

Ricardo Ffrench-Davis y Barbara Stallings  
Editores

# Reformas, crecimiento y políticas sociales en Chile desde 1973

CIENCIAS SOCIALES



CEPAL

## CAPÍTULO 8

# Las reformas al sistema de salud: desafíos pendientes

Daniel Titelman\*

### Introducción

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

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

En el ámbito del financiamiento, la función de reaseguro que realiza el FONASA respecto a las ISAPRE ha implicado una serie de subsidios implícitos desde el sector público hacia el privado. A nivel de los proveedores, la segmentación de la oferta de servicios de salud ha

---

\* El autor agradece los valiosos comentarios de Jorge Jiménez de la Jara, Andras Uthoff B., Ricardo Ffrench-Davis, y Giorgio Solimano. Además agradezco a Rodrigo Morales por su eficiente apoyo estadístico.

generado incentivos incorrectos para el desarrollo de las instituciones prestadoras. Esta segmentación ha dado origen a una inadecuada asignación de recursos entre los sectores privado y público.

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

## 1. Antecedentes

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

La población beneficiaria del SERMENA eran los empleados activos o pasivos (y sus cargas) afiliados a las distintas cajas de previsión públicas y privadas. Este financiaba las actividades de medicina preventiva y las acciones de recuperación y rehabilitación de la salud de sus afiliados. Estas últimas se desarrollaban en los establecimientos del SNS o a través de proveedores privados mediante la modalidad de libre elección creada en 1968. Esta permitía para la atención

ambulatoria, la libre elección de profesionales de la salud inscritos en el colegio profesional correspondiente. En este caso, el beneficiario debía realizar un copago por parte del valor de la prestación. Para la atención intrahospitalaria, existían convenios entre el SERMENA, el SNS, y clínicas e instituciones asistenciales privadas.

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

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

Ambos sistemas cubrían aproximadamente un 90% de la población, abarcando prácticamente a la totalidad de los trabajadores activos y pensionados y sus familias. Respecto a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, el sistema de salud chileno contaba (y aún cuenta) con Mutuales de Seguridad, entidades privadas sin fines de lucro creadas en 1958. Estas entidades fueron autorizadas para captar fondos y administrar un mecanismo de atención integral para los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. La afiliación a las Mutuales de Seguridad era voluntaria y pasó a ser obligatoria a

---

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

partir de 1967, financiándose mediante aportes previsionales de los empleadores con un mínimo de 0.8% de la renta imponible y adicionales por riesgo. Son ellas mismas las administradoras del financiamiento y entregan las prestaciones principalmente a través de infraestructura propia.

## 2. Reformas a partir de los ochenta

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

El Decreto Ley N° 2 763 de 1979 fusiona el SNS con el SERMENA, creando el Fondo Nacional de Salud, institución financiera destinada a recaudar, administrar y distribuir los recursos estatales destinados a salud, el SNSS, el Instituto de Salud Pública de Chile, y la Central de Abastecimiento del SNSS. Esta reestructuración genera un importante proceso de descentralización financiera y administrativa en las prestaciones de salud, al crear 27 servicios de salud de distinta complejidad a lo largo del país. Esta tendencia a la descentralización se ve reforzada por el proceso de municipalización de la atención primaria.

Esta reestructuración buscaba aumentar la eficiencia y eficacia en la gestión de los recursos, radicando la responsabilidad del diseño de la política de salud en el Ministerio de Salud, la gestión del financiamiento en el FONASA, y la administración y ejecución de los servicios de salud en el SNSS .<sup>2</sup>

---

2 Cabe señalar que la idea de unificar los servicios de salud para racionalizar y mejorar la gestión de los recursos destinados al sector, estuvo presente en las gestiones de los gobiernos democráticos entre 1964 y 1973. La administración Frei (1964-70) creó el Consejo Nacional Consultivo de Salud, con la misión de implementar el Sistema Nacional de Salud. El gobierno de Allende (1970-73) propuso el establecimiento de un Servicio Único de Salud mediante convenios entre el SERMENA y el SNS, buscando reducir el costo de atención para el paciente y aumentar los ingresos del SNS.

Coherentemente con el proceso de reforma previsual iniciado en Chile en 1980, en relación a los fondos de pensiones, en febrero de 1981 se dictó el Decreto Ley 3 626 que permite la participación del sector privado en la administración del financiamiento y en el desarrollo de sistemas privados de atención médica.

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

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

Finalmente, en 1985 se dictó el Decreto Ley 18 469 el cual rige el sistema de prestaciones de salud. La ley rige para todos los trabajadores independientemente de su condición laboral o del régimen previsual al que se hallen adscritos, y para las personas indigentes o sin capacidad de pago.

