que se lleva a cabo en estos días) serán analizados en el capítulo cuatro de este trabajo.

Las reformas mencionadas anteriormente dieron lugar al actual sistema de salud en Chile. Este, como todo sistema ha presentado problemas lo que ha hecho que surjan nuevas propuestas de mejoramiento. Estos problemas y las distintas alternativas de desarrollo se verán en el capítulo cuatro.

CAPITULO 3 : El sistema de salud en Chile

3.1 Organización del sistema de salud [8]

Como se mencionó anteriormente las reformas de los años 80 dieron origen al actual sistema de salud de carácter mixto, tanto en la provisión de servicios de salud, como en el financiamiento. Dentro de este sistema el subsistema público asume un rol activo en el campo de la definición de políticas, normas, planes y programas de salud pública. También le cabe a éste la ejecución, supervisión y evaluación de estas últimas y la fiscalización del subsistema privado.

Por otro lado existe una activa participación del Estado en el financiamiento del sector público de salud, contribuyendo, en su rol subsidiario, con aportes importantes para financiar las prestaciones de salud de las personas de menores ingresos, los programas para el cuidado del medio ambiente y las campañas para prevenir los efectos negativos de cualquier factor condicionante de la situación de salud de la población.

Complementariamente, el Subsistema Privado participa en el otorgamiento directo de las prestaciones de salud, en la administración de su financiamiento a través de las mutuales de seguridad y de las ISAPRES y en el desarrollo de nuevos sistemas de provisión privada para la atención de salud. De esta forma, el sector privado responde a las preferencias de las personas que buscan recibir un servicio de salud distinto al ofrecido por el sector público en términos de su calidad, financiamiento y otros atributos.

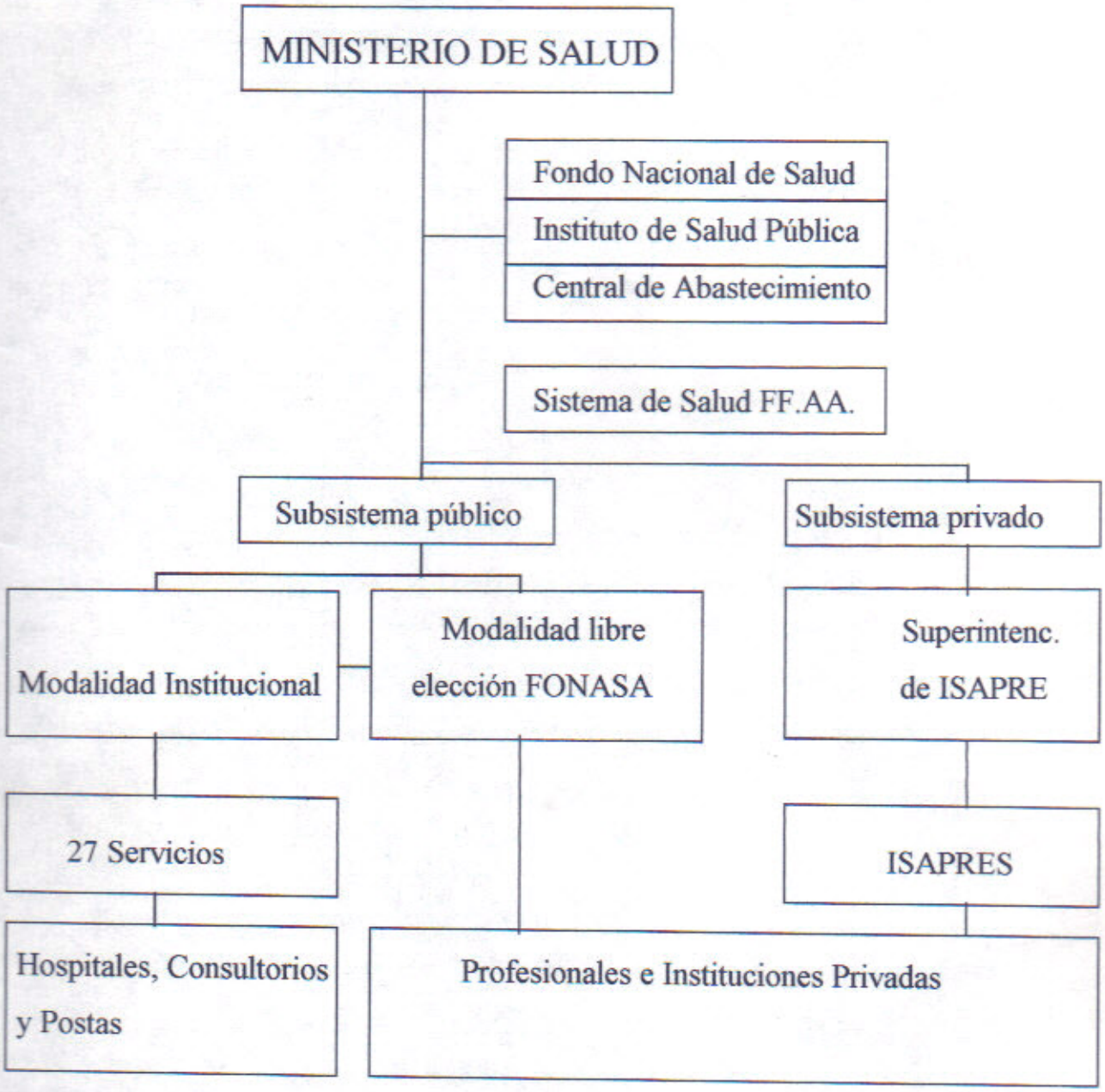
El Cuadro Nº 3.1 presenta el esquema de la estructura del Sistema de Salud Chileno

---

[8] Ministerio de Salud, OPS / OMS, " Situación y Atención de salud en Chile". Santiago: Ministerio de Salud, 1993.

CUADRO Nº 3.1

ESQUEMA DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO



FUENTE : FONASA

3. 1.1 El subsistema público

El subsistema público está constituído por el Ministerio de Salud, los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), la Superintendencia de ISAPRE y otras Instituciones y Empresas del Estado que cuentan con unidades asistenciales para su personal, donde se realizan atenciones de carácter ambulatorio, especialmente consultas de morbilidad general y atenciones odontológicas y en ciertos casos, como el de las Fuerzas Armadas, poseen establecimientos propios. Hay que tener presente que estas instituciones aún cuando son financiadas con recursos fiscales, tienen sus propios reglamentos de organización y funcionamiento y no están obligadas a someterse a las directivas y normas de políticas, planes y programas del Ministerio.

3.1.1.1 Organismos del subsistema público

a) El Ministerio de Salud

Al Ministerio le corresponde ejercer la función que le compete al Estado de velar por el desarrollo de la salud nacional y garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de fomento, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de los enfermos.

Fundamentalmente están a su cargo el dictado de normas, la formulación de planes y programas, la supervisión, evaluación y control del cumplimiento de las políticas y planes de salud, y de la coordinación de las actividades que tienen incidencia sobre el estado de salud, tanto de los organismos de su propio sistema, como con otras instituciones del sector y con otros sectores.

A nivel de cada regional Ministerio está representado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, responsables de ejercer las mismas funciones que el Ministerio en el ámbito de la Región.

B) El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)

Está compuesto por los Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento y el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

1- Los Servicios de Salud

Son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materia que le compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para realización de las referidas acciones. Su número es de 26, a los cuales se agrega uno especializado, el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente.

Son unidades operacionales que brindan asistencia médica y de salud a través de sus establecimientos y unidades de atención, a la población de determinada área geográfica. Están estructurados internamente en una Dirección de Servicio a la que le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias.

Para llevar a cabo, sus funciones los Servicios de Salud están organizados en 3 niveles de atención de acuerdo a la complejidad de las unidades de atención de que disponen.

El **Nivel Primario**, de mínima complejidad y amplia cobertura realiza atenciones de carácter ambulatorio en las Postas Rurales de Salud y en los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales. Los Programas de Salud que se ejecutan son:

-Programa Infantil y del adolescente
-Programa Materno Perinatal
-Programa del Adulto y Senescente; y

-Programa Odontológico.

Las actividades que se efectúan a este nivel son fundamentalmente: Controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunación y alimentación. Para su realización se cuenta con medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado y de acuerdo a las prestaciones que se brindan.

El tipo de personal que realiza las acciones de salud varía según la magnitud de la población a atender y la naturaleza de las actividades a cumplir, abarcando desde el auxiliar rural hasta un equipo que incluye médicos generales y otro personal de colaboración.

El **Nivel Secundario** corresponde a una complejidad intermedia y cobertura media. La característica fundamental de este nivel es que actúa por referencia y que sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como de hospitalización en establecimientos hospitalarios, en los cuales la atención ambulatoria se presta en una unidad de apoyo (consultorio adosado) de dicho establecimiento.

Los recursos involucrados para satisfacer las demandas de este nivel son más complejos, es decir, existe mayor participación profesional con cierto grado de diferenciación y mayor proporción de elementos de apoyo diagnóstico y terapéutico que en el nivel primario.

El **Nivel Terciario** se caracteriza por su alta complejidad y cobertura reducida. Está destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutiva de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia, no sólo para la derivación de pacientes desde su propia área, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional, supraregional y en oportunidades nacional.

Al igual que el nivel intermedio, a este nivel corresponde realizar tanto acciones de tipo ambulatorio, efectuadas en los consultorios adosados de especialidades de estos hospitales, como de atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización. Sus recursos humanos son los de más

alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico, y terapéutico, los de mayor complejidad técnica.

El hecho de que estos establecimientos hospitalarios realicen actividades de alta complejidad, no los exime de desarrollar las funciones correspondientes al nivel secundario, ya que tienen también la responsabilidad de solucionar los problemas de frecuencia intermedia en la población a su cargo.

2- El Instituto de Salud Pública (ISP)

El ISP ejerce la función de Laboratorio Nacional y de referencia, normalizador y supervisor de los laboratorios de salud pública que determine el Ministerio de Salud, en los campos de microbiología, inmunología, bromatología, farmacología, laboratorio clínico, contaminación ambiental y salud ocupacional.

Las funciones principales del ISP dicen relación con el control de calidad de los medicamentos y demás productos sujetos a control sanitario para lo cual: autoriza la instalación de laboratorios e inspecciona su funcionamiento; autoriza y registra los medicamentos y controla las condiciones de internación, exportación, fabricación, distribución, expendio uso de medicamentos y otros productos sujetos a control sanitario, así como su propaganda y promoción. Controla los productos farmacéuticos, estupefacientes y demás sustancias psicotrópicas y lleva a cabo la producción de algunos biológicos.

3- La Central de Abastecimiento

Este organismo tiene a su cargo la adquisición centralizada y la provisión de medicamentos, artículos farmacéuticos y de laboratorio, material quirúrgico, instrumental y demás elementos e insumos que se requieren para la ejecución de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación, a los organismos, entidades y personas integrantes o adscritas al sistema. Tiene también la función de atender las necesidades en el caso de emergencias nacionales cuando así lo dispone el Gobierno.

Estas funciones las cumple sin perjuicio de la facultad de los Servicios de Salud y de otros organismos o entidades del sistema para manejar sus propios abastecimientos y adquirirlos de sus propios proveedores.

4- El Fondo Nacional de Salud (FONASA)[9]

Es el continuador legal del (SERMENA) y del SNS y sus principales funciones son: Administrar la modalidad de libre elección para los beneficiarios de la Ley N° 18.469, recaudar y distribuir los recursos económicos a los Servicios de Salud, clasificar a los afiliados del Régimen de prestaciones de salud y emitir las credenciales y administrar los préstamos médicos establecidos en la Ley N° 18.469.

Para cumplir con tales funciones FONASA cuenta con una estructura a Nivel Central y está desconcentrado territorialmente para la modalidad de libre elección en 13 Agencias Regionales.

Sus principales características son: Admitir a personas de todas las edades, entregar cobertura en todo tipo de enfermedades, no discriminar por nivel de ingreso y ser un sistema solidario; en que los cotizantes de mayores ingresos contribuyen a financiar la salud de las personas de menores recursos.

Sus beneficiarios son: Trabajadores dependientes que imponen a través de su empleador en INP o AFP, pensionados que reciben pensión por jubilación, montepío u orfandad, a través de INP o compañías de seguros, trabajadores independientes que imponen directamente en INP o AFP, trabajadores cesantes que reciben subsidio de cesantía y todas las cargas familiares legalmente reconocidas.

Los beneficiarios de FONASA tienen derecho atenderse en las dos Modalidades que contempla la Ley N° 18.469, según su propia decisión:

---

[9] FONASA, Memoria de Gestión 1990-1993. Santiago: Departamento de Relaciones Públicas del FONASA, 1994

i) La modalidad institucional

Al optar por esta modalidad la atención se otorga en establecimientos del Estado. El cotizante cotiza el 7% legal y el copago o pago directo lo hace, según el grupo en que se encuentre clasificado por su nivel de ingresos (A, B, C y D) y el tipo de prestación. Las prestaciones son valorizadas en Nivel 1, el más bajo del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud[10] y las otorgan los profesionales del establecimiento. Las hospitalizaciones se realizan en sala común.

El cuadro N° 3.2 presenta la clasificación de los beneficiarios de FONASA (ART. 29 LEY N° 18.469), vigentes en 1995.

CUADRO N° 3.2

CLASIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE FONASA

GRUPO	NIVEL DE INGRESOS MENSUAL	% A PAGAR USUARIO
B	HASTA $ 59.154	NO PAGA
C	SOBRE $ 59.154 Y HASTA $ 92.426	PAGA EL 25%
D	SOBRE $ 92.426	PAGA EL 50%

FUENTE: FONASA

El grupo " A" corresponde a las personas carentes de recursos, que no cotizan para salud y se atienden gratuitamente en los hospitales del Estado.

ii) La Modalidad de Libre Elección

[10] El Arancel es el conjunto formado por el catálogo de Prestaciones de Salud, su clasificación, codificación y valores establecidos en la Resolución N° 1290/94, de los Ministerios de Salud y Hacienda. El Arancel 1995 contiene un total de 2.196 prestaciones. Para más detalle ver FONASA, Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud. Santiago: FONASA, 1995.

Esta modalidad permite acceder a prestaciones de salud otorgadas por profesionales o entidades privadas. Se puede utilizar también en los establecimientos estatales cuando el paciente desea elegir al profesional tratante y hospitalizarse en pensionado. En este caso el cotizante cotiza el 7% legal de su renta imponible, pero el copago de una prestación determinada se hace sobre la base de tarifas previamente convenidas en "Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud".

Los cotizantes pagan las consultas, exámenes y programas médicos por tratamientos o intervenciones quirúrgicas, con órdenes de atención (BONOS) cuyos valores son financiados parcialmente por FONASA.

C) La Superintendencia de ISAPRE

Es un organismo contralor de las ISAPRES que vela principalmente por el cumplimiento de las obligaciones que la ley y los contratos de salud imponen a las ISAPRES. La ley prevé, además, que ante este organismo se mantenga una reserva económica (equivalente a un mes de cotizaciones) para garantizar el cumplimiento de los contratos que las ISAPRES celebren con sus afiliados.

D) Otras Instituciones del Subsistema público

Para dar atenciones de salud a su personal y cargas familiares, algunas instituciones y Empresas del Estado, cuentan con establecimientos y unidades asistenciales de atención abierta y cerrada; fundamentalmente cabe destacar los establecimientos de las Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciería, Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile, entre otras.

3.1.1.2 El presupuesto del sector público.

Los principales ingresos del subsistema público son las siguientes: a) El aporte fiscal anual proveniente de los impuestos generales de la Nación; b) Las transferencias, siendo la principal la

cotización legal obligatoria (7% de las rentas imponibles) que percibe el FONASA; c) Los ingresos de operación y d) Otros ingresos.

Por otra parte los principales gastos de este subsistema son: a) Gastos en personal; b) Bienes y servicios de consumo; c) Las prestaciones previsionales; d) La inversión y e) Otros gastos.

3.1.2 El subsistema Privado

Este, de acuerdo a sus fines, se agrupa en la forma que a continuación se señala:

3.1.2.1 Instituciones sin fines de lucro

En este rubro se ubican las instituciones de carácter benéfico como la Cruz Roja, COANIL, Cáritas, COANIQUEM, CORDAN, Iglesias de distintos credos y otros Organismos no gubernamentales, que cuentan con establecimientos prioritariamente de atención ambulatoria. También se agrupan en esta denominación las Mutualidades de Empleadores cuyo financiamiento proviene de una cotización básica de 0.9 por ciento del salario imponible más una cotización adicional, según riesgo de la empresa, ésta sin costo para el trabajador. Sus objetivos básicos son los de prevenir los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, prestar atención médica y de rehabilitación a los accidentados y otorgar los subsidios correspondientes. Poseen una infraestructura asistencial compuesta de hospitales y clínicas de diversa complejidad técnica y centros de atención ambulatoria. Sus organismos administradores son la Asociación Chilena de Seguridad, la Cámara Chilena de la Construcción y el Instituto de Seguridad del Trabajo.

3.1.2.2 Instituciones con fines de lucro

Bajo este concepto se ubica a las personas e instituciones que brindan prestaciones médicas y de salud en forma particular, recibiendo pago por sus servicios. Se incluyen en este rubro los consultorios de los médicos y profesionales de la salud y las unidades institucionalizadas de atención privada como centros médicos, clínicas, hospitales, laboratorios, centros especializados,

(radiológicos, diálisis, odontológicos, oncológicos, etc.) y las farmacias. También pertenecen a este grupo los profesionales y técnicos que desarrollan actividades complementarias relacionadas con la salud, como lo podólogos, cosmetólogos, practicantes y otros.

Son de particular relieve dentro de este rubro, las **INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRE),** que son esencialmente un mecanismo de financiamiento de la atención privada de la salud.

1- Marco jurídico y económico de las ISAPRES[11]

La ley N° 18.469 sobre prestaciones médicas y la Ley N° 18.933, orgánica del sistema de ISAPRES, modificada por la Ley N° 19.831 cuya entrada en vigencia fue en agosto de 1995, constituyen el marco jurídico básico de estas instituciones.

En virtud de sus normas, los trabajadores pueden decidir que su cotización previsional obligatoria para salud sea entregada a una ISAPRE, con el único objeto de que esta institución financie un seguro, y le otorgue ciertos beneficios obligatorios establecidos por la ley, tales como el pago de un subsidio por incapacidad laboral, y también los beneficios de medicina curativa que voluntariamente acuerden el trabajador y la ISAPRE con la que él celebre contrato, en la proporción pactada.

Esta cotización obligatoria, equivalente a un 7% de la renta imponible de un trabajador, más un eventual monto adicional voluntario, constituye la prima que cobran las ISAPRE por este seguro representado en un plan de salud. Asimismo, pueden optar por este seguro todos los trabajadores independientes y cualquier persona dispuesta a pagar el precio de un determinado plan de salud.

Como empresas aseguradoras, las ISAPRES operan dispersando el riesgo de gasto asociado a cada plan individual de salud entre toda la cartera de afiliados. Los planes de salud se definen

[11] Asociación de ISAPRES, Informe Anual 1994. Santiago: Asociación de ISAPRES, 1995.

entonces asociando el comportamiento estimativo del gasto en salud, a un grupo significativo de personas.

Las ISAPRES pueden circunscribir su acción sólo a concurrir al financiamiento de las prestaciones médicas que profesionales o instituciones privadas de salud entreguen a sus afiliados; o pueden también, alternativamente, desarrollar infraestructura médica propia, ambulatoria y hospitalaria.

Ellas deben constituirse como personas jurídicas, bajo diferentes formas - sociedades anónimas abiertas o cerradas, fundaciones, etc. ; pero siempre con el objeto exclusivo de otorgar prestaciones y beneficios de salud, directamente o por el financiamiento de las mismas.

2- Tipos de ISAPRES

Las ISAPRES pueden clasificarse en **abiertas** o **cerradas.** A una ISAPRE abierta puede afiliarse cualquier trabajador que esté en situación de financiar los planes de salud que ésta le ofrece. Las cerradas tienen su origen en grandes empresas con sistemas de bienestar desarrollados que usan la cotización previsional de salud de los trabajadores como financiamiento complementario.

3- Mecanismos de entrega de los beneficios médicos

a) Sistema de reembolso de gastos médicos: En éste el afiliado una vez que ha requerido y obtenido una prestación médica determinada, paga la totalidad del valor de la misma al profesional que la proporcionó; posteriormente, solicita a la ISAPRE el reembolso de parte de ese gasto, en la proporción pactada en el contrato de salud correspondiente.

b) Sistema de bonos valorizados: Este opera mediante bonos valorizados, que el afiliado compra en la ISAPRE, por el total del valor de la prestación, pero pagando sólo aquella parte del mismo que no esté cubierto por el plan de salud del contratado. El profesional o institución cobra sus honorarios directamente a la ISAPRE, sobre la base de un arancel pactado previamente.

c) Sistema de atención en infraestructura propia: La ISAPRE crea infraestructura médica ambulatoria y hospitalaria, en la cual atiende a sus afiliados cobrando por las prestaciones el arancel definido. El afiliado, utilizando el sistema de bonos de la ISAPRE, concurre a estas organizaciones de atención médica para recibir las prestaciones que requiera.

Cabe señalar que, en general, las ISAPRES ofrecen a sus afiliados todas las opciones antes reseñadas, pudiendo la persona, ante una contingencia de salud, elegir libremente cuál sistema adoptar.

3.1.2.3 Fuentes de ingreso del subsistema privado

Los ingresos se pueden clasificar en: a) Cotización legal, correspondiente a un 7% de la remuneración imponible con un tope de 4,2 unidades de fomento; b) La cotización "adicional voluntaria" que enteran las personas o empleadores voluntariamente para acceder a un mejor plan de salud; c) Las cotizaciones de trabajadores independientes y voluntarios que cotizan en una ISAPRE para asegurar su salud; d) La cotización "adicional legal", que permite que los empleadores aporten la diferencia del costo de los planes para sus empleados de menores rentas en hasta un 2% adicional, pudiendo descontar este gasto de impuestos; e) El Fondo Unico de Prestaciones Familiares (FUPF), que corresponde a un aporte que hace el Fisco para que las ISAPRES cancelen el sueldo de las madres trabajadoras bajo período de descanso maternal, equivalente casi a cuatro meses de remuneraciones.

3.2 Evolución del sistema de salud chileno

En sección se analizará la evolución del sistema de salud Chileno a partir del año 1981, año que puede señalarse como el de comienzo del sistema vigente hoy día. Primero se verá la evolución de la población según el subsistema al que estén adscritos, y luego se analizará la distribución de cotizaciones legales para salud entre el sistema estatal y las ISAPRES; el gasto público, privado y total en salud; el aporte fiscal al presupuesto del sector público de salud y el gasto público de salud según el perfil etáreo del país.

En la sección posterior se llevará a cabo un análisis más detallado de las ISAPRES dada la importancia que tienen éstas en el actual sistema de salud.

Como se señaló anteriormente a partir del año 1981 las personas pudieron optar por afiliarse al sistema público o al privado de las ISAPRES.

Como muestran los cuadros Nº 3.3 y 3.4 en 1981 la población beneficiaria (cotizantes más cargas) de la Ley Nº 18.469 era de 9.705.479 personas equivalente a un 85,93% de la población del país y la beneficiaria de ISAPRES (abiertas y cerradas) era de 61.659 personas lo que representaba un 0,55% de la población del país. Durante esa fecha y 1994 este último sistema experimentó un gran crecimiento llegando a los 3.669.894 beneficiarios, en cambio los beneficiarios del subsistema estatal disminuyeron a 8.644.479 representando a un 61.63% de la población.

CUADRO Nº 3.3

EVOLUCION POBLACIÓN TOTAL Y BENEFICIARIA SEGUN SISTEMA AL QUE ESTAN ADSCRITOS

AÑO	POB. TOTAL (INE)	POB. BENEF. LEY 18.469	POB. BENEF. ISAPRES	OTROS
1981	11.294.100	9.705.479*	61.659	1.526.962
1982	11.518.000	9.799.455	164.307	1.554.238
1983	11.716.769	9.892.438	229.844	1.594.487
1984	11.918.590	9.944.240	365.260	1.609.090
1985	12.121.677	9.939.670	545.587	1.636.420
1986	12.327.030	9.743.037	921.294	1.662.699
1987	12.536.368	9.862.812	1.205.004	1.468.552
1988	12.748.207	9.894.189	1.450.175	1.403.843
1989	12.961.020	9.844.496	1.756.169	1.360.355
1990	13.173.349	9.729.020	2.108.308	1.336.021
1991	13.385.806	9.525.946	2.566.144	1.293.716
1992	13.599.427	9.180.305	3.000.063	1.419.059
1993	13.813.224	8.954.077	3.431.543	1.427.604
1994	14.026.169	8.644.479	3.669.874	1.711.816

NOTA: OTROS INCLUYE A PARTICULARES NO INCORPORADOS A NINGUNO DE LOS SISTEMAS SEÑALADOS, COMO FUERZAS ARMADAS Y DE ORDEN, SERVICIO MEDICO DE UNIVERSIDADES, SEGUROS PRIVADOS DE SALUD, ETC. * ESTIMACION PROPIA

FUENTE: FONASA Y SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE.

CUADRO Nº 3.4

DISTRIBUCION PORCENTUAL

AÑO	POB. TOTAL	POB. BENEF. LEY 18.469	POB. BENEF. ISAPRES	OTROS
1981	100	85,93	0.55	13,52
1982	100	85,08	1,43	13,49
1983	100	84,43	1,96	13,61
1984	100	83,43	3,06	13,5
1985	100	82,00	4,50	13,5
1986	100	79,04	7,47	13,49
1987	100	78,67	9,61	11,71
1988	100	77,61	11,38	11,01
1989	100	75,95	13,55	10,5
1990	100	73,85	16,00	10,14
1991	100	71,16	19,17	9,66
1992	100	67,51	22,06	10,43
1993	100	64,82	24,85	10,33
1994	100	61,63	26,16	12,21

FUENTE: FONASA Y SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE.

El Cuadro Nº 3.5 muestra que el año 1981 sólo el 1,03% de las cotizaciones fluían hacia las ISAPRES. Esta participación aumentó sostenidamente en el período, para superar a aquellas al sector estatal en 1988 y llegar al 66,8% en 1994. Lo anterior significa que la implementación del sistema ISAPRES ha permitido que crecientes volúmenes de recursos se vuelquen hacia el subsistema privado.