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

Son beneficiarios del subsistema público, y por ende bajo la responsabilidad financiera del FONASA, las personas clasificadas como indigentes que no tienen capacidad de contribución, y los afiliados

cotizantes y sus cargas. Los beneficiarios indigentes reciben atención gratuita en los consultorios de atención primaria de las municipalidades y, en caso de mayor complejidad, en los establecimientos hospitalarios del sistema público (modalidad institucional). Los cotizantes y sus cargas pueden atenderse en el sistema público de salud (modalidad institucional), o recibir atención médica con proveedores privados, mediante la modalidad de libre elección del FONASA, para lo cual se debe efectuar un copago por los servicios recibidos.<sup>3</sup>

La red de prestadores de la modalidad institucional está constituida por los servicios de salud pertenecientes al SNSS bajo responsabilidad del Ministerio de Salud y los consultorios de atención primaria bajo la responsabilidad de los municipios. Actualmente alrededor de un 75% de las camas hospitalarias con que cuenta el país pertenecen al SSNS. En la modalidad de libre elección los beneficiarios pueden acudir a proveedores privados debidamente inscritos en el FONASA.

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

### 3. Características del modelo

#### a) Cobertura y financiamiento del sistema de Salud

Las reformas llevaron a una creciente sustitución del aporte fiscal por aportes provenientes de las cotizaciones laborales. La cotización previsional obligatoria para salud subió de 4% al actual 7%

---

3 Los beneficiarios de FONASA clasificados en el grupo A como indigentes, al igual que los clasificados en el grupo B, con ingresos menores o iguales al salario mínimo, reciben atención gratuita en la modalidad institucional. Los que pertenecen al grupo C, ingresos que superan el salario mínimo en no más de 40% realizan un copago de 10%, y finalmente los pertenecientes al grupo D de mayores ingresos están sujetos a un copago equivalente al 20%.

de la renta imponible de los trabajadores entre 1981, año de la creación de las ISAPRE, y 1986. Entre 1984 y 1989 los recursos provenientes de rentas generales redujeron su importancia relativa, pasando de representar el 38% del total de recursos en 1984, al 21% en 1989, mientras que las cotizaciones aumentan durante el mismo período de 40% a 62%. A partir de 1990 el aporte fiscal tiende a recuperarse, alcanzando en 1999 un 31%, mientras que los ingresos por cotizaciones se sitúan en 57% (véase el cuadro 8.1).

Cuadro 8.1  
Evolución fuentes de financiamiento sector salud consolidado, 1984-1999  
(Porcentajes)

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

Fuente: Superintendencia de ISAPRE y Departamento de Comercialización, FONASA. *Boletines Estadísticos*, varios números.

En 1999 el sector público representaba aproximadamente 3% del Producto Interno Bruto (PIB) mientras que el subsistema ISAPRE alcanzaba alrededor del 2%.<sup>4</sup> En términos de cobertura poblacional en ese

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

mismo año, alrededor de un 64% de la población era beneficiaria del FONASA y un 22% estaba afiliada a las ISAPRE (véase el cuadro 8.2b).<sup>5</sup>

Respecto al financiamiento del sector público, como ya se dijo, la importancia relativa del aporte fiscal ha ido creciendo en el transcurso de los últimos años para llegar a representar en 1999 el 48% de los ingresos correspondientes a FONASA. Las cotizaciones previsionales para salud son la segunda fuente de financiamiento del sector público. Si bien su importancia relativa ha disminuido levemente en los noventa, en 1999 representaron el 33% de los ingresos. El 18% restante obedece a los copagos que efectúan los beneficiarios de FONASA y a la captación de otros ingresos (véase el cuadro 8.2a).

Cuadro 8.2a  
Fuentes de financiamiento pública-privada, 1984-1999  
(Porcentajes del total)

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

Fuente: Superintendencia de ISAPRE y Departamento de Comercialización, FONASA. *Boletines Estadísticos*, varios números.

5 Los cálculos de cobertura se basan en los cotizantes contabilizados bajo la Ley 18 469, lo que en 1997 implicaba unos 9.4 millones de personas beneficiarias del sistema público y unos 3.9 millones en el sistema ISAPRE, lo que equivale al 90% de la población. El 10% restante incluye personas adscritas a otros sistemas de seguros, tales como las Fuerzas Armadas, Carabineros, y aquellas personas que no cuentan con seguros de salud.

**Cuadro 8.2b**  
**Cobertura pública-privada, 1984-1999**

	1984		1985		1986		1987	
	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA
Gasto total en salud (como % del PIB)	0.4	2.9	0.4	2.5	0.7	2.4	0.8	2.1
Gasto por beneficiario (en pesos de 1997)	134 142	37 868	106 461	35 792	102 104	36 714	109 909	35 918
Cotizaciones promedio (en pesos de 1997)	356 156	25 762	284 542	24 205	276 874	28 129	272 006	29 886
Beneficiarios totales (como % pobl. total)	3.1	83.4	4.5	82.0	7.5	79.0	9.6	78.7
	1988		1989		1990		1991	
	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA
Gasto total en salud (como % del PIB)	0.9	2.1	1.2	2.1	1.4	2.1	1.5	2.2
Gasto por beneficiario (en pesos de 1997)	118 058	40 882	128 617	43 193	129 115	44 217	123 139	50 633
Cotizaciones promedio (en pesos de 1997)	286 759	34 273	319 003	43 111	309 711	45 144	288 455	48 480
Beneficiarios totales (como % pobl. total)	11.4	77.6	13.5	76.0	16.0	73.9	19.2	71.2
	1992		1993		1994		1995	
	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA
Gasto total en salud (como % del PIB)	1.6	2.4	1.8	2.6	1.8	2.7	1.8	2.5
Gasto por beneficiario (en pesos de 1997)	122 338	61 561	123 607	71 075	124 824	78 974	133 617	80 690
Cotizaciones promedio (en pesos de 1997)	284 212	54 697	282 194	62 502	287 187	67 534	309 998	71 850
Beneficiarios totales (como % pobl. total)	22.1	67.5	24.8	64.8	26.2	63.3	26.5	65.1
	1996		1997		1998		1999	
	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA
Gasto total en salud (como % del PIB)	1.8	2.7	1.7	2.7	1.9	2.8	1.8	3.0
Gasto por beneficiario (en pesos de 1997)	142 669	86 956	142 858	92 842	163 685	94 515	177 633	99 308
Cotizaciones promedio (en pesos de 1997)	322 934	78 121	308 239	85 284	355 780	87 347	385 727	89 561
Beneficiarios totales (como % pobl. total)	26.4	64.5	26.5	64.1	24.8	64.1	22.1	64.0

Fuente: Superintendencia de ISAPRE y Departamento de Comercialización, FONASA. *Boletines Estadísticos*, varios números.

En el subsistema ISAPRE, la principal fuente de financiamiento son las cotizaciones previsionales, que representaron el 93% en 1990 y el 96% en 1999. El resto de los ingresos se explica fundamentalmen-

te por la venta de planes voluntarios complementarios a los que se adquieren con la cotización previsional (aproximadamente 4% de los ingresos en promedio para 1990-99). El aporte fiscal refleja subsidios que reciben las ISAPRE entre los que se destacan el llamado subsidio del 2% adicional (véase el cuadro 8.2a).<sup>6</sup>

El gasto público prácticamente se duplicó en términos reales entre 1990 y 1999; sin embargo, la diferencia en el nivel de gasto respecto al sector privado sigue siendo importante. En 1989 el gasto por beneficiario del sistema privado (sin considerar el copago) era 3 veces mayor que en el sistema público, diferencia que se redujo a 1.8 veces en 1999 (véase el cuadro 8.2b).

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

En los cuadros 8.3 y 8.4 se presenta la distribución de la población entre el subsector público y privado según ingresos y edad. Como se aprecia en el cuadro 8.3, en los primeros cuatro quintiles de la distribución de ingresos la mayoría de las personas están afiliadas al sistema público. Sólo en el quinto quintil (el 20% más rico de la población) se aprecia una mayor participación en el sistema ISAPRE. Esta tendencia ha sido consistente a lo largo de toda la década de los noventa.

Cuando se observa la distribución por edades (véase el cuadro 8.4), se aprecia que a medida que se avanza en los tramos de edades, las personas tienden a concentrarse mayoritariamente en el FONASA. Aun en el segmento del quintil más rico de la población, a partir de los cincuenta años, la mayoría de los afiliados se encuentra en el FONASA.

---

6 Dentro de los subsidios que se otorgan a las personas adscritas al sistema Isapre se encuentra el 2% adicional creado en 1986. Este es un subsidio que no puede superar el 2% del ingreso imponible y se otorga como un complemento a las personas de bajos ingresos cuya contribución de 7% no les alcanza para adquirir un seguro privado. Cabe señalar que este subsidio está siendo ampliamente cuestionado y actualmente está en proceso de eliminación.

**Cuadro 8.3**  
**Distribución de la población según previsión e ingreso, 1990-1998**  
*(Porcentaje de cobertura)*

	Quintil 1			Quintil 2			Quintil 3		
	Sist. púb.	ISAPRES	Resto	Sist. púb.	ISAPRES	Resto	Sist. púb.	ISAPRES	Resto
1990	85.0	2.8	12.2	78.6	6.5	14.9	69.6	11.3	19.1
1992	83.1	5.2	11.7	73.5	11.8	14.7	63.6	17.3	19.1
1994	85.1	6.3	8.6	76.2	13.4	10.4	65.3	21.7	13.0
1996	84.3	5.6	10.1	71.3	14.3	14.4	60.4	22.7	16.9
1998	86.2	4.0	9.8	73.9	13.2	12.9	62.4	21.3	16.3

  

	Quintil 4			Quintil 5		
	Sist. púb.	ISAPRES	Resto	Sist. púb.	ISAPRES	Resto
1990	57.6	21.6	20.8	36.8	41.2	22.0
1992	50.4	28.7	20.9	30.3	46.3	23.4
1994	49.6	33.5	16.9	29.5	52.9	17.6
1996	44.8	34.9	20.3	25.3	55.9	18.8
1998	47.1	33.0	19.9	26.0	55.4	18.6

Fuente: Encuesta CASEN 1990-1998.

Nota: Resto=IFA, particulares, otros sistemas y no sabe.