El Cuadro Nº 3.6 muestra la evolución del gasto público, privado y total en salud en valores de diciembre de 1994, a partir de 1981. También muestra la participación de los dos primeros en el gasto total y este último como porcentaje del PGB. Se puede apreciar gasto público en salud, que en 1981 representaba el 99,74% del gasto total en salud del país, ha ido constantemente perdiendo participación en éste, llegando a representar en 1994 un 54,34% del total. Por su parte el gasto privado en salud ha mostrado una tendencia completamente opuesta, aumentando su participación en el gasto total desde un 0,26% en 1981 a un 45,66% en 1994. El gasto total en salud, que en 1981 era de $340.085 millones y representaba un 2.94% del PGB, también ha mostrado una tendencia creciente en su monto y como porcentaje del PGB, (disminuyendo su participación en el PGB sólo en los años 1983 y 1984), 1994 a $1.016.908 millones (un 299% mayor en términos reales que en 1981) y a un 5.26% del PGB. Este aumento del gasto global en salud se atribuye pricipalmente al aumento del costo de las prestaciones de salud y al envejecimiento de la población que repercute en una mayor demanda de estos servicios. La tendencia creciente del gasto global en salud se puede ver en el gráfico Nº 3.1

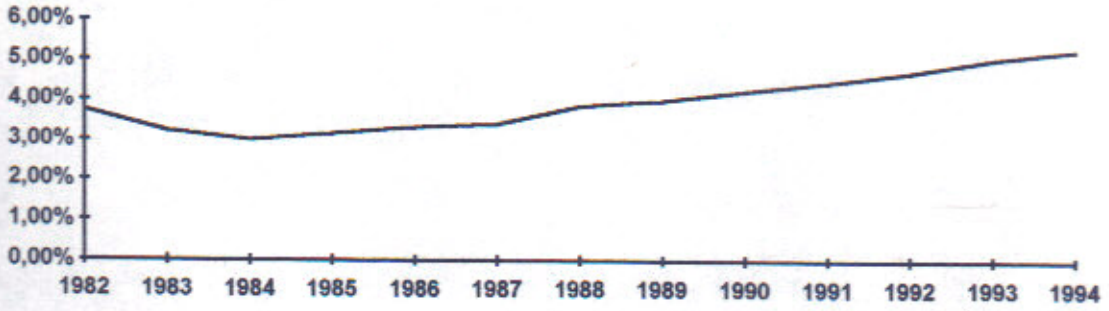
CUADRO Nº 3.5

COTIZACIONES DE SALUD OBLIGATORIAS AL SISTEMA ESTATAL E ISAPRES

AÑO	SISTEMA ESTATAL		ISAPRES *		TOTAL	
	MONTO (MILL. $ C/ AÑO)	(%)	MONTO (MILL. $ C/ AÑO)	(%)	MONTO (MILL. $ C/AÑO)	(%)
1981	9.252	98,96%	96	1,03%	9.349	100%
1982	8.908	87,46%	1.276	12,53%	10.185	100%
1983	13.094	80,47%	3.176	19,52%	16.271	100%
1984	17.056	71,51%	6.794	28,49%	23.851	100%
1985	20.883	65,09%	11.198	34,90%	32.082	100%
1986	29.400	58,26%	21.064	41,74%	50.465	100%
1987	36.462	51,92%	33.771	48,08%	70.234	100%
1988	46.879	48,06%	50.672	51,94%	97.552	100%
1989	66.697	44,85%	82.006	55,15%	148.704	100%
1990	84.759	40,84%	122.762	59,16%	207.522	100%
1991	105.227	37,85%	172.778	62,15%	278.006	100%
1992	130.208	35,96%	231.902	64,04%	362.111	100%
1993	159.356	34,33%	304.767	65,66%	464.124	100%
1994	183.973	33,20%	370.090	66,80%	554.064	100%

NOTA: * COTIZACION LEGAL Y ADICIONAL FUENTE: FONASA Y SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE

GRAFICO Nº 3.1
EVOLUCION DEL GASTO TOT./ PGB



FUENTE: CUADRO Nº 3.6

CUADRO Nº 3.6

GASTO PUBLICO, PRIVADO Y TOTAL EN SALUD; INDICE Y PORCENTAJE

AÑO	GASTO PUB. EN SAL.		GASTO PRIV.EN SAL.		GASTO TOT.	INDICE	GAS. TOT./ PGB
	MONTO (MILL. $ DIC. 1994)	(%)	MONTO (MILL. $ DIC. 1994)	(%)	MONTO (MILL. $ DIC. 1994)	BASE (1982=100)	(%)
1981	339.184		n.d.		n.d.		
1982	362.427	97,34%	9.918	2,66%	372.345	100	3,74%
1983	297.662	93,69%	20.055	6,31%	317.717	85	3,22%
1984	295.366	86,57%	45.834	13,43%	341.200	92	2,99%
1985	282.705	83,50%	55.861	16,50%	338.565	91	3,15%
1986	284.438	75,54%	92.103	24,46%	376.541	101	3,31%
1987	279.750	68,61%	127.987	31,39%	407.737	110	3,40%
1988	326.869	66,00%	168.394	34,00%	495.263	133	3,84%
1989	349.923	62,04%	214.145	37,96%	564.068	151	3,98%
1990	362.151	58,64%	255.458	41,36%	617.609	166	4,22%
1991	394.462	56,44%	304.451	43,56%	698.913	188	4,45%
1992	458.328	55,87%	362.073	44,13%	820.401	220	4,70%
1993	513.427	54,99%	420.290	45,01%	933.717	251	5,04%
1994	552.600	54,34%	464.308	45,66%	1.016.908	273	5,26%

NOTAS: GASTO PRIVADO = COSTOS DE EXPLOTACION MAS GASTOS DE ADMINISTRACION YVENTAS DE ISAPRES AUMENTADOS EN UN 25 POR CIENTO PARA INCORPORAR COPAGO DE AFILIADOS. ESTE COSTO NO CONSIDERA PAGOS EXTRAS, NI MEDICAMENTOS NI INSUMOS NO CUBIERTOS. EL GASTO TOTAL NO CONSIDERA EL GASTO EN SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS Y DE ORDEN NI TAMPOCO EL DE OTROS EL DE INDEPENDIENTES NO ADSCRITOS A LAS ISAPRES. n.d. = NO DISPONIBLE.

FUENTE: ELABORACION PROPIA EN BASE A DATOS DE SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE , MINISTERIO DE SALUD Y BANCO CENTRAL

Si bien el cuadro Nº 3.6 muestra que la sociedad chilena ha destinado cada vez más recursos al gasto en salud este aumento no ha sido igual para los dos subsitemas, esto debido a dos factores; el primero se refiere a las diferencias de porcentaje de población cubierta por ambos subsistemas, que ha hecho que el gasto privado per cápita en salud sea considerablemente mayor a través del tiempo que este mismo para el subsistema público. El segundo factor es que el gasto privado ha aumentado todos los años en términos reales a partir de 1982, no sucediendo lo mismo con el gasto público que ha sufrido aumentos y disminuciones a partir del mismo año. (Cuando se analice el cuadro Nº3.8 se verá con más detalle la evolución del gasto público.)

El cuadro Nº 3.7 muestra la evolución del gasto per cápita en salud; público, privado y total en términos reales y sus respectivos índices. El gasto público per cápita que en 1981 era de $34.947 aumenta en alrededor de un 6% en el año 1982 y luego se mantiene oscilante hasta el año 1988; pero

siempre bajo su nivel de 1981. A partir de 1989 recupera el nivel de 1981 y continúa aumentando hasta llegar a $63.925 en 1994, es decir un 83% mayor que en 1981. El gasto privado per cápita en salud muestra un gran crecimiento llegando en 1994 a $126.519, lo que representa un 110% más que en 1982. Al comparar cifras del gasto público y privado per cápita se debe destacar la gran diferencia que ha existido entre éstos, siendo esta diferencia máxima en el año 1984, pudiéndose sostener, a cifras gruesas y promedio, que los beneficiarios del subsistema privado gastaban 4,22 veces más que los mismos en el sector estatal. Parte de este mayor gasto es consecuencia del mayor número de prestaciones promedio, así como del mayor valor promedio de éstas. De algún modo esto refleja, o debería reflejar, una mejor salud. También los subsidios por incapacidad laboral son para el sector privado superiores, debido a sus mayores rentas. La diferencia de gastos mencionada refleja la supuesta inequidad existente dentro del sistema de salud chileno, que es una de las críticas que hacen algunos autores al sistema existente. Sin embargo esta diferencia ha ido disminuyendo a través del tiempo y en 1994 el gasto privado per cápita superaba en 1,98 veces a este mismo en el sector público. Por último, este cuadro muestra el gasto total per cápita en salud que muestra un crecimiento promedio anual de 6,75% creciente alcanzando $190.444 en 1994.

El cuadro Nº 3.8 muestra la evolución del gasto público en salud en valores de diciembre de 1994, a partir de 1981. En ese año era de $339.184 mill. y alcanzaba un 2,93% del PGB, aumentando fuertemente para 1982 en que alcanzó a u 3,56% del PGB (esto se debió a que en ese año el PGB cayó un 14,1% y el gasto público en salud aumentó en un 7% como muestra el índice del cuadro). Entre 1983y 1985 se observa una caída del gasto público en salud en términos reales, que es consecuencia de la recesión económica de comienzos de los años ochenta. Sin embargo desde 1986 este comienza a recuperarse, aumentando todos los años (con exepción de 1987 en que tuvo una pequeña caída) hasta 1995. Por otra parte el gasto público en salud como porcentaje del PGB experimenta una caída entre los años 1983 y 1990 (con exepción de 1988) lo que refleja que la recuperación del gasto público en salud fue más lenta que la del PGB después de la crisis económica. Finalmente se puede observar que este último indicador experimenta un continuo

CUADRO Nº 3.7

GASTO PUBLICO, PRIVADO Y TOTAL PER CAPITA EN SALUD . INDICES

AÑO	G. PUB. PER CAPITA ($ DIC.1994)	INDICE (BASE 1982=100)	G. PRI. PER CAPITA ($ DIC1994)	INDICE (BASE 1982=100)	G. TOT.PER CAPITA ($DIC.1994)	INDICE (BASE 1982=100)
1981	34.947		n.d		n.d.	
1982	36.984	100	60.361	100	97.346	100
1983	30.090	81	87.253	145	117.343	121
1984	29.702	80	125.484	208	155.186	159
1985	28.442	76	102.387	170	130.829	135
1986	29.194	79	99.971	166	129.165	133
1987	28.364	77	106.213	176	134.577	138
1988	33.036	89	116.120	192	149.156	153
1989	35.545	96	121.939	202	157.484	162
1990	37.224	101	121.167	201	158.391	163
1991	41.409	112	118.642	197	160.051	164
1992	49.925	135	120.688	200	170.613	175
1993	57.340	155	122.478	203	179.818	185
1994	63.925	173	126.519	210	190.444	196

NOTAS: GASTO PRIVADO PER CAPITA = GASTO PRIVADO (CALCULADO DE IGUAL FORMA QUE EN EL CUADRO 3.6) DIVIDIDO POR EL NUMERO DE BENEFICIARIOS DE ISAPRES

ELGASTO TOTAL CORRESPONDE A LA SUMA DEL GASTO PRIVADO Y DEL PUBLICO Y POR LO TANTO NO CONSIDERA EL GASTO DE SALUD DE LAS FUERZAS Y DE ORDEN NI TAMPOCO EL DE OTROS INDEPENDIENTES NO ADSCRITOS A ISAPRES

FUENTE: ELABORACION PROPIA EN BASE A DATOS DE SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE , MINISTERIO DE SALUD Y BANCO CENTRAL.

n.d. = NO DISPONIBLE

crecimiento a partir de 1991 llegando a 3,06% en 1995.

Una explicación para la lenta recuperación es la persistente caída que tuvo el aporte fiscal en términos reales entre los años 1981 y 1987. En 1988 este experimentó un repunte para volver a caer en 1989 y experimentar una recuperación definitiva a partir de 1990 pero sólo volviendo a niveles iguales a los de 1981 en el año 1992 (ver cuadro Nº 3.9). Como se mencionó anteriormente este es uno de los principales componentes del ingreso del sector público de salud y en 1981 su participación era de 51,91% con respecto al ingreso total del sector, disminuyendo hasta 40,86%en 1986. Posterior a eso el aporte fiscal como porcentaje del ingreso mostró una tendencia creciente hasta 1994, disminuyendo nuevamente en 1995.

CUADRO Nº 3.8

GASTO PUBLICO EN SALUD. INDICE Y PORCENTAJE

AÑO	GASTO PUBL. EN SAL.(MILL. $ DIC. 1994)	INDICE G.P.S. BASE (1981= 100)	G.P.S. / P.G.B.
1981	339.184	100	2,93%
1982	362.427	107	3,56%
1983	297.662	88	2,94%
1984	295.366	87	2,88%
1985	282.705	83	2,65%
1986	284.438	84	2,53%
1987	279.750	82	2,33%
1988	326.869	96	2,40%
1989	349.923	103	2,47%
1990	362.151	107	2,47%
1991	394.462	116	2,51%
1992	458.328	135	2,63%
1993	513.427	151	2,77%
1994	552.600	163	2,86%
1995	636.306	188	3,06%

NOTA: DATOS DE 1995 CORRESPONDEN A LA LEY DE PRESUPUESTOS Y SE CONSIDERO UN CRECIMIENTO DE 7,5% PARA EL CALCULO DEL PGB DE ESE MISMO AÑO .

FUENTE : ELABORACION PROPIA EN BASE A DATOS DE MINISTERIO DE SALUD Y LEY DE PRESUPUESTOS

CUADRO Nº 3.9

APORTE FISCAL REAL, INDICE, PROPORCION

AÑO	APO. FIS./ ING. (%)	APO. FIS. (MILL.$ 1994)	INDICE (BASE 1981= 100)
1981	51,91%	169.847	100,00
1982	50,39%	148.534	87,45
1983	48,27%	126.499	74,48
1984	46,77%	116.715	68,72
1985	45,01%	109.785	64,64
1986	40,86%	103.515	60,95
1987	42,19%	102.410	60,30
1988	41,67%	114.764	67,57
1989	37,76%	104.943	61,79
1990	41,32%	118.635	69,85
1991	43,55%	140.756	82,87
1992	46,53%	168.573	99,25
1993	48,23%	197.486	116,27
1994	50,27%	230.757	135,86
1995	44,47%	282.948	166,59

NOTA: DATOS DE 1995 CORRESPONDEN A LA LEY DE PRESUPUESTOS

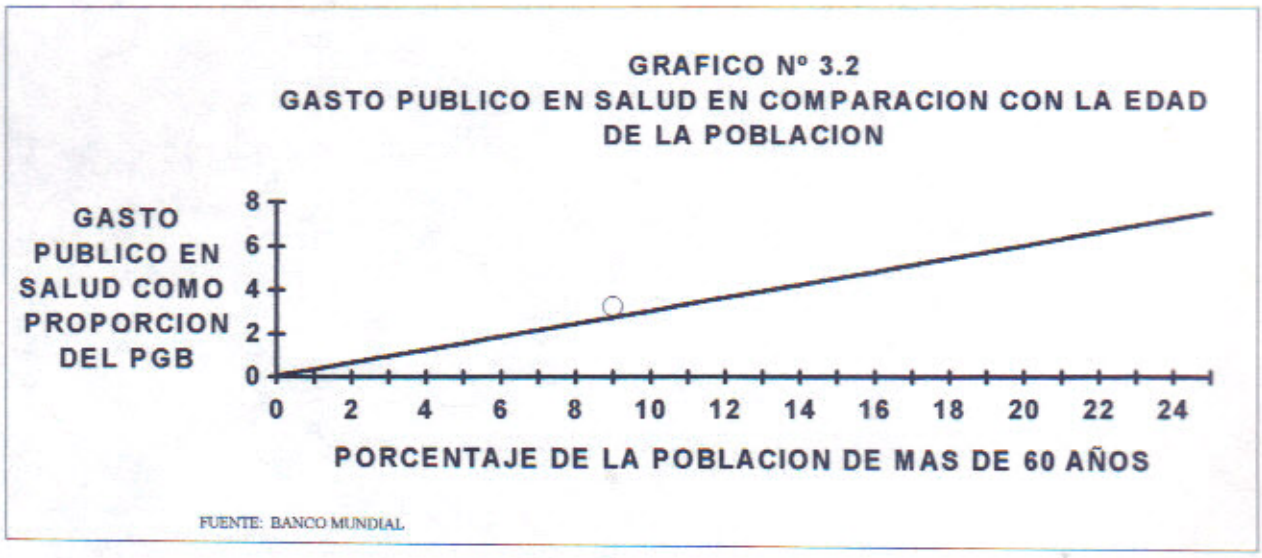
FUENTE: ELABORACION PROPIA EN BASE A DATOS DE FONASA Y LEY DE PRESUPUESTOS.

Como se mencionó anteriormente la demanda de salud aumenta a medida que los países envejecen, porque los problemas de salud abundan entre los ancianos y requieren costosas técnicas médicas.

El Banco Mundial[12] estimó una regresión que relaciona el porcentaje de la población mayor de 60 años sobre la población total con el gasto público en salud como proporción del PGB para 66 países entre los años 1983 y1992, obteniendo el siguente resultado:

$$H/GDP = 0{,}069915 + 0{,}2985553 * POP\ 60 \qquad R_2 = 0{,}76$$

Donde: H = Gasto público en salud , GDP = PGB y POP 60 = Población de más de 60 años como porcencentaje de la población total.



Según la regresión anterior y la población mayor de 60 años existente en Chile (que corresponde al 8,9%) la proporción del gasto público en salud sobre el PGB debería ser de 2,72%. Sin embargo como muestra el cuadro Nº 3.6 el gasto público en salud ha crecido en un 75% en los últimos cinco años llegando en 1995 a representar un 3,06% del PGB, cifra, según el perfil etáreo del país, superior al promedio de los países tomados en la muestra.

[12] Banco Mundial, "Envejecimiento Sin Crisis"- Informe del Banco Mundial sobre Investigaciones Relativas a Políticas de Desarrollo Resumen. Washington D.C. : Banco Mundial, 1994.

Las principales conclusiones que se pueden obtener de esta sección son las siguentes: La creación del sistema ISAPRES ha hecho que año a año una mayor parte de la población se afilie a éstas, aumentando el flujo de recursos al subsistema privado.

El gasto total en salud del país ha mostrado una tendencia creciente en su monto y como porcentaje del PGB y la participación del gasto privado dentro de éste a aumentado constantemente.

El gasto privado per cápita en salud ha sido constantemente superior al público, sin embargo, esta diferencia ha ido disminuyendo a través del tiempo.

La crisis económica de comienzos de los ochenta provocó una caída en el PGB y en el gasto público en salud, sin embargo, la recuperación de éste fue más lenta que la del primero debido a la disminución que tuvo el aporte fiscal al ingreso del sector público de la salud.

Finalmente se puede decir que, con respecto al perfil etáreo del país, el gasto público en salud como proporción del PGB es mayor que el promedio de otros países.

3.3 Evolución de las ISAPRES

En esta sección se delinearán los rasgos característicos del desarrollo y estado actual de las ISAPRES. Para esto se analizará; la evolución de sus cotizantes, beneficiarios, número de ISAPRES, concentración de mercado e indicadores de rentabilidad y gestión.

El rasgo más sobresaliente del sistema ha sido su gran y sostenido crecimiento. Este ha ido captando cotizantes a un ritmo promedio anual de 40% y sus beneficiarios han aumentado a un promedio anual de 41,15%. Además el sistema en 1981 sólo tenía 61.659 beneficiarios representando al 0,55% del total de la población del país, alcanzando a mediados de 1995 a 3.682.332 beneficiarios, lo que representa a un 26,06% de la población. Sin embargo las tasas de crecimiento del sistema en los últimos años han sido muy inferiores al promedio histórico, aumentando los cotizantes en 1994 en un 8% y en un 0,4% en el primer semestre de 1995. Por su parte los beneficiarios aumentaron un 7% en 1994 y sólo un 0,3% la primera mitad de 1995, cayendo su participación en la población total con respecto a 1994. (ver cuadros 3.10 y 3.11).

La explicación para lo anterior es materia de polémica en los momentos en que se realiza este trabajo. Por una parte algunos aducen que ello se explica porque la industria ya habría incorporado a toda la población que podría y desearía hacerlo. Por otra parte, otros argumentan que las omnímodas atribuciones asignadas a la superintendencia, se han traducido en regulaciones e imposiciones que multiplican el costo administrativo de los planes de salud. Lo anterior, señalan, se ha traducido inevitablemente, en que las ISAPRES han debido dejar de invertir en la creación de nuevas soluciones y planes que extiendan su servicio a los sectores de menores ingresos.

Este problema y su posible solución se analizará con mayor detalle en el próximo capítulo.

CUADRO Nº 3.10

NUMERO DE COTIZANTES VIGENTES A DICIEMBRE DE CADA AÑO. TASA DE CRECIMIENTO ANUAL.

AÑO	I. ABIERTAS	I. CERRADAS	TOTAL	TASA CREC. ANUAL (%)
1981	26.415		**26.415**	
1982	57.745	9.095	**66.840**	153%
1983	64.312	17.742	**82.054**	23%
1984	110.513	21.047	**131.560**	60%
1985	165.181	33.630	**198.811**	51%
1986	295.760	40.565	**336.325**	69%
1987	412.286	45.129	**457.415**	36%
1988	515.737	51.901	**567.638**	24%
1989	644.428	61.210	**705.638**	24%
1990	798.687	64.575	**863.262**	22%
1991	1.004.837	66.202	**1.070.813**	24%
1992	1.197.837	66.311	**1.264.148**	18%
1993	1.409.301	65.410	**1.474.711**	17%
1994	1.529.892	62.859	**1.592.751**	8%
1995 *	1.538.906	60.300	**1.599.206**	0,4% **

NOTAS: * LOS COTIZANTES DE 1995 CORRESPONDEN A LOS VIGENTES A JUNIO DE ESE AÑO

** CORRESPONDE A LA TASA DE VARIACION SEMESTRAL

FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE

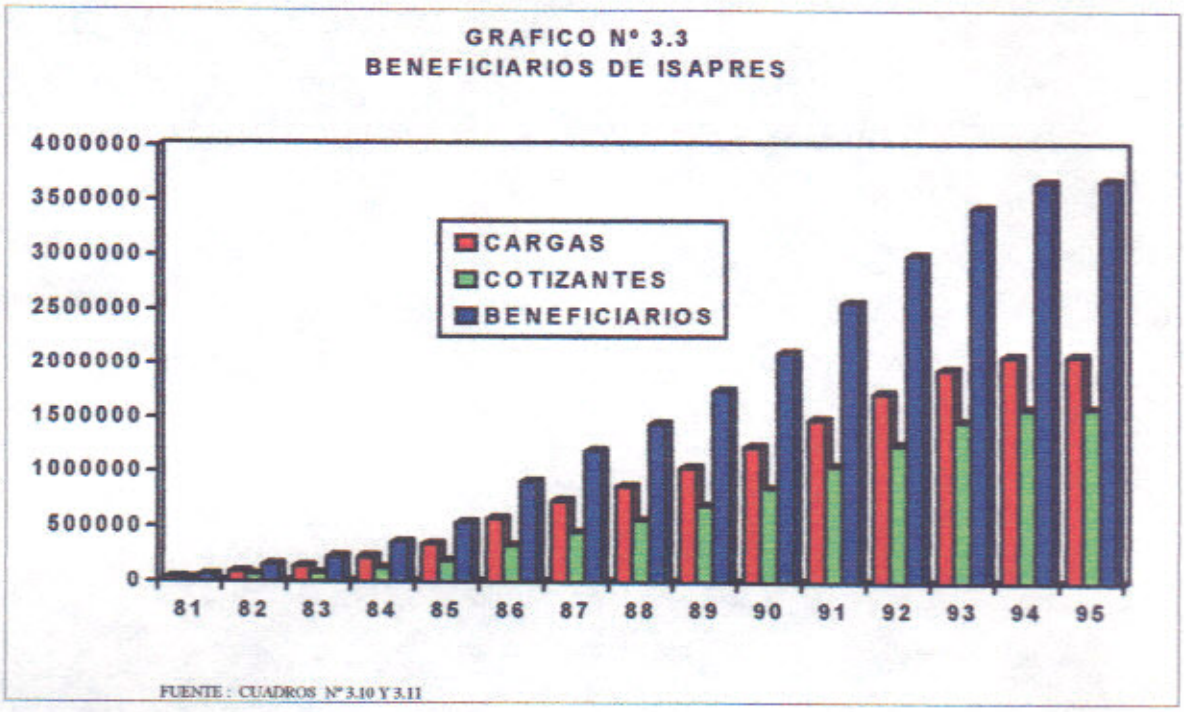
CUADRO Nº 3.11

NUMERO DE BENEFICIARIOS VIGENTES A DICIEMBRE DE CADA AÑO. TASA DE CRECIMIENTO ANUAL. PARTICIPACION EN LA POBLACION TOTAL.

AÑO	I. ABIERTAS	I. CERRADAS	TOTAL	TASA CREC. ANUAL (%)	BENEF / POB. TOT. (%)
1981	61.659		**61.659**		0,55%
1982	125.986	38.321	**164.307**	166%	1,43%
1983	156.364	73.480	**229.844**	40%	1,96%
1984	279.364	85.896	**365.260**	59%	3,06%
1985	426.549	119.038	**545.587**	49%	4,50%
1986	776.652	144.642	**921.294**	69%	7,47%
1987	1.052.146	152.858	**1.205.004**	31%	9,61%
1988	1.279.378	170.797	**1.450.175**	20%	11,38%
1989	1.558.486	197.683	**1.756.169**	21%	13,55%
1990	1.900.255	208.053	**2.108.308**	20%	16,00%
1991	2.352.804	213.340	**2.566.144**	22%	19,17%
1992	2.794.218	205.845	**3.000.063**	17%	22,06%
1993	3.229.572	201.971	**3.431.543**	14%	24,85%
1994	3.479.350	190.524	**3.669.874**	7%	26,16%
1995 *	3.502.541	179.791	**3.682.332**	0,30% **	25,86%

NOTAS: * LOS BENEFICIARIOS DE 1995 CORRESPONDEN A LOS VIGENTES A JUNIO DE ESE AÑO.
** CORRESPONDE A LA TASA A DE VARIACION SEMESTRAL
FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE

El gráfico Nº 3.3 muestra el crecimiento de los beneficiarios de las ISAPRES vigentes a diciembre de cada año entre los años 1981 y 1994 y los vigentes a junio de 1995.



CUADRO Nº 3.12

NUMERO DE ISAPRES

AÑO	I. ABIERTAS	I. CERRADAS	TOTAL
1981	7	1	8
1982	6	3	9
1983	8	5	13
1984	10	5	15
1985	9	7	16
1986	11	9	20
1987	16	10	26
1988	19	11	30
1989	18	13	31
1990	20	15	35
1991	21	15	36
1992	23	15	38
1993	23	14	37
1994	23	14	37
1995*	21	14	35

NOTAS: * LOS DATOS DE 1995 CORRESPONDEN A JUNIO DE ESE AÑO

REGISTRO S SIN CONSIDERAR QUE LAS ISAPRE ESTEN O NO EN OPERACION

FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE

CUADRO Nº 3.13

INDICE HERFINDAHL - HIRSCHMAN

PARA LAS ISAPRES

AÑO	
1984	0,182351
1985	0,148156
1986	0,106054
1987	0,101153
1988	0,09597
1989	0,102021
1990	0,097586
1991	0,103957
1992	0,107221
1993	0,109582
1994	0,111853

FUENTE: ESTIMACION PROPIA EN BASE A DATOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE

Otro rasgo que se debe destacar es la competitividad del mercado de las ISAPRES la que se puede apreciar a través del número de ISAPRES existentes y la concentración de mercado, medida por el índice de HERFINDAHL - HIRSHMAN[13] (ver cuadro Nº 3.13).