**Cuadro 8.4**  
**Distribución de la población según previsión, edad e ingreso, 1996**  
*(Porcentaje de cobertura)*

	Quintil 1			Quintil 2			Quintil 3		
	Sist. púb.	ISAPRES	Resto	Sist. púb.	ISAPRES	Resto	Sist. púb.	ISAPRES	Resto
00-20	85.4	5.5	9.1	69.9	16.6	13.5	54.4	28.0	17.6
21-50	81.8	6.1	12.1	67.6	16.4	16.1	54.4	26.6	19.1
51-64	87.3	2.9	9.8	81.8	6.0	12.3	72.4	12.1	15.5
65 y más	89.5	0.8	9.7	91.1	1.1	7.8	89.4	1.6	9.0
Total	84.2	5.4	10.4	71.2	14.6	14.2	59.5	23.3	17.3

  

	Quintil 4			Quintil 5		
	Sist. púb.	ISAPRES	Resto	Sist. púb.	ISAPRES	Resto
00-20	36.6	42.7	20.7	19.1	66.1	14.8
21-50	37.9	40.4	21.7	21.8	60.1	18.1
51-64	59.6	20.3	20.1	37.1	39.8	23.2
65 y más	79.4	5.9	14.8	55.5	21.8	22.7
Total	44.3	35.2	20.5	26.5	55.2	18.3

Fuente: Encuesta CASEN 1996.

Nota: Resto=IFA, particulares, otros sistemas y no sabe.

En la medida que las personas de mayor edad reflejen mayores riesgos médicos, la lógica de los seguros privados tenderá a hacer que las compañías de seguros discriminen contra este tipo de asegurados

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

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

Del total de las atenciones prestadas en 1998, el 70% de los controles y consultas, y el 72% de los días de hospitalización fueron provistos a personas afiliadas al sistema público (véase el cuadro 8.5). Los beneficiarios del sistema ISAPRE recibieron el 21% de los controles y consultas, y el 15% de los días de hospitalización. Esta situación es muy similar a la observada en 1990.

Cabe señalar que a pesar de que la mayoría de las atenciones otorgadas en los establecimientos públicos de salud son recibidas por los beneficiarios del sistema público, los afiliados al sistema ISAPRE demandan una proporción significativa de estos servicios. Es así como en 1998 un 11% de las cirugías realizadas en hospitales públicos, un 9% de los partos, y un 4.5% de los días de hospitalización correspondieron a beneficiarios de las ISAPRE. Entre 1990 y 1998, exceptuando cirugías, se observa un aumento en todas las atenciones brindadas por el sector público a los afiliados a las ISAPRE (véase el cuadro 8.6).

**Cuadro 8.5**  
**Distribución de las atenciones por sistema previsional de salud, según tipo de atención, 1990 y 1998**  
*(Porcentajes)*

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

Fuente: MIDEPLAN, resultados Encuesta CASEN 1998. Documento No. 4, Situación de la Salud en Chile.

**Cuadro 8.6**  
**Distribución de las atenciones en establecimiento público por sistema previsional de salud, según tipo de atención, 1990 y 1998**  
*(Porcentajes)*

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

Fuente: MIDEPLAN, resultados Encuesta CASEN 1998. Documento No. 4, Situación de la Salud en Chile.

## b) El sector público

En el ámbito del financiamiento, el FONASA cumple una doble función. Por una parte, actúa como caja que recolecta, administra y asigna los recursos públicos provenientes de cotizaciones y aporte fiscal, y por otra, como un seguro público que representa a los cotizantes y sus cargas. En su papel de seguro funciona como un seguro social tradicional, en la medida que no vincula los beneficios obtenidos a las contribuciones realizadas. Cada beneficiario tiene, en principio, acceso al mismo paquete de beneficios, independientemente del nivel de su contribución. En este sentido, el FONASA incorpora mecanismos

financieros de redistribución de ingresos desde las personas de mayores ingresos hacia las de menores ingresos. Junto con la redistribución de ingresos, también opera la solidaridad típica de un sistema de seguros de salud que va desde los sanos hacia los enfermos.

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

Como se aprecia en el cuadro 8.7, la principal partida del gasto público se destina al pago de remuneraciones, el que en 1999 alcanzó un 36% del gasto total. Lamentablemente bajo las normas vigentes los sueldos y salarios de los funcionarios públicos no están directamente ligados a criterios de productividad y desempeño, sino más bien a otros criterios, por ejemplo, períodos de antigüedad, lo que implica que los aumentos en las remuneraciones no necesariamente reflejan mejoras en los servicios de salud. Cabe destacar el incremento del gasto en inversión, que pasó de representar el 3.6% del gasto en 1989, a 8% promedio en 1991-99. Si bien éste es un gasto imprescindible, y dadas las condiciones de los servicios de salud del SNSS a finales de los ochenta ineludible, no todo el gasto que se realiza en infraestructura se traslada de manera automática a mejoras en los servicios.

A pesar de las dificultades mencionadas, se han generado avances importantes en la capacidad de brindar servicios de salud por parte de la red pública. En el cuadro 8.8 se aprecia que, según encuestas de opinión, entre el 60 y 70% de los encuestados percibe mejoras en la infraestructura, equipamiento y calidad del servicio.

**Cuadro 8.7**  
**Gasto público en salud, 1980-1999**  
*(Porcentajes del total)*

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

Fuente: Departamento de Comercialización, FONASA.

Nota: Transferencias Corrientes = Programa Nacional Alimentación Complementaria + Fondo Único Prestaciones Familiares.

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

**Cuadro 8.8**  
**Percepción de mejorías en establecimientos públicos, según**  
**quintil de ingreso autónomo per per del hogar, 1998**  
*(Porcentajes)*

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

Fuente: MIDEPLAN, resultados Encuesta CASEN 1998. Documento No. 4, Situación de la Salud en Chile.

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

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

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

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

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

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

En relación al financiamiento de la atención primaria, se ha propuesto reemplazar el FAPEM (facturación de atenciones prestadas en municipalidades) por un mecanismo de pagos per cápita. El FAPEM vigente desde 1981 funciona de manera similar al FAP. Los pagos se realizan sobre la base de un listado de prestaciones de la salud municipalizada. Dados los volúmenes de facturación que se generaban por parte de los municipios, se instauró un techo máximo para los montos FAPEM según las regiones. El techo regional queda a disposición de cada intendente regional y éste está facultado para definir techos comunales para las municipalidades bajo su jurisdicción.

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

### c) El sector privado

Las ISAPRE se han desarrollado bajo distintas modalidades: abiertas, cerradas, con y sin fines de lucro. Las abiertas ofrecen planes de salud a los cuales puede tener acceso, en principio, cualquier trabajador que esté en condiciones de pagar el costo del plan. Sin embargo, la ISAPRE está en libertad para decidir si acepta o no la incorporación de los trabajadores, pudiendo establecer de este modo mecanismos de selección en base a, por una parte, condición socioeconómica del trabajador, y por otra, a una evaluación del riesgo médico del trabajador y su grupo familiar. Los contratos tienen la lógica de un seguro individual donde los beneficios ofrecidos varían según la cotización y el riesgo médico del asegurado.<sup>7</sup>

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

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

Los planes contratados tienen vigencia de un año, después del cual las ISAPRE tienen la facultad de cambiar las condiciones de cobertura y costo del plan.<sup>8</sup> Se calcula que actualmente existen más de

---

7 De acuerdo a la ley las ISAPRE sólo pueden usar factores de género y edad para ajustar las primas de los seguros.

8 En caso de discrepancia, la Superintendencia de ISAPRE tiene la facultad de actuar como arbitrador de las diferencias entre las ISAPRE y sus afiliados. Por supuesto, la capacidad de la Superintendencia está restringida por las atribuciones que le otorga la ley.

8 000 planes de salud disponibles en el mercado (Celedón y Oyarzo, 1998).<sup>9</sup> Esto responde a que la contribución obligatoria del 7% determina los precios de las pólizas exógenamente al mercado de seguros y las agencias deben configurar los seguros ofrecidos en función de un precio dado y distintas probabilidades de riesgo médico. Obviamente, como se verá más adelante, esta multiplicidad de planes tiene importantes efectos sobre la capacidad de los usuarios para elegir planes de salud adecuados, y por ende impacta negativamente en la eficiencia para la asignación de los recursos.

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

Existen diversos mecanismos para el otorgamiento de los beneficios. En el sistema de libre elección o reembolso, el asegurado escoge libremente al proveedor y cancela el 100% del costo del servicio. Luego la ISAPRE le reembolsa de acuerdo al plan contratado. En el sistema de bonos o convenios de atención, la ISAPRE establece convenios de atención con profesionales y centros de atención en los cuales pacta los honorarios. El asegurado cancela con un bono emitido por la ISAPRE, cancelando a ésta la diferencia entre el costo real del servicio y el costo cubierto por el plan. Por último, un tercer mecanismo es que la ISAPRE brinda servicios de

---

9 Existen planes de carácter individual, los cuales definen el nivel de financiamiento de las atenciones médicas, planes colectivos que se adecuan en función de las características del grupo de trabajadores considerado, y planes de administración donde la ISAPRE administra las cotizaciones de un grupo de trabajadores por lo general de una misma empresa.

salud en instalaciones propias (centros médicos, clínicas), y los afiliados cancelan aquella parte de los costos no cubierta por el plan.

Desde su creación en 1981, la cobertura poblacional del sistema ISAPRE ha mostrado tasas de crecimiento positivas. El crecimiento durante la década de los ochenta refleja de manera importante, por una parte, los efectos del aumento de la cotización obligatoria de 4 a 7% entre 1981 y 1986, y la liberalización del subsidio pre y post natal a las ISAPRE, pasando éste a ser cubierto, a partir de 1985-86, por un Fondo Unico de Prestaciones Familiares financiado con impuestos generales, y por otra, al hecho de que el estado financia todas las acciones de fomento y protección de la salud de las personas independientemente de si pertenecen o no al sistema privado.

Como se aprecia en el cuadro 8.9, en la década de los ochenta el crecimiento del subsistema ISAPRE fue muy fuerte. Este crecimiento estuvo determinado por la evolución de las ISAPRE abiertas. En la primera mitad de los noventa, las tasas de crecimiento son muy positivas y se moderan en los años siguientes, para ser negativos en 1998-99.<sup>10</sup> En términos de la población el sistema ISAPRE pasa de cubrir un 8% en 1986 a alrededor de un 22% en 1999, captando en ese mismo año un 64% de las cotizaciones previsionales en salud equivalentes a cerca de 2% del PIB (véase el cuadro 8.2).