Un mayor número de ISAPRES y una menor concentración (que corresponde a un índice menor) indicarán mayor competitividad del mercado.

El Cuadro Nº3.12 muestra que en 1981, cuando comenzó el sistema, existían 7 ISAPRES abiertas y 1 cerrada, aumentando a 23 abiertas y 15 cerradas en el año 1992, es decir el número total de ISAPRES creció en un 375% entre esos años. Sin embargo, el número total de ISAPRES experimentó una reducción entre 1992 y 1995 llegando a 35. En cuanto a la concentración de mercado ésta disminuye entre los años 1984 y 1988 cayendo el índice desde 0,182351 a 0,09597.

[13] Este índice es igual a la suma de las participaciones de mercado elevadas al cuadrado de las firmas de una industria. En este caso la participación de mercado se midió a través del monto de cotizaciones recibidas por cada ISAPRE a diciembre de cada año.

Sin embargo, se observa una pequeña reconcentración del mercado entre este último año y 1994 en que el índice es de 0,111853.

Otra forma de analizar la competitividad de un mercado es mediante indicadores de rentabilidad y gestión El Cuadro N°3.14 muestra indicadores de rentabilidad y de gestión de las ISAPRES entre los años 1984 y 1994 para las ISAPRES abiertas.[14] En este se puede apreciar que el mÁrgen de explotación (ingresos de explotación menos costos de explotación) se ha reducido considerablemente. Esto se puede apreciar observando el indicador costo de explotación / ingreso de explotación, que en 1984 era de 66,01% ; en 1992 de 77,74% y en 1994 de 76, 76%. Lo anterior es resultado de que la cotización promedio por cotizante (tanto legal como adicional) [15] , principales ítems del ingreso de explotación de las ISAPRES, ha tenido en promedio una disminución de 0,72% entre los años 1984 y1994, que es resultado del aumento de la competitividad del mercado, en cambio el costo de explotación promedio por beneficiario ha aumentado en un 2,06% promedio en el mismo período de tiempo. Lo anterior se puede observar en el cuadro N°3.15 que presenta la cotización anual total; la promedio por cotizante para cada año (ambas en términos reales) y la variación anual de la cotización promedio por cotizante para las ISAPRES abiertas. Este mismo cuadro presenta el costo de explotación anual tanto total como promedio por beneficiario (en términos reales) y la variación anual del costo de explotación promedio por beneficiario del mismo tipo de ISAPRES. La cotización promedio real anual el año 1984 era de $ 247.844, disminuyendo cerca de un 13% en el año 1985. A partir de ese año, aumenta constantemente hasta llegar a $233.768 y luego experimenta una caída los años 1990 y 1991 para aumentar nuevamente hasta llegar a $ 226.125 en 1994. Por su parte el costo de explotación promedio anual real en 1984 era de $ 84.718 y con excepción de 1986 y 1990 en que disminuyó, este ha ido aumentando año a año hasta llegar en 1994 a $ 76.382, cifra inferior a la de 1984, pero superior a la de todos los otros años.

---

[14] El análisis que sigue se centra en las ISAPRES abiertas, debido a la naturaleza " social " de las cerradas.

[15] Los ingresos de explotación de las ISAPRES están dados por los siguientes ítems; cotización legal, cotización adicional, aporte de empleadores y otros ingresos. De estos los dos primeros son los principales en cuanto a monto.

Para encontrar una explicación al aumento del costo de explotación debemos considerar los ítems que lo componen. El primero son las bonificaciones y corresponde al costo en que incurre la ISAPRE cuando el beneficiario hace uso de algún tipo de prestación médica con un profesional o institución que no pertenece a la ISAPRE. Estas prestaciones pueden ser consultas médicas, intervenciones quirúrgicas, diferentes tipos de exámenes, días cama y otras. El segundo ítem son las prestaciones directas y son lo mismo que lo anterior con la diferencia que la prestación médica se realiza en una institución que le pertenece a la ISAPRE. El tercero son los subsidios por incapacidad laboral y corresponde al costo en que incurre la ISAPRE cuando autoriza una licencia ya sea del tipo curativa, preventiva, maternal o de hijo menor de un año.

El cuarto y quinto ítem corresponden a exámen preventivo y a otros costos de explotación respectivamente.

Los dos principales ítems, en cuanto a monto, son las bonificaciones y los subsidios por incapacidad laboral, por los que estos deberían explicar principalmente el aumento en el costo de explotación de las ISAPRRE.

El cuadro N° 3.16 muestra la evolución del monto de bonificación y el monto por subsidio por incapacidad laboral, ambas capitadas por el número de beneficiarios de cada año y en términos reales. En cuanto al primero muestra un aumento promedio en el período de 2,24% y el segundo de 1,43% en el período 1984 - 1994.

Se debe destacar que el monto de bonificación refleja sólo el COSTO-ISAPRE; esto es la parte efectivamente bonificada por éstas. Luego el aumento en promedio de la bonificación por beneficiario sería el resultado de la variación promedio del número de prestaciones por la variación promedio del precio de éstas por la variación promedio de la tasa de bonificación media de las ISAPRES.

CUADRO Nº 3.14

INDICADORES DE RENTABILIDAD Y GESTION (ISAPRES ABIERTAS)

AÑO	RENTAB.			GESTION		
	UTIL./ CAP. Y RES. (%)	UTIL. / ACTIVO TOTAL (%)	UTIL./ INGRESO EXPLOT. (%)	COSTO EXPLO. / ING. EXP (%)	GAS. ADM. Y VTA / ING. EXP (%)	RESUL. OPER. / ING. OP. (%)
1984	4,11%	1,57%	0,47%	66,01%	33,56%	0,43%
1985	66,21%	17,31%	6,00%	65,96%	28,99%	5,05%
1986	90,29%	20,50%	7,68%	66,19%	27,14%	6,67%
1987	30,95%	12,31%	4,19%	74,11%	24,69%	1,20%
1988	23,60%	13,94%	5,70%	75,73%	21,12%	3,15%
1989	50,17%	19,61%	8,97%	75,16%	18,87%	5,98%
1990	40,04%	17,28%	8,12%	74,26%	20,35%	5,39%
1991	34,58%	12,77%	5,05%	76,95%	19,40%	3,66%
1992	33,71%	12,01%	4,72%	77,74%	18,47%	3,79%
1993	34,51%	12,48%	5%	77,02%	19,10%	3,89%
1994	29,71%	11,23%	4,79%	76,76%	18,97%	4,27%

NOTA: UTILIDAD = UTILIDAD DESPUES DE IMPUESTOS

FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE

CUADRO Nº 3.15

COTIZACION ANUAL TOTAL, PROMEDIO Y VARIACION ANUAL. COSTO DE EXPLOTACION ANUAL TOTAL, PROMEDIO Y VARIACION ANUAL.

	COT. ANUAL TOTAL (MILL $) (i)	COT. PROM. REAL ANUAL ($) (ii)	VAR. ANUAL COT. PROM. (%)	AÑO	COSTO EXPLO. TOTAL ANUAL (MILL $) (i)	COSTO EXPLO. PROM. ANUAL ($) (ii)	VAR. ANUAL COSTO EXPLO PROM.
1984	27.390	247.844		1984	18.080	64.718	
1985	35.887	217.258	-12,34%	1985	23.773	55.733	-13,88%
1986	59.652	201.690	-7,17%	1986	39.640	51.039	-8,42%
1987	82.742	200.690	-0,50%	1987	62.075	59.998	17,55%
1988	112.170	217.494	8,37%	1988	86.146	67.334	12,23%
1989	150.647	233.768	7,48%	1989	113.549	72.858	8,20%
1990	177.989	222.852	-4,67%	1990	132.574	69.766	-4,24%
1991	213.796	212.814	-4,50%	1991	165.107	70.174	0,58%
1992	258.212	215.565	1,29%	1992	201.055	71.953	2,54%
1993	306.591	217.548	0,92%	1993	236.642	73.273	1,83%
1994	345.948	226.125	3,94%	1994	265.763	76.382	4,24%

NOTAS: (i) Y (ii) CIFRAS EXPRESADAS EN PESOS DE DICIEMBRE DE 1994. COTIZACION LEGAL Y ADICIONAL. COTIZACION PROMEDIO ANUAL= MONTO COTIZACION ANUAL TOTAL DIVIDIDO POR Nº DE COTIZANTES VIGENTES ADICIEMBRE DE CADA AÑO. COSTO DE EXPLOTACION PROMEDIO ANUAL COSTO DE EXPLOTACION TOTAL ANUAL DIVIDIDO POR Nº DE BENEFICIARIOS VIGENTES ADICIEMBRE DE CADA AÑO. FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE.

CUADRO Nº 3.16

COSTO DE BONIFICACIONES Y SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL POR BENEFICIARIO Y VARIACION ANUAL

AÑO	BONIF./ BENEF. (i)	VAR. ANUAL BONIF. / BENEF.	SUBS./ BENEF. (ii)	VAR. ANUAL SUBS./ BENEF
1984	47.379		13.999	
1985	41.066	-13,32%	9.260	-33,85%
1986	38.144	-7,12%	10.204	10,19%
1987	45.546	19,41%	11.313	10,87%
1988	51.643	13,39%	13.265	17,25%
1989	48.173	-6,72%	14.693	10,77%
1990	48.816	1,33%	14.502	-1,30%
1991	49.619	1,64%	14.656	1,06%
1992	52.110	5,02%	14.135	-3,55%
1993	54.200	4,01%	13.623	-3,62%
1994	56.761	4,73%	14.511	6,52%

NOTAS: (i) Y (ii) CIFRAS EXPRESADAS EN PESOS DE DICIEMBRE DE 1994.

(i) = COSTO DE BONIFICACIÓN DE LAS ISAPRES ABIERTA S DIVI DIDO POR NUMERO DE BENEFICIARIOSDE CADA AÑO.

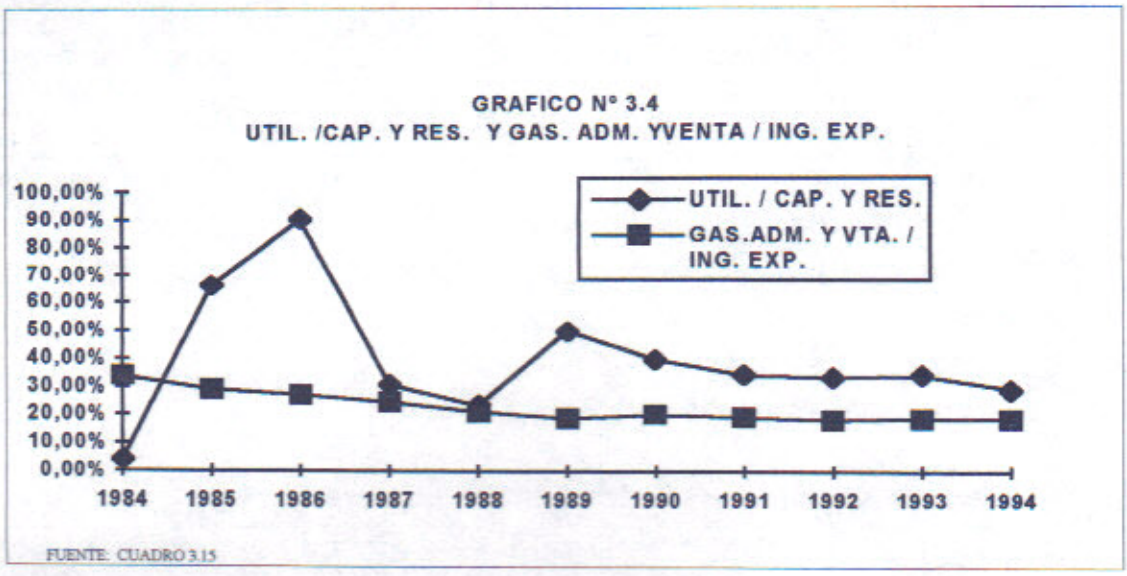
(ii) = COSTO DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL PARA LAS ISAPRES ABIERTAS DIVIDIDO POR NUMERO DE BENEFICIARIOS VIGENTES A DICIEMBRE DE CADA AÑO.

FUENTE: ELABORACION PROPIA EN BASE A DATOS DE SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE .

Paralelo a los cambios observados en el ingreso de y en el costo de explotación, se ha notado una favorable evolución de los gastos de administración y ventas, que en proporción al ingreso de explotación, han disminuído de un 33,56% en 1984 a un 18,87% en 1989, notándose un pequeño aumento en 1989 y luego una nueva disminución para llegar a 18,97% en 1994. (ver cuadro 3.14 y gráfico 3.4). Esta tendencia muestra un aumento en la eficiencia operativa - administrativa.

La rentabilidad de las ISAPRES, medida como utilidad a patrimonio, tuvo una tendencia creciente entre los años 1984 (en que alcanzaba 4,11%) y 1986 cuando llegó a un 90.29%. Luego,

aunque han habido aumentos ésta muestra una tendencia decreciente llegando en 1994 a 29,71%. (ver cuadro 3.14 y gráfico 3.4).



El mayor número de ISAPRES, la menor concentración del mercado y la tendencia de la gestión y rentabilidad descritas, que muestran un movimiento en la dirección de reducir los márgenes, son consistentes con la creciente competencia de este mercado.

La estabilidad en la participación de mercado, medida por su número de cotizantes, de las cinco mayores ISAPRES, es otro razgo que se debe destacar. Como muestra el cuadro Nº 3.17 cuatro ISAPRES; CONSALUD, BANMEDICA, PROMEPART y CRUZ BLANCA han ocupado permanentemente los cuatro primeros lugares (pero éstos han cambiado a través del tiempo) y a su vez la quinta posición la dominó COLMENA GOLDEN CROSS (CONTINENTAL) hasta 1988, pasando de ahí en adelante a ser dominio de COMPENSACION.

De acuerdo a lo anterior, el sistema ha mostrado gran estabilidad en términos de sus principales agentes, pero a la vez la importancia relativa de éstos ha cambiado, evidenciando su competitividad.

El gráfico 3.5 muesta la participación de mercado de las ISAPRES, medida según sus cotizantes a junio de 1995. En éste se aprecia que la ISAPRE con mayor participación es CONSALUD con 23,6% de participación, en seguida se encuentran CRUZ BLANCA y

BANMEDICA con un 16,7% y un 15,5% de participación respectivamente. Finalmente están PROMEPART con un 9,9% y COMPENSACION con un 9,4%

CUADRO Nº 3.17

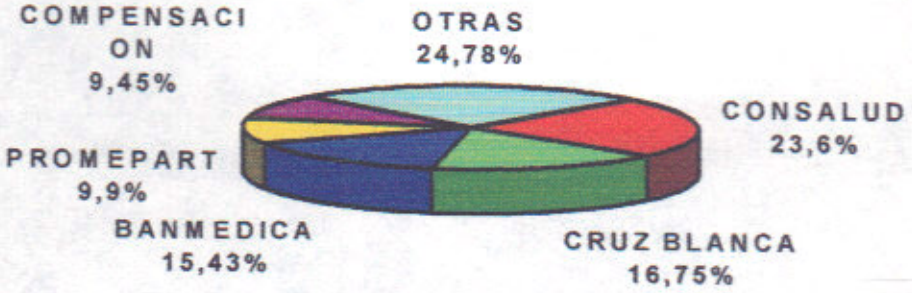
RANKING DE LAS 5 MAYORES ISAPRES, POR AÑO, SEGUN Nº DE COTIZANTES

ISAPRE / AÑO	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95*
BANMEDICA	2	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3
CRUZ BLANCA	1	2	2	2	3	5	4	4	4	5	4	4	2	2	2
PROMEPART	.	.	4	3	4	3	3	3	3	2	3	3	4	4	4
COMPENSACION	.	.	.	.	.	.	.	.	5	4	5	5	5	5	5
CONSALUD	.	.	.	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
COLMENA CONT.	.	3	.	5	.	.	5	5	.	.	.	.	.	.	.
,GOLDEN CROSS	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
B. H. C. , VIDA,	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
LUIS PASTEUR	.	.	5	.	5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
SUDAMERICA	.	5	.	.	.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.
EL TENIENTE	.	4	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
LLOYD DE CHILE	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
BCO. CENTRAL	5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

NOTA: EL NUMERO DE COTIZANTES CORRESPONDE A LOS VIGENTES A DICIEMBRE DE CADA AÑO CO EXEPCION DE 1995 EN QUE SON LOS VIGENTES AJUNIO DE ESE AÑO.

FUENTE: ELABORACION PROPIA EN BASE A DATOS DE SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE.

GRAFICO Nº 3.5
PARTICIPACION DE MERCADO DE ISAPRES SEGUN COTIZANTES VIGENTES AJUNIO DE 1995



FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE

En esta sección se han delineado los rasgos característicos de las ISAPRES llegando a la conclusión de que el sistema evidencia un aumento de competitividad a través del tiempo, estabilidad a nivel de sus principales agentes y un gran desarrollo año a año que, sin embargo se ha visto disminuído en el último tiempo.

3.4 El nivel de salud en Chile

En esta sección se dará "una idea " acerca de la situación de salud en que se encuentra el país, que es en parte resultado del monto y la eficacia del gasto en el sistema de salud, ya que este depende, por supuesto, del nivel global de recursos con que cuente un país. Este determinará el nivel de vida, educación y las condiciones sanitarias y ambientales básicas, que tendrán un papel determinante en el nivel de salud de la población. Un tercer factor que influirá en esto último es la variedad de enfermedades presentes determinadas en gran parte por el clima y la geografía.

Como se había mencionado anteriormente la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), define salud como ".....el estado de completo bienestar físico, mental y social", por lo que podría entenderse la salud como un sinónimo de bienestar en su más amplia acepción.

El nivel o *status*[16] de salud representa un concepto de logro, del progreso alcanzado en la satisfacción de necesidades de la salud. Por cierto, estas últimas diferirán considerablemente entre distintas comunidades, como consecuencia de sus diferencias de en género, geografía, medio ambiente y características demográficas; cultura, educación y conducta; riqueza y disponibilidad de recursos; costumbres y preferencias. Factores que, por lo demás, son dinámicos.

Lo anterior nos obliga, entonces, a establecer el *status* de salud como una categoría dinámica, y que sólo tiene sentido en términos relativos: con respecto a lo que cada comunidad entiende como sus necesidades, y por comparación entre diferentes comunidades. Es esta última aproximación la que tiene mayor empleo, sobre la base de que aunque las comparaciones no capturan integramente el fenómeno, al menos permiten clasificar las comunidades y países y establecer sus distancias relativas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha construído un índice de necesidades de salud, basado en 20 indicadores sociodemográficos, de estado de salud, de cobertura de servicios de salud, de disponibilidad de recursos humanos e indicadores económicos y de gasto en salud.

---

[16] Miranda E. , "Cobertura, Eficiencia y Equidad en el Area de Salud de América Latina: Problemas y Propuestas de Solución"- Revista de Estudios Públicos Nº 46. Santiago 1992.

Por otra parte corrientemente se recurre a índices no compuestos (y más asequibles) para aproximar el *status* de salud. Es el caso de la *Mortalidad infantil, Esperanza de vida al nacer* y *Mortalidad general.* [17]

En este trabajo usaremos estos 3 índices tanto para Chile como para algunos países desarrollados para aproximar el *status* de salud en nuestro país.

Los Cuadros N° 3.18 y 3.19 presentan la evolución de Tasa de Mortalidad General (TMG), la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) en Chile respectivamente.

El cuadro N° 3.20 muestra estos tres indicadores para algunos países de ingresos altos miembros de OCDE.

CUADRO N° 3.18

EVOLUCION DE LA TASA DE MORTALIDAD GENERAL Y MORTALIDAD INFANTIL

AÑO	MORT. GEN. (TASA POR MIL HABITANTES)	MORT. INFANTIL (TASA POR MIL NACIDOS VIVOS)	AÑO	MORT. GEN. (TASA POR MIL HABITANTES)	MORT. INFANTIL (TASA POR MIL NACIDOS VIVOS)
1945	19,10	165,00	1983	6,30	21,90
1950	14,80	136,00	1984	6,30	19,60
1955	12,90	117,00	1985	6,10	19,50
1960	12,30	120,00	1986	5,90	19,10
1965	10,80	95,00	1987	5,60	18,50
1970	8,90	79,00	1988	5,80	18,90
1975	7,30	55,00	1989	5,80	17,10
1980	6,60	32,00	1990	6,00	16,00
1981	6,20	27,00	1991	5,60	14,60
1982	6,10	23,60	1992	5,40	14,30
1983	6,30	21,90	1993	5,50	13,10

FUENTE : MINISTERIO DE SALUD

[17] Una combinación lineal de éstos se correlaciona al 90% con el índice de necesidades de salud de la OPS.

CUADRO Nº 3.19

EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER ,

POR SEXO, SEGUN PERIODOS DE LA TABLA PAIS ,1970 -2000

PERIODO DE LA TABLA	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
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 : I.N.E.

CUADRO Nº 3.20

ESPERANZA DE VIDA AL NACER, MORTALIDAD INFANTIL Y

MORTALIDAD GENERAL PARA PAISES DE INGRESOS ALTOS

PAIS	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS 1991)	MORT. GENERAL (TASA POR MIL HAB.) 1991	MORT. INFANTIL (TASA POR MIL NAC. VIVOS) 1991
REINO UNIDO	75	11	7
AUSTRALIA	77	7	8
ITALIA	77	9	8
BELGICA	76	11	8
AUSTRIA	76	11	8
FRANCIA	77	9	7
CANADA	77	7	7
ESTADOS UNIDOS	76	9	9
ALEMANIA *	76	11	7
DINAMARCA	75	12	8
FINLANDIA	76	10	6
NORUEGA	77	11	8
SUECIA	78	11	6
JAPON	79	7	5
SUIZA	78	9	7

FUENTE: BANCO MUNDIAL * LOS DATOS DE ALEMANIA CORRESPONDEN A LOS DE LA EX-ALEMANIA OCCIDENTAL

El cuadro N° 3.18 muestra la evolución de la Tasa de Mortalidad General a partir del año 1945, en esa fecha alcanzaba 19,1 reduciéndose a 7,3 en 1975 (más de 160 por ciento en 30 años). A partir de esta última fecha hasta 1993 la reducción ha sido de aproximadamente un 33 por ciento, llegando a 5,5.

El mismo cuadro muestra la evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil, la que en 30 años se redujo en un 200 por ciento, pasando de 165 en 1945 a 55 en 1975. La reducción desde esta última fecha hasta 1993 fue muy alta alcanzando aproximadamente un 320 por ciento, llegándose a 13,1

En cuanto a la evolución de la Esperanza de Vida al Nacer que muestra el cuadro N° 3.19 , a partir del período 1970-1975 en que alcanzaba 63,57 años aumentó en más de 10 años para el período 1990-1995.

Estos tres indicadores muestran progresos notables a través del tiempo y un creciente envejecimiento de la población. Además éstos en los últimos años reflejan perfiles similares a los de los países de altos ingresos, lo que se puede ver si se observa el cuadro 3.20. Si se considera a Japón, Estados Unidos y el Reino Unido (en 1991) presentan una TMG de 7, 9 y 11 respectivamente. La TMI y la EVN (en años) para estos mismos países es de 5, 9 y 7 y de 79, 76 y 75 respectivamente. Chile en 1991 presenta una TMG de 5.6 una, TMI de 14.6 y una EVN de 74,43.

Como conclusión de esta sección se puede decir que Chile presenta excelentes resultados a nivel de los indicadores clásicos de *status* de salud, producto entre otras cosas, del énfasis del sistema en la atención primaria. Lo anterior se puede apoyar en las palabras del Director de la OPS quien señala: "los indicadores de salud de Chile suscitarían la envidia de muchos países que tienen mayores riquezas nacionales."[18]

---

[18] Alleyne, George (Director OPS), Diario " El Mercurio" 19 de octubre de 1995.

En la primera sección de este capítulo se presentó la organización del sector salud, la evolución reciente tanto del sistema como de las ISAPRES fueron presentadas en la segunda y tercera sección respectivamente y finalmente en la última sección se presentó una idea acerca del nivel de salud que presenta Chile. En el próximo capítulo se verán los problemas que presenta este sector y sus posibles soluciones.

CAPITULO 4: Principales problemas y posibles soluciones del sistema de salud en Chile.

En la última sección del capítulo anterior se llegó a la conclusión de que nuestro país presentaba un nivel de salud excelente, con indicadores similares a los de los países desarrollados. Sin embargo, lo anterior no implica que el sistema no presente problemas en distintos ámbitos. En el presente capítulo se presentarán los principales problemas y sus causas que, según distintos autores, enfrenta el sistema de salud hoy día. También se verán distintas propuestas de solución que se plantean para resolver estos problemas.

Primero se verán los problemas del subsistema público y sus posibles soluciones. Lo mismo se hará después con el subsistema privado.

4.1 El subsistema público

4.1.1 Principales problemas

El **principal problema** de este sector es la ineficiencia en la gestión, tanto en su función financiera como ejecutora, la que se hace evidente cuando se observa el notable aumento del gasto público en salud y la mala evolución que han tenido los indicadores de productividad de este sector.

Por otra parte, la baja productividad no puede justificarse con aumentos en la calidad de las atenciones debido a que aún persisten, en muchos establecimientos colas en la atención ambulatoria y listas de espera para la cirugía electiva, no correspondiendo, por lo tanto, fijarse sólo en la calidad mientras existan graves problemas de cobertura. Sumado a lo anterior, hay que destacar que existen indicios de más bien un estancamiento en la calidad de la prestaciones de salud en los establecimientos públicos. Esto se apoya en las encuestas, que revelan que uno de los rubros que más preocupan a la opinión pública y en el que con más permanencia se manifiesta el descontento es

con los servicios en atención de salud pública. Incluso en una encuesta publicada recientemente, el Ministerio peor evaluado es el de salud, que es castigado por la calidad en el servicio.

En el sector público donde muchas veces los incentivos actúan en la dirección no deseada, se hace más importante buscar indicadores que permitan medir la productividad, con el fin de controlar su evolución y establecer las correcciones que permitan mejorar la eficiencia. Es por ello que en el sector salud estatal, tradicionalmente ha existido preocupación por tener indicadores de gestión adecuados y ellos van desde la simple información del número de atenciones realizadas y los recursos utilizados, a sistemas de monitoreo de la gestión de los establecimientos, por diferentes niveles de complejidad. Considerando que la productividad depende de todos los factores de producción involucrados y que, además, hay una gran cantidad de "productos" y de centros de "producción" de diferente complejidad y condiciones, es conveniente realizar análisis de productividad lo más desagregados posibles, con el fin de destacar las causas y corregir los problemas.

Lo anterior, sin embargo, no invalida la utilidad de indicadores globales (como los que se verán), que actúan como luces rojas que permiten detectar la existencia del problema, aunque muchas veces es dificil visualizar sus causas.[19]

Todos los indicadores globales disponibles muestran un deterioro evidente en el período 1989 - 1993, coincidiendo con el más espectacular aumento de recursos sectoriales.

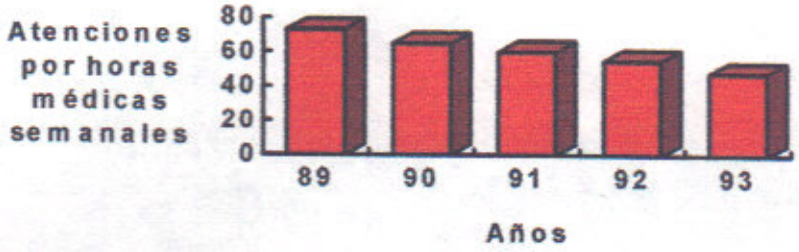
Efectivamente, en dicho período el presupuesto del sector aumentó en aproximadamente un 47% en términos reales (ver cuadro Nº 3.8), sin que se lograra el correspondiente aumento de las prestaciones efectuadas, lo que provocó una baja en la productividad media de los médicos en la atención ambulatoria de 73 atenciones de consultas ambulatoria 48 consultas por cada hora semanal (ver gráfico Nº 4.8).

---

[19] Instituto Libertad y desarrollo, "Eficiencia en salud: un objetivo de todos"- Temas Públicos Nº 207, Santiago: Instituto Libertad y Desarrollo, 1994.

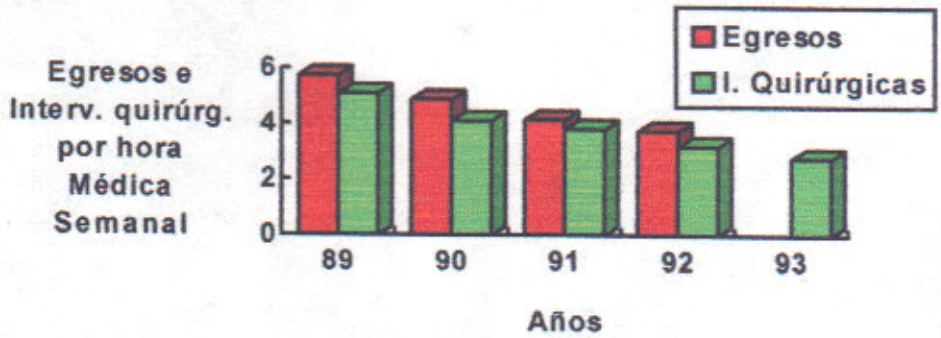
La productividad de la atención cerrada, también experimentó una baja importante: el número de egresos hospitalarios por hora médica semanal contratada bajó de 5,74 a 3.77 (un 34%) entre 1989 y 1992 y las intervenciones quirúrgicas disminuyeron de 5,09 a 2,78, es decir en 27%, entre 1989 y 1993 (ver gráfico Nº 4.2).

GRAFICO Nº 4.1
PRODUCTIVIDAD MEDIA DE MEDICOS MEDIDA EN NUMERO DE ATENCIONES



FUENTE: INSTITUTO LIBERTAD Y DESARROLLO

GRAFICO Nº 4.2
PRODUCTIVIDAD MEDIA DE MEDICOS MEDIDA EN EGRESOS HOSPITALARIOS E INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR HORA MEDICA SEMANAL HOSPITALES



FUENTE: INSTITUTO LIBERTAD Y DESARROLLO

No sólo la productividad de los médicos disminuye en el período considerado. También se observa una baja de la productividad media de las enfermeras, medida en número de atenciones ambulatorias que realizan en relación a su dotación.

Por último, concordante con la evolución de los indicadores de productividad de los principales profesionales que intervienen en la salud, se comprueba que la utilización física (medida como el porcentaje de ocupación de las camas disponibles en el SNSS) también experimentó un deterioro.

Dado que se ha visto que efectivamente existe ineficiencia en la gestión del sector público, se verán ahora sus principales causas. Estas son:

a) Ineficiente mecanismo asignador de recursos. Como se mencionó en el capítulo dos, las reformas del año 1980 implementaron un mecanismo de reembolso a los hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud denominado facturación por atención prestada (FAP). Este en conjunto con los sueldos y salarios financiaron el funcionamiento de los hospitales. Tal como su nombre lo indica, el FAP corresponde a los fondos que entrega el Estado a hospitales públicos por atenciones prestadas a los pacientes que acuden a ellos. Un mecanismo análogo al anterior llamado FAPEM (Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipales) fue implementado para reembolsar recursos a los centros de atención primaria dependientes de las Municipalidades. El financiamiento de estos establecimientos fue complementado por el aporte de municipalidades con recursos propios. Lamentablemente ni el FAP ni el FAPEM tuvieron buenos resultados.

Dentro de los métodos de reembolso hospitalario (entendido como el mecanismo a través del cual una tercera parte pagadora; el Estado, compañía de seguros u otro, distribuye los fondos a los hospitales donde se atienden los pacientes a su cargo o sus beneficiarios) podemos considerar dos tipos básicos retrospectivos y los prospectivos (que se ven más adelante).

El FAP y el FAPEM son métodos retrospectivos, en que se reembolsa a los hospitales en forma *ex-post*, es decir, una vez que la prestación y la estadía se han entregado en la unidad hospitalaria.

Una ventaja que tiene esta modalidad es que incentiva a entregar un producto de máxima calidad, ya que el proveedor nunca se ve inducido a sacrificar calidad para bajar los costos de producción, a menos que explícitamente el comprador se lo solicite. En este sentido, los aumentos de los costos son traspasados siempre al comprador o, en este caso, a la institución que financia. Sin embargo, ésto puede convertirse en una desventaja, ya que el método es considerado altamente inflacionario y generalmente ineficiente, razones por las cuales es usualmente criticado. El razonamiento que avala estas críticas plantea que si a los hospitales se les asegura el reembolso por todos los costos incurridos, existen escasos alicientes para disminuir costos a través de aumentos en la eficiencia y, en cambio, existen incentivos para usar la tecnología más avanzada disponible, asegurando diagnósticos, por ejemplo, con un mayor número de exámenes, aunque ello no sea médicamente necesario. Otros problemas asociados con este método son la dificultad de asignar costos a cada paciente en particular y lo oneroso que resulta monitorear el desempeño del hospital.[20]

b) Rigideces laborales importantes.[21] Los funcionarios (médicos, enfermeras y el resto de los trabajadores) que laboran en el sistema público son contratados bajo el régimen laboral del sector público. Esto significa que las plantas del personal son fijadas por ley; es decir, son rígidas y sus cargos son inamovibles. En el caso de los médicos las remuneraciones se refieren a cargos médicos en horarios de 20,28 ó 44 horas semanales, a los cuales les corresponde una determinada remuneración que aumenta en relación a la antigüedad del funcionario. Para ello existen remuneraciones adicionales para cada bienio de antigüedad. Esta normativa determina una total ausencia de incentivos económicos en el trabajo, ya que ni la estabilidad laboral ni el nivel de remuneraciones dependen del desempeño profesional. Esto trae consecuencias nefastas en la administración de los establecimientos y, por lo tanto en la calidad de atención de salud.

---

[20] Para más detalle acerca de los problemas que presenta el FAP y FAPEM ver, Gallegillos S. y Sierralta M., "Evaluación del FAP como método de reembolso a los hospitales públicos en Chile"- Revista de Estudios Públicos N°43. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1991.

[21] Instituto Libertad y Desarrollo, "Salud y Educación: Reedición de Conflictos"- Temas Públicos Nº 164. Santiago: Instituto Libertad y Desarrollo, 1993. Instituto Libertad y Desarrollo, "Otro Paro de Médicos"- Temas Públicos Nº 234. Santiago: Instituto Libertad y Desarrollo, 1995. Instituto Libertad y Desarrollo, "Salud: ¿Soluciones o Cogobierno?"- Temas Públicos Nº 250. Santiago: Instituto Libertad y Desarrollo, 1995

Además de lo anterior el nivel de remuneraciones del aparato público es bajo en relación a los ingresos que los funcionarios pueden obtener en el sector privado, a pesar de los esfuerzos presupuestarios para conceder en salud remuneraciones superiores al resto de la administración pública. Esto ha significado que en el último tiempo se han sucedido conflictos y huelgas de la Federación Nacional de trabajadores de Salud (FENATS), de los médicos, de los trabajadores de los municipios, y los médicos de servicios de urgencia; en fin, puede decirse que todos los gremios han estado en conflicto. Los petitorios han sido de los más variados; pero, por supuesto, el más importante ha sido el reajuste de los sueldos. La situación descrita deriva de las especiales características monopsónicas (un solo comprador) del mercado laboral de sector.

Este poder monopsónico no es otro que el que ejerce el Estado. Por muchos años el SNS fue prácticamente el único empleador de los profesionales y técnicos de la salud y sólo a partir de la creación del sistema ISAPRE empieza a liberarse de manera incipiente la entrada de nuevos empresarios, aumentando parcialmente las alternativas de trabajo. En efecto, los profesionales de la salud tienen muy pocas opciones de trabajo distintas a la de emplearse en algún establecimiento del Estado. Las remuneraciones de este personal, en consecuencia, están determinadas por este empleador único, el cual ejerce su poder, pagando sueldos mucho más bajos que los que existirían si los establecimientos de salud se vieran enfrentados a competir entre si por dichos profesionales.

c) La separación de funciones al interior del subsistema no se resolvió de manera adecuada. Como se mencionó en el capítulo 3, las reformas definieron tres funciones básicas a ser ejecutadas por organismos diferentes. La función normativa y de control se radicó en el Ministerio de Salud, la ejecutora en los servicios de salud, y la financiera en el FONASA, que también administraría la modalidad de libre elección. Se terminaba así, o al menos se intentaba, la concentración de decisiones en el poder, central limitándose ellas al terreno de lo normativo.

Sin embargo, para Galleguillos y Oyarso,[22] la reorganización señalada no depositó claramente, a nivel nacional, funciones distintas en cada una de las instituciones aquí mencionadas, lo que dió

[22] Gallegillos S. y Oyarso C. , "Marco Conceptual y Plan Estratégico de la Reforma del Fondo Nacional de Salud"- Revista Administración en Salud Nº 27. Universidad de Chile, 1995.

cabida a ciertas ambigüedades respecto a las áreas de atribuciones y responsabilidades de estos organismos:

En el caso de los servicios de salud, ellos retuvieron algunas funciones normativas. A modo de ejemplo: al corresponderles el control de los establecimientos y servicios del sistema comprendido en su territorio; al heredar del ex SNS el manejo por incapacidad laboral de los trabajadores, operando estas atribuciones a través de las comisiones de medicina preventiva e invalidez; y al mantener el control del ejercicio de la profesiones. médicas y paramédicas. En el caso de FONASA, donde se suponía radicaría la función financiera, esto se concretó muy parcialmente, ya que el manejo financiero de los servicios regionales se mantuvo en el Ministerio de Salud, limitándose el Fondo a ser la caja que recaudaba y distribuía los recursos, pero sin desempeñar efectivamente, su función de administrador de recursos. Lo anterior repercutiría en la eficiencia del sector

d) Grado de autonomía de los servicios de salud menor que el esperado. Junto con la reorganización de funciones señalada anteriormente, se descentralizaron los servicios de salud, con el fin de mejorar la eficiencia del sector. Esto provocó una mayor flexibilidad de la gestión, lo que ha permitido de manera creciente un mejor uso de los recursos asignados y por esta vía el rendimiento de estos se ha visto incrementado. Sin embargo, el grado de autonomía alcanzado no ha sido suficiente lo que se ve en aspectos como los siguientes: los servicios no participan en las decisiones relativas a presupuesto y éstos están sujetos al nivel central en lo que se refiere a inversiones y adquisición de equipos y otros elementos para su operación. Sin duda este menor grado de autonomía repercute en una menor eficiencia en la gestión.[23]

e) Deficiente administración de servicios y hospitales. Esto debido a que éstos están fundamentalmente a cargo de personas no expertas en administración de recursos humanos o financieros.[24]

---

[23] Oyarso C. , "La Mezcla Público - Privada: Una Reforma Pendiente en el Sector Salud"- Revista de Estudios Públicos Nº 55. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1994.

[24] Acdo C. y Larrañaga O. , "El Sector Salud"- Series de investigación I-70. Santiago: Ilades / Georgetown University, 1993.

f) Deficientes mecanismos de recaudación y control. Esto deriva en filtraciones de recursos que tiene actualmente el FONASA, ya sea en términos de ingresos no percibidos o pagos realizados (a los hospitales) por personas o prestaciones que no corresponden. Por ejemplo, los hospitales le cobran al FONASA lo que no le cobran a beneficiarios privados que se atienden en ellos (atenciones de urgencia o atenciones de afiliados de ISAPRE en salas comunes).

El **segundo problema** que afecta al subsistema estatal (y también subsistema privado, aunque las causas pueden ser algo diferentes) es el aumento del costo de producción de servicios de salud por encima de la inflación y el consiguiente aumento del gasto en salud por encima del crecimiento de la población. Este es un fenómeno universal del que Chile no ha escapado.

En general, en el subsistema público se ha identificado seis causas que dan origen a este fenómeno, los que actúan en forma conjunta y estrechamente interrelacionados.[25]

a) Cambios demográficos. Como se había mencionado en el capitulo 3 los cambios demográficos que se traducen en un envejecimiento paulatino de la población con el consiguiente cambio en el perfil de las patologías más prevalentes. Es lo que se ha llamado la transición epidemiológica mediante la cual comienzan a emerger con cierta fuerza las enfermedades crónicas degenerativas, tumorales , los accidentes y violencias, todas de manejo diagnóstico y terapéutico de alto costo.

b) El aumento de la demanda de servicios. Esto debido a una población cada vez más educada en el uso de estos servicios y cada vez más consciente de sus derechos a la salud, aunque, por desgracia, no más consciente de sus deberes para con su salud y la de los demás.

c) El desarrollo y generalización en el uso de nuevas y costosas tecnologías. Estas están basadas en equipos que entran en rápida obsolescencia y que deben ser amortizados en breve tiempo.

---

[25] Quesney F. ,“ El Sector Privado en Salud”- La salud en el siglo XXI cambios necesarios. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1995.

A ello se agrega una poderosa máquina publicitaria que recomienda su uso sin que su mensaje se base en evaluaciones científicas sobre su eficiencia.

d) El aumento general del costo de los recursos básicos de producción de los servicios, incluídos insumos y mano de obra.

e) La falta de incentivos en los usuarios para controlar la demanda. Esto ya que al estar los usuarios subsidiados por el Estado presionan por una atención lo más completa posible, sin considerar el costo que lo paga un tercero (moral hazard).

f) El abuso de subsidios por incapacidad laboral. El pago de estos subsidios es con cargo a la cotización de salud por lo que debe considerarse como un costo de salud.

Nadie puede desconocer que el subsidio por incapacidad laboral es una conquista social importante, toda vez que logra mantener el poder adquisitivo del trabajador cuando éste, por causa de una enfermedad, debe abandonar su trabajo y, por ende deja de recibir su remuneración habitual.

Con todo debe reconocerse que el sistema ideado por el legislador chileno colocó todos los incentivos en aquellos lugares donde hacen ineludible que se tienda a abusar en el uso de licencias médicas que originan el pago de subsidios.

En efecto, los actores en juego son: el trabajador, el médico que otorga la licencia, el empleador, el ente pagador del subsidio y el COMPIN (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez) que resuelven contiendas entre el trabajador y el ente pagador (en este caso FONASA).

Al trabajador, médico y empleador la licencia no les cuesta nada por lo que no tienen ningún incentivo a hacer que ésta sea más corta. El ente pagador debe cancelar el subsidio equivalente al total de la remuneración y por el total de los días estipulados en la olas licencias. Es cierto que puede modificar la licencia original acortándola; pero el trabajador puede apelar ante el COMPIN por esa modificación. Sin embargo, por razones obvias el COMPIN tiende a darle la razón al trabajador.

g) El dolo cometido por usuarios y prestadores. Este adquiere diversas formas, desde la relativamente inocente suplantación de persona para que tengan acceso a beneficios quienes no tienen derecho a ellos, hasta sofisticadas maniobras donde se coluden usuarios, prestadores y terceros.

El costo no es sólo el de las prestaciones obtenidas indebidamente, sino que también, los costos administrativos en que se debe incurrir con el objeto de detectarlo, prevenirlo y controlarlo.

h) Una mala gestión (cuyas causas ya fueron vistas y que además constituye un problema en si mismo en el subsistema público). Esto se traduce en ineficiencia en la asignación y en el uso de recursos costosos que son subutilizados. Lo anterior se refiere tanto a recursos materiales como humanos.

Frente a los cuatro primeros elementos es poco o nada lo que puede hacer el administrador de salud. Los cambios demográficos y el aumento de la demanda de una población con mejor acceso a los servicios de salud tienen una dinámica propia un tanto inexorable.

Otro tanto puede decirse respecto de la incorporación de nuevas tecnologías y de los crecientes costos en la producción de servicios que cada vez son más complejos y sofisticados.

En cuanto a la demanda originada en el llamado "moral hazard"(riesgo ético) en poblaciones cubiertas por servicios directos para el usuario puede y debe controlarse de la forma en que se hace en este momento, con los copagos o pagos moderadores.

El dolo y el abuso de licencias sólo puede disminuirse con buenos mecanismos de control, no habiendo propuestas concretas en este sentido.

En cuanto a la gestión ineficiente (que puede ser considerada como problema y causa de aumentos en costos) sus posibles soluciones se verán más adelante.

El **tercer problema**[26]. del subsistema público es que no existen incentivos para cotizar o aumentar la cotización, debido a la existencia de subsidios cruzados.

De acuerdo a las definiciones clásicas, los subsidios a las personas buscan transferir recursos para que éstas accedan a ciertos bienes o servicios que la sociedad estima necesarios y que por sus propios medios no pueden alcanzar.

Así, la subvención puede incrementar los ingresos del receptor para que este financie la adquisición de algún tipo de bien (subsidio a la demanda), o para que reciba ciertos bienes a un valor inferior al precio de mercado (subsidio a la oferta).

En el sistema de salud estatal el Fisco financia su infraestructura principalmente con fondos provenientes de las cotizaciones de los usuarios y aportes significativos del presupuesto de la nación, los que transfiere directamente a los establecimientos que componen esa infraestructura. Esto último constituye un subsidio a la oferta ya que el financiamiento se les entrega a los productores de salud y no a los consumidores. Lo anterior genera la existencia de subsidios cruzados al interior del sistema, lo que causa muchas irregularidades.

La situación actual de las personas afiliadas al sistema estatal se representa en el gráfico Nº 4.3 En el eje horizontal se encuentran ordenados los beneficiarios de acuerdo a sus aportes en pesos. La línea ascendente N1C representa las cotizaciones de salud crecientes con el ingreso; la curva AD corresponde al gasto público en salud por beneficiario, que teóricamente es creciente según el nivel de ingreso; N3 corresponde al total de beneficiarios del sistema estatal; los beneficiarios que se ubican en el punto N1 son los que cotizan el mínimo legal; N2 representa a aquel afiliado cuya cotización de salud es exactamente equivalente al gasto por beneficiario. De acuerdo a lo anterior OADN3 representa el gasto total actual en salud en el sistema estatal (es el gasto por beneficiario por Nt) y N1CN3 es el monto total de cotizaciones captadas por el sistema estatal. Es claro que los

---

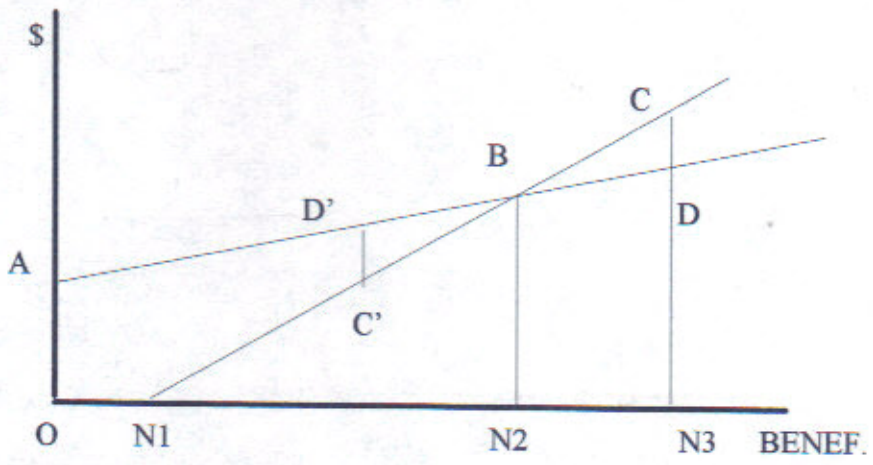
[26] Miranda E. , " Salud para todos: ¿Subsidio a la Oferta o Subsidio a la Demanda?"- Revista Administración en Salud Nº 14. Santiago: Universidad de Chile, 1991.

beneficiarios con ingresos superiores al beneficiario N2, cotizan más que el gasto por beneficiario en que incurren. Dicho excedente de cotización es el área BCD.

Por su parte, los afiliados con ingresos (y cotización de salud) inferiores a N2, incurren en un gasto equivalente al área OABN2. Pero ellos sólo han cotizado el área N1BN2 (cotización acumulada de los sucesivos beneficiarios). Este grupo es perceptor de un subsidio equivalente al área OABN1. Dicho subsidio es financiado por el Estado (OAD'C'N1) y por el subsidio cruzado D'C'B = BCD: esto es, el exceso de cotización de los afiliados N2 a N3. Así los ricos relativos están subsidiando a los pobres al interior del sistema.

GRAFICO Nº 4.3

SITUACION ACTUAL DE SISTEMA DE SALUD ESTATAL



FUENTE: MIRANDA E. OBRA CITADA EN NOTA 26

Como se aprecia, en el sistema estatal se producen inequidades, debido a que los beneficios que se proporcionan - por una mal entendida solidaridad - son iguales para todos e independientes del monto de los aportes. Ello produce incentivos perversos que motivan la existencia de numerosas irregularidades, como es el caso de la evasión de cotizaciones de salud.

Esta situación se agrava en la modalidad de atención institucional, ya que el que cotiza más recibe una bonificación inferior para sus prestaciones médicas. Es precisamente por esta circunstancia que, por ejemplo, en el caso de muchas de las trabajadoras de casa particular, sus empleadores les cotizan por el mínimo imponible para que no pierdan su derecho a atención gratuita.

Ya que se han expuesto los tres problemas principales (gestión ineficiente, enfrentar costos crecientes y tener incentivos para no cotizar) que presenta hoy día el subsistema de salud estatal, se revisarán las distintas alternativas de solución, que se presentan en la literatura más reciente.

4.1.2 Posibles soluciones

En la sección anterior se identificaron los dos problemas principales (y sus causas) que enfrenta el subsistema público de salud. Estos son una gestión ineficiente en su función financiera y ejecutora y el enfrentar un aumento de costos en la producción de servicios de salud.

En esta sección se verán las principales propuestas de solución que se plantean hoy día.

1) La propuesta del gobierno

El gobierno plantea continuar con el proceso de descentralización tanto geográfico como funcional. Se pretende que el Ministerio de Salud cumpla funciones normativas generales y de las orientaciones políticas del sistema. Por otra parte, la provisión de servicios de salud y la gestión del seguro público de salud y FONASA , respectivamente.

De esta forma los organismos que conforman el sistema público de salud, adquiren una misión más definida y sus incentivos se hacen mas transparentes, lo que permite alcanzar mayores niveles de eficiencia.

En este contexto se plantea una profunda reforma al FONASA. En concreto se propone que ésta pase de ser la institución encargada de recaudar y distribuir los recursos financieros y administrar el Sistema de Libre Elección a una entidad administradora del seguro público de salud, lo que implica bastante más que una redefinición semántica.

Esto significa que se tiene como objetivo que el FONASA administre el plan de salud de los beneficiarios públicos, en ciertos aspectos, en forma similar a como se administran los seguros privados: con plena identificación de sus afiliados, adecuado control sobre los recursos que financian el sistema, y una eficiente gestión de los mismos. Sin embargo su diferencia substancial respecto de dichos tipos de seguros, es su definición como responsable de administrar un seguro colectivo de carácter solidario, cubriendo las necesidades de atención de salud de dos grandes grupos de población: indigentes y cotizantes del sistema público. Se pretende llegar así a que a los primeros se les administre un plan de salud que esté financiado exclusivamente con recursos fiscales, ya que es el Estado el responsable de contribuir a la salud de las personas que no puedan pagarla. Mientras que los segundos, que pueden contribuir con sus cotizaciones para financiar su atención (pero cuya situación de ingresos es lo bastante modesta como para que dichos fluyan a financiar la salud de otras personas, como los indigentes) contarán con un plan que no discrimine entre sus beneficiarios, ni por ingresos, ni por estado de salud. Esto significa, por una parte, que independiente del nivel de ingreso, se accede al mismo nivel de beneficios, y por otra, que nadie es penalizado ni excluído por presentar mayores riesgos en salud.

Para llevar a cabo el seguro público de salud el FONASA ha definido el siguiente plan estratégico.

a) Área de Afiliación, Recaudación y Control directo de gastos

La tarea más propia de un seguro de salud es recaudar los ingresos que le corresponden por la cobertura ofrecida y procurar que dichos ingresos se destinen a los beneficiarios y prestaciones establecidas, evitando filtraciones.

En este sentido, el plan tiene como objetivo el diseño e implementación de cinco sistemas básicos para la operación del seguro público colectivo de salud: recaudación, afiliación intermediación, prestaciones y prestadores. De manera más precisa, el plan ha sido dividido en módulos con los siguientes propósitos específicos:

Módulo de Recaudación: tiene como objetivo generar y administrar toda la información necesaria para apoyar la gestión de recaudación de cotizaciones previsionales de salud, en la lógica de un monitoreo efectivo que permita reducir la morosidad y evitar la evasión. Asimismo, se contempla la formulación de convenio para operar el sistema en forma externalizada.

Módulo de Afiliación: consiste en el diseño y administración de una base de datos de los beneficiarios de FONASA (cotizantes e indigentes). La identificación y registro de beneficiarios permitirá eliminar filtraciones del sistema y aportará información valiosa para la administración del seguro.

Módulo de intermediación: tiene como objetivo general la operación para la autorización de órdenes de atención, que permita un servicio ágil; pero con los adecuados mecanismos de control.

Módulo de prestaciones: tiene como objetivo el registro, control y auditoría de las prestaciones de salud que financia el Fondo, lo que unido a las bases anteriores permitirá efectuar procesos de control y servirá para la planificación del seguro.