Cuadro 8.9  
Beneficiarios vigentes del sistema ISAPRE, 1982-1999  
(En miles)

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
ISAPRE abiertas	126.0	128.4	212.1	355.4	593.0	937.6	1 182.4	1 411.4	1 726.1
ISAPRE cerradas	38.3	101.5	153.1	190.2	328.3	267.4	267.8	344.7	382.2
Total sistema	164.3	229.8	365.3	545.6	921.3	1 205.0	1 450.2	1 756.2	2 108.3
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ISAPRE abiertas	2 125.4	2 584.9	3 018.0	3 388.2	3 523.4	3 597.4	3 683.9	3 644.0	3 291.8
ISAPRE cerradas	440.7	415.2	413.6	281.7	240.2	216.0	198.7	35.8	31.5
Total sistema	2 566.1	3 000.1	3 431.5	3 669.9	3 763.6	3 813.4	3 882.6	3 679.8	3 323.4

Fuente: Superintendencia de ISAPRE.

10 En 1998, por primera vez desde su creación, la tasa de crecimiento de la cartera de las ISAPRE fue negativa. El número de beneficiarios cayó 14% entre 1997 y 1999.

La renta imponible real promedio en las ISAPRE abiertas ha caído en un 19% entre 1984 y 1999, pasando de \$474 151 (en pesos de diciembre de 1997) a \$ 384 912, asociada a la mayor cobertura de población con ingresos menores.

Tal como se ha señalado, las ISAPRE actúan como compañías de seguros de riesgo individual. En este sentido, a diferencia del FONASA, las reglas de contribución o compras de seguros no incluyen mecanismos de solidaridad a nivel del financiamiento. Lo anterior refleja el hecho de que la equidad no es uno de sus objetivos. Los argumentos para la creación de las ISAPRE descansaban en la búsqueda de eficiencia. En este sentido, se argumentaba que la introducción de mecanismos de mercado, tanto a nivel de la provisión como financiamiento, que facilitarían y estimularían la capacidad de elección por parte del usuario, inducirían a ganancias de eficiencia en la asignación de recursos en el sector, quedando en manos del sector público los desafíos de equidad y solidaridad.

La experiencia internacional, al igual que la chilena, muestra que, dadas las imperfecciones que se observan en el mercado de la salud, las ganancias de eficiencia no están aseguradas por el libre juego de la oferta y la demanda.<sup>11</sup> Un tema central al problema de la eficiencia (y por supuesto al tema de la equidad) son los incentivos a la selección de riesgos que se producen en los mercados de seguros. En la medida que las utilidades de las agencias aseguradoras estén altamente correlacionadas con la discriminación de riesgos, es poco probable que éstas tengan incentivos para promover importantes ganancias de eficiencia. En este caso, los incentivos van más dirigidos a evitar la afiliación de personas de alto riesgo que a promover mejoras en la gestión de los recursos.

---

11 Entre las fallas de mercado se destacan las asimetrías de información entre proveedores y usuarios, los problemas de riesgo moral, selección adversa, y discriminación de riesgos. A nivel de los seguros públicos, está el problema del polizone ("free rider").

Cuadro 8.10  
Evolución de la renta imponible real promedio, 1984-1999  
(Pesos de diciembre de 1999)

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
ISAPRE abiertas	474 151	360 329	366 200	327 747	342 461	333 797	321 885	307 341
ISAPRE cerradas	530 537	462 482	538 588	488 928	488 356	509 655	510 401	520 442
Total sistema	484 664	375 056	390 249	344 669	356 373	349 306	337 106	321 798

  

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ISAPRE abiertas	301 706	294 608	292 130	315 100	330 344	343 423	359 314	384 912
ISAPRE cerradas	537 365	543 296	540 936	550 559	572 503	557 775	567 312	564 081
Total sistema	315 123	306 524	302 450	324 054	339 506	351 147	366 910	391 986

Fuente: Superintendencia de ISAPRE. *Boletín Estadístico*, 1984-1999.

En el caso chileno, la mezcla pública-privada existente, unida a un mercado altamente desregulado, han incentivado y permitido la discriminación de riesgos. Otro problema asociado a los mercados de seguros individuales se refiere a los altos costos de administración y ventas. Estos últimos se originan por la necesidad de competir por asegurados, en un mercado de productos altamente homogéneos de difícil diferenciación. En el caso chileno la proporción de gastos de administración y ventas, si bien ha mostrado una tendencia hacia la baja, se mantiene alta. En el cuadro 8.11 se aprecia que, en los últimos años, los gastos en administración y ventas se han estabilizado alrededor del 19%.

Para efectos de introducir una mayor regulación y fiscalización en el sistema ISAPRE, se creó en 1990 la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional. Esta institución debe velar por el cumplimiento de las normas que rigen los contratos de salud entre las ISAPRE y los usuarios, reglamentados por la Ley 18 933. Además esta Ley establece procedimientos de arbitraje para el tratamiento y resolución de desacuerdos que surjan entre las ISAPRE y los cotizantes y/o beneficiarios.