Módulo de prestadores: consiste en la construcción y operación de un registro de prestadores, que permita la liquidación expedita de las prestaciones otorgadas por proveedores públicos y privados , dentro de un sistema controlado.

b) Area de Compra: Nuevos Mecanismos de Pago a Proveedores

La segunda área clave de funcionamiento de un seguro, dice relación con las medidas que se tomen para el control del gasto, ya sea por la vía de transferencia de riesgo a los proveedores o a los consumidores. Como se mencionó en la sección anterior, una de las causas de la ineficiencia en la gestión del subsistema público es el deficiente método de pago.

Lo anterior llevó a que en Julio de 1994 y Febrero de 1995 se pusieran en marcha en forma piloto nuevos mecanismos de asignación de recursos para los consultorios de atención primaria y para los hospitales de los Servicios de Salud respectivamente.[27] Ambos son del tipo prospectivo, es decir, se basan en una planificación de las actividades por efectuar en una población dada.

El nuevo sistema para los hospitales de los Servicios de Salud se llama Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y Pago Prospectivo por Prestación (PPP). Este último se utilizará para aquellas prestaciones que no han sido objeto de estandarización.

En ambos casos, se define un precio de transferencia para el producto (prestación individual o canasta estandarizada) que cubre todos los costos de operación en que incurre un establecimiento promedio del sector público para otorgarlo, sin incluir salarios, que se continúan pagando aparte.

La lógica del sistema apunta a que el prestador internaliza completamente el costo marginal de atender a un paciente recibiendo directamente el riesgo financiero del tratamiento de la persona con cero riesgo para el pagador. En este esquema cada peso que gasta el prestador en la atención de salud reduce el "beneficio neto" de prestar el servicio en exactamente un peso. Así, si el prestador al

---

[27] Aedo C. , "Financiamiento de la Salud Proposiciones de Reforma"- La Salud en el siglo XXI cambios necesarios. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1995.
Gallegillos S. y Oyarzo C. , obra citada.

tratar gasta menos, el precio establecido estará recibiendo un beneficio neto por paciente, mientras que si gasta más estará incurriendo en una pérdida. Se estima que desde el punto de vista social no es perjudicial que sea el prestador quien asuma el riesgo financiero, bajo el supuesto de que el precio establecido este bien calculado. Esto se debe a que el volumen de operación de los prestadores les permite, en general, lograr un agrupamiento de riesgos. Las ventajas que presenta este sistema son que en primer lugar, provee incentivos para que el prestador use de manera eficiente los recursos, ya que existe un fuerte incentivo para minimizar el costo promedio y, a la vez, provea los servicios que presentan el mayor costo- efectividad. En segundo lugar puede lograr una reducción en la utilización de los servicios de salud sin trasladar de manera directa los costos a los pacientes.

Con respecto a la atención primaria, el nuevo sistema consiste en el pago de un monto per cápita corregido por pobreza y ruralidad, por cada individuo que libremente se adscribe al consultorio. A cambio de este monto, la Municipalidad se hace responsable por mantener la salud de esa persona en la mejor forma posible, dentro del ámbito del nivel primario de atención. Este sistema presenta las mismas ventajas que el PAD-PPP, pero más generalizado, porque no distingue entre atenciones.

En otras palabras el dinero recibido por una institución pública de salud va a depender explícitamente *de lo que hace* (en el caso de los hospitales) *o de cuanta gente cuida* (en el caso de los servicios municipales). Deja de ser una transferencia (semi) arbitraria, poco relacionada con el desempeño o con el costo de los servicios.

Tanto el sistema PAD-PPP como el Per Cápita van asociados a la suscripción de compromisos de Gestión entre el Ministerio de Salud y los Servicios y entre los Servicios y los Municipios. Este instrumento está orientado a definir en conjunto, determinados resultados que se consideran prioritarios para el período, ya sea en términos de producción y/o indicadores de salud. Por otra parte sería también un mecanismo de control de la calidad de los servicios entregados.

A pesar de las evidentes ventajas de estos sistemas, éstos también presentan desventajas. La primera es que se generan incentivos perversos para minimizar la cantidad de recursos a utilizar por

paciente, por lo que el establecimiento de este esquema de pago requiere que los pagadores establezcan estándares de calidad y/o controlen de manera cercana los resultados logrados por los prestadores, lo que se daría con la suscripción del Compromiso de Gestión antes mencionado. Sin embargo, surge la inquietud sobre la voluntad política de las autoridades de "penalizar" a los Servicios que no cumplan con sus compromisos adquiridos. Una segunda desventaja es que el prestador tiene un incentivo a "descremar" el mercado de pacientes evitando personas que de manera *ex ante* se perciben como pacientes de alto costo. Finalmente una limitación (no intrínseca al diseño del mecanismo) es que no incorpora los salarios dentro de los costos, lo que hace que el pago por una determinada prestación no refleje todo su verdadero costo.

Ambos mecanismos de pagos se consideran un avance fundamental en el desarrollo del sector salud chileno en el sentido de fomentar la contención de costos y la eficiencia en el uso de recursos; pero dado que el tiempo transcurrido desde su implementción es muy corto, no se cuenta, en el momento en que se realiza este trabajo, con suficiente información para hacer una buena evaluación de éste.

La propuesta de solución del gobierno, además de la reforma a FONASA, contempla una modernización del Instituto de Salud Pública y de la Central Nacional de Abastecimiento.[28]

En cuanto al ISP la modernización implica un fortalecimiento de su rol de control sanitario, propendiendo a mejorar y certificar la calidad de medicamentos, alimentos, plaguicidas y residuos tóxicos.

En la Central Nacional de Abastecimiento se planea implementar un nuevo sistema de adquisición y distribución de medicamentos a nivel nacional, que solucionará la falta de fármacos en consultorios, hospitales y postas de urgencia. El nuevo sistema consiste en la utilización de modernas instalaciones de intermediación, habilitadas para realizar remates computacionales a los que

[28] Ministerio de Salud, " Situación de Salud en Chile 1995"- Tarjeta de presentación. Santiago: Ministerio de Salud, 1995.

concurrirán los proveedores de estos insumos. Mediante este nuevo sistema se pretende reducir el costo de operación del organismo.[29]

Como conclusión acerca de la propuesta vista se puede decir, que ésta ataca una de las principales causas de ineficiencia en el sector que es la mala asignación de recursos. Sin embargo, no considera otras igualmente importantes como son las rigideces laborales existentes y otras.

Por otra parte, no es dificil darse cuenta que en la propuesta de solución del gobierno no se considera, bajo ninguna forma, una mayor participación del sector privado en la solución de los problemas en el subsector público de salud, es más, se reconoce explícitamente que la solución pasa por fortalecer este último y hacerlo más eficiente.

A diferencia de la propuesta del gobierno la que se verá a continuación si considera una mayor participación del sector privado.

2) La propuesta de interacción

Otra idea que ha surgido con fuerza para solucionar los problemas en el subsistema público de salud, principalmente el de costos crecientes (que también afecta al subsistema privado), es la de un intercambio **efectivo** entre estos subsectores.

Hoy día no existen impedimentos legales para comprar servicios por parte del sector público, sin embargo, si los hay para vender servicios al sector privado mediante la ley 18.933[30]. A juicio de varios autores esta disposición debe cambiar en términos de liberar la posibilidad de intercambio entre el sector público y privado y confiar en que los administradores del sector público de salud a nivel

---

[29] Para más detalle acerca de la modernización de la Central Nacional de Abastecimiento ver y Jara O. y Caríkëo J. , "Modernización del Sistema de Abastecimiento del Sector Público de Salud Chileno"- Revista Administración en Salud Nº 24. Santiago: Universidad de Chile, 1994.

[30] Sólo se permite establecer convenios para la atención en pensionado y urgencia. Esta prohibición se basa, en parte, en que al prohibírseles el uso de infraestructura pública a los privados se incentiva la inversión de estos en el área de salud y se protege a los beneficiarios del sector público de ser desplazados por los del sector privado.

regional, de servicios y de establecimientos, son capaces, en un marco claro de política al respecto, cautelar los intereses del Fisco, de los trabajadores y beneficiarios del sistema público de salud.

Posibles beneficios de este intercambio podrían ser por ejemplo un aumento en la recaudación directa de los hospitales del sector público al aprovechar los pabellones quirúrgicos de ellos en las tardes, que en su mayoría están si uso. Lo mismo sucedería al aprovechar la capacidad instalada en laboratorios e imagenología de los hospitales.

Algunos cálculos dicen que si sólo se planteara como objetivo captar el 5% del gasto de las ISAPRES mediante la venta de servicios en todo el país, implicaría para el sector público un ingreso de cerca de US$ 35 millones, los que en su gran mayoría serían de margen para el sistema público de salud por su estructura de costo fijo alto (sobre el 70% de los costos del sistema público de salud son fijos y si se incluye el costo de las inversiones esta cifra es mayor). Lo anterior implicaría un aumento de US$ 4 per cápita al año que en una gran medida se deberían destinar a mejorar las condiciones de los más pobres.

Se verán aquí las bases, que según Sánchez[31], permitirían establecer mecanismos efectivos de intercambio entre estos subsectores, que garanticen a ambos una relación permanente, justa y equitativa que además procure calidad en las prestaciones de salud que se otorguen.

a) Es necesario, en primer lugar, dejar establecido que el sector público debe vender servicios al sector privado en todo aquello en que tenga una oferta superior a la demanda propia o en que tenga ventajas comparativas, ya sea por razones geográficas o tecnológicas. Lo anterior presupone que las autoridades regionales o locales (directores de establecimientos), deben cautelar que no se produzcan postergaciones de los beneficiarios naturales del sistema público de salud, lo que implica que este problema debe ser manejado en función de cada realidad específica y no como si fuera uniforme a lo largo del país, de lo que se deduce que no puede ser tratado como una ley salvo para eliminar la prohibición existente para que se produzca esta relación.

---

[31] Sánchez H., "La Interacción Público - Privada en Salud Perjudica a los más Pobres: Un Mito"- Revista Administración en Salud Nº 25. Santiago: Universidad de Chile, 1994.

Por otro lado, debe cuidarse que los incentivos que se generen para el intercambio no produzcan efectos no deseados en los administradores, como por ejemplo que la venta de servicios les sea estrictamente necesaria para resolver un déficit presupuestario, ya que en este caso el administrador preferirá generar recursos que cumplir con su obligación básica de atender a sus beneficiarios.

Generalmente el sector público para poder entregar un servicio integral de salud a sus beneficiarios desarrolla, capacidad tecnológica muy especializada para resolver algunos problemas de diagnóstico de baja frecuencia y de alto costo, lo anterior implica que existe capacidad instalada para satisfacer, sin una mayor inversión o postergación de los beneficiarios del sector público, las necesidades del sector privado. Esto no implica que no puedan o que no sea necesario que compitan en algunas áreas; pero por eficiencia y ventajas comparativas de cada sector y no por inversiones de alto costo que sobrepasen la demanda, y que el único efecto que tienen es sobre los precios y sobre la capacidad real de financiar las inversiones que en el sector privado se resuelven con una sobredemanda y en el sector público con un déficit presupuestario o subutilización de un determinado equipo. El sector privado debe duplicar las inversiones por no existir mecanismos expeditos de inversiones. Además el sector público pierde muchos recursos por no existir mecanismos de intercambio que podrían resolver carencias del propio sector público y de sus trabajadores.

b) Los precios a que venda el sector público al privado deben ser competitivos y reales en función de los costos e inversiones necesarias para producir los servicios que se venden. Lo anterior significa que es necesario que el sector público conozca en detalle la estructura de costos de los servicios que produce, incorporando los costos operacionales fijos y variables, directos e indirectos; pero también el costo de depreciación de infraestructura y del equipamiento. En este sentido la puesta en marcha del nuevo sistema de asignación de recursos a los hospitales (PAD), en forma integral, es decir, considerando remuneraciones dentro del costo de la prestación (lo que hasta ahora no se ha hecho), permiten conocer precios reales. Por otro lado, se requiere que se conozcan los precios del resto de la oferta de servicios similares, con el objeto de fijar precios que no solo recuperen los costos sino que también se genere un margen de utilidad para el sector público,

producto de los menores costos - si los hubiese - como resultado de la eficiencia del servicio o establecimiento que transa, o de la ventaja competitiva del Estado por su condición monopsónica.

c) El Estado debe comprar servicios al subsector privado en todas aquellas áreas, en que por razones económicas o de eficiencia, sea más conveniente comprar el servicio que desarrollarlo directamente. La única limitación la deben constituir las condiciones técnicas del tipo de servicios que se trate, en que se aconseja, por razones del tipo de servicios o por otras de tipo estrictamente técnico, que éstos se produzcan directamente por el subsector público. Aquí existe un amplio margen para el intercambio, en el campo del diagnóstico de laboratorios o imagenología, procedimientos quirúrgicos (comprar servicios al subsector privado para disminuir las colas), servicios de diálisis, gran parte de los servicios de apoyo, etc.

d) El Estado debe generar una capacidad de negociación con el subsector privado para comprar y vender servicios de salud, por lo que debe desarrollar esta función en forma profesionalizada para que pueda efectuar buenas transacciones con el sector privado. No se debe olvidar que el sector privado por su propia naturaleza de maximizar el resultado buscará las mejores condiciones de precio, calidad y condiciones de pago por los servicios que compra o vende. El Estado debe generar además una capacidad adicional para controlar que el producto que se compra sea de la calidad, cantidad y oportunidad contratadas. Por otro lado, debe desarrollarse una capacidad para controlar la calidad de los servicios que se venden desde la perspectiva técnica y de satisfacción del cliente.

e) Debe considerarse el desarrollo de una capacidad de evaluación económica de proyectos que permita al sector público tomar decisiones adecuadas en relación a cuánto comprar, cuánto invertir y finalmente cuánto y cómo vender servicios de salud al sector privado.

f) El sector salud debe desarrollar las flexibilidades en los sistemas de contrataciones y remuneraciones que le permitan adecuar su oferta de personal y de profesionales a la demanda que se genera por la venta o compra de servicios de salud, lo anterior debe extenderse a que no sólo el establecimiento y el servicio respectivo favorezcan con la mayor recaudación o ahorro producto del la interacción con el sector privado, sino que también a una participación de los trabajadores,

profesionales y administradores del establecimiento que con la venta o compra produjo una utilidad o ahorro, según se trate, con el objeto de generar los incentivos necesarios a nivel local y de establecimiento.

Como conclusión se puede decir que si bien esta propuesta aumenta la participación del sector privado en las soluciones a los problemas del subsector público de salud, éste sigue teniendo una participación importante ya que sigue realizando su función financiera (asociada a la organización de recursos necesarios para el financiamiento de las acciones de salud) y su función ejecutora (asociada a la actividad proveedora de servicios).

La propuesta que veremos a continuación considera los aspectos más importantes de varias alternativas de solución de autores que consideran la decidida incorporación del sector privado al sistema de atención de salud, diferenciando definitivamente el rol subsidiario y normativo, de los roles financiero y ejecutor.

3. Una decidida incorporación del sector privado

Según Quesney,[32] no parece existir ningún antecedente histórico, ni elementos filosóficos, doctrinales, éticos, técnicos o prácticos que impidan al sector privado ser un actor protagónico en un sistema de salud o que justifiquen su relegación a un rincón del sistema o se limite su acción a determinados grupos poblacionales o a determinadas funciones, siempre que no invada o invalide aquellas funciones que son propias e inherentes del Estado como actor activo en la salud.

Por el contrario el sector privado ha demostrado idoneidad, capacidad técnica y eficiencia en su gestión en salud, superando con creces a la gestión estatal. Ello no porque el administrador privado sea superior al público, sino porque administra utilizando atributos propios del sector que el administrador público está impedido de usar.

Entre otros, deben mencionarse los siguientes:

---

[32] Quesney F. , obra citada.

a) Libertad y agilidad de gestión.

b) Posibilidades de establecer los incentivos adecuados en los lugares correctos y en general operar estimulado por estos incentivos.

c) Competencia y regulación por el mercado y no por un marco rígido y de reglamentos burocráticos.

d) Independencia y prescindencia política en la toma de decisiones.

e) Descentralización de la gestión y adopción de tamaños óptimos.

Entonces, como un paso previo al de establecer cuál es el rol y la extensión que puede o debe asumir el sector privado como agente activo en un sistema de salud, parece conveniente comenzar por definir cuáles son las funciones o áreas propias del Estado e inherentes a su calidad de tal y cuáles son sus áreas en que su responsabilidad es primordial.

Para Quesney y Cifuentes [33] las funciones propias e irrenunciables del Estado respecto de los actores en el sector salud, en las que debe asumir un rol activo, *normar, fiscalizar, controlar la calidad y regular* para asegurar una libre competencia entre los actores aludidos.

Adicionalmente son áreas de su responsabilidad primordial aquellas que dicen relación con la *producción de bienes públicos de salud.*

Dentro de esta categoría caen todas aquellas acciones de fomento y protección de la salud que presentan externalidades positivas o negativas, tales como los programas de vacunación, el saneamiento del medio ambiente, la educación para la salud, etc..

Además, y en forma muy importante porque se constituye en un bien público de valor incalculable para el eficiente funcionamiento de un sistema de salud, el Estado debe proporcionar toda la información pertinente para que los diversos elementos en juego obren ordenadamente.

---

[33] Quesney F. , obra citada y Cifuentes M. , "Propuesta Sistema de Salud: Instituto Libertad y Desarrollo"- Revista Administración en Salud N° 24. Santiago: Universidad de Chile, 1994.

Se ha usado el término responsabilidad primordial para indicar que el Estado debe velar porque estas acciones se realicen, lo que no significa necesariamente que deba realizarlas con equipos técnicos propios, sino que puede subcontratarlas si ello es más eficiente.

Finalmente es responsabilidad del Estado, en virtud de su rol subsidiario, garantizar a todos un acceso al sistema de atención de salud y en especial de atención médica, lo que otra vez no significa que dicha atención, sea de salud o médica, deba proporcionarla con elementos propios si existen otros que puedan brindarla, fisicamente con mayor eficiencia.

Ahora, ya definido que es lo que el Estado no puede ni debe dejar de hacer, se está en condiciones de establecer qué es lo que el sector privado puede hacer y seguramente debe hacer.

Y, esto es en pocas palabras, **todo el resto.**

Antes de precisar esta afirmación se debe señalar que junto con reconocerse tres grandes funciones en salud (*rectora , normativa y reguladora, financiera y ejecutora*) se reconoce en la actualidad (al menos) tres mercados en el sector salud. Estos son: un *mercado de aseguradores de salud* que compite por las cotizaciones de salud, un *mercado de prestadores o proveedores* que compite por los fondos de los asegurados en salud y un *mercado de insumos de salud,* los que incluyen los fármacos e insumos hasta los recursos humanos.

Nadie duda seriamente de la legitimidad, eficiencia y capacidad del sector privado para actuar en los mercados mencionados anteriormente. Así ocurre en el mercado de los insumos y aún en el de los prestadores donde éstos, ya sea en forma aislada - consulta médica - o asociados - centros médicos - o aún como funcionarios de institutos de salud, han demostrado su idoneidad. Lo mismo ha sucedido con las ISAPRES en el mercado de los seguros. Esto a pesar de que han tenido problemas que han derivado en críticas, que en su mayoría no se justifican (éstas se verán en la próxima sección).

Contrasta con estos éxitos lo poco exitosa que ha sido la gestión estatal en dos áreas donde el sector privado no ha incursionado hasta ahora y que constituyen justamente las *áreas en donde es posible y deseable su expansión: la atención médica de aquel sector mayoritario de la población, que por su situación económica no ha tenido acceso a las ISAPRES y, muy ligado con ésto, la administración de la infraestructura estatal en donde ese sector de la población recibe atención.*

El Estado, como se mencionó anteriormente, subsidia a la oferta ya que transfiere recursos a los productores de salud.

Es en este punto donde han surgido diversas propuestas de modificación. Se argumenta que es perfectamente factible que el Estado en lugar de entregar el subsidio en la forma descrita lo haga llegar directamente al usuario, es decir, un subsidio a la demanda. En este caso el consumidor recibe el aporte y elige **soberanamente** a que institución se dirigirá para adquirir a precio real un plan de salud, de tal forma que la persona subsidiada es la que posee el poder de negociación con el proveedor para exigir mejor calidad en el servicio.

Para implementar el concepto de subsidio a la demanda se han propuesto diversas alternativas dentro de las cuales se pueden destacar: a) Pago per cápita a unidades autónomas según la población que libremente se ha adscrito a éstas y b) Subsidios a las personas de bajos ingresos para que opten por una ISAPRE. La descripción del segundo mecanismo se hará en el capítulo 5 en que se verá la implementación de la alternativa b.

En cuanto a la infraestructura pública y municipal de salud se debe señalar que la implementación de un subsidio a la demanda no implica necesariamente que la administración de la anterior pase al sector privado. Sin embargo, para Quesney y Cifuentes[34] lo ideal sería privatizarla convirtiéndola en sociedades anónimas, aunque en una primera etapa se podrían realizar convenios de concesión de dicha infraestructura. De este modo, los hospitales y consultorios de especialidades que se conviertan en empresas podrán competir entre sí y con los establecimientos privados, con un consecuente resultado positivo para los usuarios tanto en precios como en calidad.

---

[34] Quesney F., Cifuentes M., obras citadas.

Se vislumbra así a un sistema de salud con un Estado restringiendo su quehacer directo a lo que es su función propia e irrenunciable y financiando aquellas áreas que son de su responsabilidad; pero sin transformarse en recaudador de cotizaciones, administrador de recursos y ejecutor de las prestaciones de esas áreas. Y un sector privado aprovechando todas las ventajas comparativas propias de su quehacer, tranformado en ente administrador de los recursos - infraestructura y fondos -destinados a la atención de salud.

Se puede obtener como conclusión de esta sección que los principales problemas del subsistema público de salud son: una gestión ineficiente tanto en su aspecto financiero como ejecutor, enfrentar costos crecientes en la producción de prestaciones de salud y la existencia de incentivos a evadir las cotizaciones. Se identificaron como causas del primer problema: 1) Un ineficiente mecanismo asignador de recursos; 2) Rigideces laborales importantes; 3) Separación de funciones al interior del subsistema no resuelta de manera adecuada; 4) Grado de autonomía de los servicios de salud menor al esperado; 5) Deficiente administración de servicios y hospitales; 7) Deficientes mecanismos de recaudación y control. En cuanto al segundo problema sus principales son; 1) Cambios demográficos; 2) Aumento en la demanda de servicios; 3) Desarrollo y generalización de tecnologías costosas; 4) Aumento general de los recursos básicos de producción de salud; 5) Falta de incentivos de los usuarios para controlar la demanda; 6) Abuso de subsidios por incapacidad laboral; 7) Dolo cometido por usuarios y prestadores; 8) Una mala gestión. El tercer problema, que es un incentivo a evadir cotizaciones, se genera por la existencia de subsidios cruzados al interior del subsistema público.

En cuanto a las principales propuestas de solución para mejorar la gestión del subsistema público, se identificaron tres grandes líneas que se pueden clasificar de acuerdo a la participación del sector privado en un sistema de salud. La propuesta del gobierno no considera una mayor participación del sector privado en la solución de los problemas de la salud, es más, plantea fortalecer el sector público de salud. En términos generales se podría decir que esta propuesta ayudaría a mejorar el problema de gestión del sector público; pero sólo en su función financiera, ya que plantea un nuevo sistema de asignación de recursos a los hospitales con incentivos más adecuados que los

existentes. Sin embargo, esta alternativa no considera mecanismos concretos para solucionar los otros problemas del sector.

Una segunda propuesta plantea que se debería realizar un efectivo intercambio entre los subsectores público y privado. Esta propuesta puede considerarse buena para solucionar el problema de incremento de costos que enfrenta el subsistema público, ya que al permitir que los hospitales públicos vendan servicios a las ISAPRES aumentaría la recaudación de éstos y por consiguente la disponibilidad de recursos de este subsistema. Empero, esta alternativa, al igual que la anterior, no considera los otros problemas.

Por último, la tercera propuesta sugiere que la solución a los problemas de salud sólo se alcanzará con una decidida incorporación del sector privado al área de la salud. Se puede considerar esta alternativa la más completa de las tres presentadas, ya que considera los tres problemas en discusión. Esto, porque si las funciones ejecutora y financiera dentro del sistema de salud es llevada a cabo por el sector privado, la gestión en ambas funciones sera más eficiente debido que el administrador privado utiliza atributo propios del sector que el administrador público está impedido de usar. Además una gestión más eficiente permite enfrentar de mejor forma el problema de incremento de costos, y la implementación de un subsidio a la demanda focalizado elimina el problema de subsidios cruzados.

4.2 El subsistema privado

4.2.1 Principales problemas y posibles soluciones

Como se mencionó en el capítulo 3 el subsistema privado se puede agrupar en instituciones con y sin fines de lucro. Dentro de las primeras se encuentran personas e instituciones que brindan prestaciones médicas (función ejecutora) y las ISAPRES que realizan la función financiera. Son estas últimas las que han debido enfrentar los principales problemas del sector, lo que ha hecho que éste sea criticado, aunque muchas veces sin razones justificadas. Es por esto que en esta sección se verán los principales problemas y posibles soluciones específicamente de las ISAPRES. La importancia de

lo anterior radica en que si se plantea mejorar el sistema de salud chileno con una mayor participación del sector privado (específicamente en la función financiera), se deben conocer los problemas y las posibles formas en que este los solucionará, para que así esta alternativa de solución sea realmente viable.

El **primer problema** tiene que ver con el aumento de costos. En la sección anterior se mencionó que este era uno de los principales problemas que afectaba al subsector público de salud. En el subsistema privado éste también es un problema, aunque las causas no son totalmente iguales a las del subsistema público. De esta forma se tiene que los cambios demográficos, el aumento de demanda de servicios, el desarrollo y generalización de nuevas y costosas tecnologías, el aumento general del costo de los recursos básicos de producción de los servicios, la falta de incentivos para controlar la demanda y el abuso de licencias médicas y el dolo cometido por usuarios y prestadores son causas comunes en la presión sobre costos mayores en ambos subsistemas. Sin embargo, a diferencia del sistema estatal en que la falta de incentivos para controlar la demanda se da porque el Estado subsidia las prestaciones, en el sector privado se da porque los beneficiarios al estar cubiertos por seguros de salud presionan por una atención lo más completa posible, sin considerar el costo que paga un tercero (la ISAPRE).

Anteriormente se mencionó que la mala gestión era otra de las causas de mayores costos en el sector estatal. Esta causa no es válida en el área privada de la salud, ya que en ésta existen incentivos naturales (de los propietarios) para realizar una gestión eficiente.

Sin embargo, existe una causa, que no se da en el subsistema público (o se da en menor forma), que presiona de forma muy importante al aumento de costos en las ISAPRES. Esta es la demanda de servicios inducida por los prestadores motivada por incentivos económicos que los benefician a medida que la demanda crece. Esta se da básicamente cuando quien origina la demanda por un servicio es el proveedor de ese servicio. Es el caso de los médicos que junto con ejercer como médicos clínicos son los propietarios de equipos, aparatos o tecnologías por cuyo uso cobran aparte.

La discusión acerca de las primeras siete causas fue hecha en la sección anterior. En cuanto a la demanda inducida por prestadores, ésta tiene fuertes connotaciones éticas y es por lo tanto muy difícil de abordar.

En todo caso las ISAPRES han intentado reducir el aumento en los costos de las prestaciones mediante la integración vertical, adquiriendo clínicas y contratando médicos.

El **segundo problema** que enfrentan las ISAPRES se refiere a que éstas no cumplirían plenamente con su rol asegurador, debido a que gran parte de la cobertura corresponde a prestaciones rutinarias, tales como consultas o exámenes. A menudo, la cobertura de problemas mayores de salud (enfermedades catastróficas y crónicas) es insuficiente. Usando una analogía es como si los seguros de un automóvil cubrieran cambios de aceite pero tuvieran mala cobertura para accidentes. Según Fisher[35] existen varios motivos para que el mercado no haya resuelto esta anomalía. Como el sistema FONASA no ha sido capaz de identificar a los beneficiarios de ISAPRES, muchos afiliados de menores recursos, utilizan la modalidad institucional de FONASA en caso de problemas médicos agudos, usando la cobertura de ISAPRE para gastos rutinarios. Asimismo, es probable que los afiliados subestimen la probabilidad de eventos catastróficos. Por último, debe recordarse que en los primeros años del sistema se eliminaba a los agentes con enfermedades crónicas o excesivamente caras. Estos motivos han hecho menos atractivos aquellos planes que incluyen promesas de buena cobertura de enfermedades catastróficas. Debido a esta percepción, las ISAPRES ofrecen planes con buena cobertura en atención rutinaria pero insuficientes en el caso de enfermedades más graves.

Al respecto se debe distinguir entre las enfermedades que son catastóficas para las ISAPRES y las que lo son para los afiliados.

---

[35] Fisher R., "ISAPRES: Problemas del sistema"- Boletín Economía y Gestión. Santiago: Ingeniería Industrial Universidad de Chile, 1995.

Las primeras forman parte del riesgo del negocio y las ISAPRES deberán enfrentar ese riesgo como mejor puedan, ya sea haciendo las provisiones técnicas del caso o buscando un reaseguro o lo que sea.

Las segundas lo serán cuando el copago de cargo del afiliado le signifique a éste un desembolso que represente un serio desmedro a su situación económica. El concepto enfermedad catastrófica es entonces algo relativo referido a la capacidad económica de quien la sufre.

Para enfrentarlas, las ISAPRES han diseñado dos esquemas: El primero es ofrecer un plan de salud adicional que cubre determinadas patologías que por ser de alto costo son desde un principio enfermedades catastróficas como son: el SIDA, cáncer, cirugía cardiovascular, hemodialálisis, transplantes, etc.. El segundo es ofrecer, como alternativa paralela al plan de salud habitual, uno cuyas cláusulas operan sólo frente a situaciones catastróficas y que está diseñado con condiciones básicas mínimas, como atención en sala común, lista cerrada de prestadores, control monitorizado del gasto, etc..

Otra alternativa, similar a las anteriores, es la que se estudia actualmente en la Superintendencia de ISAPRE. Esta señala que sería preferible que el Estado sólo requiriera el contrato de un Plan Mínimo Obligatorio (PMO) con una ISAPRE. Estos PMO cubrirían sólo enfermedades catastróficas y crónicas, es decir el objetivo inicial del sistema. Por supuesto, los afiliados tendrían libertad para contratar planes complementarios para cubrir gastos médicos rutinarios. Para muchas familias, esta medida aumentaría su ingreso libre disponible, ya que el PMO podría ir acompañado de una reducción en la tasa de cotización mínima (7%). Además tendería a reducir las presiones sobre costos de intervenciones rutinarias al ser optativas la participación en planes que las cubrieran con bajos copagos.

Empero, la implementación de un PMO no está libre de problemas. El primero de ellos es lo difícil que resultaría su definición. Es decir, surge la siguiente interrogante; ¿cuáles serían las enfermedades que se considerarían catastróficas y cuáles no?.

Por otra parte se generan otras preguntas; ¿qué sucedería con tratamientos que no siendo catastróficos en un comienzo se vuelven tales después, como por ejemplo, un parto con complicaciones? ¿sería constitucional que un médico no provea los servicios de una enfermedad que no está dentro del PMO?

Las anteriores son posibles soluciones para aquellas personas que estando dentro de una ISAPRE sufren una enfermedad catastrófica o se les detecta una enfermedad crónica. Sin embargo, existe el problema de las personas que han sufrido una patología cuya reactivación es altamente probable (ej. infarto) o de los enfermos crónicos que no han ingresado a una ISAPRE. Al respecto, la nueva ley excluye enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo de dieciocho meses, contados desde la suscripción del contrato. Lo anterior es siempre que la ISAPRE acepte el ingreso de la persona, ya que también le puede rechazar la entrada. Las enfermedades preexistentes no declaradas, una vez transcurrido el plazo de cinco años desde la suscripción del contrato o incorporación del beneficiario, deberán ser cubiertas por la ISAPRE como cualquier otra enfermedad no preexistente, a menos que la institución probare que la patología preexistente no declarada requirió de atención médica durante este período, y el beneficiario lo ocultó a sabiendas.

En un sistema de salud privado en que todas las personas estuvieran afiliadas a una ISAPRE no se podría dejar sin atención médica a aquellas personas que, por tener una enfermedad crónica o haber tenido una enfermedad catastrófica, han sido rechazadas de las ISAPRES. Una alternativa es que, adicionalmente al subsidio que se les daría a las personas de bajos recursos para ingresar a una ISAPRE, se destinara una cantidad adicional de recursos para distribuir como subsidio compensatorio adicional, para que estas personas ingresen a una ISAPRE. Se baraja como alternativa adicional a este problema el optar por seguros de salud colectivos, lo cual permite incorporar individuos con riesgos de salud diferentes dentro de un mismo plan colectivo, ya que se produce un "agrupamiento" de riesgo *(risk pooling)*. De esta forma el asegurador asegura al grupo o a nadie y estaría obligado a cubrir estas enfermedades. El problema de esta alternativa es que la situación hoy día en materia de seguros colectivos adolece de dos defectos que deben ser corregidos para que la alternativa sea realmente factible. 1) La legislación que rige entre las ISAPRES y sus afiliados establece que los contratos son individuales.

Frente a esta situación los afiliados a ISAPRES abiertas, en planes colectivos, deben efectuar un contrato individual con la ISAPRE. Esto provoca algunas ineficiencias como la que sucede ante la necesidad de terminar un contrato colectivo: Se debe esperar a que cada uno de los individuos que forman parte de él cumplan con el plazo mínimo de duración de sus contratos individuales para darlo por finalizado.

2) La opción de seguros colectivos no representa una solución para muchas pesonas, como trabajadores en empresas sin planes colectivos, trabajadores del sector público, trabajadores independientes, desocupados, pasivos y personas fuera de la fuerza laboral entre otras.[36]

Un último aspecto que conviene mencionar cuando se aborda el problema de enfermedades crónicas y catastróficas se refiere a la libertad de afiliación. En el caso de que a un individuo que pertenece a una ISAPRE, se le diagnostique un enfermedad crónica o sufra una enfermedad catastrófica (tal que sus costos de salud futuros aumenten), la ISAPRE estará obligada a ofrecer renovar el plan al que pertenecía el cotizante, sin que este pague la diferencia entre lo que se creía eran sus costos futuros de salud y sus costos futuros que se esperan luego del diagnóstico. Todo esto cuando termine su contrato de salud.

Lo anterior aumenta el bienestar de los afiliados, pero crea sus propios problemas. Esto porque el afiliado debe permanecer por el resto de su vida en la misma ISAPRE y en el mismo plan, ya que ninguna otra ISAPRE estará dispuesta a aceptarlo, a menos que el afiliado pague el mayor costo esperado de salud producto de su enfermedad. La imposibilidad de trasladarse a otra ISAPRE contradice los principios de libertad de afiliación sobre los cuales está basado el sistema. Si por ejemplo, las condiciones económicas del afiliado mejoran, éste no puede cambiarse de plan sin sufrir un castigo.

---

[36] Una posible solución a este problema se analiza en Aedo C. ,"Sector Salud en Chile: Un gran desafío"- Chile hacia el 2000. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1994. Específicamente se plantea optar por incentivar la *asociación de consumidores*, que serían entidades intermediarias entre los consumidores y los aseguradores. Estas permitirían agrupar a los individuos, ya sea en agrupaciones gremiales, ordenamiento territorial o actividad económica para que opten a un seguro colectivo. Sin embargo, existen dificultades para la implementación de estas asociaciones.

Una propuesta de solución para reducir los impedimentos a la libre afiliación de enfermos crónicos es planteada por Cochrane.[37] El sistema de Cochrane es puramente teórico; pero es posible que una implementación aproximada sea factible.

Este plantea que en el caso de que a un cotizante se le diagnostique una enfermedad que aumente su costo esperado futuro de salud, la ISAPRE original transfiera este mayor costo a una nueva ISAPRE en caso de que el afiliado quiera cambiarse de institución.

En su expresión más sencilla, la idea Cochrane es que la "marraqueta" (mayor costo esperado) sea transferible entre ISAPRES. En este caso, el cotizante no le resulta más caro de lo normal a la nueva ISAPRE, ya que la marraqueta es la que paga por sus mayores costos esperados de salud. La ISAPRE original debe transferir la marraqueta; pero como ésta ya estaba asignada a pagar los mayores costos del afiliado, su situación no cambia. El afiliado dispone de la libertad de afiliación, por lo que indudablemente estará mejor.

Como todas las ideas, su implementación presenta problemas. El principal radica en que si se requiere un funcionamiento perfecto, es necesario determinar con exactitud el costo futuro de la enfermedad crónica del afiliado. Sin embargo no es fácil determinar la gravedad de las enfermedades crónicas, y cualquier intento resulta vulnerable al fraude. Cochrane se ha adelantado a esta objeción, y sugiere que incluso aproximaciones burdas al monto real serían suficientes para mejorar la situación actual. Una posibilidad es que la marraqueta sea una fracción de la suma original, de manera de reducir las posibilidades de comportamiento oportunista del afiliado. En este esquema los contratos de ISAPRE especificarían las sumas que aquella transferiría a otra institución en caso, de que al afiliado le diagnosticaran enfermedades que aumenten sus costos futuros de salud. La competencia entre las ISAPRES las llevaría a ofrecer sumas razonables en caso de traspaso del cotizante.

Finalmente, se puede decir que la ISAPRE original se vería beneficiada, pues debe tranferir a la nueva una suma inferior a la marraqueta, ya asignados a pagar los mayores costos del cotizante. La

---

[37] Cochrane J. , "Time - Consistent Health Insurance"- Journal of Political Economy Vol. 103, Nº 3. Chicago: The University of Chicago, 1995.

nueva ISAPRE acepta voluntariamente al afiliado (cobrando una cotización más alta, ya que la suma que recibe no compensa totalmente los mayores costos esperados del cotizante). Por último, la decisión de cambiarse del cotizante también es voluntaria. Por tanto, todos los participantes en el contrato están tan bien o mejor que antes.

El **tercer problema** se refiere a la falta de transparencia. Esto quiere decir que una persona encuentra dificultades al intentar comparar los diversos planes que ofrecen las distintas ISAPRES.

Esta dificultad no obedece a una falta de transparencia en el sentido que las ISAPRES oculten información, sino que radica en que elegir un plan óptimo es de suyo una cuestión compleja. Comienza por tener clara comprensión de cuales son las necesidades de salud propias y del grupo familiar que se desea cubrir. Sigue por leer e intentar seriamente comprender las condiciones de un contrato de salud y su correspondiente plan, lo que es algo que pocas personas hacen.

Luego, deben confrontarse las necesidades percibidas con varios miles de prestaciones posibles, otorgadas por otros tantos prestadores que cobran los más variados aranceles y tarifas.

Sin embargo, aunque lo anterior se ve complejo, en esencia no es tanto, ya que los elementos que se conjugan no son muchos; precio, listado de prestaciones cubiertas agrupadas en grandes categorías (consultas - exámenes - día / cama - honorarios médicos, etc.), porcentaje de cobertura sobre valor cobrado, tope máximo de ayuda.

Una alternativa de solución en este sentido es la estandarización de planes. De esta forma, por ejemplo, se definirían sólo diez tipos de planes distintos que las ISAPRES deberían ofrecer, los que variarían de acuerdo a su calidad y precio. Todas las ISAPRES deberían ofrecer los planes definidos, los cuales serían homogéneos entre las diferentes instituciones. Por ello la competencia para un plan dado sólo se daría en términos de precio.

En este contexto, un plan tipo A sería por ejemplo uno que tuviera una cobertura de 100% en todas las prestaciones, sin tope y en las clínicas top del mercado. El último plan (tipo J) correspondería a un plan básico de salud (como el que se describe en el capítulo cinco).

La desventaja de una medida como la anterior es que tendería a reducir la competencia.

Un **cuarto problema** que causa insatisfacción en los usuarios es la discriminación contra las personas de mayor edad. Se afirma que las ISAPRES no han resuelto el problema de salud de la vejez. Esto es auténtico, pero no por culpa de las ISAPRES, sino porque el sistema ISAPRE no fue concebido para hacerlo como señala Quesney.[38]

Al momento de crearse el sistema y simplificando al máximo las cosas la población del país se podía dividir en viejos y jóvenes y éstos a su vez en viejos acomodados y viejos pobres; jóvenes acomodados y jóvenes pobres.

El sistema no se creó para los viejos sino para trabajadores activos dependientes o independientes. Por lo demás los viejos acomodados no tenían problema y los viejos pobres, subproducto de un sistema previsional que los transformó en tales, eran netamente un problema del Estado. Los jóvenes pobres que no tenían acceso a las ISAPRES iban a envejecer sin tener acceso a ellas en su gran mayoría. Los jóvenes más acomodados que tuvieron acceso a una ISAPRE van a envejecer en ésta, ya que la ley establece que el contrato de salud es de plazo indefinido, con lo que las ISAPRES no pueden deshacerse de sus afiliados cuando ellos envejecen;, pero sí pueden aumentarles el precio del plan de salud.

A la fecha las personas mayores de 60 años representan un 3% de los beneficiarios de ISAPRES, en circunstancias que estos corresponden al 8,9% de la población del país, es decir, la población de las ISAPRES es eminentemente joven. De lo anterior se deduce que a medida que transcurra el tiempo, la población beneficiaria también envejecerá, acercándose a perfiles similares a los del país, lo que llevará a mayores costos de las ISAPRES.

---

[38] Quesney F. obra citada.

La pregunta natural que surge en este instante es ¿podrá un sistema en que la mayoría de la población esté en una ISAPRE afrontar los mayores costos derivados del envejecimiento de la población?

La respuesta es afirmativa. Las razones son las siguientes:

1) Con un régimen de pensiones basado en la capitalización individual eficientemente administrado, al momento de pensionarse, la persona recibirá una jubilación equivalente a entre 70% y 80% de su remuneración como activo. Además dejará de seguir cotizando en el régimen de pensiones entre el 12% y 13% de su remuneración y su estructura de gasto familiar se habrá ya liberado de todos los gastos demandados por sus hijos: Educación, vestuario, recreación, etc.. Por lo tanto dispondrá de bastante más para dedicar a salud.

Lo anterior se refuerza si se implementa un POM, u otro plan que requiera de una cotización menor a la actual. Esto siempre que la diferencia se destine a incrementar el ahorro para pensiones. De esta manera cada persona puede libremente decidir aumentar su ahorro para pensiones, sacrificando gasto en salud presente (que es menos necesario cuando la persona es más joven), para tener la posibilidad de disponer de mayores recursos en el futuro (pensión más alta) que le permitan financiar los probables mayores gastos, característicos de las personas de mayor edad.

2) El mayor gasto de salud de los viejos es sólo en parte genuino y ocasionado por su condición biológica; pero en buena medida es inducido por una estructura de atención médica, que al menos en Chile desconoce por completo la geriatría y la gerontología. Esos mismos viejos reputados de gastadores, introducidos en esquemas o planes que privilegien las medidas profilácticas y preventivas, verán disminuir drásticamente su gasto en salud.

Todo lo anterior es válido en el caso de los jóvenes que envejecen en una ISAPRE, pero ¿qué sucedería con la población mayor de menores recursos si el sistema se implementara en este momento? ¿quedarían fuera del nuevo sistema de salud implementado?. La respuesta es negativa ya

que éstos podrían ser subsidiados con un "subsidio de vejez" que sería un monto adicional al de pobreza, para que éstos puedan acceder a una ISAPRE.

Las carencias son el **quinto problema**. Por carencia se entiende un período de tiempo variable, inmediato durante el cual no tiene derecho a impetrar ciertos beneficios. En la nueva ley de ISAPRES, que entró en vigencia en agosto de 1995, se eliminan los períodos de carencia; ésto significa que todos los beneficios a que da derecho el contrato son exigibles desde el mismo momento en que éste entra en vigencia, con excepción del embarazo para el que se contempla una cobertura parcial de acuerdo al tiempo de embarazo.

En un sistema general de salud, administrado por el sector privado no se podrían traspasar los gastos a incurrir en su futuro parto a la mujer embarazada de bajos recursos. La solución planteada es igual a la del punto anterior o sea un subsidio focalizado a la madre embarazada de bajos recursos.

Finalmente legamos al **sexto problema** que son las exclusiones. Estas son prestaciones de salud que no están cubiertas por el plan y se refieren en general a prestaciones que no dicen relación directa con problemas de salud o con terapias ortodoxas. La nueva ley señala que sólo puede convenirse la exclusión de determinadas prestaciones expresamente señaladas en la ley. A saber:

- Cirugía plástica con fines de embellecimiento.
- Atención particular de enfermería.
- Hospitalización con fines de reposo.
- Enfermedades cubiertas por otras leyes, hasta el monto cubierto.
- Prestaciones requeridas como consecuencia de la participación del afiliado en actos de guerra.

Un sistema de salud de carácter privado debería mantener las primeras cuatro exclusiones, y en el caso de la última (cuya probabilidad de ocurrencia en estos tiempos es mínima) el Estado debería hacerse cargo, mediante algún mecanismo (por ejemplo subsidio), de financiar los gastos de recuperación de esas personas.

Como se puede apreciar todos los problemas que presentan las ISAPRES pueden solucionarse a través de mecanismos de mercado, lo que implica que éstas pueden ser una alternativa viable en un sistema de salud general administrado por privados.

Como se mencionó anteriormente muchas de las críticas que se le hacen al sistema ISAPRE no tienen fundamento, una de éstas es la *falta de equidad* .

Se tiende a confundir el término equidad con igualdad o uniformidad. Equidad es sinónimo de justicia y ella consiste en dar a cada cual lo suyo, lo que le corresponde.

Lo justo es que todos tengan cubiertas sus necesidades básicas de salud. El que pueda, que lo haga con sus medios y si le sobra para más, que obtenga más, es suyo y le corresponde. Por lo tanto es justo. Si no puede cubrir sus necesidades básicas con lo propio, lo justo es que el resto de la sociedad en una actitud solidaria lo haga. Para esto están lo impuestos que recauda el Fisco y que debe transformar en los subsidios que el Estado otorga a los más necesitados.

La equidad aquí consiste en que el subsidio realmente se focalice en las personas necesitadas y que se use con el máximo de eficiencia.

Luego el sistema ISAPRE no adolece de falta de equidad ni entre sus componentes ni respecto de los usuarios del régimen general de prestaciones.

Otra crítica que enfrentan las ISAPRES es de *carácter ideológico,* que se ha dado lugar a una polémica entre el gobierno y las ISAPRES en el momento en que se realiza este trabajo. El sistema ISAPRE ha sido víctima, desde sus inicios, de una permanente crítica de carácter ideológico proveniente principalmente de aquellos sectores que defienden la intervención del Estado en todos los ámbitos de la vida. Esta crítica se transformó en lo que podría llamarse una campaña contra el subsistema de salud privado con el inicio del gobierno de la Concertación en 1990, con el planteamiento de que el sistema de ISAPRES debía ser "legitimado" por una nueva ley. Esa presunta legitimación era manifiestamente innecesaria, por cuanto el sistema contaba ya en diciembre de 1989

con más 1.700.000 beneficiarios (ver cuadro 3.3), por libre voluntad de los cotizantes respectivos; éstos comprensiblemente, preferían que su cotización obligatoria para salud fuera administrada por empresas privadas especialistas y no por funcionarios estatales. Pero primaron las prioridades partidistas por sobre las técnicas y comenzó un debate desgastador e inútil en torno al proyecto del gobierno, que, por cierto no aportó nada al país ni a los usuarios del sistema.

Tras más de cinco años de polémicas, el 1° de Agosto de 1995 (como se había mencionado anteriormente) entró en vigencia una nueva Ley de ISAPRES, de sesgo regulacionista y estatista, expresado en un cúmulo de facultades adicionales que se asignan a la Superintendencia del ramo; esta, yendo aún más allá, por instrucciones y circulares ha querido controlar esta actividad hasta en sus menores detalles. Lo anterior ha creado un clima hostil, que ha hecho que las ISAPRES registren tasas de crecimiento en 1995 muy inferiores al promedio histórico. Según la Asociación de ISAPRES,[39] lo que ha ocurrido es que el Estado, por intermedio de la Superintendencia de ISAPRES, se ha dedicado a multiplicar una maraña de intervenciones controlistas y dirigistas, que ha pretexto de defender el interés del usuario (al que la autoridad parece reputar incapaz de entender, evaluar y resolver por sí mismo lo que convenga más a sus propios intereses) ha obligado a las empresas del ramo a concentrar sus energías en intentar satisfacerlas crecientes exigencias del fiscalizador.

Inevitablemente, las ISAPRES han debido dejar de invertir en la creación de nuevas soluciones y planes que extiendan sus servicios a los sectores de menores ingresos, para responder a la presión administrativa, cada vez más pesada y paralizante. Las omnímodas atribuciones asignadas a la superintendencia se han traducido de inmediato, como se había anticipado, en regulaciones e imposiciones que multiplican el costo administrativo de los planes de salud. El alza de los precios provocada por la política que impulsa la autoridad se transforma, acto seguido, en un nuevo motivo de críticas contra las ISAPRES.

Sin embargo, como se mencionó en capítulo anterior para la Superintendencia, la disminución en el crecimiento de estas instituciones se explica porque la industria ya habría incorporado a toda la

[39] Diario "El Mercurio" 18 de octubre de 1995.

población que potencialmente podría y desearía hacerlo. Para la superintendenta la campaña mencionada anteriormente no existe y afirma[40]: "El sistema no está siendo cuestionado, si perfeccionado".

Varias de las medidas que la Superintendencia trata de imponer han sido objeto de recursos judiciales de los que actualmente conocen los tribunales, situación que acrecienta la incertidumbre y reduce proporcionalmente la posibilidad de mejoramiento y expansión del sistema. Una de estas medidas tiene que ver con excedente de cotización.

La nueva ley reconoce de un nuevo concepto: El excedente de cotización[41]. Se produce dicho excedente de cotización cuando el monto - con su tope legal - que ingresa por este último concepto a la ISAPRE es superior al precio del plan contratado. Esta diferencia, de acuerdo a la ley, es de propiedad del afiliado y él puede ese dominio según la ley lo estipula. Las ISAPRES deberán abrir una cuenta corriente individual a nombre del afiliado, en la que se anotarán esos excedentes. El saldo acumulado se reajustará cada seis meses de acuerdo a la variación del IPC y devengará el interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional.

Los fondos podrán ser requeridos por el afiliado o beneficiario para los siguientes fines: Cubrir las cotizaciones en caso de cesantía, copago; financiar otras atenciones no cubiertas por el contrato; cubrir cotizaciones adicionales voluntarias, o financiar un plan de salud durante el lapso comprendido entre la solicitud de jubilación y el momento en que ésta se hace efectiva.

Hasta aquí todo estaba muy claro; pero cuando la Superintencia de ISAPRES dispuso - a través de una resolución exenta - que la cuenta de excedentes deberá regir tanto para los contratos que se renueven o se suscriban a contar del 1° de agosto de 1995 como para los existentes a esa fecha, surgió la discrepancia. Las instituciones de salud previsional rechazaron el instructivo porque estiman que la media debe hacerse efectiva sólo a partir del momento en que el cotizante renueve su contrato anual.

---

[40] Diario "El Mercurio" 2 de noviembre de 1995

[41] Para más detalle acerca del excedente de cotización y de las principales modificaciones que introdujo la nueva Ley 19.831 ver Asociación de ISAPRES, obra citada.

La Asociación de ISAPRES, que agrupa a estas instituciones, presentó un recurso de reposición ante la Superintendencia, pero ésta lo rechazó. La situación es vista por la Corte de Apelaciones de Santiago en el momento en que se realiza este trabajo, la cual dictó una orden de no innovar mientras emite un fallo en torno a esta materia.

Según Caviedes[42], Presidente Ejecutivo de la Asociación de ISAPRES, los excedentes benefician a muy pocas personas, pues, en la mayoría de los casos no se alcanzan a cubrir con la cotización obligatoria del imponente, y el afiliado debe pagar una suma adicional. En el caso de personas que tienen remuneraciones altas, tampoco se produce esta situación, porque el descuento para salud no puede ser superior a 4,2 UF y los precios dos planes en estos casos, son superiores o iguales a esa cantidad, de manera que no hay excedentes. Tampoco los hay en los planes colectivos.

Además para Caviedes en el caso que existan excedentes, la fórmula ideada para que se haga uso de ellos es pésima y cara y al mismo tiempo crea burocracia. Este cree que lo adecuado sería derivar los excedentes hacia la AFP respectiva. Eso no implica ningún gasto, pues el empleador enviaría la cotización de salud a la ISAPRE, y el excedente junto con las imposiciones previsionales, a la AFP. Ello contribuiría, incluso, a aumentar los fondos de pensiones.

Pero para la Asociación de ISAPRES, el problema de los excedentes no es grave sino es si el Estado tiene o no confianza en la capacidad del sector privado para atender las necesidades de salud de los chilenos. En la actitud actual del gobierno, esta implícita la desconfianza. La proliferación de regulaciones y controles, por una parte, y el avance de la estructura estatal en el área, por otra, terminarán por ahogar a las ISAPRES, transformándolas en entes pasivos y sin posibilidad de expansión.

Todo lo anterior es perjudicial para que el sector privado extienda su participación en salud como actor protagónico en un sistema global basado en un subsidio a las personas y en la administración privada de la infraestructura de salud. Para lo anterior se requiere de una legislación

---

[42] Inostroza E. , "La Batalla que Viene"- Revista Ercilla N°3.020. Santiago: Ercilla, 1995.

que sea amplia y no restrictiva y sobre todo que sea estable. Si las reglas del juego no son claras y estables en el tiempo, el sector privado no se va a interesar por incursionar más profundamente en salud porque el país le ofrece otras opciones más atractivas.