Al respecto, en 1995 se introdujeron modificaciones a esta Ley mediante la Ley 19 381. Éstas estaban orientadas, principalmente, a mejorar la capacidad reguladora de la Superintendencia a la vez que establecían mayores grados de protección a los usuarios. Dentro de las modificaciones contempladas destacan la

Cuadro 8.11  
Estructura del gasto en salud de las ISAPRE, 1984-1999  
(Millones de pesos de cada año)

Sistema ISAPRE	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Costos de</b>																
Explotación	4 710	8 092	16 023	27 686	42 181	66 329	98 902	142 206	192 272	247 737	297 947	353 219	414 332	449 168	513 430	518 316
Bonificaciones	3 077	5 177	10 914	19 362	30 551	46 759	69 790	102 812	142 784	187 708	224 614	267 326	311 399	...	...	...
Prestaciones directas	210	691	1 138	2 059	1 426	1 897	2 423	4 167	5 773	6 624	6 793	6 746	7 359	...	...	...
Examen preventivo	34	71	260	92	118	127	415	359	491	591	753	1 017	1 082	...	...	...
Total prestaciones	3321	5939	12 312	21 513	32 095	48 784	72 628	107 338	149 048	194 924	232 160	275 089	319 840	342 946	397 486	403 243
<b>Subsidios</b>																
incapacidad laboral	1 099	1 467	3 190	5 473	8 764	15 138	22 076	31 777	39 144	47 927	58 563	68 715	82 975	92 868	105 801	104 234
Otros costos	290	686	521	700	1322	2408	4199	3091	4081	4886	7223	9415	11517	13354	8496	10839
<b>Gastos de adm. y ventas</b>																
Publicidad	158	139	280	270	357	579	939	1 276	1 659	1 958	2 376	2 601	3 184	3 068	2 642	2 805
Remuneraciones	944	937	1 965	3 047	4 669	6 020	9 843	13 010	16 779	23 609	29 117	33 739	36 805	38 894	45 417	44 357
Comisiones por ventas	470	576	984	1 695	1 844	3 354	5 105	6 522	7 748	10 808	13 835	17 791	22 175	27 334	30 105	30 796
Otros Gastos	822	1 264	2 047	3 250	4 245	6 006	10 202	13 687	18 436	24 513	28 169	33 996	36 111	36 194	41 520	44 938
Gasto total	7 104	11 008	21 300	35 948	53 296	82 288	124 991	176 701	236 895	308 625	371 444	441 346	512 608	554 658	633 114	641 212
<b>Costos explotación</b>																
(% Gto. total)	66.3%	73.5%	75.2%	77.0%	79.1%	80.6%	79.1%	80.5%	81.2%	80.3%	80.2%	80.0%	80.8%	81.0%	81.1%	80.8%
<b>Gtos. de adm y ventas</b>																
(% Gto. total)	33.7%	26.5%	24.8%	23.0%	20.9%	19.4%	20.9%	19.5%	18.8%	19.7%	19.8%	20.0%	19.2%	19.0%	18.9%	19.2%

Fuente: Superintendencia de ISAPRE. *Boletín Estadístico*, 1984-1999.

regulación y normalización de la información que deben proveer las ISAPRE y la Superintendencia a los usuarios, se regula el sistema de precios para la tercera edad, se regulan las exclusiones en los contratos estableciendo normas para el tratamiento de las preexistencias, se regula el manejo de los excedentes de las cotizaciones mediante cuentas de ahorro individuales pertenecientes a los trabajadores, se establece un listado referencial de prestaciones basado en las prestaciones FONASA (Celedón y Oyarzo, 1998). Luego, en 1997, se creó la denominada cartilla, que es un instrumento que busca facilitar la comparación entre distintos planes de salud.

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

#### **d) Consideraciones fiscales**

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

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

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

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

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

#### 4. Desafíos

La actual estructura del sector salud tiende a producir inequidades en el acceso y calidad de los servicios así como problemas de eficiencia y gestión de los recursos tanto a nivel público como privado. En este sentido, uno de los principales desafíos del sistema

chileno es el de transformar la mezcla pública-privada vigente. Para ello deben reestructurarse tanto los esquemas de financiamiento como de provisión de servicios de salud.

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

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

Lo anterior lleva a la necesidad de generar mecanismos de solidaridad en el financiamiento que abarquen a todos los beneficiarios y no sólo a los cubiertos por el FONASA. La necesidad de mantener la solidaridad a nivel del financiamiento en esquemas competitivos ha sido una preocupación de muchas reformas a los sistemas de salud.<sup>12</sup>

El desafío que se plantea es cómo conciliar la existencia de seguros de riesgo con mecanismos de solidaridad a nivel del

---

12 En el contexto latinoamericano destaca la experiencia colombiana, mientras que en el contexto europeo, la de Holanda. Estas experiencias se enmarcan en esquemas organizativos denominados de competencia regulada o administrada ("managed competition"). Propuestas en esta línea para el caso chileno se han desarrollado en Aedo (1997).

financiamiento. Esto es, cómo hacer que las cotizaciones previsionales en salud que pagan las personas no estén determinadas por los riesgos médicos de éstas, a la vez que los ingresos que perciben las compañías aseguradoras estén ajustados según la cartera de riesgos que éstas manejan, reduciendo así el incentivo a concentrarse en la población de bajos riesgos.