En esta sección se presentaron los problemas que enfrentan las ISAPRES por ser éstos los principales problemas del sector privado de salud. Se identificaron los siguientes: 1) Enfrentar costos crecientes; 2) No tener cobertura para enfermedades catastróficas; 3) Falta de transparencia; 4) Discriminación contra personas mayores; 5) Carencias; 6) Exclusiones; 7) Preexistencias y condicionamientos.

En todos los casos anteriores se presentaron posibles soluciones que pueden ser implementadas mediante mecanismos de mercado, lo que es de vital importancia si se quiere que el sistema de salud tenga una mayor participación del sector privado, sobretodo en cuanto a la función financiera.

Se presentaron dos críticas al sistema ISAPRE, cuyas justificaciones no son razonables. La primera es que las ISAPRES no cumplirían con el principio de equidad, lo que se demuestra es falso. La segunda es una crítica de carácter ideológico, de parte de sectores que propician una mayor participación estatal en la actividad económica. Estas crítica ha llevado en el último tiempo a una serie de regulaciones y controles que perjudican la actual y futura participación del sector privado en el área de la salud.

CAPITULO 5: Un sistema de salud privado: la mejor alternativa.

En este capítulo se desarrollará con mayor profundidad la alternativa que, a juicio del autor, resuelve de manera más eficiente los problemas existentes en el sector público de salud chileno, ésto es una decidida incorporación del sector privado a éste.

Los argumentos que sustentan un sistema de salud privado se mencionaron en el capítulo anterior. Entre estos se deben destacar, que el sector privado cuenta con los incentivos adecuados para actuar eficientemente, debido a que los resultados derivados de las acciones y decisiones que se realicen, siempre son responsabilidad del empresario y de las personas que llevan adelante la ejecución, y las consecuencias y resultados también los reciben ellos; por lo tanto, esta responsabilidad es el mejor incentivo para actuar de la mejor forma. Por el contrario, en el sector Público, la responsabilidad de las decisiones y acciones se diluye y las consecuencias y resultados de la gestión, también, no existiendo, por lo tanto, este incentivo para actuar más eficientemente. Además, la entrada de nuevos empresarios al sistema aumenta la eficiencia ya que éstos aportan su capacidad de organización y producción, mejorando la competencia y elevando los rendimientos.

Todo lo anterior se comprueba con el hecho de que el actual sistema privado de salud, aunque ha presentado problemas, ha demostrado idoneidad, capacidad técnica y eficiencia en su gestión en salud, superado con creces a la estatal. Por otra parte, el autor, comparte lo señalado por Quesney[43], en el sentido de que no parece existir ningún antecedente histórico, ni elementos filosóficos, doctrinales, éticos, técnicos o prácticos que impidan al sector privado ser un actor protagónico en un sistema de salud.

Como se mencionó en el capítulo anterior la existencia de un sistema de salud en que el protagonista sea el sector privado no implica que el Estado no asuma ningún rol dentro del sector,

[43] Quesney F., obra citada.

sino que éste sólo realiza aquellas funciones que son inherentes a su calidad de tal. A continuación se verá con mayor detalle el rol que debe asumir el Estado en el sistema que se está planteando.

5.1 El papel del Estado en un sistema de salud privado.

En el capítulo cuatro se señaló que en salud se reconocen tres grandes funciones: *Rectora, normativa y reguladora, financiera (entendida como la administración de los recursos para salud) y ejecutora.* Además se reconocen tres mercados; *de aseguradores, de prestadores y de insumos.*

El Estado representa los intereses de la comunidad en su conjunto, por lo que debe velar porque estos intereses estén garantizados en el desarrollo de los sistemas políticos sociales y económicos que funcionan en la sociedad.

En los modelos de economía en que el mercado asume una función determinante en la asignación de los recursos y en que el sector privado asume la tarea fundamental en la producción de bienes y servicios para satisfacer las necesidades de la población, el Estado se guarda para sí un rol principal, cual es el de la subsidiariedad en el funcionamiento de la economía.

De lo anterior se deriva que en el caso de un sistema de salud privado como el que se propone el Estado sólo ejerce la función rectora, normativa y reguladora, dejando al sector privado la realización de las funciones financiera y ejecutora.

Existen a lo menos tres aspectos centrales que interesan a la comunidad que el Estado regule:[44]

1.- Las acciones de salud que son bienes públicos y las que tienen una externalidad negativa o positiva. Los bienes públicos tienen dos características fundamentales. La primera es que una persona puede usarlo o beneficiarse de ellos sin limitar su uso o aprovechamiento por los demás. Lo anterior se conoce como el no cumplimiento del principio de rivalidad en el consumo. La segunda es

[44] Para más detalle ver Sánchez H., "¿La Regulación de los Sistemas de Salud es Necesaria?"- Revista Administración en Salud Nº 21. Santiago: Universidad de Chile, 1993.

que no es aplicable el principio de exclusión. Esto significa que se hace muy difícil cobrar a la persona que adquiere el bien o servicio. Por otra parte, las externalidades son beneficios (positiva) o costos (negativa) en que incurren las personas no directamente ligadas a la producción o consumo en cuestión.

Dado lo anterior deben considerarse las siguientes acciones:

a) En el caso del ambiente, la acción reguladora del Estado actúa definiendo estándares y controlando las fuentes emisoras de contaminación, incentivando económicamente el control de emisión de contaminantes por la vía de premiar o castigar determinada acción. Paralelamente, también participa definiendo políticas de cuidado del medio ambiente y definiendo políticas para su fomento y mejoramiento, mediante el establecimiento de incentivos a la industria y las personas para lograr este objetivo. Estas acciones son realizadas actualmente, y podrían seguir siéndolo, por el Servicio del Ambiente y por el Instituto de Salud Pública.

b) Programas de prevención que, de no realizarse correctamente pueden provocar externalidades negativas como es el caso de las vacunas. Estas acciones son realizadas en la actualidad fundamentalmente por los establecimientos municipales.

c) Programas destinados a fomentar la salud en la población, tales como los programas nutricionales (Programa Nacional de Alimentación Complementaria), los programas de educación para la salud (cambios de hábito de vida), etc. Actualmente, estos programas se ejecutan a través de los establecimientos municipales.

d) Programas de protección de los individuos de las enfermedades, como vivienda para la extrema pobreza y provisión de agua potable y alcantarillado. Estos programas se realizan a través de los Ministerios de Vivienda, Obras Públicas y Empresas del Estado.

Este tipo de tareas, además de estar reguladas por el Estado deben ser financiadas por éste; sin embargo, su ejecución podría ser realizada por organismos privados mediante subcontratos

otorgados por licitación pública. En una primera etapa las letras b) y c) podrían continuar siendo ejecutadas por los establecimientos municipales actuales.

2.- El Estado debe regular para corregir imperfecciones que se dan en algunos mercados de la salud. Antes que nada se debe destacar que en el proceso de compra de un servicio de salud y, particularmente en la generación de la demanda participan a lo menos dos partes, el demandante propiamente tal que lo constituye el paciente o un familiar de él y por otro lado, el médico que en la práctica y después de la primera consulta genera la demanda por servicios de salud orientados a diagnosticar o tratar la patología del paciente.

La principal imperfección se da en el mercado de prestadores en que existe una gran asimetría de información entre el oferente (médico) y el demandante (paciente). Esta diferencia de información existente entre el médico y el paciente impide muchas veces a este último evaluar y decidir libremente sobre la compra que este tercero le recomienda. Con mucha frecuencia, el paciente sigue al pie de la letra las recomendaciones sobre que servicios consumir, cuándo y dónde consumirlos.

La situación anterior se complica cuando avanza el análisis y se percata que el agente que verdaderamente está generando la demanda, el médico, no paga ningún precio por ella ya que los costos recaen en el paciente o en el tercer pagador, seguro estatal o privado de salud.

Un segundo aspecto que se tiene que evaluar en el funcionamiento de este mercado y que lo hace particular, es el hecho que se recurre al uso de estos servicios en una situación de dolor personal o de un pariente muy cercano, lo cual limita la libertad para tomar decisiones sobre la mejor alternativa a escoger o sobre si se debe consumir o no el servicio originalmente demandado. Tales limitantes se agravan en el caso de urgencias o emergencia para el caso de parientes muy queridos sobre los cuales corresponde decidir. Asimismo, se ve complicada en el caso de enfermedades terminales en que la alternativa es prolongar la vida consumiendo múltiples servicios de salud para lograr este objetivo a un alto nivel de costos personales y sociales o, suspender el uso de esos servicios de salud provocando con esto la muerte indeseada de un ser querido.

La asimetría en la información se produce también en el mercado de los seguros de salud, ya que el producto, seguro de salud, es de tal complejidad que el consumidor difícilmente podrá escoger, adecuadamente y según sus necesidades reales de salud, el contrato de seguro de salud más conveniente para sus necesidades y riesgos de salud dentro de los que ofrece el mercado, dada esta complejidad, el contrato de seguro generalmente es de adhesión a condiciones generales de aplicación.

Por otra parte, para el consumidor es difícil tener una adecuada evaluación de sus riesgos de salud y de los de su grupo familiar, por lo que cualquier decisión de asegurarse se hace sobre una base de información muy insuficiente lo que lleva, en muchas ocasiones, a estar subasegurado o sencillamente a no asegurarse voluntariamente.

Como contrapartida, los seguros de salud tratan de evaluar lo más certeramente posible sus riesgos, por lo que a través de exámenes o encuestas al momento de ingresos pretenden determinar la magnitud del riesgo que están adquiriendo; pero no siempre lo logran por impedimentos reales imposibles de salvar, o bien por el ocultamiento de información esencial del candidato a asegurado. La respuesta a esta asimetría de información es generar en los contratos de salud salvaguardas, tales como las exclusiones, períodos de carencia y otros.

Otra asimetría importante que se da en el mercado de aseguradores de salud es la falta de capacidad para determinar un incumplimiento de un contrato de salud. En efecto, debido a la complejidad del seguro de salud es muy difícil determinar por parte del consumidor, cuando una aseguradora está cumpliendo o dejando de cumplir, aunque sólo sea parcialmente, su contrato de salud. Lo anterior conlleva el riesgo que se de en forma inequitativa la relación contractual.

Ya que se han presentado las principales imperfecciones en los mercados de prestadores y aseguradores, se revisará ahora la forma en que el Estado debe regular estos mercados de manera de mejorar su funcionamiento. Antes, es necesario destacar que la intervención del Estado sobre

mercados imperfectos sólo es posible cuando se puede demostrar que dicha intervención genera una mejoría en el bienestar de la sociedad y que dicha mejoría no se verá afectada substancialmente por los efectos negativos de la medida y la burocracia que conlleva.

Una forma apropiada que tiene el Estado de regular y que tiene una alta relevancia en el mercado de prestadores y aseguradores de salud es a través de la información, que permite corregir las asimetrías que se dan entre la oferta y la demanda.

En el caso del mercado de prestadores, una demanda adecuadamente informada puede tomar decisiones más ajustadas a sus reales necesidades y riesgos, por lo que es necesario enfocar la información en función de las necesidades reales de las personas y de la oferta de mercado para satisfacerla.

En el primer caso, la educación a las personas sobre los riesgos, sus factores condicionantes y sobre las conductas adecuadas para disminuirlos, como asimismo la información sobre las posibilidades reales de resolver los problemas de salud, aparece como una acción relevante del Estado para regular por lado de la demanda.

Por el lado de la oferta, el Estado define las condiciones técnicas mínimas bajo las cuales los privados pueden ofrecer servicios de salud a la comunidad y de paso debe controlar el cumplimiento de estas condiciones y sancionar su incumplimiento.

Por sobre este mínimo, también es necesario regular con el objeto de clasificar a los oferentes en función de niveles de calidad, medidos estos últimos, en función de parámetros técnicos objetivos y evaluables. Esta regulación la pueden efectuar organismos independientes que pueden ser públicos o bien privados representativos, los que sobre la base de estándares de general aplicación y conocimiento pueden generar niveles de calidad que sean conocidos por la población fácilmente comprendidos.

Adicionalmente, es necesario la existencia de entidades que permitan certificar las especialidades médicas de entidades que permitan certificar las especialidades médicas de los profesionales con el objeto de que la población disponga de información y antecedentes básicos mínimos sobre tan importante aspecto.

Una vez que se puede tener información aproximada sobre niveles de calidad relativos de la oferta, es necesario también que exista información sobre niveles de precios de los diferentes productos que ofrece el mercado para ello, es necesario que existan los mecanismos legales y de comunicación adecuados para que las personas puedan evaluar diferentes alternativas.

En relación al funcionamiento del mercado de aseguradores, es necesario que la regulación del Estado que abarque los siguientes aspectos:

a) Un marco jurídico básico que regule a las instituciones que aseguran la salud de las personas, con el objeto de salvaguardar la fe pública y la estabilidad de estas empresas en el mercado.

b) Una reglamentación mínima sobre los contratos de salud en que queden claramente establecidos aspectos centrales sobre sus beneficios, precio, condicionantes particulares, aranceles, reajustabilidad, obligaciones de las partes, duración y condiciones básicas para su renovación.

c) Una reglamentación que disponga la información mínima que las instituciones aseguradoras deben entregar a las personas antes de la firma del contrato, durante su vigencia y en la renovación o cambio de sus condiciones.

d) El Estado por su parte, debe a través de organismos especializados entregar información en forma permanente sobre la industria, su crecimiento, su estructura y concentración; pero también sobre algunas variables claves que dicen relación con los contratos de salud. La información debería estar organizada en forma comparativa y ser difundida mediante mecanismos de comunicación efectivos y en forma permanente.

En la actualidad regulación y fiscalización de las empresas de este mercado es realizada y podría seguir siéndolo, por la Superintendencia de ISAPRE. Sin embargo, deben generarse los resguardos necesarios para evitar la tendencia a la sobreregulación y sus efectos negativos sobre la eficiencia del mercado, que es lo que pareciera estar sucediendo en este último tiempo con la Superintendencia y las ISAPRES.

3.- Por último es función indelegable del Estado, en virtud de su rol subsidiario, el regular para asegurar el acceso a las familias que son incapaces de financiar un programa que cubra los riegos de salud. Como ya se mencionó, en la actualidad, el Estado realiza lo anterior subsidiando a los hospitales que le pertenecen.

En el sistema de salud que se está planteando la función ejecutora es llevada a cabo por el sector privado, lo que implica que la infraestructura pública debería idealmente privatizarse, organizándose previamente como sociedades anónimas. Luego, para asegurar el acceso a las personas de menores recursos el Estado debe implementar un subsidio a la demanda, mecanismo que además de eliminar los problemas derivados de un subsidio a la oferta, asegura la libertad de elección, lo que aumenta el bienestar de las personas, objetivo último que se debe buscar, y que constituye el requisito fundamental que asegura el funcionamiento del mercado de manera competitiva. Las condiciones básicas se presentarán en la siguiente sección.

5.2 Establecimiento de un subsidio a la demanda.

Antes de exponer las condiciones básicas para la implementación de un subsidio se revisaran las condiciones que, en términos teóricos, deben tener los subsidios para ser *eficientes desde el punto de vista social:*[45]

a) *Transitorios*, esto es, deben otorgarse exclusivamente mientras dura la condición que dió origen al subsidio;

---

[45] Miranda E. , obra citada en nota 26.

b) *Focalizados*, es decir, deben ser canalizados directamente a las personas calificadas e identificadas como receptoras de subsidios, para evitar que otras usufructúen indebidamente del beneficio;[46]

c) *Eficientes en cuanto a mecanismo redistributivo*, lo que supone que el bienestar percibido por el receptor debe ser mayor que la pérdida de bienestar para el contribuyente. En consecuencia deben ser progresivos, y los mecanismos de administración del subsidio deben ser económicos;

d) *Económicamente factibles*, es decir, deben estar en relación a los recursos limitados de que dispone la Nación. El financiamiento del subsidio no puede afectar el desarrollo de un país, gravándolo, por ejemplo, con impuestos que limiten su crecimiento económico;

e) *Directos*, o sea, deben financiarse con impuestos generales de la Nación y no mediante la transferencia de beneficios homogéneos de los más ricos a los más pobres, al interior del sistema. Como se mencionó en el capítulo anterior, en los subsidios cruzados, la redistribución es sólo parcial y sólo opera entre los que son partícipes del sistema y no en toda la sociedad. Además, se producen fuertes desincentivos que inducen a los más ricos a abandonar el sistema o evadir el pago de cotizaciones. Conviene señalar en este punto, que precisamente esta circunstancia o característica hace inaplicable la proposición de subsidiar la salud estatal con recursos del sistema ISAPRE como lo han indicado insistentemente personas que desconocen las implicancias económicas del tema.

5.2.1 Condiciones básicas para la implementación de un subsidio de atención médica

Las condiciones básicas de un subsidio para atención médica, que cumplen con las condiciones de eficiencia general de los subsidios mencionadas anteriormente serían:

---

[46] Un ejemplo clásico de subsidio mal focalizado es el de la salud estatal. Según se señala en un estudio: " En este sentido, el subsidio a la oferta no permite un control adecuado, ya que la mayoría de los establecimientos de salud (hospitales públicos) atienden a una población heterogénea en cuanto a ingresos". Véase Ilades / Georgetown University "Los Sistemas de Seguros de Salud"- TASC N° 15. Santiago: Ilades / Georgetown 1991.

1-. Beneficiarios. Podrían optar al subsidio las personas indigentes y los cotizantes que se inscriban en el plan de salud básico. Todas las personas tendrían la libertad de elegir la institución administradora de sus recursos. Estarían obligados a permanecer por lo menos un año en la administradora elegida, período después del cual podrán cambiarse en cualquier momento.

2-. Monto del subsidio. El subsidio máximo que se otorgue correspondería al costo del plan de salud básico per cápita, que ofrezcan las entidades encargadas de administrar los planes de salud.

Este plan de salud debería corresponder, al inicio del nuevo sistema, al plan que actualmente ofrece el sistema institucional público, destinado a las personas indigentes. En este plan mínimo no se le exige al usuario ningún aporte, es decir no considera ni copago ni prima para los indigentes. En este plan no podrían haber rechazos, ni cobros adicionales, es decir toda persona que quisiera inscribirse en ellos debería ser aceptado.

El usuario que cotiza y elige el plan de salud básico, tendría derecho a un subsidio igual al subsidio máximo menos su cotización legal obligatoria.

Para justificar que el subsidio sólo se de al plan de salud básico[47] y no a planes de costo mayor, se considera el "Enfoque de las Necesidades Básicas", que ha sido ampliamente estudiado y en parte desarrollado por Harberger[48].

Según este enfoque, en las sociedades existe un alto grado de altruismo genuino, que se verifica con la existencia de instituciones de caridad voluntarias. Por lo tanto la gente, generalmente, esta de acuerdo en que determinados fondos públicos se usen para ayudar a los más pobres de la sociedad. Sin embargo, los contribuyentes no son, en general, indiferentes acerca del uso de estos fondos para subvencionar actividades o personas que en su opinión no "merecen" cierta transferencia.

---

[47] Una propuesta hecha por Cifuentes plantea un subsidio a un plan básico y a planes de costo mayor, que por ejemplo cuesten el doble del plan básico. Para más detalles ver Cifuentes M. " Una Reforma al Sistema de Salud Estatal"- Las tareas de hoy. Santiago: Instituto Libertad y Desarrollo, 1994.

[48] Harberger A., "Basic Needs Versus Distributional Weights in Social - Cost Benefits Analisis"- Economic Development and Cultural Change, 1984.

Por ejemplo casi todos los miembros de una sociedad probablemente asignarán un valor muy alto a proporcionar sustento a quienes de otra manera padecerían hambre. Pero serían pocos los que tendrían una actitud altruista si se tratara de mejorar la dieta de una persona que ya hubiera alcanzado el 90% del nivel deseado de nutrición, y ellos probablemente le asignarían un valor menor a esa mejora. Por otra parte, los contribuyentes desean que se subvencionen actividades como la anterior y no artículos suntuarios o frivolidades.

Es decir del enfoque de las "necesidades básicas" se desprenden tres aspectos centrales en cuanto a subsidios. El primero es que se asignará un valor social mayor al aumento de consumo inducido por el subsidio por parte de los muy pobres, que a los aumentos del consumo correspondientes a los grupos de ingresos más altos. El segundo es que el beneficio social de cada aumento igual y sucesivo del subsidio es forzosamente menor que el del aumento precedente. Finalmente en este se enfoque sugiere que es preferible que los subsidios sean en especies o servicios y no en dinero, para así asegurar que los fondos públicos se usen en las actividades que los contribuyentes desean.

De lo anterior se deriva que el papel natural de la política pública en lo que se refiere a la satisfacción de las "necesidades básicas" es el de ayudar a lograr un mínimo de satisfacción determinado para el cual se puede hallar un amplio consenso. El suministro por encima de ese mínimo, en los casos en que exista relativamente poco consenso en cuanto a las condiciones y cantidades pertinentes, es algo que parece corresponder más a la caridad privada.

No es difícil darse cuenta de que la idea de subsidiar solamente a las personas que opten por el plan básico de salud es compatible con el enfoque de "necesidades básicas", ya que el Estado ayuda a cubrir sólo lo que se considera un mínimo en atención médica y no subsidia a personas que de acuerdo a sus preferencias reveladas elijan planes de costo (y calidad) mayor. Lo anterior además tiene dos ventajas adicionales. La primera es que los programas de alcance demasiado amplio pueden traducirse fácilmente en un excesivo desperdicio de recursos, no así el que se postula. La segunda dice relación con la menor burocracia en la administración que conlleva un subsidio solo al plan básico.

Por su parte, el plan básico a que accederían los indigentes sería mejor al actualmente ofrecido por el sistema institucional, en primer lugar, debido a la mejor administración de los recursos en el área privada y, en segundo lugar, debido al aumento progresivo del subsidio máximo otorgado por el Estado. Este aumento del subsidio per cápita sería posible gracias al ahorro de recursos liberados al fomentar el aporte personal, que permite disminuir el subsidio estatal para los que tienen más recursos.

3.- Administración. Los subsidios serían administrados por las ISAPRES y por el FONASA en un principio. Este último organismo actuaría como una ISAPRE estatal para aquellos que no quieran incorporarse al sistema privado o para los que no ingresen a este sistema por algún otro motivo, quedando por defecto al interior del sistema estatal. Sin embargo, a diferencia de las ISAPRES el FONASA sólo podría ofrecer básico de salud, ya sea para indigentes o cotizantes.

Un requisito fundamental para que los beneficiarios de ISAPRES con planes con copago no usen el sistema estatal en caso de que éstos sean altos, es que el FONASA identifique a todos sus beneficiarios en una base de datos de acuerdo a su RUT. Esto permitiría que aquellas personas que opten por una ISAPRE queden automáticamente eliminadas del FONASA.

Las ISAPRES que opten por ofrecer el plan básico de salud competirán entre sí y con el FONASA por atraer beneficiarios, estimándose que por la mejor administración de los privados, el FONASA tendería a desaparecer por falta de quórum.

En general las funciones de las ISAPRES que ofrezcan el plan básico de salud y del FONASA serían:

- Recibir la cotización legal de las personas que libremente se inscriban en ellas y los subsidios, correspondiente a los beneficiarios cotizantes y a los indigentes.

- En el plan de salud básico deberían estipular la forma y el lugar donde se realizaría la atención de menor complejidad y el establecimiento donde sería derivado el beneficiario para situaciones de mayor complejidad técnica. El precio de este plan sería igual al subsidio estatal máximo por persona y su monto tendría el carácter de prima de seguro. Este plan básico sería financiado, en el caso de las personas indigentes o no cotizantes, por el 100% del subsidio estatal y, en el caso de los cotizantes, por la cotización obligatoria y por el subsidio estatal (diferencia entre el precio del plan y la cotización).

- Podrían administrar los recursos, ejecutar prestaciones de salud y realizar convenios con otras entidades ejecutoras de servicios de servicios, a las cuales podría traspasar parte del subsidio o cotización (prima), de acuerdo a convenios que realicen libremente.

Las funciones de administración de recursos, atención ambulatoria y atención cerrada o de alta tecnología, podrían ser realizadas por una institución o separarse de acuerdo a la conveniencia de cada una de estas.

Tanto las ISAPRES como el FONASA serían responsables del cumplimiento del plan pactado con el beneficiario; por esta razón, cuando contrataran la ejecución con consultorios o con hospitales ejercería además la función contralora.

4.- Financiamiento El monto máximo que el Fisco podría destinar a subsidios se calcularía de la siguiente manera (con cifras del presupuesto de 1996): Aporte fiscal dirigido a los servicios de salud $295.198 mill.- 10% Fapem Municipal $5.917 mill. (destinado principalmente a programas de prevención como las vacunas) - Programa Nacional de Alimentación Complementaria $26.408 mill. (que al igual que lo anterior genera externalidades por lo que corresponde su financiamiento al Estado) + Aporte fiscal para inversión $37.670 mill. = $ 300.543 mill.

Luego para calcular el subsidio máximo por beneficiario, habría que estimar el número aproximado de población beneficiaria por tramos de ingreso de la Encuesta CASEN.

Sin embargo, se puede decir que el costo aproximado del plan básico para un beneficiario (que es igual al monto del subsidio máximo por beneficiario) sería de $5.500 por mes. Esto se deriva del hecho de que, actualmente, la ISAPRE Cruz Blanca tiene (en forma excepcional) convenios con los hospitales José Joaquin Aguirre, Parroquial de San Bernardo y Del Profesor. Mediante éstos los hospitales le pueden vender servicios a la ISAPRE, y ésta a su vez, ofrece distintos planes a las personas.

Uno de estos planes es el "Institucional 80 /100" en el Hospital José Joaquín Aguirre. Este plan cubre el 80% de los gastos de atención ambulatoria y el 100% de los gastos de hospitalización en que incurre una persona, sin tope en el valor máximo de cobertura.

El costo de este plan para una persona es de $4.900 por mes, sea ésta, mujer o hombre y sea cual sea su edad, es decir, no discrimina ni por sexo ni por edad en su costo.

De acuerdo a lo anterior un plan que cubriera un 100% tanto en hospitalización como en atención ambulatoria costaría aproximadamente $5.500 por mes, o sea, $66.000 al año.

Si se considera que el monto máximo que podría destinar el Fisco a subsidios sería de $300.543 mill. y el costo anual por beneficiario es de $ 66.000 el plan podría cubrir a 4.553.681 millones de personas ($300.543 mill. / $66.000).

El calculo precedente muestra que, con los recursos destinados para el año 1996 al sistema de salud público, se podría implementar en forma relativamente holgada el plan básico de salud. Esto porque según la encuesta CASEN[49] del año 1994 la suma de pobres indigentes y pobres no indigentes alcanzaba a esa fecha a 3.916.474 personas, en circunstancias de que el plan podría cubrir a 4.553.681.