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

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

La implementación de un seguro universal requiere que la sociedad defina cuáles son los derechos y grados de cobertura al que todo ciudadano debe tener acceso. Esto es, la definición de paquetes básicos de salud, la regulación de los precios de las primas y, en general, una sólida supervisión y regulación por parte de la autoridad. Por ejemplo, es importante avanzar hacia una mayor transparencia de los planes de salud que ofrecen las ISAPRE.<sup>13</sup> El objetivo de un paquete

---

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

básico o integrado no es reducir los niveles de cobertura de las personas sino asegurar un nivel de cobertura de servicios de salud independientemente de las contribuciones. Además, es un instrumento útil para homogeneizar los planes de seguros y ayuda a determinar el conjunto de precios de las prestaciones.<sup>14</sup>

El sistema de salud chileno, al igual que los sistemas de la mayoría de los países, se verá sujeto a aumentos de los costos unitarios de las prestaciones de salud producto de la transición epidemiológica y demográfica, y de los avances tecnológicos. Ello impone severos desafíos a la capacidad de financiar los servicios de salud, en la medida que aumenta la importancia relativa de los problemas de las personas de tercera edad, y enfermos crónicos. Por ello, lograr incrementos de eficiencia, mediante mejoras en la asignación y gestión de los recursos es fundamental para la solvencia futura de los sistemas de salud.

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

## 5. Conclusiones

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

Entre las virtudes de las reformas destacan, por una parte, la separación de funciones entre el financiamiento y la provisión de

---

<sup>14</sup> Esto independientemente de que las personas puedan adquirir mayores coberturas, ya sea de prestaciones u hotelería, mediante la compra de planes voluntarios de seguros.

servicios de salud y, por otra, los procesos de descentralización puestos en marcha. Sin embargo, la estructura actual del sector salud tiende a producir e incentivar serias inequidades e ineficiencias en la gestión del sector.

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

Para eliminar el problema de la selección de riesgos es necesario avanzar hacia seguros universales e integrales. Universales en el sentido de que todos los ciudadanos deben estar cubiertos, e integrales en que deben proteger a las personas a lo largo del ciclo de vida y no tener una óptica de corto plazo. En este contexto, se debe avanzar en la introducción de mecanismos de solidaridad mediante la creación de un fondo solidario, encargado de la captación de los recursos financieros. Este fondo es compatible con la existencia de múltiples aseguradoras, privadas o públicas, que administren y gestionen los seguros de salud.

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

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

Para promover una mayor integración en la prestación de servicios de salud es necesario, por un lado, dotar al sector público de

mejores instrumentos de gestión y administración, y por otro mejorar la dotación de recursos y la infraestructura física del SNS.

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

## Referencias bibliográficas

- Aedo, C. (1997), "La competencia manejada y reformas para el sector salud en Chile", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 50, CEPAL, Santiago, julio.
- Bitrán, R. (1997), "Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en Chile", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 56, CEPAL, Santiago, julio.
- Castañeda, T. (1986), "El sistema de salud chileno: organización, funcionamiento y financiamiento", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 103, N° 6, diciembre.
- Celedón, C. y C. Oyarzo (1998), "Los desafíos en la salud", en R. Cortázar y J. Vial (eds.), *Construyendo opciones: propuestas económicas y sociales para el cambio de siglo*, CIEPLAN/ DOLMEN, Santiago.
- Colegio Médico de Chile (1998), "Política de salud para Chile: nuestra visión", febrero.
- Corporación Tiempo 2000 (1999), *Informe de la salud*, año 1, N° 1, marzo.
- Díaz-Muñoz, A. R. (1989), "Desarrollo de las políticas de salud: Chile", Mimeo, octubre.
- FONASA, *Boletín estadístico*, varios números.
- Galleguillos, S. y C. Oyarzo (1995), "Reforma al sistema de salud chileno: marco conceptual de la propuesta del Fondo Nacional de Salud", *Cuadernos de economía*, N° 95, abril.
- Giaconi, J. (1985), "Organización y estructura del sector salud en Chile 1974-1984: análisis preliminar", en J. Jiménez de la Jara (ed.), *Política y sistemas de salud: análisis preliminar de la década 1974-1983*, CPU, Santiago.
- Informe del Grupo Técnico de Trabajo (1998), "El sector de la salud en Chile: un diagnóstico compartido", *Informe técnico*, Santiago, diciembre.
- \_\_\_\_\_ (1999), "Una propuesta de cambios para el sector salud en Chile", *Informe técnico*, Santiago, julio.

- Jaramillo, I., C. Molina y A. Salas (1996), "Las reformas sociales en acción: salud", *serie Políticas sociales*, N° 15, CEPAL, Santiago.
- Larrañaga, O. (1997), "Eficiencia y equidad en el sistema de salud en Chile", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 49, CEPAL, Santiago, julio.
- Lenz, R. (1995), "Pago por diagnóstico: breve reseña", *Cuadernos de economía* N° 95, abril.
- Ministerio de Planificación y Cooperación (1998), "Resultados de la encuesta CASEN 1998: Situación de la salud en Chile, 1998", División Social, Documento N° 4, Santiago.
- Musgrove, Ph. (1995), "Reformas al sector salud en Chile. Contexto, lógica y posibles caminos", en J. Giaconi (ed.), *La salud en el siglo XXI: cambios necesarios*, Centro de Estudios Públicos, Santiago.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (1998), "La protección frente a las amenazas: salud y previsión", en *Desarrollo humano en Chile, 1998: las paradojas de la modernización*, Santiago.
- Sánchez, H. (1992), "Proceso de privatización en el sector salud en Chile", Mimeo.
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, *Boletín Estadístico*, varios números