---

[49] MIDEPLAN, Encuesta CASEN año 1994. Santiago: MIDEPLAN, 1995.

5.- Fiscalización. La fiscalización del sistema podría competer a la superintendencia de ISAPRES. Para tales efectos cada ISAPRE deberá rendir cuenta detallada al Estado de los montos que cobre mensualmente, mediante un listado con la identificación de las personas subsidiadas ya sea en forma total o parcial. El sistema sería similar a como opera en la actualidad el giro de los fondos (desde la cuenta corriente fiscal) correspondientes a los subsidios maternales del Fondo Único de Prestaciones Familiares. En el caso de los indigentes no existiría problema para su identificación ya que se cuenta con la información disponible. Para los trabajadores dependientes que opten por el plan básico de salud, el empleador descontaría su cotización legal por planilla, enviándola a la ISAPRE que este elija.

Donde sí habría problema sería en el cálculo del subsidio a los trabajadores independientes que opten por el plan básico de salud. En este caso no se puede determinar la renta efectiva que sirve para calcular el monto del subsidio. Una alternativa en este caso que podría servir para acreditar los ingresos sería, por ejemplo, la declaración de rentas efectuada ante el Servicio de Impuestos Internos.

Empero, el anterior no es un problema mayor, ya que las personas que teniendo ingresos se hagan pasar por indigentes para no efectuar aportes, como máximo podrán optar al plan básico de salud. Esto significa que si éstos desean planes de mayor calidad necesariamente deberán cotizar.

Lo anterior implica que en el sistema que se plantea existen los incentivos adecuados para que las personas aporten sus recursos propios a la atención médica. Cabe destacar, como se mencionó anteriormente, que éstos no existen en actual sistema de salud estatal.

Por otra parte como en un principio el FONASA actuaría como una ISAPRE estatal, calcularía por si mismo los fondos necesarios para subsidios.

5.2.2 El plan básico de salud

Anteriormente se mencionó que al inicio del nuevo sistema el plan básico de salud debería corresponder al plan que actualmente ofrece el sistema institucional público destinado a personas

indigentes, esto es, considerando todas las **prestaciones** incluídas en el Arancel del Régimen de prestaciones del FONASA en el nivel 1. Un plan definido de la forma anterior sería un plan definido de acuerdo a *inputs*, o sea, de acuerdo a los insumos (prestaciones) necesarios para el tratamiento de una determinada patología. El problema de un plan básico definido de la manera anterior es que no permite distinguir entre la atención más o menos esencial, ya que considera todas las prestaciones sin un determinado racionamiento, lo que lleva a una mala asignación de recursos en el sistema. Esto, según el Banco Mundial[50], es una de las principales fallas de los gobiernos en materia de salud. En otras palabras los gobiernos tratan de dar de todo a todo el mundo, sin considerar si las prestaciones son eficaces en función de los costos.

Es por lo anterior, que ese organismo recomienda a los países que desarrollen un proceso de **priorización** explícito, que considere el concepto de **costo - efectividad**. Según el concepto de costo - efectividad, la "importancia" de proveer una **acción de salud** (entendida como el conjunto de **prestaciones** necesarias para tratar una determinada patología) no sólo depende del resultado esperado (en la esperanza y calidad de vida), sino también del **costo** de proveerla y del número de pacientes que se benefician de él.

Así todo lo demás constante, acciones de salud que ofrecen un menor beneficio neto en términos de calidad de vida, esperanza de vida, o ambos deberían ser menos valorados que acciones que ofrezcan mayores beneficios. De dos tratamientos que ofrecen un año de vida adicional, se debe priorizar el que ofrezca mayores beneficios en términos de calidad de vida.

De acuerdo a lo anterior, se estima que en el mediano o largo plazo el plan de salud básico podría ser diseñado de acuerdo a una metodología de priorización. Lo anterior lleva a que el plan necesariamente esté definido en términos de *outputs* o acciones de salud. Es decir:

output *o* acción de salud para curar una patología = *f* (***inputs*** o prestaciones de salud)

[50] Banco Mundial," Invirtiendo en Salud"- Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993. Washington D.C. : Banco Mundial, 1993.

Por ejemplo: Tratamiento de un caso de cólera $= f$ (consulta médica, días - cama, aplicación de suero, etc.).

Para Aedo[51] existen ventajas y desventajas al formular un plan básico mediante un proceso de priorización. Las principal ventaja de la priorización, es que permite la definición de un cuidado de salud básico, y por ende permite reducir la provisión de servicios que son médico y económicamente ineficientes.

En segundo, permite a la profesión médica reexaminar sus prácticas profesionales no tan sólo para decidir sobre que acciones de salud entregar a un individuo en particular sino también para optar por lo que beneficia a muchos por sobre lo que beneficia a pocos.

En otras palabras introduce la preocupación sobre qué estándar de salud se debe proveer a un individuo determinado cuando existen muchos otros que no pueden acceder al sistema.

Finalmente el plan básico así formulado permite generar información que los consumidores prestadores de servicios y aseguradores como para juzgar la efectividad de procedimientos o tratamientos.

Para discutir las desventajas es necesario realizar el análisis no en relación a una situación ideal en la atención médica, sino que en relación a la situación actual existente en Chile, o sea, reconociendo que hoy día en el país sí existe una *racionalización implícita* de los recursos en el sector público de salud, la cual se refleja en las colas de acceso, en los problemas de acceso a la atención de salud de ciertos grupos de individuos, en la escasez de fármacos, etc.

---

[51] Aedo C. , "Priorización en la Atención Medica: Canastas Básicas"- Revista Administración en Salud Nº 24. Santiago: Universidad de Chile, 1994.

Se estima que la racionalización debe ser explícita, basada en un proceso objetivo de priorización, que incorpore elementos técnicos y que asegure que individuos con las mismas características y necesidades de salud sean atendidos de manera similar.

El primer problema de un plan de salud básico basado en un proceso de priorización es lo dificil que resulta su definición.

Un segundo aspecto a considerar en un plan básico de salud que se defina de esta forma es que abre una serie de interrogantes: ¿sería constitucional que un médico no provea los servicios que no están cubiertos por un plan básico?, ¿es ético para el médico no hacerlo?, ¿dónde se pone el límite entre la responsabilidad que tiene el personal médico por la mejoría de un paciente y las limitaciones que le impone la lista priorizada?.

Finalmente, existe el problema de cómo aislar una canasta básica de la presión, tanto política como social, que a través del tiempo se irá gestando para incorporar acciones de salud de poco costo - efectividad que no estaban considerados en ella.

Finalmente se debe señalar que planes de salud básico como el anterior están siendo desarrollados en México y Colombia en el momento en que se realiza este trabajo, por lo que su experiencia podría ser usada para el caso de Chile.

Por otra parte se señaló que en el plan básico no existirían rechazos. Luego para que esto fuera viable se deberían considerar distintos aspectos. Estos se refieren a los problemas que presentan las ISAPRES, cuyo análisis se hizo en el capítulo anterior.

En primer lugar se señaló que a menudo la ISAPRES cubren insuficientemente enfermedades catastróficas y además pueden rechazar el ingreso de pacientes que presenten enfermedades crónicas. Se señaló como uno de los motivos de éstas anomalía el que muchos afilados de menores recursos utilizan la modalidad institucional del FONASA en caso de problemas médicos agudos. De este

modo, el sistema ISAPRE no parecería viable sin un FONASA que actúe como asegurador último en estos casos.

Luego en un sistema de salud privado con un subsidio a la demanda a las personas de menores ingresos, el plan de salud básico debería considerar estas enfermedades. Aunque algunas alternativas de solución fueron revisadas en el capítulo anterior, se estima que la mejor solución para este problema es la siguiente: Destinar una cantidad especial de recursos para distribuir como subsidio compensatorio adicional, destinado a personas que sufren enfermedades crónicas y a las que en el futuro puedan sufrir enfermedades catastróficas. Los usuarios podrían optar a este subsidio siempre que se adscribieran al plan básico (de mínimo precio).

Un segundo aspecto que se debe considerar es la población mayor. En este momento las ISAPRES no venden planes de salud a mayores de 60 años, y además pueden subir el precio del plan de salud a los individuos que envejecen en éstas (por sus mayores gastos en salud), lo que ha provocado que en la práctica sea el sector público el que mayoritariamente atienda las necesidades de la población con el consecuente mayor desembolso estatal.

La solución a este problema en un sistema privado, es distinta en el corto y en largo plazo. Para el primer caso se debe entregar un subsidio compensatorio adicional a los adultos mayores de escasos recursos de tal manera que ingresen al plan básico de salud.

Empero, no se considera dar un subsidio directo a la vejez como solución de largo plazo, por tres razones fundamentales: 1) Premiaría a los individuos poco previsores; 2) Pondría mayor presión sobre las finanzas públicas 3) Surgirían incentivos para que otros grupos de individuos presionaran a la autoridad a objeto de recibir también subsidios.

Como alternativa se sugiere la creación de un fondo obligatorio para la salud en la tercera edad. Este fondo se formaría por la vía de aumentar la cotización previsional por sobre el 10% actual, agregándose a la Cuenta de Ahorro Individual que administran las AFP y que estarían exentas de impuestos. Lo anterior se puede hacer por la vía de reducir los ingresos presentes del individuo o

reduciendo la actual cotización de salud de 7% y destinando la diferencia al fondo mencionado. Este fondo se retiraría mensualmente de los fondos previsionales en cualquiera de sus modalidades (retiro programado y/o rentas vitalicias) y no sería obligatorio destinarlo a financiar gasto en salud.[52] De esta forma el individuo dispondrá de mayores recursos en el futuro que le permitirán financiar los mayores gastos en salud característicos de las personas de mayor edad.

Un tercer aspecto a considerar son las carencias. Como se mencionó en el capítulo anterior en la nueva ley de ISAPRES se eliminan todos los períodos de carencias, con exepción de los gastos de parto para el que se contempla una cobertura parcial de acuerdo al tiempo de embarazo. Se estima que el plan básico de salud debería tener cobertura total en estos casos.

Por último, el plan de salud básico que se plantea debería considerar subsidio por incapacidad laboral (obviamente sólo a aquellas personas inscritas en el plan básico de salud que sean cotizantes).

En general este plan estaría destinado a los indigentes y a las familias que son rechazadas por las instituciones en los planes de precio mayor, a pesar de cotizar (familias en que la cotización per cápita es muy baja en relación a su riesgo de salud).

El gráfico N° 5.1 muestra como se aplicaría el subsidio al plan básico de salud. En el caso de que fuera una persona no cotizante (indigente) el subsidio cubriría el costo total del plan básico para una persona. Si esta persona tiene cargas el monto del subsidio sería mayor.

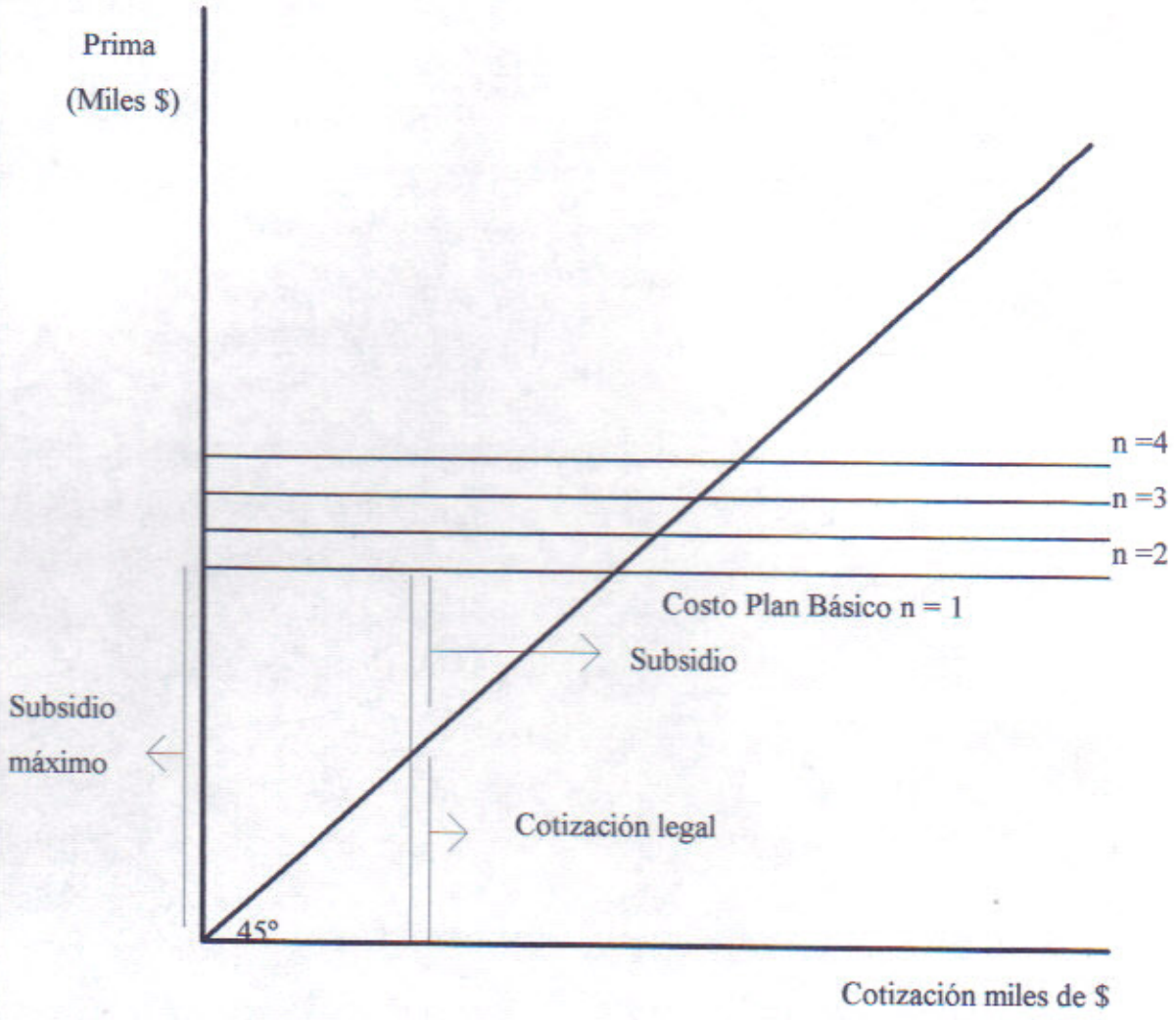
Para el caso de un individuo cotizante que quiera acceder al plan básico de salud el monto del subsidio corresponderá a la diferencia entre el costo del plan básico y su cotización.

---

[52] Bajo esta perspectiva esto es equivalente a un aumento en la cotización para la vejez . Sin embargo, el hecho que se obligue a formar una cuenta para salud en la vejez, calculada para satisfacer estas necesidades, la hace conceptualmente diferente.

GRAFICO N° 5.1

SUBSIDIO MAXIMO Y SUBSIDIO PARCIAL



5.3 La privatización de la infraestructura pública y municipal.

Tal como se dijo la infraestructura pública y municipal debería idealmente privatizarse, organizándose previamente como sociedades anónimas.

Sin embargo, debido alto valor económico que tienen los hospitales (que se pueden considerar, en general, grandes empresas), la venta de éstos podría ser difícil. Por lo tanto podría ser recomendable que en una primera etapa se realicen convenios de concesión de dicha infraestructura, mediante los cuales se mantendría la propiedad de los establecimientos en el sector público lográndose una administración privada, donde el riesgo del negocio sería asumido por la entidad privada que lograra la licitación en una licitación pública y que, a su vez, trabajaría bajo las reglas de la actividad privada chilena. Las concesiones podrían durar diez años y ser renovables.

El problema que tendría entregar en concesión sería que existiría un desincentivo a la inversión, por lo que en esta primera etapa el Estado se podría hacer cargo de ésta con los recursos que obtenga de la concesión.

La concesionaria de establecimientos públicos podría ser cualquier institución que ofrezca garantías. Empero, sería importante incentivar a los médicos a ser los concesionarios, para así disminuir la reticencia que éstos presentan frente a la privatización de los establecimientos. También podrían ser concesionarias las ISAPRES.

En esta primera etapa, como se mencionó con anterioridad, el FONASA actuaría como una ISAPRE estatal, por lo que al igual que éstas podría mantener la propiedad y administración de una red mínima de hospitales y consultorios. Por ejemplo un hospital por cada ciudad que se considere grande y un determinado número de consultorios.

Los hospitales y consultorios de especialidades, constituídos en empresas privadas o concesionarias de establecimientos competirían entre sí y con el resto de los establecimientos

privados, recibiendo ingresos por las prestaciones que otorguen a particulares e ISAPRES. Para ello, podrían realizar convenios cerrados, recibiendo parte de la prima de una población determinada y cobrando, además, una cantidad variable en relación a las prestaciones realizadas.

En este capítulo se describió cómo debería funcionar un sistema de salud privado, que a juicio del autor, es la mejor alternativa para resolver los problemas de este sector. En la primera sección se planteó el papel que debería asumir el Estado en un sistema de salud privado. En la segunda se describió la forma en que se debería implementar un subsidio a la demanda, y finalmente en la tercera se abordó la privatización de la infraestructura pública y municipal.

CAPITULO 6: Conclusiones.

A pesar de que se puede decir que Chile presenta excelentes resultados a nivel de los indicadores clásicos de *status* de salud, existe consenso de que la atención de salud es uno de los grandes problemas que enfrenta actualmente nuestro país.

Para el autor, la alternativa de incorporar decididamente al sector privado al área de la salud es la mejor solución para enfrentar los problemas del subsistema público de salud. Sin embargo, lo anterior se debe hacer teniendo en cuenta los problemas y posibles soluciones del subsistema privado de salud, para que así esta alternativa sea realmente viable.

El contar con los incentivos adecuados para actuar eficientemente es el principal argumento que sustenta un sistema de salud privado. Esto al contrario de lo que sucede en el sector público, en que la responsabilidad de las decisiones y acciones se diluye y las consecuencias y resultados, también, no existiendo, por lo tanto, este incentivo para actuar más eficientemente.

En el sistema de salud que se propone el Estado solo llevaría cabo la función *rectora, normativa y reguladora*, dejando las funciones *financiera y ejecutora* al sector privado. (Con la excepción del FONASA que, en una primera etapa, actuaría como una ISAPRE estatal).

Como se propone que el sector privado sea el que realice la función ejecutora en este nuevo sistema, en una primera etapa se deberían realizar convenios de concesión con los establecimientos públicos y municipales. Luego éstos, idealmente, se deberían privatizar.

En cuanto a la función rectora, normativa y reguladora, se pueden identificar tres aspectos que interesan a la comunidad que el Estado regule. En primer lugar las acciones de salud que son bienes públicos y las que tienen una externalidad positiva o negativa. En segundo lugar, el Estado debe regular para corregir imperfecciones que se dan en algunos mercados de la salud. Por último es

función indelegable del Estado, en virtud de su rol subsidiario, el regular para asegurar el acceso a las familias que son incapaces de financiar un programa que cubra los riesgos de salud.

Para lograr lo anterior, el Estado debe implementar un subsidio a la demanda, mecanismo que además de eliminar los problemas derivados de un subsidio a la oferta, asegura la libertad de elección, lo que aumenta el bienestar de las personas, objetivo último que se debe buscar, y que constituye el requisito fundamental que asegura el funcionamiento del mercado de manera competitiva.

El subsidio sólo se aplicaría a un plan básico de salud, que al inicio del nuevo sistema correspondería al plan que ofrece actualmente el sistema institucional público. En una segunda etapa se propone que este plan sea diseñado de acuerdo a una metodología de priorización.

La idea de entregar un subsidio sólo a un plan básico de salud y no a planes de costos mayores es compatible con el enfoque de las "necesidades básicas", lo que trae consigo, a lo menos, tres ventajas. La primera es asegurarse de que la mayoría de los contribuyentes estarán de acuerdo con la idea de que ciertos fondos públicos se usen para financiar el plan básico de salud. La segunda es que no se desperdiciarían recursos, cosa que suele suceder en programas de alcance más amplio. Finalmente el subsidio sólo a un tipo de plan reduce la burocracia.

BIBLIOGRAFIA

- Aedo, Cristián, "Priorización en la Atención en Salud: Canastas Básicas"- Revista Administración en Salud N° 24. Santiago: Universidad de Chile, 1994.

- Aedo, Cristián, "Financiamiento de la Salud: Proposiciones de Reforma"- La Salud en siglo XXI Cambios Necesarios. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1995.

- Aedo, Cristián, "Sector Salud en Chile: Un gran Desafio"- Chile hacia el 2000. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1994.

- Aedo, Cristián y Larrañaga, Osvaldo, "El sector Salud"- Serie de Investigación I-70. Santiago: Ilades / Georgetown University, 1993.

- Asociación de Isapres, Informe anual 1994. Santiago: Asociación de ISAPRES, 1995.

- Banco Mundial, "Envejecimiento sin Crisis"- Informe del Banco Mundial sobre Investigaciones Relativas a Políticas de Desarrollo Resumen. Washington D.C. : Banco Mundial, 1994.

- Banco Mundial, "Invertir en Salud"- Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Washington D.C. : Banco Mundial, 1993.

- Banco Central de Chile, Boletín Mensual N° 809. Santiago: Banco Central de Chile, Julio 1995.

- Caviedes, Rafael, "Subsidios a la Demanda en Salud: Una Alternativa Viable". Revista de Estudios Públicos N° 54. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1994.

- Cochrane, John, "Time - Consistent Health Insurance"- Journal of Political Economy vol. 103 N° 3. Chicago: The University of Chicago, 1995.

- Cifuentes, Mercedes, "Una Reforma al Sistema de Salud Estatal"- Las Tareas de Hoy. Santiago: Instituto Libertad y Desarrollo, 1995.

- Cifuentes, Mercedes, "Propuesta Sistema de Salud: Instituto Libertad y Desarrollo"- Revista Administración en Salud N°24. Santiago: Universidad de Chile, 1994.

- El Mercurio: Artículos publicados entre Octubre y Diciembre de 1995.

- Fischer, Ronald, "ISAPRES: Problemas del Sistema"- Boletín Economía y Gestión. Santiago: Ingeniería Industrial Universidad de Chile, 1995.

- FONASA, Memoria de Gestión 1990 - 1993. Santiago: Departamento de Relaciones Publicas del FONASA, 1994.

- FONASA, Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud. Santiago: FONASA, 1995.

- Gallegillos, Sylvia y Oyarso, César, "Marco Conceptual y Plan Estratégico de la Reforma del Fondo Nacional de Salud"- Revista Administración en Salud Nº 27. Santiago: Universidad de Chile, 1995.

- Gallegillos, Sylvia y Sierralta, María Isabel "Evaluación del FAP Como Método de Reembolso a los Hospitales Públicos en Chile"- Revista de Estudios Públicos Nº 43. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1991.

- Harberger, Arnold, "Basic Needs Versus Distributional Weights in Social Cost - Benefits Analysis"- Economic Development and Cultural Change. 1984.

- Ilades / Georgetown University, "Los Sistemas de Seguros de Salud"- TASC Nº 15. Santiago: Ilades / Georgetown University, 1995.

- Inostrosa, Enrique, "La Batalla que Viene"- Revista Ercilla. Santiago: Ercilla, 1995.

- Instituto Nacional de Estadísticas, Compendio Estadístico 1995. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas, 1995.

- Instituto Libertad y Desarrollo, "Salud y Educación: Reedición de Conflictos"- Temas Públicos Nº 164. Santiago: Instituto Libertad y Desarrollo, 1993.

- Instituto Libertad y Desarrollo, "Eficiencia en Salud: Un objetivo de Todos"- Temas Públicos Nº 207. Santiago: Instituto Libertad y Desarrollo, 1994.

- Instituto Libertad y Desarrollo, "Otro Paro de Médicos"- Temas Públicos Nº 234. Santiago: Instituto Libertad y Desarrollo, 1995.

- Instituto Libertad y Desarrollo, "Salud: ¿Soluciones o Cogobierno?"- Temas Públicos Nº 250. Santiago: Instituto Libertad y Desarrollo, 1995.

- Instituto Libertad y Desarrollo, "Campaña contra el Sistema Privado de Salud"- Temas Públicos Nº 263. Santiago: Instituto Libertad y Desarrollo, 1995.

- Jara, Osvaldo y Carikëo, Jorge, "Modernización del Sistema de Abastecimiento del Sector Público de Salud"- Revista Administración en Salud Nº 24. Santiago: Universidad de Chile, 1994.

- MIDEPLAN, Encuesta CASEN año 1994. Santiago: MIDEPLAN, 1995

- Ministerio de Hacienda, Ley de Presupuestos años 1995 y 1996. Santiago: Ministerio de Hacienda, 1994 y 1995.

- Ministerio de Salud, "Situación de la Salud en Chile 1995" - Tarjeta de Presentación. Santiago: Ministerio de Salud, 1995.

- Ministerio de Salud, OPS / OMS, "Situación y Atención de Salud en Chile". Santiago: Ministerio de Salud, 1993.

- Miranda, Ernesto, "Salud para todos: Subsidio a la Oferta o Subsidio a la Demanda"- Revista Administración en Salud Nº 14. Santiago: Universidad de Chile, 1991.

- Miranda, Ernesto, "Desarrollo y perspectivas del Sistema ISAPRES"- Revista Administración en Salud Nº6. Santiago: Universidad de Chile, 1989.

- Miranda, Ernesto, "Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno"- Revista de Estudios Públicos Nº 39. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1990.

- Miranda, Ernesto, "Cobertura, Eficiencia y Equidad en el Área de Salud en América Latina: Problemas y Propuestas de Solución"- Revista de Estudios Públicos Nº 46. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1992.

- Oyarzo, César, " La Mezcla Público - Privada: Una Reforma Pendiente en el Sector Salud"- Revista de Estudios Públicos Nº 55. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1994.

- Quesney, Francisco, "El Sector Privado en Salud"- La Salud en el Siglo XXI Cambios Necesarios. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1995.

- Sánchez, Héctor, "¿La Regulación de los Sistemas de Salud es Necesaria?- Revista Administración en Salud Nº 21. Santiago: Universidad de Chile, 1993.

- Sánchez, Héctor, "La Interacción Público Privada en Salud Perjudica a los más Pobres: Un Mito"- Revista Administración en Salud Nº 25. Santiago: Universidad de Chile, 1994.

- Superintendencia de ISAPRE, Series Estadísticas Anuales Sistema ISAPRE 1981- 1994 (1995) y Estadísticas Enero - Junio 1995 (1995). Santiago: Superintendencia de ISAPRE.

- Superintendencia de ISAPRE, "Sistema de Salud Privado en Chile. Obligaciones, Derechos y Responsabilidades de las ISAPRES y sus Beneficiarios. Santiago: Superintendencia de ISAPRE, 1993.

- Universidad Gabriela Mistral, "El Sistema de Salud: ISAPRES"- La gestión Privada en la Seguridad Social. Santiago: Universidad Gabriela Mistral, 1985.